



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ASL_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000439
DATA: 19/11/2024 16:50
OGGETTO: PROVVEDIMENTI IN MERITO AL REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE
AZIENDALE: RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E
DEL DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Bordon Paolo in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Longanesi Andrea - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Ferro Giovanni - Direttore Amministrativo

Su proposta di Aldo Bonadies - UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff (SC) che
esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-02]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- UO Affari Generali e Legali (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgie Specialistiche
- Dipartimento della Diagnostica e dei Servizi di Supporto
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Oncologico
- UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC)
- Dipartimento Chirurgie Generali
- Dipartimento della Riabilitazione
- Distretto Savena Idice
- UO Programmazione e Controllo (SC)
- UO Governo dei Percorsi Specialistici (SC)
- Dipartimento della Rete Ospedaliera
- UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- Ufficio Relazioni Sindacali
- Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo - DIGIRI (IRCCS AOU)
- UO Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria (SC)
- UO Direzione Medica Ospedali Spoke (SC)
- Dipartimento interaziendale ad attivita' integrata di Anatomia Patologica - DIAP
- UO Gestione Documentazione Sanitaria (SSD)
- Distretto Pianura Est
- Dipartimento Attivita' Amministrative Territoriali e Ospedaliere - DAATO
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Scientifica
- UO Amministrativa DATeR (SSD)
- UO Anticorruzione e Trasparenza (SC)
- Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR
- Dipartimento Emergenza Interaziendale - DEI
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- UO Comunicazione (SS)
- UO Direzione Attivita' Socio-Sanitarie - DASS (SC)
- Dipartimento Sanita' Pubblica
- Dipartimento dell'Integrazione
- Dipartimento della Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale
- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- Funzione Amministrativa DASS (PO)
- UO Libera Professione (SC)
- Distretto dell'Appennino Bolognese
- UO Direzione Sanitaria IRCCS (SC)
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Operativa
- UO Ingegneria Clinica (SC)
- Distretto Citta' di Bologna
- UO Governo dei Percorsi di Screening (SC)
- Distretto Pianura Ovest
- Direttore Assistenziale
- UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff (SC)
- UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)
- Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - DFI
- UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualita' (SC)
- UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)
- UO Committenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato (SC)

DOCUMENTI:

File

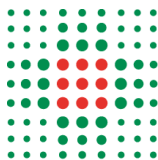
Firmato digitalmente da

Hash



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

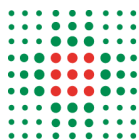


File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000439_2024_delibera_firmata.pdf	Bonadies Aldo; Bordon Paolo; Ferro Giovanni; Longanesi Andrea	94DB2D1851C7BC04C71B97CDA0BDBFA FB6B0323026F629534D1D375A9A414269
DELI0000439_2024_Allegato1.pdf:		C0A3AA5233612EA418D4F79E6E3D660E E1E4225D85506E6CE3DE157B730923EE
DELI0000439_2024_Allegato2.pdf:		1C3F31F03358D5B27AFCCBA24D4A4E61 830FBA84F75C81D647AA05F36E66F840
DELI0000439_2024_Allegato3.pdf:		256AF36FABE60D55181C47644E303D7F C86E54EE7E7EDCCFA91693B25E65953F
DELI0000439_2024_Allegato4.pdf:		BD3D7BAEFEB30CBD38EFA0E5B3819BB 54D0D87CAC705725BDE5938CF01F85286
DELI0000439_2024_Allegato5.pdf:		833D8124A8F6E5E3099EC0CF9186C8321 290E24BC05035F31A950C78130F02F9
DELI0000439_2024_Allegato6.pdf:		BCC507FF9003095DC1CAB0D64BB13CB D133E404C15A265371D291B2D9E0CCE2D
DELI0000439_2024_Allegato7.pdf:		BFC84CBEB653C15DA5428A77697B999D 3B61A47C4BB958D05D0854800704273A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: PROVVEDIMENTI IN MERITO AL REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE:
RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E DEL DIPARTIMENTO
SANITA' PUBBLICA

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Direttore della UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff (SC), che esprime contestuale parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto;

Richiamate le deliberazioni:

- n. 4 del 28/01/2005 avente ad oggetto "Approvazione dell'Atto Aziendale" con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale volto alla definizione dell'assetto organizzativo e delle modalità di funzionamento dell'Azienda USL di Bologna e n. 40 del 27/03/2009 (rettificata dalla deliberazione n. 150 del 31/08/2009), con la quale sono state apportate modificazioni all'Atto Aziendale e inserito, tra le strutture organizzative dell'Azienda USL di Bologna, l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche";
- n. 148 del 19/04/2019, n. 427 del 29/12/2020 e n. 256 del 19/07/2023 con le quali si è proceduto ad ulteriori aggiornamenti dell'Atto Aziendale a seguito di modifiche intervenute sia a livello normativo, sia a livello organizzativo;
- n. 194 del 20/05/2019 e n. 187 del 30/04/2024 in virtù delle quali è stato aggiornato il Regolamento di Organizzazione Aziendale (R.O.A) - parte I e parte II Organigrammi – adottato con le deliberazioni n. 161 del 07/07/2005 e n. 325 del 29/12/2005, nel quale viene espresso un livello di maggior dettaglio sull'assetto e sul funzionamento delle diverse articolazioni aziendali, in armonia con quanto previsto nell'Atto Aziendale;

Richiamati i provvedimenti di modifica del Regolamento di Organizzazione Aziendale che hanno portato alla configurazione degli attuali assetti organizzativi dei Dipartimenti in oggetto, in particolare, per il Dipartimento Cure Primarie n. 94 del 14/03/2019, n. 88 del 18/03/2020, n. 140 del 07/05/20, n. 267 del 16/07/2021 e n. 151 del 03/05/2024 e per il Dipartimento Sanità Pubblica n. 278 del 07/08/2017, n. 362 del 31/10/2017, n. 267 del 16/07/2021 e 295 del 20/08/2021;

Vista la proposta, agli atti di questa Azienda, pervenuta dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie, riguardante la riorganizzazione del medesimo Dipartimento;

Rilevato che l'attuale assetto organizzativo del Dipartimento Cure Primarie, nell'ambito delle cure primarie, è articolato in quattro strutture complesse ed una struttura semplice, di seguito indicate:

- "UO Cure Primarie Bologna (SC)" e afferente "UO Cure Primarie Savena Idice (SS)";
- "UO Cure Primarie Pianura Est (SC)";



- “UO Cure Primarie Pianura Ovest (SC)”;
- “UO Cure Primarie Appennino, Reno - Lavino – Samoggia (SC)”;

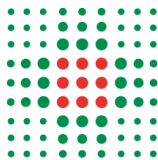
Valutato di prevedere nel nuovo assetto dipartimentale:

- un'unica struttura complessa di Cure Primarie della Pianura, al posto delle due attuali;
 - tre strutture complesse in totale di Cure Primarie, deputate, principalmente, a garantire:
 - il supporto al/ai Distretto/i di riferimento per gli aspetti specifici di competenza delle Cure Primarie,
 - la responsabilità igienico-sanitaria organizzativa e sicurezza delle Case della Comunità, degli OSCO e dei presidi territoriali,
 - lo sviluppo dei processi di prevenzione, promozione della salute, gestione della cronicità e delle fragilità,
 - il governo e la gestione degli accordi convenzionali nei rapporti con i professionisti dei nuclei cure primarie (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati interni),
 - la gestione delle interfacce per la continuità delle cure ospedale-territorio, sanitario-sociale, 116117, e altri dipartimenti aziendali (DSM, Integrazione ecc.);
- una struttura complessa deputata a garantire il governo dei percorsi di innovazione organizzativa e di processo che opera in modo trasversale articolata in quattro programmi equiparati a strutture semplici, finalizzati:
 - allo sviluppo delle case della comunità;
 - allo sviluppo della gestione del processo di transizione delle cure, cure domiciliari e sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità;
 - al supporto organizzativo nell'implementazione e operatività del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117 ed allo sviluppo delle cure domiciliari;
 - all'implementazione delle soluzioni di telemedicina e sviluppo tecnologico nelle cure primarie;
- due programmi equiparati a strutture semplici dipartimentali finalizzati:
 - allo sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie
 - al governo del processo di assistenza protesica;

Evidenziata la necessità di procedere alla citata revisione organizzativa, anche al fine di definire un assetto dipartimentale idoneo a garantire l'attuazione degli standard di assistenza territoriale introdotti con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

Considerato infatti che:

- il citato DM 77/2022 definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici ed organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale e promuovendo un nuovo assetto per la prevenzione e promozione della salute, per la gestione della cronicità e della fragilità nel territorio, in forte integrazione con il sistema sociale e in continuità con l'

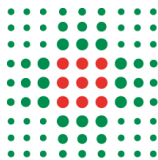


assistenza specialistica e la rete ospedaliera, in grado di dare ai cittadini le risposte di prossimità attese;

- tra le sfide più importanti del PNNR e del DM 77/2022 rientra quella di rafforzare la capacità della rete delle cure primarie di gestione delle urgenze minori a bassa complessità clinica;
- Il DM 77/2022 inoltre ha previsto un piano di sviluppo dell'assistenza territoriale che vede come struttura di riferimento la Casa di Comunità (CdC) definita come "...il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento";
- nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal suddetto DM, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute;
- con la DGR 1206/23 la Regione Emilia-Romagna ha indicato la necessità di rimodulazione dei nodi della rete dell'emergenza-urgenza che si basi sulla separazione dei flussi e sulla ridefinizione delle strutture idonee alla gestione dei differenti bisogni: emergenze-urgenze indifferibili e urgenze differibili, progressivamente intermedie dagli operatori del Sistema 118 e del NEA 116117. La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale viene garantita attraverso la riorganizzazione della rete della Continuità Assistenziale e la strutturazione di una rete di Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU);

Valutato che:

- il profondo processo di trasformazione dell'assistenza territoriale avviato con il DM 77/22 implica per i servizi territoriali il costante impegno da un lato sulla garanzia delle attività ordinarie e sulla gestione dei processi in essere, dall'altro nel disegnare, immaginare, progettare e mettere in atto il cambiamento;
- la suddetta riorganizzazione prevede per il Dipartimento Cure Primarie di rafforzare le funzioni di supporto tecnico-organizzativo e responsabilità sanitaria:
 - nell'evoluzione delle Case della Salute a Case della Comunità,
 - nello sviluppo dell'attività di Cure Domiciliari,
 - nello sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità,
 - nell'evoluzione del modello di transizione delle cure fondato sull'attività delle Centrali Operative Territoriali,
 - nell'attivazione dell'utilizzo degli strumenti di telemedicina a supporto della presa in carico territoriale,
 - nella collaborazione all'implementazione del NEA 116117, e dei rispettivi livelli di risposta informativo ed operativo,
 - la collaborazione allo sviluppo della interconnessione e interoperabilità informatica ed informativa tra servizi della rete territoriale,
 - Il rafforzamento del ruolo di governo dell'assistenza protesica nella fase di prossima entrata in vigore delle misure innovative in termini di assistenza protesica previste dal DPCM 12 gennaio 2017, «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;



Evidenziato, inoltre, che la riorganizzazione del Dipartimento Cure Primarie è finalizzata a:

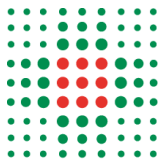
- garantire contemporaneamente la continuità dei processi gestionali a livello di Cure Primarie nell'assistenza territoriale con l'impegno dedicato allo sviluppo e attivazione di nuovi livelli di servizio (es. telemonitoraggio) o cambiamento dei servizi esistenti (es. da Punti di Continuità dell'Assistenza Territoriale a Centrali Operative Territoriali) nell'assistenza territoriale;
- sostenere la capacità a garantire l'aderenza a linee di indirizzo di livello nazionale, regionale e aziendale, oltre che a obiettivi vincolanti e standard omogenei dei processi di innovazione previsti dal DM 77/22 e finanziati dal PNRR, senza compromettere la capacità di adattamento e radicamento nell'operatività nei territori in cui è articolata l'Azienda e nei presidi in cui le Cure Primarie garantiscono la gestione organizzativa dei processi;

Ritenuto pertanto di procedere alla seguente riorganizzazione del Dipartimento Cure Primarie:

- ridenominazione della struttura complessa "UO Cure Primarie Pianura Est (SC)" in "UO Cure Primarie Pianura (SC)", con contestuale assorbimento delle funzioni e delle risorse assegnate all'attuale "UO Cure Primarie Pianura Ovest (SC)";
- ridenominazione della struttura complessa "UO Cure Primarie Pianura Ovest (SC)" in "UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie (SC)", con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse alla struttura complessa "UO Cure Primarie Pianura (SC)";
- istituzione dei seguenti programmi gestionali, equiparati a strutture semplici, afferenti alla "UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie (SC)":
 - "Programma Sviluppo delle case della comunità";
 - "Programma Gestione del processo di transizione delle cure e sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità";
 - "Programma Supporto organizzativo nell'implementazione e operatività del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117 ed allo sviluppo delle cure domiciliari;
 - "Programma Implementazione delle soluzioni di Telemedicina e sviluppo tecnologico nelle Cure Primarie";
- istituzione dei seguenti programmi equiparati a strutture semplici dipartimentali:
 - "Programma Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie";
 - "Programma Governo del processo di assistenza protesica";

Dato atto di mantenere invariato l'attuale assetto nell'ambito dei consultori familiari, della pediatria territoriale e della salute nelle strutture penitenziarie;

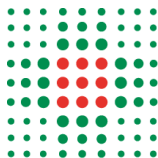
Vista altresì la proposta di revisione dell'organizzazione dipartimentale pervenuta dal Direttore del Dipartimento Sanità Pubblica, con nota prot. n. 115198 del 01/10/2024, ad oggetto: "Proposta di trasformazione in struttura semplice dipartimentale della UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali (SC); riorganizzazione delle Unità Operative di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SC) e di Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita (SC)";



Valutato opportuno procedere alla suddetta revisione organizzativa del Dipartimento Sanità Pubblica, finalizzata alle necessità di servizio, ad una maggiore razionalizzazione della struttura organizzativa del dipartimento ed in coerenza con le nuove esigenze indicate dalla Regione Emilia-Romagna in materia di strutture socio-sanitarie;

Ritenuto pertanto di apportare la seguente revisione organizzativa del Dipartimento Sanità Pubblica:

- diversa qualificazione dell'attuale struttura complessa "UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali (SC)" in struttura semplice dipartimentale denominata "Prevenzione del Rischio nelle Strutture Socio- Sanitarie del Territorio (SSD)", avente competenze più fortemente orientate alla prevenzione dei rischi di natura igienico-sanitaria nelle strutture socio-sanitarie e per disabili presenti nel territorio afferente all'Azienda USL di Bologna;
- riorganizzazione delle strutture semplici afferenti alla struttura complessa denominata "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita (SC)" che passano da tre ("UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)", "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)", "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Bologna – Savena Idice (SS)") a due, prevedendo le seguenti modifiche:
 - ridenominazione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)" in "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Ovest (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Appennino Bolognese, Reno-Lavino-Samoggia, Pianura Ovest e Pianura Est, con contestuale assorbimento delle attività e delle risorse assegnate dell'attuale "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)";
 - soppressione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)", con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse assegnate alla suddetta "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Ovest (SS)";
 - ridenominazione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Bologna – Savena Idice (SS)" in "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Est (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Bologna Città e Savena-Idice;
- riorganizzazione delle strutture semplici afferenti alla struttura complessa denominata "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SC)" che passano da tre ("UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)", "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)", "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Bologna–Savena Idice (SS)") a due, prevedendo le modifiche di seguito indicate:
 - ridenominazione della "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)" in "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Ovest (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Appennino Bolognese, Reno-Lavino-Samoggia, Pianura Ovest e Pianura Est, con contestuale assorbimento delle attività e delle risorse assegnate dell'attuale "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)";



- soppressione della “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)” con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse assegnate alla citata “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Ovest (SS)”;
- ridenominazione della “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Bologna – Savena Idice (SS)” in “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Est (SS)”, ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Bologna Città e Savena-Idice;

Ritenuto inoltre di graduare e di valorizzare, in termini di retribuzione di posizione annua lorda, gli incarichi di responsabilità delle articolazioni organizzative oggetto della presente riorganizzazione, in applicazione degli accordi sindacali aziendali vigenti;

Dato atto che la presente revisione organizzativa aziendale è stata oggetto di informativa alle rappresentanze sindacali della dirigenza dell'area sanità in data 24/10/2024

Delibera

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di approvare la seguente riorganizzazione del **Dipartimento Cure Primarie**:

- ridenominazione della struttura complessa “UO Cure Primarie Pianura Est (SC)” in “UO Cure Primarie Pianura (SC)”, con contestuale assorbimento delle funzioni e delle risorse assegnate all'attuale “UO Cure Primarie Pianura Ovest (SC)”;
- ridenominazione della struttura complessa “UO Cure Primarie Pianura Ovest (SC)” in “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie (SC)”, con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse alla struttura complessa “UO Cure Primarie Pianura (SC)”;
- istituzione dei seguenti programmi gestionali, equiparati a strutture semplici afferenti alla “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie (SC)”:
 - “Programma Sviluppo delle case della comunità”;
 - “Programma Gestione del processo di transizione delle cure e sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità”;
 - “Programma Supporto organizzativo nell'implementazione e operatività del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117 ed allo sviluppo delle cure domiciliari”;
 - “Programma Implementazione delle soluzioni di Telemedicina e sviluppo tecnologico nelle Cure Primarie”;
- istituzione dei seguenti programmi equiparati a strutture semplici dipartimentali:
 - “Programma Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie”;
 - “Programma Governo del processo di assistenza protesica”;



2. di dare atto che la mission, gli obiettivi, le aree di responsabilità e le modalità operative dei programmi istituiti con il presente atto sono descritti nei testi di cui agli allegati 1, 2, 3, 4, 5 e 6 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di approvare altresì la revisione organizzativa del **Dipartimento Sanità Pubblica**, di seguito indicata:

- diversa qualificazione dell'attuale struttura complessa "UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali (SC)" in struttura semplice dipartimentale denominata "UO Prevenzione del Rischio nelle Strutture Socio-Sanitarie del Territorio (SSD)", avente competenze più fortemente orientate alla prevenzione dei rischi di natura igienico-sanitaria nelle strutture socio-sanitarie e per disabili presenti nel territorio afferente all'Azienda USL di Bologna;
- riorganizzazione delle strutture semplici afferenti alla struttura complessa denominata "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita (SC)" che passano da tre ("UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)", "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)", "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Bologna – Savena Idice (SS)") a due, prevedendo le seguenti modifiche:
 - ridenominazione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)" in "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Ovest (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Appennino Bolognese, Reno-Lavino-Samoggia, Pianura Ovest e Pianura Est, con contestuale assorbimento delle attività e delle risorse assegnate dell'attuale "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)";
 - soppressione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Pianura (SS)", con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse assegnate alla suddetta "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Ovest (SS)";
 - ridenominazione della "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Bologna – Savena Idice (SS)" in "UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Est (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Bologna Città e Savena-Idice;
- riorganizzazione delle strutture semplici afferenti alla struttura complessa denominata "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SC)" che passano da tre ("UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)", "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)", "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Bologna–Savena Idice (SS)") a due, prevedendo le modifiche di seguito indicate:
 - ridenominazione della "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Appennino – Reno, Lavino e Samoggia (SS)" in "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Ovest (SS)", ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Appennino Bolognese, Reno-Lavino-Samoggia, Pianura Ovest e Pianura Est, con contestuale assorbimento delle attività e delle risorse assegnate dell'attuale "UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)";

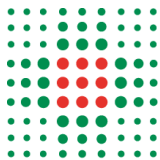


- soppressione della “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Pianura (SS)” con contestuale trasferimento delle attività e delle risorse assegnate alla citata “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Ovest (SS)”;
- ridenominazione della “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Bologna – Savena Idice (SS)” in “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Est (SS)”, ricomprendente quali aree di competenza i territori dei Distretti di Bologna Città e Savena-Idice;

4. di stabilire che la revisione organizzativa aziendale di cui al presente atto e il conseguente aggiornamento del Regolamento di Organizzazione Aziendale – parte II - abbiano decorrenza dalla data di adozione del presente atto, così come rappresentata negli organigrammi di cui all'allegato 7, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, rappresentanti i nuovi assetti dei Dipartimenti Cure Primarie e Sanità Pubblica;

5. di individuare la graduazione e la valorizzazione, in applicazione degli accordi sindacali vigenti, in termini di retribuzione di posizione annua lorda, comprensivo dell'incremento previsto dal CCNL del 23/01/2024, degli incarichi di responsabilità delle seguenti articolazioni organizzative gestionali:

- Dipartimento Cure Primarie:
 - “UO Cure Primarie Pianura (SC)” in fascia “5”, pari ad un importo di € 26.480,00;
 - “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie (SC)”, in fascia “7”, pari ad un importo di € 22.480,00;
 - “Programma Sviluppo delle case della comunità”, in fascia “12”, pari ad un importo di € 12.330,00;
 - “Programma Gestione del processo di transizione delle cure e sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità”, in fascia “12”, pari ad un importo di € 12.330,00;
 - “Programma Supporto organizzativo nell'implementazione e operatività del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117 ed allo sviluppo delle cure domiciliari”, in fascia “10”, pari ad un importo di € 16.330,00;
 - “Programma Implementazione delle soluzioni di telemedicina e sviluppo tecnologico nelle cure primarie”, in fascia “12”, pari ad un importo di € 12.330,00;
 - “Programma Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie”, in fascia “10”, pari ad un importo di € 16.375,00;
 - “Programma Governo del processo di assistenza protesica” in fascia “9”, pari ad un importo di € 18.375,00
- Dipartimento Sanità Pubblica:
 - “UO Prevenzione del Rischio nelle Strutture Socio-Sanitarie del Territorio (SSD)”, in fascia “9”, pari ad un importo di € 18.375,00;
 - “UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Ovest (SS)”, in fascia “10”, pari ad un importo di € 16.330,00;
 - “UO Igiene e Sanità Pubblica degli Ambienti di Vita Est (SS)”, in fascia “10”, pari ad un importo di € 16.330,00;



- “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Ovest (SS)”, in fascia “10”, pari ad un importo di € 16.330,00;
- “UO Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive Est (SS)”, in fascia “11”, pari ad un importo di € 14.330,00;

6. di dare mandato al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale – SUMAGP, al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale – SUMAEP - ed alle altre Unità Operative coinvolte nella presente riorganizzazione di provvedere all'applicazione di quanto previsto nella presente deliberazione.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Aldo Bonadies

ALLEGATO 1

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Sviluppo della rete delle Case di Comunità
Programma equiparato a struttura semplice afferente alla “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie”

IL PROGRAMMA

Premessa

In Regione Emilia-Romagna il modello Case della Salute è stato oggetto di normativa dal 2009 (DGR 27/2009: Linee di indirizzo regionali di attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali; DGR 291/2010: Linee di indirizzo per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute; DGR 2128/2016: Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa). Negli ultimi 15 anni, lo sviluppo delle CdS nelle Aziende sanitarie locali della RER si è realizzato in modo diversificato nelle diverse realtà territoriali, secondo modalità che tengono conto del contesto specifico locale, pur mantenendo una base comune.

Il DM 77 del 2022 ha previsto un piano di sviluppo dell'assistenza territoriale che vede come struttura di riferimento la Casa di Comunità. Nel DM 77/22 la Casa della Comunità (CdC) è definita come “...il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali. ...”

La CdC, così definita, si ispira al modello delle Case della Salute ma ne indica la classificazione in HUB e Spoke, la necessità di evoluzione rispetto alle Case della Salute, e di adeguamento a standard specifici.

Sulla base della definizione del DM 77/22 la missione 6 del PNRR ha messo a disposizione finanziamenti specifici per le Regioni al fine di attuare le indicazioni di rafforzamento dell'assistenza territoriale; tra le linee di finanziamento una specifica riguarda la costruzione della rete di Case della Comunità nel territorio.

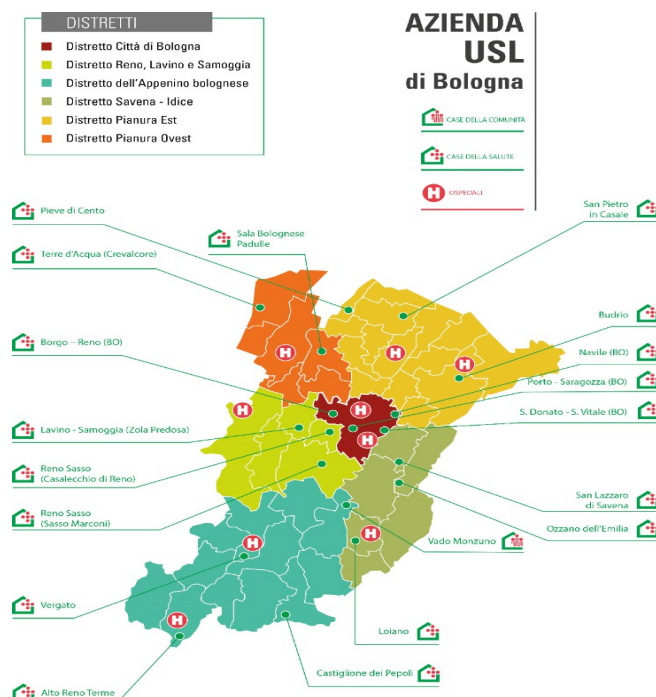
Nel mese di Aprile 2024 l'Agenzia Nazionale per I Servizi Sanitari ha emanato un documento contenente *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle*

ALLEGATO 1

case della comunità hub che fornisce indicazioni di dettaglio sul modello organizzativo, sulle attività previste come standard, sugli standard di personale e sulle strumentazioni medicali e dispositivi medici necessari.

Ad oggi in Ausl Bologna sono attive 19 Case della Salute (CdS), ridenominate Case della Comunità (CdC), di cui 12 Hub e 7 Spoke, e che sono distribuite come mostrato nella Figura 1

Figura 1. Case della Comunità in Ausl Bologna al 01/12/2023



Le CdC attive nell'Azienda USL di Bologna hanno bacini d'utenza e un'offerta dei servizi anche molto differenziati e in Tabella 2 e 3 sono mostrati i servizi presenti rispettivamente nelle CdS Hub e in quelle Spoke al 01/11/2022 (tale ricognizione non comprende la CdC Spoke di Vado-Monzuno che, a quella data, era appena stata inaugurata).

Tabella 2. Servizi presenti nelle 12 CdC Hub Ausl Bo al 01/11/2022

Servizi delle CdC Hub	N CdC	% sul totale
Ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e/o libero accesso	12	100%
Ambulatorio Pediatria di Comunità	12	100%
Centro Unico di Prenotazione	12	100%
Punto di orientamento e informazioni	12	100%



ALLEGATO 1

Vaccinazioni pediatriche	12	100%
Ambulatori specialistici	11	92%
Ambulatorio integrato per la cronicità a gestione infermieristica	11	92%
Ambulatorio ostetrico	11	92%
Consultorio familiare	11	92%
Coordinamento assistenza domiciliare	11	92%
Distribuzione dispositivi monouso	11	92%
Uffici per: iscrizione SSR, scelta MMG, esenzioni, altro	11	92%
Punto prelievi	10	83%
Studio Medicina Generale	10	83%
Ambulatorio Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	9	75%
Punto di coordinamento/centrale operativa (es. PCAP)	9	75%
Screening Pap-test	9	75%
Ambulatorio Centro Salute Mentale	8	67%
Assistenza sociale	8	67%
Distribuzione diretta farmaci	8	67%
Studio Pediatria Libera Scelta	8	67%
Vaccinazioni adulti	8	67%
Palestra polivalente	7	58%
Screening Colon retto	7	58%
Ambulatorio disturbi cognitivi	6	50%
Ambulatorio psicologia clinica	6	50%
Commissione Unità Valutazione Multidimensionale	6	50%
Punto di continuità assistenziale (ex Guardia Medica)	6	50%
Spazio giovani	6	50%
Ambulatorio per le Dipendenze Patologiche (SerDP)	5	42%
Screening Mammografico	5	42%
Ambulatorio cure palliative	4	33%
Ambulatorio delle lesioni (wound-care)	4	33%
Unità Cure Palliative Domiciliari	4	33%
Ambulatorio medicina dello sport	3	25%
Assistenza protesica	3	25%
Equipe Valutazione Psicosociale	3	25%

ALLEGATO 1

Trattamento DCA	3	25%
Commissione Invalidità / Idoneità	2	17%
Punto Unico di Accesso (sanitario) – PUA	2	17%
Sportello sociale	2	17%
Centro Diurno psichiatrico	1	8%
Ospedale di Comunità	1	8%
Punto di primo intervento	1	8%
Punto Unico di Accesso Sanitario e sociale – PUASS	1	8%
Punto Unico di Prenotazione (PUP) per il primo accesso alla NPIA	1	8%
Spazio Giovani Adulti	1	8%
Struttura residenziale Anziani (CRA)	1	8%

Tabella 3. Servizi presenti nelle 6 CdC Spoke Ausl Bo al 01/11/2022

Servizi delle CdC	N CdC	% sul totale
Ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e/o libero accesso	6	100%
Ambulatorio integrato per la cronicità a gestione infermieristica	6	100%
Centro Unico di Prenotazione	6	100%
Uffici per: iscrizione SSR, scelta MMG, esenzioni, altro	6	100%
Ambulatorio Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	5	83%
Ambulatorio ostetrico	5	83%
Consultorio familiare	5	83%
Distribuzione dispositivi monouso	5	83%
Punto di orientamento e informazioni	5	83%
Punto prelievi	5	83%
Studio Medicina Generale	5	83%
Studio Pediatria Libera Scelta	5	83%
Ambulatori specialistici	4	67%
Ambulatorio Centro Salute Mentale	4	67%
Distribuzione diretta farmaci	4	67%
Ambulatorio cure palliative	3	50%
Ambulatorio Pediatria di Comunità	3	50%
Assistenza sociale	3	50%
Coordinamento assistenza domiciliare	3	50%
Palestra polivalente	3	50%

ALLEGATO 1

Punto di continuità assistenziale (ex Guardia Medica)	3	50%
Screening Pap-test	3	50%
Vaccinazioni adulti	3	50%
Vaccinazioni pediatriche	3	50%
Ambulatorio disturbi cognitivi	2	33%
Commissione Unità Valutazione Multidimensionale	2	33%
Punto di coordinamento/centrale operativa (es. PCAP)	2	33%
Screening Colon retto	2	33%
Unità Cure Palliative Domiciliari	2	33%
Ambulatorio delle lesioni (wound-care)	1	17%
Ambulatorio psicologia clinica	1	17%
Assistenza protesica	1	17%
Equipe Valutazione Psicosociale	1	17%
Ospedale di Comunità	1	17%
Sportello sociale	1	17%
Trattamento DCA	1	17%

Sulla base degli interventi già definiti dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana di Bologna a valere sul finanziamento PNRR, l'assetto di tali strutture si modificherà e l'Azienda avrà 13 CdC Hub e 16 CdC Spoke. Nello specifico, si prevedono 17 interventi PNRR su CdC: 10 per nuove CdC e 7 per CdS/CdC già attive.

L'esperienza maturata in Azienda con le Case della Salute è molto ricca e strutturata, e costituisce una base di riferimento importante per il raggiungimento degli standard definiti nel DM 77/22 per il funzionamento delle Case di Comunità, recentemente oggetto di approfondimento con il documento Agenas già citato. In particolare, oltre all'implementazione di servizi che sono definiti come standard obbligatori e che non avevano un livello già definito nel modello Case della Salute (COT, PUA) l'evoluzione da Case della Salute a Casa della Comunità richiede un cambio di paradigma i cui elementi principali sono:

- Sviluppo di un progetto di salute per la comunità su cui insiste attraverso l'identificazione dei bisogni, delle priorità di azione e dei servizi correlati
- Attivazione e sviluppo di percorsi di sanità/salute di iniziativa e di presa in carico interprofessionale e multidisciplinare, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni sociali e sanitari e garantendo la continuità assistenziale.
- Le Case della Comunità devono potersi immaginare come porta di accesso ad una rete di opportunità situate nell'ambito territoriale di riferimento (e non soltanto dentro le mura fisiche della CdC)
- Le reti sociali devono essere incluse quale componente sistemica dei servizi, in una relazione bidirezionale e reciproca

ALLEGATO 1

- Sviluppo di un sistema di monitoraggio dell'attività delle Case di Comunità in termini di accessibilità, copertura del bisogno per livelli di rischio e complessità, processo ed esito
- Sviluppo di interoperabilità tra gli applicativi dei professionisti e servizi operanti nelle CDC e nella rete territoriale afferente alle CDC,

Tenuto conto delle indicazioni normative sugli standard delle Case di Comunità (DM 77/22) delle Linee guida AGENAS e dell'investimento garantito dalla missione 6 del PNRR per l'implementazione della rete delle Case di Comunità nell'Azienda USL di Bologna, con scadenza a Giugno 2026, è necessario che il Dipartimento Cure Primarie rafforzi il presidio delle azioni di sviluppo organizzativo della rete delle Case di Comunità in sinergia e integrazione con gli altri Dipartimenti Territoriali e il Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo. Inoltre, fondamentale è il coinvolgimento dei medici di Assistenza Primaria convenzionati e Pediatri di Libera Scelta, attraverso le loro componenti sindacali e organizzative (Nuclei di Cure Primarie /Aggregazioni Funzionali Territoriali)

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Collaborazione alla strategia di sviluppo e il consolidamento della rete delle Case di Comunità Hub e Spoke dell'Azienda USL di Bologna
- Coordinamento funzionale della rete dei dirigenti del Dipartimento Cure Primarie responsabili delle Case di Comunità dell'Azienda USL di Bologna;
- Supporto alla strategia aziendale di sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, anche attraverso l'implementazione di strumenti di monitoraggio
- Partecipazione agli organismi e gruppi di lavoro tecnici sullo sviluppo del modello organizzativo, sugli strumenti di connessione di rete e di monitoraggio delle Case della Comunità in ambito di Azienda USL di Bologna e Città Metropolitana di Bologna
- Coordinamento delle azioni di competenza del Dipartimento Cure Primarie relativamente alle campagne di prevenzione e alle azioni di promozione della salute
- Coordinamento delle azioni di competenza del Dipartimento Cure Primarie relativamente allo sviluppo delle attività di sanità di iniziativa e gestione della cronicità e fragilità in Cure Primarie
- Collaborazione allo sviluppo dell'interfaccia informativa e operativa tra i professionisti delle Case di Comunità e la rete dei medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione delle Cure Primarie
- Competenza di epidemiologia dei servizi e di salute di popolazione
- Competenza nel monitoraggio e valutazione servizi
- Competenza sui sistemi informativi territoriali
- Competenza in gestione gruppi di lavoro
- Competenza nella definizione di documenti tecnici di indirizzo

OBIETTIVI

ALLEGATO 1

- Produzione di proposta di indirizzi per la funzione di Responsabili Sanitari delle Case di Comunità Hub e Spoke dell'Azienda USL di Bologna
- Partecipazione all'elaborazione di indirizzi aziendali sullo sviluppo della rete delle Case di Comunità Hub e Spoke, in connessione con la rete dei servizi territoriali
- Contributo tecnico allo sviluppo del sistema di indicatori per il monitoraggio in continuo dell'attività delle CDC in termini quali-quantitativi attraverso la costruzione di un cruscotto implementato e alimentato in collaborazione con le strutture aziendali interessate (Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo, Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Salute Mentale, UO Governo Clinico Aziendale, UOC Governo offerta specialistica, Distretti) in collaborazione con il Sistema Informativo aziendale
- Partecipazione a Gruppi Tecnici Regionali relativi allo sviluppo della rete delle Case della Comunità e del ruolo delle AFT e della MG nell'attività delle Case di Comunità
- Partecipazione a Gruppi Tecnici Regionali relativi all'implementazione delle azioni di promozione della salute, prevenzione, gestione della cronicità e fragilità nelle Case di Comunità
- Contributo tecnico allo sviluppo del sistema informativo territoriale
- Implementazione della attività di prevenzione e promozione della salute nelle Case di Comunità
- Implementazione degli indirizzi regionali ed aziendali sulla presa in carico della cronicità e fragilità nelle Case di Comunità

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie e presso le sedi delle Case di Comunità hub e spoke dell'Azienda USL di Bologna

Il Programma Sviluppo della rete delle Case di Comunità e del cruscotto dipartimentale contribuisce all'evoluzione della rete delle Case di Comunità dell'Azienda USL di Bologna anche in vista della scadenza degli obiettivi del PNRR- Missione 6 relativi a questa linea di azioni.

I piani di attività sono aggiornati in rapporto all'implementazione delle Case di Comunità sul territorio dell'Azienda USL di Bologna in stretto raccordo con l'implementazione degli interventi legati alla Missione del PNRR attraverso monitoraggio in continuo dell'aderenza agli standard e dell'attività in termini quali-quantitativi attraverso la costruzione di un cruscotto implementato e alimentato in collaborazione con le strutture aziendali interessate in collaborazione con il Sistema Informativo aziendale e approfondimenti ad hoc da effettuare sulla base di esigenze specifiche.

Risorse Professionali. Al Programma è assicurata l'attribuzione di competenza funzionale della rete delle Case di Comunità Hub e Spoke attraverso il coordinamento del ruolo dei referenti delle Cure Primarie responsabili delle CDC sul territorio.
Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

ALLEGATO 1

Le attività del programma sono supportate, dal punto di vista assistenziale, dai Responsabili Organizzativi delle CDC afferenti all'area DATeR, secondo le modalità concordate con il Responsabile di Area.

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina di:

- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Geriatria ed equipollenti

assegnato al 100% al programma.

Altre risorse:

15 dirigenti di Cure Primarie per 50% impegnati nelle azioni relative al Programma che permangono, dal punto di vista gestionale, nelle strutture di relativa afferenza;

ALLEGATO 2

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Gestione del processo di transizione delle cure e sviluppo della rete degli Ospedali di Comunità

Programma equiparato a struttura semplice afferente alla “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie”

IL PROGRAMMA

Premessa

Il DM 77/22 definisce le linee strategiche del potenziamento della rete territoriale con un orientamento sull'innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

La rete sanitaria territoriale definita dal DM 77/22 individua la Centrale Operativa Territoriale (COT) come nodo di connessione step-down tra ospedale e territorio e step up da territorio a territorio e territorio-ospedale

Lo Standard previsto dal DM 77/2022 prevede 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Il DM 77/2022 trova uno strumento operativo di implementazione nei territori con la missione 6 del PNRR che nella Missione 6 salute (M6) contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute e nella prima componente (C) identifica l'obiettivo di implementazione della Centrale Operativa Territoriale .

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

1. Case della Comunità e presa in carico della persona
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 1. Casa come primo luogo di cura
 2. Implementazione delle Centrali Operative Territoriali
 3. Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

A livello regionale

- La DGR 2221/2022 “Primo provvedimento di programmazione dell'Assistenza Territoriale dell'Emilia Romagna in attuazione del DM 77 del 23/05/2022” prende atto delle indicazioni del DM 77/22
- la DGR n. 796 del 14/05/2024 “Linee di indirizzo per l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia Romagna” prevede almeno 1 COT per distretto, con la possibilità di strutturare COT con funzioni sovra-distrettuali e fornisce indicazioni di dettaglio sull'operatività delle COT

L'Azienda USL di Bologna con Delibera Aziendale n. 94/2023 ha declinato il modello di transizione delle cure da implementare facendo perno sulle COT come da indicazioni nazionali e regionali.

ALLEGATO 2

Nel territorio dell'Azienda USL di Bologna (885.895 residenti al 01/01/2023¹), la declinazione operativa del modello COT ha visto l'istituzione di:

- **1 COT Sovradistrettuale** che gestisce i percorsi di accesso ai posti letto di post-acuzie pubblici e del privato accreditato in convenzione, e ai posti letto di strutture di degenza di Cure Intermedie (letti tecnici / Ospedali di Comunità con accesso dalla rete ospedaliera, lungodegenza -LD, riabilitazione estensiva -RE, riabilitazione intensiva - RI, Case residenza anziani - CRA FAST/CRA DP, letti DOCs 2068). La Centrale Sovradistrettuale accoglie le richieste di trasferimento, gestisce la lista d'attesa, pianifica e coordina i trasferimenti e monitora le transizioni nei setting descritti autorizzando eventuali proroghe del percorso. Questa Centrale, inoltre, vicaria le attività indifferibili delle COT distrettuali durante l'orario di chiusura delle stesse.

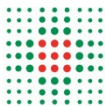
L'organizzazione della COT Sovradistrettuale garantisce i seguenti processi:

- o **Gestione della lista d'attesa per l'accesso alle post-acuzie:**
- o **Pianificazione e gestione dei trasferimenti:**
- o **Monitoraggio e gestione della transizione:**
- o **Telemonitoraggio:**
- o **Attività non differibili delle COT Distrettuali** negli orari di non funzionamento delle stesse.
- **9 COT Distrettuali** che gestiscono e/o facilitano l'accesso ai percorsi territoriali sanitari integrati (es. presa in carico domiciliare o ambulatoriale, PDTA, UVM e Rete socio-sanitaria per assistenza anziani, presa in carico fisioterapica, attivazione interventi domiciliari o visite specialistiche, ANT-AIL, Cure Palliative, Nelson Frigatti per trasfusioni e altre prestazioni mediche, percorsi di fornitura farmaci, presidi e ausili, trasporti assistiti, letti tecnici, Ospedali di Comunità (OdC) e PL temporanei in CRA con accesso dalla rete territoriale, attivazione di risposte strutturate di supporto al self management, orientamento all'utilizzo delle risposte di comunità sia di carattere assistenziale che preventivo in raccordo con le Case della comunità). Nel territorio dell'Azienda USL di Bologna sono presenti 4 COT Distrettuali nel Distretto di Bologna e 1 COT distrettuale per ognuno dei restanti Distretti (Pianura Est, Pianura Ovest, Reno Lavino Samoggia, Appennino Bolognese, Savena Idice).

L'organizzazione delle COT Distrettuali garantisce i seguenti processi:

- o La ricezione, verifica e processazione delle segnalazioni per la presa in carico territoriale;

¹ Fonte: Sistemi Informativi Aziendali



ALLEGATO 2

- o Il coordinamento del processo finalizzato alla definizione del progetto integrato di presa in carico.
- o La promozione della rivalutazione periodica dei bisogni clinico-assistenziali per i soggetti già in carico ai servizi territoriali;
- o La facilitazione dell'integrazione dei percorsi di cura attraverso il coinvolgimento e l'integrazione tra tutti i servizi necessari alla presa in carico del paziente (es. DCP, DSM, Rete Cure Palliative);
- o L'attivazione dei professionisti territoriali (es. infermiere di Famiglia e Comunità) in maniera proattiva per valutazione e presa in carico di bisogni assistenziali inespressi per determinate categorie di soggetti (es. fragili, multiproblematici);
- o L'attivazione e gestione dei percorsi di fornitura ausili/protesica e specifiche categorie di farmaci e di prodotti di assistenza integrativa (es. ossigeno, sangue ed emoderivati, nutrizione enterale) e altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. trasporti, assistenza specialistica domiciliare).
- o La presa in carico delle segnalazioni provenienti dal territorio, interagendo con la COT Sovradistrettuale qualora si ravvisasse la necessità di percorsi a gestione centralizzata;
- o Il monitoraggio dei percorsi e delle transizioni e le relative verifiche di esito.

La responsabilità organizzativa complessiva del modello COT è affidata al Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL di Bologna.

La responsabilità del funzionamento delle COT e della gestione e coordinamento del personale è affidata a vari professionisti a seconda dell'ambito di afferenza gestionale:

1. 1 Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie - Responsabilità di coordinamento dei processi di transizione nel territorio Aziendale
2. 1 Dirigente Infermieristico - Responsabile del funzionamento delle COT e della gestione e coordinamento del personale assegnato
3. 1 Dirigente delle Attività Socio Sanitarie - responsabile del funzionamento dei percorsi socio sanitari e della gestione e coordinamento del personale assegnato
4. 1 Dirigente Medico Geriatra responsabile del coordinamento dei Team Cure Intermedie

Il modello organizzativo definitivo è stato progressivamente implementato con fase a regime dal 30/9/2024 .

Con DGR 1267 del 24/06/2024 la regione Emilia Romagna preso atto della documentazione redatta in conformità alle linee guida ministeriali trasmessa dalle Aziende Sanitarie ha formalizzato la piena funzionalità delle 9 COT previste dal Progetto a valere sul finanziamento PNRR. Il 1. 7. 2024 è entrata in funzionamento anche la COT di Savena Santo Stefano, attivata con risorse aziendali.

I processi operativi del sistema COT sono descritti in maggior dettaglio nella Delibera Aziendale n. 94/2023, mentre le interfacce e strumenti operativi sono dettagliati nel documento "Assetto Organizzativo COT AUSL Bologna"

- Ospedale di Comunità

ALLEGATO 2

Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

- Patto per la Salute 2014-2016 • DM 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
- DGR 2040/2015: Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012 e dal DM Salute 70/2015
- Piano nazionale della cronicità 2016
- Allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, il quale ha provveduto a definire i requisiti di accreditamento a livello nazionale per gli Ospedali di Comunità
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- Quaderno di Monitor “Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità”, AGENAS in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, Novembre 2022
- PG 0123503 del 08/11/2022 Documenti di indirizzo AGENAS per la progettazione delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.
- Delibera aziendale n.94 del 22/03/2023 avente oggetto “Approvazione del documento di progetto “Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona - Declinazione operativa”
- Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità Regolamento Aziendale Cod. RA38AUSLBO in applicazione da 26 10 2023

L'OdC è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tra gli obiettivi primari del ricovero vi è anche il coinvolgimento attivo familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

Il Regolamento relativo all'ODC approvato dall'Azienda USL di Bologna (...) prevede che il Dipartimento dell'Integrazione assicuri il governo clinico e la copertura del personale

ALLEGATO 2

medico, il Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo assicuri la gestione dell'assistenza e dei processi riabilitativi e il Dipartimento Cure Primarie assicura l'organizzazione e la gestione complessiva delle strutture.

Lo standard di personale per l'Ospedale di Comunità dotato di 20 pl (standard 20 PL ogni 100.000 abitanti) è: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico e 1 Case manager) 4-6 Operatori socio-sanitari (OSS) 1-2 fisioterapisti un Medico per 6 ore al giorno 6 giorni su 7

Nei singoli progetti degli OdC aziendali, in base al modello stabilito, devono essere declinate le specifiche modalità organizzative di lavoro (es. copertura pronta disponibilità, turnistica, modello operativo, responsabile clinico-referenti).

Il Regolamento Aziendale per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità ha declinato le specifiche responsabilità del medico del Dipartimento Cure Primarie:

- garantire il corretto funzionamento delle strutture sanitarie e la conformità dell'utilizzo dei locali in base a quanto previsto dall'autorizzazione rilasciata;
- assicurare e garantire la sorveglianza igienica;
- assicurare il coordinamento e la vigilanza degli aspetti logistici e strutturali, nonché promuovere un razionale utilizzo dei beni di consumo comuni e la riduzione degli sprechi;
- assicurare la buona gestione degli archivi documentali cartacei, secondo quanto previsto dalla normativa specifica e dalla prevenzione incendi;
- garantire la vigilanza ed il controllo dei rischi ambientali con il supporto dei Servizi Aziendali preposti;
- coordinare le risposte alle emergenze ambientali, di sicurezza, organizzative e cliniche in riferimento alla struttura nel suo insieme;
- garantire la corretta applicazione delle norme vigenti in materia per la sicurezza degli utilizzatori e degli operatori per quanto attiene agli aspetti generali della struttura e degli impianti con il supporto dei servizi aziendali preposti. Il Regolamento aziendale sui responsabili di struttura, attualmente in redazione, sarà il documento di riferimento sul tema della responsabilità igienico-organizzativa, andando ad integrare ed eventualmente revisionare quanto riportato nei punti precedenti.

Sono inoltre responsabilità gestionali:

- la collaborazione all'implementazione del sistema informativo
- la collaborazione alla definizione di procedure e protocolli specifici
- il monitoraggio della qualità e del rischio clinico

Nell'Azienda USL di Bologna sono attualmente operanti due Ospedali di Comunità (Vergato per n. 8 posti letto e Loiano per n.10 posti letto).

Nella progettazione PNRR la Missione 6 -Componente 1 prevede l'obiettivo di potenziamento dell'offerta dell'**assistenza intermedia** al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità; l'Azienda USL di Bologna ha quindi previsto la costruzione di 5 nuovi Ospedali di Comunità e l'ampliamento dell'Ospedale di Comunità di Loiano fino a 15 posti letto, con la seguente situazione a regime (114 posti letto).

Sede	Posti letto
Vergato	12

ALLEGATO 2

Loiano	15
Bologna -Padiglione Palagi	18
San Giovanni in Persiceto	20
San Pietro in Casale	18
Valsamoggia - Bazzano	18

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Coordinamento dei processi di transizione nel territorio Aziendale
- Coordinamento delle azioni finalizzate al conseguimento e mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento delle Unità di Cure Domiciliari distrettuali
- Coordinamento delle azioni finalizzate al conseguimento e mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento degli Ospedali di Comunità attivi a livello distrettuale
- Contributo allo sviluppo del sistema informativo e dell'attività di cure intermedie
- Garanzia dell'alimentazione dei flussi informativi specifici
- Responsabilità per gli aspetti di competenza nel raggiungimento degli obiettivi di servizio definiti a livello nazionale, regionale o aziendale

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione e qualità dei servizi
- Competenza nella gestione di gruppi di lavoro e gestione interfacce operative
- Competenza nella normativa di settore, aspetti procedurali, aspetti principali di qualità del modello di transizione delle cure e della rete degli Ospedali di Comunità
- Competenza nella facilitazione di processi di elaborazione di linee guida, procedure e protocolli
- Competenza nel monitoraggio e valutazione servizi
- Competenza sui sistemi informativi specifici

OBIETTIVI

- Gestione dei processi di transizione a livello aziendale
 - Produzione di relazione annuale sullo sviluppo del modello, indicatori di attività, obiettivi conseguiti, punti di forza e punti di debolezza, azioni di miglioramento proposte e proposta obiettivi da raggiungere
- Definizione sistema di monitoraggio di processo ed esito della transizione delle cure a livello aziendale in collaborazione con il Governo Clinico Aziendale, la Direzione Socio-sanitaria, il Dipartimento Integrazione, il Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo e il Sistema Informativo Aziendale
- Partecipazione a Tavoli di lavoro regionali sullo sviluppo del sistema delle Centrali Operative Territoriali
- Formalizzazione e diffusione documenti di indirizzo ai responsabili organizzativi delle COT, e degli Ospedali di Comunità
- Piani di formazione con eventi formativi ECM per i responsabili organizzativi

ALLEGATO 2

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie e presso le sedi erogatrici delle 4 Aziende operanti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

Risorse Professionali. Al Programma è assicurata l'attribuzione di competenza gestionale e funzionale attraverso

- La rete dei dirigenti di Cure Primarie referenti per le COT nell'ambito dell'Azienda USL di Bologna
- La rete dei responsabili organizzativi degli Ospedali di Comunità a livello aziendale
- l'interfaccia con il settore amministrativo competente

Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

Le attività del programma sono supportate, dal punto di vista amministrativo dagli operatori amministrativi dedicati ai processi specifici da parte dell'Unità Operativa Processi Amministrativi nelle Cure Primarie

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina/discipline di:

- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Geriatria ed equipollenti

assegnato al 100% al programma.

Altre risorse:

10 dirigenti di Cure Primarie per 30% impegnati nelle azioni relative al Programma che permangono, dal punto di vista gestionale, nelle strutture di relativa afferenza.

ALLEGATO 3

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Supporto organizzativo nell'implementazione e operatività del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117 ed allo sviluppo delle cure domiciliari

Programma equiparato a struttura semplice afferente alla “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie”

IL PROGRAMMA

Premessa

Nell'ambito del disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito dal DM 77/22 ricoprono una funzione fondamentale:

- L'attivazione del Numero Unico Armonizzato Europeo 116117
- Lo sviluppo delle Cure Domiciliari

Il **Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti NEA 116117** trova riferimento normativo nella decisione della Commissione Europea del 30 novembre 2009 “Modifica della decisione 2007/116/CE”.

Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti 116117 è destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità o priorità.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO NEA 116117) offre un servizio di front desk, per un bacino di utenza standard di 500.000 abitanti. Il servizio è aperto e gratuito, attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore, sanitario o laico opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

Tra i servizi erogati dalla CO NEA 116117, definiti “servizi erogabili obbligatori”:

- centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale (almeno su base provinciale);
 - piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/ PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli condivisi. La CO NEA 116117 può svolgere funzioni di supporto nel coordinamento organizzativo delle attività sovra distrettuali.

La tipologia di risposta da garantire attraverso il N.E.A. 116117 può essere ricondotta all'ambito operativo ed all'ambito informativo.

La DGR 459 del 2024 indica quali risposte:

- a) **di tipo operativo.** La risposta di tipo operativo comporta in primo luogo la raccolta dei dati anagrafici e di localizzazione del chiamante/ paziente ed una conseguente prestazione di assistenza sanitaria non urgente. Sono individuabili le seguenti aree di attività:

ALLEGATO 3

- Continuità Assistenziale (negli orari di operatività del servizio): l'inoltro della scheda intervento al Medico di Continuità Assistenziale competente, può determinare l'esito di un consulto medico, di una visita domiciliare o ambulatoriale. Nel caso in cui si tratti di situazione di emergenza, di competenza del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, è previsto l'inoltro della fonia e della scheda intervento al Servizio di Emergenza 118.
 - Servizi Sociali: attivazione in caso di situazioni di fragilità sociale.
 - U.C.A. (negli orari di operatività del servizio): raccolta della richiesta di attivazione delle U.C.A., con coordinamento delle attività sul territorio.
 - IFeC (Infermiere di famiglia e comunità)
 - COT (Centrali Operative Territoriali)
 - Case della Comunità
 - CAU (Centri di Assistenza Urgenza): inoltro della scheda intervento con prenotazione della prestazione sanitaria.
- b) **di tipo informativo.** La risposta di tipo informativo comporta una raccolta dei dati anagrafici e di localizzazione del chiamante/ paziente ed il rilascio delle informazioni richieste, attraverso la consultazione di schede ad hoc, mantenute costantemente aggiornate quali ad esempio:
- Organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e relative modalità di accesso
 - Iscrizione al SSN/ Tessera sanitaria, F.S.E., esenzioni ticket.
 - Assistenza sanitaria in caso di soggiorno temporaneo in Italia.
 - Informazioni relative a vaccinazioni obbligatorie.
 - Assistenza ed agevolazioni ai soggetti non autosufficienti.
 - Informazioni inerenti le campagne di prevenzione.

L'Azienda USL di Bologna ha funzione di capofila rispetto all'attivazione del NEA per l'Area Vasta Emilia Centro.

L'implementazione e attivazione del NEA 116117 vede un impegno del Dipartimento Cure Primarie nella definizione e implementazione delle risposte informative e gestione delle risposte operative di competenza (Continuità Assistenziale, CAU, COT, attività delle Case di Comunità), oltre che nella partecipazione al disegno complessivo, monitoraggio e sviluppo del sistema di risposta.

- Assistenza Domiciliare Integrata

Normative nazionali e regionali e documenti aziendali di riferimento

- DL 19 maggio 2020 n.34 coordinato con legge conversione del 17 luglio 2020
- DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- DPCM 12 gennaio 2017– Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza
- DGR 2221/2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'Assistenza Territoriale dell'Emilia Romagna in attuazione del DM 77 del 23/05/2022"
- Delibera Aziendale n. 94/2023.

ALLEGATO 3

Il DPCM 12 gennaio 2017– Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, inserisce le Cure domiciliari nell'ambito dell'assistenza distrettuale (art 4 comma). All'Art. 22 definisce le Cure domiciliari da garantire "...alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse "attraverso "...percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base:

costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo;

b) cure domiciliari integrate (ADI)

Le cure domiciliari integrate richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia. Si distinguono in:

- o cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati;
- o cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati;
- o cure domiciliari integrate (ADI) di III^o livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

I quattro livelli sono caratterizzati da un CIA: coefficiente intensità assistenziale¹ come di seguito specificato:

¹ CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

ALLEGATO 3

- o **CD di base:** sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA): inferiore a 0,14
- o **ADI 1° livello:** caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.
- o **ADI 2° livello:** condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.
- o **ADI 3° livello** caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici e dei preparati per nutrizione artificiale (come previsti dallo stesso DPCM).

Ai sensi dell'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del DPCM 14 febbraio 2001, le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona, interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Nel sottoinsieme di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza introdotto con il DM 12 marzo 2019 è previsto il Tasso di PIC (Prese in Carico) in ADI per intensità di cura (CIA 1), (CIA 2), (CIA 3) Le valutazioni del sottoinsieme costituiscono parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009.

Con Intesa Stato Regioni, sancita in data 4 agosto 2021, sono stati definiti i **“Requisiti di autorizzazione e di accreditamento per lo svolgimento delle CURE DOMICILIARI”**.

Il DM 77 2022, oltre a riaffermare l'articolazione in livelli già prevista dal DPCM del 2017, ha stabilito che “I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accREDITamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'equipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi ...” La scadenza della presentazione della domanda di autorizzazione ed accREDITamento per i soggetti pubblici e privati già operativi nell'erogazione di Cure Domiciliari è stata fissata al 30.6.2024

Il percorso per la presa in carico in assistenza domiciliare prevede:

- Segnalazione-Acettazione.
- Valutazione multidimensionale del bisogno

ALLEGATO 3

- Presa in carico e definizione del piano assistenziale
- Svolgimento delle attività
- Dimissione

L'attività dei Medici di Medicina Generale nelle Cure Domiciliari è regolata dagli Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Locali. Il Medico utilizza la modulistica prevista dai suddetti Accordi per la proposta di inserimento degli assistiti nelle varie forme di Assistenza Domiciliare (Programmata, Integrata e Residenziale). Le proposte sono verificate ed autorizzate dai Responsabili Organizzativi dell'Assistenza Domiciliare (ROAD) afferenti al Dipartimento di Cure Primarie

Le diverse fasi sono tracciate con sistema informativo (in AUSL Bologna MyAdi); è necessario che la Cartella di assistenza domiciliare oltre che nella versione cartacea sia sviluppata in versione informatica.

Nell'azienda USL di Bologna è attiva una Commissione multidisciplinare Assistenza Domiciliare coordinata dal Dipartimento Cure Primarie (formalizzata dal Direttore del Dipartimento nel 2020 e composta da referenti per i settori coinvolti: DATER, Cure Primarie, Medicina Generale, Cure Palliative).

Nella Tabella seguente sono rappresentati i dati relativi agli assistiti del 2023:

Assistiti per Distretto di Residenza e Grandi classi di età					
Anno: 2023, BOLOGNA					
Distretto di Residenza	Pediatria 00-17	Adulti 18-64	Anziani 65-74	Anziani 75++	TOTALE
DISTR. RENO, LAVINO E SAMOGGIA	28	315	409	2.596	3.348
DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	21	190	293	1.552	2.056
DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	8	185	267	1.612	2.072
DISTR. PIANURA EST	35	457	618	3.645	4.755
DISTR. PIANURA OVEST	26	176	300	1.949	2.451
DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	79	1.100	1.167	9.201	11.547
TOTALE	197	2.423	3.054	20.555	26.229

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna
Data creazione documento: 09/04/2024

Nella tabella seguente è rappresentato l'andamento dell'indicatore IND0907

Indicatore	Territorio	Valore - 2021	Valore - 2022	Valore - 2023
IND0907 Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	PIACENZA	7,06	13,04	10,99
	PARMA	8,57	9,76	9,14
	REGGIO EMILIA	10,67	11,97	11,46
	MODENA	7,25	10,21	10,95
	BOLOGNA	8,26	10,74	10,89
	IMOLA	12,03	16,86	17,66
	FERRARA	11,84	13,61	13,15
	ROMAGNA	7,39	8,85	8,89
	EMILIA-ROMAGNA	8,53	10,81	10,69

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Partecipazione ai Gruppi di lavoro aziendale, interaziendali e regionale per l'attivazione del NEA 116117

ALLEGATO 3

- Coordinamento e attivazione delle azioni di competenza del Dipartimento Cure Primarie legate all'attivazione del NEA 116117
- Coordinamento delle azioni finalizzate al conseguimento e mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento delle Unità di Cure Domiciliari distrettuali
- Contributo allo sviluppo del sistema informativo dell'assistenza domiciliare e dell'attività di cure intermedie
- Garanzia dell'alimentazione del flusso informativo delle Cure Domiciliari
- Partecipazione per gli aspetti di competenza tecnico-organizzativa all'implementazione dei contratti di fornitura di erogatori di servizi a livello domiciliare
- Responsabilità per gli aspetti di competenza nel raggiungimento degli obiettivi di servizio definiti a livello nazionale, regionale o aziendale

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione dei servizi sanitari di base;
- Competenza nella progettazione, monitoraggio, gestione e valutazione servizi
- Competenza sui sistemi informativi territoriali e sui flussi ministeriali
- Competenza nella normativa di settore, aspetti procedurali, aspetti principali di qualità e accreditamento del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata
- Competenza in gestione gruppi di lavoro e coordinamento processi
- Competenza nella definizione di documenti tecnici di indirizzo

OBIETTIVI

- Implementazione degli aspetti di competenza del Dipartimento Cure Primarie legati all'attivazione del NEA 116117
- Verifica di qualità delle risposte operative di competenza del Dipartimento Cure Primarie attivate dal NEA 116117
- Garanzia del flusso informativo SIAD (Assistenza domiciliare) e degli obiettivi di servizio fissati a livello regionale annualmente, anche attraverso il coordinamento della Commissione multidisciplinare- Assistenza Domiciliare
- Accreditamento delle Unità di Cure Domiciliari
- Formalizzazione e diffusione documenti di indirizzo ai responsabili organizzativi assistenza domiciliare,
- Piani di formazione con eventi formativi ECM per i responsabili organizzativi delle Cure Domiciliari
- Direzione esecuzione contratti di fornitura di servizi di e per l'assistenza domiciliare secondo le indicazioni normative nazionali e indirizzi regionali e aziendali

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie

I piani di attività sono aggiornati in rapporto

ALLEGATO 3

- all'implementazione della strategia regionale e interaziendale per l'attivazione del NEA 116117
- al monitoraggio in continuo dell'attività di Cure Domiciliari in termini quali-quantitativi in collaborazione con le strutture aziendali interessate e il Sistema Informativo aziendale

Risorse Professionali

Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

Al Programma è assicurata l'attribuzione di competenza gestionale e funzionale attraverso:

- La rete dei Dirigenti di Cure Primarie nominati come ROAD (Responsabili Organizzativi Assistenza Domiciliare)
- l'interfaccia con il settore amministrativo competente
- il Coordinamento della Commissione Domiciliare dell'Azienda USL di Bologna
- l'interfaccia con i Dirigenti e referenti del Dipartimento Cure Primarie coinvolti nelle risposte informative e operative attivate dal 116117

Le attività del programma sono supportate dai Gruppi di Lavoro aziendali e dal punto di vista assistenziale, dai Responsabili afferenti all'area DATeR, dai Dirigenti e Coordinatori Infermieristici dei servizi coinvolti nelle attività riguardanti il Programma, secondo le modalità concordate con la Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa.

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina/discipline di:

- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Geriatria ed equipollenti

assegnato al 100% al programma.

ALLEGATO 4

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Implementazione delle soluzioni di Telemedicina e sviluppo tecnologico nelle Cure Primarie

Programma equiparato a struttura semplice alla “UO Governo dei Percorsi di Innovazione Organizzativa e di Processo in Cure Primarie”

IL PROGRAMMA

Premessa

Nell'ambito del disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito dal DM 77/22, la Telemedicina ricopre una funzione fondamentale

“Per **Telemedicina (TM)** si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località

I servizi minimi che la infrastruttura regionale di telemedicina deve erogare sono i seguenti:

- televisita
- teleconsulto/teleconsulenza;
- telemonitoraggio;
- teleassistenza.”

(Linee Guida nazionali pubblicate il 2 novembre 2022, “Linee guida per i servizi di telemedicina- requisiti funzionali e livelli di servizio)

Nel DM 77/22 è previsto uno specifico capitolo dedicato alla telemedicina. In particolare, il decreto prevede che “...Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.”

La Missione 6 Salute (M6) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (DMEF 6 agosto 2021 e smi) individua come obiettivo lo sviluppo della TM nell'intervento 1.2.3- [Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici](#). L'investimento relativo a questo intervento, di cui AGENAS è soggetto attuatore quale tramite per il Ministero della Salute, è articolato a sua volta in due sub-interventi, in base al DM del 1° aprile 2022:

- 1.2.3.1 – Piattaforma di Telemedicina;
- 1.2.3.2 – Servizi di Telemedicina.

Il traguardo finali (target) da raggiungere nel 2025 è quello di almeno 300 mila persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina

La regione Emilia Romagna ha prodotto i seguenti atti programmatici e di indirizzo:

- Linee indirizzo regionali con DGR n. 1227 del 2 agosto 2021;
- Circolare 2/2021 Assistenza Specialistica Ambulatoriale: precisazioni relative alla DGR 1227/2021 “Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle

ALLEGATO 4

strutture del servizio sanitario regionale, in applicazione all'accordo stato regioni del 17 dicembre 2020.

- DGR 2221 del 12/12/2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. 77 del 23/05/2022"
- DGR 1050 del 26/6/2023 "Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina della Regione Emilia-Romagna"
- DGR 629 del 26/4/2023 Piano operativo e, con cui si recepisce l'accordo stato-regioni e si approva il documento "Indicazioni Regionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"

In particolare, il Piano Operativo prevede di implementare i servizi di telemedicina (telemonitoraggio, teleassistenza, televisita e teleconsulto) in tutte le Case delle Comunità, in tutti gli ambulatori dove si eroga attività di specialistica ambulatoriale e coinvolgendo tutti i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti territoriali e ospedalieri e gli infermieri della cronicità/domiciliarità.

Per quanto riguarda il telemonitoraggio, l'obiettivo regionale è quello di garantire la presa in carico di circa 12.000 pazienti ad elevata complessità e fabbisogno assistenziale. Diversamente, televisite e teleconsulti potrebbero coinvolgere fino a 1.200.000 persone, equivalenti alla popolazione con almeno una delle patologie considerate.

A livello regionale sono stati formalizzati gruppi di lavoro specifici per i vari livelli di servizio di TM, composti da referenti per le singole Aziende, al fine di definire linee di indirizzo tecniche agli operatori e servizi delle Aziende.

Per affrontare le nuove sfide legate alla digitalizzazione e in particolare alla Telemedicina, l'AUSL di Bologna ha istituito un Board Aziendale della Telemedicina che è coordinato dall'UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità.

Il Board è composto da professionisti dell'Azienda USL di Bologna, individuati in base a comprovate competenze nei diversi ambiti professionali (clinici, tecnici, organizzativi, giuridici) afferenti al tema della Telemedicina e alla Sanità digitale in senso lato, e ne persegue le seguenti finalità:

- coordinare e mettere a sistema tutte le iniziative di telemedicina in essere e renderle coerenti con le recenti normative a livello nazionale e regionale
- definire criteri di priorità di intervento basati sulla rilevanza clinico-organizzativa e sulla fattibilità tecnico-economica
- garantire il supporto necessario alla progettazione e realizzazione
- creare le condizioni per promuovere progetti innovativi di telemedicina, e la relativa valutazione di impatto clinico-organizzativa
- diffondere la cultura della Telemedicina promuovendo anche la formazione specifica nelle diverse articolazioni aziendali.

Il Dipartimento Cure Primarie partecipa al Board ed ha una responsabilità specifica nell'implementazione operativa delle azioni di implementazione della TM nelle Cure Primarie e nelle Case di Comunità.

ALLEGATO 4

Apparecchiature sanitarie per le Cure Primarie

Con DECRETO 29 luglio 2022 «Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta» (Pubblicato sulla GU n.226 del 27-9-2022)

Alla Regione Emilia-Romagna sono state assegnate complessivamente € 17.976.939,50 per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie di primo livello finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni dei MMG e PLS al fine di:

- ☒ migliorare il processo di presa in carico dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili
- ☒ ridurre il fenomeno delle liste di attesa

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello saranno prioritariamente assegnate:

- alle Case della Comunità hub
- alle Case della Comunità spoke
- agli spoke rappresentati dagli studi dei MMG e PLS
- alle aggregazioni di medicina di gruppo in particolare nelle aree interne, rurali, piccole isole e periferie urbane. In queste aree lo studio del MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina)

In coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale del SSN prevista:

- dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR
- dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello:

- devono essere compatibili ed integrarsi con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il Fascicolo sanitario elettronico.
- Consentono l'erogazione di prestazioni da parte dei MMG e PLS che rientrano nell'ambito dei **livelli essenziali di assistenza sanitaria di base**

Le Regioni sono chiamate a presentare un Piano pluriennale dei fabbisogni che deve prevedere

- Obiettivi di salute da perseguire
- L'elenco delle **apparecchiature sanitarie per la diagnostica di primo livello** che si intendono acquisire, comprensivo di descrizione della tecnologia, dei costi di acquisto, addestramento e di installazione (compatibili e che possano integrarsi con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina)
- La modalità con la quale si intende acquisire le apparecchiature, privilegiando forme o centrali **di committenza regionali**
- Una Relazione sulle modalità di impiego delle apparecchiature sanitarie e sull'assetto organizzativo che si intende adottare ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali, tenendo conto delle diverse forme organizzative in cui operano i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta
- I tempi di acquisizione e di messa in funzione e collaudo delle apparecchiature sanitarie
- Il piano regionale di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta o l'adesione a quello predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità

ALLEGATO 4

- Un piano di manutenzione, assistenza e aggiornamento, comprensivo anche delle modalità di fornitura e smaltimento dei consumabili necessari per il funzionamento dei dispositivi di proprietà delle Aziende Sanitarie che si intendono adottare sulle apparecchiature sanitarie
- Gli indicatori di processo e di risultato specifici

La RER, sulla base degli obiettivi di salute definiti dalla propria programmazione, dei modelli organizzativi regionali e di quanto previsto dall'ACN del 30 ottobre 2020 procedono alla stipula di **accordi integrativi regionali** con i MMG e PLS

A seguito dell'approvazione del Piano dei Fabbisogni da parte del Ministero della salute, la RER potrà procedere con le richieste di ammissione a finanziamento secondo le procedure ex Art. 20 L. 67/88.

Le Aziende della Regione Emilia Romagna sono state chiamate a definire i propri fabbisogni relativi alle attrezzature oggetto del Piano e del finanziamento nel Luglio 2024.

A seguito dell'approvazione da parte del Ministero verrà avviata la fase operativa di un piano di grande rilevanza e complessità, che con il coordinamento del Settore Regionale competente coinvolgerà direttamente il Dipartimento Cure Primarie, con il supporto dell'Ingegneria Clinica, del settore amministrativo e nell'implementazione delle azioni di attuazione del piano di dotazione di attrezzature sanitarie nelle Cure Primarie del territorio dell'AUSL di Bologna.

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Partecipazione al Board aziendale della telemedicina per definire la strategia di sviluppo e il consolidamento dell'implementazione della telemedicina nelle Case di Comunità Hub e Spoke, poliambulatori e servizi domiciliari dell'Azienda USL di Bologna
- Partecipazione agli organismi e gruppi di lavoro tecnici regionali ed aziendali sullo sviluppo delle attività di telemedicina in ambito di Azienda USL di Bologna
- Partecipazione agli organismi e gruppi di lavoro tecnici regionali ed aziendali sull'attuazione piano di dotazione delle attrezzature sanitarie delle Cure Primarie
- Gestione delle fasi operative e attuative di implementazione delle attività di teleconsulto e telemonitoraggio nelle Cure Primarie
- Gestione delle fasi operative e attuative del piano di dotazione delle attrezzature sanitarie delle Cure Primarie
- Responsabilità relativamente al monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di livello aziendale e promozione delle azioni di competenza del Dipartimento Cure Primarie in termini di sensibilizzazione, coinvolgimento degli attori, formazione e messa in atto di strumenti operativi orientati al raggiungimento degli obiettivi

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione dei servizi sanitari di base;
- Competenza nella progettazione, monitoraggio, gestione e valutazione servizi
- Competenza sulla Telemedicina e sul ruolo della TM nelle Cure Primarie
- Competenza sui sistemi informativi territoriali

ALLEGATO 4

- Competenza in gestione gruppi di lavoro
- Competenza nella definizione di documenti tecnici di indirizzo

OBIETTIVI

- Coordinamento della progettazione e implementazione delle azioni specifiche per l'implementazione della televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio nelle Cure Primarie e nelle Case di Comunità
- Produzione, in collaborazione con le Strutture organizzative coinvolte, di indicazioni e strumenti operativi per gli attori coinvolti nello sviluppo delle azioni per l'implementazione della televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio nelle Cure Primarie e nelle Case di Comunità
- il monitoraggio dell'attività in collaborazione con il Sistema Informativo aziendale anche ai fini della risposta al debito informativo legato ai flussi ministeriali

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie

I piani di attività sono aggiornati in rapporto all'implementazione della strategia regionale ed aziendale sulla TM attraverso monitoraggio in continuo dell'attività in termini qualitativi in collaborazione con le strutture aziendali interessate e il Sistema Informativo aziendale

Risorse Professionali.

Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

Nell'attività definita, al Programma fanno riferimento, oltre al titolare, i Dirigenti di Cure Primarie coinvolti funzionalmente nell'attivazione della telemedicina e nella messa in atto delle azioni legate alla dotazione di attrezzature diagnostiche nelle Cure Primarie.

Le attività del programma sono supportate dai Gruppi di Lavoro e Board aziendali e dal punto di vista assistenziale, dai Responsabili Organizzativi delle CDC afferenti all'area DATeR, dai Dirigenti e Coordinatori Infermieristici dei servizi coinvolti nelle attività riguardanti il Programma, secondo le modalità concordate con la Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa.

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina/discipline di:

- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti

ALLEGATO 4

- Geriatria ed equipollenti
assegnato al 100% al programma.

Altre risorse: da definire.

ALLEGATO 5

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie
Programma equiparato a struttura semplice dipartimentale

IL PROGRAMMA

Premessa

Tra le sfide più importanti del PNRR e del DM 77/2022 è quella di rafforzare la capacità della rete delle Cure Primarie di gestione delle urgenze minori a bassa complessità clinica. L'analisi della casistica degli ultimi 5 anni ha evidenziato come la maggioranza degli accessi in Pronto Soccorso, il 63% circa, non esiti in ricovero, ma sia potenzialmente reindirizzabile a strutture territoriali a più bassa complessità organizzativa. La riorganizzazione della rete delle Cure Primarie e dei servizi territoriali nel loro complesso, anche alla luce delle nuove opportunità date dall'attuazione del DM 77/2022, ha lo scopo di decodificare la domanda di salute in crescita dei cittadini e accoglierla nel setting più appropriato rispetto al bisogno espresso, a fronte dell'ottimizzazione delle risorse disponibili. Nelle DGR 1206/23 la Regione Emilia Romagna ha indicato la necessità di rimodulazione dei nodi della rete dell'emergenza-urgenza che si basi sulla separazione dei flussi e sulla ridefinizione delle strutture idonee alla gestione dei differenti bisogni: emergenze-urgenze indifferibili e urgenze differibili, progressivamente intermedie dagli operatori del Sistema 118 e del NEA 116117. La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale viene garantita attraverso la riorganizzazione della rete della Continuità Assistenziale e la strutturazione di una rete di Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU), dove vengono impiegati medici del ruolo unico a ciclo orario e subordinatamente e volontariamente medici di ruolo unico a ciclo di scelta. La dislocazione dei punti terrà conto della ridefinizione dei punti di continuità assistenziale, della analisi della casistica e del bacino d'utenza di riferimento in seguito alla programmazione regionale ed al confronto con le CTSS. Questi Centri hanno il compito di garantire una risposta appropriata e tempestiva, anche grazie ad una presenza infermieristica dedicata e delle professionalità che si renderanno necessarie in relazione alle prestazioni eseguite e ai volumi di attività. I CAU sono in diretto collegamento con i DEA di riferimento e si integreranno nella rete dei servizi territoriali, potranno essere ad accesso diretto favorendo tuttavia un progressivo utilizzo del NEA 116117; parallelamente dovrà essere riorganizzata la risposta a bisogni domiciliari urgenti con le caratteristiche dell'urgenza minore a bassa complessità clinica.

L'Azienda USL di Bologna sulla base delle indicazioni delle DGR 939/ 2023 e 1206/23 e del piano approvato in Conferenza Tecnica Socio-Sanitaria Metropolitana ha avviato l'implementazione di una rete di 10 CAU sul territorio metropolitano (7 attivati nel secondo semestre del 2023 e primo semestre del 2024) e avviato la riorganizzazione della rete

ALLEGATO 5

della Continuità Assistenziale. La rete dei CAU è afferente dal punto di vista organizzativo al Dipartimento Cure Primarie così come la rete delle postazioni di Continuità Assistenziale. Ad oggi i 7 CAU attivi hanno gestito 78.000 accessi. Ai CAU afferiscono circa 150 medici di assistenza primaria ad attività oraria la cui attività è integrata da infermieri afferenti al DATER. Questa rete per la sua complessità e novità richiede un impegno organizzativo, direzionale e gestionale straordinario al Dipartimento Cure Primarie, richiede inoltre un coordinamento di più competenze e lo sviluppo di un corpus di indirizzi tecnico-clinici ed organizzativi nuovi, non essendo questo già strutturato nel sistema.

Il programma denominato “Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie”, il cui incarico è equiparato a struttura semplice dipartimentale, afferente al Dipartimento Cure Primarie è una articolazione organizzativa che si applica ad attività sanitarie territoriali con valenza e complessità significative ed ha l'obiettivo di garantire l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione nell'ambito delle attività di competenza del programma.

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Collaborazione alla strategia di sviluppo e di consolidamento della risposta alle urgenze cliniche di bassa complessità e intensità attualmente afferenti alla rete dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) nel territorio
- Coordinamento della rete dei dirigenti del Dipartimento Cure Primarie referenti delle postazioni di risposta ambulatoriale alle urgenze minori nelle Cure primarie (attualmente afferente ai CAU);
- Partecipazione al governo clinico delle attività di presa in carico delle urgenze minori nelle Cure primarie (attualmente afferente al Board tecnico scientifico CAU dell'Azienda USL di Bologna)
- Collaborazione allo sviluppo dell'interfaccia informativa e operativa tra Centrale 116117 e attività ambulatoriali di gestione delle urgenze cliniche minori nelle Cure Primarie per gli aspetti di competenza
- Collaborazione alla riorganizzazione complessiva della continuità assistenziale per urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie
- Collaborazione alla gestione delle fasi di formazione ed elaborazione di indirizzi tecnici e operativi per i professionisti del ruolo unico della MG impegnati nelle attività ambulatoriali di gestione delle urgenze cliniche minori nelle Cure Primarie

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione delle Cure Primarie
- Competenza nella gestione delle urgenze minori a bassa complessità
- Competenza nel monitoraggio e valutazione servizi
- Competenza nell'applicazione di programmi di qualità e rischio clinico
- Competenza nella definizione di protocolli e indirizzi tecnico-clinici

ALLEGATO 5

OBIETTIVI

- Gestione operativa dei servizi per le urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie
- Produzione di indirizzi organizzativi e tecnico-clinici per lo sviluppo della risposta ai problemi di urgenza minore a bassa complessità nelle cure primarie;
- Produzione di indicazioni e linee di indirizzo per dirigenti di cure primarie referenti della rete CAU nel territorio dell'Azienda USL di Bologna
- Contributo tecnico allo sviluppo del sistema di monitoraggio della risposta alle urgenze minori a bassa complessità nelle cure primarie, anche in connessione con la rete dell'Emergenza e Urgenza

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie e presso le sedi delle Case di Comunità e strutture in cui sono attivi presidi per la gestione territoriale delle urgenze minori nelle Cure Primarie I

Il Programma **Sviluppo dei percorsi e servizi di gestione delle urgenze minori a bassa complessità nelle Cure Primarie** garantisce l'evoluzione dell'importante attività di gestione della risposta alle urgenze cliniche a bassa complessità nel territorio, al fine di garantire la sicurezza delle cure e migliorare l'appropriatezza dell'accesso al PS.

I piani di attività sono aggiornati in rapporto all'implementazione della rete CAU ed al raccordo necessario tra questo e la rete della Continuità Assistenziale e richiede attenta valutazione della complessità e numerosità della casistica da trattare attraverso monitoraggio in continuo dell'attività in termini quali-quantitativi attraverso il cruscotto dati messo a disposizione dal Sistema Informativo aziendale e approfondimenti ad hoc da effettuare sulla base di esigenze specifiche.

Risorse Professionali. Al Programma è assicurata l'attribuzione di competenza gestionale e funzionale dei presidi per la gestione territoriale delle urgenze minori nelle Cure Primarie attraverso il coordinamento del ruolo dei referenti delle Cure Primarie dei presidi ambulatoriali e dell'attività di predisposizione dei turni di attività medica in sinergia con i turni di attività infermieristica.

Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

Nella fase di costituzione e nell'ambito di attività definita, al Programma afferiscono funzionalmente, oltre al titolare, assegnato al 100% al programma, un referente di Cure Primarie per le Case della Comunità in cui sono attivi servizi di gestione ambulatoriale

ALLEGATO 5

delle urgenze minori, impegnati nella verifica dei dati di competenza, nel monitoraggio degli aspetti organizzativi, logistici, di dotazione, igienico-strutturali e di qualità.

Le attività del programma sono supportate, dal punto di vista assistenziale, dal personale Infermieristico e Tecnico afferente all'area DATeR, secondo le modalità concordate con il Responsabile di Area e dal punto di vista amministrativo dall'UOC Processi Amministrativi Cure Primarie.

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina/discipline di:

- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Geriatria ed equipollenti
- Medicina di emergenza urgenza

assegnato al 100% al programma.

Altre risorse:

Dirigenti di Cure Primarie responsabili di Case di Comunità e strutture territoriali in cui sono attivi Cau o ambulatori di gestione urgenze minori afferenti funzionalmente al Programma, inoltre medici di Assistenza Primaria per la copertura dell'attività programmata.

ALLEGATO 6

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DENOMINAZIONE PROGRAMMA: Governo del processo di assistenza protesica Programma equiparato a struttura semplice dipartimentale

IL PROGRAMMA

Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) l'erogazione di protesi ed ausili al fine di favorire, attraverso interventi diretti, l'assistenza ed il recupero funzionale e sociale dei cittadini affetti da menomazioni e disabilità invalidanti, siano esse fisiche, psichiche o sensoriali.

L'assistenza protesica contribuisce quindi a progettare in modo mirato l'assistenza centrata sull'utente identificando i dispositivi maggiormente idonei per la persona menomata o disabile: nella presa in carico viene introdotto quindi il concetto di compensazione funzionale di una disabilità e/o adattamento dell'ambiente alla diversa funzionalità dell'assistito. I dispositivi forniti al paziente sono quindi considerati come fattori contestuali ambientali che, se scelti ed organizzati in modo appropriato all'interno di un progetto individuale di cura e riabilitazione, possono concorrere da un lato a ridurre o ad eliminare la disabilità e dall'altro ad adattare l'ambiente di vita al fine di favorire l'autonomia del paziente.

L'evoluzione del concetto di disabilità e l'aumento di prevalenza delle malattie croniche ha determinato un incremento costante nel tempo di assistiti e una molteplicità di dispositivi sviluppati in risposta ai bisogni riscontrati, comportando conseguenze sul lato della domanda di assistenza protesica e integrativa.

Per consentire la centralità dell'azione sul paziente è necessario coordinare ed integrare gli interventi clinici ed amministrativi e le relative competenze secondo un approccio di lavoro in team multiprofessionali, prestando particolare attenzione nel garantire i seguenti aspetti di fondamentale importanza:

- attenta e precisa valutazione del bisogno di vita indipendente della persona disabile;
- valutazione dell'ambiente di vita e delle caratteristiche architettoniche;
- valutazione delle risorse familiari, relazionali e dei soggetti coinvolti;
- addestramento al corretto utilizzo dell'ausilio, della manutenzione e verifica della sua efficacia.

Vi è inoltre la necessità di integrare le erogazioni di Assistenza Protesica e Integrativa all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI), soprattutto quando si rende necessaria l'ADI. I dispositivi protesici e/o integrativi contribuiscono infatti a rendere completa ed adeguata la presa in carico dei malati con bisogni assistenziali complessi: in tal senso, gli operatori che intervengono, il terapeuta della riabilitazione, innanzitutto, sono chiamati a svolgere un intervento contestualizzato e personalizzato di educazione terapeutica, affinché l'assistito e i suoi familiari siano messi in grado di utilizzare in modo competente ed efficace gli ausili messi a disposizione.

Normativa di riferimento

Con il DM decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1,

ALLEGATO 6

comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» la normativa sull'assistenza protesica è stata innovata in particolare con le seguenti misure:

- l'introduzione di alcune prestazioni innovative, soprattutto nel settore delle tecnologie informatiche e di comunicazione, a favore dei disabili con gravissime limitazioni funzionali (cosiddetti ausili ICT- Information Communication Technologies),
- l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale per la prescrizione dei quali, tuttavia, è stato indicato un preciso intervallo di perdita uditiva.
- Il nuovo Nomenclatore (Allegato 5 - Ausili su misura) contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi erogabili dal Ssn, riportando per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle principali caratteristiche e le condizioni di erogabilità.
- La ridefinizione dell'elenco delle protesi e ortesi "su misura" e "di serie", aggiornando la nomenclatura in relazione alle innovazioni cliniche e tecnologiche intervenute negli anni, e rendendo "di serie" alcuni ausili sino ad oggi erogati "su misura" (carrozine, protesi acustiche etc.). Nei nuovi elenchi sono tra l'altro inclusi molti dispositivi di tecnologia avanzata per gravissime disabilità e protesi acustiche digitali, mentre sono esclusi dispositivi ortopedici su misura per lievi deformità del piede (quali i plantari).

Più precisamente, gli elenchi degli ausili sono così organizzati:

- Allegato 2 elenca gli ausili monouso;
- Allegato 5 – Elenco 1 enumera i dispositivi su misura, fabbricati appositamente in base a prescrizione redatta da un medico specialista per un singolo paziente;
- Allegato 5 – Elenco 2a riporta gli Ausili di serie che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato;
- Allegato 5 – Elenco 2b contiene gli ausili di serie pronti per l'uso.
- L'identificazione dei beneficiari dell'assistenza (art. 18), includendo i soggetti che, pur in attesa di accertamento dell'invalidità, abbiano urgente bisogno dell'ausilio, i soggetti affetti da malattie rare ed i soggetti in assistenza domiciliare integrata con disabilità temporanea;
- Ridefinizione dei principi generali per l'individuazione degli erogatori di protesi prevedendo l'istituto dell'accreditamento sulla base dell'accertamento di alcuni requisiti, e conferma della modalità di remunerazione in base a tariffe predeterminate per gli ausili su misura;
- in attesa dell'istituzione del Repertorio dei presidi ortesici e protesici erogabili a carico del Ssn, previsto dall'art.1, co. 292, della legge finanziaria per il 2006 (legge n. 266/2005), conferma della vigente disciplina di fornitura degli ausili tramite procedure di gara e rinvia alla disciplina regionale numerosi aspetti oggi disciplinati dal D.M. n. 332/1999.
- Per la fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B del decreto, l'allegato 12 specifica invece che, nelle more dell'istituzione del Repertorio dei dispositivi di serie, per l'erogazione di tali dispositivi, e per la determinazione dei relativi prezzi di acquisto, le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente.

ALLEGATO 6

L'entrata in vigore delle nuove prestazioni di assistenza protesica era legata alla pubblicazione delle tariffe, contenute nel Decreto Interministeriale 23 Giugno 2023 la cui applicazione, con DM del 31 marzo 2024 è stata prorogata dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025 anche al fine di valutazioni di revisione delle suddette tariffe.

Nel periodo tra l'entrata in vigore dei nuovi LEA e la pubblicazione del decreto con le tariffe, vengono ancora erogate le prestazioni e gli ausili elencati nel DM 332/1999 secondo i LEA fermi al DPCM 29 novembre 2001, fatte salve le prerogative delle Regioni.

Iter di prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo

La procedura per l'erogazione degli ausili è articolata in quattro fasi: prescrizione, autorizzazione, fornitura, collaudo, ognuna declinata nella normativa di settore.

Erogazione dell'Assistenza Protesica in AUSL Bologna

La procedura aziendale di riferimento è la P067 "Fornitura assistenza protesica" del 26/05/2023

Strutture coinvolte:

- Nella **prescrizione** e nel **collaudo**: tutte le strutture erogatrici delle 4 Aziende operanti a Bologna (AUSL Bologna, AOSP S.Orsola Malpighi, IRCCS Bellaria e Istituto Ortopedico Rizzoli intervengono come prescrittori nell'assistenza protesica erogata ai residenti nel territorio dell'AUSL Bologna. Per una serie di ausili assistenziali previsti dalla Procedura aziendale i prescrittori sono anche i Medici di medicina generale.
- Nell'**autorizzazione**: secondo la DGR n.1844/2018 l'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata, sulla base della prescrizione e della documentazione correlata, dal Distretto competente tramite il medico autorizzatore, formalmente individuato in ciascun Distretto o area territoriale. Il medico autorizzatore ha la responsabilità di verificare: - la titolarità del diritto dell'assistito (DPCM 12 gennaio 2017 art. 18 Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica); - la completezza della prescrizione; - la presenza del PRAI; - il rispetto dei tempi e delle modalità di rinnovo, in caso di fornitura successiva alla prima (come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017). Il medico autorizzatore, al fine di un'appropriata verifica di quanto sopra, in presenza di documentazione insufficiente o incongruente, deve richiedere approfondimenti direttamente ai medici specialistici prescrittori, rispondendo così in maniera efficace ed efficiente al bisogno specifico del cittadino che non dovrà più assumere la funzione di integrazione fra i diversi servizi. In AUSL di Bologna i medici autorizzatori sono individuati tra i medici delle UUOO Cure Primarie. Nel processo di recepimento della prescrizione, autorizzazione e attivazione della fase di fornitura/consegna, i medici delle Cure Primarie sono supportati dagli operatori amministrativi dell'Unità Protesica e Integrativa, inquadrata nell'Unità Operativa Processi Amministrativi nelle Cure Primarie.
- Nella **fornitura/consegna** Il DPCM 12 gennaio 2017 all'allegato 12 prevede che per gli ausili su misura, di cui all'elenco 1 dell'allegato 5, l'assistito possa esercitare la libera scelta tra i soggetti autorizzati presso il Ministero della Salute. I dispositivi inclusi negli elenchi 2a e 2b dell'allegato 5 saranno forniti tramite procedure di gara assicurando tempi rapidi di fornitura per la tempestiva attuazione del PRAI. Per i

ALLEGATO 6

dispositivi di serie, per i quali è prevista la messa in opera da parte del tecnico abilitato, la tempistica dovrà tenere conto degli eventuali adattamenti/regolazioni ma in ogni caso non potrà superare gli 8 giorni di calendario. I dispositivi di serie che non richiedono la messa in opera da parte del tecnico vanno forniti entro 24/48 ore solari per le urgenze, entro 3 giorni di calendario per le dimissioni protette, ADI/cure palliative domiciliari e 5 giorni di calendario per gli altri casi. Le AUSL hanno il compito di verificare il rispetto dei tempi di consegna sopra indicati e di attuare eventuali azioni correttive.

Inoltre, le Aziende possono (come accade nell'AUSL di Bologna) disporre di un magazzino per il riciclaggio degli ausili di serie, previa procedura di sanificazione e riparazione, che vengono quindi consegnati dal gestore del magazzino.

- Al fine di garantire il governo del processo l'Azienda USL di Bologna nel 2019 ha istituito una Cabina di regia coordinata dal Dipartimento Cure Primarie, che ridefinito la Procedura Aziendale di riferimento

I dati del numero di utenti e della spesa relativi all'anno 2023 sono presentati nelle Tabelle seguenti:

aree distrettuali	bacino di utenza	ausili protesica		presidi per incontinenza		ossigeno ventilo
		richieste autorizzate	utenti forniti	utenti forniti	utenti attivati nell'anno	utenti forniti
BOCITTA	392.690	9.932	6.716	10.963	2.246	3.170
PIANEST	163.205	4.885	3.299	4.025	888	861
CASARENO	112.918	2.796	1.815	3.100	788	1.510
PIANOVES	83.354	2.566	1.710	2.245	620	695
SLAZZARO	78.874	2.033	1.395	2.198	530	419
PORRETTA	55.556	1.453	935	1.540	300	697
totale	886.597	23.665	15.870	24.071	5.372	7.352

DATI DI SPESA 2023	
Assistenza protesica da farmacie ed aziende private	9.772.972
di cui ausili (da gara e da sanitarie)	6.085.972
di cui presidi per incontinenza	3.687.000
Ossigenoterapia da farmacie e aziende private	13.211.765
di cui ossigeno	5.706.364
di cui ventilo	7.480.950
Servizi di gestione dei magazzini	2.203.612
TOTALE COSTI 2023	25.188.349

Necessità di governo del settore

Un settore così importante per l'efficacia dei percorsi riabilitativi e assistenziali e con una così rilevante valenza in termini di assorbimento di risorse richiede un "governo complessivo" i cui obiettivi sono

- efficacia/efficienza nell'utilizzo delle risorse dedicate al settore protesico
- semplificazione dell'assistenza protesica.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di governo è necessario:

- l'adozione di un modello organizzativo in cui ogni fase del percorso sia presidiata in termini di responsabilità e di personale dedicato, sia utilizzato un sistema

ALLEGATO 6

informativo condiviso e vi siano meccanismi forti di integrazione e coordinamento tra attori e fasi del percorso;

- la condivisione di percorsi clinico-assistenziali in cui l'assistenza protesica sia declinata come componente del percorso
- la promozione di linee guida per l'appropriatezza dell'assistenza tra tutti i prescrittori
- il controllo, a priori, dei requisiti dell'assistito (avente diritto) e dei fornitori
- il monitoraggio di prescrizioni, forniture e costi attraverso un sistema di controllo sistematico
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva (a posteriori) con definizione delle azioni di miglioramento da mettere in atto

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- Coordinamento della Cabina di Regia organismo che ha la finalità di integrazione e coordinamento tra attori e fasi del percorso;
- Tenuta e aggiornamento della Procedura aziendale "Fornitura assistenza protesica"
- Promozione dell'inserimento dell'assistenza protesica nei PDTA Aziendali ed eventuale supporto nella fase di stesura per gli aspetti specifici di competenza
- Promozione e coordinamento della stesura di linee guida per l'appropriatezza dell'assistenza
- Promozione e coordinamento di piani di formazione per i prescrittori
- Garanzia del controllo, dei requisiti del prescrittore, dell'assistito (avente diritto), del fornitore
- Partecipazione per gli aspetti di competenza tecnico-organizzativa all'implementazione dei contratti di fornitura
- Contributo allo sviluppo del sistema di monitoraggio delle prescrizioni, forniture e costi e utilizzo dello stesso per l'individuazione delle criticità nel processo da sottoporre all'attenzione della Cabina di Regia aziendale
- Promozione dell'appropriatezza prescrittiva e coinvolgimento delle Strutture erogatrici responsabili della prescrizione per definire e attivare le azioni di miglioramento dell'aderenza ai requisiti definiti dalla normativa e criteri di appropriatezza

COMPETENZE E ATTIVITA'

- Competenza in organizzazione e qualità dei servizi
- Competenza nella normativa di settore, aspetti procedurali, aspetti principali di qualità delle varie fasi del processo di assistenza protesica
- Competenza nella facilitazione di processi di elaborazione di linee guida, procedure e protocolli
- Competenza nel monitoraggio e valutazione servizi
- Competenza sul sistema informativo specifico

OBIETTIVI

ALLEGATO 6

- Integrazione e coordinamento tra attori e fasi del percorso attraverso la Cabina di Regia di settore
 - o Produzione di relazione annuale sulle iniziative promosse dalla Cabina di Regia ed esito delle stesse
- Attivazione di momenti di consultazione almeno a cadenza annuale sulla Procedura aziendale "Fornitura assistenza protesica" coinvolgendo tutti gli attori ed aggiornamento della stessa almeno triennale (o al bisogno quando necessario per modifiche normative/organizzative)
- Formalizzazione e diffusione di linee guida per l'appropriatezza dell'assistenza protesica o di indirizzo organizzativo nelle principali aree
 - o Ausili assistenziali e riabilitativi
 - o Ausili per la funzione uditiva
 - o Ortesi in campo ortopedico
 - o Protesi, ausili, ortesi nell'infanzia e adolescenza
 - o Ausili tecnologici
- Piani di formazione con eventi formativi ECM per i prescrittori nelle principali aree:
 - o Ausili assistenziali e riabilitativi
 - o Ausili per la funzione uditiva
 - o Ortesi in campo ortopedico
 - o Protesi, ausili, ortesi nell'infanzia e adolescenza
 - o Ausili tecnologici
- Garanzia del controllo, dei requisiti del prescrittore, dell'assistito (avente diritto), del fornitore
 - o Definizione e monitoraggio di procedure di controllo
- Attivazione contratti di fornitura secondo le indicazioni normative nazionali e indirizzi regionali e aziendali
- Definizione sistema di monitoraggio delle prescrizioni, forniture e costi
- Relazione annuale sulle criticità emerse dal monitoraggio da sottoporre all'attenzione della Direzione, del sistema di controllo di gestione e della Cabina di Regia aziendale per l'assistenza protesica con relativa individuazione azioni di miglioramento

MODALITÀ OPERATIVE

Sede. L'attività sarà svolta presso la sede del Dipartimento Cure Primarie e presso le sedi erogatrici delle 4 Aziende operanti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

Risorse Professionali. Al Programma è assicurata l'attribuzione di competenza gestionale e funzionale attraverso

- il coordinamento del ruolo di 6 dirigenti delle Cure Primarie responsabili della fase autorizzativa e dedicati in quota parte della propria attività al programma
- il coordinamento della Cabina di Regia aziendale per l'Assistenza Protesica
- l'interfaccia con il settore amministrativo competente

Il Responsabile del Programma sarà assegnato al 100% al programma

ALLEGATO 6

Le attività del programma sono supportate, dal punto di vista amministrativo dall'Unità Protesica e Integrativa, inquadrata nell'Unità Operativa Processi Amministrativi nelle Cure Primarie

Risorse Professionali

Al Programma è assicurata l'attribuzione gestionale e/o funzionale di risorse professionali identificate sulla base delle competenze maturate e delle attività svolte.

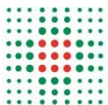
Responsabile del Programma:

Dirigente medico della Disciplina/discipline di:

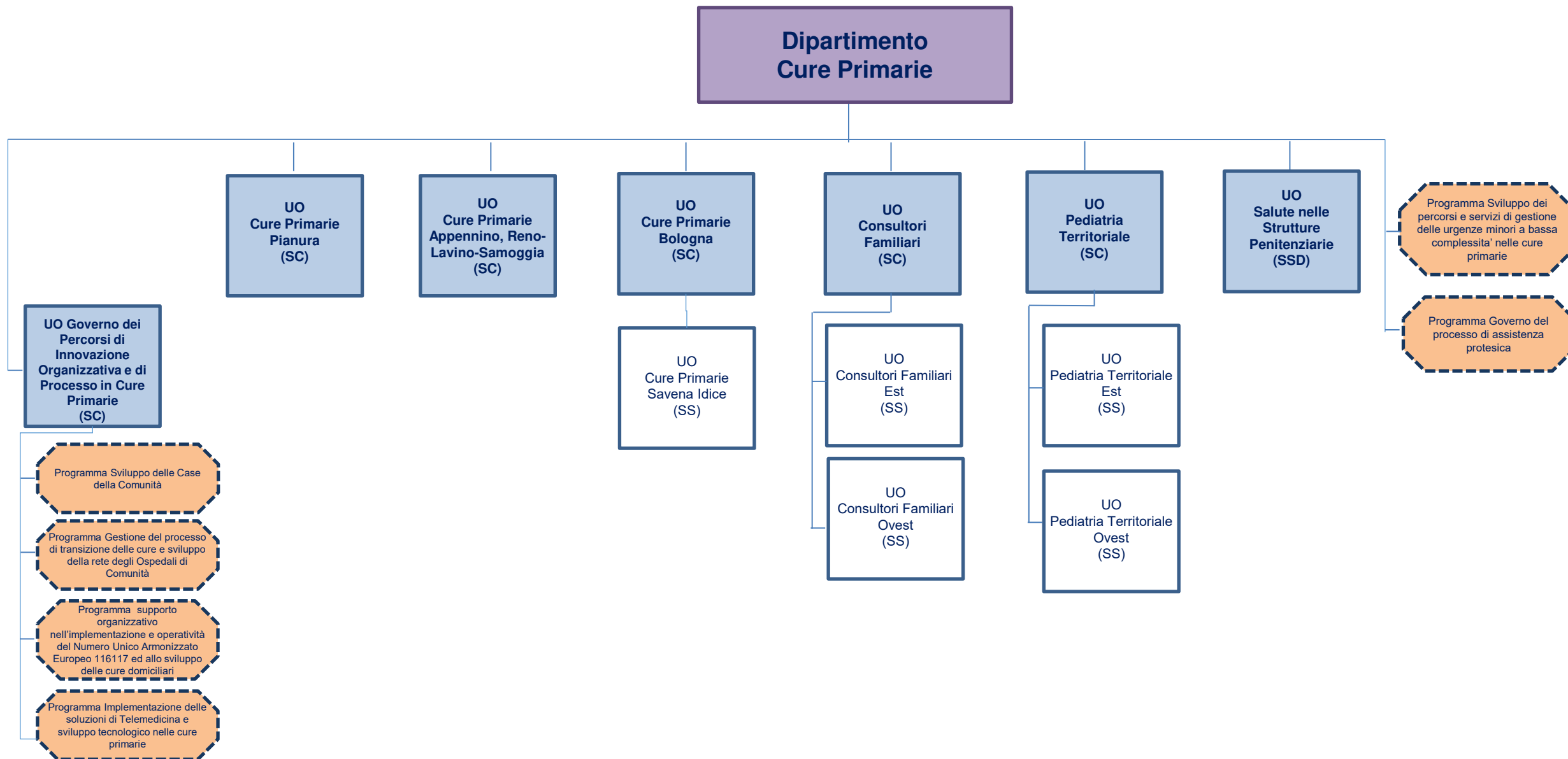
- Igiene e Organizzazione Servizi Sanitari di Base ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Geriatria ed equipollenti
- Medicina fisica e riabilitazione ed equipollenti.

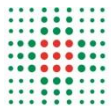
assegnato al 100% al programma.

Altre risorse: da definire



ALLEGATO 7





ALLEGATO 7

