



PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

***AZIENDA SOCIOSANITARIA TERRITORIALE
VALLE OLONA***

RELAZIONE DI SINTESI

Relazione di sintesi

Per effetto della LR 11.08.2015 n. 23, di approvazione e aggiornamento della riforma sanitaria che ha dato avvio al percorso di evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL), e delle successive modifiche ed integrazioni apportate, rispettivamente, dalla LR n. 41 del 22.12.2015 e dalla LR n. 15 del 29.06.2016, si è proceduto a ridisegnare in modo radicale e profondo la nuova realtà dell'Azienda, che risulta ora articolata su una Rete Ospedaliera di **cinque presidi e** su una **Rete Territoriale** socio-sanitaria, per una estensione territoriale che comprende tutta la fascia meridionale della Provincia di Varese, e che "serve" oltre 430.000 residenti in 139 Comuni.

Come ulteriormente e meglio esplicitato dalla DGR 2 agosto 2016, n. 5513, questo nuovo assetto organizzativo, se da un lato risponde alla necessità/esigenza di avviare un adeguamento sostanziale della tipologia di servizi offerti alle nuove complessità di sistema che caratterizzeranno sempre più i prossimi decenni, legate ad esempio all'allungamento dell'aspettativa di vita e all'aumento conseguente della cronicità.

Superando in primo luogo la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche sociosanitarie al fine di far confluire risorse, energie e competenze professionali in un unico Servizio, ha d'altro canto imposto di sviluppare forme di organizzazione diverse, orientate all'**integrazione** delle due dimensioni, territoriale ed ospedaliera, in grado di garantire un più efficace ed efficiente uso dei fattori produttivi per l'offerta di prestazioni quali-quantitativamente adeguate, e la reale presa in carico, in particolare dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

Tale nuovo assetto della ASST ha determinato un aumento della complessità globale di "sistema", ciò che ha costituito una potente spinta a ricercare una configurazione organizzativa più efficace, al fine di massimizzare l'integrazione degli elementi costitutivi.

Si è pertanto previsto di sottoporre le due Aree caratteristiche di attività, Rete Ospedaliera e Rete Territoriale, a decisi cambiamenti, proprio allo scopo di realizzare gli ambiziosi obiettivi strategici del SSL, oltre che in applicazione e riferimento al quadro normativo.

In sintesi, questo è pertanto lo "spazio strategico" di mandato entro il quale si svilupperà l'azione di governo di questa Direzione Strategica, sia per rispondere alla domanda esplicita di cura, sia per intercettare sul nascere i bisogni, espressi e non, delle persone.

In quest'ottica, il **Piano Strategico Aziendale** (POAS) costituisce lo strumento programmatico attraverso il quale l'Azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, intende definire il proprio assetto organizzativo-gestionale e le relative modalità di funzionamento.

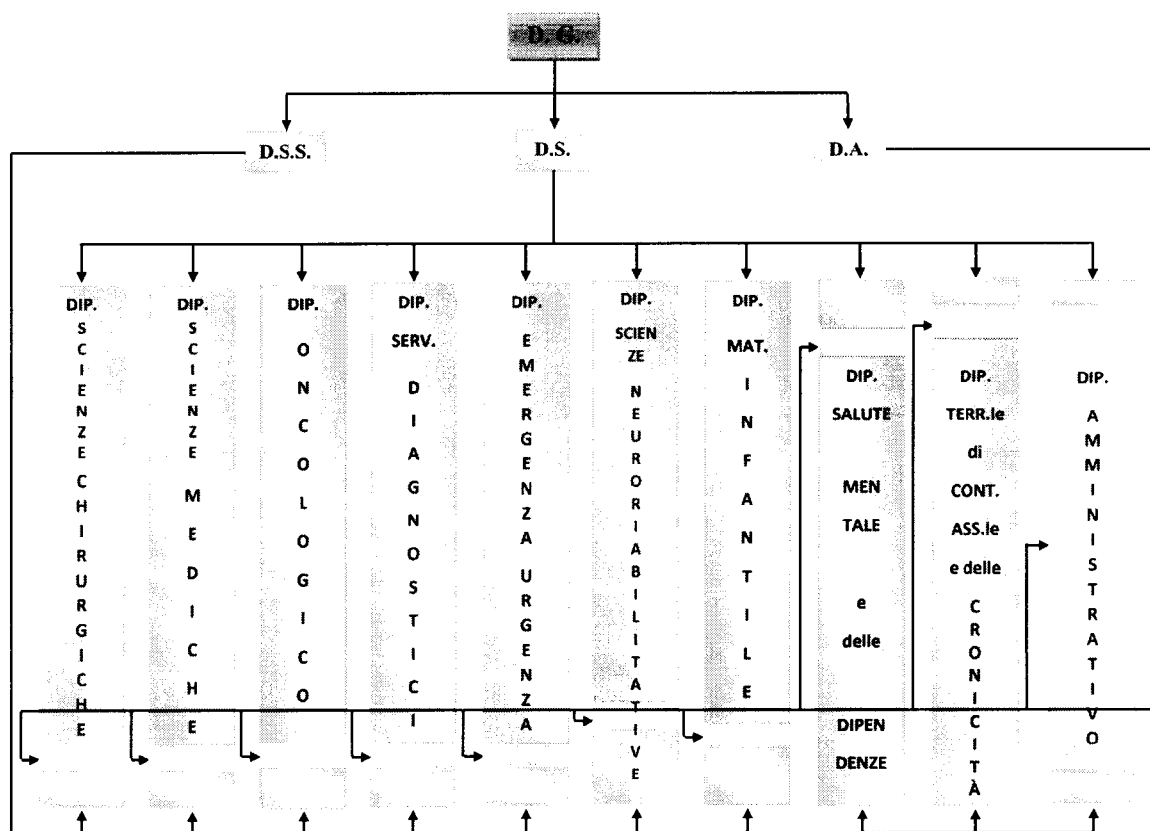
Il POAS identifica e rappresenta l'Azienda stessa, le proprie regole e strategie di organizzazione interna, finalizzate all'ottimizzazione del proprio funzionamento; ne costituisce pertanto l'elemento fondamentale, con una spiccatissima funzione programmatica e senza alcun ulteriore onere finanziario rispetto alle già previste assegnazioni da parte della Regione.

Criteri Organizzativi Generali

L'Azienda intende assicurare la corretta progressione nella realizzazione dei differenti livelli di risposta alle richieste del paziente/utente, anche agendo attraverso l'accorpamento di entità organizzative omologhe.

Quale prima e più rimarcata evidenza, il nuovo **assetto dipartimentale** costituirà una sorta di "braccio operativo" del POAS, in vista della sua attuazione, teso a superare il rigido e tradizionale approccio "divisionale", a netta dipendenza gerarchica.

Ciò che è concettualmente rappresentato, quale sintesi iconografica, nella tabella seguente, a segnalare l'interdipendenza e la dinamicità nella modulazione gestionale che la Direzione Strategica ha inteso infondere nel corpus organizzativo dell'Azienda:



Allo scopo di ulteriormente evidenziare tale valenza operativa e gestionale, un rilievo particolare è stato riservato alla funzione di coordinamento interdipartimentale, con l'introduzione della figura del *process owner*, quale professionalità incaricata di fornire il necessario supporto alle Direzioni Dipartimentali, in relazione diretta con ciascuna delle tre Direzioni Amministrativa, Sanitaria e Socio-Sanitaria.

Il primo e fondamentale passaggio cui ASST ha posto mano in modo sostanziale e assai significativo, quale scelta strategica di uno strumento privilegiato di organizzazione, secondo una logica di rete, è reso evidente dalla proposta di ridisegnare una **articolazione aziendale** che, pur mantenendo un proprio contesto fortemente unitario, adotta un sistema di gestione "per dipartimenti", che si viene ora per l'appunto a strutturare su una maglia organizzativa di soli **10 Dipartimenti** inter-presidio, in luogo dei precedenti 16, con un risparmio quindi di ben **6 strutture**, così identificati:

- un Dipartimento Amministrativo Aziendale Gestionale, garante delle funzioni di coordinamento unitario e centralizzato, di interrelazione trasversale e di supporto per tutte le altre componenti organizzative di ASST, oltre che di consolidamento ed omogeneizzazione delle procedure tecnico-amministrative; obiettivi perseguiti attraverso un costante processo di revisione finalizzato al c.d. "efficientamento" ed ammodernamento delle funzioni amministrative;

- sette Dipartimenti di Area Sanitaria (di Emergenza, Urgenza ed Accettazione; di Scienze Neuroriabilitative; Oncologico; di Scienze Chirurgiche; di Scienze Mediche; dei Servizi Diagnostici; Materno Infantile), identificati quale elemento caratterizzante di una strategia aziendale che valorizza l'integrazione e lo sviluppo trasversale delle competenze e delle attività dei cinque Presidi Ospedalieri, "collante" che travalica la realtà locale a favore dell'Azienda nel suo insieme, come anche evidenziato nella rappresentazione grafica;
- due Dipartimenti di Area Sociosanitaria (rispettivamente per la Continuità Assistenziale e delle Cronicità, e per la Salute Mentale e delle Dipendenze), con la finalità di contrassegnare specificamente la forte interrelazione e le necessarie sinergie tra ospedale e territorio che si intendono sviluppare.

Una siffatta proposta tiene conto anche delle esigenze di particolare protezione dalle condizioni di fragilità/vulnerabilità di alcune fasce di popolazione (materno infantile, salute mentale, disabilità), per cui sono stati individuati e dedicati specifici percorsi/strutture.

A titolo esemplificativo, il Dipartimento per la Salute Mentale e le Dipendenze potrà adeguatamente intercettare anche altre tipologie di problematiche legate al disagio giovanile e adolescenziale.

Né va dimenticato, poi, che nel POAS sono rappresentati e verranno garantiti anche altri e differenti livelli di integrazione dipartimentale, come quelli delle reti sovraterritoriali interaziendali e regionali (ad es., per l'Oncologia, l'Ematologia, etc.).

Rete Ospedaliera

La formulazione dipartimentale proposta ha lo scopo di garantire al meglio il governo dei processi trasversali, raggiungendo adeguati livelli di **efficienza**, con una gestione più flessibile e funzionale delle risorse (ad es., nell'utilizzo delle sale operatorie, dei posti letto, degli spazi ambulatoriali, delle risorse umane), con rinforzo contestuale dei **processi orizzontali** tra diversi servizi e unità d'offerta, per garantire la integrazione e continuità di cura necessarie al paziente, così da permetterne una **presa in carico** globale (valutazione multidimensionale, con impiego di équipes multidisciplinari).

Risponde agli stessi criteri la previsione di una accentuazione di alcuni modelli di proposta organizzativa assistenziale in grado di privilegiare le esigenze particolari e la "logistica" del paziente, integrando percorsi ospedalieri e territoriali, sulla base di una analisi che prefigura il potenziamento di una rete di servizi impostati secondo piattaforme logistico-produttive (processi) in grado di massimizzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, con una regia di insieme in grado di rispondere a logiche almeno dipartimentali, quando non addirittura sovradipartimentali e plurisettoriali.

Vanno in questo senso i previsti interventi sulla modulazione per intensità di cure di alcuni reparti ospedalieri (cfr. UOC Medicina Interna di Gallarate), così come lo sviluppo dell'offerta di prestazioni di Bassa Complessità Chirurgica (**BCOA**) e di Attività Ambulatoriale ad Alta Complessità (**MAC**), fino all'ampliamento del numero di postazioni per l'attività di **Cure Sub-acute**, a saldare definitivamente lo iato al momento esistente tra realtà ospedaliera e servizi territoriali.

Del tutto analogamente, la richiesta di maggiore dinamicità nella capacità di intercettare e rispondere ai bisogni della popolazione, unita al polimorfismo delle competenze professionali coinvolte, delle funzioni da assolvere e degli ambiti di azione, hanno imposto una revisione profonda anche della rete di offerta più puntualmente declinata per il tramite delle UO Complesse, all'interno degli stessi Dipartimenti, quando non addirittura negli ambiti di competenza della Direzione Strategica.

Anche in ottemperanza alle previsioni del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, oltre che in recepimento delle direttive regionali, questa revisione/riorganizzazione ha portato alla cancellazione di 12 Unità Organizzative Complesse, ottenuta a seguito di un percorso di analisi e confronto sugli assetti dei vari presidi, attraverso l'accorpamento e la riunificazione organizzativa di funzioni simili, la riconversione e riqualificazione di posti letto per aree omogenee, e la previsione di trasformazione degli stessi in posti tecnici (le già citate attività di BCOA, MAC e Cure Sub-acute).

Importanti esempi di interventi che si intende operare in questo senso sono quelli relativi all'area dei Servizi Diagnostici, per cui ci si propone un deciso intervento di riordino, come peraltro richiesto anche dalle direttive regionali e nazionali di settore, nell'ambito dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (**S.I.M.T.**) e della Medicina di Laboratorio (**S.Me.L.**, ad es. con il declassamento della UOC Anatomia Patologica di Gallarate).

Ancora, anche in ragione delle valutazioni effettuate sui volumi di attività storicizzati e sulle dotazioni tecnologico-strutturali, si è proceduto a ridefinire come Unità Semplici e a ricollocarle in un'ottica organizzativa di collaborazione "inter-presidio" alcune precedenti UOC (ad es., Chirurgia Generale di Angera), ovvero a incorporarle per fusione, come nel caso della UOC di Nefrologia di Gallarate, accorpata in una unica UOC interpresidio Busto/Gallarate.

Rete per la Cronicità e la Fragilità

All'interno del Dipartimento per la Continuità Assistenziale e delle Cronicità, viene istituita una Struttura per la gestione delle connessioni della rete territoriale (RICCA), con la particolare vocazione allo sviluppo di modelli di presa in carico di soggetti in condizione di cronicità/fragilità, in modo da garantire l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità di Offerta.

Nell'area di responsabilità della Struttura ricadrà anche lo sviluppo dei modelli di continuità assistenziale e dei nuovi modelli organizzativi (es. POT, PreSST), in accordo con le indicazioni regionali di "Sistema" e sotto la regia di ATS.

La struttura di Hospice e Cure Palliative Territoriali, col compito di interagire con UUOO e Servizi ospedalieri, integra l'offerta dei nodi erogativi per la continuità di cura per i pazienti ricoverati in condizioni di terminalità.

Analoga funzione è svolta nei confronti della Medicina Generale e dei Servizi per le Cure Domiciliari.

Rete Ospedale Territorio

Il POAS va anche a definire, o ridefinire in taluni casi, i nodi della rete d'offerta, così come a ricercare o a proporre adeguati percorsi per una reale e strutturata presa in carico del paziente, nell'ovvia considerazione che non si possa non prevedere il coinvolgimento anche delle strutture della Medicina Generale, dei Servizi Sociali Territoriali, delle reti parentali e del Terzo Settore, a garantire la prossimità col mondo delle famiglie.

Sono state pertanto previste delle strutture organizzative in grado di integrare le attività sanitarie e sociosanitarie nelle aree territoriali di competenza, in precedenza fornite dalla organizzazione distrettuale della ex-ASL di Varese.

Queste strutture assicurano alla popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari di primo livello.

Si inserisce nel medesimo processo logico anche la individuazione della UOC di Farmacia di Integrazione Territoriale (Gallarate).

Più in generale, la dimissione protetta diventa prassi strategica per una continuità assistenziale che garantisca qualità e sicurezza ai pazienti e alle famiglie; viene identificata appositamente una struttura organizzativa preposta (Gestione delle Connessioni della Rete Territoriale, RICCA).

Alla medesima struttura viene conferito l'incarico di sviluppare e monitorare il modello di presa in carico degli utenti che accedono alle unità di offerta della rete sociosanitaria, con l'implementazione degli strumenti di valutazione multidimensionale.

.....

In definitiva, se va ricordato che i servizi sanitari, per peculiare caratteristica e intrinseca struttura, tendono in genere ad adattare in maniera reattiva le proprie risposte ai problemi di salute emergenti, modellandosi per così dire ai mutevoli scenari e modulando le risposte per gradi di flessibilità dettati principalmente dalle componenti professionali implicate, occorre altresì ammettere che non sempre l'adattamento di sistemi così complessi si verifica (nei modi, nei tempi, nelle performance) in maniera adeguata, appropriata e sostenibile.

L'occasione della redazione del POAS è dunque propizia per ri-progettare l'Azienda secondo quegli indici, quelle evidenze, quelle norme che legano la sua esperienza presente e futura ai concreti scenari epidemiologici, sociali, socioeconomici e psicosociali propri delle popolazioni di riferimento.

Orbene, gli scenari evocati dalla recente legge di riforma che avvia un percorso di evoluzione del SSL (la citata LR 23/2015, e le successive ulteriori disposizioni) sono essenzialmente legati a determinanti di salute quali il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento correlato della (poli) patologia cronico-degenerativa, fenomeni in verità non nuovi, ma che assumono al momento aspetti ancor più ineludibili di affronto.

Se dunque il contesto socio-sanitario è dominato dall'aumento delle condizioni di invecchiamento progressivo della popolazione e dalle patologie che ne contrassegnano e determinano le fragilità, i modelli che il POAS assume sono quelli legati alla cronicità (Chronic Care Model) e alla allocazione per setting differenti di cura (Transitional Care Model).

Modelli questi ultimi che sostengono ed esigono sistemi di gestione di rete attraverso i cui nodi i pazienti possano incamminarsi su percorsi massimamente adeguati e commisurati al bisogno manifestato.

Questi dunque gli obiettivi ultimi cui il POAS tende nella sua realizzazione; d'altro canto si intende che a partire dall'atto di redazione del POAS, possano sussistere e in parte sovrapporsi momenti cronologicamente susseguenti in ragione dell'imponenza del cambiamento richiesto, del numero degli attori implicati, del trasferimento di culture e prassi dalle estinte ASL all'interno dei nuovi assetti aziendali.

Un sussistere di modelli organizzativi che tuttavia nel loro dipanarsi già lasciano intravedere nell'organizzazione proposta un orizzonte di compiuta realizzazione.