



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO  
DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DELLA  
DISCIPLINA DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE DENOMINATA  
«U.O. CURE PRIMARIE» NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

**A) DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO**

***PROFILO OGGETTIVO***

L'Unità Operativa Cure Primarie di Imola è una struttura complessa collocata all'interno del Dipartimento Cure Primarie Aziendale ed è la struttura dedicata alla produzione ed erogazione dei Servizi territoriali.

L'UOC Cure Primarie rivolge i propri servizi ai cittadini del Distretto di Imola che comprende 10 Comuni (Imola, Castel San Pietro Terme, Medicina, Dozza, Mordano, Castel Guelfo, Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio), in parte compresi in area collinare-montana ed in parte in area di pianura, per una superficie di 787 Km<sup>2</sup>.

La popolazione residente al 31/12/2020 è di 133.284 abitanti, dei quali, 7.213 tra 0 e 6 anni, 10.087 tra 7 e 14 anni, 83.264 tra 15 e 64 anni, 32.720 di età pari o superiore a 65 anni.

Nel territorio del Distretto dell'Azienda USL di Imola sono attive n. 3 Case della Salute (Castel San Pietro, Medicina e Borgo Tossignano), che erogano servizi e prestazioni a favore dei residenti in collegamento con la componente sociale di ambito. E' in corso la realizzazione della Casa della Salute di Imola

Dal 2014 nell'AUSL di Imola è inoltre attivo, presso la sede di Castel San Pietro Terme, un Ospedale di Comunità (OSCO). L'OSCO è una struttura sanitaria di ricovero a gestione infermieristica che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio. L'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro è composto da una struttura residenziale di cure intermedie dotata di 36 posti letto e da un Hospice dotato di 12 posti letto.

Alla Unità Operativa Complessa di Cure Palliative sono assegnate n°3 medici di organizzazione. L'equipe medica ed infermieristica dedicata alle Cure Palliative è altresì parte integrante della U.O. Cure Primarie, opera su tutti i setting del territorio (domicilio, OSCO, strutture socio-sanitarie residenziali) ed è strettamente integrata con i reparti ed i servizi dell'Ospedale di Imola. Nell'ambito delle risorse coordinate dalla U.O. Cure Primarie rientrano anche i medici summaisti maggiormente impegnati nella presa in carico delle patologie croniche sul territorio.

La rete territoriale delle Cure primarie si avvale della presenza di 92 MMG rappresentati in 5 NCP e di 20 PLS, al 30/06/2021. Tale rete è caratterizzata da un elevato associazionismo, con 63 MMG in Medicina di gruppo, 25 MMG in Medicina di rete, 18 PLS in Pediatria di gruppo.

### **Principali attività**

La U.O. Cure Primarie:

1. garantisce ai cittadini la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure primarie centrate sui bisogni della persona;
2. assicura l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa e al Chronic Care Model;
3. assicura relazioni operative con le articolazioni organizzative dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura;
4. assicura l'attività di committenza per le prestazioni di specialistica ambulatoriale coinvolgendo sia i produttori interni che le strutture private accreditate, coordinando il gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato a questa attività
5. promuove e verifica la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico;
6. assicura, in collaborazione con la Direzione Infermieristica e Tecnica e con la U.O. di Farmacia, l'assistenza medica, infermieristica, e farmaceutica di base, e la presa in carico territoriale della cronicità e la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
7. assicura la produzione di servizi sanitari centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle preferenze espresse dalla famiglia, facilitando il passaggio ai livelli di assistenza più appropriati e adeguando le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza;
8. promuove lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie e delle Case della Salute quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale e nel cui ambito perseguire obiettivi di continuità assistenziale, di integrazione delle attività territoriali, di governo clinico (secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, equità);
9. coinvolge i MMG/PLS nell'attività di programmazione dei servizi territoriali e nella realizzazione degli obiettivi condivisi negli accordi, e favorisce l'integrazione professionale fra i MMG e le altre figure professionali. Si relaziona con il responsabile aziendale della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) degli specialisti e professionisti ambulatoriali per favorire la piena integrazione di questi professionisti nella presa in carico dei pazienti con patologie croniche nei setting territoriali (Case della Salute, domicilio, etc.);
10. gestisce e sviluppa con la Direzione Infermieristica e Tecnica i percorsi relativi all'assistenza domiciliare sia per quanto riguarda le sinergie con i Presidi ospedalieri che con la rete territoriale e i sistemi di dimissione protetta;
11. assicura con le risorse assegnate lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative;
12. assicura il buon funzionamento della valutazione multidisciplinare (UVM, UVG) che garantisce l'accesso alla rete dei servizi socio sanitari per gli anziani, i disabili

adulti e i portatori di gravissime disabilità acquisite, in stretto coordinamento con il DASS, la Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico e il Direttore del Distretto. Favorisce il monitoraggio e la promozione della qualità assistenziale nelle strutture socio sanitarie accreditate per anziani e disabili.

L'U.O. Cure Primarie persegue i seguenti **obiettivi** di qualificazione e sviluppo:

- 1) migliorare ulteriormente la capacità di presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
- 2) promuovere, anche con l'ausilio della telemedicina, lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità anche aumentando le competenze e le capacità di autocura dei pazienti;
- 3) Garantire una prima risposta ai problemi acuti dei cittadini gestibili nell'ambito delle cure primarie;
- 4) Sviluppare ulteriormente le potenzialità dei Nuclei di Cure Primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale;
- 5) Promuovere il consolidamento delle relazioni tra il sistema territoriale e ospedaliero e la promozione di reti cliniche integrate;
- 6) Sviluppare ulteriormente le potenzialità delle Case della Salute e della rete delle cure intermedie, setting in cui le cure territoriali possono evolvere per migliorare la capacità di risposta ai bisogni sanitari e sociali in condizioni di maggiore prossimità. Sviluppare ulteriormente nelle Case della Salute i progetti di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e con il Dipartimento di Sanità Pubblica.

### **PROFILO SOGGETTIVO**

- Capacità di valutazione dei bisogni di salute e governo della domanda di assistenza della popolazione del territorio di riferimento, in ottica che favorisca l'accessibilità, la continuità e l'appropriatezza delle cure e dei setting assistenziali.
- Comprovata esperienza di attività di gestione nell'ambito delle cure primarie, nella organizzazione dell'assistenza e gestione in ambito extra-ospedaliero del paziente cronico, complesso e fragile, con polipatologia e politerapia.
- Esperienza e competenza nel governo delle attività di valutazione multidimensionale della persona, per il suo inserimento nei percorsi delle cure intermedie.
- Capacità di governo della domanda, di gestione delle reti complesse e delle interfacce integrative, competenze nell'utilizzo di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio di percorsi di cura
- Esperienza di coordinamento di gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali finalizzati alla gestione integrata di pazienti cronici o fragili.
- Capacità di progettare e gestire progetti di innovazione organizzativa del sistema di cure territoriali;
- Capacità di strutturare e valorizzare gli strumenti di informazione e coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nei percorsi di cura e di follow-up.

- Comprovata capacità di diffondere nei collaboratori e in tutti i professionisti coinvolti nei percorsi clinico assistenziali la cultura della medicina di iniziativa e di accompagnarli nel cambiamento dei modelli assistenziali.
- Capacità o attitudine relazionale per favorire l'integrazione tra tutti i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali e la valorizzazione dell'autonomia delle professioni.
- Capacità nel favorire all'interno di una equipe/gruppo di lavoro un clima di fiducia e collaborativo orientato al riconoscimento e segnalazione di criticità al fine di avviare percorsi di miglioramento continuo;
- Comprovata conoscenza nella gestione degli accordi dei medici convenzionati (MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali);
- Comprovata esperienza nell'organizzazione di attività formative e di aggiornamento e partecipazione attiva in qualità di relatore e moderatore a corsi e congressi di rilevanza scientifica, promuovendo la formazione e l'aggiornamento, favorendo la partecipazione dei colleghi ad attività di ricerca.
- Conoscenza dei principali strumenti dei Sistemi Qualità e Accreditamento.