

Il nuovo assetto dipartimentale dell'Azienda USL di Imola

Sommario

Premessa	2
1. Il percorso di condivisione con i professionisti	2
2. I Dipartimenti classicamente intesi	3
3. Le sfide dei nuovi Dipartimenti	3
3.1. <i>L'organizzazione per Intensità delle Cure</i>	4
3.2. <i>Le Case della Salute</i>	5
3.3. <i>Le Cure Intermedie</i>	5
4. Il cambiamento necessario	6
5. La riorganizzazione delle Direzioni Tecniche	7
<i>Direzione Infermieristica e Tecnica</i>	7
<i>Direzione Farmacia e Direzione Medica di Presidio Ospedaliero</i>	7
6. La nuova organizzazione dipartimentale dell'Azienda USL di Imola.....	8
<i>Dipartimento Emergenza-Accettazione</i>	8
<i>Dipartimento Medico-Oncologico</i>	8
<i>Dipartimento Chirurgico</i>	8
<i>Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP)</i>	8
<i>Programmi interaziendali</i>	9

Premessa

Il presente elaborato rappresenta la proposta finale di revisione della struttura organizzativa dell'Azienda USL di Imola, formulata al termine di un percorso di condivisione con i professionisti interni, dettagliatamente descritto al punto 1.

Il documento si inserisce nel più ampio quadro del dibattito avviato in ordine al nuovo Piano Strategico Aziendale, di cui costituisce uno dei capitoli fondamentali.

La nostra organizzazione è contraddistinta da una grandissima **complessità**, condizionata dalle numerose attività, compiti, funzioni e dal grado di eterogeneità e dal tipo di interdipendenze fra queste: questa grande complessità richiede importanti meccanismi di coordinamento e controllo.

In altri termini si rende necessario un certo grado di formalizzazione di obiettivi, regole formali, procedure, routine che guidino le scelte dei membri dell'organizzazione, in assenza delle quali la discrezionalità dei comportamenti rischia di essere troppo confusiva.

La definizione della struttura organizzativa ha come obiettivo fondamentale quello di precisare la **distribuzione degli ambiti di autonomia e responsabilità** all'interno dell'organizzazione: fa riferimento alle relazioni fra i compiti svolti dai membri dell'organizzazione e si concretizza nelle forme di organizzazione del lavoro, nelle unità organizzative, nella gerarchia, nelle politiche, regole e procedure e nei diversi meccanismi di coordinamento e controllo. Si tratta quindi dell'insieme di quegli elementi del sistema dei ruoli su cui si articola la nostra organizzazione, ed esprime i criteri di fondo su cui si articola la organizzazione del lavoro.

La nostra organizzazione è in stretta relazione di interdipendenza con l'ambiente di riferimento, e deve continuamente adattarsi alla evoluzione del contesto, sotto il profilo politico, economico e socio-epidemiologico.

Per questo motivo il disegno organizzativo va interpretato in senso dinamico, va continuamente rimodulato e adattato ai cambiamenti esterni, con un'apertura alla trasformazione che rappresenta un atteggiamento indispensabile anche per affrontare al meglio le importanti sfide del futuro.

1. Il percorso di condivisione con i professionisti

Il percorso di ridefinizione dell'assetto dei Dipartimenti aziendali è iniziato il 19 marzo 2014 con la presentazione degli obiettivi dello stesso e la formalizzazione dei tre gruppi di lavoro coinvolti: Gruppo Primari (Direttori Dipartimento e Direttori U.O.), Gruppo Secondari (Dirigenti Medici, referenti per le UU.OO.) e Gruppo DIT (referenti dipartimentali e di U.O. per la Direzione Infermieristica e Tecnica), coordinati rispettivamente dal Direttore Sanitario, dal Direttore della Direzione Medica di Presidio e dal Direttore della Direzione Infermieristica e Tecnica. A supporto del lavoro dei tre gruppi è stato creato uno spazio web di discussione sul social network aziendale.

Il mandato dei gruppi era di esplicitare la prospettiva di sviluppo delle diverse UU.OO. nel breve-medio termine identificando, dal punto di vista organizzativo, il "contenitore" dipartimentale all'interno del quale ricollocarsi, anche tenendo conto della evoluzione del contesto istituzionale con la nascita della Città Metropolitana.

I tre gruppi si sono quindi incontrati in diverse occasioni da maggio a luglio, concludendo i lavori in una discussione plenaria con la Direzione Aziendale il 24 giugno 2014.

Il 2 luglio si è svolto un ulteriore incontro di approfondimento sul tema "RETI CLINICHE OSPEDALIERE IN AREA METROPOLITANA: PROPOSTE PER MIGLIORARE SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE, EQUITA' DI ACCESSO E SOSTENIBILITA' ECONOMICA", durante il quale alcuni Direttori di U.O. hanno presentato il loro specifico contributo.

Il 27 ottobre 2014 è stata quindi presentata la proposta della Direzione Aziendale sul nuovo assetto dipartimentale, perfezionata nel presente documento di sintesi (presentato al Collegio di Direzione del 27 novembre e del 18 dicembre 2014) a conclusione del percorso di condivisione con i professionisti.

2. I Dipartimenti classicamente intesi

Il Dipartimento consiste, secondo un'esaustiva definizione di Guzzanti, in una *“federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza, responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici”*¹. La definizione è del 1994 e riassume il lungo dibattito normativo interno al dipartimento, ma contiene anche l'essenza della normativa successiva nonché le principali problematiche evidenziate nella fase di realizzazione estensiva dei dipartimenti apertasi dopo il 1997, in relazione a quanto stabilito dai DLgs 552/92 e 517/93 e dalle Leggi 549/1995 e 382/1996.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta quindi il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa, economica e finanziaria e dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

Il principale obiettivo della organizzazione dipartimentale delle Aziende sanitarie è il tentativo di conciliare le esigenze della specializzazione con quelle della integrazione.

L'organizzazione dipartimentale è apparsa la soluzione che, meglio di altre, potesse consentire il raggiungimento di:

- obiettivi **organizzativi**, con miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- obiettivi **clinici**, con la promozione della qualità dell'assistenza;
- obiettivi **economici**, con la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- obiettivi **strategici**, secondo la mission e gli obiettivi di sviluppo aziendali;
- obiettivi **formativi**, con la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze.

Sono organi del Dipartimento il **Direttore di Dipartimento** ed il **Comitato di Dipartimento**².

Il Direttore rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'azienda e con gli interlocutori esterni³. Il direttore presiede e dirige il Comitato di dipartimento, che rappresenta l'interlocutore diretto della Direzione Generale non solo nel processo di budgeting e di controllo di gestione, ma anche nella definizione del sistema degli incentivi, nelle procedure di controllo della qualità dei servizi erogati, nella verifica degli incarichi e nel processo di aggiornamento continuo.

3. Le sfide dei nuovi Dipartimenti

I nuovi bisogni di cura e assistenza della società che cambia, sempre più articolati e complessi, spesso sostenuti e amplificati da più condizioni sovrapposte, non consentono più interventi settoriali, ma richiedono sempre più spesso **risposte ad alto grado di integrazione**.

In questo contesto, di crescente complessità epidemiologica, tecnologica e professionale, le risposte clinico-assistenziali raramente hanno luogo in un setting di cure esclusivo o presso un unico soggetto erogatore: occorre sempre più spesso strutturare percorsi che intersecano l'intera rete dei servizi, sovente anche travalicando i confini aziendali.

Per favorire l'offerta di percorsi di cura integrati, occorre implementare nuovi modelli organizzativo-gestionali: a fronte di una domanda sempre più articolata in senso multidisciplinare e multiprofessionale, l'Azienda USL di Imola ritiene indispensabile perseguire a tutti i livelli (sia al proprio interno, che nella relazione con altri partner) strategie di integrazione delle componenti hardware e software del proprio sistema di cure (struttura, tecnologie, risorse umane, conoscenze, competenze, percorsi di cura e assistenza, ecc.).

¹ Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo NC. Aree funzionali omogenee e dipartimenti. *Federazione Medica* 1994; 11:4-8.

² DLgs 502/1992 (art. 17bis) e DLgs 229/1999.

³ DGR n. 86/2006 "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale".

Alla transizione del quadro epidemiologico occorre fare corrispondere una transizione organizzativa, in modo tale da rendere possibile, in tutti i setting di cure, la predisposizione di risposte più aderenti ai bisogni della popolazione.

L'integrazione non costituisce semplicemente una scelta organizzativa ma anche l'attuazione di una nuova concezione della relazione tra servizi e cittadino: in un contesto di crescente complessità, l'integrazione tra le diverse componenti del sistema è indispensabile per garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo e dell'equità d'accesso alle cure.

Il principio dell'integrazione assume valore strategico, inoltre, sotto numerosi profili, in quanto:

- favorisce lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, di competenze di team building e team working, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;
- permette di perseguire logiche di sistema, anteponendo le finalità generali alle spinte autarchiche ed autoreferenziali;
- permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per la tutela della salute.

A livello dipartimentale l'integrazione è quella modalità operativa che rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La mission dei nuovi dipartimenti sarà quindi soprattutto incentrata sulla ottimizzazione dell'efficienza e della flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, attraverso lo sviluppo di piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione e favorire processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

In altri termini si tratta di ricomporre la frammentazione specialistica, abbandonando la prevalente logica proprietaria delle Unità Operative, favorendo la condivisione dei posti letto, delle sale operatorie, delle sale endoscopiche, delle risorse umane, delle tecnologie, dei percorsi clinici, fra più unità operative.

Questa filosofia trova specifica applicazione in alcuni nuovi modelli organizzativi che dovranno essere promossi dai nuovi dipartimenti: l'ospedale organizzato per intensità delle cure, la casa della salute e le cure intermedie.

3.1. L'organizzazione per Intensità delle Cure

La logica dell'integrazione è alla base dell'organizzazione per intensità delle cure, che prevede un ospedale non più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura, ma organizzato in aree, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale, con l'obiettivo di coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di assistenza.

Al medico, maggiormente correlato alla patologia chiave del paziente, resta in capo la responsabilità di tutto il percorso diagnostico e terapeutico; all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero.

Questa nuova organizzazione consente al medico di concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle nelle diverse piattaforme logistiche di ricovero, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre; al tempo stesso consente all'infermiere di valorizzare appieno le proprie competenze professionali e il proprio ruolo.

Un altro aspetto di grande rilevanza è l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche e strutturali (gli ambienti di degenza, le sale operatorie, gli ambulatori, i servizi di diagnosi, in una parola tutte le strutture assistenziali sono utilizzabili da più professionisti, senza divisioni e senza dispersioni) e delle risorse umane (i diversi professionisti sono chiamati a un confronto quotidiano e questo rende più difficile l'affermarsi di stili di lavoro particolaristici).

Permette inoltre di diminuire i posti letto non utilizzati (superando il non pieno utilizzo dei posti letto dei diversi Reparti) e di impiegare meglio le risorse infermieristiche (da mettere a disposizione non più in base

al numero di posti letto di un reparto, ma in base alla intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti di quella piattaforma logistica di ricovero).

3.2. Le Case della Salute

La gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative.

Nell'assistenza primaria occorre promuovere attivamente, con il coinvolgimento di tutti i professionisti del sanitario e del sociale, la transizione da un modello organizzativo caratterizzato da professionisti abituati a lavorare in maniera sostanzialmente autonoma ad un modello di medicina del territorio caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate a principi quali: approccio interdisciplinare ai problemi di salute sia acuti che cronici; sviluppo di strumenti per il monitoraggio delle persone fragili la loro presa in carico; gestione pro-attiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria; focalizzazione sulle cure domiciliari con particolare riguardo all'assistenza ai malati terminali (Rete delle Cure Palliative); forte attenzione all'uso appropriato delle risorse; coinvolgimento delle comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers.

A tal fine il modello Casa della Salute come luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale - dove i cittadini possono trovare risposta alla loro domanda di salute, attraverso l'accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa sofisticazione tecnologica e l'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello - è un modello che va adeguatamente implementato, anche ripensando la programmazione territoriale alla luce della riorganizzazione prevista per la rete ospedaliera, in modo integrato con la rete dei servizi sociosanitari, anche al fine di assicurare equità di accesso ai servizi.

L'obiettivo è di garantire alle persone affette da patologie croniche, alle persone con disabilità gravi e alle persone alla fine della vita, un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando quale sede di elezione il domicilio.

3.3. Le Cure Intermedie

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure.

Il riorientamento del focus del sistema di cure verso il territorio e la gestione proattiva delle patologie croniche, deputato a intercettare i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, è ormai un trend consolidato che trova sempre maggiori evidenze e rappresenta un caposaldo della futura programmazione.

Le potenzialità di comunicazione tra strutture date dalla digitalizzazione e dalla cosiddetta telemedicina possono consentire di riconfigurare i problemi della prossimità e della distanza tra i diversi centri specialistici ed aumentare le economie di rete.

L'ospedale deve configurarsi come setting assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure. Il territorio rappresenta invece il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

L'ospedale deve quindi integrare la propria funzione con i servizi territoriali attraverso la gestione integrata (anche grazie al supporto delle ICT e della telemedicina) dei PDTA per le patologie complesse e a lungo termine. Altre iniziative di continuità ospedale-territorio sono rappresentate dalla disponibilità di settings di cure intermedie, contesti assistenziali funzionalmente collocati fra l'ospedale per acuti ed il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei fra loro e differenti dai punti di vista strutturale e funzionale (ospedali di comunità, hospice, assistenza domiciliare integrata, ecc.), accomunati dalla mission di fornire servizi in un limitato arco temporale, a domicilio, in ambiente ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale, per facilitare i percorsi di dimissione e ricovero protetto, evitare i ricoveri non necessari e prevenire il ricorso improprio all'istituzionalizzazione.

Gli eventi clinici che si succedono nel tempo in persone con patologie croniche o comunque di età avanzate conducono gradualmente ad una rottura di un fragile equilibrio creato, riducendo nel tempo l'autonomia. Questo accade principalmente subito dopo l'evento acuto, quando l'intervento sanitario ha comunque risolto il nuovo problema, ma altrettanto inevitabilmente peggiorato il quadro generale.

Nell'attuale organizzazione il momento intermedio fra la risoluzione di un nuovo evento e il ritorno alla vita quotidiana di una persona con problemi di salute preesistenti (spesso di età avanzata) presenta un rischio notevole di riduzione netta dell'autonomia preesistente. Questo perché l'attenzione si concentra sulla risoluzione dell'evento acuto, anche attraverso interventi tecnologicamente avanzati in presidi ad alta intensità di cure, lasciando che il contesto generale evolva naturalmente verso un peggioramento progressivo.

La sfida che si apre ai servizi di cure intermedie oggi è quella di intervenire subito dopo la risoluzione dell'evento acuto per valorizzare la funzionalità residua, riportando la persona al massimo livello di autonomia possibile.

La multidimensionalità del bisogno degli utenti delle cure intermedie comporta inevitabilmente interventi di equipe, formata non solo dai vari professionisti coinvolti, a cominciare dal Medico di Medicina Generale e dall'Infermiere, ma dagli stessi malati e dai loro familiari: è questo il solo approccio capace di incidere positivamente sulla qualità di vita del malato nel suo contesto familiare.

4. Il cambiamento necessario

I Dipartimenti, dovendo contribuire al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda devono necessariamente adattarsi al cambiamento del contesto (organizzativo, epidemiologico, politico ed economico) di riferimento, per essere nelle condizioni di rispondere al meglio alle mutate esigenze.

In questo quadro, i dipartimenti dell'Azienda USL di Imola sono oggettivamente troppo piccoli per poter realizzare al proprio interno significative **economie di scala e di gamma**. Per equilibrare le esigenze di miglioramento della qualità con quelle della sostenibilità occorre un nuovo assetto che consenta di superare le gestioni frammentarie di servizi e UU.OO., garantendo dimensioni e composizioni ottimali, attivando processi di sussidiarietà fra i vari soggetti e privilegiando, nella logica di rete, l'efficienza allocativa del sistema sull'efficienza produttiva della singola unità operativa.

Sul piano operativo, gli attuali Dipartimenti hanno palesato evidenti difetti di collegialità: troppo spesso gli incontri dei Comitati sono stati momenti di aggregazione in cui i diversi professionisti erano coinvolti solo nel processo di budgeting e controllo di gestione.

È quindi necessario provvedere a ristabilire un migliore e diverso funzionamento degli organismi di partecipazione e in particolare del Collegio di Dipartimento, anche con l'individuazione e l'attribuzione di altre Responsabilità al suo interno (es. Programmi), in modo tale da distribuire le responsabilità dipartimentali anche su figure diverse dal Direttore del Dipartimento.

Accanto al Direttore e al Comitato di Dipartimento, per sviluppare ulteriormente l'integrazione tra i dipartimenti, sono istituiti, per i dipartimenti ospedalieri e territoriali rispettivamente:

- il **Collegio Interdipartimentale**, coordinato dal Direttore Medico di Presidio Ospedaliero;
- l'**Ufficio di Direzione del Distretto (Udd)**, coordinato dal Direttore del Distretto, organo già previsto dal vigente Atto Aziendale.

Il disegno organizzativo deve essere aperto a una nuova integrazione "sovra-aziendale" (metropolitana o di area vasta). Ad esempio, l'organizzazione dei servizi intermedi, del materno-infantile, del DEA, dell'alta intensità di cura, dovrebbe avere una logica su scala più ampia di quella aziendale (**Dipartimenti Interaziendali e UU.OO. interaziendali**).

Essendo necessaria una maggiore flessibilità ed efficienza di utilizzo delle risorse, in particolare "critiche" (PL, sale operatorie, risorse umane, tecnologie, etc.), gli assetti organizzativi devono rispondere alle esigenze di coordinamento di strutture a forte impronta specialistica e favorire processi di gestione polispecialistica delle risorse (**integrazione strutturale**).

Poiché la domanda di salute sta evolvendo in termini di complessità, bisogno di continuità e multidisciplinarietà, gli assetti organizzativi dovranno sempre più essere orientati allo sviluppo di

percorsi/PDTA trasversali (**integrazione funzionale**), potenziando gli strumenti di continuità ospedale-territorio (**integrazione transmurale**).

Le **reti cliniche** devono coniugare nuovi e importanti input organizzativi come la continuità assistenziale del percorso di cura e l'intensità di cura, garantendo risposta a due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la concentrazione dei servizi per assicurare qualità e sostenibilità economica e la loro diffusione per facilitarne l'accesso. Le reti sono anche la sede più idonea al coinvolgimento dei professionisti nel governo dell'innovazione tecnologica e organizzativa, dall'avvio dell'adozione sperimentale al momento del consolidamento dell'impiego, al contributo all'acquisizione. Il presupposto per assicurare la continuità delle cure in rete è la condivisione di percorsi clinico/assistenziali che definiscono tutti i passaggi, inter ed extra-ospedalieri, infra ed inter-aziendali. A tal fine è necessario consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, coinvolgendo gli operatori, strutturando i collegamenti tra le strutture erogatrici, prevedendo eventualmente modalità organizzative che consentano lo spostamento delle équipes e non dei pazienti, quando il fattore di qualità del servizio erogato risiede esclusivamente nelle competenze distintive dei professionisti, mentre dovrà essere assicurata la centralizzazione del paziente nella struttura di riferimento, quando le determinanti della qualità risultano essere prevalentemente le tecnologie ad alto costo e ad alta complessità presenti solo in alcuni punti della rete. Questa logica organizzativa dovrà prevedere che le piattaforme logistico-tecnologiche (es. blocco operatorio, sale endoscopiche, posti letto, ambulatori, diagnostiche, etc.) siano messe a disposizione per l'utilizzo da parte di professionisti che abitualmente operano in altri stabilimenti ospedalieri e, viceversa, che i nostri professionisti siano messi nelle condizioni di poter intervenire nell'ambito di piattaforme logistiche esterne.

5. La riorganizzazione delle Direzioni Tecniche

Direzione Infermieristica e Tecnica

La Direzione Infermieristica e Tecnica assumerà una organizzazione complementare al nuovo assetto dipartimentale.

Gli obiettivi di innovazione che si intendono perseguire sono quelli di:

- ✓ sviluppare ruoli assistenziali e gestionali volti ad assicurare la presa in carico e continuità assistenziale delle persone assistite;
- ✓ rafforzare le reti di governo clinico/assistenziale all'interno dei Dipartimenti (infermieri clinici presenti nelle reti dei referenti per la formazione, per il rischio, per la sicurezza, per la qualità e l'accreditamento, la valutazione delle performance);
- ✓ valorizzare il ruolo di coordinamento gestionale nelle UUOO e all'interno dei Dipartimenti;
- ✓ supportare la gestione integrata interdipartimentale in particolare nell'ambito del Presidio Ospedaliero.

Le aree su cui intervenire in termini di cambiamento per la realizzazione degli obiettivi comprendono la revisione dell'assetto delle Posizioni Organizzative e delle Posizioni di Coordinamento mediante:

- ✓ il superamento delle PO dedicate al Coordinamento operativo a tempo pieno nei Dipartimenti (RITD), a favore di un accentramento a livello aziendale delle funzioni di gestione del personale e di governo clinico/assistenziale;
- ✓ la riconversione e la valorizzazione del ruolo dei precedenti RITD su ambiti di responsabilità di processo o struttura organizzativa e la individuazione di nuove posizioni organizzative ad alto contenuto professionale, gestionali, di coordinamento, in ragione dei nuovi assetti organizzativi che si andranno a realizzare;
- ✓ il coinvolgimento attivo dei Coordinatori che afferiscono ai relativi Dipartimenti con attribuzioni specifiche nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

Direzione Farmacia e Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

Anche la Direzione Tecnica di Farmacia e la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero saranno organizzate in maniera complementare al nuovo disegno dipartimentale aziendale, garantendo trasversalità ai diversi Dipartimenti ed i propri contributi in staff al Comitato di Dipartimento.

6. La nuova organizzazione dipartimentale dell'Azienda USL di Imola

Il nuovo assetto dipartimentale dell'Azienda USL di Imola prevede tre dipartimenti ospedalieri e tre dipartimenti territoriali (Figura 1):

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento Cure Primarie (DCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)

Dipartimento Emergenza-Accettazione

Il **DEA** comprende le seguenti UU.OO.: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, UOC Radiologia, SSD Laboratorio, SSD Trasfusionale. La collocazione delle UU.OO. *Radiologia, Laboratorio e Trasfusionale* (di pertinenza dell'ex Dipartimento dei Servizi) nel DEA trova il suo razionale nel contestuale sviluppo del Laboratorio Unico Metropolitano (LUM) e nella logica di centralizzazione dei servizi intermedi e delle funzioni di supporto su scala metropolitana o di area vasta (es. concentrazione delle attività analitiche di laboratorio presso l'Ospedale Maggiore di Bologna; concentrazione della lavorazione del sangue presso il Centro trasfusionale dell'Azienda USL di Bologna; mantenimento della diffusione dell'esecuzione delle procedure radiologiche più semplici, rendendo disponibili le prestazioni e competenze più complesse all'interno di percorsi diagnostici a valenza sovra aziendale), a seguito della quale si manterranno a livello locale principalmente le funzioni di urgenza/emergenza, sviluppando le prestazioni e le competenze più complesse all'interno di percorsi assistenziali interaziendali.

Dipartimento Medico-Oncologico

Il **Dipartimento Medico-Oncologico** è costituito dalle seguenti UU.OO.: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Pediatria, UOC Medicina 1, UOC Medicina 2, UOC Geriatria, UOC Lungodegenza, UOC Medicina Riabilitativa, SSD Neurologia, SSD Minore intensità clinica, UOC Genetica. In previsione dell'attivazione presso l'Ospedale di Imola di PL codice 056 (Recupero e riabilitazione intensiva), l'UOC *Medicina riabilitativa* trova nuova collocazione all'interno del Dipartimento Medico-Oncologico, mantenendo tuttavia la propria connotazione territoriale attraverso la realizzazione di obiettivi trasversali con il DCP. La UOC *Gastroenterologia* rimane collocata nel dipartimento medico, sviluppando tuttavia, in virtù del suo orientamento prettamente diagnostico, all'interno di percorsi integrati con la chirurgia (PDTA colon-retto), una stretta integrazione con il Dipartimento Chirurgico, in particolare rispetto alla gestione unitaria delle piattaforme logistiche (sale operatorie e polo endoscopico). In previsione dell'evoluzione della funzione di genetica in ambito metropolitano, l'UOC *Genetica Medica* viene collocata nel Dipartimento Medico-Oncologico per le sue relazioni funzionali con la Pediatria; per quanto riguarda il *Laboratorio di Citogenetica*, sarà ridefinito il profilo di integrazione con i laboratori di genetica molecolare e di citogenetica dell'AOU di Bologna.

Dipartimento Chirurgico

Il **Dipartimento Chirurgico** si compone delle UU.OO.: UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, UOC Ostetricia e Ginecologia, UOC Gastroenterologia, UOC Day Surgery-Chirurgia Generale, UOC Anatomia Patologica, SSiA Chirurgia Generale, SSD Breast Unit, SSiD Polo DS Polispecialistico CSPT, SS Centrale di sterilizzazione e il Programma Blocco Operatorio. Tra le funzioni di supporto, l'*Anatomia Patologica* viene collocata all'interno del Dipartimento Chirurgico in quanto, nella logica di centralizzazione a livello provinciale del servizio, dovrà essere assicurata presso gli stabilimenti ospedalieri l'attività estemporanea. A seguito della soppressione del Dipartimento Materno-Infantile, l'UOC *Ginecologia e Ostetricia* viene collocata nel Dipartimento Chirurgico.

Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP)

Le esigenze di assicurare maggiore integrazione per elevare gli standard qualitativi e di efficienza risultano indispensabili anche a livello territoriale. I dipartimenti territoriali (**DCP, DSP, DSM-DP**) devono

necessariamente integrarsi all'interno delle Case della Salute. I tre dipartimenti continuano ad assicurare le proprie attività caratteristiche (es. attività in convenzione, SPDC, vigilanza, etc.), cedendo sovranità per quelle attività che costituiscono i processi caratteristici della Casa della Salute, gradualmente e consensualmente allo sviluppo di queste ultime. Le attività caratteristiche dei Dipartimenti territoriali potranno a loro volta prestarsi a logiche di integrazione in reti sovra-aziendali.

Programmi interaziendali

Accanto ai dipartimenti, il nuovo assetto organizzativo prevederà l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale.

Il Programma è inteso come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, relativi ad aree problematiche target, di interesse particolare, che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse.

Il Programma può rappresentare una funzione aziendale o interaziendale (insieme di servizi sanitari e sociali integrati, anche appartenenti a differenti istituzioni), con lo scopo di assicurare continuità delle cure a uno specifico target di popolazione particolarmente fragile (es. popolazione pediatrica, anziani, etc.), che si configura come il punto di partenza e il punto di arrivo della traiettoria di cura⁴. Obiettivo dell'organizzazione per Programmi è sviluppare la cultura della cooperazione orizzontale migliorando le competenze dei professionisti nella pianificazione e valutazione delle proprie azioni di intervento secondo gli specifici bisogni della popolazione target. Questa visione richiede un cambiamento rispetto al modo di intendere l'organizzazione verticale attuale verso un'organizzazione orizzontale e a matrice, unica condizione che consente di lavorare in rete, secondo i principi della condivisione, della collaborazione e in base ad una logica intersettoriale e interdisciplinare.

Il Responsabile di Programma contribuisce a garantire un'omogenea realizzazione della strategia aziendale, nell'approccio alle problematiche target, e garantisce l'interdisciplinarietà degli interventi, presidiando i punti di interazione tra servizi e/o settori, che risultano interdipendenti o reciproci. Il Responsabile di Programma quindi, per il proprio Programma: coordina i processi di cura interdisciplinari; sviluppa e assicura l'attuazione delle regole di accesso ai servizi, tenendo conto della disponibilità di risorse; assicura la valutazione del processo di cura; prevede l'uso efficace delle risorse; assicura la valutazione dei pazienti, dei reclami e dei rischi; sostiene i percorsi formativi relativi al programma (compresa la ricerca).

Ai Programmi possono essere attribuite anche specifiche responsabilità per la gestione di processi critici (es. gestione delle sale operatorie o dei posti letto).

Gli strumenti operativi del Programma sono i PDTA, che possono avere valenza sia trasmurale sia interaziendale.

Il Responsabile di Programma interaziendale fa capo organizzativamente alla Direzione Sanitaria aziendale; il Responsabile di Programma dipartimentale/interdipartimentale può far capo al Direttore di Dipartimento oppure, a seconda dei casi, al Direttore di Presidio Medico Ospedaliero, al Direttore del Distretto ovvero alla Direzione Sanitaria.

I *programmi interaziendali* che saranno attivati nell'ambito del nuovo assetto organizzativo dell'Azienda ULS di Imola sono:

- il **Programma Reti Cliniche Maternità Infanzia**, che comprenderà i PDTA pediatrici e il Percorso Nascita
- il **Programma Reti Cliniche Ortopediche e Traumatologiche**, che maggiormente comprenderà i PDTA della traumatologia e della chirurgia ortopedica elettiva. Per quanto concerne la chirurgia ortopedica elettiva, dovrà essere sviluppata l'integrazione degli II.OO.RR. nella rete dell'offerta mediante relazioni in rete, delocalizzando know-how e operatività a Imola (ortopedia pediatrica, interventi sulla spalla, interventi per frattura di femore e protesica d'anca primaria e secondaria, sviluppo in rete della Day Surgery), favorendo la prossimità della risposta e valorizzando le competenze distintive dei professionisti in rete.

I programmi *dipartimentali/interdipartimentali* ad oggi attivi nell'Azienda USL di Imola sono:

- **Programma Pediatria di Comunità** (con afferenza al DCP)
- **Programma Anziani** (con afferenza al Distretto)

⁴ secondo il modello canadese dei *Programmes clientèles*.

- **Programma Sicurezza Alimentare** (con afferenza al DSP)
- **Programma Edilizia e Igiene Abitato in ambito locale e di Area vasta** (con afferenza al DSP)
- **Programma Psicologia Clinica e di comunità** (con afferenza al Direttore Sanitario)
- **Programma Alcoologia e raccordo tra Territorio e RTI** (con afferenza al DSM)
- **Programma Blocco Operatorio** (con afferenza al Direttore del Presidio Ospedaliero)

Figura 1. Nuova organizzazione dipartimentale – Azienda USL di Imola

Dipartimento Emergenza Accettazione	<p>UOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza</p> <p>UOC Anestesia e Rianimazione</p> <p>SSD Semintensiva</p> <p>UOC Cardiologia-UTIC</p> <p>UOC Radiologia</p> <p>SSD Laboratorio</p> <p>SSDTrasfusionale</p>
Dipartimento Chirurgico	<p>SSiA Chirurgia Gen.</p> <p>SSD Breast</p> <p>UOC Day Surgery-Chir.Gen.</p> <p>UOC Ortopedia</p> <p>UOC Urologia</p> <p>UOC ORL</p> <p>UOC Oculistica</p> <p>UOC Ginecologia-Ostetricia</p> <p>SS Centrale di Sterilizzazione</p> <p>SSiD Polo DS polispec. CSPT</p> <p>UOC Anatomia Pat.</p> <p><i>Programma Blocco Operatorio</i></p>
Dipartimento Medico-Oncologico	<p>UOC Oncologia</p> <p>UOC Nefrologia</p> <p>UOC Pediatria</p> <p>UOC Medicina 1</p> <p>UOC Medicina 2</p> <p>UOC Geriatria e Lungodegenza</p> <p>SSD Neurologia</p> <p>SSD Ambi</p> <p>UOC Medicina Riabilitativa</p> <p>UOC Gastroenterologia</p> <p>UOC Genetica</p>
Dipartimento Cure Primarie	<p>OsCo</p> <p>SSD Consultorio Familiare</p> <p><i>Programma Pediatria di Comunità</i></p> <p><i>SSD Programma trasversale Anziani</i></p> <p>UOC Cure Primarie</p> <p>SSD Cure Primarie</p> <p>SSD Assistenza dell'area della non autosuff.</p>
Dipartimento Sanità Pubblica	<p>UOC Igiene e Sanità Pubblica</p> <p>UOC Igiene Veterinaria</p> <p>UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro</p> <p><i>Programma Sicurezza Alimentare</i></p> <p><i>Programma Edilizia e Igiene Abitato</i></p>
Dipartimento Salute Mentale e DP	<p>UOC Psichiatria Adulti</p> <p>UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</p> <p>UOC Dipendenze Patologiche</p> <p>SSD SPDC</p> <p><i>Programma Psicologia Clinica</i></p> <p><i>Programma Alcolologia</i></p>

Figura 2. Aree funzionali

