



# Dipartimenti Sanità e Welfare del PD bresciano

---

## OSSERVAZIONI E PROPOSTE PER LO SVILUPPO NEL CONTESTO BRESCIANO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI-SANITARI E DELLE ASST-ATS

*Aprile 2016*

## Scopo del documento

---

Il PD non ha condiviso il percorso di formulazione e, soprattutto, l'impianto complessivo della Legge Regionale 23/2015.

Tuttavia intende portare comunque il proprio contributo, allo scopo di promuovere possibili processi di miglioramento e di revisione critica dei contenuti attuativi della legge di riordino.

Si presentano quindi gli orientamenti del PD bresciano in merito alla declinazione nel contesto locale del nuovo assetto organizzativo-funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari

- A. Valutazioni complessive sulla legge di riordino**
- B. Riferimenti normativi**
- C. Criticità, priorità, percorsi di presa incarico**
- D. Linee di sviluppo irrinunciabili**
- E. Indicazioni per l'assetto delle ASST**
- F. Mappa dei Presidi**

## A. Valutazioni complessive sulla legge di riordino

---

La riforma non attribuisce alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) gli strumenti di governo necessari per coordinare la rete distrettuale dei servizi: gli accreditamenti, i contratti ed i controlli, per tutte le strutture, pubbliche e private, sanitarie e sociali, sono infatti governati dalle "ATS - Agenzie di Tutela per la Salute". Agenzie, appunto, della Regione: quindi con un forte accentramento delle leve di governo a Milano

**L'ASST risulta purtroppo essere solo uno tra gli erogatori** possibili, pari agli altri erogatori, dei quali è concorrente e non coordinatore; **l'ente pubblico** avrebbe dovuto invece essere riconosciuto **come erogatore principale, attribuendo agli altri erogatori privati un ruolo sussidiario**, anche se importante.

## A. Valutazioni complessive sulla legge di riordino

La legge regionale 23/2015 ha previsto, invece (v. articolo 8), che **qualsiasi erogatore privato sanitario o sociale**, se soddisfa i requisiti di accreditamento, **possa erogare tutti i tipi di attività**, sanitaria e/o sociale, potendo quindi assumere tutte le funzioni dell'ASST.

Risulta pertanto necessario che **l'ATS svolga un ruolo locale di regia forte, per orientare e controllare gli sviluppi e la qualità dell'offerta privata**, oltre che delle ASST pubbliche.

Vanno inoltre introdotte **misure di compensazione**, in considerazione del fatto che l'erogatore pubblico è sottoposto ai vincoli normativi previsti per le pubbliche amministrazioni, che lo rendono nettamente meno flessibile, libero e rapido del privato nelle decisioni.

## A. Valutazioni complessive sulla legge di riordino

Nella Legge mancano inoltre indicazioni chiare per **promuovere la cooperazione paritetica con i Comuni per la gestione dei servizi sociali** (anche attribuendo loro un reale potere di influenza con gli enti/strutture del territorio di competenza), **al fine di garantire la continuità della presa in carico dei cittadini.**

**Altro nodo non risolto resta la medicina generale, che si dovrà relazionare in modo confuso sia con ATS che con ASST** . Non viene attribuito alcun ruolo a quello che dovrebbe essere l'attore principale, il medico di medicina generale, che non viene coinvolto nella riforma, per lo meno non più di quanto prevede la convenzione nazionale della medicina di famiglia.

## **B. Riferimenti normativi**

---

### **NORMATIVA NAZIONALE**

- **STANDARD OSPEDALIERI**
- **SVILUPPO PROFESSIONI SANITARIE**

### **NORMATIVA REGIONALE**

- **Legge 23/2015**
- **DGR X/4702 del 29/12/2015**
- **DGR X4662 del 23/12/2015**

## **Cittadini e salute: le grandi tipologie**

- 1. Sani**
- 2. Con nuovi problemi di salute**
- 3. Con malattie croniche molto frequenti**
- 4. Con malattie croniche rare**
- 5. Con necessità di cure complesse**
- 6. Con necessità di cure palliative**



## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 1. CITTADINI SANI

➤ Chi e quanti sono

**Circa metà della popolazione: un patrimonio da salvaguardare**

➤ Principale criticità

**Manca un disegno organico e sufficientemente sostenuto di promozione della salute e prevenzione**

➤ Le nostre aspettative

Attivazione di percorsi educazionali; promozione di sani stili di vita; contrasto alle dipendenze; coperture vaccinali; screening oncologici e metabolico-cardio-cerebrovascolari mediante:

- **Azione di MMG/PLS organizzati in AFT/UCCP**, con risorse e supporti strumentali in relazione a standard gestionali e di performance
- **Iniziative collettive strutturate e sistematiche** con il coinvolgimento della comunità locale

➤ Il percorso ideale per l'assistito

**Essere seguito con continuità e in modo semplice da MMG/PLS, attraverso l'organizzazione della medicina generale in AFT/UCCP**

## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 2. CITTADINI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

#### ➤ Chi e quanti sono

**La maggioranza dei cittadini** può presentare problemi di nuova insorgenza

#### ➤ Principale criticità

**Difficoltà a trovare, a livello territoriale, una risposta di primo orientamento tempestiva**, che eviti percezione di abbandono e passaggio diretto a pronto soccorso o servizi specialistici

#### ➤ Le nostre aspettative

**Presenza di MMG/PLS organizzati in AFT/UCCP, per accogliere e prendere in carico ogni richiesta:** fornendo informazioni, valutando il problema, selezionando la soluzione verso una gestione diretta per i problemi di base e/o verso servizi specialistici per i quadri più impegnativi

#### ➤ Il percorso ideale per l'assistito. Il cittadino ottiene dal MMG/PLS:

- **risposta** telefonica, appuntamento o visita ambulatoriale/domiciliare in tempi congruenti;
- **eventuale passaggio “accompagnato”** dal supporto del proprio medico a servizi specialistici o al pronto soccorso, **per garantire la continuità di cura;**
- **collegamento diretto con l'AFT/UCCP e/o con il servizio specialistico del cittadino dopo un suo eventuale accesso al pronto soccorso**

➤ Una nota

**I giovani e i giovani adulti,**

per i problemi di salute più frequenti (gravidanza, contraccezione, trauma sportivo, igiene orale, odontoiatria, ...) ricevono dal **SSR solo prestazioni soggette a ticket, spesso dal valore analogo al costo della prestazione da privati**; a loro il SSR può quindi apparire inutile!

Sarebbe invece necessario un loro “aggancio affettivo” al SSR, attraverso la **garanzia di un accesso facile e sostanzialmente gratuito** ai servizi tipicamente rivolti all’età giovanile

## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 3. CITTADINI CON MALATTIE CRONICHE FREQUENTI

#### ➤ Chi e quanti sono

**Circa un terzo della popolazione**

#### ➤ Principali criticità

- Interventi sanitari **frammentari** e **scollegati** tra loro. I diversi operatori spesso **non lavorano in modo coordinato**
- **Cittadino non protagonista** attivo del percorso di cura
- **L'approccio dei Servizi è di attesa** anziché proattivo
- **Assenza di riconoscimento** regionale del **momento educativo** attuato dall'equipe

#### ➤ Le nostre aspettative

- **Gestione delle malattie croniche vicino ai luoghi di vita**, il cittadino e il suo contesto **dovrebbero avere un ruolo di protagonista consapevole e attivo**
- **Accompagnamento lungo il percorso di cura** in modo efficace, razionale, continuativo e teso alla compliance e alla prevenzione
- **Accesso più semplice ai livelli specialistici**, ottenendo **continuità di cura**

#### ➤ Il percorso ideale per l'assistito:

- **MMG/PLS in AFT/UCCP: è il primo interlocutore**, proattivo, **accompagnatore e conduttore** nella storia sanitaria e nei passaggi **verso e dagli interventi specialistici**.
- MMG/PLS si avvale anche del **contributo infermieristico, e delle altre professioni sanitarie**, soprattutto per interventi volti a favorire compliance e follow-up

## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 4. CITTADINI CON MALATTIE CRONICHE RARE

#### ➤ Chi e quanti sono

**Rare, ma numerosissime: i cittadini interessati sono parecchie migliaia per milione di abitanti**

#### ➤ Principale criticità

**Difficoltà nel trovare operatori, servizi, unità operative in grado di riconoscere la malattia e di curarla adeguatamente**

#### ➤ Le nostre aspettative

**Attivare una rete di unità operative altamente specializzate, ciascuna su specifiche malattie rare, collegate tra di loro, in grado di diagnosticare e curare il più celermente possibile e di orientare e supportare il MMG/PLS**

#### ➤ Il percorso ideale per l'assistito

**Qualsiasi operatore sanitario individui una malattia non riconducibile a forme frequenti e/o chiaramente diagnosticabili, indirizza all'unità operativa specialistica apparentemente più affine, che interviene direttamente o, comunque, ri-orienta verso altra unità operativa della rete delle malattie rare**

## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 5. CITTADINI CON NECESSITA' DI CURE COMPLESSE

#### ➤ Chi e quanti sono

**Malati con compromissione dell'autosufficienza o bisogno di cure complesse**, circa 20-40.000 persone per milione di abitanti.

E' necessario **un piano globale e unitario** con la partecipazione di servizi sanitari, assistenziali, sociali

#### ➤ Principale criticità

**Non sempre vengono attivati tutti i servizi appropriati, né sono sempre tempestivi e coordinati tra loro.**

#### ➤ Le nostre aspettative

- **Gestione delle malattie croniche vicino ai luoghi di vita.** Valorizzare la capacità del **cittadino** di essere **protagonista consapevole e attivo del percorso di cura**
- **Accompagnamento lungo il percorso di cura**

#### ➤ Il percorso ideale per l'assistito

- **Primo interlocutore: AFT/UCCP**, conduttore lungo la storia sanitaria individuale, accompagnatore nei passaggi verso e dagli eventuali interventi specialistici;
- MMG/PLS si avvale anche del **contributo dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie** soprattutto per attuare interventi volti a favorire la compliance e il follow up.
  - Costituzione di una **rete tra i diversi specialisti** per una **gestione "integrata" del paziente complesso**

## C. Criticità, priorità, percorsi di presa in carico

### 6. CITTADINI CON NECESSITA' DI CURE PALLIATIVE

#### ➤ Chi e quanti sono

In provincia BS, ca 8.000 decessi/anno, 1/3 per malattie cardiocerebro-vascolari, 1/3 per tumori, 1/3 per altre cause: si stima che **le cure palliative possano migliorare la qualità negli ultimi periodi della vita**, complessivamente nel 75% dei casi

#### ➤ Principale criticità

- Molti operatori sanitari trascurano le cure palliative
- Servizi appropriati non sempre attivati, tempestivi e coordinati tra loro. Mancano in ambito pediatrico.

#### ➤ Le nostre aspettative

Garantire ad ogni cittadino che si avvicini alla fine della vita cure palliative globali, tempestive, personalizzate.

Il tema deve essere affrontato anche per quanto riguarda l'ambito pediatrico

#### ➤ Il percorso ideale per l'assistito

**Qualsiasi operatore sanitario, innanzitutto il MMG/PLS, attiva da subito un approccio palliativo e indirizza ai servizi della rete delle cure palliative = insieme coordinato di possibilità di cura diversificate:** tempestiva valutazione globale, cure domiciliari mediche e infermieristiche 24/24 ore, supporti strumentali, possibilità di accedere ad Hospice, ammissioni/dimissioni ospedaliere protette se necessarie.

## **D. Linee di sviluppo irrinunciabili**

---

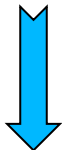
- 1. Potenziare il territorio**
- 2. Razionalizzare-integrare i servizi ospedalieri**
- 3. Integrare le professioni al servizio del cittadino**
- 4. Governare con onestà e saggezza**
- 5. Impostare una organizzazione chiara ed efficiente**



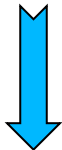
## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 1. POTENZIARE IL TERRITORIO

### L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI AL CITTADINO

LIVELLO TERRITORIALE  
ELEMENTARE (AFT)



LIVELLI TERRITORIALI PIU'  
ARTICOLATI (UCCP- PRESST-  
POT/ CASA DELLA SALUTE)



OSPEDALE

#### VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE:

- nuovi ruoli gestionali (infermiere di famiglia, case manager, disability case manager, ...)
- cooperazione con i MMG/PLS nelle AFT/UCCP

#### RUOLO DEI MMG-PLS

centrato sulla appropriatezza della presa in carico:

- **tempestiva**, per i problemi emergenti
- **continuativa**, per i malati cronici,
- con **attivazione delle AFT** (L. Balduzzi) – con definizione di standard
- con **coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale** in modo da garantire la copertura 24/24H

#### SERVIZI TERRITORIALI:

RIFERIMENTO ANCHE PER LA GESTIONE DI PROBLEMATICHE FISILOGICHE, PREVENTIVE, CRONICHE:

gravidanza, menopausa; prevenzione, screening; salute mentale, contrasto alle dipendenze; malattie, disabilità e fattori di rischio cronici

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 1. POTENZIARE IL TERRITORIO

G  
O  
V  
E  
R  
N  
O  
  
T  
E  
R  
R  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L  
E

*Potenziare gli **Ambiti infradistrettuali** quale luogo di **coordinamento** delle risorse territoriali, con il coinvolgimento **dei Comuni**, dell'insieme degli Enti (gestiti da ASST e da privati) e degli operatori sanitari, sanitario-assistenziali e sociali che sono attivi nel corrispondente territorio, in particolare in funzione della **integrazione e continuità di cura** delle cronicità, fragilità e disabilità;*

### **SPOSTARE NEL TERRITORIO SERVIZI ATTUALMENTE CONCEPITI COME EMANAZIONE DELL'OSPEDALE:**

- servizi **dell'area materno-infantile** (consultori, servizi di supporto alle fasi perinatali, ...), in raccordo con i PLS e agganciando ai servizi territoriali i momenti ospedalieri (parto)
- assistenza **specialistica ambulatoriale** (escluse le "super specialità")
- servizi per la **salute mentale e contrasto alle dipendenze**, per adulti e dell'età evolutiva;
- **cure intermedie:**
  - "pacchetti" coordinati di prestazioni specialistiche ambulatoriali
  - ricoveri brevi presso RSA o ospedali di comunità a *conduzione clinica del MMG e a gestione infermieristica, con governo distrettuale /d'ambito*
  - messa in rete **dell'accesso alla riabilitazione** ambulatoriale e residenziale, alle attività/cure subacute, alle RSA, agli hospice.

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 1. POTENZIARE IL TERRITORIO

Attivare nel territorio **presidi ben visibili** (UCCP/PRESST/casa della salute/POT), riconoscibili come **strutture alternative all'ospedale** (chiamato a rispondere a necessità sanitarie acute o di elezione, caratterizzate da elevata intensità e complessità di cura), **collegati alle AFT**, che **consentano un facile accesso nell'arco della intera giornata ai servizi di assistenza primaria:**

- consultoriali,
- per la salute mentale e per il contrasto alle dipendenze,
- per le disabilità,
- per gli anziani e i non-autosufficienti
- per le cure palliative

**Dette strutture devono avere  
liste d'attesa trasparenti e governate dal sistema**

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 2. OTTIMIZZARE-INTEGRARE I SERVIZI OSPEDALIERI

### **OSPEDALE:**

- - Trasferire progressivamente risorse dal livello ospedaliero ai servizi territoriali.
- - Ridurre tendenzialmente i posti letto ospedalieri, a condizione che:
  - ❖ le risorse recuperate vanno trasferite verso servizi specialistici a proiezione territoriale e senza aumentare la partecipazione dell'assistito alla spesa;
  - ❖ la riduzione di posti letto nel pubblico non deve essere superiore alla riduzione di posti letto nel privato.
- - Privilegiare in particolare lo spostamento della specialistica ambulatoriale verso il territorio:
  - ❖ definizione, quantificazione e ripartizione delle attività tra AFT e specialistica ambulatoriale;
  - ❖ strutturazione di una rete di offerta di specialistica ambulatoriale territoriale.

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 2. OTTIMIZZARE-INTEGRARE I SERVIZI OSPEDALIERI

### OSPEDALE:

- Prevedere **UNA ORGANIZZAZIONE PER AREE DIPARTIMENTAMENTALI ED INTENSITA' DI CURA**, superando progressivamente le tradizionali divisioni specialistiche di ricovero e proiettando a livello territoriale le attività ambulatoriali specialistiche. In particolare la norma chiede di:
- ❖ Prevedere l'**AREA DIPARTIMENTALE MATERNO INFANTILE** (con coinvolgimento dei PLS), comprendente l'area ostetrico-ginecologica e l'area pediatrica
- ❖ Prevedere l'**AREA DIPARTIMENTALE CRONICITA'** (con coinvolgimento dei MMG)
- ❖ Prevedere l'**AREA DIPARTIMENTALE SALUTE MENTALE** con forte proiezione territoriale e progressivo contenimento delle soluzioni residenziali, specie se ad alta intensità

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 2. OTTIMIZZARE-INTEGRARE I SERVIZI OSPEDALIERI

### OSPEDALE:

- **SALVAGUARDARE** la specificità dell'**Ospedale Pediatrico BRESCIANO** come struttura del bacino **Lombardia Orientale**, quindi con superspecialità e hub per le altre pediatrie, pubbliche e private
- **EVIDENZIARE LE DUE ANIME DEL PRESIDIO CIVILI DI BRESCIA:**
  - ❖ **area hub** sovraterritoriale
  - ❖ **area media/bassa complessità** e continuità ospedale-territorio per il territorio afferente all'ASST Civili
- **CONCENTRARE LE ATTIVITÀ SUPER-SPECIALISTICHE IN UN SOLO PUNTO** (per le malattie rare, ad altissima intensità/specializzazione), evitando la dispersione in più punti di erogazione

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili:

### 3. INTEGRARE LE PROFESSIONI AL SERVIZIO DEL CITTADINO

**Garantire in tutti i servizi** (domiciliari, ambulatoriali, residenziali, ospedalieri),  
**l'integrazione dei diversi approcci** (sanitario, assistenziale, sociale)

Rendere **vincolanti i meccanismi di cooperazione/integrazione funzionali alla presa in carico appropriata e continuativa dei malati cronici**, introducendo opportune modalità remunerative non basate sulle singole prestazioni ma sui percorsi di diagnosi-cura-assistenza:

- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali “Territorio- Ospedale” per le condizioni più frequenti;
- Dimissioni Protette per i pazienti fragili;
- Unità di valutazione/pianificazione/continuità multidimensionale distrettuali per la presa in carico globale e continuativa dei malati con necessità assistenziali e di cura complesse

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 3. INTEGRARE LE PROFESSIONI AL SERVIZIO DEL CITTADINO

**Responsabilizzare nella logica del Governo Clinico tutti gli attori del SSR, specialmente i Medici e Pediatri di Famiglia ed i Medici Specialisti, in particolare mediante:**

- lo sviluppo di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** condivisi;
- **“l’educazione terapeutica”**;
- l'introduzione sistematica di **strumenti di misurazione e documentazione delle compromissioni funzionali**



## D. Linee di sviluppo irrinunciabili:

### 3. INTEGRARE LE PROFESSIONI AL SERVIZIO DEL CITTADINO

Attuare nel tempo un **piano organico di formazione e aggiornamento di tutte le figure professionali impegnate nel SSR:**

- focalizzato in particolare sulle aree:
  - Conoscenza di tutti i servizi/professionisti dell'assistenza primaria
  - Meccanismi di connessione nella rete dei servizi
  - Specificità di approccio/gestione delle malattie e disabilità croniche
  - Comunicazione efficace e relazione empatica
  - Educazione terapeutica del cittadino, della famiglia, del caregiver
  - Valutazione funzionale
  - Valutazione multidimensionale
- realizzato elettivamente mediante:
  - Formazione sul campo
  - Confronto tra pari sui processi di miglioramento in atto
  - Audit clinico sulla base dei risultati raggiunti

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 4. GOVERNARE CON ONESTA' E SAGGEZZA

- E' necessario **superare urgentemente l'attuale frammentazione** nel governo del sistema socio-sanitario, e uscire dalla logica certificativo-burocratica che caratterizza l'azione amministrativa. Bisogna **attivare un nuovo sistema di governo del sistema complessivo**, unitario esplicito, basato su indicatori/obiettivi/verifiche chiari, definiti a priori, resi pubblici, correlati ai meccanismi di incentivazione.
- Per fare ciò è **indispensabile investire in modo deciso nella innovazione della dotazione dei sistemi informativi** e definire un sistema di gestione unitario delle tecnologie aziendali

Infatti, gli aspetti tecnologici hanno assunto sempre maggiore importanza in ogni realtà, ed in particolare nell'intero processo di diagnosi e cura in tutte le sue articolazioni. E' una necessità non più derogabile che tali temi siano affrontati con una visione strategica e non più settoriale, spesso di breve respiro ed orientata a singoli aspetti e/o esigenze.

## D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 4. GOVERNARE CON ONESTA' E SAGGEZZA

- Semplificare e trasformare il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) in uno strumento di effettivo supporto operativo alla integrazione e ai percorsi sanitari, in grado di garantire:
  - la raccolta e l'accessibilità di tutte le informazioni utili alla gestione clinico-assistenziale del singolo cittadino
  - lo scambio tempestivo e completo tra operatori delle informazioni clinico-assistenziali
  - la semplificazione della documentazione formale e amministrativa
  - il monitoraggio epidemiologico/gestionale, anche in funzione dell'audit clinico
- Razionalizzare, completare e mantenere sempre aggiornato il sistema informativo per il cittadino nell'ottica della semplicità d'uso e della trasparenza

## **D. Linee di sviluppo irrinunciabili: 5. IMPOSTARE UNA ORGANIZZAZIONE CHIARA ED EFFICIENTE**

### **Attuare realmente i nuovi Piani di Organizzazione di ASST/ATS secondo gli orientamenti regionali esposti nelle “Regole 2016”:**

- Individuando modelli organizzativi che prediligano la gestione di processi orizzontali
- Adottando strumenti di organizzazione secondo la logica della rete interna ed esterna
- Ricostruendo la filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente dovrebbe essere quello della presa in carico del paziente
- Organizzando i servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete sopra richiamato, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale

- 1. Impianto generale**
- 2. Direzione strategica e staff**
- 3. Gestione dei processi**
- 4. Distretti ed ambiti territoriali**
- 5. Organizzazione per aree dipartimentali e intensità di cura**
- 6. Organigramma generale**
- 7. Organizzazione con funzioni di 2° livello**

## E. Assetto delle ASST:

### 1. IMPIANTO GENERALE

#### criteri di riferimento

---

Il disegno organizzativo deve **facilitare il percorso dell'assistito** attraverso le diverse strutture e i differenti ambiti di competenza che intervengono nel percorso di cura. Per questo motivo deve **prediligere lo sviluppo di processi orizzontali** con logiche prevalentemente funzionali e che garantiscano la **continuità delle cure**: tra ospedale e territorio, tra professionisti di diverse estrazioni, nel coinvolgimento dell'assistito e della sua famiglia.

Una cesura netta tra direzione ospedaliera e direzione territoriale non risponde quindi, a nostro avviso, al bisogno di continuità e prossimità con il domicilio che ha richiesto il recente intervento normativo

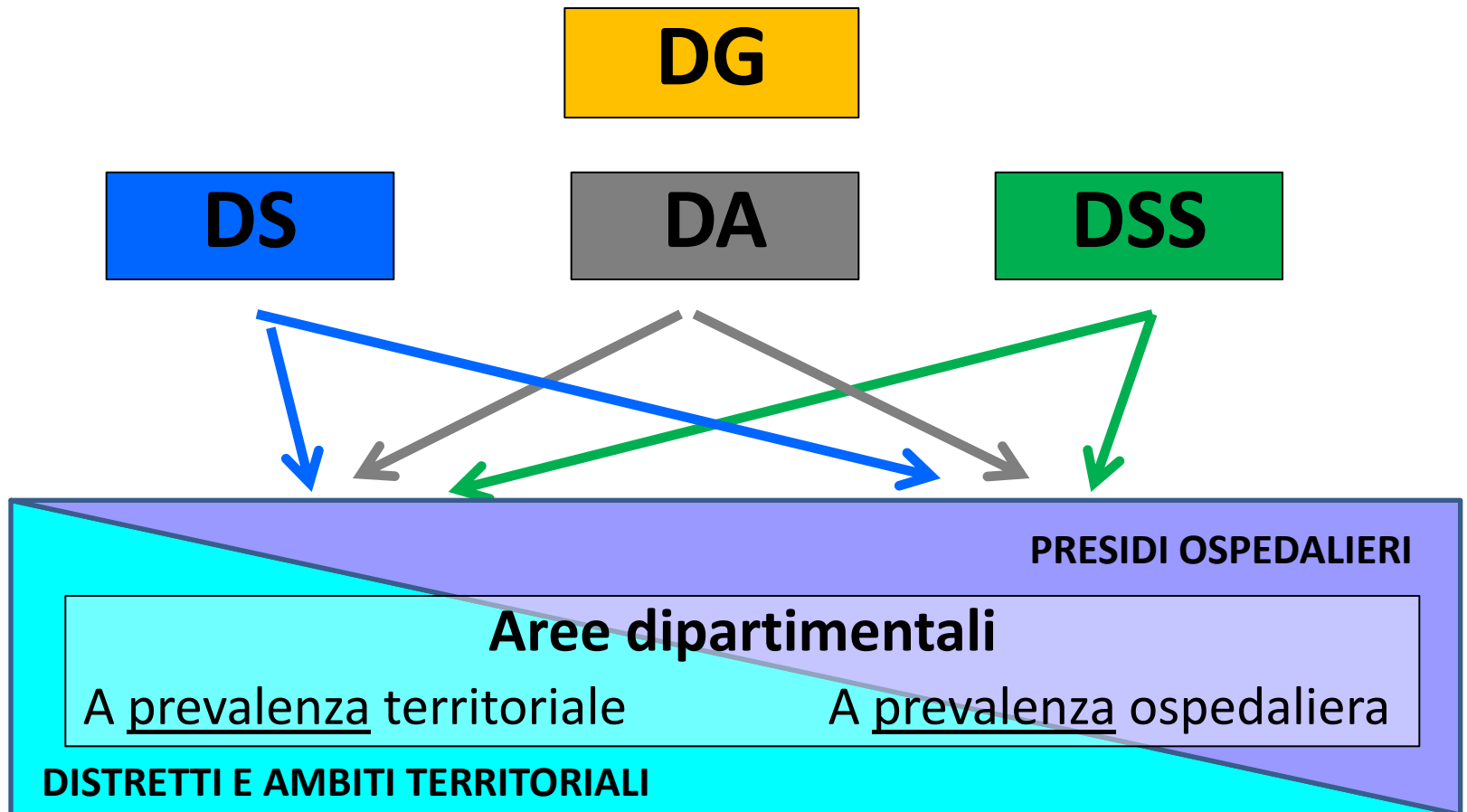
## **E. Assetto delle ASST: 1. IMPIANTO GENERALE criteri di riferimento**

I Direttori SocioSanitario, Sanitario e Amministrativo, sono responsabili, per i processi di competenza, di tutte le attività, sia del Polo Territoriale sia del Polo Ospedaliero.

Nel caso il Direttore Sanitario assuma anche le funzioni di Direttore del Polo Ospedaliero dovrà comunque presidiare le attività a valenza sanitaria anche del Polo Territoriale. Nella funzione di Direttore del Polo Ospedaliero interagirà con i Direttori SocioSanitario e Amministrativo, per le rispettive competenze (viceversa per il Direttore SocioSanitario che assuma la funzione di Direttore del Polo Territoriale)



# E. Assetto delle ASST: 1. IMPIANTO GENERALE criteri di riferimento





## E. Assetto delle ASST: 2. DIREZIONE STRATEGICA E STAFF criteri di riferimento

---

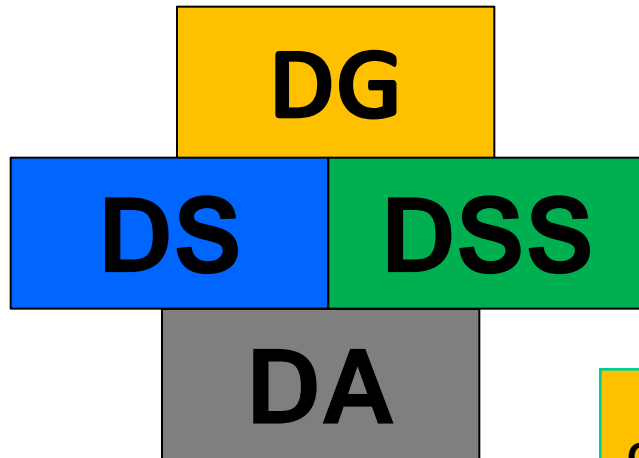
La Direzione Generale, in coerenza con la mission aziendale, **individua le linee di indirizzo strategico, promuove lo sviluppo dell'Azienda e verifica l'uniformità delle azioni aziendali agli indirizzi dati**

A tal fine si avvale:

- Della collaborazione della Direzione Strategica (DA; DS; DSS)
- Della collaborazione degli uffici di staff, coordinati in aree di competenza aventi ciascuna un obiettivo istituzionale prioritario dichiarato.

## E. Assetto delle ASST: 2. DIREZIONE STRATEGICA E STAFF esemplificazione

### DIREZIONE STRATEGICA



### STAFF

AREA DELLA COMUNICAZIONE E DEI RAPPORTI ISTITUZIONALI	AREA DEL MONITORAGGIO E DELLO SVILUPPO DEI PROCESSI E DELLE RISORSE UMANE	AREA DELLA PREVENZIONE E GESTIONE DEI SINISTRI	AREA DELLO SVILUPPO DEI SUPPORTI TECNOLOGICI
--	--	---	---

## **E. Assetto delle ASST:**

### **3. GESTIONE DEI PROCESSI**

#### **Criteria di riferimento**

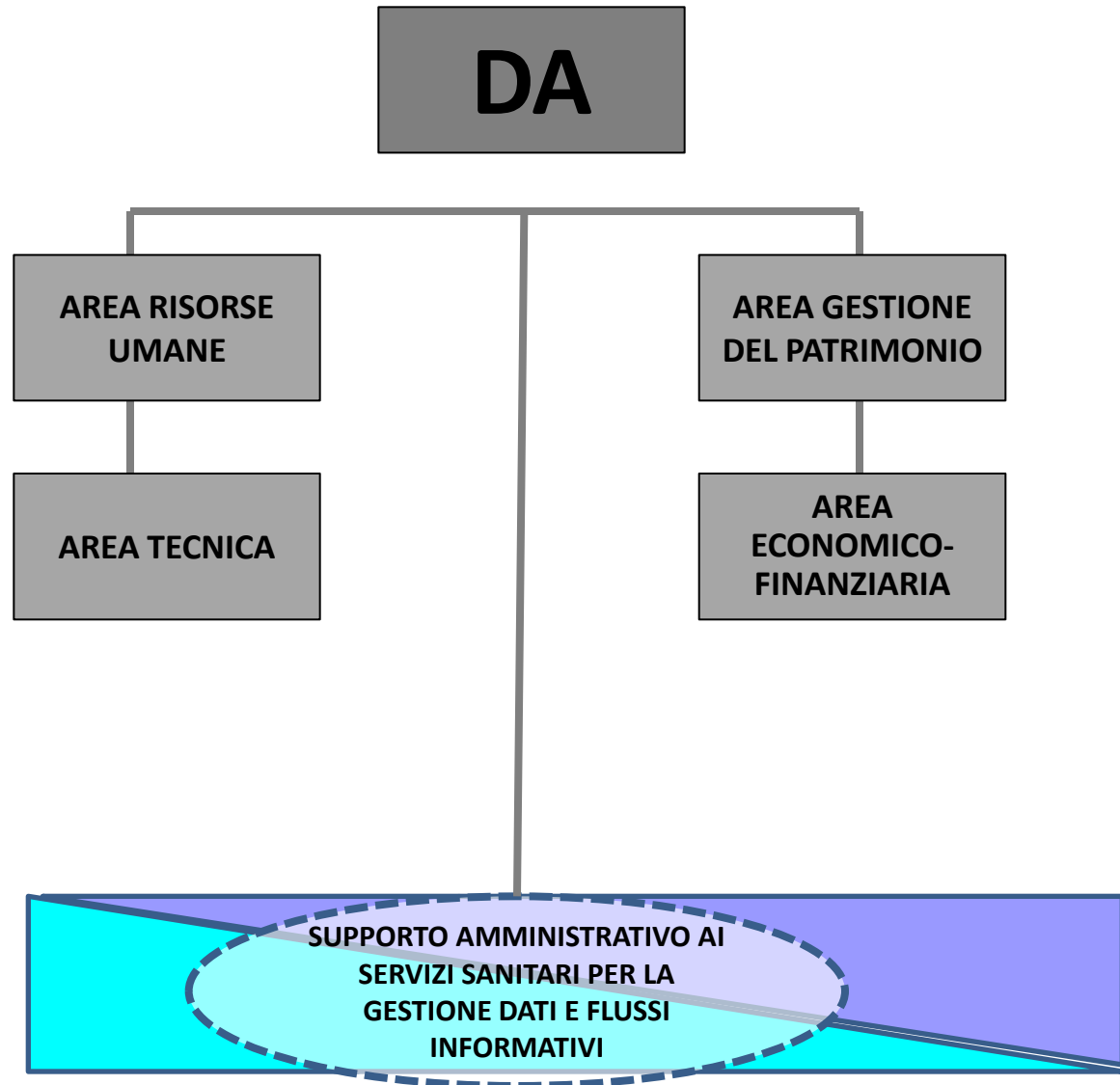
Esiste una differenza tra la necessità di diagnosi o di identificazione del quadro patologico...” e il “bisogno di assistenza”. A titolo esemplificativo un paziente con grave danno neurologico cronico determinato da una patologia già diagnosticata può avere ridotta richiesta di impegno medico e grande necessità di assistenza (infermieristica, riabilitativa ecc). Al contrario, un paziente con un dolore addominale acuto necessita di urgente intervento diagnostico medico, mirata assistenza per il monitoraggio e probabilmente nessuna assistenza riabilitativa.

Per questo motivo è opportuno perfezionare in modo preciso, all’interno dell’organizzazione, la integrazione dei processi di diagnosi e cura e dei processi assistenziali.

## E. Assetto delle ASST: 3. GESTIONE DEI PROCESSI

### Direzione Amministrativa - esemplificazione

- E' L'AFFERENZA GERARCHICA DELLE PROFESSIONI DELL'AREA AMMINISTRATIVA.
- E' ORGANIZZATA IN AREE AL FINE DI GARANTIRE OMOGENEITA' OPERATIVA E SEMPLICITA' NEGLI INTERSCAMBI.
- ASSICURA ADEGUATO SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI CURA GARANTENDO IL BUON ANDAMENTO DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA
- PERMETTE LA RAPPRESENTAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE;
- GARANTISCE LA QUALITÀ DELLE PROCEDURE ORGANIZZATIVE DI NATURA AMMINISTRATIVA E LOGISTICA E LA LEGITTIMITÀ DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI.
- ASSISTE, COME FORNITORE INTERNO, AI SERVIZI DI PRODUZIONE, ALL'ACQUISIZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE E UMANE E BENI STUMENTALI;
- SUPPORTA I DIPARTIMENTI NELLA GESTIONE DI DATI E FLUSSI INFORMATIVI



## E. Assetto delle ASST: 3. GESTIONE DEI PROCESSI

### Direzione Amministrativa -NOTE

Oggi nelle Aziende Sanitarie la gestione dei settori tecnici e informatici si presenta spesso disorganica e destrutturata:

1. I Sistemi Informativi in Staff alla Direzione Generale o alle dipendenze del Direttore Amministrativo
2. L'area Tecnico-Patrimoniale alla dipendenza della Direzione Amministrativa
3. L'Ingegneria Clinica collocata in staff alla Direzione Sanitaria
4. Scarse o nulle integrazioni con il controllo di gestione

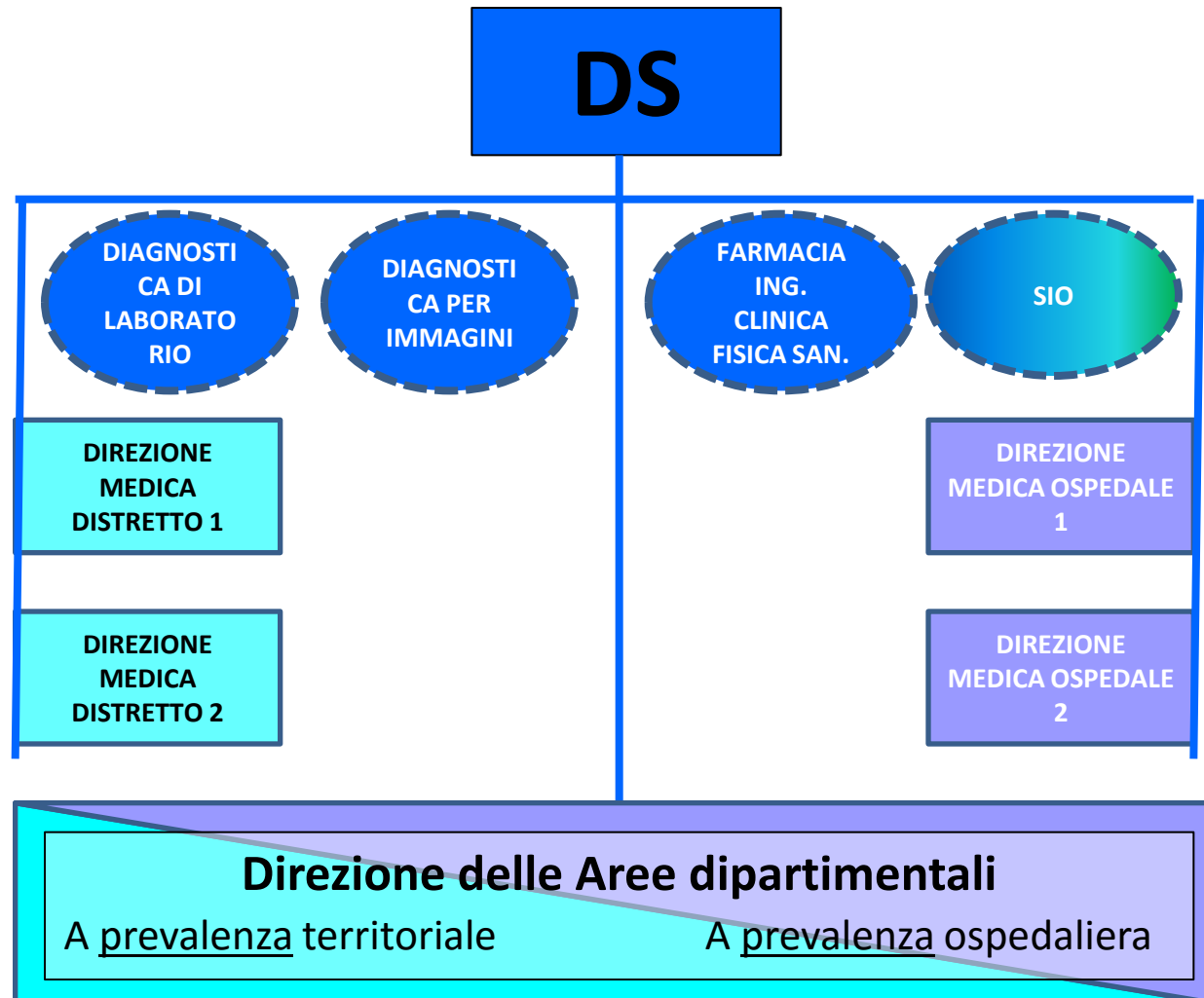
Questa frammentazione porta ad una serie di problematiche di ordine organizzativo e strategico

Si potrebbe superare questa suddivisione istituendo una **Direzione Tecnica** autonoma



## E. Assetto delle ASST: 3. GESTIONE DEI PROCESSI Direzione Sanitaria - esemplificazione

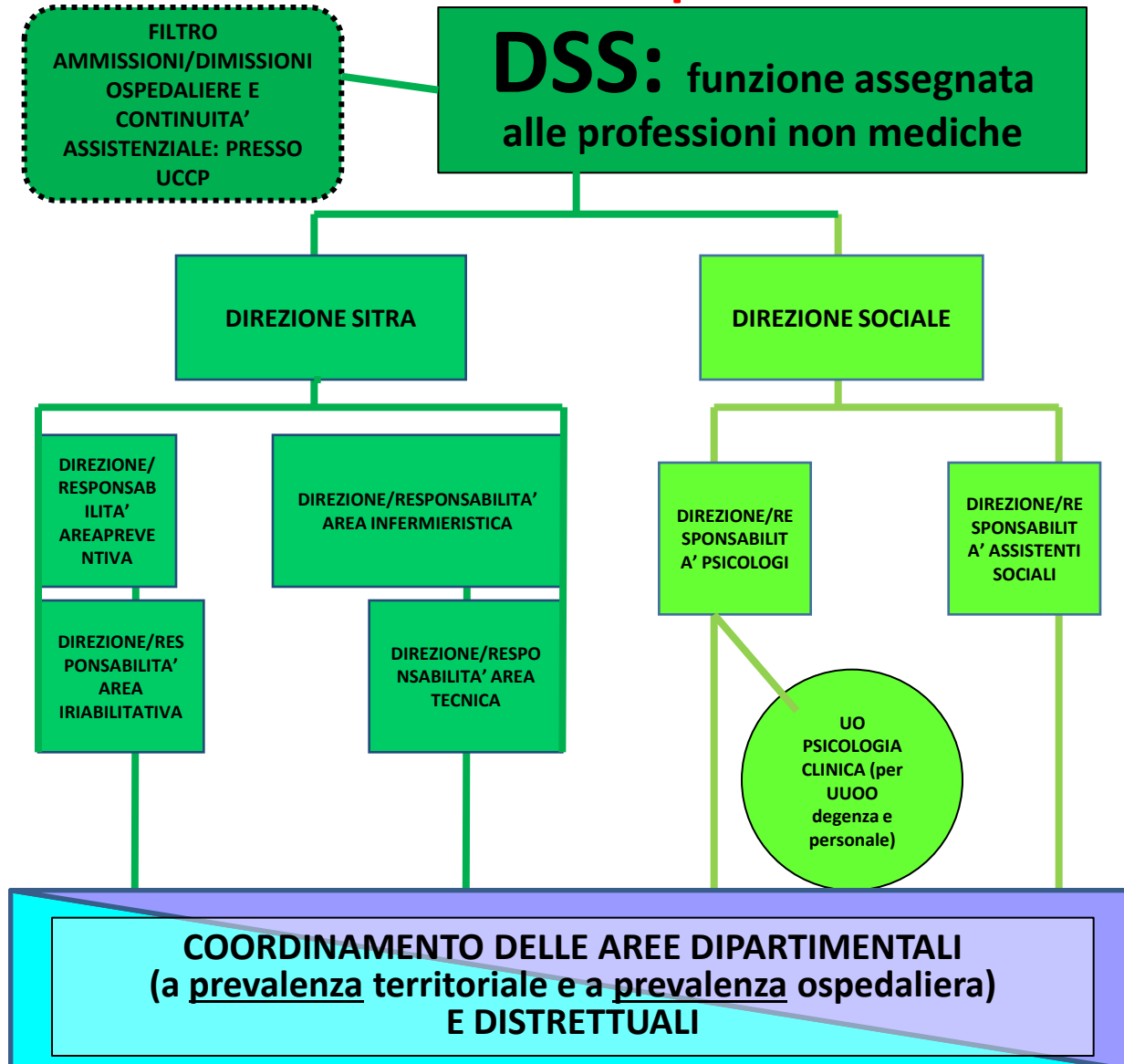
- E' L'AFFERENZA GERARCHICA DELLA PROFESSIONE MEDICA
- ORGANIZZA LA PROPRIA ATTIVITA' ATTRAVERSO LE DIREZIONI DI PRESIDIO/ POLO OSPEDALIERO; DI DISTRETTO/POLO TERRITORIALE; DI HUB/POLO SPECIALISTICO SOVRATERRITORIALE (DOVE C'E'); DI AREA DIPARTIMENTALE
- GARANTISCE IL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI DI DIAGNOSI E CURA, SIA NELLA CLINICA DIPARTIMENTALE, CHE NELLA MEDICINA DISTRETTUALE, CHE NELLA GESTIONE DELLE INTERFACCE CON LA MEDICINA GENERALE
- GESTISCE IN COLLABORAZIONE CON LA DSS IL SERVIZIO TERRITORIALE PER LA AMMISSIONE/DIMISSIONE OSPEDALIERA ATTRAVERSO I CRITERI DI FILTRO INDIVIDUATI
- SI AVVALE DI SERVIZI DI STAFF: SERVIZI DI LABORATORIO; SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI; FISICA SANITARIA; INGEGNERIA CLINICA; FARMACIA, SIO



# E. Assetto delle ASST: 3. GESTIONE DEI PROCESSI

## Direzione SocioSanitaria - esemplificazione

- E' L'AFFERENZA GERARCHICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI.
- ORGANIZZA LA PROPRIA ATTIVITA' ATTRAVERSO LA DIREZIONE SITRA E LA DIREZIONE SOCIOASSISTENZIALE; LE DIREZIONI DELLE AREE PROFESSIONALI E I COORDINAMENTI DELLE AREE DIPARTIMENTALI
- GARANTISCE IL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA E RIABILITAZIONE, I PROCESSI DI PROMOZIONE E ASSISTENZA SOCIALE, GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE E DI COMUNITA'
- COLLABORA NELLA GESTIONE DEL SIO E DEL SERVIZIO PER LE AMMISSIONI/DIMISSIONI OSPEDALIERE
- ALLA DSS AFFERISCE L'UO DI PSICOLOGIA CLINICA, QUALE COORDINAMENTO DEGLI PSICOLOGI PRESENTI NELLE UUOO PER LE NECESSITA' DI PAZIENTI ED OPERATORI (ESCLUSO DSM)



## E. Assetto delle ASST:

### 4. DISTRETTI E AMBITI TERRITORIALI

#### criteri di riferimento

Il Distretto, anche suddiviso in Ambiti, è il momento dell'integrazione di una varietà di attori. Per questo motivo è importante che il territorio del Distretto/Ambito abbia una dimensione che non superi i 100.000 abitanti

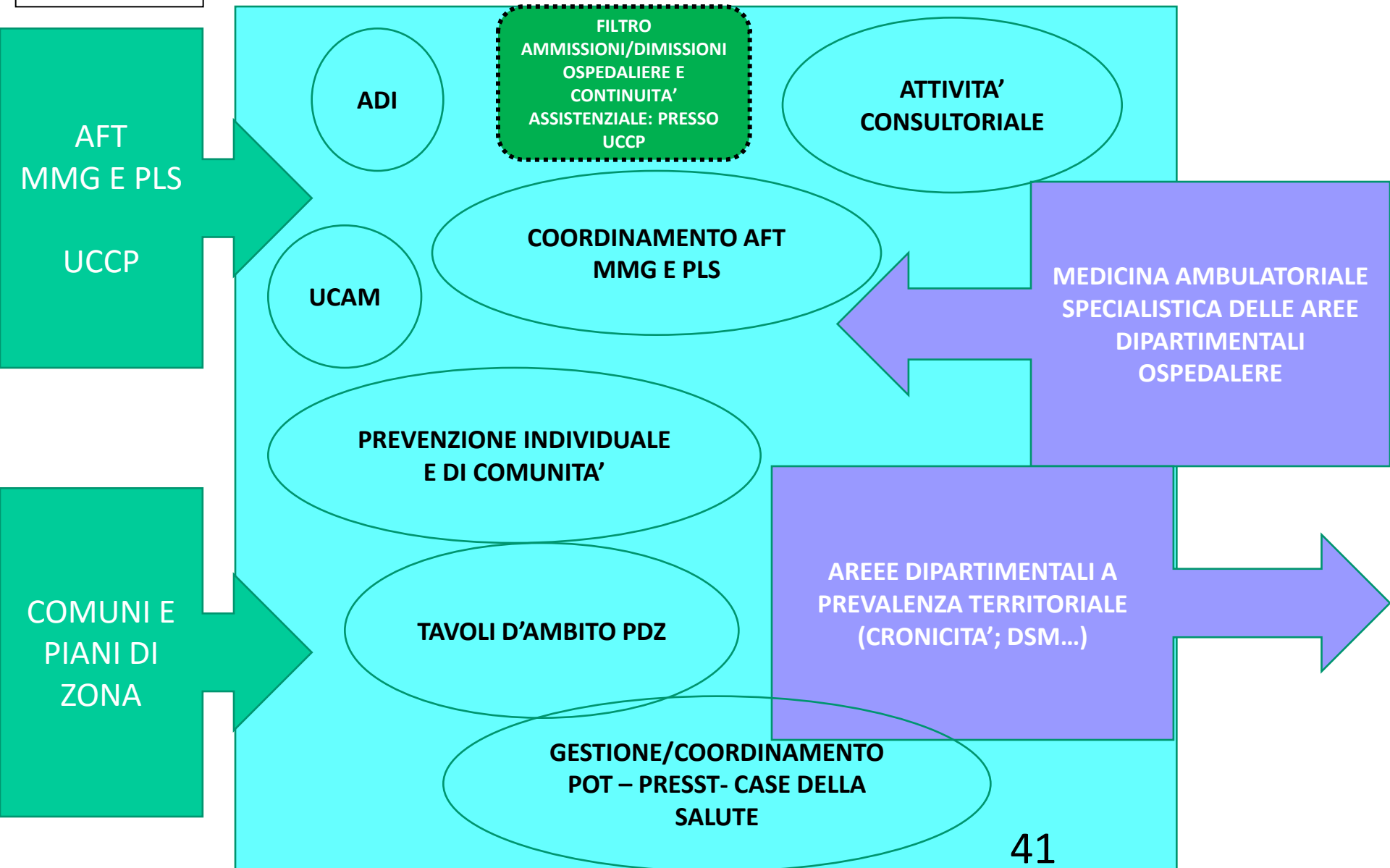
Le attività a gestione distrettuale possono essere:

- La specialistica ambulatoriale dei dipartimenti a prevalenza ospedaliera
- La specialistica dei dipartimenti a prevalenza territoriale
- Le attività consultoriali
- Le attività amministrative e socio-assistenziali di accompagnamento dell'utenza (segretariato sociale, protesica, ecc..)
- Il coordinamento delle AFT dei MMG e PLS
- Il coordinamento degli infermieri di famiglia
- Il coordinamento delle strutture territoriali POT - PreST – RSA
- Il coordinamento con le Amministrazioni Comunali attraverso i Piani di Zona



## E. Assetto delle ASST:

### 4. DISTRETTI E AMBITI TERRITORIALI - esemplificazione



## E. Assetto delle ASST: 5. ORGANIZZAZIONE PER AREE DIPARTIMENTALI E INTENSITÀ DI CURA criteri di riferimento / 1

---

Le **Are Dipartimentali** sono organizzate per rispondere sia alla funzione di HUB (alta specialità e complessità a valenza sovraterritoriale) che di continuità ospedale – territorio (a media e bassa intensità e complessità assistenziale).

Ciascuna Area Dipartimentale adotta un sistema basato su inquadramento clinico ed intensità delle cure, con aree disciplinari integrate a garanzia dell'efficacia della presa in carico.

La strutturazione delle attività erogate in aree differenziate viene declinata secondo:

- Identificazione e gestione del quadro clinico
- Assistenza per intensità di cura

## **E. Assetto delle ASST: 5. ORGANIZZAZIONE PER AREE DIPARTIMENTALI E INTENSITÀ DI CURA criteri di riferimento / 2**

---

L'implementazione necessita di:

- chiara identificazione e configurazione dei setting hub e spoke con differenziazione di responsabilità cliniche, gestionali e logistiche;
- nuova organizzazione spaziale dei servizi e reparti di degenza;
- Riorganizzazione di supporti operativi e tecnologici;
- capacità di filtro per l'accesso in funzione dell'inquadramento clinico e dell'intensità;
- adeguato supporto alla dimissione per la continuità assistenziale;
- cambiamento culturale

## E. Assetto delle ASST: 6. ORGANIGRAMMA GENERALE criteri di riferimento

---

- Facilità del percorso dell'assistito
- Continuità delle cure
- Processi chiaramente individuati
- Responsabilità di direzione e gestione dei processi chiaramente definite

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**DIREZIONE SANITARIA**

**DIREZIONE SOCIO SANITARIA**

- RISORSE UMANE
- TECNICO PATRIMONIALE
- ECONOMICO

SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI PER LA GESTIONE DATI E FLUSSI

FARMACIA ING. CLINICA FISICA SAN.

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

SERV. INFEZIONI OSP.

DIREZIONE MEDICA DISTRETTO

DIREZIONE MEDICA PRESIDI OSPEDALIERI

DIREZIONE SITRA  
DIREZIONI/RESPONSABILITA' AREE DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
COORDINATORI DEI DIPARTIMENTI/DISTRETTI

DIREZIONE SOCIALE  
DIREZIONI/RESPONSABILITA' AREE DELLE PROFESSIONI SOCIALI  
COORDINATORI DEI DIPARTIMENTI/DISTRETTI

**DISTRETTI ED AMBITI TERRITORIALI**

**PRESIDI OSPEDALIERI**

FILTRO AMMISSIONI/DIMISSIONI OSPEDALIERE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: PRESSO UCCP

SALUTE PUBBLICA

EMERGENZA URGENZA

AREA DIPARTIMENTALE DI MEDICINA

AREA DIPARTIMENTALE DI CHIRURGIA

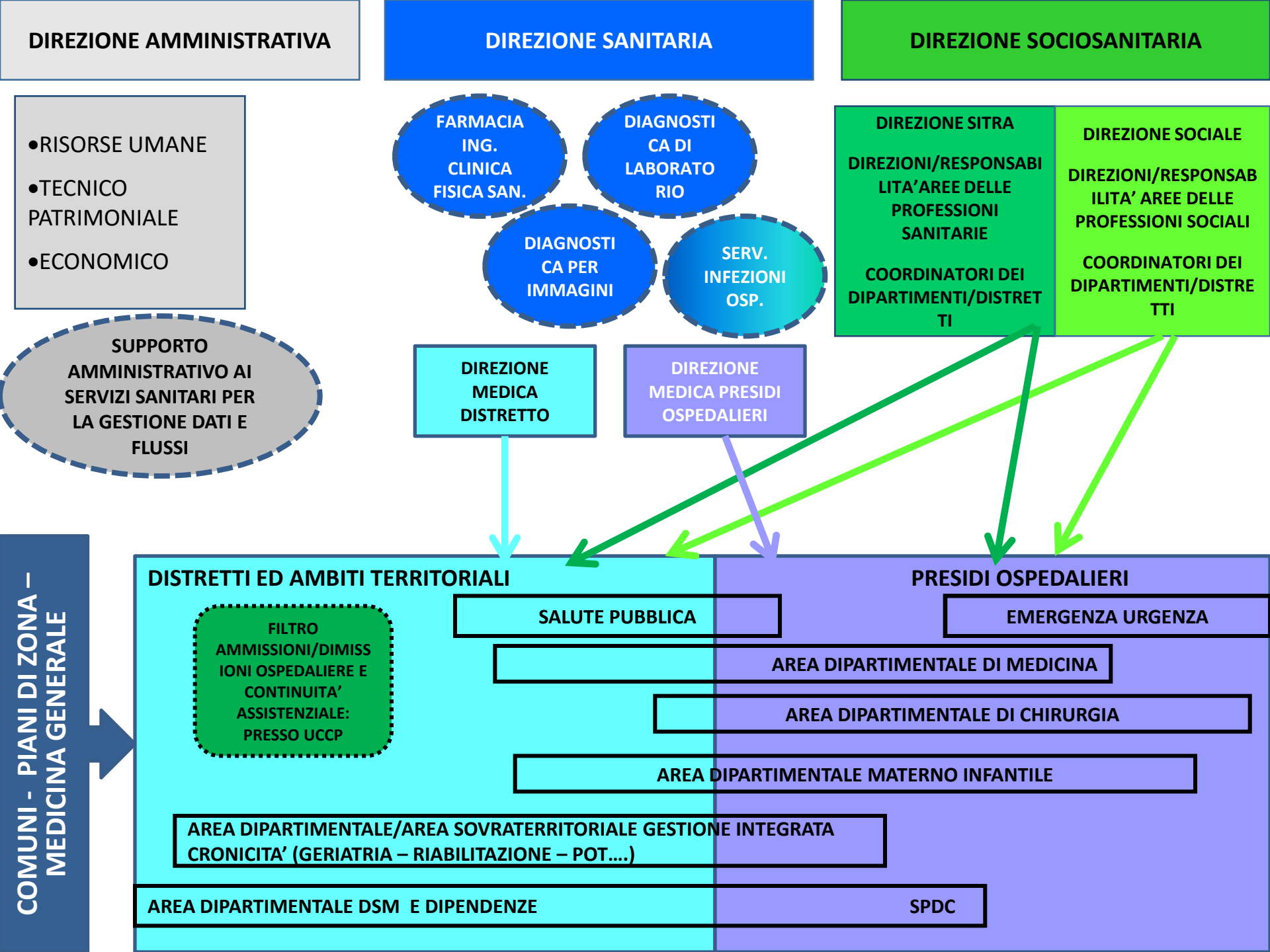
AREA DIPARTIMENTALE MATERNO INFANTILE

AREA DIPARTIMENTALE/AREA SOVRATERRITORIALE GESTIONE INTEGRATA CRONICITA' (GERIATRIA - RIABILITAZIONE - POT....)

AREA DIPARTIMENTALE DSM E DIPENDENZE

SPDC

COMUNI - PIANI DI ZONA - MEDICINA GENERALE





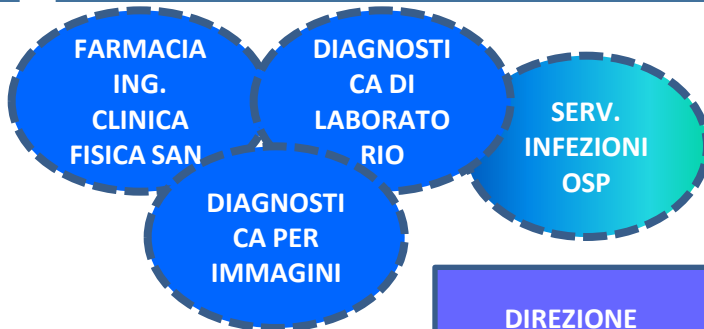
## E. Assetto delle ASST: 7. ORGANIZZAZIONE CON FUNZIONI DI 2° LIVELLO - criteri di riferimento

- Evidenza, nel disegno organizzativo, delle due diverse anime:
  - Aree HUB di secondo livello – alta specialità e complessità assistenziale - a valenza sovraterritoriale
  - Aree di continuità ospedale – territorio per l'ASST Spedali Civili, normale specialità e complessità assistenziale
- Riconoscimento struttura di secondo livello Ospedale dei bambini

# DIREZIONE AMMINISTRATIVA

- RISORSE UMANE
- TECNICO PATRIMONIALE
- ECONOMICO

# DIREZIONE SANITARIA



# DIREZIONE SOCIO SANITARIA



SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI PER LA GESTIONE DATI E FLUSSI

DIREZIONE MEDICA BAMBINI

DIREZIONE MEDICA DISTRETTO

DIREZIONE MEDICA HUB

DIREZIONE MEDICA MEDIA E BASSA COMPLESSITA'

UO PSICOLOGI A CLINICA (per UUOO degenza e personale)

## DISTRETTI ED AMBITI TERRITORIALI

FILTRO AMMISSIONI/DIMISSIONI OSPEDALIERE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: PRESSO UCCP

SALUTE PUBBLICA

## PRESIDI OSPEDALIERI

EMERGENZA URGENZA

AREA DIPARTIMENTALE CHIRURGIA

AREA DIPARTIMENTALE CARDIOTORACICA

AREA DIPARTIMENTALE CAPO COLLO

AREA DIPARTIMENTALE DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

DIPARTIMENTO/AREA SOVRATERRITORIALE GESTIONE INTEGRATA CRONICITA' (GERIATRIA - RIABILITAZIONE - POT....)

ALTRI .....

DIPARTIMENTO DSM E DIPENDENZE

SPDC

PRESIDIO OSPEDALE DEI BAMBINI

SPECIALISTICA PEDIATRICA

NPI

DEGENZE

COMUNI - PIANI DI ZONA - MEDICINA GENERALE

## F. MAPPA DEI PRESIDI

**Sulla base delle premesse esposte nel presente documento, il PD bresciano intende avviare un approfondimento per disegnare la "mappa dei presidi", ovvero individuare il ruolo e il significato dei diversi presidi territoriali in funzione dell'attivazione delle UCCP/PreSST/POT/Case della Salute.**

**Ciò comporterà un lavoro sul territorio, con le comunità locali, per definire bisogni, risorse disponibili, potenzialità organizzative, disponibilità di Servizi.**



## ACRONIMI

---

AC	Amministrazione Comunale	PDTA	Percorsi DiagnosticoTerapeutici Assistenziali
ADI	Assistenza domiciliare integrata	PDZ	Piani di zona
AFT	Associazioni funzionali Territoriali	PLS	Pediatri di Libera Scelta
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale	POT	Presidi Ospedalieri Territoriali
ATS	Agenzia Tutela della Salute	PRESST	Presidio SocioSanitario Territoriale
CASA DELLA SALUTE		RSA	Residenza Socio Assistenziale
DA	Direttore Amministrativo	SITRA	Serv. Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale
DG	Direttore Generale	SSR	Servizio Sanitario Regionale
DS	Direttore Sanitario	UCAM	Unità di Continuità Assistenziale
DSS	Direttore Socio Sanitario	UCCP	Unità Complessa Cure primarie
MCA	Medici Continuità Assistenziale		
MMG	Medici Medicina Generale		