

## **Definizione del fabbisogno delle Strutture Complesse**

- ***U.O. Cure Primarie Forlì-Cesena***
- ***U.O. Cure Primarie Rimini***

### **Profilo oggettivo**

Nell'AUSL della Romagna sono presenti tre Unità Operative complesse "Cure Primarie", di ambito provinciale:

U.O. Cure Primarie Forlì-Cesena

U.O. Cure Primarie Ravenna

U.O. Cure Primarie Rimini

Ciascuna delle UU.OO. afferisce al rispettivo Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità provinciale, che si pone l'obiettivo di garantire una globalità di interventi preventivi, assistenziali, riabilitativi e di continuità Ospedale-Territorio, nei vari setting assistenziali, con valutazione dei processi e dei percorsi clinico/assistenziali nell'ambito delle Cure Primarie. Il DCP-MC risponde ai bisogni assistenziali nei luoghi della cura e dell'assistenza (domicilio, strutture intermedie, sedi ambulatoriali, OsCo., Case della Salute) sull'intero territorio provinciale; le diverse attività sono realizzate grazie a una rete di strutture e di professionalità dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e dei servizi sociali e socio-sanitari che collaborano e operano in modo integrato al fine di assicurare continuità nel passaggio tra i diversi setting assistenziali, in risposta ai bisogni degli utenti.

La **U.O. Cure Primarie Forlì-Cesena** rivolge i propri servizi al territorio provinciale di Forlì-Cesena (395.306 pop. res. 1.1.2020), distribuito su tre Distretti: il Distretto di Forlì (185.568 res.) e i Distretti di Cesena Valle del Savio (117.096 res.) e Rubicone (92.642 res.).

Garantisce il governo complessivo in ambito socio sanitario dei percorsi di accesso alla rete dei servizi sociosanitari, in collaborazione con i rispettivi Uffici di Piano e il coordinamento delle attività sanitarie mediche su un totale di circa 1500 posti letto per anziani (CRA) presenti nei Distretti di Forlì, Cesena Valle Savio e Rubicone.

Nel territorio provinciale sono presenti due Presidi Ospedalieri polispecialistici, Forlì e Cesena.

L'**U.O. Cure Primarie Rimini** garantisce le proprie attività per l'ambito provinciale di Rimini (336.798 pop. res. 1.1.2020), distribuito su 2 Distretti Sanitari: Rimini (223.002 res.) e Riccione (113.796 res.)

Garantisce il governo complessivo in ambito socio sanitario dei percorsi di accesso alla rete dei servizi sociosanitari, in collaborazione con i rispettivi Uffici di Piano e il coordinamento delle attività sanitarie mediche relativamente alle strutture socio-sanitarie accreditate dei Distretti di Rimini e Riccione.

Nel territorio dei Distretti di Rimini e Riccione sono presenti due Presidi Ospedalieri, Rimini-Santarcangelo-Novafeltria (ospedale polispecialistico di Rimini, ospedali distrettuali di Santarcangelo e Novafeltria) e Riccione-Cattolica (ospedali distrettuali di Riccione e Cattolica).

### **Principali attività**

La U.O. Cure Primarie garantisce ai cittadini la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure primarie centrate sui bisogni della persona, giovandosi di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata in una logica di team multidisciplinare; assicura l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa e al Chronic Care Model; assicura relazioni operative con le articolazioni organizzative dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura; promuove e verifica la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico.

Assicura 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.

Assicura la produzione di servizi sanitari e socio-sanitari centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle preferenze espresse dalla famiglia, facilitando il passaggio ai livelli di assistenza più appropriati e adeguando le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza.

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, equità).

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 e sviluppa 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.

Realizza le opportune integrazioni tra i PDTA ed i percorsi socio-sanitari, al fine di garantire risposte integrate al paziente fragile con complessità legate a una molteplicità di problemi sanitari e sociali.

Governa l'accesso alla rete dei servizi socio sanitari per gli anziani, i disabili adulti e i portatori di gravissime disabilità acquisite. Favorisce il monitoraggio e la promozione della qualità assistenziale nelle strutture socio sanitarie accreditate per anziani e disabili.

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 e sviluppa 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.

Sviluppa e gestisce i percorsi di presa in carico dell'anziano affetto da demenza in collaborazione con le UU.OO di Geriatria e i Direttori di Distretto di competenza.

### **Principali relazioni in ambito dipartimentale/aziendale**

Forte integrazione con i Distretti di competenza e le Unità Operative presenti all'interno del Dipartimento di Cure Primarie e di Medicina di Comunità dell'ambito territoriale nonché con gli altri Dipartimenti territoriali, in un'ottica di servizi di prossimità.

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

Collaborazione con le UU.OO. ospedaliere coinvolte, la Direzione Infermieristica e Tecnica e i Distretti nei percorsi strutturati di gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti cronici, tra i quali PDTA Diabete, Scompenso cardiaco e BPCO.

Collaborazione con le Direzioni dei Distretti Territorialmente competenti al fine di garantire un sistema di governo sulle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali (CRA) e sulla disabilità fisica e sensoriale.

## Profilo Soggettivo

- Capacità di valutazione dei bisogni di salute e governo della domanda di assistenza della popolazione del territorio di riferimento, in ottica che favorisca l'accessibilità, la continuità e l'appropriatezza delle cure e dei setting assistenziali.
- Comprovata esperienza di attività di gestione nell'ambito delle cure primarie, nella organizzazione dell'assistenza e gestione in ambito extra-ospedaliero del paziente cronico, 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.
- Capacità di governo della domanda, di gestione delle reti complesse e delle interfacce integrative, competenze nell'utilizzo di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio di percorsi di cura.
- Esperienza di interazione con altri soggetti istituzionali coinvolti nell'assistenza socio-sanitaria (strutture socio-sanitarie, enti locali, terzo settore..) finalizzati alla continuità assistenziale per la presa in carico territoriale di soggetti fragili affetti da patologie croniche.
- Esperienza di coordinamento di gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali finalizzati alla gestione integrata di pazienti cronici o fragili.
- Capacità di strutturare e valorizzare gli strumenti di informazione e coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nei percorsi di cura e di follow-up.
- Comprovata capacità di diffondere nei collaboratori e in tutti i professionisti coinvolti nei percorsi clinico assistenziali la cultura della medicina di iniziativa e di accompagnarli nel cambiamento dei modelli assistenziali.
- Capacità o attitudine relazionale per favorire l'integrazione tra tutti i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali e la valorizzazione dell'autonomia delle professioni.
- Capacità nel favorire all'interno di una equipe/gruppo di lavoro un clima di fiducia e collaborativo orientato al riconoscimento e segnalazione di criticità al fine di avviare percorsi di miglioramento continuo.
- Conoscenza, applicazione, mantenimento dei requisiti di qualità per l'accreditamento istituzionale.
- Comprovata conoscenza nella gestione degli accordi dei medici convenzionati.
- Comprovata esperienza nell'organizzazione di attività formative e di aggiornamento e partecipazione attiva in qualità di relatore e moderatore a corsi e congressi di rilevanza scientifica, promuovendo la formazione e l'aggiornamento, favorendo la partecipazione dei colleghi ad attività di ricerca.
- Conoscenza dei principali strumenti dei Sistemi Qualità e Accreditamento.