

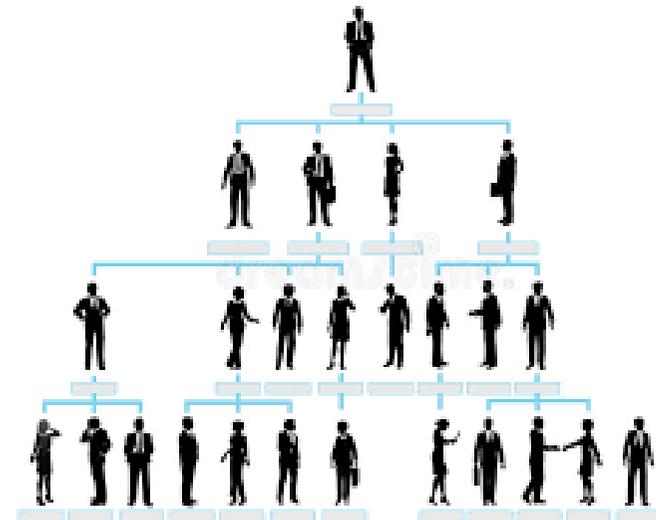


Progettare l'organizzazione...Perché?

Integrazione e interaziendalità richiedono continua flessibilità nella struttura aziendale

Revisione e nuova progettazione del network aziendale con reingegnerizzazione di processi e funzioni

Nuovi accorpamenti tra Unità Operative e Servizi Intra ed Interdipartimentali: nuovi equilibri tra normativa e bisogni emergenti



Cos'è l'organizzazione? Un po' di Teoria...

Strumento finalizzato al raggiungimento di obiettivi
Coniuga razionalità, efficacia ed efficienza
Progetto costituito di aspetti formali e continui
riferimenti alle evidenze scientifiche
Confronto continuo tra professionisti

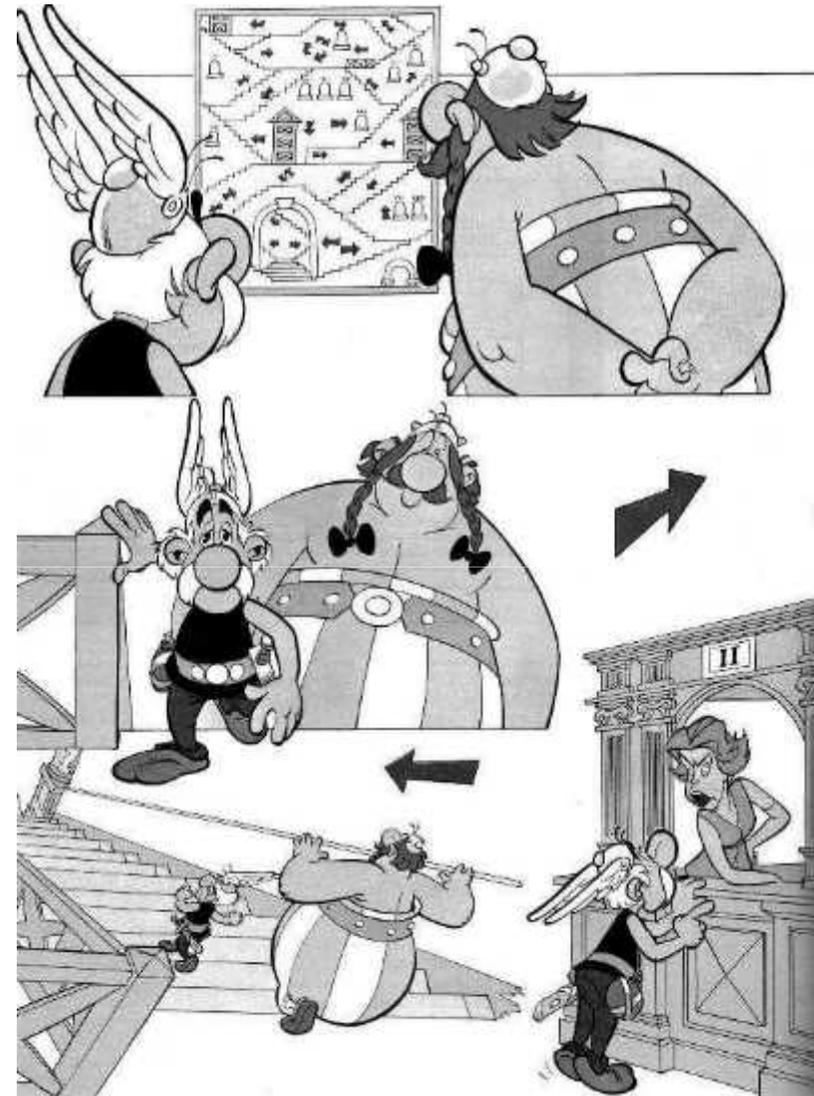


Razionalità

Alla base di ogni teoria
Conoscenza di tutte le
alternative incluse nel
processo decisionale
Capacità di calcolare gli
effetti delle decisioni
acquisite

Burocrazia

Divisione del lavoro secondo gerarchie di uffici e regole che disciplinano ogni aspetto dell'azione organizzativa



Autorità riconosciute



Carismatica dedizione straordinaria alle qualità e al valore esemplare di una persona

Tradizionale attribuzione di carattere sacro delle tradizioni valide da sempre e legittimità di chi è conferito di autorità

Razionale credenza di legalità in ordinamenti statuiti e diritto a comandare per coloro che sono chiamati ad esercitare il potere

Il Fattore Umano

Da alienazione a motivazione per la
produttività

Impatto del gruppo sull'organizzazione
del lavoro e miglioramento del contesto
produttivo



Herzberg (1959)

Fattori igienici

Impediscono cali di efficienza ma non sostengono alcuna motivazione (retribuzione, stabilità del lavoro, supervisione tecnica, ambiente di lavoro fisico e sociale, ecc.)

Fattori motivazionali

Producono motivazione, e inducono a migliorarsi e migliorare il proprio lavoro (sistemi premianti materiali e non, conferimento e riconoscimento di autonomia e responsabilità nel proprio lavoro, possibilità di carriera, ecc.)

PIRAMIDE DEI BISOGNI DI MASLOW



La piramide dei bisogni Maslow (1954)

L' organizzazione si compone di:

DIFFERENZIAMENTO - divisione del lavoro in compiti definiti e attribuzione di responsabilità



FONDAMENTALE: coordinamento e comunicazione tra UU.OO.!

Il potere nell'organizzazione

ACCENTRAMENTO

Economie di scala.
Coordinamento e Controllo
sulle attività dei servizi in
un'ottica strategica
aziendale

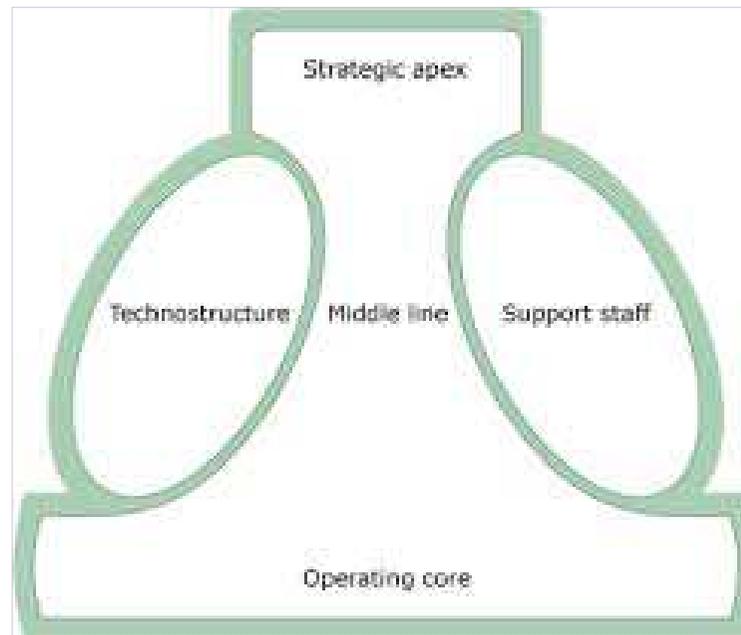
DECENTRAMENTO

Delega conferita a
Dipartimenti e UU.OO.
Flessibilità e avvicinamento alle
decisioni aziendali
Differente supervisione da parte
del vertice aziendale

I componenti dell'organizzazione

VERTICE STRATEGICO (Strategic Apex)

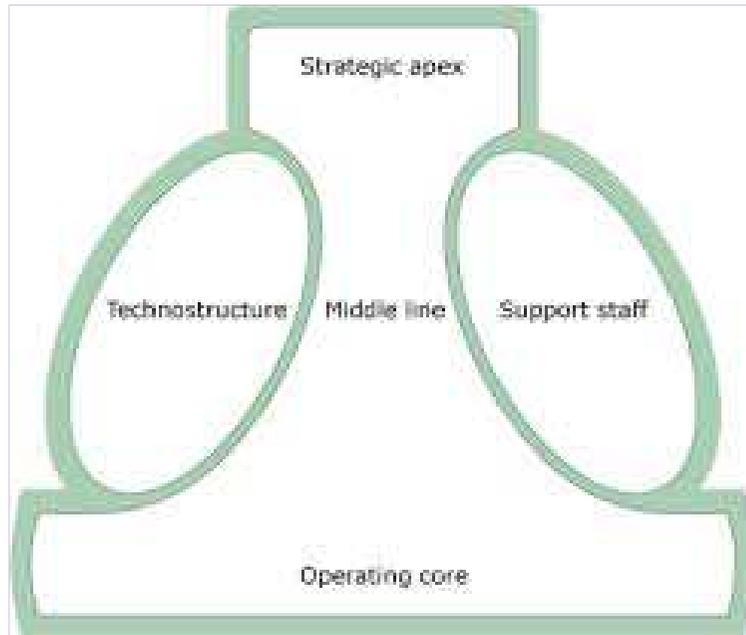
persone che hanno la responsabilità globale in merito a supervisione del lavoro, gestione delle relazioni con l'ambiente esterno, sviluppo e formulazione della strategia aziendale



NUCLEO OPERATIVO (Operating Core)

operatori direttamente coinvolti nella produttività aziendale (prestazioni, servizi)

I componenti dell'organizzazione



MIDDLE MANAGEMENT (Middle line)

detiene autorità formale e collega il vertice strategico al nucleo operativo, attraverso supervisione diretta sui propri operatori.

STAFF DI SUPPORTO (Support Staff)

non entra direttamente nella linea di produzione, ma fornisce un supporto indiretto al funzionamento aziendale

TECNOSTRUTTURA (Technostructure)

analisti e personale amministrativo di supporto non direttamente coinvolti nella produzione; progettano, pianificano, modificano il lavoro di altri operatori. Uso di tecniche e strumenti per controllare e standardizzare le attività nell'organizzazione



L'Azienda Unità Sanitaria Locale - AUSL

Tutela della salute della popolazione residente sul proprio territorio

Finanziamento a quota capitaria pesata

Produttore e Committente di prestazioni verso AO, IRCCS, PA attraverso accordi di fornitura per acquisto di prestazioni

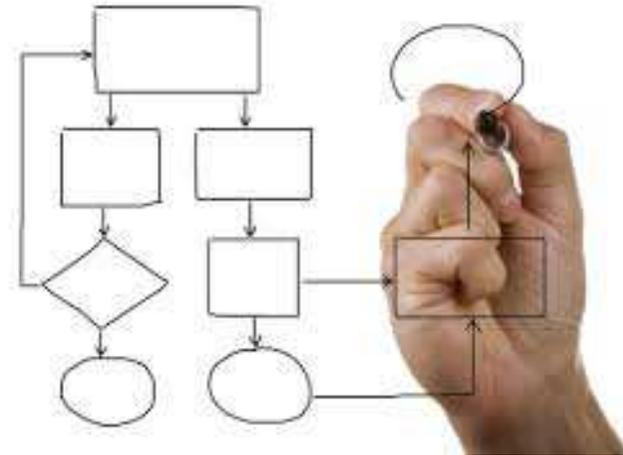
Dal 1992 (D.Lgs 502/92) dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale

Atto aziendale

Introdotta dal D.Lgs. 229/99
(Art. 3 c. 1- bis)

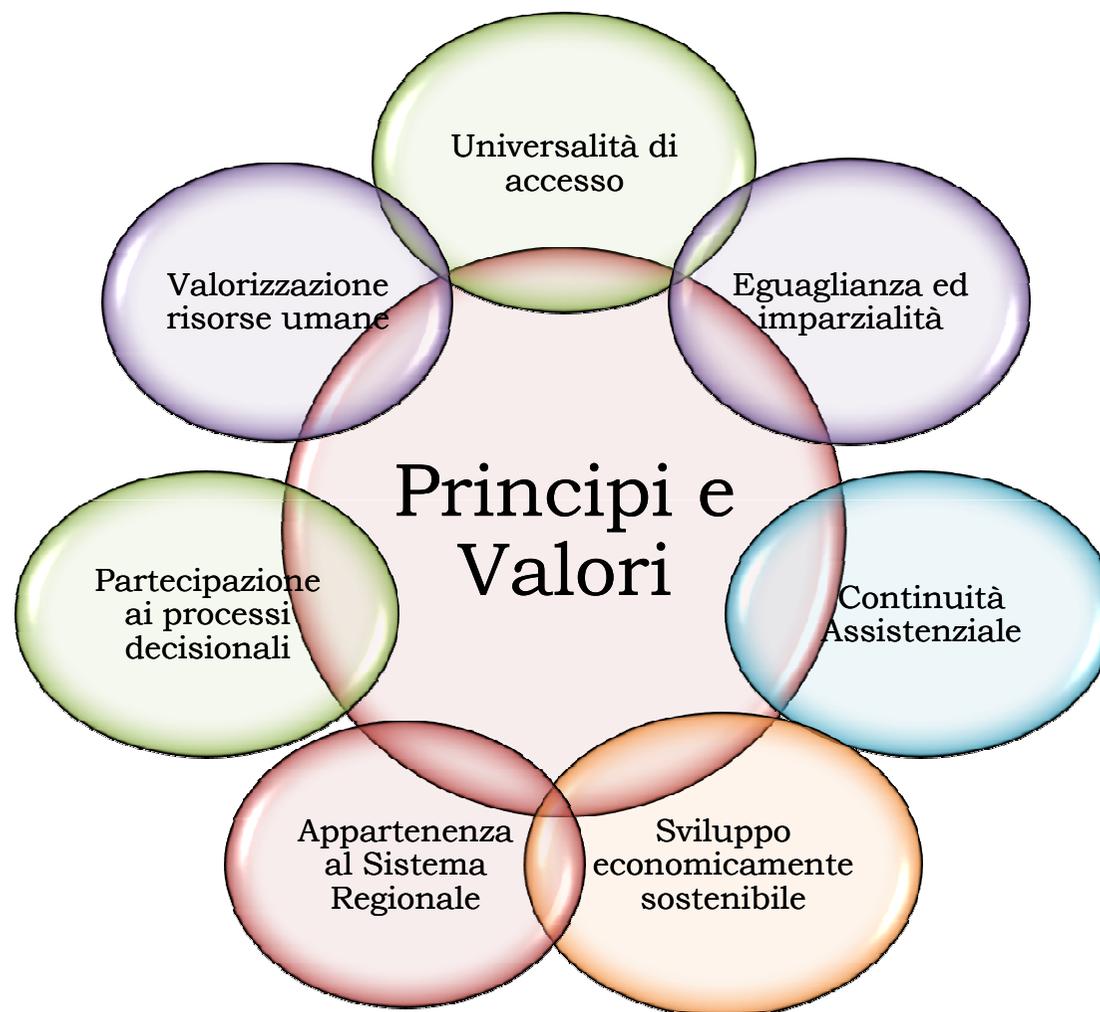
Prodotto della progettazione
organizzativa: formalizza e
istituzionalizza il modello
organizzativo aziendale

Riferimento per tutte le relazioni
di autorità e funzionamento
dell'azienda e per la redazione di
regolamenti specifici



- D. Lgs. 502/92 e s.m.i.
- Legge di riordino SSR e successiva normativa
- Linee guida Regionali per gli Atti Aziendali
- Protocollo d'intesa Regione-Università (AOU)
- D. Lgs. 517/1999 (AOU)
- D. Lgs. 288/2003 (IRCCS di diritto pubblico)
- D. M. 70/2015

Principi e Valori di riferimento di un' Azienda Sanitaria



Mission e Vision

Descrive in poche parole le priorità strategiche dell'Azienda che vuole perseguire nell'immediato futuro ed è esplicitata attraverso una dichiarazione semplice e d'effetto



Descrive in poche parole l'impegno progettuale dell'Azienda e lo scopo dell'organizzazione, esplicitando:

- Tipologia di attività e caratteristiche dei servizi**
- Tipologia di pazienti/ bacino di utenza geografico**
- Valori**
- Responsabilità sociale**

Coinvolgimento dei professionisti nelle scelte strategiche

Azienda intesa come sistema unitario che ha come obiettivo la tutela della salute della popolazione di riferimento

Partecipazione dei professionisti a gruppi di lavoro tematici per la definizione di obiettivi e progetti

Condivisione del **Piano Strategico Aziendale** che tiene conto di:

- Ambiente Interno ed Esterno all'Azienda;
- Logiche di sviluppo organizzativo e meccanismi operativi

NORMATIVA

Art.32 Costituzione “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’ individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

L.833/1978 ”Istituzione SSN”

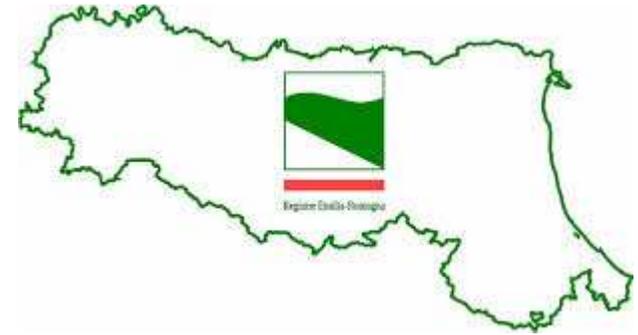
D.Lgs. 502/92 “Aziendalizzazione – Regionalizzazione – Finanziamento DRG e Tariffe”

D.Lgs. 229/99 “Governo clinico – Appropriatelyzza – Accredimento – Ruolo del Distretto”

DPCM 29.11.2001 “Definizione dei LEA”

DM 70/2015 “Definizione standard qualitativi, strutturali, tecnologici, quantitativi relativi all’ assistenza ospedaliera”

LA REGIONE



Garante delle prestazioni sanitarie erogate nell' ambito del proprio territorio attraverso il finanziamento, il coordinamento e la verifica delle attività realizzate dalle Aziende Sanitarie pubbliche presenti nell' ambito di riferimento

Funzioni espletate attraverso Giunta Regionale, Consiglio Regionale, Assessore alla Sanità e Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale

Definisce il PSR e annualmente delibera il Programma e gli Obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie



I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – LEA DPCM 12.01.2017

Prestazioni e/o Servizi che l' SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, con o senza quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket), attraverso risorse pubbliche raccolte tramite fiscalità generale per specifiche condizioni cliniche / di rischio, evidenze scientifiche di significativo beneficio in termini di salute (individuale o collettiva), a fronte di risorse impiegate

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – LEA - - DPCM 12.01.2017

Area della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

4 nuovi vaccini (Varicella, Penumococco, Meningococco, antiHPV)

Specialistica Ambulatoriale e Protesica

Aggiornamento nomenclatori in funzione di evoluzione tecnologica

Prime indicazioni o condizioni di erogabilità

Aggiornamento elenchi malattie rare e croniche con relative prestazioni esenti ticket

Assistenza e servizi area socio-sanitaria

Articolazione assistenza domiciliare in 4 livelli intensità assistenziale in relazione al bisogno

Articolazione assistenza residenziale in 3 livelli intensità per cronici, disabili, psichiatrici, dipendenti patologici

Aggiornamento protocollo per tutela gravidanza

Assistenza Ospedaliera

Introduzione analgesia epidurale, screening neonatale per sordità, raccolta, conservazione e distribuzione cellule riproduttive per PMA eterologa

IL MODELLO DIPARTIMENTALE

Incentra sul Dipartimento:

Pianificazione

Programmazione e Controllo

Gestione Risorse Umane

Matrice di Responsabilità definita



Individua e definisce ruoli:

Manageriale:

Direttore del Dipartimento

Organizzativo – gestionale:

figure di integrazione

Criteri di sequenzialità

verticale/orizzontale

Dimensioni adeguate (n° max UU.OO.)

Aree coordinamento tra UU.OO

intradipartimentali secondo criteri di riferimento

IL DISTRETTO

Garantisce l'integrazione dell'assistenza primaria, compresa C.A. e il coordinamento di MMG e PLS, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate

Garantisce inoltre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni

Garantisce attività o servizi per:

- tutela della salute dell'infanzia, donna e famiglia;
- disabili e anziani, patologie da HIV e in fase terminale;
- utenti in setting domiciliare;
- attività erogate da DSM e DSP



(RI)ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO

Coerenza tra infrastrutture e organizzazione con investimenti adeguati a fabbisogni e contesto di riferimento

Equità – Accessibilità delle prestazioni

Efficacia – Sicurezza – Qualità delle prestazioni

Multidisciplinarietà e Multiprofessionalità delle azioni correlate all'assistenza

Ottimizzazione processi e percorsi: Efficienza – Appropriatezza

IL D.M. 70/2015:

Concentrazione dei volumi di attività

Definizione soglie di rischio di esito

Nuove reti ospedaliere e integrazione ospedale-territorio

Riorganizzare la rete ospedaliera

Chiusura – investimenti in costruzione di nuovi ospedali “ospedali per acuti” (elevata intensità/complessità clinica) trasferiti in strutture di nuova costruzione e localizzazione rispetto alla struttura “storica” e/o riorganizzati

Riconversione – approcci innovativi per l’erogazione delle cure (centri ambulatoriali, nursing homes, ecc.) “piccoli ospedali” con diversa destinazione d’uso (PTA, OsCo, CdS)



Nelle Foto: ex stabilimenti ospedalieri dell’ AUSL di Ferrara, oggetto di riconversione.
Da sn verso dx **Comacchio, Copparo, Bondeno**

IL PRIVATO ACCREDITATO

Strutture private con requisiti per lavorare nel SSN

Autorizzazione Sanitaria – rilasciata dal Comune a seguito di verifica di sussistenza di requisiti tecnici minimi per l'apertura delle strutture sanitarie e l'esercizio delle attività

Accreditamento Istituzionale – requisiti tecnico-organizzativi indispensabili per esercitare attività per conto del SSR verificati da parte della Regione che rilascia il permesso di durata variabile con previsione di rinnovo

Accordo – requisito indispensabile per esercitare attività a carico del SSR. Accordi stipulati tra AUSL e Aziende erogatrici di servizi

MEDICINA DI INIZIATIVA

Modello assistenziale gestione cronicità ispirato al Chronic Care Model

Presa in carico “proattiva” dei pazienti: intervenire prima dell’insorgere della malattia e/o gestirla per rallentarne decorso e limitarne riacutizzazioni e complicanze

Interventi clinici connessi a specifici percorsi definiti affidati ad un team multidisciplinare – multiprofessionale variabile ed integrato di volta in volta da figure diverse a seconda del bisogno assistenziale, terapeutico e/o riabilitativo, adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio

MEDICINA DI ATTESA vs MEDICINA DI INIZIATIVA

Medicina di attesa

Produzione di prestazioni a richiesta

Dal concetto di “prestazione”...

Efficienza

Riorganizzazione dei servizi secondo economia di scala

Ottimizzazione delle risorse a disposizione

Risposta ai bisogni espressi

Medicina di iniziativa

Costruzione di processi e PDTA sul modello di patologia

...al concetto di “presa in carico”

Efficacia

Riorganizzazione dei servizi sul modello di partecipazione

Equità nella erogazione dei servizi

Empowerment (paziente esperto – consapevole)

.....Alla base del Chronic Care Model



- ✓ Promozione di alleanza e cooperazioni
- ✓ Sistema Assistenziale dedicato
- ✓ Promozione Self Management
- ✓ Organizzazione Team assistenziali
- ✓ Riferimento alla migliore evidenza scientifica
- ✓ Finalizzazione del ICT

Expanded Chronic Care Model



Prevenzione e miglioramento della gestione delle malattie croniche attraverso il coinvolgimento di tutti i livelli del Sistema Sanitario

Si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi

Interazione efficace tra “paziente esperto” e Team assistenziale multiprofessionale

AMBITI DI CURA

Cure Primarie: medicina di base (MMG, PLS, MCA), specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, ADI, Consultori – Salute Donna, Pediatria di Comunità, servizi rivolti a fasce deboli e fragili di popolazione, Salute nelle carceri



Cure Intermedie: pazienti dimessi dall'ospedale in corso di stabilizzazione clinica, che presentano minore complessità e necessitano prevalentemente di cure infermieristiche. Non richiedono setting ospedaliero, ma non sono ancora stabilizzati per vivere al proprio domicilio. Pazienti inviati dal MMG con riacutizzazione di cronicità che possono evitare ospedalizzazione con applicazione delle cure possibili nei setting assistenziali intermedi

ASSOCIAZIONISMO MEDICO

	SEDE	N° MEDICI	COLLABORAZIONE	INFORMATIZZAZIONE
MEDICINA IN ASSOCIAZIONE	Ambulatori medici distribuiti sul territorio, non vincolati ad una sede unica	Minimo 3 Massimo 10 (salvo eccezioni)	Condivisione linee guida diagnostico-terapeutiche per patologie di più alta prevalenza	
MEDICINA IN RETE	Ambulatori medici distribuiti sul territorio, non vincolati ad una sede unica	Minimo 3 Massimo 10 (salvo eccezioni)	Gestione scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili	1) Collegamento tra sistemi informatici per l'accesso alle informazioni relative agli assistiti di tutti i componenti
MEDICINA DI GRUPPO	Sede unica articolata in più ambulatori . I medici possono operare in altri studi ma in orari aggiuntivi rispetto alla sede principale	Compreso tra 3 e 8	-Condivisione tecnologie e strumentario anche in ambienti condivisi -Personale di segreteria o infermieristico comune - gestione scheda sanitaria informatizzata -Collegamento in rete	2) Collegamento con centri di prenotazione ed eventuale trasmissione di dati epidemiologici o prescrittivi, in base ad accordi regionali e/o aziendali, nonché per realizzazione di momenti di revisione della qualità e appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi

NUOVI AMBITI DI CURA



CASE DELLA SALUTE – CdS DGR 2128 del 5.12.2016

Presidio del Distretto, garantisce appropriatezza e continuità di risposta ai bisogni sanitari – sociali - assistenziali della popolazione attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali h12 e h24 in un luogo facilmente raggiungibile.

Luogo della medicina di iniziativa orientata secondo i principi dell'equità di accesso: presa in carico della cronicità e fragilità con la partecipazione della comunità locale, associazioni di cittadini, pazienti, caregivers, Comitati Consultivi Misti.



NUOVI AMBITI DI CURA



CASE DELLA SALUTE – CdS DGR 2128 del 5.12.2016

La gestione delle Case della Salute è affidata al Dipartimento Cure Primarie, che cura le interfacce con gli altri dipartimenti e con tutti gli attori che concorrono alla progettazione e alla realizzazione delle attività.

Lavoro orientato a programmi, progetti e percorsi integrati sulla base dell'intensità assistenziale.

Le équipes multiprofessionali e interdisciplinari, collaborano e condividono obiettivi e azioni relativi a tematiche rilevanti quali prevenzione e promozione della salute, popolazione con bisogni occasionali, benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni, prevenzione e presa in carico della cronicità, non autosufficienza, rete cure palliative.



NUOVI AMBITI DI CURA

OSPEDALI DI COMUNITA' – OsCo DGR 221 del 6.03.2015



Struttura intermedia tra ospedale e territorio a gestione infermieristica con Responsabilità clinica del MMG

Destinata alle fasce più deboli della popolazione nella fase post-acuta di dimissione dall'ospedale, ovvero in fase di riacutizzazione di malattie croniche, che non necessitano di terapie intensive o diagnostica a elevata tecnologia e che non possano per motivi sociali e sanitari, essere adeguatamente trattati al domicilio.

Posti letto sotto la responsabilità del Direttore Dipartimento Cure Primarie, mentre funzioni di Direttore Sanitario svolte da un medico dirigente DCP che opera in stretta collaborazione con coordinatore Infermieristico e con MMG



UN NETWORK PER I BISOGNI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI

Necessità per conseguire efficacia di risultato

Non solo obbligo normativo o vincolo istituzionale

Integrazione AUSL – AOU e tra Distretto e Comuni

Trasversalità ed integrazione ospedale-territorio e socio-sanitario

Collaborazione con il terzo settore ed il volontariato



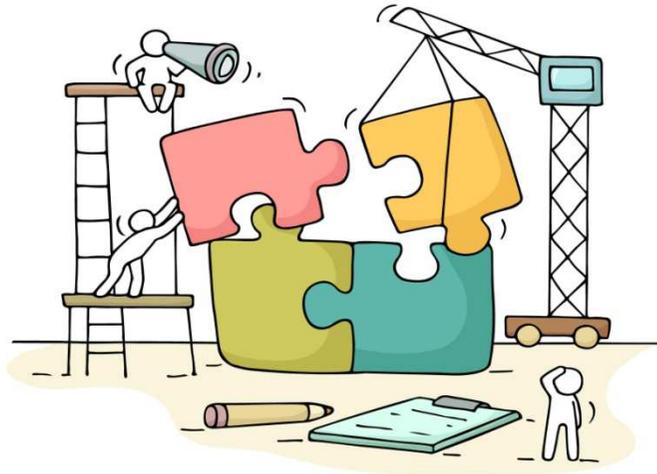
EFFETTI DELLA COOPERAZIONE

Condivisione di saperi e piattaforme tecnologiche

Efficacia – Efficienza – Appropriatelyzza

Miglioramento degli Indici di Performance (Degenza Media,

TdA Specialistica Ambuatorialiale e Ricoveri Chirurgici Programmati)



Organizzazione dei servizi in AUSL:

CONCLUSIONI

- ✓ Nuovi profili di popolazione e nuovo scenario socio-economico
- ✓ Flessibilità e adattamento ai bisogni emergenti espressi e non della popolazione di riferimento
- ✓ Qualità percepita dei destinatari dei servizi (pazienti, familiari e caregivers)
- ✓ Benessere lavorativo e bisogni espressi e non degli operatori
- ✓ Produzione/offerta: continuità delle cure ovvero integrazione