



Curriculum Vitae

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) Morini Mara
Indirizzo(i)
Telefono(i)
Fax
E-mail
Cittadinanza Italiana
Luogo e Data di nascita Budrio (BO) - 8/11/1955
Codice Fiscale MRNMRA55S48B249D

Esperienze lavorative

Date	12/7/2010 a tutt'oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Direttore del Dipartimento Cure Primarie dell' AUSL di Bologna
Date	16/6/2006-30/6/2010
Lavoro o posizione ricoperti	Direttore del Distretto Porretta Terme AUSL di Bologna (struttura complessa)
Date	1/6/2001- 16/5/2006
Lavoro o posizione ricoperti	Direttore Cure Primarie Distretto di San Lazzaro di Savena AUSL Bologna
Date	1/5/2003 a tutt'oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Direttore Medico di Pediatria – Il livello (Dlgs 784/97)
Date	1/1/2003 – 31/12/2010
Lavoro o posizione ricoperti	Componente Nucleo di Valutazione dell' AUSL di Ferrara
Date	30/5/2001 – 29/5/2004
Lavoro o posizione ricoperti	Responsabile Sviluppo Risorse Umane, Staff Direzione Generale (Struttura Semplice) Azienda USL Bologna Sud <ul style="list-style-type: none">• Partecipante stabile al Tavolo Trattante con OO.SS. designata dalla Direzione Generale• Componente del Nucleo di Valutazione• Componente Collegi Tecnici• Stesura modello di Valutazione del Personale
Date	2003 a tutt'oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Collaborazione con la Regione Emilia Romagna di 12 ore settimanali per il completamento delle linee di sviluppo delle Cure Primarie
Date	2000-2006
Lavoro o posizione ricoperti	Collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale per il Progetto "Modalità innovativa di selezione e reclutamento personale"

Date	27/12/1993 – 30/4/2003
Lavoro o posizione ricoperti	Coadiutore Sanitario di Pediatria Azienda USL Bologna Sud
Date	09/1/1987-26/12/1993
Lavoro o posizione ricoperti	Aiuto Corresponsabile Ospedaliero di Pediatria Unità Sanitaria Locale N. 21 (BO)
Date	30/08/1982-26/10/1982 e dal 20/11/1982 al 08/01/1987
Lavoro o posizione ricoperti	Assistente Ospedaliero di Pediatria Unità Sanitaria Locale N. 21 (BO)
Date	18/2/1982-17/8/1982 e dal 27/10/1982 al 18/11/1982
Lavoro o posizione ricoperti	Assistente Medico di Pediatria Unità Sanitaria Locale N.32 (FE)

Istruzione e formazione

Diploma di Laurea

Titolo della qualifica rilasciata	Laurea in Medicina e Chirurgia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Bologna
Voto	110/110 e lode
Data	1980

Corsi di specializzazione post-Laurea


Titolo della qualifica rilasciata	Specializzazione in Pediatria
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Clinica Pediatrica Università di Bologna
Voto	70 su 70 e lode
Data	Luglio 1984

Corsi di aggiornamento manageriale

Date	18/6/ 2013
Luogo	Bologna
Titolo della qualifica rilasciata	Certificato di Formazione Manageriale-Direttore responsabile di struttura complessa di cui all'art. 3-bis, c.4 Dlgs 502/92 e successive modificazioni
Istituto di formazione	SSR Area vasta centro, Regione Emilia Romagna-capofila AUSL di Bologna

Date	18/11/2005
Titolo della qualifica rilasciata	Master in Executive Management delle Aziende Sanitarie (Emmas) IV edizione

Data	9/1999
Titolo della qualifica rilasciata	Stage di studio sul Servizio Sanitario Svedese - Svezia – nell'ambito del Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari
Istituto di formazione	ASR della Regione Emilia-Romagna
Data	7/1999
Titolo della qualifica rilasciata	Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari, VI edizione
Istituto di formazione	Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Università di Montreal
Voto	100 su 100
Corsi di formazione	Formazione presso Università SDA Bocconi Milano
Data	8 – 9/5/2003
Titolo della qualifica rilasciata	Corso: "Balanced scorecard e indicatori di performance in sanità"
Data	15-18/4/2002 e 13-16/5/2002
Titolo della qualifica rilasciata	Corso di aggiornamento manageriale: "Il Direttore di Distretto – organizzazione, programmazione e controllo, integrazione con il sociale"
Data	24 – 26/10/2001 e 28 – 30/11/2001
Titolo della qualifica rilasciata	Corso di aggiornamento manageriale: "Organizzazione e gestione delle cure primarie"
Data	4 – 5/10/ 2000
Titolo della qualifica rilasciata	Corso: "Sistemi di valutazione e percorsi di carriera nelle aziende sanitarie" – il CCNL dei Dirigenti
Data	17 - 18 – 19/5/2000
Titolo della qualifica rilasciata	Corso "La valutazione del personale, sistemi retributivi e nuovi percorsi di carriera nelle aziende sanitarie"
	Altra formazione, tra le esperienze più rilevanti:
Data	31/03/2014-01/04/2014
Titolo della qualifica rilasciata	"Esperienze in Cure Primarie: l'innovazione 2.0 nell'assistenza territoriale"
Istituto di formazione	AUSL Imola
Data	05/12/2013
Titolo della qualifica rilasciata	"Progetto MATRICE" Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche
Istituto di formazione	Age.na.s Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali - Roma

Data	12-13-14 aprile 2010
Titolo della qualifica rilasciata	"Audit Clinico e Indicatori di Qualità"
Istituto di formazione	GIMBE-Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Data	22/3/2002-18/12/2002
Titolo della qualifica rilasciata	"Individuazione degli standard di prodotto nell'organizzazione distrettuale"
Istituto di formazione	Azienda USL Bologna Sud
Data	21/7/2002-24/7/2002
Titolo della qualifica rilasciata	"Percorsi assistenziali di cura dall'Ospedale al Territorio"
Istituto di formazione	Centro Studi e Formazione Sociale fondazione Emanuele Zancan – Malosco (TN)
Data	29-30/10/2001 e 11/12/2001
Titolo della qualifica rilasciata	"Lavorare per processi e progetti: principi e strumenti"
Istituto di formazione	Azienda USL Bologna Sud
Partecipazione a convegni e conferenze	85 partecipazioni
Relazioni e docenze a Convegni e Pubblicazioni Scientifiche	21 relazioni e 10 docenze in Convegni, 43 Pubblicazioni Scientifiche
Attività di Docenza	a.a 2011-12 – a.a 2012-13 – a.a 2013-2014 Università di Bologna Incarico di docenza presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bologna e Componente del Consiglio Direttivo per la Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva.
Gruppi di Lavoro / Progetti	Componente e Coordinatore gruppi di lavoro e di progetti Aziendali, Regionali e Nazionali, tra i quali: Gruppo Regione Emilia Romagna per monitoraggio Case della Salute, membro comitato scientifico progetti di formazione Fondazione Clelia Barbieri, progetto MATRICE Agenas per le patologie croniche, l'Osservatorio Aziendale per lo sviluppo e l'Innovazione (OASI), Fondazione Zancan, Progetto Kids in Places Initiative (KIPI), componente della Commissione Oncologica Regionale, componente del Forum Risorse Umane & Sanità – Istituto Europeo Neurosistemica (IEN) Sestri Levante. Dal 2004 ad oggi coordinatore aziendale "Programma Giuseppe Leggieri"
Madrelingua	Italiano
Altre lingue	Inglese e francese
Capacità tecniche	Conoscenza pacchetto office
	Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Firma	Mara Morini 22/06/2015 

DATI ATTESTANTI L'ESPERIENZE DIRIGENZIALE ACQUISITA PER ALMENO 5 ANNI NEL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE O PER ALMENO 7 ANNI NEGLI ALTRI SETTORI

SCHEDA N. 1 DIREZIONE DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE DA LUGLIO 2010 A TUTT'OGGI

Direttore Dipartimento delle Cure Primarie dell'AUSL di Bologna

Azienda USL di Bologna

Via Castiglione 29

Settore: Ambito territoriale

Struttura organizzativa: Area Dipartimentale Assistenza Medica e Specialistica,

U.O.C Cure primarie e Specialistica Navile - Sant'Isaia

N. collaboratori alle dirette responsabilità del candidato

I dirigenti afferenti direttamente alla Direzione del Dipartimento, al 1° livello gerarchico sono complessivamente 16.

Di seguito sono indicate le risorse umane complessive del Dipartimento:

Area Dirigenza ad oggi:

Direttori U.O. Complessa	10
Responsabili U.O. Semplice Dipartimentale	4
Responsabili U.O. Semplice	8
Dirigenti Medici Dipendenti	43
Dirigenti Psicologi Dipendenti	29
tot	94

Area Comparto al 31/12/2014

Amministrativi	64
Altro Personale	50
Infermieri	447
Ostetriche	53
Terapisti della Riabilitazione	87
OSS-OTA-Ausiliari specializzati	44
tot	745

Convenzionati

Medici Medicina Generale	584
Pediatri di Libera Scelta	122
Medici della Continuità Assistenziale	96
Specialisti Ambulatoriali	144
Medicina dei servizi	13
TOTALE	959

Entità del budget gestito dal candidato

Aree omogenee	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Beni sanitari	17.877.016	18.404.864	19.154.193	17.722.508	17.197.042
Beni non sanitari	518.337	527.800	542.500	564.796	567.850
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	40.436	122.697	122.697	9.670.208	9.547.867
Assistenza farmaceutica	157.825.445	145.810.000	133.118.000	120.308.712	119.189.528
Assistenza protesica	14.774.304	15.526.000	16.281.000	15.249.891	14.851.990
Assistenza integrativa ed ossigenoterapia	10.277.000	11.292.360	10.948.360	12.011.156	12.996.734
Oneri a rilievo sanitario rette e inserimenti	508.493	631.400	673.000	630.849	451.490
Servizi socio-sanitari	2.232.341	2.131.704	2.289.380	2.417.492	2.071.554
Trasporti sanitari	3.597.142	3.326.645	3.297.347	3.291.999	3.311.570
Assegni, sussidi e contributi	1.055.323	1.016.540	1.071.000	4.179.352	1.080.268
Formazione personale dipendente	34.000	34.000	40.000	129.522	191.001
Medicina generale e pediatria, continuità assistenziale, emergenza territoriale, specialistica ambulatoriale e medicina dei servizi	112.500.000	112.000.000	111.966.000	95.235.807	95.130.522
TOTALE	321.239.837	310.824.010	299.503.477	281.412.292	290.036.140

Posizione occupata: Direttore di Dipartimento Cure Primarie, dal 12.07.2010 a tutt'oggi
Inquadramento formale: Dirigente Medico di Pediatria Direttore, dal 01.05.2003.

Mission del DCP

“Erogazione dell’assistenza vicino ai luoghi di vita delle persone” sia per la risposta alla prima manifestazione di un problema di salute che per il trattamento di patologie croniche.

Responsabilità ed attività connesse:

- Favorire l’omogeneizzazione dei livelli assistenziali e l’integrazione delle diverse unità di erogazione afferenti allo stesso Dipartimento;
- Consolidare l’assetto strutturale e organizzativo dei NCP, promuovendo lo sviluppo della continuità assistenziale di base, 24 ore al giorno e sette giorni su sette, in modo omogeneo sul territorio;
- Riprogettare le attività di specialistica ambulatoriale territoriale secondo un modello di facile accesso e di presa in carico, con un forte coinvolgimento degli specialisti e dei MMG e dei NCP;
- Promuovere lo sviluppo di progetti, di valenza aziendale, per la tutela della salute madre-bambino;
- Concorrere alla realizzazione, in collaborazione con il Dipartimento Sanità Pubblica, dei progetti per la promozione della salute e degli stili di vita sani in ogni fascia di età;
- Individuare per ogni paziente, in base alle indicazioni fornite dall’UVMD, il casemanager (infermiere, fisioterapista, MMG, medico specialista) al fine di garantire gli standard del percorso assistenziale;
- Prendere in carico i pazienti fragili e cronici anticipando i bisogni in maniera pro-attiva, favorendo la **domiciliarizzazione** e partecipando alla realizzazione di una rete territoriale di servizi con l’integrazione e il coinvolgimento degli Enti Locali e del Terzo Settore;
- Promuovere e monitorare i **percorsi** di miglioramento della qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili;
- Analizzare le problematiche espresse durante il primo contatto del cittadino con i servizi, favorendo la tracciabilità di tutte le forme di espressione del bisogno dei cittadini, nell’ambito dei servizi gestiti;
- Migliorare l’economicità dei servizi erogati per favorire la capacità di risposta alla domanda;
- Il DCP si integra sistematicamente con i Distretti e assicura la piena collaborazione.

Descrizione dei ruoli organizzativi (principali) con cui si interagisce:

Regione Emilia Romagna:

- Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari (Responsabile e Dirigente del Servizio) per Programma Regionale G. Leggieri (come componente del Gruppo Regionale), Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Specialistica (come componente del Tavolo Regionale di Monitoraggio dei tempi di attesa per l’AVEC), documenti di sviluppo delle cure primarie

- Servizio Sanità Pubblica per Progetto Regionale per la prevenzione delle recidive cardiovascolari (componente del gruppo)

- Servizio Presidi Ospedalieri per Progetti Cure Palliative Pediatriche, realizzazione Hospice Pediatrico

- Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri per partecipazione, in qualità di componente, alle attività del gruppo di lavoro Programma Regionale G.Leggieri e del tavolo di lavoro tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria

AUSL di Ferrara come componente del Nucleo di valutazione

Agenzia Sanitaria Regionale per Progetti d'implementazione della Medicina non convenzionale negli ambulatori del dipartimento

Agenzia Sanitaria Nazionale- Agenas- Componente del Gruppo di Progetto Ricerca sullo stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane

Regione Veneto per Progetto CCMR "Prevenzione Cardiovascolare"

Università degli Studi di Bologna Facoltà di Medicina e Chirurgia

- Specializzazione Igiene - Frequenza Specializzandi. Docente per lezioni al Corso di Specializzazione Igiene:Organizzazione dei servizi territoriali;

- Specializzazione in Pediatria Progetto Finanziato per La dimissione Protetta del bambino con patologia cronica

Università Bocconi SDA e Cergas per collaborazione a Progetti e formazione

Azienda Universitario-Ospedaliera S.Orsola con Direttore Sanitario, Direttori U.O. di Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, PS Adulti e Pediatrico,Centro Abusi Il Faro, ecc

I.O.R. Direzione Generale e Sanitaria per percorsi di Dimissione e gestione della Centrale delle Post-Acuzie (CeMPA)

AUSL di Imola per FARO(Centro Abusi dell'Infanzia)

Istituto Europeo N (IEN) Forum delle Risorse Umane (Il Direttore)

Azienda USL di Imola e Ferrara per Coordinamento dei Dipartimenti delle Cure Primarie

Commissione Provinciale del Farmaco di Area Vasta Centro

Organizzazioni Sindacali dei MMG e MCA: FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa (come componente del Comitato aziendale per la Medicina Generale e CA e della PLS);

Organizzazioni Sindacali della Pediatria di Famiglia: FIMP, CIPE

Organizzazioni Sindacali degli Specialisti Ambulatoriali: CISL e SUMAI

OO.SS. della Dirigenza e Comparto (CGIL, CISL, UIL, ecc)

Componenti e Presidenti dei 6 Comitati Consuntivi Misti, e del Comitato CM Aziendale

Associazioni di Pazienti e/o Familiari con disabilità (Presidenti associazioni)

Gestori Case Residenza Anziani (CRA) :es. CADIAI, Giovanni XXIII,... per convenzioni (con Presidenti e collaboratori)

ASP minori, anziani per gestione convenzioni

Associazioni di Volontariato: per Convenzioni con Associazione Nazionale Tumori (ANT), SOKOS, Biavati, MIT, Nelson-Frigatti ed Emergency (Presidenti e collaboratori)

Accademia delle Cure Palliative

Fondazione Seragnoli per Hospice

Fondazione Santa Clelia Barbieri per formazione (Direttore)

Enti Locali: Sindaci ed Assessori dei 45 Comuni della Provincia di Bologna, Responsabili degli Uffici di Piano

Provincia di Bologna. Tavolo Tecnico Permanente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, Conferenza TSS, Presidente della CTSS, Componenti dell'Ufficio di Piano della Provincia, della CTSS di Imola

Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto:

Dipendenza gerarchica dal Direttore Sanitario dott. Angelo Fioritti,

Relazioni con il Direttore Generale dott.ssa Chiara Gibertoni e Direttore Amministrativo dott.ssa Annamaria Petrini

Relazioni orizzontali:

Direttori dei Dipartimenti: Sanità Pubblica, Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, Chirurgico, Emergenza, Igienico Organizzativo, Materno Infantile, Medico, Oncologico Servizi, Farmaceutico, Amministrativo, Tecnico Patrimoniale, delle Attività Socio-Sanitarie

Direttori dei Distretti: n.6

Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati:

Il DCP si articola in due aree assistenziali, una unità operativa complessa amministrativa funzionale ed una UOSD Supporto Direzionale

Area dell'Assistenza Medica e Specialistica: a direzione medica (diretta dalla sottoscritta), nella quale sono organizzati i Nuclei di Cura Primarie e le attività specialistiche ambulatoriali. L'applicazione degli accordi nazionali, regionali e locali relativi a medicina generale e pediatria di libera scelta, continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale. L'area si articola in 8 UOC delle cure primarie, 2 UOSD delle cure primarie e 1 UOSD geriatria territoriale; (Totale 11 dirigenti medici di cui 8 direttori Struttura Complessa e 3 responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale).

- *La U.O.C Cure Primarie e Specialistica* assicura l'omogenea erogazione di un'adeguata assistenza primaria fornita dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta, dagli specialisti ambulatoriali, dai medici di Continuità Assistenziale e altri medici convenzionati.

Collabora con il Direttore di Area/Dipartimento nella definizione dei percorsi e degli obiettivi di governo clinico nello sviluppo della ricerca e dell'innovazione;

Assicura il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati e la buona gestione delle risorse attribuite;

Promuove ed organizza i Piani formativi annuali per il personale convenzionato e dipendente di riferimento;

Predisporre per il Direttore del Dipartimento le istruttorie per la relazione di risposta alle segnalazioni dei cittadini;

Partecipa al tavolo del CCM di riferimento territoriale;

Partecipa come componente all'Ufficio di Direzione Distrettuale;

Gestisce un ambito di responsabilità trasversale al DCP sul tema individuato dal Direttore del Dipartimento.

Assicura il raggiungimento degli obiettivi di produzione attraverso analisi monitoraggio e rendicontazione degli indicatori di gestione definiti annualmente dal Direttore del Dipartimento.

Promuove la sicurezza e il miglioramento continuo della qualità;

Assicura il pieno sviluppo dei Nuclei delle Cure primarie come forme organizzative strutturali fino alla realizzazione delle Case della Salute:

a) la programmazione e realizzazione degli aspetti strutturali e logistici (sede, reti informatiche, strumentazione ...);

b) la definizione, in accordo con il coordinatore di NCP e con i professionisti del NCP, delle modalità operative di implementazione dei percorsi assistenziali approvati dal DCP;

c) la gestione del sistema di relazioni tra i professionisti "convenzionati" (es. MMG e specialista) e tra questi e gli altri soggetti coinvolti nei processi assistenziali;

d) il supporto al coordinatore del NCP nell'attività di analisi dei bisogni e delle criticità, di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza prestata nel nucleo attraverso l'analisi e monitoraggio del sistema di reporting;

e) il supporto al coordinatore di NCP nell'implementazione degli strumenti del governo clinico (formazione, audit, controllo del rischio ...);

Si coordina con i responsabili delle Unità Assistenziali e i Direttori delle UO dell'Area Promozione della Salute Donna e Bambino al fine della piena integrazione dell'assistenza erogata;

Partecipa al Comitato di Dipartimento e Ufficio di Direzione.

- **La UOC CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA NAVILE – S. ISAIA** si differenzia dalle altre per le dimensioni, infatti comprende 6 NCP, e gestisce 96 Medici MMG, 16 Pediatri e 1 sede di guardia medica con circa 24 medici c.a. assicurando l'erogazione dell'assistenza primaria implementando i servizi, i percorsi e le attività necessarie secondo la programmazione aziendale e dipartimentale. La struttura complessa si sviluppa in sei sedi poliambulatoriali in alcune delle quali operano 46 specialisti ambulatoriali interni che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali. Inoltre ha la responsabilità della gestione operativa delle strutture di riferimento e del raggiungimento degli obiettivi a queste assegnati.
- **La UOS CASA e UOS MEDICINA PENITENZIARIA** articolata negli istituti Penitenziari (Casa circondariale di Bologna e Centro di Giustizia Minorile);
Garantisce progetti di collaborazione per attività di prevenzione, consulenza ed assistenza psico-socio-sanitaria riferita alle fasce più deboli della popolazione ed alle loro famiglie anche riguardo alle M.T.S. e all'AIDS – attività che siano complementari e non sostitutive rispetto ai servizi di propria competenza, avvalendosi dell'associazione di volontariato M.I.T (Movimento identità transessuale)

Area SATeR (fino al 31/12/14): a direzione infermieristica, orientata ad assicurare la presa in carico dei pazienti complessi, mediante la valorizzazione dei "case manager", e la gestione dell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale è articolata in unità SATeR "ambulatoriale", unità SATeR "promozione salute donna e bambino" e UOSD "continuità dell'assistenza" affidata ad un dirigente infermieristico. Le tre unità sono a loro volta articolate in 12 ArOA. Il numero complessivo delle risorse umane dell'area corrisponde a 700 unità.

• *l'Area della Continuità dell'Assistenza:* a direzione infermieristica, orientata ad assicurare la presa in carico dei pazienti a maggior complessità clinico-assistenziale, mediante l'utilizzo del case management e la gestione dell'assistenza domiciliare.

L'Area, attraverso le indicazioni del responsabile SATeR del DCP, assicura la continuità dell'assistenza ai pazienti in dimissione protetta, fragili non autosufficienti, disabili e/o cronico complessi, in fase di terminalità di vita, con lo scopo di favorirne la permanenza al domicilio, e a tutti i pazienti inseriti nell'ambito di percorsi clinico assistenziali predefiniti e caratterizzati da un elevato grado di integrazione.

Gli interventi assistenziali sono effettuati con la metodologia della presa in carico, secondo i principi del case management e nel rispetto degli standard di garanzia definiti dal Distretto. A questo scopo, all'interno dell'Area, sono formate le figure di case manager per assicurare il corretto e fluido sviluppo del percorso della persona assistita, dal momento del suo inquadramento nell'ambito di un percorso clinico assistenziale predefinito e fino al suo eventuale completamento, mantenendo le relazioni tra i diversi professionisti coinvolti e con l'assistito anche quando quest'ultimo è inserito in setting diversi da quello domiciliare (ospedali e strutture residenziali e semiresidenziali). Il case manager, in questo senso, va inteso come ruolo legato ad una modalità di agire e di svolgere la propria attività professionale; si tratta di un ruolo di responsabilità nei confronti della persona assistita e non di responsabilità organizzativa.

Le funzioni/competenze di case manager dovranno gradatamente entrare a far parte del patrimonio professionale di tutti i professionisti operanti nell'Area della Continuità dell'Assistenza, che le agiranno a rotazione. Nelle more dello sviluppo diffuso delle competenze professionali necessarie a ricoprire il ruolo di case manager, nella fase di implementazione del DCP, è individuato almeno un case manager per ogni singolo NCP.

L'Area, inoltre gestisce, con il supporto clinico dell'Area dell'Assistenza Medica e Specialistica la Centrale della Continuità Ospedale Territorio (CCOT) per quanto attiene le dimissioni protette e la Centrale Metropolitana per la Post Acuzie (CeMPA), per quanto attiene la continuità del percorso, fra la fase acuta (ricovero ospedaliero) e il periodo di post-acuzie e riabilitazione, secondo principi di appropriatezza del setting di ricovero rispetto ai bisogni clinico-assistenziali, e di prospettiva verso la gestione della successiva fase di domiciliarità.

• *il SATeR dell'Assistenza Ambulatoriale e quello dell'Assistenza Consultoriale e Prevenzione:* assicurano, oltre all'erogazione di prestazioni e servizi per competenza specifica, supporto e integrazione con le Aree a direzione clinica e con l'Area della Continuità dell'Assistenza. I SATeR dell'Assistenza Ambulatoriale e quello dell'Assistenza Consultoriale e Prevenzione, assicurano ai cittadini, in base alle rispettive competenze specifiche, l'accoglienza, l'orientamento al buon utilizzo dei servizi e l'insieme delle prestazioni a valenza preventiva e assistenziale di natura tecnico professionale, informativa, educativa e relazionale a carattere autonomo e collaborativo. I due SATeR contribuiscono all'effettuazione e

all'implementazione dei processi clinico-assistenziali posti in essere, nel rispetto delle norme deontologiche e degli standard di garanzia definiti dal Distretto e delle indicazioni del Responsabile SATeR del DCP a cui afferiscono gerarchicamente. I professionisti SATeR collaborano al raggiungimento degli obiettivi di produzione delle due Aree a direzione clinica e, quindi, del DCP nella logica del "fornitore di servizi", svolgendo le attività e le prestazioni in maniera integrata con le altre aree del DCP.

Area della promozione della salute donna e bambino: a direzione medica (un direttore FF di pediatria a cui è affidata anche l'UOC Pediatria territoriale), finalizzata all'erogazione dei servizi consultoriali e della pediatria di comunità. Assicura l'omogenea erogazione di un'adeguata assistenza primaria alla popolazione pediatrica e nell'ambito della salute sessuale, riproduttiva, e psico-relazionale della donna, dei singoli, della coppia e delle famiglie con particolare riguardo per la promozione di stili di vita e comportamenti sani. L'assistenza è fornita in tutti i setting assistenziali, attraverso équipe multi professionali che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture del territorio e in primo luogo nell'ambito dei Nuclei delle Cure Primarie.

Al suo interno è presente il Centro Specialistico Multiprofessionale Provinciale per la prevenzione e il contrasto di azioni di maltrattamento e abuso sessuale sui minori "IL FARO".

Sul piano organizzativo, l'Area si articola in due strutture complesse di valenza aziendale allo scopo di assicurare il più elevato grado di omogeneità agli aspetti di governo clinico del settore di intervento specifico.

- *L'UOC Pediatria Territoriale* si articola in tre (3) Unità Semplici di valenza distrettuale o sovra distrettuale (affidate a tre medici- pediatri responsabili di UOS). Ha la responsabilità della prevenzione primaria delle malattie infettive attraverso l'offerta delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, l'applicazione della profilassi e norme contumaciali nelle comunità ospitanti minori, la sorveglianza igienico sanitaria nelle refezioni scolastiche, svolge azioni di prevenzione per l'obesità infantile, corretti stili di vita, alimentazione gestione e monitoraggio delle patologie croniche prevalenti dell'infanzia, collabora con le istituzioni scolastiche ed i servizi sociali, partecipa alla realizzazione di PDTA per la dimissione protetta del neonato sano e del neonato a rischio di gravi disabilità. Partecipa ai tavoli minori dei piani di zona distrettuali e al tavolo permanente provinciale. Complessivamente la struttura comprende risorse umane n. 69

Pediatri Dirigenti Medici	14
Specialisti ambulatoriali	8
Medicina dei Servizi	1
Assistenti Sanitarie	34
Infermieri	11
Dietista	1
TOTALE	69

- *L'UOC Consultori Familiari* (un direttore FF di UOC Dirigente-Medico Ginecologo) si articola in tre (3) Unità Semplici di valenza distrettuale o sovra distrettuale (affidate a tre responsabili di UOS Dirigenti-Medici Ginecologi) comprende la consulenza specialistica ginecologica clinica e strumentale, screening oncologico per la prevenzione dei tumori del

collo dell'utero, la psicologia per consulenza a donne, coppie e famiglie con problematiche legate alla salute, relazione familiare o di coppia e a situazioni di disagio non psichiatrico (salute femminile, disagio personale, separazioni, adozioni-affidi), consulenza e presa in carico relativa a minori in situazioni che coinvolgono l'autorità giudiziaria, assistenza e supporto alle scelte relative alla contraccezione, assistenza e continuità assistenziale per le gravidanze fisiologiche e a rischio attraverso la realizzazione del **PDTA-percorso nascita** interaziendale, consulenza ed educazione alla salute ai giovani nelle scuole e negli spazi dedicati (spazi giovani), attuazioni dei percorsi per l'interruzione volontaria di gravidanza, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e AIDS, prima accoglienza delle donne immigrate in "spazi donne immigrate e bambini", programmi di assistenza alle donne in menopausa.

Ginecologi Dirigenti Medici	10
Specialisti ambulatoriali	18
Psicologi	30
Ostetriche	59
Infermieri	8
TOTALE	125

UOC Amministrativa fino al 31/12/14 (un direttore amministrativo di UOC) il settore amministrativo è stato disegnato coerentemente con il quadro organizzativo complessivo del Dipartimento e armonizzato con le funzioni che sono attribuite ai Distretti. L'organizzazione del settore amministrativo è coerente con il modello **hub & spoke** applicato al campo amministrativo in quanto ritenuto il più idoneo a fornire il supporto di competenza all'intero Dipartimento ed anche funzionale all'organizzazione amministrativa dei Distretti. In particolare le funzioni attribuite al Dipartimento delle Cure Primarie sono:

- la gestione degli istituti contrattuali ed economici previsti dalle convenzioni nazionali (MMG, PLS, specialistica ambulatoriale, continuità assistenziale ecc.)
- la gestione delle agende di prenotazione CUP finalizzata al governo omogeneo dell'offerta specialistica ambulatoriale territoriale
- la gestione delle convenzioni sanitarie di valenza aziendale che hanno per oggetto attività sanitaria territoriale
- la gestione dell'attività amministrativa legata alla **Medicina Penitenziaria, C.A.S.A., IL FARO, il M.I.T.** compresa la gestione dei fondi finalizzati attribuiti al Dipartimento
- la gestione della funzione di recupero crediti
- la gestione delle portinerie e dei centralini poliambulatoriali.

Supporta il Direttore del Dipartimento nelle relazioni sindacali,

- per funzioni economico finanziarie e dei flussi informativi, gestione del budget, monitoraggio degli accordi dei convenzionati;
- per gestione giuridico amministrativa dei convenzionati, degli organi collegiali elaborazione delle graduatorie e gestione del corso triennale in medicina generale
- per gestione della specialistica ambulatoriale, della libera professione dei medici

convenzionati, del comitato zonale e della formazione dei professionisti convenzionati.

L'unità operativa complessa comprende 6 amministrativi con posizioni organizzative e una UOS non ancora ricoperta. Complessivamente gestisce direttamente n. 64 risorse umane.

L'UOSD Geriatria Territoriale ha la responsabilità

- dell'attività dei Centri Disturbi Cognitivi di Bologna-Casalecchio-San Lazzaro-Porretta
- Coordinamento dei Centri disturbi Centri delegati metropolitani
- Attività geriatrica territoriale ambulatoriale e domiciliare
- Coordinamento dei geriatri delle UVG aziendali
- Progetto demenze

Personale

Geriatrici	5
Infermieri	4
Amministrativi	1
Psicologi	6
TOTALE	16

L'UOS Medicina Penitenziaria è affidata ad 1 Dirigente Medico con funzione di programmazione e allocazione risorse, secondo il modello della committenza locale, verifica e responsabilità organizzativa delle attività.

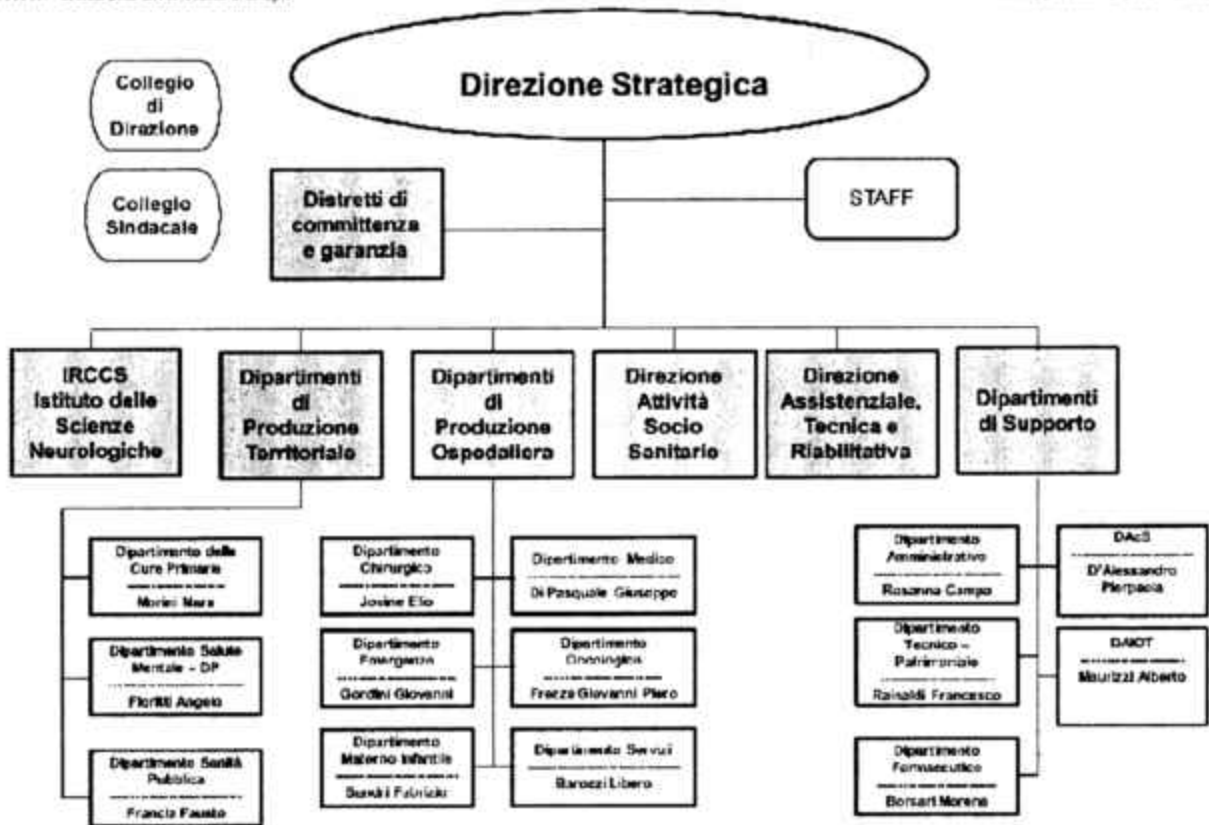
1 Medico Referente per la salute nell'Istituto Penitenziari con funzioni di coordinamento dei Medici operanti nella struttura, gestione dei percorsi clinici dei soggetti reclusi e la responsabilità di contribuire allo sviluppo di una nuova cultura dell'integrazione della sanità penitenziaria con la forma organizzativa dell'Azienda USL. Svolge funzione di supporto e facilitazione ai percorsi di formazione secondo quanto previsto dal Programma Aziendale per la Salute nelle Carceri e come da programmazione annuale.

Programma e organizza la propria attività clinica e dei medici incaricati (ex 740) in accordo con il Responsabile della Struttura Semplice Medicina Penitenziaria al fine di organizzare un accesso razionale alle visite mediche programmate.

Organigramma:

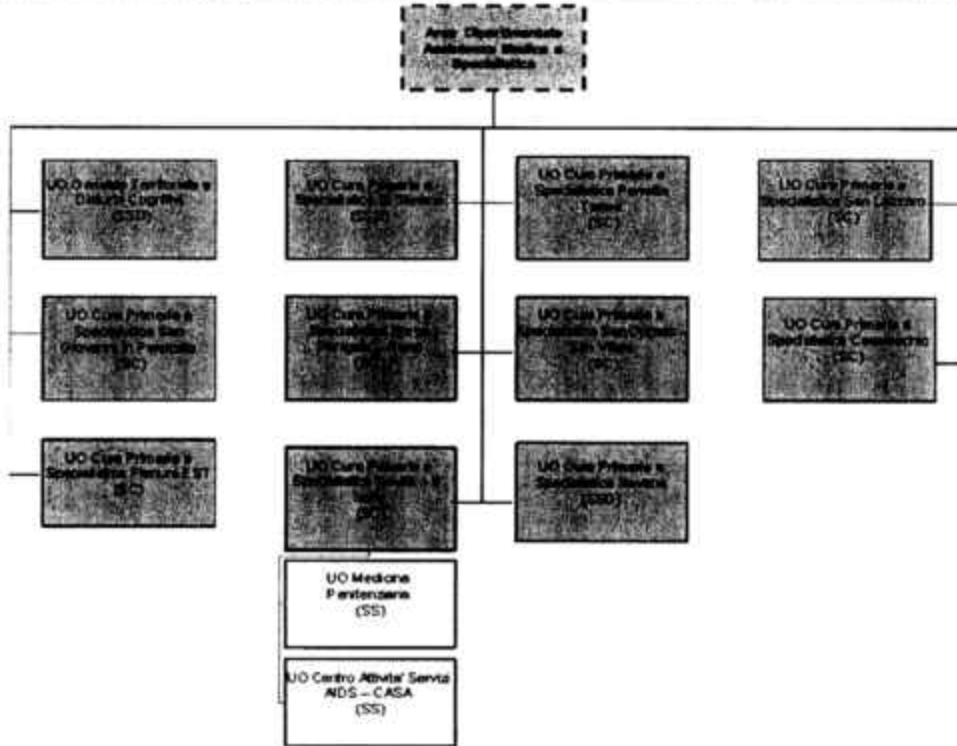
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Via G. B. Rossi 41 - 40138 Bologna (BO)



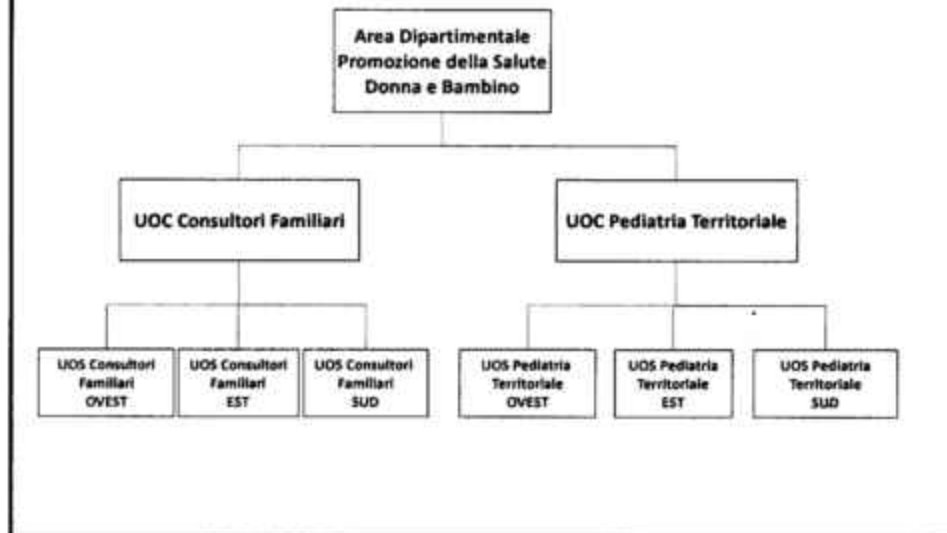
ASSETTO ORGANIZZATIVO DAL 01/01/2015

Dipartimento delle Cure Primarie



14

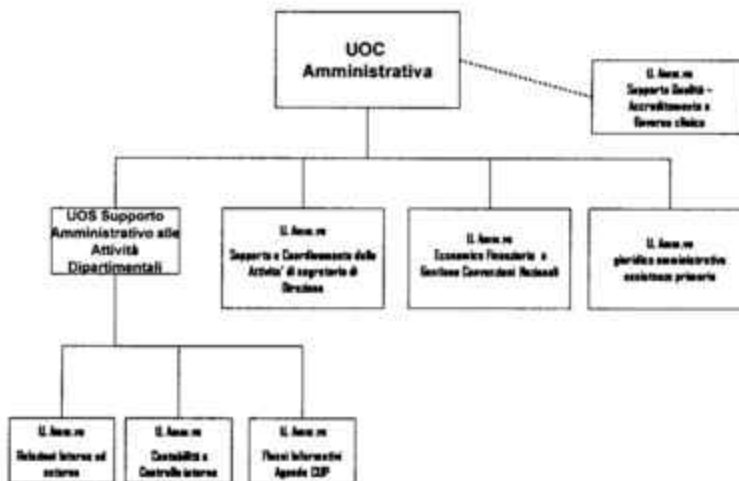
Articolazione Area Promozione della Salute Donna e Bambino

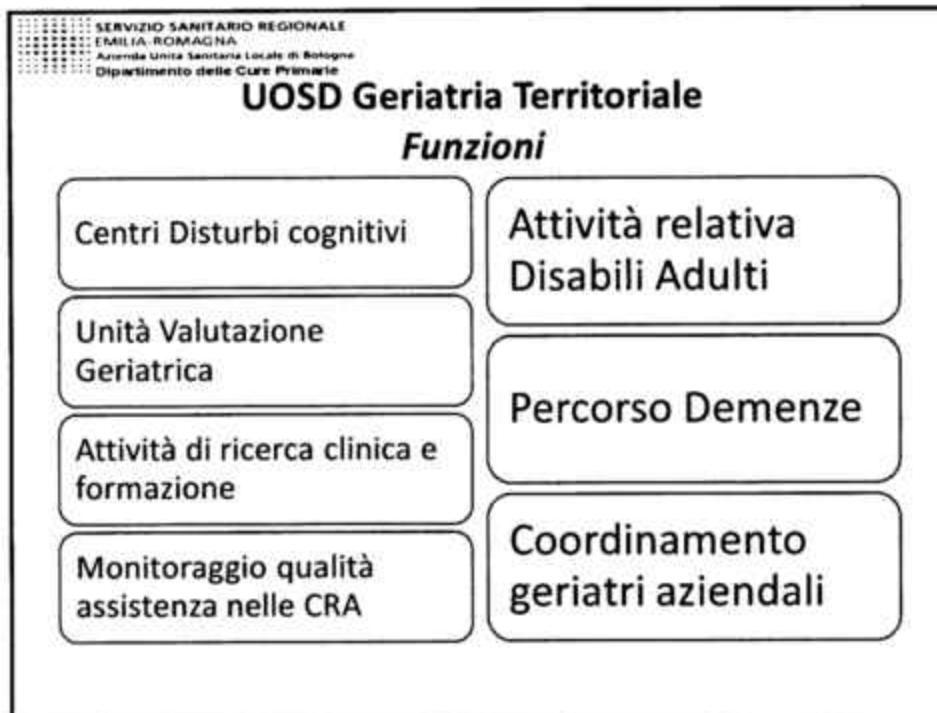


AREA SATER fino al 31/12/2014



UOC Amministrativa fino al 31/12/2014





Obiettivi e risultati raggiunti nello svolgimento della funzione direzionale nell'arco degli ultimi 3 anni:

Al Direttore del DCP per il 2011 sono stati assegnati obiettivi, per n.140 indicatori, afferenti ai seguenti ambiti:

- semplificare i percorsi
- migliorare l'accessibilità alle attività di cura e assistenza
- sviluppare le reti cliniche
- migliorare i livelli di autosufficienza territoriale
- promuovere l'assistenza primaria
- innovare nei servizi socio-sanitari
- migliorare la qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani
- governare il farmaco
- promuovere interventi di prevenzione
- sviluppare le professioni sanitarie assistenziali
- promuovere la ricerca
- migliorare la qualità dell'assistenza
- migliorare gli interventi in ambito riabilitativo
- coinvolgere i cittadini
- sviluppare le piattaforme tecnologiche, organizzative, logistiche e informatiche
- percorsi clinico assistenziali di garanzia dell'accesso e della qualità dell'assistenza
- gestire il rischio

Dei 140 indicatori ne sono stati valutati 111 e di essi ne risultano non positivi 26 (valutazione 95%).

A cui si aggiunge la valutazione di raggiungimento al 95% degli obiettivi di attività e produzione e al 99% per gli obiettivi di contenimento dei costi (valutazione complessiva finale: 96%) con corresponsione del salario di risultato al 100%.

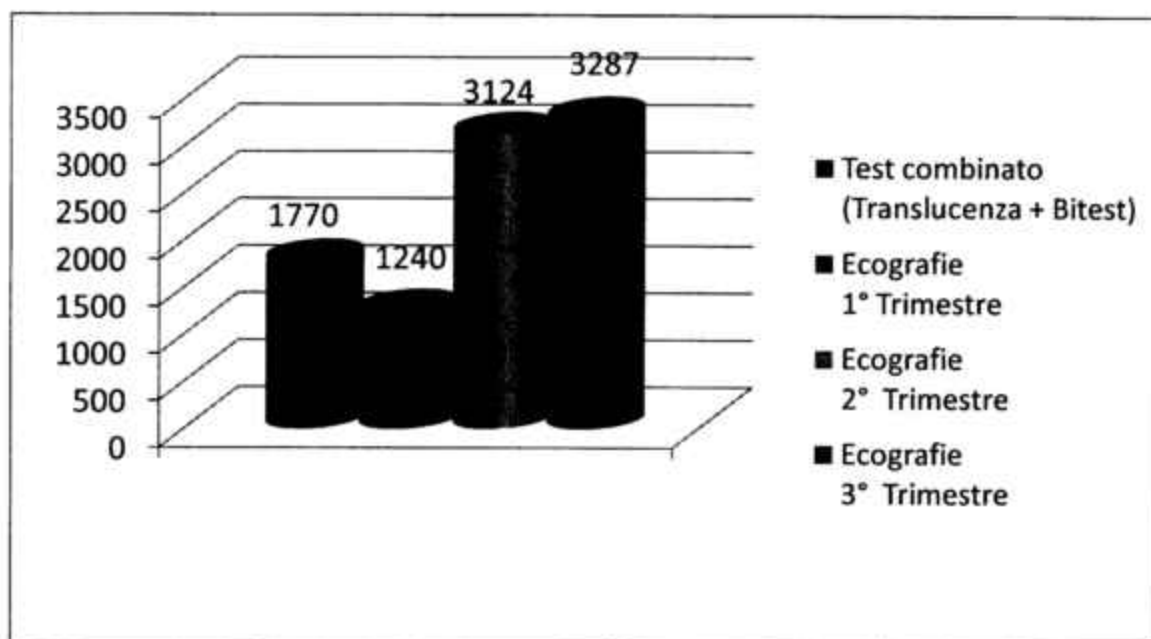
Cambiamenti organizzativi ed interventi direttamente "guidati" che hanno realizzato modifiche significative della qualità dell'assistenza nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità gestionale:

Nell'Area della promozione della salute della donna e bambino

Il PDTA Percorso Nascita

Il Percorso Nascita ha lo scopo di realizzare una reale presa in carico della donna in gravidanza attraverso un modello assistenziale caratterizzato da appropriatezza, tempestività, sicurezza, efficacia e continuità. Questa modalità, iniziata a luglio 2011, ha reso omogenea, equa ed uniforme l'offerta di servizi per l'assistenza alla Donna in gravidanza con la messa a disposizione della possibilità di programmare direttamente tutti gli accertamenti strumentali e di laboratorio già al momento del primo accesso. Ha reso disponibile l'offerta attiva del Test Combinato come esame di screening per la definizione del rischio di anomalie cromosomiche. Ha permesso inoltre di promuovere la fisiologia dell'evento attribuendo, per tutte le gravidanze a basso rischio, la responsabilità della presa in carico alla figura dell'Ostetrica. Nel 2012 la piena attuazione del percorso ha permesso di seguire nei Consultori Familiari secondo questa modalità 4.034 gravide corrispondenti ad oltre il 50% delle donne che hanno partorito nel nostro territorio, rispetto ad un precedente (2011) del 30%. I vantaggi del percorso sono relativi a:

- valorizzazione del ruolo ed autonomia professionale dell'ostetrica che segue le gravidanze a basso rischio,
- possibilità per tutte le donne che si rivolgono al consultorio familiare di avere garantiti esami di laboratorio e soprattutto le ecografie canoniche
- offerta attiva del test combinato



Tab 1 Esami strumentali effettuati nel PDTA nel 2012

Dal 2012 al 2014 il numero di gravidanze seguite è rimasto pressochè stabile, nel 2014 sono state 4.480.

Libero accesso allo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero

La scelta di modificare la modalità di offerta del percorso di accesso allo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero è stata motivata dalla necessità di offrire una maggiore disponibilità e flessibilità di orario e di giornate, con l'obiettivo di incrementare l'adesione nonché garantire la progressione delle chiamate. Tale necessità si era manifestata particolarmente evidente in ambito cittadino dove circa il 90% delle donne invitate modificava l'appuntamento per necessità personali. Il progetto iniziato ad ottobre 2011 sulle due sedi bolognesi ha portato ad oggi ad avere nel dipartimento cure primarie 12 sedi che operano con questa modalità, e con il superamento di tale attività in sei sedi minori, nonostante l'aumento di 10 ore della disponibilità oraria settimanale complessiva.

Da un'indagine di gradimento effettuata nel 2013 è risultato che il 75% delle donne ha gradito la nuova modalità di accesso.

Il progetto ha dato risultati positivi in termini di:

- razionalizzazione delle risorse utilizzate (tempo dedicato a rispondere alle richieste di cambio appuntamento)
- riduzione delle sedi con scarsa affluenza per raggiungere obiettivi di efficienza operativa
- migliore organizzazione del lavoro/tempo ostetrica maggiore efficienza (sedute con scarsi accessi delle donne invitate)
- maggiore attenzione alle richieste delle donne con una segmentazione della domanda che ha portato ad una flessibilità dell'offerta
- indagine di soddisfazione dell'utente con positivi risultati

Il riordino della rete delle cure primarie avviata dall'inizio del 2012 ha lo scopo di individuare aree sulle quali intervenire i fini di:

- razionalizzare e ottimizzare le risorse,
- mantenere un elevato livello di qualità assistenziale
- garantire un'invariata offerta complessiva a fronte di una concentrazione della produzione con relativo incremento della produttività. Dell'equità e dell'accessibilità

Sono state individuate 5 aree d'intervento:

Consultori familiari, Pediatria territoriale, punti prelievo, continuità assistenziale e specialistica territoriale.

Consultori Familiari

Avvio del progetto giugno 2012

Razionalizzazione logistica dei consultori familiari a superamento delle sedi con scarsa numerosità di accessi o vicinanza ad altre sedi consultoriali

- Sedi attuali: 31 in gran parte in zone a bassa densità abitativa
- Nel 2012 le sedi erano 41 con riduzione a 35 e mantenimento di alcune sedi periferiche per situazioni particolari (realizzato a fine 2013). Ulteriore riduzione a 33 nel 2014 e fino a 31 ad oggi
- Progressiva aggregazione delle sedi per tipologia di attività:

- sistema di *libero accesso allo screening* per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero
- *accertamenti di 2° livello (facendo ruotare i professionisti)*
- effettuazione degli *esami strumentali ecografici* nell'ambito del Percorso Nascita

La realizzazione parziale del progetto ha già permesso una diminuzione di risorse umane ginecologo, ostetrica pari a 4 unità e recupero di costi sostenuti per gli spostamenti.

Pediatria Territoriale

Avvio del progetto giugno 2012

Prevede:

- Razionalizzazione logistica delle sedi vaccinali con superamento di quelle con minor attività vaccinale mensile o mancanza di requisiti di qualità previsti dalla DGR 256/2009
- Sedi prima della riorganizzazione 40 → Riduzione a 35 sedi (dicembre 2014), con mantenimento di alcune periferiche per situazioni particolari.
- Nel corso del 2012 già la riorganizzazione delle agende vaccinali ha portato ad un recupero di 62 ore/Medico-pediatra e 62 ore/ASV
- Ampliamento delle giornate di sedute vaccinali su 3 giorni alle settimana in almeno una sede per UOS
- Ampliamento dell'orario della seduta vaccinale per riduzione tempi di spostamento e riordino delle sedi in condivisione con altri servizi
- Tipizzazione di alcune sedi per attività: mantoux per stranieri, prenotazione vaccinazioni, autorizzazione farmaci, punto di coordinamento per notifiche malattie infettive, malattie croniche.

La ridefinizione del numero degli ambulatori vaccinali porta ad un comprensibile recupero di risorse umane e costi per gli spostamenti.

I Punti Prelievo e l'accesso diretto

Razionalizzazione logistica dei punti prelievo a superamento delle sedi con ridotta offerta in termini di accesso e di utilizzazione (es. accesso quindicinale e/o n. ridotto prelievi)

Le sedi attuali aziendali:

- 55 di cui 49 DCP
- Riduzione da 49 a 32 (attualmente 46)
- Potenziamento del numero dei prelievi nelle 32 sedi
- Ampliamento del n. delle sedi ad accesso diretto da 4 a 7 (realizzato nel 2012)
- Mantenimento dei tempi di attesa

Da marzo 2013 ricollocati 140 prelievi per chiusura del PP del Policlinico.

Continuità Assistenziale

- Razionalizzazione logistica delle sedi di continuità assistenziale in base alle esigenze della popolazione, non ragionare più secondo un'ottica di distretto, ma di azienda.
- Sedi attuali: 23 Riduzione a 20 nel 2014
- Valorizzazione del medico di continuità assistenziale nella riorganizzazione emergenza urgenza cure primarie (avviato Corso di Formazione specifico che garantisce 50 crediti)
- Nuovi modelli organizzativi :
 - gestione delle patologie croniche in collaborazione con MG e infermieri
 - Ambulatori di libero accesso integrati con MMG Casa Della Salute
 - Integrazione con infermieri della continuità assistenziale, con gli MMG, con i medici dipendenti dell'emergenza/urgenza
 - collaborazione con i Punti di Primo Intervento (PPI)
 - riduzione delle presenze di MCA dopo le 24 coerentemente con minor attività
 - individuazione di 7 call-center medici a fronte dei 23 punti di risposta con un medico che processa la chiamata
 - predisposizione di una check-list per il medico "processatore" al fine di standardizzare la complessità del caso ed omogeneizzare la risposta

La realizzazione completa del progetto, in fase di negoziazione con le organizzazioni sindacali comporta una riduzione di costi di alcune centinaia di euro.

Specialistica territoriale

Il riordino prevede l'accentramento in città di alcune specialità (Odontoiatria, Cardiologia, Dermatologia e Oculistica) in pochi poli specialistici al fine di aggregare ed integrare competenze utili per completare un percorso, efficientizzare la strumentazione di supporto (Ecografi, Holter, ECG da sforzo, poltrone odontoiatriche, ...), razionalizzare le risorse economiche ed umane, sviluppare maggiori specializzazioni anche per contaminazione diretta tra i professionisti.

Da marzo si è così riorganizzata L'odontoiatria e ortodonzia centrata su 2 poli principali che servono la parte est ed ovest della città e prima periferia dando omogeneità di offerta e realizzando un centro per la prevenzione della carie nell'infanzia (Progetto Pedodonzia).

Evoluzione del NCP verso la realizzazione di Case della Salute

La realizzazione delle Case della Salute è stato un percorso di riflessione lungo ed importante che ha portato il dipartimento a confrontarsi con la Direzione Generale per definire un modello adattabile alla realtà locale: un territorio molto differenziato, una città con circa 370.000 residenti con 9 poliambulatori, il 50% dei MMG dell'azienda perlopiù non in associazione complessa a fronte di territori della periferia con il 70-90% di MMG in gruppo o rete ed un territorio montano con parcellizzazione dell'offerta. Oltre a ciò una "diffidenza" delle OO.SS. della Medicina Generale verso questa progettualità vista come un modello che andava a minare il rapporto fiduciario medico-paziente.

Pertanto la svolta rea un Accordo Locale con MMG e MCA che definisse elementi di base o un

minimo comun denominatore delle CdS riconoscibile e condivisibile dai principali protagonisti.

Pertanto ritengo un'azione importante aver realizzato in pochi mesi, a differenza di un passato in cui la firma di un accordo locale impiegava anche 1-2 anni di negoziazione, un accordo con primo punto un'adesione formale allo sviluppo delle CdS, senza oneri aggiunti per i tre anni di validità.

Il Piano aziendale delle Case della Salute prevede, tra 15 e 20 progetti, dove le Case della Salute si inseriscono in una rete di sedi di Nuclei delle Cure Primarie, poliambulatori e ambulatori di medici singoli o associati già esistenti. La realizzazione delle Case della Salute nella realtà dell'Azienda Usl di Bologna, sarà caratterizzata da specificità relative anche alle caratteristiche orogeografiche del territorio. Nelle aree montane a bassa densità abitativa dovrà essere garantita la continuità dell'assistenza evitando forzati spostamenti degli assistiti. Pertanto, permarranno le presenti aggregazioni di servizi sanitari e sociali anche in forma sporadica. La continuità della cura sarà garantita soprattutto attraverso lo sviluppo di reti informatiche orizzontali e verticali tra i professionisti. In altri contesti la realizzazione della Casa della Salute è l'opportunità di trasformare ospedali di prossimità in sedi che accolgono anche l'assistenza territoriale, offrendo a tutti i professionisti del territorio un canale privilegiato per una forte integrazione professionale e strumentale con la componente ospedaliera. In tale logica si può pensare che la rete dei servizi territoriali dell'Azienda USL di Bologna, sviluppatasi intorno alle CdS, sarà caratterizzata da una struttura/sede "madre" dove si collocano tutti i servizi come da Delibera Regionale e strutture/presidi, di minori dimensioni, variamente distribuiti, in cui si trovano aggregazioni di medici generalisti e altre funzioni dell'assistenza primaria, fino alla rete degli ambulatori dei singoli medici, comunicanti e integrate attraverso il supporto di una rete informatica orizzontale. In questo modo si coniuga l'integrazione verticale dei servizi con la condivisione di strumenti, spazi e tecnologie.

Le Case della salute realizzate o in via di prossima realizzazione

Sasso Marconi	Funzionante (Inaugurata gennaio 2013)
Crevalcore	Funzionante (dopo il sisma in prefabbricati)
S.Pietro in Casale	Funzionante
Pieve di Cento	Funzionante
Chersich e Nani a Bologna	Funzionanti (da costruire percorsi interni)
Budrio, Vergato, Loiano	Collocate negli Ospedali e funzionanti, prossima evoluzione in Ospedali di Comunità
Porretta, S.Giovanni, Bazzano	Collocate negli Ospedali e non ancora funzionanti, prossima evoluzione in Ospedali di Comunità
San Lazzaro	Funzionanti (da costruire percorsi interni)

La realizzazione delle Case della Salute (CdS) è sostenuta da un importante **percorso di formazione** che vede coinvolti oltre 200 operatori per 14 CdS, avviato il 5 dicembre 2012 e concluso nel 2014.

Successo del DCP aver inserito nella formazione 23 Medici convenzionati: MMG, PLS, MCA e Specialisti, senza oneri aggiunti.

Prevede 11 incontri d'aula di tre ore e mezza ciascuno per un totale di ore 38,5 più momenti di lavoro in gruppo e tramite internet (blog/forum/sharepoint) per la costruzione del project work per un totale di 20 ore. Responsabili scientifici del corso Mara Morini e Fabia Franchi.

Il percorso si propone, in sostanza, di supportare i partecipanti affinché siano in grado di sostenere e favorire la successiva fase di coinvolgimento e formazione degli altri professionisti operanti nella struttura stessa. S'intendono sviluppare:

- Capacità di analisi del contesto e dei bisogni
 - Analisi delle competenze presenti nel contesto organizzativo
 - Governo della domanda (Analisi dati di popolazione/epidemiologici)
 - Capacità di definire soluzioni organizzative
 - Ri-definizione del contesto d'azione e risoluzione di problemi in maniera integrata, basandosi sulle evidenze, sulle competenze pregresse e sulla costruzione condivisa di significati.
 - Progettazione organizzativa (adattamento al singolo caso scelto di attività integrate).
- Capacità di gestire processi organizzativi
 - Gestione di comunicazione nei percorsi integrati (PDTA).
 - Prese in carico multiprofessionali e continuità assistenziale (garantire l'integrazione nei PAI – Chronic Care Model – Case Management).
- Capacità relazionali
 - Lavorare in gruppi multiprofessionali
 - Gestire relazioni con il contesto esterno
 - Svolgere funzioni di coordinamento e connessione nella rete multiprofessionale
 - Gestire processi di negoziazione integrativa
 - Favorire l'accoglienza e la multiculturalità (come sistema)

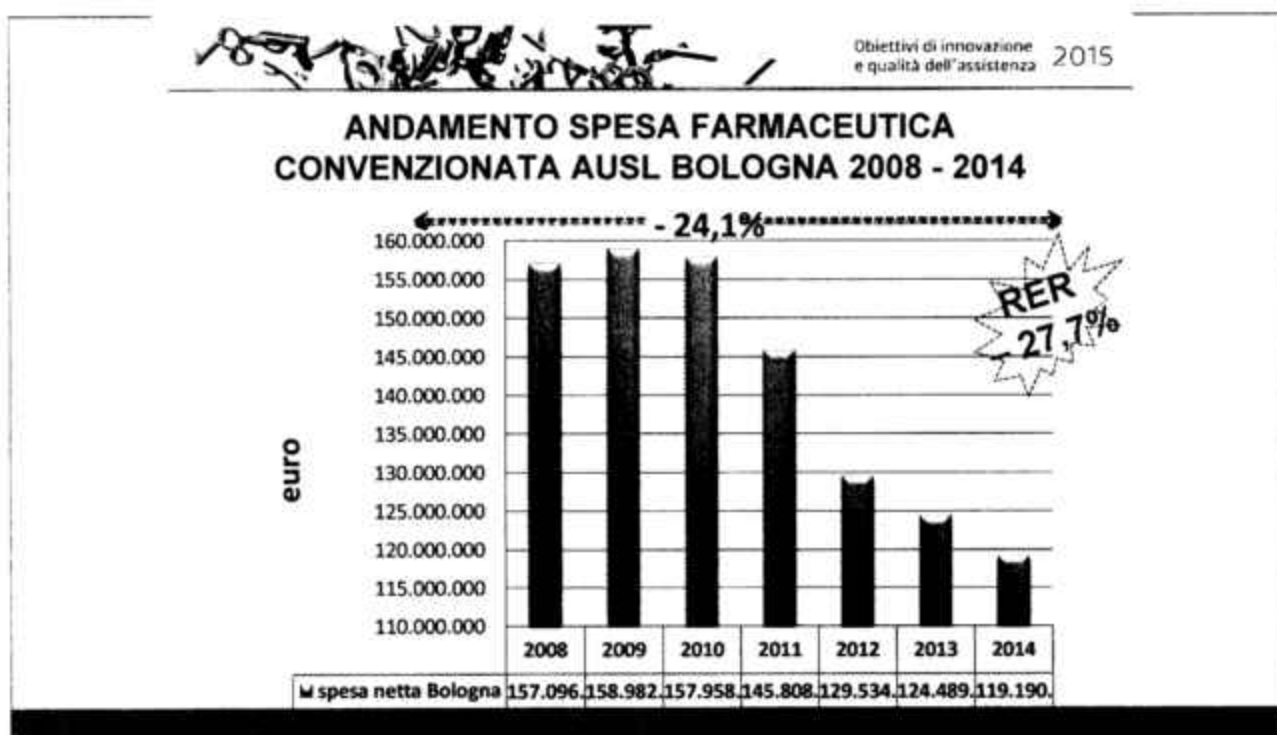
Il 7 giugno 2012 è stato siglato per la prima volta da tutte le OO.SS. l'**Accordo Integrativo Tra Azienda USL di Bologna e le Organizzazioni sindacali dei MMG 2012-2014**. Le caratteristiche principali sono una articolazione in 6 capitoli e l'impegno da parte dei clinici di realizzare obiettivi di governo della domanda e solo a fronte di un loro raggiungimento avere risorse da investire in obv relativi ai PDTA aziendali e ad un Progetto "Fragili":

- **Relazioni professionali - dal Nucleo delle Cure Primarie alla Casa della Salute.** Elementi qualificanti della Casa della Salute sono: l'estensione della fascia oraria giornaliera di accesso agli studi dei medici garantita per tutto l'arco dell'anno, la presenza di un punto di accoglienza riconoscibile da parte del cittadino, il punto prelievi, la distribuzione diretta dei farmaci o di presidi/ausili, i consultori (familiare e/o pediatrico), lo specialista di riferimento, il percorso ambulatoriale specialistico semplice.
- **Attivazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)** per dare risposta ad un problema complesso, perlopiù cronico, focalizzando quelli che comportano un maggiore coinvolgimento della medicina generale, quali scompenso cardiaco, patologie oncologiche e cure palliative, progetto gestione integrata del diabete, reumatologia.
- **Assistenza Domiciliare e sviluppo della rete cure oncologiche e palliative domiciliari**, in cui tutti i nodi della rete assistenziale collaborano, a partire dalla informazione al paziente

e dove strumenti fondamentali risultano il Piano Assistenziale Individuale e la scheda clinico - assistenziale domiciliare.

- **Governo della domanda** incentrato sui temi fondamentali dell'appropriatezza, del coinvolgimento dei Cittadini e del governo economico finanziario. Rivestono particolare importanza i progetti concordati per l'appropriatezza farmaceutica, delle prestazioni specialistiche e su specifici ricoveri ospedalieri, oltre che i progetti territoriali fra i quali il progetto pazienti "fragili" il cui obiettivo consiste nell'individuare precocemente gli anziani a maggior rischio di carenza assistenziale ed il progetto di integrazione con i medici di continuità assistenziale.
- **Sviluppo di progetti di ricerca e formazione permanente**, sia su temi prettamente clinici che su aspetti più di tipo socio-assistenziale.
- **Semplificazione ed informatizzazione** attraverso il completamento del raccordo in rete dei medici di base e l'integrazione con i medici di guardia medica,

Le azioni di **governo del farmaco** hanno realizzato per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale risultati di contenimento in questi anni di gestione, positivi anche se ancora molto deve essere fatto per favorire l'appropriatezza prescrittiva. Dal 2011 al 2012 la spesa è diminuita del 11,16% valorizzabile in oltre 16 milioni di €.



Per quanto riguarda i farmaci a brevetto scaduto a fine 2014 la prescrizione dell'AUSL di Bologna era pari al 78,4% verso una media regionale del 78,1%.

Percentuale di prescrizione (n°DDD) di farmaco a brevetto scaduto, 2014 vs. obiettivo 2015

Dicembre 2014	FE	PR	sede RN	sede RA	BO	RER	RE	ROM	sede FO	MO	IM	PC	sede CS
LISTA DI TRASPARENZA	79,6%	79,6%	79,1%	78,5%	78,4%	78,1%	78,0%	77,8%	77,4%	77,4%	77,3%	76,0%	74,8%
GENERICO "PURO"	30,6%	28,5%	35,6%	31,5%	31,8%	32,3%	32,4%	32,3%	30,9%	36,7%	37,7%	28,5%	30,1%

Obiettivo 2015	FE	PR	RA	BO	FO	RER	MO	IM	PC	CS		
% BREVETTO SCADUTO	87,8%	87,7%	87,2%	86,3%	86,2%	85,9%	85,9%	85,4%	85,4%	84,8%	83,8%	82,6%



Obv 2015

+7% BS

Progetto di gestione integrata del Diabete

Nel corso del triennio 2010-12 si è fortemente implementato il protocollo aziendale relativo al percorso di assistenza integrata per il diabete di tipo 2 incidendo soprattutto sui territori meno avanzati: Casalecchio e aree della città.

Di seguito è possibile osservare l'andamento nel quadriennio 2009-2012 di alcuni indicatori di processo adottati per la verifica degli obiettivi dell'accordo che pone in rilievo il loro miglioramento nel tempo premiando lo sforzo messo in campo dal Dipartimento Cure Primarie nel promuovere la conoscenza e l'integrazione funzionale tra MMG e specialisti diabetologi attraverso la formazione congiunta, e nell'adozione di iniziative atte a favorire la valutazione dei risultati come la discussione nelle riunioni di NCP dei report specifici e dei Profili di NCP.

	2012	2013	2014
n° totale MMG	592	588	590
n° MMG aderenti alla Gestione Integrata	487	456	459
Tasso % di adesione	82,3	77,55	77,79
n° pazienti assistiti in Gestione Integrata	20.281	19.540	19.563
n° totale assistiti dai MMG	760.812	762.636	772.655
tasso di arruolamento sul totale assistiti	2,67	2,56	2,53

Il progetto Audit post-IMA/SCA

Prende l'avvio nell'autunno del 2008 nell'ambito del progetto aziendale di "Prevenzione Cardiovascolare" attraverso un percorso di formazione congiunta tra MMG e Cardiologi in tema di trattamento dei pazienti colpiti da eventi acuti cardio vascolari, organizzata dall'Azienda e

supportata dal Centro per la Valutazione e l'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS). Il progetto prevedeva l'analisi di una coorte di pazienti con almeno un ricovero per IMA/SCA avvenuto nel quinquennio 2004-2008, viventi al 31.12.2009 per verificare i comportamenti prescrittivi dei loro MMG prima e a seguito degli specifici eventi formativi. In particolare, il monitoraggio riguardava la prescrizione dei farmaci appropriati (β -bloccanti, ACE-inibitori/Sartani, Antiaggreganti, Statine), la registrazione in cartella di informazioni relative agli stili di vita (fumo, alcool, BMI, attività fisica) e agli accertamenti diagnostici (assetto lipidico, PA-PD, visite periodiche).

Il progetto è stato inserito nell'accordo locale 2009-2011 con la Medicina di Base costituendo la base per la corresponsione di incentivi economici. Al momento della nascita del DCP aziendale il Progetto era in una fase stagnante dal 2008 e la sua ripresa ha portato nel triennio alla sua realizzazione completa che ha dato risultati molto soddisfacenti in termini di capacità di lettura dei medici dei loro dati e consapevolezza di come una corretta manutenzione della documentazione sanitaria dei pazienti non sia un atto burocratico, ma parte dell'atto clinico.

I risultati mostrano nel confronto tra prima e post audit una differenza significativa nella capacità di gestire il post-infarto da parte della maggioranza dei medici aderenti.

Nel 2013 al reaudit i dati sono stati incoraggianti incoraggianti

Osservatorio 2013 – RISULTATI (1)

	COORTE 2004-2008	COORTE 2009-2012
Pz ricoverati per IMA-SCA (teste) viventi al 31/12/2012	6.281	4.717
% pz ricoverati per IMA-SCA sul totale assistiti-residenti	1,1%	0,8%
Numero assistiti-residenti al 31/12/2012 (età >= 18 anni)	566.039	566.039
Età media pz ricoverati per IMA-SCA	67,0	70,1

La popolazione osservata che ha avuto un evento IMA/SCA nel periodo 2009-2012 è più anziana della coorte iniziale dell'audit (70 anni vs 67,1 anni)

Gli indicatori di processo sono migliorati in maniera statisticamente significativa, sia in termini di prescrizioni di farmaci di provata efficacia che come controlli cardiologici

L'effetto di "trascinamento" delle buone pratiche cliniche promosse nei diversi incontri di audit ha permesso di ottenere un miglioramento della gestione dei nuovi pazienti incidenti

Indicatori VPP

% di MMG aderenti al progetto Audit post-IMA/SCA (che hanno consegnato il file relativo alla seconda estrazione) che hanno prescritto almeno 3 dei 4 farmaci appropriati ad almeno il 60% dei pazienti della loro coorte	93,8
% di MMG aderenti al progetto Audit post-IMA/SCA (che hanno consegnato il file relativo alla seconda estrazione) che hanno eseguito la registrazione in cartella degli stili di vita ad almeno il 60% dei pazienti della loro coorte	62,7

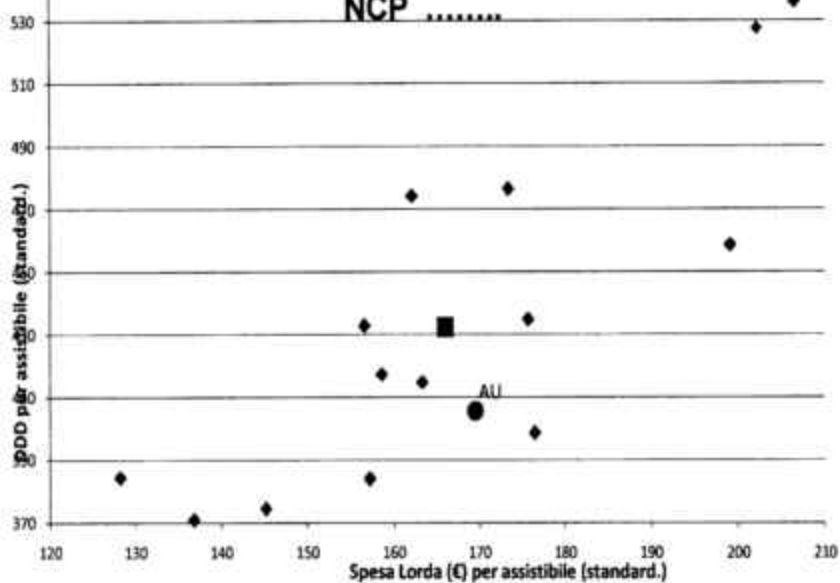
Indicare le decisioni e/o i provvedimenti più importanti che sono stati presi direttamente nel corso degli ultimi sei mesi:

- 1) Revisione dell' Assistenza Domiciliare con obiettivo di riduzione degli accessi medici e predisposizione reportistica per discussione negli incontri di nucleo cure primarie.**
Da un primo confronto tra i primi 5 mesi del 2014 e del 2015 emerge un risparmio nel 2015 di circa 200.000 euro.

Esempio di reportistica che mette a confronto MMG del nucleo con valore Aziendale e di NCP:

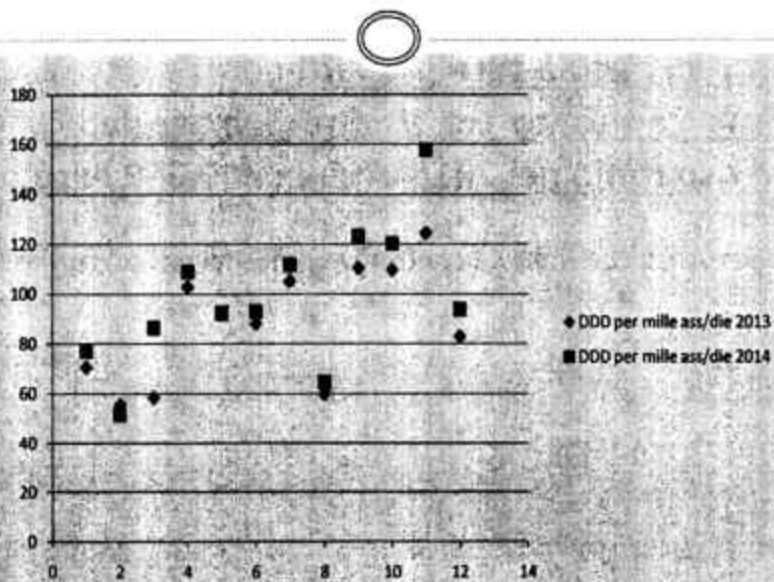
Sintesi Attività Prescrittiva ANNO 2014

NCP



Report NCP

Variabilità inter-nucleo prescrizione PPI



Report NCP

	Medico		Scostamento %		
	2014		2014 vs 2013		2014
	DATI OSSERVATI		Confronto STORICO	Confronto NCP	Confronto AZIENDA
N° trattati/N° assistibili	78,8 %		-4,3 %	13,2 %	-5,5 %
N° ricette	22.556		+2,2 %		-

	DATI OSSERVATI	Valori standardizzati	Confronto STORICO	Confronto NCP	Confronto AZIENDA
	Valori standardizzati				
DDD per assistibile	493,0	385,2	-3,2 %	+5,7 %	-5,0 %
Spesa (€) per assistibile	€218,2	€174,1	-3,9 %	+7,9 %	+2,7 %
Spesa media per DDD	€0,44	€0,45	-0,7 %	+2,2 %	+0,1 %

Totale Spesa Lorda (€)	€366.104
di cui scade di brevetto (%)	67,2 %
Totale DDD	827.247
di cui scade di brevetto (%)	74,6 %

Categoria Terapeutica	Des Categoria	DDD*1000ab/die	% BREVETTO SCADUTO
5 ARI	Finasteride/Finasteride+Dutasteride	10,8	34,7 %
Alfa-Litici	α-Litici BS/ α-Litici BS + Silodosina	24,2	92,3 %
Antidepress SSRI +SNRI	AD BS/AD BS +Duloxetina	28,1	72,9 %
statine	Statine BS /Statine BS+Statine BA	65,3	62,0 %
Gabapentin e Pregabalin	Gabapentin /Gabapentin+Pregabalin	0,9	65,8 %

TOTALE MMG AZIENDA USL

Categoria Terapeutica	Des Categoria	DDD*1000ab/die	% BREVETTO SCADUTO
5 ARI	Finasteride/Finasteride+Dutasteride	10,5	35,0 %
Alfa-Litici	α-Litici BS/ α-Litici BS + Silodosina	26,1	87,0 %
Antidepress SSRI +SNRI	AD BS/AD BS +Duloxetina	42,8	83,2 %
statine	Statine BS /Statine BS+Statine BA	75,2	75,0 %
Gabapentin e Pregabalin	Gabapentin /Gabapentin+Pregabalin	2,3	27,7 %

PPI - Confronto DDD Anni 2013 - 2014

	ddd1000ass/die 2013	ddd1000ass/die 2014
MMG	23,9	17,7
NCP	52,9	58,4
Azienda USL	70,6	77,2

Report Individuale MMG

Nuovi farmaci da monitorare - Anno 2014

Categoria	Principio attivo	% Molecole rispetto alla categoria		
		MMG	NCP	AUSL
Anticolinergici LAMA	Acilidinio e Glicopirronio	0,8 %	22,9 %	21,5 %
Agonisti recettori beta-2 LABA	Indacaterolo		43,3 %	54,3 %

Report Individuale MMG

2) Progetto di riduzione spesa farmaceutica e appropriatezza della prescrizione: Governare il farmaco: appropriatezza farmaceutica

A) Erogazione diretta (ED)

- 1- Presa in carico di terapie complete per alcune patologie a partire da pazienti con Piano Terapeutico che già accedono a tutti i punti di distribuzione diretta dell'area bolognese:
 - pazienti con BPCO
 - pazienti con ipertensione arteriosa
 - pazienti con diabete
 - pazienti con IRC in terapia conservativa
 - pazienti oncologici

-altro

I punti territoriali da potenziare o implementare vanno individuati sulla base di tre criteri:

- presenze effettive nella sede (Case della Salute) di MMG
- numero specialisti ambulatoriali nella sede (Case della Salute o Poliambulatorio)
- miglioramento dell'accessibilità per aree della città altrimenti poco servite

La proposta per le sedi territoriali riguarda quindi:

- Bologna: Borgo-Reno, S. Donato-S.Vitale (Case della Salute), Mazzacorati e Tiarini (Poliambulatori)
- Casalecchio: Sasso Marconi (Casa della Salute)
- Pianura Est: S. Pietro in Casale (Casa della Salute)

2 – Intercettare il paziente che accede alle strutture per le visite specialistiche, erogando direttamente i farmaci prescritti e prendendo in carico per la terapia completa i pazienti affetti dalle patologie indicate al punto precedente.

Per strutture s'intendono gli ospedali, le case della Salute e i poliambulatori di medie-grandi dimensioni.

3 – Inibitori della Pompa protonica (PPI)

Verrà predisposto una sorta di "Piano Terapeutico per la prescrizione di PPI" cointestato Ausl, AOSP, IOR.

B) Appropriatezza delle prescrizioni in medicina generale

1- Incremento dell'utilizzo dei farmaci a Brevetto scaduto (BS)

Viene predisposto un report individuale per MMG che verrà distribuito tra aprile-maggio (con dati del 2014), da rivalutare semestralmente (1° sem 2015) a novembre 2015

2- Verifica del rispetto Note AIFA (Note 1, 66, 79)

- Nota 1 PPI
- Nota 66 FANS
- Nota 79 Farmaci della mineralizzazione ossea

Si produce un report individuale (dati 2014) con l'elenco degli assistiti e delle relative prescrizioni ritenute potenzialmente non conformi, rivalutazione da parte dei clinici della prescrizione a carico SSN con rivalutazione dopo 6 mesi (dati 1° sem 2015) a novembre 2015.

3- Altri farmaci da monitorare

Nuovi farmaci ad alto impatto di spesa per il trattamento dell'apparato respiratorio: Acildinio, Glicopirronio e Indacaterolo vengono monitorati rispetto alla prescrizione del singolo MMG vs la classe terapeutica di riferimento, mediante report individuali predisposti semestralmente.

Considerazioni complessive per perseguire le azioni individuate:

Per l'anno 2015 le azioni di cui ai punti 1-2-3 precedenti coinvolgeranno tutti i MMG secondo il tempogramma già descritto.

Da un'analisi della spesa farmaceutica si rileva che è possibile stratificare i MMG secondo una spesa pro-capite che individua su 588:

- 108 hanno una spesa inferiore alla media regionale,
- 174 sono al di sotto della spesa media aziendale,
- 260 hanno una spesa al di sopra della media aziendale,
- 46 risultano avere un numero di assistiti troppo basso per essere confrontati con gli altri.

Con le forze attualmente in campo l'intervento a partire dal mese di maggio-giugno può essere focalizzato sui primi 100 medici (dei 260) attraverso un incontro individuale tra il MMG e il Dirigente del DCP con il supporto del farmacista.

- In quest'occasione verranno analizzati nel dettaglio i report e stilato un verbale con la dichiarazione esplicita degli impegni che il MMG si assume.
- Successivamente verrà richiesta una relazione scritta con le motivazioni relative alle prescrizioni "potenzialmente inappropriate".
- Nel mese di settembre verrà effettuato il secondo incontro con il MMG per verificare la reale realizzazione degli impegni concordati.

4- Attivazione degli strumenti cui agli articoli 25 e 27 dell' ACN della MG

In situazioni particolari caratterizzate dalla persistenza di inappropriatezza prescrittiva si attivano gli strumenti previsti dalle normative contrattuali nazionali. *Comitato Consultivo Aziendale integrato da un rappresentante del Dipartimento Farmaceutico e con il supporto di un MMG-Referente Clinico.*

5- Piano di comunicazione rivolto a cittadini e professionisti

Pianificazione di una informazione-formazione volta ad aumentare la consapevolezza su benefici e rischi dei farmaci.

- Formazione ai MMG modello slow-medicine
- Convegno
- Articoli sui media
- Incontri locali intorno alla Casa della salute con associazioni di cittadini, componenti i Comitati Consultivi misti, ecc

C) CONDIVISIONE DELLA CULTURA GENERALE DI UTILIZZO APPROPRIATO DEL FARMACO

1- Comportamenti integrati tra differenti aree professionali .

- Ripresa delle azioni dell'audit interaziendale farmaci iniziato nel 2014. Si cita a questo proposito lo IOR cui, a seguito dell'implementazione delle azioni di miglioramento, è stata confermata la diminuzione di comportamenti prescrittivi inappropriati.
- Costituzione di un **tavolo di confronto** tra professionisti delle diverse Aziende di aree specialistiche strategiche "opinion makers" con farmacisti e MMG al fine di condividere gli obiettivi ed i comportamenti
- Costituzione, attraverso un percorso formativo integrato, di un gruppo di MMG che sia in grado di diventare attivamente punto di riferimento per i colleghi (coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie, animatori di formazione)

STIMA della valorizzazione economica delle azioni proposte

AZIONI	Quantificazione economica 6 mesi	Base Annua
Cap. A Azione 1 (ED AOSP e AUSL)		2.300.000
Cap. A Azione 2 (Dimissione da v. specialistica)		2.600.000
Cap. A Azione 3 (PPI)		900.000
DPC		1.000.000
Totale A		6.800.000
Cap. B Azioni 1 2 3 (100 MMG)		
Totale B	1.400.000	
Cap. B Azioni 1 2 3 (260 MMG)		
Totale B	3.500.000	

3) Riduzione spesa protesica e appropriatezza della prescrizione:

Obiettivo aziendale di riduzione spesa protesica 2014 -8% rispetto al 2013: raggiunto

	anno 2013	anno 2014	Diff. Assoluta	Diff. %
TOTALE AUSL BO	6.146.884	5.631.698	-515.186	-8,38%

Obiettivo dipartimentale di riduzione spesa protesica 2015 -7,70% rispetto al 2014: raggiunto al monitoraggio primo trimestre 2015

MONITORAGGIO AL I TRIMESTRE 2015

SPESA PROTESICA: OBIETTIVO 2015

CDR	ANNO 2014	3 mesi 2014	3 mesi 2015	dRE Assoluta	dRE %	OBIETTIVO 2015	
						-7,70% anno 2014	
ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE	1.799	492	53	-439	-89,3%		●
GUARDIA MEDICA	2.909	1.401	305	-1.096	-78,2%		●
MEDICI MED. SERVIZI TITOLARI	57.290	10.708	579	-10.127	-94,8%		●
MEDICI SPECIALISTI CON. INT TITOLARI	1.481.653	409.573	367.649	-41.924	-10,2%		●
Chirurgia	468	121		-121	-100%		●
Oculistica	67.878	26.911	4.335	-22.576	-84%		●
Oncologia	2.995	575	585	10	2%	1.1	●
Ortopedia	547.801	145.081	106.800	-38.281	-26%		●
Obstetrica-Ginecologia	1.772	603		-603	-100%		●
Otorinolaringoiatria	860.738	236.283	256.930	19.647	8%	1.1	●
MEDICI SPECIALISTI CONV. SOST.	207.873	39.423	52.780	13.358	33,8%	1.1	●
SPECIALISTI TEMPO DETERMINATO / CON. INT TITOLARI / CONV. SOST.	6.083	4.854	2.377	-2.477	-51,0%		●
MEDICO DIPENDENTE DEI SERVIZI	166.183	70.805	12.828	-67.779	-81,8%		●
MEDICO SPECIALISTICA AMB. TERRITORIALE	103.899	49.158	5.218	-43.941	-89,4%		●
MMG	308.684	104.329	51.031	-53.288	-51,1%		●
PLS	53						●
SOSTITUTI C.A. E E.T.	13.147	2.686	1.457	-1.229	-45,8%		●
TITOLARI C.A. E E.T.	135		135	135	NDV/DI	1.1	●
TOTALE CON OBIETTIVO	2.345.767	698.238	494.989	-198.828	-38,7%	2.168.835	●

Descrivere le metodologie informative, (contabili o altre) utilizzate per lo svolgimento delle attività direzionali proprie della posizione ricoperta

Settimanalmente è convocato l'Ufficio di Direzione (UD), organismo per la gestione operativa composto dai responsabili delle Strutture Complesse e semplici dipartimentali.

Trimestralmente è convocato un UD allargato alle strutture semplici e ARoA con intenti di programmazione, monitoraggio e verifica della pianificazione e strumento di integrazione tra i professionisti

Ad inizio anno dopo la negoziazione del budget con la direzione strategica una riunione plenaria per la presentazione degli obiettivi, la loro distribuzione per equipe e l'individuazione di un responsabile/capofila. Individuazione degli obv prioritari e la pianificazione delle azioni per il loro raggiungimento ai quali legare una parte del salario di risultato.

Il monitoraggio del budget viene realizzato attraverso la discussione in UD anche allargato dei

report trimestrali di produzione, costi/consumi e l'individuazione di correttivi.

Sono state predisposte schede ad hoc per il monitoraggio degli obv con individuati i responsabili/coinvolti e le fasi di progressione trimestrali degli obv realizzati.

Con i Medici convenzionati è istituito un gruppo di MMG Referenti Clinici, 8 con i quali si trattano argomenti specifici dell'area professionale, gli incontri hanno periodicità mensile, lo stesso si ripete con 6 referenti della Pediatria di famiglia e i 7 referenti della MCA.

Mentre gli incontri con gli specialisti avvengono con i loro Referenti di Branca ed il referente unico dipartimentale a periodicità bimestrale.

Principali negoziazioni formali a cui si è partecipato nell'ultimo periodo di riferimento; (indicare i soggetti, le parti, gli oggetti di negoziazione ed il ruolo svolto), distinguendo tra negoziazioni interne all'impresa/ente (con altre unità organizzative, con i vertici aziendali ecc.) e negoziazioni esterne (con organizzazioni sindacali, per accordi di collaborazione con altri enti, per contratti di acquisizione di beni/servizi di particolare rilevanza)

Il ruolo del Direttore di Dipartimento presuppone incontri negoziali con le OO.SS. per l'applicazione degli aspetti contrattuali dei convenzionati, la partecipazione ai tavoli dei Piani di Zona, La stesura di Convenzioni con le associazioni di volontariato (ANT, Nelson Frigatti, SOKOS AUSER, Confraternita della Misericordia...) per le forniture di servizi.

Presiede il Comitato Aziendale per l'applicazione degli accordi della MMG, MCA, Specialistica e PLS.

Presiede la Commissione Paritetica della formazione dei MMG, PLS, Specialisti e MCA.

23/6/2015
Tavola

DATI ATTESTANTI L'ESPERIENZE DIRIGENZIALE ACQUISITA PER ALMENO 5 ANNI NEL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE O PER ALMENO 7 ANNI NEGLI ALTRI SETTORI

SCHEDA N. 2 DIREZIONE DISTRETTO DI PORRETTA (2006-2010)

Direttore Distretto di Porretta Terme

Azienda USL di Bologna

Via Castiglione 29

Settore: Ambito territoriale

Struttura organizzativa: Direttore di Pediatria

N. collaboratori alle dirette responsabilità del candidato

I Direttori delle Aree Dipartimentali n.2 e i responsabili SATeR e Amministrativo n.2 per un totale di 4 risorse umane.

Area Dirigenza

Dirigenti Medici Dipendenti	9
Altri Dirigenti Dipendenti	2

Area Comparto

Amministrativi	25
Infermieri	31
Ostetriche	5
OTA-OSS-ausiliari e altro	2
Terapisti della Riabilitazione	5
Altro personale	6
Educatori e Tecnici	1
Personale non dip. incaricato	15
tot	90

Convenzionati

Medici Medicina Generale	45
Pediatrati di Libera Scelta	9
Medici della Continuità Assistenziale	20
Specialisti Ambulatoriali	20
tot	94

Entità del budget gestito dal candidato

Aree omogenee	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Beni sanitari	3.142.673	2.976.698	3.156.372
Beni non sanitari	76.352	71.807	75.196
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	15	0	0
Assistenza farmaceutica	10.572.371	10.602.358	10.867.417
Assistenza protesica	1.022.695	902.299	876.571
Assistenza integrativa ed ossigenoterapia	509.075	580.415	569.770
Oneri a rilievo sanitario rette e inserimenti	2.706.357	3.074.177	3.315.525
Servizi socio-sanitari	1.823.056	2.326.342	2.514.994
Trasporti sanitari	161.840	176.855	225.241
Assegni, sussidi e contributi	1.780.092	2.136.335	2.113.477
TOTALE	21.794.526	22.847.286	23.714.563

Posizione occupata: Direttore del Distretto di Porretta Terme, dal 16.05.2006 al 30.06.2010

Inquadramento formale: Dirigente Medico di Pediatria Direttore, dal 01.05.2003.

Responsabilità del Ruolo:

- Governo dell'Area territoriale di riferimento attraverso il raccordo e la collaborazione con gli Enti Locali di riferimento e con il Comitato di Distretto.
- Rappresenta la Direzione generale nei rapporti con gli Enti Locali e, più in generale, con le OO.SS, le Associazioni di volontariato ed altri organismi operanti sul territorio di competenza.
- Rappresenta il livello di lettura dei bisogni delle popolazioni, di qualificazione della domanda e di responsabilità di committenza conseguente.
- Assicura l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari, nonché il coordinamento delle attività distrettuali fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale.
- Attua strategie aziendali, a livello locale, sulla base dei Programmi delle Attività

Territoriali (PAT), in particolare:

- servizi e prestazioni di assistenza primaria distrettuale;
- funzioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità di integrazione, nonché, se delegati dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
- supporta la Direzione Aziendale nell'individuazione dei bisogni e nella pianificazione delle azioni necessarie al governo dei processi clinico assistenziali;
- partecipa alle scelte aziendali e pianifica le attività secondo le logiche e le strategie aziendali;
- si avvale dei servizi in staff alla Direzione aziendale e collabora con loro per il perseguimento degli obiettivi definiti in sede di programmazione e controllo;
- concorda con i responsabili degli altri Distretti, degli altri Dipartimenti aziendali e del presidio ospedaliero, i livelli di attività e le relative prestazioni;
- dirige le attività delle strutture afferenti al proprio Distretto;
- ha la gestione complessiva del budget assegnato ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- favorisce la collaborazione interprofessionale e il coordinamento organizzativo e gestionale;
- promuove la formazione continua, la ricerca e le altre iniziative finalizzate ad assicurare l'aggiornamento tecnico scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate;
- rappresenta la Direzione generale nelle relazioni esterne ed è garante della correttezza dei comportamenti nei rapporti tra le strutture dell'area di competenza e gli organi istituzionali/le associazioni di categoria/le organizzazioni sindacali/la cittadinanza;
- presiede il Collegio di Direzione e l'Ufficio di Direzione Distrettuale;
- predispone il regolamento per il funzionamento del Distretto da sottoporre all'approvazione della Direzione Aziendale;
- propone alla Direzione Aziendale l'istituzione o la modifica delle strutture organizzative, complesse o semplici, e l'avvio o la modifica di Programmi.

Descrizione dei ruoli organizzativi (principali) con cui si interagisce:

Regione Emilia Romagna:

- Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari (Responsabile e Dirigente del Servizio) per Programma Regionale G. Leggieri (come componente del Gruppo Regionale), Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Specialistica (come componente del Tavolo Regionale di Monitoraggio dei tempi di attesa per l'AVEC), documenti di sviluppo delle cure primarie
- Servizio Sanità Pubblica per Progetto Regionale per la prevenzione delle recidive cardiovascolari (componente del gruppo)

– Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri per partecipazione a diversi gruppi di lavoro in qualità di componente del Gruppo di Lavoro per Programma Regionale G. Leggieri

AUSL di Ferrara come componente del Nucleo di valutazione

Agenzia Sanitaria Nazionale- Agenas- Componente del Gruppo di Progetto Ricerca sullo stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane

Istituto Europeo N (IEN) Forum delle Risorse Umane (Il Direttore)

Organizzazioni Sindacali dei MMG e MCA: FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa (come componente del Comitato aziendale per la Medicina Generale e CA e della PLS);

Organizzazioni Sindacali della Pediatria di Famiglia: FIMP, CIPE

Organizzazioni Sindacali degli Specialisti Ambulatoriali: CISL e SUMAI

OO.SS. della Dirigenza e Comparto (CGIL, CISL, UIL, ecc) per contrattazione decentrata

Componenti e Presidente del Comitato Consuntivo Misto Distrettuale

Associazioni di Pazienti e/o Familiari con disabilità (Presidenti associazioni)

Gestori Case Residenza Anziani (CRA) : es. CADIAI, Il sollievo, s. Clelia Barbieri per convenzioni

Associazioni di Volontariato: per convenzioni con Associazione Nazionale Tumori (ANT), Nelson-Frigatti, AUSER, AMISS, Pubblica Assistenza (Presidenti)

Fondazione Santa Clelia Barbieri per formazione (Direttore)

Enti Locali: Sindaci ed Assessori dei 13 Comuni del Distretto di Porretta Terme, Responsabile dell'Ufficio di Piano

Provincia di Bologna. Tavolo Tecnico Permanente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, Conferenza TSS, Presidente della CTSS, Componenti dell'Ufficio di Piano della Provincia, della CTSS di Imola

Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto:

Dipendenza gerarchica dal Direttore Generale: dott. Franco Riboldi

Componente del Collegio di Direzione Aziendale

Relazioni orizzontali:

Distretti n.5

Dipartimenti funzionali delle cure primarie e della Integrazione socio-sanitaria

Dipartimenti gestionali: Sanità Pubblica, Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, Chirurgico, Emergenza, Igienico Organizzativo, Materno Infantile, Medico, Oncologico, Neuroscienze, Servizi, Farmaceutico, Amministrativo, Tecnico Patrimoniale,

Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati:

Afferiscono gerarchicamente al Direttore di Distretto il Direttore Area Dipartimentale delle Cure Primarie, dell'Integrazione Sociale Sanitaria, il Responsabile SATeR e dell'Unità Amministrativa (come da organigramma)

Al Direttore Area Dipartimentale Cure Primarie (1 Direttore di UOC) compete:

- Produzione di prestazioni e servizi secondo la negoziazione annuale caratterizzati da appropriatezza, efficacia e qualità tecnica.
- Gestione efficiente delle risorse.
- Promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e competenze professionali attraverso iniziative di formazione.
- Responsabilità del governo clinico
- Assicura le cure primarie erogate dalla UOS Assistenza Specialistica, UOS assistenza di Base e Pediatria di Comunità e UOS Consulteri Familiari

Gli ambiti di intervento dell'Area e delle Unità Operative Semplici riguardano:

- Assistenza di medicina generale
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza domiciliare
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza residenziale e semiresidenziale
- Assistenza pediatrica
- Assistenza consultoriale
- La cura delle malattie croniche, la tutela della salute di alcune popolazioni target (infanzia, donne), l'assistenza globale dei soggetti deboli (anziani, handicap fisici).

I NCP di afferenza sono 3 con una popolazione ciascuno intorno 16.000 abitanti, 45 MMG, 9 PLS.

Al Direttore Area Dipartimentale Integrazione Sociale Sanitaria (1 Direttore di UOC) compete:

- Responsabilità per l'assistenza alle persone disabili adulte attraverso la programmazione di interventi personalizzati con l'obiettivo di adeguare l'offerta dei servizi alla continua evoluzione dei bisogni mantenendo un equilibrio tra equità dell'offerta e personalizzazione dell'intervento
- Assistenza alla popolazione anziana in un territorio caratterizzato da una alta percentuale di ultrasessantacinquenni, bassa densità abitativa, caratteristiche orogeografiche e di trasporti problematiche per il raggiungimento dei Servizi. Pertanto con l'obiettivo prioritario di sostegno alla domiciliarità
- Assistenza ai Minori attraverso la funzione di tutela a forte integrazione socio-sanitaria con interventi che riguardano la valutazione e il sostegno alla genitorialità, le adozioni e gli affidi, le separazioni con minori contesi, gli abusi e le violenze subite dai bambini, il disagio comportamentale a livello scolastico

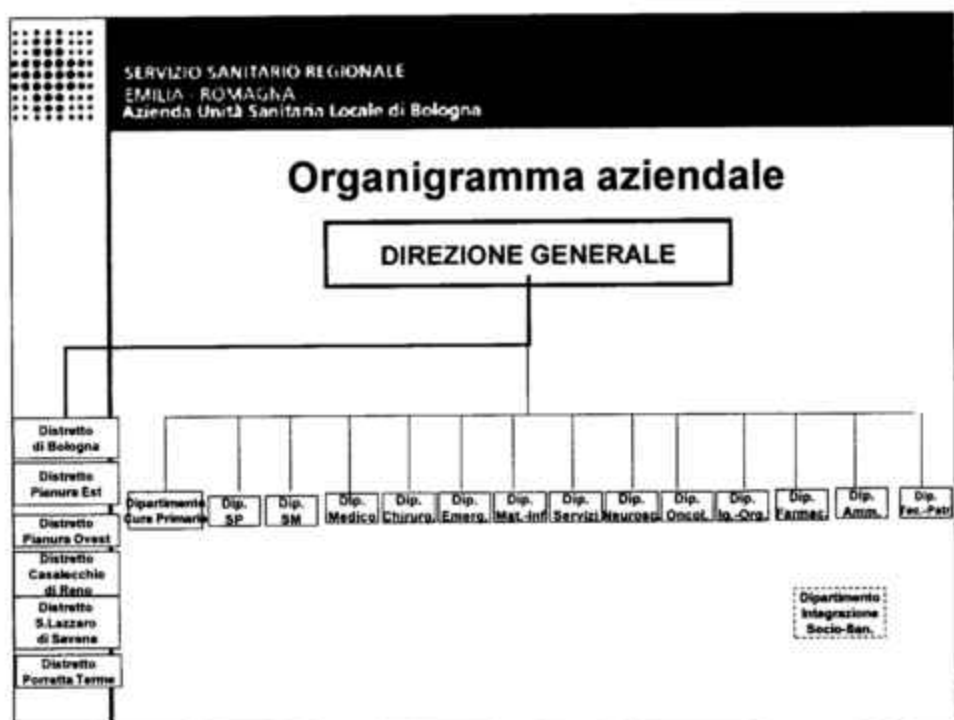
L'Area si articola in 3 Unità Socio Sanitarie Integrate (USSI):

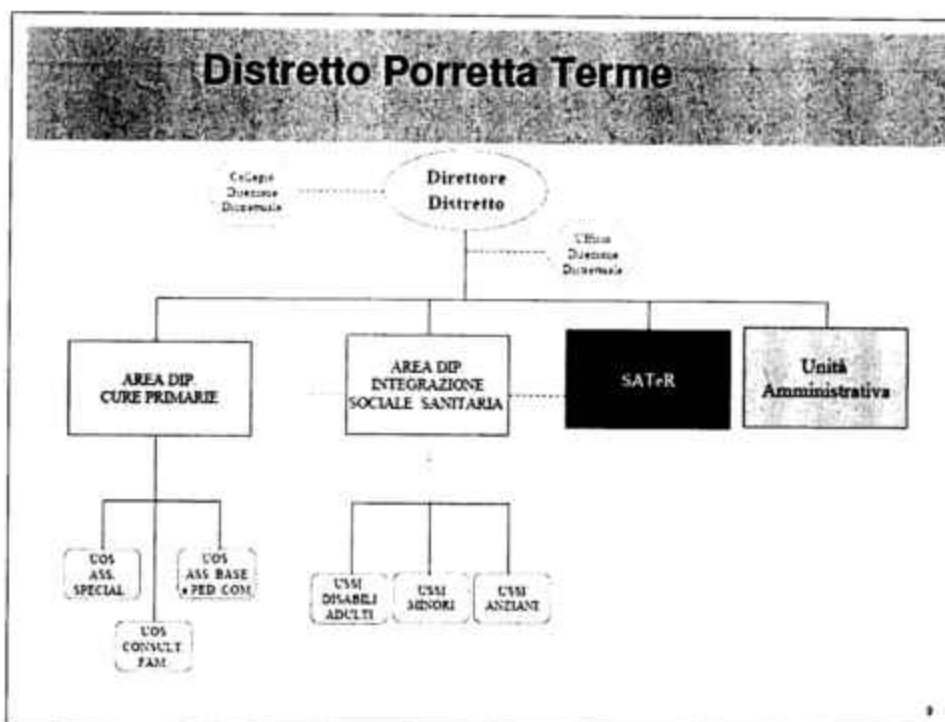
- USSI Disabili Adulti con Responsabile un educatore,
- USSI Minori con Responsabile un'assistente sociale;
- USSI Anziani con Responsabile un'assistente sociale.

Al Responsabile SATeR compete la responsabilità di garantire continuità di cura in dimissione dall'ospedale, nell'assistenza domiciliare e nel setting ambulatoriale e consultoriale, controllo della qualità dell'assistenza anche nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani. Gestione del personale, raggiungimento degli obiettivi di formazione, raggiungimento degli obv affidati dalla negoziazione di budget. Sviluppo di nuove modalità di presa in carico (Infermiere di famiglia)

L'Unità Amministrativa, attribuita ad un Responsabile di Posizione Organizzativa, svolge funzioni di garanzia di accesso ai servizi attraverso gli sportelli unici distrettuali, sovrintende alle Relazioni con i Cittadini, è di supporto al Comitato Consultivo Misto, applica i contratti dei convenzionati e di fornitura di servizi, gestisce il personale, supporto alla direzione del Distretto e agli Enti Locali per la gestione dei fondi sociali e FRNA.

Organigramma:





Obiettivi e risultati raggiunti nello svolgimento della funzione direzionale nell'arco degli ultimi 3 anni:

Nel 2007 gli obiettivi gestionali e di sviluppo assegnati sono 41, non positivo il 5% con valutazione 95%.

Attività: valutazione 95%

Costi: valutazione 99%

Risorse umane: valutazione 89%

Valutazione complessiva: 95% che equivale al raggiungimento del 100% del salario di risultato.

Nel 2008 al Direttore di Distretto sono stati assegnati 85 obiettivi nell'ambito:

- sviluppo della rete ospedaliera della Provincia di Bologna nel contesto competitivo nazionale
- nuovi modelli di assistenza ospedaliera: la ricerca di maggiore qualità ed efficienza
- nuova governante del territorio
- innovazione e gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici
- prevenzione come funzione diffusa e consapevole in tutta l'Azienda USL
- sistemi di accesso e partecipazione dei cittadini
- sviluppo del capitale umano
- ricerca e innovazione tecnologica per il miglioramento dei servizi

Valutazione complessiva: 99% che equivale al raggiungimento del 100% del salario di

risultato.

Nel 2009-2010 la valutazione positiva complessiva della Direzione Generale Aziendale dell'operato della sottoscritta emerge anche dal corpo della Deliberazione n 222 del 09.07.2010 di Attribuzione dell'incarico di Direttore del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL di Bologna.

Per l'assegnazione dell'incarico, connotato da carattere di fiduciari età, oltre al possesso dei requisiti, era stata valutata positivamente la capacità in termini di realizzazione dei piani e dei programmi previsti e di raggiungimento degli obiettivi ascritti, sapendo creare un ambiente favorevole alla valorizzazione ed allo sviluppo delle relazioni interprofessionali.

Cambiamenti organizzativi ed interventi direttamente "guidati" che hanno realizzato modifiche significative della qualità dell'assistenza nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità gestionale:

- Il governo della Specialistica e la riorganizzazione nei poliambulatori ha realizzato indici di consumo grezzi pro-capite (2006-2007) inferiori alla media aziendale 4.438 *1000 ab vs 5.234 *1000 ab aziendali
- Nell'ambito della Continuità Ospedale Territorio verso l'Assistenza Domiciliare integrata l'investimento organizzativo ha portato ad un incremento costante negli anni delle segnalazioni di dimissioni protette (da 168 nel 2005 a 270 nel 2007) e il più alto tasso di copertura aziendale per ADI, in particolare ADI3 5,3 *1000 ab vs il 3 *1000 ab aziendale.
- Copertura antinfluenzale nella popolazione > 65 anni = 80,5% (media RER 74,4% 2007)
- Realizzazione di due medicine di gruppo all'interno di poliambulatori aziendali, modello di evoluzione del NCP vs le Case della Salute. Di 45 MMG nel 2006 il 29% era in associazione (gruppo/rete), nel 2009 il 76%.
- Nel NCP Valle del Setta si è realizzato il primo modello di Medicina in Rete orizzontale con comunicazione di documentazione sanitaria del paziente ai medici di Continuità Assistenziale e infermieri attraverso il "Patient Summary".
- Gestione della patologia cronica attraverso un progetto specifico di audit post-IMA in un NCP (Alta Valle del Reno), percorso per scompenso cardiaco a gestione domiciliare, sviluppo del progetto diabete integrato con MMG (la copertura della popolazione è passata dal 1,8% del 2005 al 3,1% del 2007).
- Particolare attenzione è stata data allo sviluppo di progetti per migliorare la presa in carico dei pazienti disabili e delle loro famiglie: una ricerca/azione in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna per studiare strumenti e politiche in grado di rispondere ai bisogni delle persone disabili, progetti in collaborazione con imprenditori locali (Piquadro) per utilizzare la creatività come elemento di sviluppo e realizzazione di prodotti da mettere sul mercato. Progetti di sviluppo dell'autonomia con l'Associazione "Dopo di noi" week-end in appartamento, 2 appartamenti di sostegno dove persone disabili abitavano con il sostegno di un educatore.
- Il miglior risultato raggiunto nella direzione del Distretto di Porretta Terme, dal 2006 al 2010, può essere identificato nell'aver applicato strumenti di gestione (controllo di

gestione, programmazione e verifica) che hanno permesso di organizzare i servizi sanitari e sociali e di allocare le risorse e raggiungere gli obiettivi affidati rispettando i fondi assegnati (Bilancio Sanitario, Bilancio Sociale, FRNA) dopo un periodo precedente di forti disavanzi che avevano creato forti conflittualità fra Comuni e l'Azienda.

- Infine aver costruito, attraverso un metodico e costante lavoro di relazione ed ascolto, un clima di confronto costruttivo non solo con gli Enti locali ma anche e fra Associazioni di persone Disabili, gestori di struttura per Anziani e Disabili, Sindacati e rappresentanze dei cittadini.

Metodologie informative utilizzate per lo svolgimento delle attività direzionali proprie della posizione ricoperta:

Settimanalmente veniva convocato l'Ufficio di Direzione Distrettuale (UDD), organismo per la gestione operativa composto dai Responsabili delle Strutture Complesse e Responsabili SATeR e Amministrativo.

Trimestralmente convocato il Collegio di Direzione Distrettuale organismo di programmazione, monitoraggio e verifica della pianificazione e strumento di integrazione con i dipartimenti territoriali ed ospedalieri, il sociale e la medicina generale.

Ad inizio anno dopo la negoziazione del budget con la direzione strategica una riunione plenaria con tutti i dipendenti per la presentazione degli obiettivi, la loro distribuzione per equipe e l'individuazione di un responsabile/capofila. Individuazione degli obb prioritari e la pianificazione delle azioni per il loro raggiungimento ai quali legare una parte del salario di risultato (premio).

Il monitoraggio del budget veniva realizzato attraverso la discussione in UDD dei report trimestrali di produzione, costi/consumi e l'individuazione di correttivi e un'attenta valutazione del rispetto dei quantitativi negoziati.

Principali negoziazioni formali a cui si è partecipato nell'ultimo periodo di riferimento:

Il ruolo di Direttore di Distretto presuppone incontri negoziali con le OO.SS. confederali per il contributo alla pianificazione sanitaria e sociale, confronto con i Sindaci ed Assessori, Ufficio di Piano in preparazione dei documenti da presentare al Comitato di Distretto. A questo riguardo si rammenta l'importante lavoro di programmazione riferito all'assegnazione dalla metà del 2006 del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) e le modifiche organizzative e di meccanismi operativi che ha implicato: costituzione del Nuovo Ufficio di Piano, convenzioni tra comune capofila e altri Comuni e tra lo stesso ed Azienda USL.

Pertanto è stato costituito un coordinamento distrettuale in capo al Direttore di Distretto con rappresentanti dei Comuni per il monitoraggio del Bilancio separato dovuto al FRNA e al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, raggiungendo ogni anno l'obiettivo di rispetto dei consumi delle risorse assegnate.

Committenza con le associazioni di volontariato (Pubblica Assistenza, AUSER ...) per le forniture di servizi.

Presenza nel Comitato Aziendale per l'applicazione degli accordi della MMG, MCA e PLS.

23/6/2015 *[Handwritten signature]* 9

DATI ATTESTANTI L'ESPERIENZE DIRIGENZIALE ACQUISITA PER ALMENO 5 ANNI NEL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE O PER ALMENO 7 ANNI NEGLI ALTRI SETTORI

SCHEDA N. 3 DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE DI S.LAZZARO (2001-2006)

Direttore Dipartimento Cure Primarie San Lazzaro

Azienda USL di Bologna Sud

Via Cimarsa 5/2 – Casalecchio di Reno e successivamente AUSL di Bologna

Via Castiglione 29

Settore: Ambito territoriale

Struttura organizzativa: Direttore di Pediatria, Direttore Area Sanitaria del DCP

N. collaboratori alle dirette responsabilità del candidato

Il Direttore di Dipartimento ha come stretti collaboratori i Responsabili delle Aree, di cui 1 Area Sanitaria Diretta personalmente (n.2) e i Responsabili di UOS (n.5) e Responsabile Infermieristico (n.1) Totale 8 persone

Area Dirigenza

Direttori U.O. Complessa	3
Responsabili U.O. Semplice	6
Dirigenti Medici Dipendenti	11
Dirigenti Psicologi Dipendenti	6
Dirigente Servizi Sociali	1
Dirigente Infermieristico territoriale	1

Area Comparto

Amministrativi	26
Infermieri	33
Ostetriche	5
OTA-OSS-ausiliari e altro	1
Terapisti della Riabilitazione	4
Assistenti Sociali	10
Educatori e Tecnici	6
Terapisti e logopedisti	6
Assistenti sanitari	6
Educatori	6
Dietista	1
tot	104

Convenzionati

Medici Medicina Generale	60
Pediatrati di Libera Scelta	9
Medici della Continuità Assistenziale	20
Medico dei Servizi	1
Medico Prelevatore	5
tot	95

Entità del budget gestito dal candidato

Aree omogenee	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Beni sanitari	1.658.894	1.355.433	1.460.493
Beni non sanitari	73.846	74.155	74.155
Assistenza farmaceutica	13.431.986	13.170.199	13.207.339
Assistenza protesica	1.067.920	890.000	900.000
Assistenza integrativa ed ossigenoterapia	109.000	642.000	730.000
Oneri a rilievo sanitario rette e inserimenti	2.222.141	2.535.788	2.636.233
Servizi socio-sanitari	1.022.260	1.085.681	1.180.919
Assegni, sussidi e contributi	415.510	450.680	518.135
TOTALE	20.002.387	20.205.324	20.708.751

Posizione occupata e livello di inquadramento formale: Direttore Dipartimento Cure primarie San Lazzaro dal 01.06.2001 al 30.09.2005; e Direttore Area Sanitaria

Dal 01.10.2005 Direttore Area Dipartimentale delle Cure Primarie San Lazzaro.

Dal 1.5.2003 Direttore di Pediatria

La Mission si esplicita in:

Produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica, nonché da una gestione efficiente delle risorse.

Promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e competenze professionali attraverso iniziative di formazione.

Esercizio del governo clinico quale strumento più idoneo per implementare nelle cure primarie nuovi programmi assistenziali, per valutare e migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi erogati.

Le cure primarie erogate dal DCP comprendono:

- Assistenza di medicina generale e infermieristica
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza domiciliare
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza residenziale e semiresidenziale
- Assistenza pediatrica
- Assistenza consultoriale
- La cura delle malattie croniche, la tutela della salute di alcune popolazioni target (infanzia, donne), l'assistenza globale dei soggetti deboli (anziani, handicap fisici).

L'ampia gamma delle attività di produzione trova applicazione in una nuova formula organizzativa: il Nucleo delle Cure Primarie (NCP). Esso aggrega operativamente diverse professionalità affinché erogino la migliore risposta possibile al paziente, non astrattamente definito, ma identificato rispetto a bisogni, condizioni ed esigenze ben conosciute e ponderate.

Descrizione dei ruoli organizzativi (principali) con cui si interagisce:

Regione Emilia Romagna:

- Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari (Responsabile e Dirigente del Servizio) per Programma Regionale G. Leggieri (come componente del Gruppo Regionale), Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Specialistica, documenti di sviluppo delle cure primarie
- Servizio Sanità Pubblica per Progetto Regionale per la prevenzione delle recidive cardiovascolari (componente del gruppo)
- Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri per partecipazione a diversi gruppi di lavoro in qualità di componente del Gruppo di Lavoro per Programma Regionale G. Leggieri

AUSL di Ferrara come componente del Nucleo di valutazione

Agenzia Sanitaria Regionale come componente gruppi di sviluppo di modalità di sviluppo di sistemi di valutazione del personale (Direttore Agenzia)

Organizzazioni Sindacali dei MMG e MCA: FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa (come componente del Comitato aziendale per la Medicina Generale e CA e della PLS);

Organizzazioni Sindacali della Pediatria di Famiglia: FIMP, CIPE

Organizzazioni Sindacali degli Specialisti Ambulatoriali: CISL e SUMAI

OO.SS. della Dirigenza e Comparto (CGIL, CISL, UIL, ecc) per contrattazione decentrata

Componenti e Presidente del Comitato Consuntivo Misto Distrettuale

Associazioni di Pazienti e/o Familiari (Presidenti associazioni)

Gestori Case Residenza Anziani (CRA) : es. CADIAI, per convenzioni e valutazione qualità dell'assistenza sanitaria

Associazioni di Volontariato: per convenzioni con Associazione Nazionale Tumori (ANT), Nelson-Frigatti, AUSER, AMISS, (Presidenti)

Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto:

Afferisce gerarchicamente al Direttore di Distretto dott.ssa Ester Spinuzzi

Relazioni funzionali con Direttore Generale e Direttore Sanitario, Vice Direttore Sanitario Area Territoriale

Componente del Collegio di Direzione Aziendale

Relazioni orizzontali:

Incontri periodici con i Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie Distrettuali, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento di Sanità Pubblica, Dipartimento di Salute Mentale, Direzioni di Presidio, Direzione Infermieristica Aziendale

Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati e organigramma:

Afferiscono al Direttore del DCP i responsabili delle 3 Aree: Area dei Nuclei Cure Primarie, Area Socio-Sanitaria, Area Sanitaria (diretta dalla sottoscritta)

- area dei Nuclei delle Cure Primarie, cui afferisce l'assistenza domiciliare e quella erogata negli studi medici, singoli o in associazione; all'interno è individuata 1 Struttura semplice, l'Assistenza Domiciliare;
- area sanitaria, rappresentata dall'assistenza ambulatoriale e consultoriale, con 5 Strutture semplici: Specialistica e dialisi, Area Consultoriale, NPI, Sert, Screening collo dell'utero ;
- area socio – sanitaria, inerente all'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, Handicap adulti e tossicodipendenti.

Nell'ambito territoriale del Distretto di San Lazzaro sono stati individuati tre Nuclei delle Cure Primarie:

- NCP1 comprendente i Comuni di Pianoro, Loiano, Monghidoro
- NCP2 comprendente il Comune di San Lazzaro di Savena
- NCP3 comprendente il Comune di Ozzano e Monterenzio.

I servizi ambulatoriali sono erogati presso 6 Poliambulatori (San Lazzaro, Pianoro, Ozzano, Monterenzio, Loiano, Monghidoro).

Le Strutture Residenziali per Anziani sono 5, con un totale di 173 posti letto convenzionati (con un nucleo ad alta intensità assistenziale), i centri diurni sono 2 con un totale di 25 posti, i posti in assistenza domiciliare convenzionati sono 41

I centri per Handicap sono 3 diurni (37 utenti) e 1 residenziale (20 utenti).

L'accesso è organizzato con una rete 4 punti di sportello unico distrettuale articolati in 10 postazioni polifunzionali e 1 sportello dedicato per l'accesso all'assistenza protesica. Il monte ore di apertura al pubblico è di 378 ore settimanali.

Le farmacie collegate con il CUP M sono 15.

In ogni Comune è attivo un punto per la prenotazione e il pagamento ticket.

I punti di Guardia Medica sono 4.

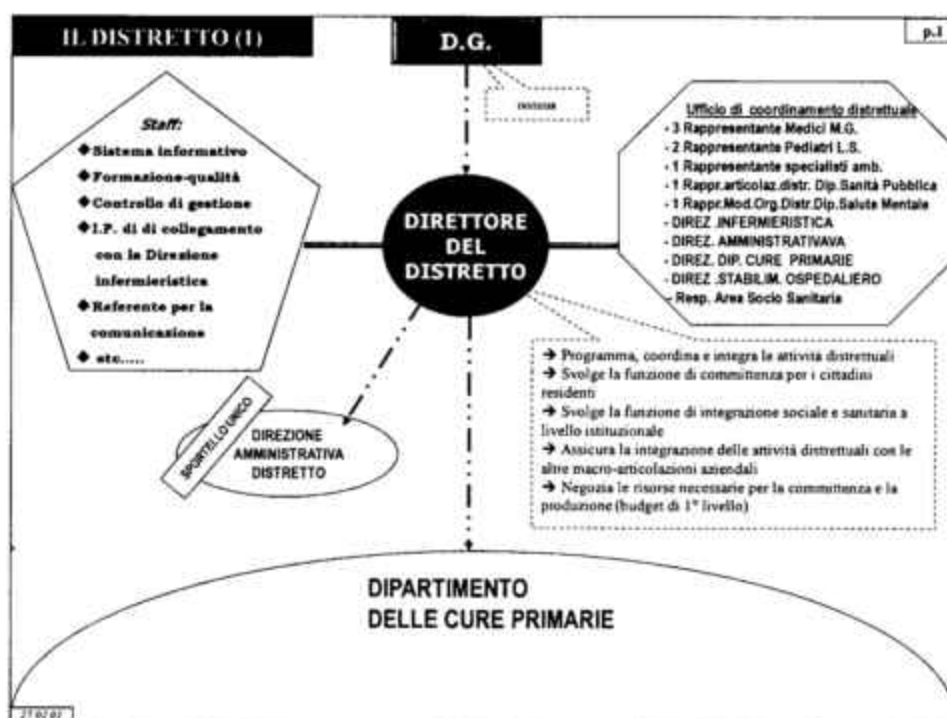
La funzionalità del DCP si è sviluppata con la nomina dei tre Referenti di Area (delibera della Direzione Generale del 16 Novembre 2001) e l'implementazione degli incontri tra i professionisti nei due organi con cui opera il Direttore del DCP:

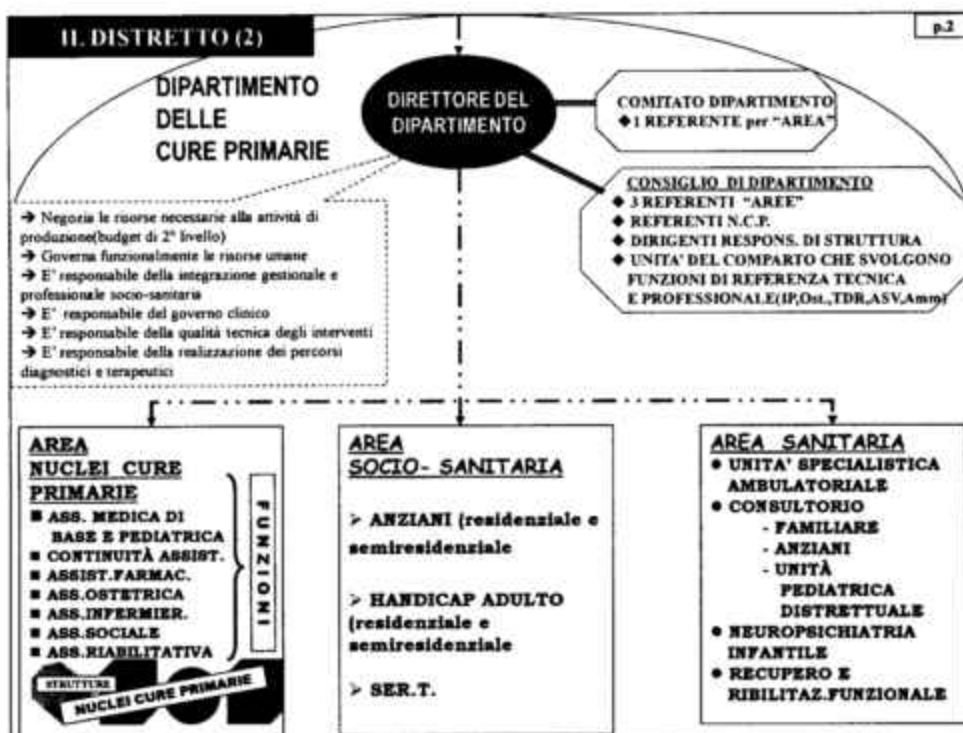
- Comitato di Dipartimento, composto dai Responsabili delle tre Aree (Area dei Nuclei delle Cure Primarie, Area Sanitaria, Area Socio-Sanitaria), con funzioni di programmazione, monitoraggio e verifica quantitativa e della qualità tecnica delle prestazioni offerte;
- Consiglio di Dipartimento, organo collegiale più allargato perché composto dai Responsabili di tutte le Unità Operative del Dipartimento, dai Referenti Professionali dell'Area Comparto e dai Referenti di ogni NCP (Medici di Medicina Generale).

Le riunioni hanno mantenuto una periodicità in media quindicinale.

Il Direttore del DCP partecipa inoltre al:

- Collegio di Direzione
- Ufficio di Coordinamento Distrettuale
- Comitato di Distretto
- Periodicamente è invitata al SAA per sviluppare percorsi di integrazione socio-sanitaria
- Componente stabile dell'Ufficio di Piano, insieme ai Coordinatori delle Aree del Piano di Zona
- Piani per la Salute





Obiettivi e i risultati raggiunti nello svolgimento della funzione direzionale e alcuni cambiamenti organizzativi ed interventi direttamente "guidati" che hanno realizzato modifiche significative della qualità dell'assistenza nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità gestionale:

Il Dipartimento di Cure Primarie nasce nel momento di applicazione delle Linee di indirizzo del PSR (1999/2001) e delibera attuativa n. 309/2000 che delineano la nuova funzione del Distretto: *Committenza* e attribuiscono al Dipartimento Cure Primarie la funzione di *Produzione*. Pertanto la sfida principale del nuovo modello organizzativo consiste nella realizzazione delle Unità Organizzative di Base del DCP: i NCP che hanno l'obv di attivare legami funzionali tra i professionisti pur nel mantenimento della loro autonomia professionale. Il NCP è costituito da MMG e PLS, infermieri, Specialisti, ecc. e realizzano una rete clinica integrata che opera su progetti specifici per garantire il miglioramento continuo della risposta assistenziale.

L'obiettivo prioritario diventa garantire l'assistenza domiciliare ai cittadini, l'andamento dell'ADI dal 2001 al 2003 è passato da 195 casi in carico a 233 con un differenziale oltre il 19%.

Casi Seguiti	2000	2001	2002	2003
ADI I	56	82	93	89
ADI II	71	76	93	90
ADI III*	57	37	58	54
totale ADI	184	195	243	233
* di cui NODO MMG	18	14	32	44
ANT	116	134	127	139
TOT.ASS.ZA DOMICILIARE	300	329	375	372

Progetto di assistenza da parte dei MMG dei Paziente con Diabete Mellito non insulino dipendente, avviato nel luglio 2001 ha portato al seguente livello di assistenza:

ADESIONE MMG 30 su 60 AL 31/12/02
N° 640 pazienti assistiti
ADESIONE MMG 32 su 60 AL 31/12/03
N° 840 pazienti assistiti

L'assistenza farmaceutica si è sviluppata attraverso un forte impegno nella distribuzione diretta dei farmaci per i Pz. in:

- ADI

Spesa 2001	Spesa 2002	Differenza 02/01	Incremento distribuzione
8.869 €	29.083 €	20.214 €	228%

- Farmaci con Piano Terapeutico

Spesa 2001	Spesa 2002	Differenza 02/01	Incremento distribuzione
645.235 €	1.026.902 €	381.667€	59%

- Farmaci nelle Case Protette

- Nel 2002 è iniziata la distribuzione diretta di farmaci presso 10 delle 17 Case di Riposo del territorio e nei 4 Centri Handicap Adulto.
- Nel 2003 le Case di Riposo interessate erano 13 su 17

Metodologie informative utilizzate per lo svolgimento delle attività direzionali proprie della posizione ricoperta:

Settimanalmente viene convocato il Comitato di Dipartimento organismo per la gestione operativa composto dai responsabili delle Strutture Complesse.

Mensilmente convocato il Consiglio di Dipartimento organismo di programmazione, monitoraggio e verifica della pianificazione e strumento di integrazione.

Ad inizio anno dopo la negoziazione del budget con la direzione strategica una riunione plenaria con tutti i dipendenti per la presentazione degli obiettivi, la loro distribuzione per equipe e l'individuazione di un responsabile/capofila. Individuazione degli obv prioritari e la pianificazione delle azioni per il loro raggiungimento ai quali legare una parte del salario di risultato. Il premio del salario di risultato ripartito differenzialmente anche all'area comparto.

Il monitoraggio del budget viene realizzato attraverso la discussione in UDD dei report trimestrali di produzione, costi/consumi e l'individuazione di correttivi.

Principali negoziazioni formali a cui si è partecipato nell'ultimo periodo di riferimento:

Il ruolo del Direttore di Dipartimento presuppone incontri negoziali con le OO.SS. aziendali per l'applicazione degli aspetti contrattuali dei dipendenti e dei convenzionati, la partecipazione ai tavoli dei Piani per la Salute, per la realizzazione del PAT (Programma delle Attività Territoriali), anche con un confronto con Sindaci, Assessori, Ufficio di Piano, terzo settore e volontariato in preparazione dei documenti da presentare al Comitato di Distretto.

Committenza con le associazioni di volontariato (Pubblica Assistenza, ANT, Nelson Frigatti, AUSER...) per le forniture di servizi.

Presenza nel Comitato Aziendale per l'applicazione degli accordi della MMG, MCA e PLS.

9/3/6/2015 *[Handwritten signature]*