

Definizione del fabbisogno della Struttura Complessa U.O. Cure Primarie Ravenna – Faenza - Lugo

Profilo Oggettivo

Caratteristiche Organizzative della Struttura:

- L'organizzazione attuale del Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità dell'ambito di Ravenna prevede tre Unità Operative complesse Cure Primarie di riferimento nel proprio ambito distrettuale di Ravenna, Faenza e Lugo.
Al pari degli altri due Dipartimenti Cure Primarie e Medicina di Comunità di Rimini/Riccione e Cesena/Forlì dove è presente un'unica Struttura Complessa Traversale di Cure Primarie si prevede anche per l'ambito di Ravenna la stessa organizzazione.
Per cui l'UO Cure Primarie Ravenna – Faenza - Lugo è una nuova struttura derivante dall'unione di tre realtà con una popolazione di 392.526 abitanti totale (Fonte RER 1.1.2016) di cui circa 97.878 ultra 65enni.
Il territorio si estende trasversalmente nei tre distretti di Ravenna, Faenza e Lugo e comprende diciotto comuni di cui tre nel distretto di Ravenna (Ravenna, Cervia e Russi), sei nel distretto di Faenza (Faenza, Brisighella, Solarolo, Castel Bolognese, Riolo Terme e Casola Val Senio) e nove nel distretto di Lugo (Alfonsine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Conselice, Cotignola, Fusignano, Lugo, Massa Lombarda e Sant'Agata sul Santerno) con un'estensione che va dalla collina fino al mare.
La stessa unificazione nel campo socio sanitario realizza un bacino di circa 1477 posti letto socio sanitari per anziani (CRA).
Nel territorio sono presenti tre ospedali di riferimento, uno a Ravenna con un totale di 543 posti letto ordinari, uno a Lugo con 255 posti letto ordinari e uno a Faenza con 241 posti letto ordinari con un totale di 1039 posti letto ordinari.

Attività svolte e da implementare in futuro:

- Sviluppo dell'assistenza intesa come strutturazione e sviluppo operativo dei Nuclei delle Cure Primarie (NCP) e progressiva strutturazione dei servizi di prossimità sulla base della distribuzione delle Case della Salute.
- Sviluppo delle cure intermedie con il consolidamento e la creazione di Ospedali di Comunità che devono prevedere una risposta polifunzionale a carattere temporaneo di stabilizzazione e riattivazione/riabilitazione per una gestione maggiormente efficiente dei pazienti fragili e con polipatologia cronica e invalidante.
- Implementazione negli accordi contrattuali convenzionali degli strumenti di organizzazione e assistenza distrettuale e territoriale

Relazioni in ambito dipartimentale/aziendale

- Forte integrazione con le Unità Operative presenti all'interno del Dipartimento di Cure Primarie e di Medicina di Comunità dell'ambito territoriale.
- Forte integrazione con le attività degli altri dipartimenti territoriali in un'ottica di servizi di prossimità, con particolare riferimento alla gestione integrata con i dipartimenti di afferenza degli specialisti ambulatoriali che operano nel territorio.
- Collaborazione con le UO ospedaliere coinvolte nei percorsi strutturati di gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti cronici quali PDTA Diabete, Scompenso cardiaco e BPCO.

- Collaborazione e forte integrazione con le UO ospedaliere che hanno in carico la cura della cronicità e della fragilità al fine di creare una rete territoriale che sia in grado di offrire una precoce dimissione ospedaliera e ridurre i ricoveri ripetuti.

Profilo Soggettivo

Competenze ed esperienze specifiche

- Esperienza nelle funzioni direttive e di gestione dei Servizi Sanitari
- Esperienza nella direzione delle figure professionali afferenti alle cure primarie e nell'integrazione delle loro professionalità.
- Esperienza e competenza clinica-organizzativa nella gestione del malato complesso e fragile, con polipatologia e politerapia.
- Esperienza e competenza nel governo delle attività di valutazione multidimensionale della persona, per il suo inserimento nei percorsi delle cure intermedie.
- Esperienza e competenza nella gestione delle risorse assegnate su obiettivi di budget e con azioni mirate sull'appropriata prescrizione farmaceutica, specialistica e diagnostica.

Aspetti organizzativi e gestionali

- Gestire lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di cure primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale;
- implementare e monitorare, in collaborazione con i professionisti, i PDTA per le principali patologie croniche;
- costruire le opportune integrazioni tra i PDTA ed i percorsi socio-sanitari, al fine di fornire al paziente con una molteplicità di problemi sanitari e sociali, una risposta integrata ottimizzando l'utilizzo delle risorse;
- favorire lo sviluppo delle competenze di tutti gli operatori coinvolti, dipendenti e convenzionati, al fine di garantire livelli omogenei e qualificati delle prestazioni;
- adattare prontamente la struttura ai cambiamenti del contesto organizzativo aziendale, ai bisogni della utenza, alla evoluzione normativa;
- promuovere il consolidamento delle relazioni tra il sistema territorio e il sistema ospedale;

Aspetti d'innovazione e sviluppo

- Promuovere e implementare l'innovazione e la ricerca, per migliorare la qualità dell'assistenza;
- collaborare nella realizzazione dei progetti regionali sperimentali di innovazione di presa in carico e valutazione dello stato di salute della popolazione;
- innovare la presa in carico del malato cronico e anche del malato psichiatrico attraverso percorsi dedicati nelle CdS e nei NCP favorendo la collaborazione con i DSM, presidiando gli indicatori per la valutazione degli esiti;
- programmare ed attuare nell'ambito del piano regionale della prevenzione azioni ed attività di promozione della salute con il coinvolgimento delle comunità di utenti che afferiscono alle CdS/DSP ed Enti Locali;
- garantire l'adeguatezza costante della struttura ai requisiti di accreditamento regionale

Mission

Garantire a tutti i cittadini le cure primarie, con la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure centrate sui bisogni della persona, giovandosi di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata; facilitare l'accesso alle cure nell'ambito della riduzione delle disuguaglianze; assicurare l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa; assicurare relazioni operative con le articolazioni organizzative dei dipartimenti territoriali e ospedalieri finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei

percorsi di cura; promuovere e verificare la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico.

Aree di Responsabilità

- Assicurare l'assistenza medica, infermieristica, e farmaceutica di base, e la presa in carico territoriale della cronicità e la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
- Assicurare la produzione di servizi sanitari e sociali centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle preferenze espresse dalla famiglia, facilitando il passaggio agli altri livelli di assistenza e adeguando le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza;
- Promuove lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità;
- Promuove lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di cure primarie e delle Case della Salute quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale, e nel cui ambito perseguire obiettivi di continuità assistenziale, di integrazione delle attività territoriali, di governo clinico (secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, uniformità);
- Realizza le opportune integrazioni tra i PDTA ed i percorsi socio-sanitari, al fine di fornire al paziente complesso, con una molteplicità di problemi sanitari e sociali, una risposta integrata;
- Sviluppa la competenza di tutti gli operatori coinvolti, dipendenti e convenzionati, al fine di garantire livelli omogenei e qualificati delle prestazioni;
- Coinvolge i Medici di Medicina Generale nell'attività di programmazione dei servizi territoriali e nella realizzazione degli obiettivi condivisi negli accordi, e favorisce l'integrazione professionale fra i MMG e le altre figure professionali (Infermieri, specialisti, assistenti sociali, etc.);
- Gestisce i percorsi relativi all'assistenza domiciliare sia per quanto riguarda le sinergie con i presidi ospedalieri che con la rete territoriale e i sistemi di dimissione protetta;
- Promuove ed implementa l'innovazione e la ricerca, per migliorare la qualità dell'assistenza, e utilizza gli strumenti del governo clinico (Audit sia clinico che organizzativo, sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle performance, profili di cura dei nuclei di cure primarie);
- Promuove il consolidamento delle relazioni tra il sistema territorio (risposta continua) e il sistema ospedale (risposta puntuale per singoli episodi).

