

# POAS

## PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO 2016-2018



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

*"I pescatori sanno che il mare è pericoloso e le tempeste terribili,  
ma non hanno mai considerato quei pericoli  
ragioni sufficienti per rimanere a terra."*

Vincent Van Gogh

La Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23 introduce il riordino del servizio socio-sanitario lombardo attraverso il passaggio dal concetto di cura a quello di prendersi cura, dalla prestazione alla presa in carico del paziente. La nuova sanità lombarda si configura così in un nuovo assetto organizzativo che intende superare la logica ospedale-centrica; l'Ospedale per acuti, infatti, scompare come azienda autonoma e si integra, in quanto Polo Ospedaliero, con la Rete Territoriale dei servizi, all'interno di una nuova organizzazione, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST).

Non più, dunque, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, ma un unico sistema di offerta nel quale effettivamente programmare, organizzare e gestire processi di "presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato. La riduzione della centralità dell'Ospedale a favore del Territorio e un riassetto dell'organizzazione e delle funzioni orientata verso logiche di accompagnamento della persona sono passaggi necessari per una maggiore integrazione sul territorio delle strutture sanitarie con i servizi alla persona, attraverso nuovi modelli assistenziali e nuovi modelli organizzativi pensati per investire nella promozione e tutela della salute.

L'obiettivo è il superamento della frammentarietà dei servizi, attraverso l'omogeneizzazione dei percorsi tra parte ospedaliera e territoriale ed un nuovo riassetto delle specifiche funzioni orientato a nuove logiche di accompagnamento della persona; di fondamentale importanza procedere alla elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza e l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, anche attraverso l'integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali.

Pilastro portante del processo di presa in carico è la valutazione multidimensionale che definisce i bisogni degli utenti e garantisce l'orientamento e l'accesso alla rete dei servizi nella tutela del principio della libera scelta del cittadino.

La legge 23/2015 nel definire il modello di presa in carico prende atto del profondo cambiamento che la Sanità ha registrato negli ultimi decenni, con il passaggio dalla "cura dell'acuzie" alla "gestione della cronicità".

**La Direzione Strategica**

## Sommario

PREMESSA.....	6
LA MISSION E LA VISION.....	8
LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICO .....	9
Progetto sperimentale per l'attivazione dell'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese .....	9
HUB cerebrovascolare .....	10
Cancer Center .....	12
Sperimentazione POT di Soresina .....	14
Attività di ricerca .....	17
SEDE LEGALE, SEDI OPERATIVE ED IL PATRIMONIO .....	19
ATTIVITÀ DI INDIRIZZO, CONTROLLO E GESTIONE .....	20
Il Direttore Generale.....	20
Il Collegio Sindacale .....	21
Il Collegio di Direzione .....	21
Il Direttore Amministrativo .....	21
Il Direttore Sanitario .....	22
Il Direttore Sociosanitario.....	23
Organismi di valutazione e consultivi.....	23
Il sistema dei controlli interni.....	24
Conferimento incarichi di direzione delle strutture ai dirigenti, deleghe, obiettivi e valutazione .....	25
Strutture complesse .....	25
Strutture semplici e strutture semplici dipartimentali.....	25
Dipartimenti.....	26
Le deleghe.....	26
I RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI ENTI .....	27
Dipartimento Interaziendale Funzionale Oncologico.....	28
Dipartimento Funzionale Medicina Trasfusionale ed Ematologia .....	29
Dipartimento Funzionale Interaziendale Cure Palliative.....	30
Dipartimento Funzionale Interaziendale Neuroscienze MN-CR.....	32
Dipartimento Funzionale Interaziendale di Laboratorio MN-CR.....	35
Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera .....	36
I rapporti con le Università .....	37

LA DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE E DEGLI ATTI OGGETTO DELLE CONSULTAZIONI E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E TUTELA DEGLI UTENTI.....	39
IL MODELLO ORGANIZZATIVO .....	41
Il Direttore Generale ed il suo staff .....	41
Trasparenza e Anticorruzione.....	41
Avvocatura.....	43
Servizio Prevenzione e Protezione .....	43
Risk Manager .....	43
Coordinamento e monitoraggio attuazione L.R. 23/2015.....	44
U.O.C. Controllo direzionale .....	45
U.O.S. Comunicazione .....	45
U.O.S. Formazione .....	46
U.O.S. Gestione operativa .....	46
Il Direttore Amministrativo ed il suo staff .....	47
U.O.S. Affari generali e legali.....	48
U.O.C. Risorse umane .....	48
U.O.C. Economico finanziario .....	49
U.O.C. Servizi sanitari, sociosanitari e territoriali.....	49
Dipartimento funzionale tecnico patrimoniale .....	50
U.O.C. Acquisti e servizi.....	51
U.O.C. Servizi di supporto.....	51
U.O.C. Ufficio tecnico .....	52
Il Direttore Sanitario ed il suo staff .....	53
I presidi ed i direttori di presidio. U.O.C. Direzione Medica Presidio Cremona e U.O.C. Direzione Medica Presidio Oglio Po.....	55
U.O.C. Direzione assistenziale delle professioni sanitarie.....	56
U.O.C. Medicina legale, Risk management, Qualità.....	57
U.O.C. Farmacia .....	58
U.O.C. Ingegneria clinica.....	59
Promozione e supporto alla ricerca clinica e valutativa.....	59
U.O. Ospedaliera di Medicina del Lavoro (UOOML).....	60
U.O.S. Sanità penitenziaria .....	61
U.O.S. Vaccinazioni .....	61
U.O.S. Fisica sanitaria .....	61
Dipartimenti Sanitari .....	62

La Direzione Socio-Sanitaria .....	69
Integrazione con la Direzione Sanitaria .....	70
Prevention Process Owner .....	71
I principi .....	72
Il modello organizzativo.....	73
Integrazione della rete: ruoli e percorsi .....	75
Ruolo MMG .....	75
Assistente sociale negli studi MMG.....	76
Psichiatra/psicologo negli studi MMG.....	76
Operatore di prossimità .....	77
Infermiere di famiglia negli studi MMG/PLS .....	77
Il rapporto con i Comuni.....	81
PIANO DI FATTIBILITÀ DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE - R.I.C.C.A. ....	83
Gli obiettivi .....	84
La struttura .....	84
Elenco dei nodi della rete R.I.C.C.A. nell'ASST di Cremona .....	85
POT e PREsST.....	87
Ambulatori specialistici .....	87
Servizio protesico .....	87
Reparti di cura: subacuti area medica .....	88
Cure primarie: MMG/AFT/UCCP/CReG .....	88
Farmacie dei servizi .....	88
Nuove reti sanitarie .....	88
ADI/misure innovative/RSA aperta/residenzialità leggera .....	88
Unità d'offerta territoriali sociosanitarie per pazienti fragili e cronici.....	89
Cure intermedie.....	89
Hospice e cure palliative.....	90
Associazionismo.....	91
Servizi sociali per le progettualità di continuità nell'ambito della famiglia fragile .....	91
Prevenzione .....	91
Altri nodi della rete.....	91
Cronoprogramma di evoluzione dei processi di cura e assistenza della rete R.I.C.C.A.....	93
Risorse dedicate .....	94
Spazi e risorse tecnologiche .....	95
Area della cronicità Cremona .....	95

Area della cronicità Casalmaggiore .....	95
Area dell'integrazione e valutazione della fragilità .....	95
Direzione R.I.C.C.A. ....	96
PIANO DI FATTIBILITÀ DELLA RETE INTEGRATA MATERNO INFANTILE – R.I.M.I.....	97
Gli obiettivi .....	99
La struttura .....	100
Cronoprogramma di evoluzione dei processi di presa in carico e orientamento della rete R.I.M.I. ....	104
Risorse dedicate .....	105
Spazi e risorse tecnologiche .....	105
Consultorio di Cremona.....	105
Consultorio di Casalmaggiore .....	106
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (D.S.M.D.).....	106
ALLEGATI.....	111

## PREMESSA

La L.R. 23/2015 istituendo le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) risponde al bisogno di integrazione e continuità delle cure sviluppando un nuovo modello di azienda che garantisca al suo interno tutte le attività ed i servizi della filiera erogativa.

La redazione del POAS dell'ASST Cremona è ispirato ai principi declinati dalle Regole 2016 (DGR X/4702 del 29/12/2015), richiamati nel seguito:

- modelli organizzativi in grado di implementare una gestione di processi orizzontali oltre alla classica articolazione organizzativa per branche specialistiche e competenze. In questo senso la Direzione Strategica si dota di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti;
- ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è quello della presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto di accesso al servizio deve essere organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo più appropriato.

Le nuove dimensioni aziendali delle ASST e con esse i relativi assetti organizzativi sono funzionali all'esigenza di condivisione delle risorse produttive e di superamento della frammentazione nonché della distinzione "ospedale vs territorio" e "sanitario vs sociosanitario". L'articolazione delle ASST in due distinti settori, polo ospedaliero e rete territoriale, non riproduce una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST. Il processo di trasformazione in ASST della precedente azienda rappresenta una svolta organizzativa che consente flessibilità e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta e, soprattutto, della domanda da parte della persona e richiede alla nuova ASST una riorganizzazione delle funzioni tradizionali verso l'integrazione tra strutture e una visione per processi partendo da un elemento fondamentale: il cambiamento culturale. Tale svolta è ritenuta particolarmente necessaria per la definizione di risposte efficaci e di qualità nei confronti dei pazienti cronici, definiti *frequent user* del sistema, ovvero coloro che hanno contatti ripetuti con il servizio sociosanitario regionale, sia interni che esterni all'ospedale. La struttura organizzativa ed i sistemi di gestione sono, dunque, improntati alla flessibilità, valorizzando le competenze presenti a tutti i livelli di responsabilità, definendo risultati attesi e contribuendo a generare un clima aziendale positivo. In particolare, si tratta di:

- Rafforzare le funzioni di supporto alla Direzione dell'azienda;
- Superare la frammentazione del livello operativo, rafforzando l'integrazione;

- Chiarire i livelli di autonomia e di responsabilità nell'uso delle risorse;
- Creare le condizioni per l'innovazione e per l'orientamento dell'organizzazione all'utente.

Il presente POAS, pertanto, è lo strumento strategico attraverso il quale l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti da Regione Lombardia. Pone le basi per l'adeguamento del servizio sanitario alle nuove complessità dei prossimi decenni - allungamento dell'aspettativa di vita e aumento della cronicità - superando in primo luogo la divisione tra politiche sanitarie e politiche sociosanitarie per far confluire risorse, energie e competenze professionali in un'unica entità, coordinata da un'unica regia, deputata alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone fragili e delle loro famiglie, conformemente ai principi che ispirano l'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo così come previsto dalla legge regionale 11 agosto 2015- n.23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33".

## LA MISSION E LA VISION

L'Azienda persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'Azienda concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo la massima accessibilità e la libertà di scelta, l'equità delle prestazioni, l'ottimizzazione delle risorse, promuovendo l'integrazione ed il raccordo istituzionale con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato. Sviluppare il tema della presa in carico può rappresentare una grande opportunità per avviare un percorso di ridefinizione dell'attuale modalità di rapporti, che, maggiormente orientato alla de-burocratizzazione dei percorsi, punti in modo deciso alla valorizzazione del territorio, alla valorizzazione e specializzazione delle competenze dei professionisti, all'integrazione tecnico/operativa ed istituzionale da assumere come strumento per la realizzazione di un sistema a rete. Al fine di perseguire tali scopi, più specificatamente, il sistema organizzativo qui delineato è ispirato ai seguenti principi:

- rispetto della persona e collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli, inteso come rispetto dei bisogni e dei diritti della persona, sviluppando sistemi di ascolto e di monitoraggio della soddisfazione, e come promozione di un clima organizzativo improntato al benessere di utenti ed operatori;
- integrazione delle competenze, facilitazione del lavoro di gruppo, sviluppo di reti di collaborazione anche con soggetti esterni all'Azienda per offrire servizi integrati con quelli di altre strutture sanitarie e sociali della provincia, partecipazione alle politiche dell'Agenzia di Tutela della Salute;
- qualità, intesa come capacità dell'Azienda di promuovere e sviluppare qualità globale, quindi orientata alla persona e alle prestazioni erogate, alle relazioni interne, alla struttura e alle tecnologie;
- innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza, intesa come promozione di tutte le forme di coordinamento e integrazione con il mondo della ricerca clinico-sanitaria;
- valutazione dei risultati, intesa come feed-back sull'attività dell'Azienda, delle articolazioni organizzative e dei singoli;
- crescita professionale di tutti i collaboratori, intesa come capacità dell'Azienda di fornire a tutti gli operatori l'opportunità di approfondire le proprie conoscenze e sviluppare appieno le proprie potenzialità;
- orientamento a tradurre in risultati concreti la programmazione regionale e locale, intesa quale collegamento stabile e costruttivo con la Regione e con l'Azienda di Tutela della Salute;
- ricerca di una costante integrazione dei servizi, intesa a fornire alla persona una prestazione che veda l'apporto positivo e coordinato nel tempo e nello spazio di tutte le articolazioni dell'Azienda;
- trasparenza dell'azione, intesa come l'individuazione per ciascuna decisione dei criteri di riferimento e dei risultati attesi.

## LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICO

Obiettivi strategici che l'ASST di Cremona intende perseguire sono finalizzati alla cura della persona e alla continuità della cura, attraverso percorsi assistenziali che sostengano l'attività di cura e che valorizzino il ruolo dei professionisti, e, contestualmente, attraverso la caratterizzazione dei presidi ospedalieri aziendali e la rete territoriale in ottica integrata. Si identificano pertanto le seguenti aree strategiche:

- Progetto sperimentale per l'attivazione dell'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese
- HUB cerebrovascolare
- Cancer Center
- Sperimentazione POT di Soresina
- Attività di ricerca.

### **Progetto sperimentale per l'attivazione dell'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese**

In virtù della DGR n. X/2989 del 2014 e come meglio precisato nella circolare attuativa del 20/02/2015, è possibile sviluppare progetti interaziendali attraverso l'adozione di una convenzione. In tale ottica le ASST di Mantova e di Cremona hanno condiviso l'esigenza di creare un'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese, al fine di:

- sviluppare integrazione e continuità nei processi di cura, riducendo la frammentazione delle unità d'offerta,
- migliorare l'accessibilità ai servizi,
- favorire lo sviluppo di assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità,
- ridurre le fughe verso le strutture extra-regionali, quale esito auspicato e derivante dall'ottimizzazione delle unità di offerta e della presa in carico,
- potenziare l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po grazie all'integrazione con i servizi territoriali,

a favore dei cittadini residenti nei comuni degli ex distretti di Casalmaggiore e Viadana.

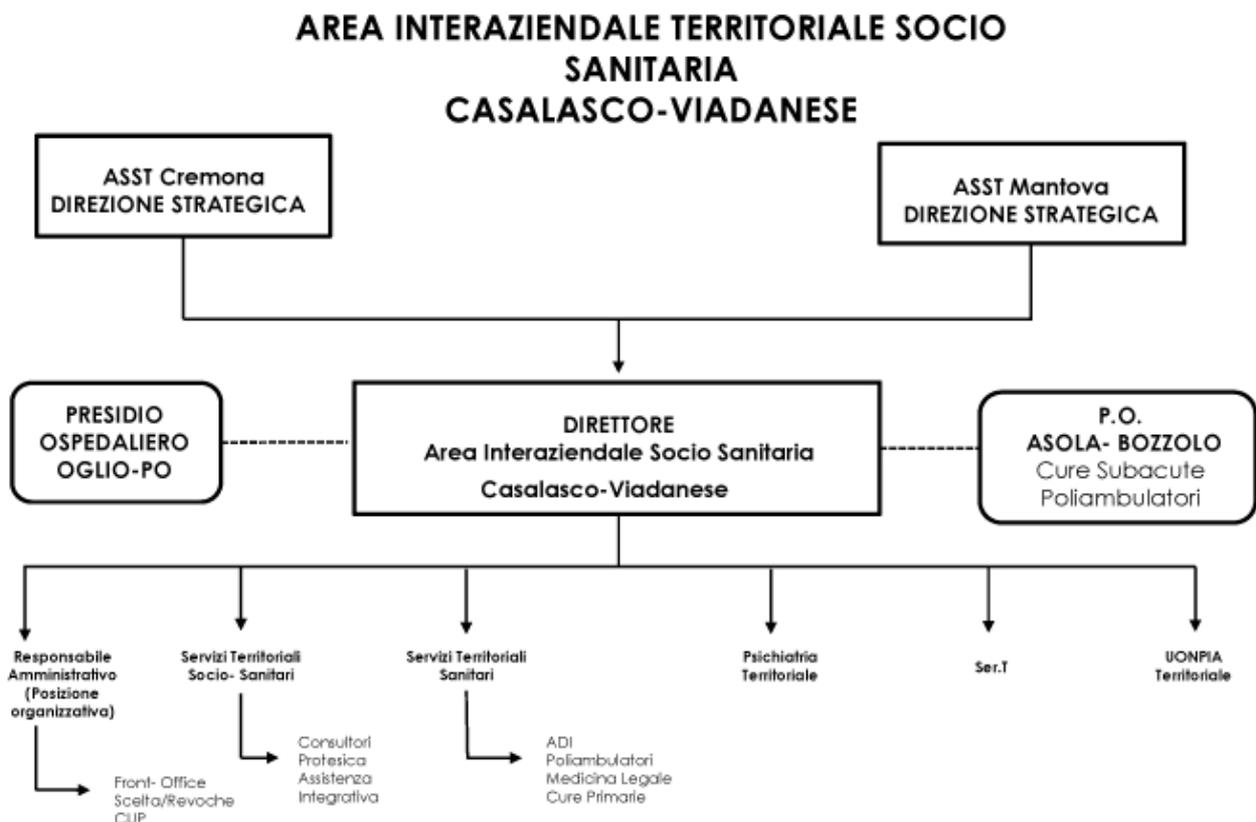
L'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese si configurerà come un'articolazione organizzativa che raggruppa un insieme di unità di offerta sanitarie e sociosanitarie afferenti alle due ASST e insistenti sul territorio identificato.

Le attività erogabili riguardano l'ambito psichiatrico, neuropsichiatrico, ambulatoriale, di contrasto alle dipendenze, degli ex distretti di Casalmaggiore e Viadana: consultori, CeAD, scelta e revoca e altri servizi erogati dalle sedi territoriali in ambito sanitario, sociosanitario e amministrativo.

Il modello organizzativo che si intende adottare per l'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese si caratterizzerà per:

- connotazione gestionale del governo delle risorse implicante anche la revisione delle unità d'offerta,
- approccio funzionale per la gestione integrata di attività sociosanitarie per la costruzione di percorsi di orizzontalità e di integrazione ospedale-territorio, indistintamente se afferenti all'una o all'altra ASST.

Le Direzioni Strategiche della ASST di Mantova e dell'ASST di Cremona concordano di identificare un Direttore dell'Area a cui siano assegnate le funzioni di gestione operativa, di coordinamento e di integrazione delle unità d'offerta delle due ASST ed esercitano di concerto il potere direttivo nei confronti del Direttore dell' Area.



## HUB cerebrovascolare

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (2005) ha riconosciuto che l'ictus rappresenta, per le sue dimensioni epidemiologiche e per il suo impatto socio-economico, una delle più importanti problematiche sanitarie, costituendo la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza, e (in Italia) la terza causa di morte (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2005). Con un'incidenza dello 0,3% si calcola che, in Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengano colpite da ictus; nello specifico, nella provincia di Cremona e di Mantova, si prevedono circa 1250 casi di ictus/anno. La Conferenza stessa delineava la

necessità di strutturare un "modello integrato di cura" dalla prevenzione alla riabilitazione che ruoti intorno all'utente.

Ad oggi, l'unica strategia terapeutica approvata nella fase acuta è la terapia ripercussiva per via endovenosa o endoarteriosa, la cui efficacia e sicurezza sono tempo-dipendenti. Gli attuali standard di letteratura considerano efficace il trattamento in acuto dell'ictus ischemico mediante fibrinolisi endovenosa entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi associata a procedure di trombectomia meccanica mediante tecniche endovascolari in caso di occlusione di un grosso vaso intracranico entro sei ore dall'esordio. Le procedure di trombectomia endovascolare necessitano la disponibilità, oltre che del neurologo, di una sala angiografica, e, data la breve finestra terapeutica entro cui devono essere eseguite, la pronta disponibilità di neuroradiologi interventisti, tecnici di radiologia ed infermieri dedicati 24/24 7/7.

E' evidente come questo non sia realizzabile in tutte le Azione Sanitarie, sia per considerazioni economiche, sia per la necessità di un elevato expertise del centro e degli operatori ottenibile solo grazie ad un'esperienza maturata su elevato case mix di patologia interventistica endovascolare. Da qui, la necessità di costruire una rete clinica, con l'obiettivo di garantire lo standard di cura per tutti i pazienti dell'ATS Val Padana, evitando duplicazioni (evitare che ogni azienda sia dotata di un centro di Neuroradiologia Interventistica) e garantendo un servizio migliore (pochi centri, ma con elevata casistica). Analogamente a quanto è stato organizzato per l'avvio di un'attività Neurochirurgica a Mantova, la proposta consiste nella creazione di una S.C. di Neuroradiologia interaziendale dotata di un organico tale da poter garantire la presenza di un Neuroradiologo nelle ore diurne dei giorni feriali in entrambe le ASST e una reperibilità per le urgenze del Neuroradiologo interventista nelle ore notturne e nei festivi con la copertura delle 24 ore, 7 gg su 7.

Per i pazienti candidabili alla trombectomia, è proponibile un modello *drip and drive*, secondo il quale il paziente inizia il trattamento e.v. (drip) ed esegue la procedura endoarteriosa nell'Ospedale ove si è presentato; in attesa del Neuroradiologo reperibile, che si sposta verso il paziente (drive), vengono completati accertamenti ed allestita sala angiografica. In alternativa è considerabile un modello *drip&ship*, secondo il quale il paziente inizia il trattamento e.v. (drip) e viene trasportato verso la sede del neuroradiologo (ship). Gli spostamenti dell'equipe medica o del paziente devono essere garantiti su gomma o ala rotante qualora necessario.

La presenza di un'attività neuroradiologica interaziendale consentirebbe inoltre di incrementare il livello e la qualità dell'attività diagnostica (RM, TC), estendendola anche all'attività angiografica cerebrale (attualmente presente solo su Cremona), fondamentale per alcune patologie neurologiche e neurochirurgiche e di ridurre l'esecuzione di diagnostica inutile.

Un'ottimizzazione del percorso ictus porterebbe ad aumentare la % dei pazienti trattati migliorando il loro outcome. I dati post-marketing dello studio SITS-MOST riportano una buona prognosi nel 54% circa dei pazienti trattati con trombolisi e.v. In aggiunta, i dati dei trials più recenti hanno dimostrato che il trattamento endovascolare in aggiunta alla trombolisi e.v. ottiene una differenza assoluta nella % di indipendenza funzionale tra pazienti trattati e gruppo controllo di 11- 23.8 punti percentuali in favore del trattamento. A ciò si aggiunge un evidente beneficio economico. Se si computano i costi diretti a

carico del SSN (ospedalizzazione, visite ambulatoriali, farmaci, riabilitazione, assistenza domiciliare, etc.), i costi diretti non a carico del SSN (libera professione) e i costi indiretti, un recente lavoro condotto in Italia stima i costi a 36 mesi per paziente con ictus di € 10.992 per pazienti con disabilità lieve, € 29.310 per disabilità moderata, e € 74.863 per disabilità grave.

## **Cancer Center**

L'evoluzione delle conoscenze in ambito oncologico e la crescente complessità della cura dei tumori ha reso indispensabile una forte integrazione fra area chirurgica, medica e diagnostica, con la creazione di percorsi strutturati multidisciplinari che si fondano sulla collaborazione ottimale e l'integrazione di competenze diverse, il tutto sullo sfondo di una attività di ricerca clinica e di diagnostica biomolecolare all'avanguardia.

Conseguenza naturale dei successi degli ultimi anni delle cure anticancro, in termini sia di guarigione che di allungamento della sopravvivenza e di miglioramento della qualità di vita, è la necessità di prendersi cura dei pazienti in modo globale e personalizzato, con percorsi terapeutici differenti e ritagliati sulla specificità dei bisogni non solo clinici ma anche socio-assistenziali. Un approccio interdisciplinare coordinato fin dal primo accesso del paziente alla struttura sanitaria si è convinti possa avere un impatto importante nelle scelte terapeutiche più efficaci per il percorso di cura.

Chi si ammala di cancro, chi teme di essere ammalato di cancro, ha necessità di essere curato al meglio rispetto al tumore e all'angoscia che lo accompagna. I pazienti e i familiari hanno bisogno di essere rassicurati che tutto il possibile venga effettuato nel modo migliore e rapido possibile. Ci si mette nelle mani di chi prima era un perfetto sconosciuto (medico/infermiere) e che ora deve diventare partner di un lungo percorso di viaggio che non è "solo" ospedale, ma casa del paziente, medico di famiglia, simultaneous care. Tempi e metodi di diagnosi e cura vanno tracciati e resi disponibili al paziente esattamente come avviene nel monitoraggio di un volo aereo. In questo modo ci si impegna nel documentare il ritorno dell'investimento (documentando come dall'imposta si passa all'impiego reale delle risorse a beneficio della persona) si abbassa il livello di ansia, si motiva la persona malata nell'empowerment. La ricerca è più avanti rispetto a quanto può offrire oggi il SSN. In questo scenario la ricerca traslazionale può restituire al paziente ciò di cui ha bisogno. La partnership con le Università permetterà all'ASST di Cremona di andare a colmare il "gap" offrendo a loro le possibilità migliori. Ad esempio, la presenza di un'area dedicata alla patologia femminile a Cremona ha una storia di cura fortemente integrata con il territorio e che negli anni si è posta come obiettivo l'integrazione della cura offerta dal sistema sanitario con quanto prodotto dalla ricerca.

Da queste premesse nasce pertanto il progetto di creare un polo oncologico multidisciplinare in cui i vari attori specialisti (oncologo, radioterapista, chirurgo, radiologo, patologo, palliativista, etc.) ruotino attorno al paziente fornendo una risposta integrata alle sue complesse esigenze dalla diagnosi alla terapia.

In tal modo l'ASST, anche nella sua nuova configurazione istituzionale ed organizzativa, potrà dare risposte sempre più efficaci nella presa in carico di una patologia, quella oncologica, che vede tristemente il territorio cremonese primeggiare a livello nazionale -

in particolare per i tumori delle alte vie digerenti, del fegato e del pancreas - come ben evidenziano i dati di incidenza e mortalità disponibili ([https://karin.aslcremona.it/docs\\_file/ASL\\_Cremona\\_DocProgr2015\\_A\\_ContestoEpidemiologico.pdf](https://karin.aslcremona.it/docs_file/ASL_Cremona_DocProgr2015_A_ContestoEpidemiologico.pdf))

Lo sviluppo del modello del Cancer Center nell'ASST di Cremona fa riferimento ai seguenti elementi:

- La necessità di prendere in carico il paziente con un modello di governo clinico-assistenziale dell'intero percorso, caratterizzato dall'integrazione multiprofessionale e dalla creazione di gruppi tumore-specifici.
- La disponibilità di un'infrastruttura informatizzata che consenta a tutti i soggetti coinvolti nella gestione dei casi l'accesso alle cartelle cliniche/fascicolo sanitario del paziente e assicurati attraverso un sistema dedicato di prenotazioni il governo dei vari momenti del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.
- La presenza di un laboratorio per le indagini di patologia molecolare e la ricerca delle mutazioni genomiche, anche a supporto delle attività di ricerca pre-clinica, clinica ed epidemiologica.
- Il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito per i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), con audit periodici per l'adozione di eventuali azioni di miglioramento.
- Lo sviluppo della rete d'offerta e dei modelli di presa in carico di cure palliative, con particolare riferimento all'anticipazione nei percorsi di cura ed all'assistenza domiciliare.

L'assetto previsto per il Cancer Center dell'ASST di Cremona è connotato da una forte vocazione per la ricerca, riconoscendo l'importanza di conciliare – e mettere al servizio - le attività correlate con la pratica assistenziale, al fine di rendere disponibili a quest'ultima con la massima tempestività i risultati conseguiti. La crescente complessità delle sperimentazioni cliniche (spesso integrate e/o in aggiunta all'attività assistenziale) in termini di conduzione e norme regolatorie, ha reso necessario in diversi ospedali l'istituzione di nuclei dedicati a supportare e coordinare simultaneamente le attività sanitarie e di ricerca dei professionisti delle Aziende, favorendo così l'integrazione della funzione scientifica con l'attività assistenziale dei dipartimenti. Tali figure sono indispensabili per pianificare, gestire e monitorare l'attività sanitaria in integrazione con quella di ricerca clinica e traslazionale ("from bench to bedside and back"); questa dimensione rimane uno degli assi portanti del progetto.

Cardine del modello assistenziale è la suddivisione del percorso di cura del paziente oncologico per aree specifiche di patologia (moduli), nell'ambito delle quali saranno adottati protocolli terapeutici e percorsi assistenziali appropriati e saranno coinvolti i professionisti più adatti in quel momento alla presa in carico del paziente oncologico:

1. Tumori della mammella (Area Donna)
2. Tumori ginecologici (Area Donna)
3. Tumori Gastrointestinali ed Epato-bilio-pancreatici
4. Tumori polmonari e del distretto cervico-facciale
5. Tumori Genito-urinari

6. Tumori del S.N.C.
7. Tumori del sistema emolinfopoietico
8. Tumori cutanei e tumori rari solidi.

La messa in comune di tutte le risorse disponibili (spazi, ambulatori, laboratori, personale, gran parte in un'area complanare dell'ospedale su tutto il 4° piano) è il carattere distintivo della nuova organizzazione trasversale a varie discipline. Sotto il profilo funzionale, la definizione e identificazione dei team multidisciplinari (MDT) insieme ai PDTA sono lo strumento operativo attraverso cui creare le condizioni di funzionamento del sistema di multidisciplinarietà.

Questi due elementi sono l'asse centrale attorno al quale devono ruotare gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche ed il cui coordinamento è cruciale per l'esito positivo e la qualità del processo di cure. L'istituzione nel POAS di un Dipartimento Oncologico gestionale che mette insieme, dentro un'unica cornice organizzativa, strutture a vocazione oncologica di diagnosi, ricovero e cura di tipo medico, chirurgico e di laboratorio, è intesa a massimizzare il potenziale di rete finalizzato alla presa in carico integrata di cui sopra. Al paziente oncologico dovrà essere assicurato un percorso diagnostico agevolato ("Fast track") con finestre dedicate per l'effettuazione di esami diagnostici e strumentali (TC, RMN, etc.). Tutte le procedure diagnostico-terapeutiche dovranno essere erogate con una tempistica congrua ed in linea con le raccomandazioni delle più importanti linee guida delle società internazionali, gli standard di buona pratica e gli indicatori regionali. Infine, uno degli obiettivi del Cancer Center è far sì che le Cure Palliative diventino parte integrante del percorso assistenziale per i pazienti con prognosi infausta, ottimizzando i percorsi di consulenza intraospedaliera, assistenza ambulatoriale, residenziale (Hospice) e domiciliare. Oltre al consolidamento delle attività di Hospice presso il POC l'ASST intende sviluppare ulteriormente l'attività di assistenza domiciliare e – d'intesa con l'ATS - nuovi modelli di presa in carico presso il POOP. A tal fine, per ogni modulo, particolare attenzione sarà dedicata alla presa in carico precoce del paziente con malattia metastatica da parte degli specialisti di cure palliative (early palliative care) e l'avvio di percorsi di cure simultanee (simultaneous care), con una maggiore attenzione rispetto al passato per le cure palliative domiciliari; per quest'ultima modalità è particolarmente importante una presa in carico precoce ed integrata tra tutti i servizi specialistici e territoriali che hanno in carico il soggetto, compreso il MMG.

L'assetto gestionale del Cancer Center nella nuova organizzazione aziendale corrisponde al Dipartimento Oncologico.

## **Sperimentazione POT di Soresina**

I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) rappresentano strutture e modalità organizzative della Rete Territoriale per la presa in carico proattiva di pazienti cronici ultrasessantacinquenni, in particolare quelli di una certa complessità che devono effettuare ripetuti controlli per evitare riacutizzazioni e complicanze; il modello è basato su un sistema di remunerazione a quota capitaria, nel quale viene garantita - anche attraverso l'attivazione di un Centro Servizi - la programmazione del percorso di cura del paziente. Sono previste l'erogazione

diretta di prestazioni sanitarie (es. ambulatoriali e ricoveri a bassa intensità) e l'attivazione di percorsi sociosanitari, in integrazione con l'ospedale ed i MMG; questi formulano i Piani Assistenziali Individuali ma possono anche partecipare alla gestione sanitaria dei propri pazienti ricoverati presso il POT. Alla DGR n. 1185 del 20.12.2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014", che per la prima volta ha previsto l'istituzione dei POT, sono seguite le DGR 1521 del 20.3.2014 e la DGR 2152 del 18.7.2014 con le quali Regione Lombardia ha dato concretamente l'avvio alla sperimentazione in 4 aziende, e la DGR 28930 del 19.12.2014 che ne ha visto l'estensione per un totale, ad oggi, di 11 strutture. L'assetto ed i meccanismi di funzionamento del modello sono stati oggetto della DGR 4191 del 16.10.2015, con la quale la Giunta regionale ha declinato le regole, anche economiche, per la gestione dei pazienti cronici nell'ambito del POT, prevedendo la stipula di un contratto tra l'AO titolare del progetto e l'ASL di riferimento e approvando uno schema-tipo di contratto per la regolamentazione dei reciproci rapporti e uno schema-tipo di accordo per la regolamentazione dei rapporti fra l'Ente Gestore del POT ed i MMG. Da ultimo, con la DGR 4662 del 23.12.2015, Regione Lombardia ha declinato in modo estensivo gli indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità, ribadendo la centralità del POT quale "nodo funzionale della rete dei servizi per il percorso di diagnosi e cura dei pazienti cronici anche per i malati più complessi e problematici che devono effettuare ripetuti controlli dello stato di salute per evitare lo scompenso della malattia". Per quanto riguarda il nostro territorio, con DGR X/2837 del 5 dicembre 2014 è stato approvato il progetto presentato dall'ASL di Cremona su proposta dell'AO "Ospedale Maggiore di Crema" di attivazione presso il Presidio Ospedaliero di Soresina di un Presidio Ospedaliero Territoriale; recentemente - in attuazione della l.r. n. 23/2015, - con DGR 5234 del 31.5.2016 la Giunta regionale ha stabilito il subentro dell'ASST di Cremona all'ex AO di Crema nella gestione della sperimentazione POT presso il presidio Nuovo Robbiani di Soresina.

Finalità della sperimentazione POT di Soresina è quella di:

- favorire percorsi di cura integrati per il soggetto cronico complesso fra MMG, le Cure Sub Acute, le funzioni specialistiche territoriali, le strutture sanitarie di ricovero, i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare e le attività di promozione della salute/prevenzione;
- favorire l'integrazione dei percorsi di cura per la presa in carico proattiva del paziente cronico, attraverso l'individuazione di specifici percorsi di presa in cura gestendo in modo programmato l'accesso alle prestazioni diagnostiche e alle cure (riduzione delle riacutizzazioni), consentendo peraltro di ridurre i ricoveri inappropriati e gli accessi al pronto soccorso per problemi minori, e quindi di contenere le liste d'attesa;
- favorire percorsi di cura per la presa in carico dei pazienti per gestire la riacutizzazione in fase iniziale mediante percorsi accelerati (Fast Track Ambulatoriale) o assistenza medico-infermieristica (degenza in reparto dedicato per cure subacute). Tra gli obiettivi si evidenziano:
- prevenire le riacutizzazioni del paziente cronico ultrasessantacinquenne, riducendo la frequenza di complicanze e migliorandone gli outcome clinici;
- favorire il recupero dell'autonomia ed una migliore qualità di vita;

- gestire le riacutizzazioni dei pazienti cronici fornendo un'alternativa di cura e assistenza;
- offrire un'alternativa assistenziale al ricovero in area medica nelle strutture per acuti, limitando gli accessi in PS ed i ricoveri inappropriati dei pazienti cronici;
- favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali sanitarie e sociosanitarie e la condivisione di risorse umane e tecnologiche, anche attraverso l'istituzione di percorsi assistenziali specifici ed appropriati;
- ottimizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, riducendo i tempi d'attesa e migliorando l'appropriatezza.

Sono coinvolti numerosi attori del percorso integrato di presa in carico dei pazienti: MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, facilitatori di percorso assistenziali (process owners) ivi compresi quelli per la dimissione protetta e l'assistenza domiciliare, gestori di Centro Servizi e CUP, direzioni sanitarie e sociosanitarie, direzioni mediche. Il modello assistenziale comporta la presa in carico del paziente "cronico complesso", di età compresa tra i 65 ed i 90 anni, definito come "assistito affetto da pluripatologia cronica" secondo la classificazione CReG-POT di cui all'Allegato 1 della DGR X/4191 del 16.10.2015. Il MMG prende in carico il paziente e definisce, anche in collaborazione con altri soggetti (specialista, assistente sociale, infermiere), un Piano di Assistenza Individuale, con il quale delinea il percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e sociale dell'assistito. Il Centro Servizi del POT provvede all'attuazione del PAI per garantire all'assistito l'assistenza di cui necessita, coordinando le operazioni, i processi e le funzioni deputate alla erogazione delle varie attività. Presso il Polo Sanitario Nuovo Robbiani sono presenti 20 posti tecnici di cure subacute accreditati che verranno dedicati ai pazienti arruolati nel POT. Ove necessario, il MMG può attivare un ricovero nel reparto di cure subacute del POT, per pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, con un piano di trattamento finalizzato ad obiettivi sanitari specifici. L'accesso al reparto può avvenire per dimissione da un reparto di degenza per acuti, da Pronto Soccorso o direttamente dal territorio. Il MMG può aderire alla sperimentazione del modello POT con modalità che prevedono anche la partecipazione alla gestione dell'assistenza dei propri pazienti nel reparto del POT. In ogni caso il MMG può avvalersi della collaborazione di un medico presente quotidianamente presso il POT ed accederà al reparto, ed in base alle necessità ed alla propria disponibilità, per contribuire alla gestione clinica dei propri assistiti, o degli assistiti da MMG della propria Forma Associativa o Cooperativa di appartenenza. Il medico del POT concorderà con i MMG ogni iniziativa riferita ai propri pazienti (fatte salve le eventuali situazioni di emergenza tempo-dipendenti indifferibili) e lo stesso MMG potrà accedere online alla cartella clinica del paziente ricoverato, al fine di monitorare il percorso dei propri assistiti e di interagire e dare eventuali indicazioni cliniche al medico del reparto. Alla dimissione potranno essere attivati percorsi di dimissione protetta, ed in qualunque momento della presa in carico il MMG potrà richiedere l'attivazione di percorsi di assistenza domiciliare. Nel corso della sperimentazione, si valuteranno sia l'eventuale estensione di posti letto, sia la trasformazione dei posti letto per cure subacute in posti letto di degenza di comunità.

## Attività di ricerca

La ricerca scientifica in ambito oncologico è una delle protagoniste della lotta quotidiana di medici e ricercatori per sconfiggere il cancro ed in essa sono riposte le speranze di migliaia di pazienti. La ricerca, come quella sul cancro, è composta di diverse aree, tutte strettamente collegate tra di loro e ognuna fondamentale per raggiungere l'obiettivo finale di migliorare la terapia del tumore. In linea generale, fare ricerca significa raccogliere informazioni, fare esperimenti e interpretarne i risultati per aumentare le conoscenze su un determinato argomento, il cancro nel caso della ricerca oncologica. La ricerca scientifica non è una pratica approssimata e generica, ma un'attività che si basa su regole precise che consentono di arrivare, attraverso percorsi ben definiti, a un risultato concreto, oggettivo e riproducibile: in poche parole si basa sul metodo scientifico. La ricerca può essere suddivisa in ricerca di base, ricerca traslazionale, ricerca preclinica, ricerca clinica e ricerca epidemiologica. Questa suddivisione non è l'unica possibile, ma rappresenta abbastanza bene il percorso che porta dall'idea originale di un ricercatore fino al risultato (prevenzione o nuove cure) che può concretamente aiutare il paziente.

La ASST di Cremona si concentra prevalentemente su:

- la ricerca traslazionale, che verifica la possibilità di trasformare le scoperte scientifiche che arrivano dal laboratorio in applicazioni cliniche per ridurre l'incidenza e la mortalità per cancro ("from bench to bedside"). Si tratta, quindi, di costruire una sorta di ponte tra la scienza e la medicina, per poter utilizzare nel modo migliore le scoperte dei ricercatori. Nei laboratori e aree di oncologia avanzata nascono punti specifici di ricerca traslazionale presso i quali lavorano persone capaci di camminare in equilibrio tra i due ambiti: si tratta di ricercatori che conoscono la ricerca di base, ma che hanno anche un'attenzione particolare per il paziente e una grande capacità di comprendere le necessità di chi si prende cura dei malati ogni giorno nella pratica clinica.
- La ricerca clinica, l'ultima fase della ricerca scientifica prima della approvazione di un nuovo farmaco o di un nuovo tipo trattamento deve, per forza di cose, passare da quella branca della ricerca chiamata ricerca clinica. Si tratta di sperimentazioni che coinvolgono pazienti per valutare l'efficacia di una nuova molecola o di un nuovo trattamento e che in genere sono divise in quattro fasi. Le prime tre fasi sono necessarie per ottenere l'approvazione del nuovo trattamento e della sua commercializzazione, mentre la quarta viene effettuata quando la terapia ha già ricevuto tale approvazione, per osservarne gli effetti su larga scala. La ricerca clinica comprende gli studi che si occupano di identificare il trattamento o le modalità di trattamento più efficaci. Tutte le persone che prendono parte agli studi clinici devono firmare un consenso ad entrare nello studio che autorizza i ricercatori a raccogliere i dati che li riguardano e che descrivono le loro reazioni al trattamento studiato, ma è importante sottolineare che le informazioni ottenute nel corso dello studio restano in forma del tutto anonima.

- La ricerca epidemiologica, che si occupa, invece, di esaminare la distribuzione delle malattie nella popolazione, i fattori di rischio per la loro comparsa e la relazione con abitudini e stili di vita. Inoltre l'epidemiologia analizza l'efficacia sul campo (effectiveness) degli interventi preventivi, di screening per la diagnosi precoce, di trattamento - valutando il rapporto tra costi ed efficacia/benefici – in un contesto osservazionale piuttosto che sperimentale (epidemiologia valutativa). La struttura degli studi epidemiologici può essere simile a quella degli studi clinici, quando si confrontano - in modo prospettico o retrospettivo – uno o più gruppi di persone esposte all'effetto della sostanza che si vuole studiare con un gruppo, che funge da controllo, non esposto. Si usano anche studi in cui un gruppo di persone affette da una malattia (casi) ed un gruppo di persone sane (controlli) vengono studiate in relazione al profilo di fattori di rischio; questo modello può essere utilizzato quando si vogliono studiare eventuali fattori predittivi per la risposta al trattamento (responders vs. non responders). Negli ultimi anni, in oncologia, hanno assunto sempre maggiore importanza gli studi di epidemiologia molecolare, in cui le analisi epidemiologiche sono messe in relazione con le caratteristiche genetiche degli individui.

Quasi 400 studi sono stati avviati o completati negli ultimi 15 anni nell'ASST di Cremona; solo dal 2014 ad oggi 179 nuovi studi sono stati presentati per approvazione al Comitato Etico dell'Area Lodi - Cremona – Mantova, per la maggior parte clinici ed il 40% circa osservazionali. Oltre il 60% di queste ricerche sono in ambito oncologico, oltre il 10% in cardiologia ed in misura minore nelle altre discipline, a testimonianza della forte vocazione oncologica della ricerca condotta nella nostra ASST; del resto il territorio cremonese è caratterizzato da un'incidenza di tumori (e mortalità correlata) tra le più alte in Italia, in particolare nel tratto gastrointestinale, come confermato anche dalle pubblicazioni periodiche dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). L'ASST di Cremona intende pertanto perseguire con sempre maggiore efficacia strategie di sviluppo della ricerca in affiancamento ed a supporto dell'attività assistenziale, consolidando e sviluppando rapporti di collaborazione istituzionale con Università e Istituti di ricerca, soprattutto in ambito oncologico, nella ricerca traslazionale e in farmacogenomica.

## SEDE LEGALE, SEDI OPERATIVE ED IL PATRIMONIO

L' Azienda Socio – Sanitaria Territoriale di Cremona ha sede legale in Viale Concordia 1 a Cremona. Il patrimonio aziendale è stato definito con i seguenti Decreti del Direttore Generale Welfare: n. 11964 del 31.12.2015 e n. 5195 del 07.06.2016.

All' Azienda fanno capo le seguenti strutture:

### Presidi Ospedalieri:

Presidio Ospedaliero di Cremona

Presidio Ospedaliero Oglio Po – Casalmaggiore

### Presidi Ospedalieri Territoriali:

Polo Sanitario "Nuovo Robbiani" di Soresina

### Presidi ambulatoriali:

Poliambulatorio Specialistico con punto prelievi– Cremona

Poliambulatorio Specialistico con punto prelievi– Casalmaggiore

Centro Medicina dello Sport – Cremona

### Strutture territoriali:

Consultorio familiare pubblico - Casalmaggiore

Consultorio familiare pubblico – Cremona

Consultorio familiare - Soresina

SERT – Casalmaggiore

SERT – Cremona

### Strutture Extra Ospedaliere:

C.R.A. Casalmaggiore

C.R.A. Cremona

C.R.A. Semi-residenziale Casalmaggiore

C.R.A. Semi-residenziale Cremona

Centro Diurno Cremona

C.P.A. "La Vela"

C.P.B. Gruppo appartamento Cremona

C.P.B. Casa Famiglia

UONPIA Polo Territoriale Cremona

UONPIA Polo Territoriale Casalmaggiore

UONPIA Polo Territoriale Soresina

CPS Cremona

CPS Soresina

CPS Casalmaggiore

Attraverso la propria organizzazione strutturale, l'ASST garantisce l'erogazione dei servizi, nella logica della presa in carico della persona, rispondendo al bisogno di integrazione e continuità delle cure.

# ATTIVITÀ DI INDIRIZZO, CONTROLLO E GESTIONE

## Il Direttore Generale

Il Direttore dell'ASST di Cremona è stato nominato con DGR n° X/4628 del 19.12.2015. Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'ASST ed è responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico che esercita anche attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare nonché attraverso la loro verifica. Al Direttore Generale spettano in particolare:

- la nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e sociosanitario;
- la nomina del Collegio Sindacale secondo quanto previsto dalla vigente normativa statale e regionale;
- la costituzione del Collegio di Direzione;
- la costituzione del Consiglio dei Sanitari;
- la nomina del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP);
- la nomina del Collegio Tecnico di Valutazione;
- la nomina e la revoca dei dirigenti di struttura semplice e complessa, nonché il conferimento degli incarichi di natura professionale, di consulenza studio e ricerca, di funzioni ispettive di verifica e di controllo; il conferimento degli incarichi relativi a contratti a tempo determinato per funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico, i contratti per l'attuazione di progetti finalizzati;
- la costituzione del Comitato Etico Indipendente, secondo quanto previsto dalla legislazione nazionale e regionale;
- l'adozione del piano di organizzazione aziendale;
- l'adozione di tutti gli atti relativi ai piani strategici pluriennali;
- l'adozione di tutti i regolamenti interni tra cui quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, per l'attività dei controlli interni e per il sistema delle deleghe;
- la definizione degli obiettivi dei programmi aziendali annuali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria regionale e locale, con indicazione contestuale delle relative priorità e individuazione delle risorse (umane, tecnologiche, materiali ed economico-finanziarie) necessarie al loro conseguimento da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse, così da consentire l'adozione del budget aziendale;
- la programmazione triennale del fabbisogno di risorse e la programmazione annuale delle dinamiche complessive del personale, nonché l'adozione della dotazione organica aziendale;
- l'adozione di tutti gli atti relativi alla programmazione economica, finanziaria ed il bilancio annuale;
- la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- la verifica della qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate.

Per lo svolgimento delle predette attribuzioni e funzioni il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociosanitario.

## **Il Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è stato nominato con delibera n. 157 del 24 maggio 2016. E' composto da tre membri designati rispettivamente da Regione Lombardia, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute. Il Collegio Sindacale dura in carica per tre anni. Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale:

- verifica l'amministrazione dell'ASST sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

## **Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione, espressamente previsto dall'art. 17 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo interno all'Azienda di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, la elaborazione del programma di attività dell'Azienda, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, l'utilizzazione delle risorse umane. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da specifico regolamento ed è stato integrato nella sua composizione con deliberazione n. 80 del 17/03/2016.

## **Il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Amministrativo individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria, con provvedimento motivato è stato nominato dal Direttore Generale con deliberazione n. 2 del 4 gennaio 2016. Ha rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo regolato da un apposito contratto così come definito dalla normativa vigente. Contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della direzione strategica. Il Direttore Amministrativo è il referente istituzionale del Direttore Generale per quanto attiene la

gestione economica aziendale e l'equilibrio di bilancio, sulla base degli obiettivi generali e specifici di mandato attribuiti al legale rappresentante, avuto riferimento alle indicazioni regionali in materia di determinazione del livello dei costi complessivi dell'Azienda e di contenimento della spesa. Il Direttore Amministrativo assicura la legittimità degli atti, la definizione e la direzione del sistema di governo economico finanziario dell'Azienda, il corretto funzionamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico avvalendosi a tal fine dei propri staff e delle unità organizzative afferenti all'area amministrativa.

Il Direttore Amministrativo più specificatamente:

- dirige i servizi amministrativi e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- è responsabile della definizione delle linee aziendali per il governo economico finanziario e concorre alla verifica dell'andamento della gestione economico-finanziaria dell'ASST;
- attiva le necessarie iniziative per assicurare la maggiore speditezza procedurale agli iter istruttori e ciò per corrispondere alle esigenze espresse sia dalle strutture interne che dall'utenza esterna;
- svolge attività di indirizzo, coordinamento, verifica nei confronti dei responsabili delle unità organizzative amministrative e di supporto;
- cura la ricezione delle deliberazioni adottate dal Direttore Generale al fine della relativa verbalizzazione.

## **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario, individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria con provvedimento motivato è stato nominato dal Direttore Generale con Deliberazione n. 4 del 7 gennaio 2016. Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della direzione strategica, assumendo diretta responsabilità delle funzioni igienico sanitarie e tecnico organizzative e avvalendosi a tal fine dei propri staff, delle direzioni di presidio e delle relative strutture organizzative anche attraverso l'istituto della delega. In particolare, compete al Direttore Sanitario di:

- dirigere, a livello strategico, le strutture sanitarie ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari;
- fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- promuovere ed accertare la coerenza dell'offerta aziendale con la domanda e con i principi di appropriatezza ed efficienza;
- svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili di Presidi, dipartimenti, strutture complesse sanitarie, promuovendone l'integrazione;

- proporre le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al governo economico dell'ASST;
- essere responsabile dell'attività di farmaco-vigilanza;
- essere responsabile dell'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e delle altre professionalità sanitarie.

## **Il Direttore Sociosanitario**

Il Direttore Sociosanitario, individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria, con provvedimento motivato è stato nominato dal Direttore Generale con deliberazione n. 3 del 4 gennaio 2016. Il Direttore Sociosanitario dirige il settore aziendale della Rete Territoriale, nello specifico:

- presidia la corretta erogazione delle prestazioni territoriali a tutela della salute dei cittadini fragili e cronici, delle donne, dei bambini e delle loro famiglie;
- definisce le modalità di presa in carico della persona - raccordandosi con la Direzione Sanitaria- garantendo la continuità dell'assistenza nel percorso ospedale-territorio nel rispetto dei principi dell'equità, dell'appropriatezza e della facilità di accesso;
- svolge attività di indirizzo, in integrazione con la Direzione Sanitaria, dei diversi punti di erogazione diretta aziendale quali ambulatori, sportelli di valutazione multidimensionale, erogazione protesica, i servizi per le Dipendenze, i Consulitori;
- garantisce la gestione dei nuovi presidi (POT e PReSST), in collaborazione con i MMG e i PLS, quali nuove unità d'offerta territoriali;
- collabora con gli enti erogatori accreditati territoriali per l'applicazione dei modelli di presa in carico definiti e dei conseguenti piani assistenziali individuali della persona;
- definisce specifici rapporti convenzionali con enti erogatori accreditati e soggetti del terzo e quarto settore per la delineazione di percorsi facilitati a favore del cittadino;
- presidia lo svolgimento della funzione di protezione giuridica per la promozione dell'Amministratore di Sostegno a protezione dei soggetti fragili;
- governa l'organizzazione delle Reti R.I.C.C.A. e R.I.M.I. e del D.S.M.D. anche attraverso l'individuazione di Responsabili di Processo (Process Owner) in collaborazione con la Gestione Operativa aziendale;
- si raccorda con l'ATS, attraverso accordi tecnico-operativi, per lo sviluppo di interventi di sanità pubblica e di programmi afferenti al Piano Integrato Locale di Promozione della Salute.

## **Organismi di valutazione e consultivi**

Il principali Organismi di valutazione e consultazione aziendale sono:

- Il Nucleo di Valutazione Aziendale
- Il Collegio Tecnico di Valutazione Aziendale

- Il Consiglio dei Sanitari
- Il Comitato Etico
- Il Comitato Valutazione Sinistri

Per approfondimenti inerenti la composizione e le funzioni dei suddetti organismi si rimanda ai regolamenti interni aziendali.

## **Il sistema dei controlli interni**

Il sistema dei controlli interni va rivisto alla luce delle importanti innovazioni introdotte dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", che fornisce specifiche indicazioni e soluzioni organizzative al fine di supportare le Aziende sanitarie ad individuare misure per preservare dai rischi di eventi corruttivi e innalzare il livello di integrità, di competenza e di produttività. In particolare, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è un process owner che si avvale di una rete di relazioni e supporti identificati su due livelli di relazione all'interno dell'azienda. Il primo, ordinario, con i vertici aziendali (DA, DS DSS) e i responsabili delle diverse articolazioni aziendali (Capi Dipartimento Gestionali e Funzionali, Direttori delle Strutture Complesse) individuati, dal PTPT, quali responsabili della gestione di procedure a rischio. Il secondo livello di relazione prevede la costituzione di una Rete di Referenti per la prevenzione della corruzione, che non coincidono con il gruppo del primo livello, che assicurerà l'effettivo supporto tecnico ed amministrativo dell'RPCT. La Rete dei Referenti rappresenta il ponte tra la Dirigenza (primo livello) e il RPCT. L'obiettivo è quello di creare un sistema informativo "circolare" in grado di gestire il complesso sistema delle misure di prevenzione in modo partecipato, di accompagnare il sistema verso la cultura della prevenzione ed applicarla come qualsiasi altro fattore di produzione. Sono evidenti i raccordi con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che partecipa al processo di valutazione del rischio, considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei propri compiti. Parimenti si avrà il raccordo tra il Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione e il Piano delle Performance. Altrettanto importante la collaborazione con la gestione delle Risorse Umane: per affermare e consolidare l'importanza strategica della prevenzione della corruzione e della trasparenza si utilizzerà il processo della valutazione individuale assegnando obiettivi strategici a tutto il personale coinvolto. Il peso dell'obiettivo sarà commisurato all'esposizione del rischio dell'attività e gli indicatori saranno individuati a diversi livelli, tra i quali: la frequenza dei corsi di formazione, la partecipazione ai laboratori e gruppi di lavoro, la compilazione delle schede di monitoraggi, i tempi di rispetto delle procedure. L'analisi dei processi e la valutazione dell'efficienza dei medesimi attraverso rispettivamente la funzione di *internal audit* ed il controllo di gestione rappresentano ulteriori necessari passaggi organizzativi nell'ambito di un sistema integrato dei controlli. Infatti, la funzione di *internal audit* nasce con l'obiettivo di presidiare e monitorare le componenti del sistema di controllo interno, al fine di valutare l'efficacia dei sistemi in essere ed implementare soluzioni correttive volte ad una maggiore affidabilità e completezza delle funzioni di controllo.

## **Conferimento incarichi di direzione delle strutture ai dirigenti, deleghe, obiettivi e valutazione**

### **Strutture complesse**

Le strutture complesse sono articolazioni aziendali costituite da un insieme di attività individuabili dall'omogeneità delle prestazioni, delle competenze e dei servizi erogati, in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari, di amministrazione, di programmazione. Sono, pertanto, definite strutture complesse quelle articolazioni aziendali che posseggono requisiti strutturali e funzionali considerati di rilevante importanza per l'azienda, che necessitano di competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite. L'individuazione delle strutture complesse presuppone l'esistenza di fattori di complessità in relazione ai quali si determina altresì la graduazione delle strutture. I fattori di complessità, oggettivamente dimostrabili, sono:

- Strategicità rispetto alla "mission" aziendale;
- Grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- Numerosità e rilevanza economica delle risorse gestite e relativo livello di autonomia;
- Risorse umane assegnate;
- Responsabilità gestionale;
- Interdisciplinarietà;
- Sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

Ogni struttura complessa è dotata di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali, la cui responsabilità è affidata ad un direttore nominato in conformità alle procedure stabilite dalla normativa vigente in materia.

### **Strutture semplici e strutture semplici dipartimentali**

Per strutture semplici si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa sia quelle a valenza dipartimentale, che posseggano alcuni seguenti requisiti:

- Siano dotate di responsabilità e autonomia per la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie;
- Gestiscano sezioni specialistiche interne alla struttura complessa;
- Gestiscano articolazioni organizzative della struttura complessa presso altri presidi minori privi della suddetta specialità.

La struttura semplice a valenza dipartimentale è l'articolazione organizzativa di un dipartimento alla quale è attribuita l'autonomia di cui sopra per ragioni organizzative, di efficienza o di specificità professionale. In particolare si fa riferimento a particolari prestazioni erogate dalla struttura che sono necessarie alla realizzazione dei processi

produttivi di più strutture complesse interne al Dipartimento. La struttura semplice articolazione interna di struttura complessa è l'articolazione organizzativa di una struttura complessa all'interno della quale, svolge una funzione o un complesso di funzioni cui è attribuita autonomia organizzativa.

## Dipartimenti

La direzione del dipartimento è affidata dal Direttore Generale ad uno dei responsabili di struttura complessa afferente al dipartimento sulla base della valutazione dei requisiti di esperienza professionale, curriculum scientifico, capacità gestionale ed organizzativa, programmi di attività e sviluppo. Il direttore di dipartimento gestionale è sovraordinato ai responsabili di struttura complessa. La durata dell'incarico è annuale ed è rinnovabile; non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza del Direttore Generale, ma resta comunque in carica fino alla nomina del nuovo direttore di dipartimento.

Il direttore di dipartimento:

- assicura il perseguimento della mission;
- favorisce la massima integrazione possibile tra le diverse unità organizzative;
- garantisce l'ottimizzazione dell'organizzazione, promuove l'omogenea applicazione di procedure comuni, e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione Generale;
- promuove la formazione continua o altre iniziative finalizzate ad assicurare l'aggiornamento tecnico-scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate al Dipartimento;
- assicura lo sviluppo del processo di valutazione della qualità dell'assistenza. Inoltre il direttore del dipartimento gestionale garantisce le funzioni previste.

Il comitato di Dipartimento, presieduto dal Direttore di Dipartimento:

- collabora al processo di programmazione delle attività dipartimentali;
- persegue l'affermazione e la diffusione di valori condivisi;
- garantisce l'adozione di principi e di criteri di organizzazione, coerenti agli indirizzi aziendali nonché uniformi per l'insieme delle strutture organizzative del dipartimento;
- promuove il processo di innovazione e di miglioramento della qualità.

Nel regolamento sono individuati gli specifici compiti, le materie in cui deve indicare il parere in modo obbligatorio, le modalità di adunanza e di svolgimento dei lavori.

## Le deleghe

Il Direttore Generale può delegare proprie funzioni, fatta eccezione per quelle che la legislazione demanda alla sua esclusiva competenza, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed al Direttore Sociosanitario. Il Direttore Generale può altresì delegare, ai sensi del D.Lgs. 165/2001, ai Dirigenti delle strutture organizzative l'adozione di specifici atti di propria competenza e con rilevanza verso l'esterno. Il conferimento di deleghe da parte del Direttore Generale è disposto con apposito provvedimento.

## I RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI ENTI

Lo sviluppo di accordi e sinergie con gli altre ASST, l'ATS e le Università rappresenta uno degli obiettivi strategici dell'ASST di Cremona. La natura delle collaborazioni è regolata da convenzioni e dipartimenti interaziendali, nello specifico:

- dipartimenti inter-aziendali nell'ATS Val Padana: DIFO (Dipartimento Interaziendale funzionale Oncologico), Dipartimento Inter-aziendale Cure Palliative, DMTE ed Emergenza Urgenza extra-ospedaliera;
- dipartimenti e accordi inter-aziendali con l'ASST di Mantova: Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze, Dipartimento Interaziendale di Laboratorio e l'istituzione di un'area omogenea inter-aziendale "Area Casalasco Viadanese";
- consolidamento e sviluppo di convenzioni inter-aziendali con l'ASST di Mantova (neurochirurgia, chirurgia toracica, cardiocirurgia, allergologia, endocrinologia pediatrica, citogenetica) e l'ASST di Crema (radioterapia, elettrofisiologia, medicina legale);
- la tenuta e lo sviluppo costante della rete dei rapporti di collaborazione e sinergia con le Università attualmente convenzionate: Università di Trieste, Università degli Studi di Milano, Università di Brescia, Università di Parma, Università Cattolica di Roma, Università di Modena e Reggio Emilia, Università di Pavia, Università di Siena, Università di Torino.

### Dipartimenti Inter-aziendali

Obiettivo del dipartimento è rappresentato dalla costruzione di una rete sinergica ed integrata in funzione della futura razionalizzazione delle strutture e della conseguente offerta al fine di addivenire ad un'unica struttura dipartimentale.

- **DIFO**
- **DMTE**
- **CURE PALLIATIVE**
- **NEUROSCIENZE**
- **LABORATORIO MANTOVA-CREMONA**  
Afferiscono al dipartimento:
  - U.O.C. Servizio Medicina di Laboratorio Mantova
  - U.O.C. Laboratorio Anatomia Patologica Mantova
  - U.O.C. Laboratorio Analisi PO Cremona
  - U.O.C. Anatomia Patologica Cremona (afferente al Dipartimento Oncologico)
  - U.O.S.D. Laboratorio Analisi PO Oglio Po
  - U.O.S.D. Citogenetica Cremona
- **EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERA**

## **Dipartimento Interaziendale Funzionale Oncologico**

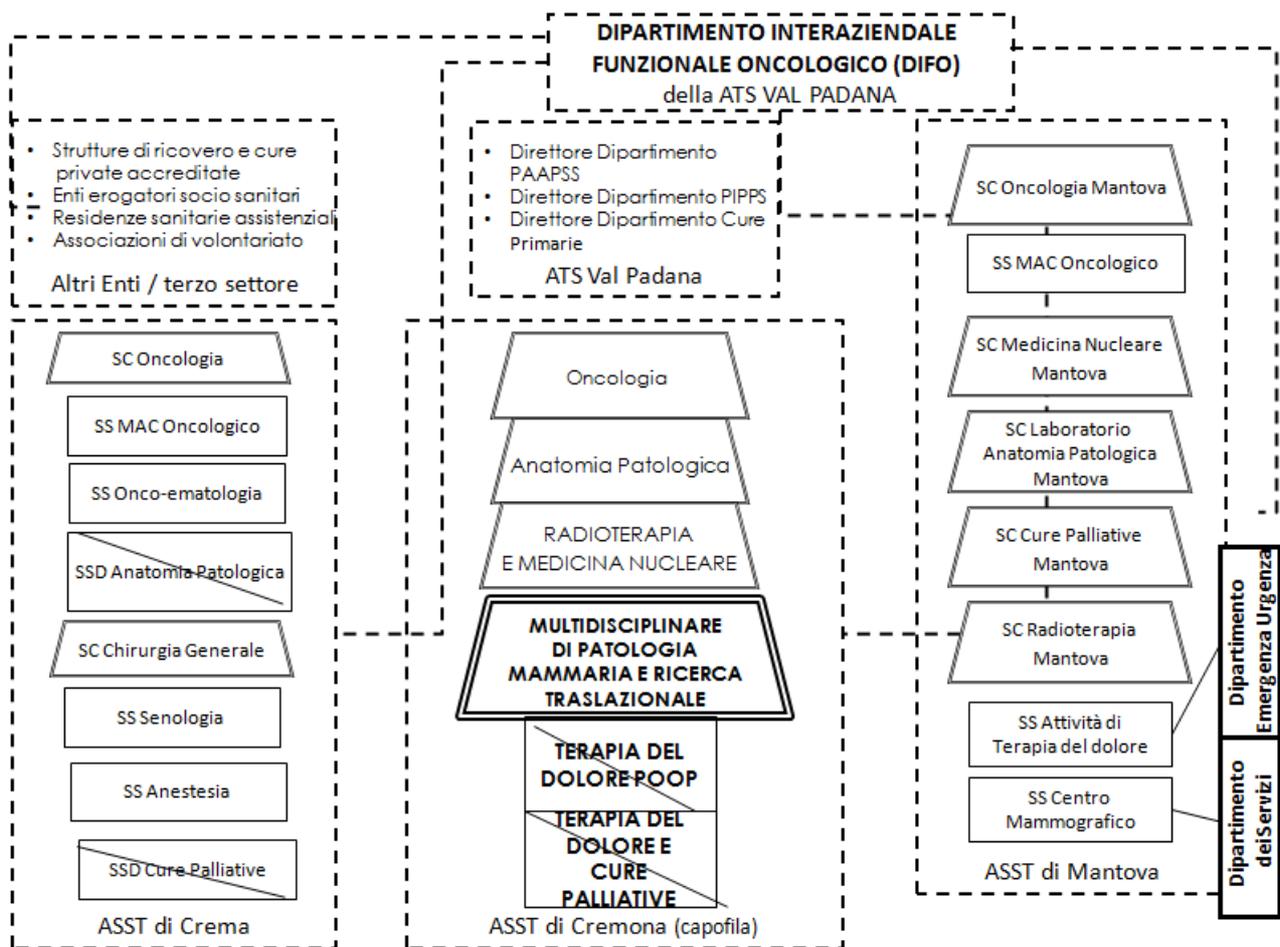
Ha funzione di integrazione, per ambito territoriale, dei servizi, delle strutture e delle professionalità finalizzate ad assicurare la massima qualità ed efficienza nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della malattia oncologica in tutte le sue fasi.

Sono obiettivi/funzioni del DIFO:

- migliorare l'accesso alla prestazioni
- definire percorsi clinico-assistenziali in tutte le fasi di malattia
- assicurare la effettiva interdisciplinarietà dei processi diagnostico-terapeutici
- promuovere la progressiva crescita delle competenze specialistiche
- curare la formazione degli operatori
- promuovere e coordinare la ricerca clinica e traslazionale
- collegarsi con le associazioni di volontariato
- sperimentare modelli organizzativi per una reale integrazione tra ospedale e territorio
- assicurare un efficace follow-up garantendo la continuità terapeutica ed assistenziale
- contribuire all'appropriatezza nell'uso delle risorse per aumentare l'efficienza del sistema.

Ne fanno parte il Coordinatore ed il Comitato di Dipartimento – che svolge funzioni di programmazione e controllo, costituito da Referenti delle ASST che erogano servizi in ambito oncologico, Referenti dei Dipartimenti PAAPSS, PIPPS e Cure primarie delle ATS di riferimento territoriale, Referenti delle strutture private accreditate ed a contratto che erogano prestazioni oncologiche, Rappresentanti del volontariato oncologico.

Inoltre in accordo con l'ATS Val Padana e le ASST di Crema e Mantova viene identificata quale capofila del dipartimento funzionale la scrivente ASST di Cremona.



## Dipartimento Funzionale Medicina Trasfusionale ed Ematologia

La L.R. n.20 del 28/03/2000 configura il Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologica (D.M.T.E.) quale struttura di coordinamento, indirizzo e organizzazione delle attività concernenti il sistema donazione - trasfusione e la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue di cui all'art. 5 della L. n. 107/90. La D.D.G. n. 27223 del 03/11/2000 definisce che il D.M.T.E. è il raccordo tra i servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale (S.I.M.T.), delle unità di raccolta (U.R.) che operano nell'ambito territoriale di competenza.

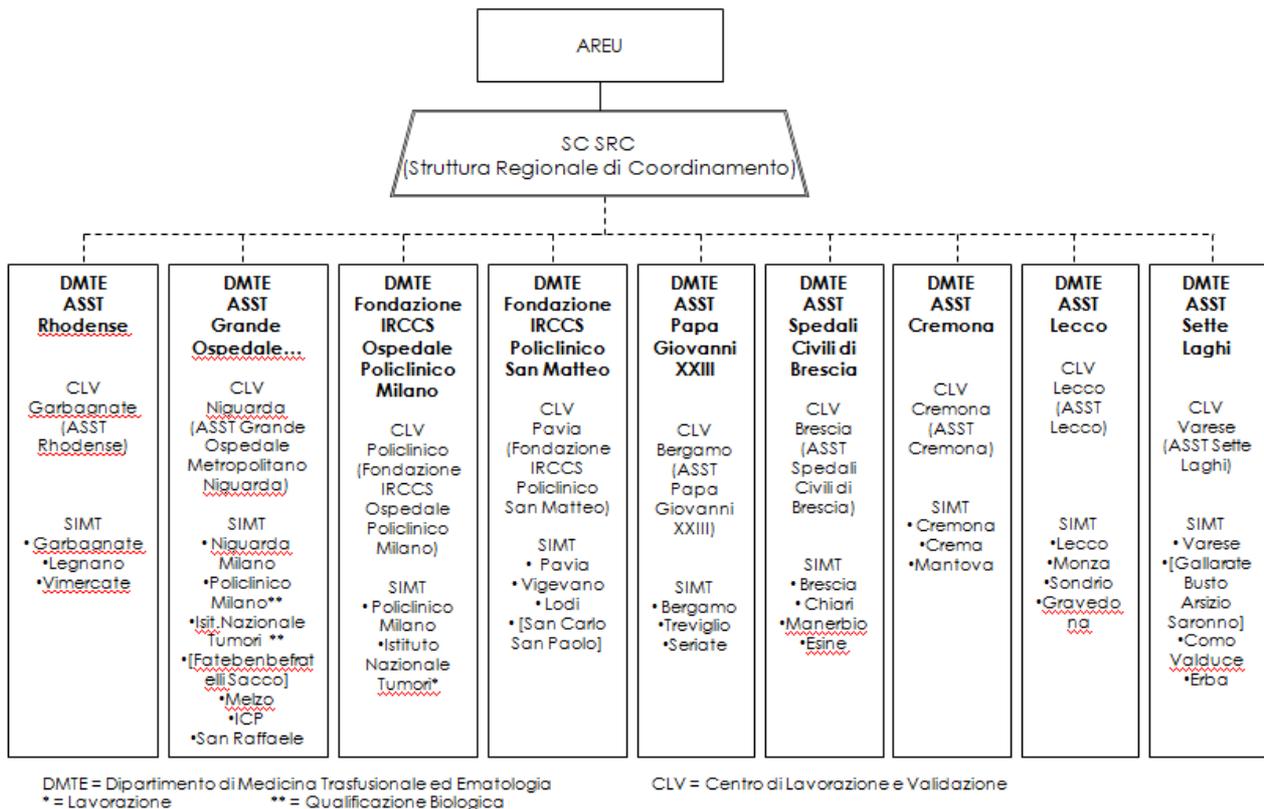
Secondo quanto stabilito dalla nota AREU prot. 5505 del 03/10/2016 " Proposta di ridefinizione della rete trasfusionale" e dalla nota AREU prot. 6098 del 20/10/2016 "Nuovi POAS, cronoprogramma sulla ridefinizione della rete trasfusionale regionale (nota AREU 0005505 del 03/10/2016), viene:

- ridefinita la rete trasfusionale Regionale, il modello organizzativo, il numero e la configurazione di D.M.T.E. / C.L.V. e dei S.I.M.T.;
- attribuita alla Struttura Regionale di Coordinamento di AREU (istituita con DGR n.IX/3825/2012) la funzione di proporre un nuovo assetto organizzativo e coordinare i DMTE/CLV,
- individuata quale sede di DMTE/CLV per il territorio della ATS Val Padana, la ASST di Cremona a cui deve afferire la SC Servizio Immunoematologia e Medicina

Trasfusionale (S.I.M.T.) di Mantova, la SC Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) di Cremona, la SS Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) di Crema.

Inoltre D.M.T.E. / C.L.V. provvede all'integrazione con altri erogatori privati accreditati e con il Terzo Settore (Associazione Bambino Emopatico Oncologico (ABEO), AVIS) che insistono sul territorio di competenza.

## IL DMTE/CLV DI CREMONA



## Dipartimento Funzionale Interaziendale Cure Palliative

È aggregazione funzionale ed integrata dei soggetti erogatori delle attività di cure palliative garantite nei diversi setting assistenziali in ciascun ambito territoriale.

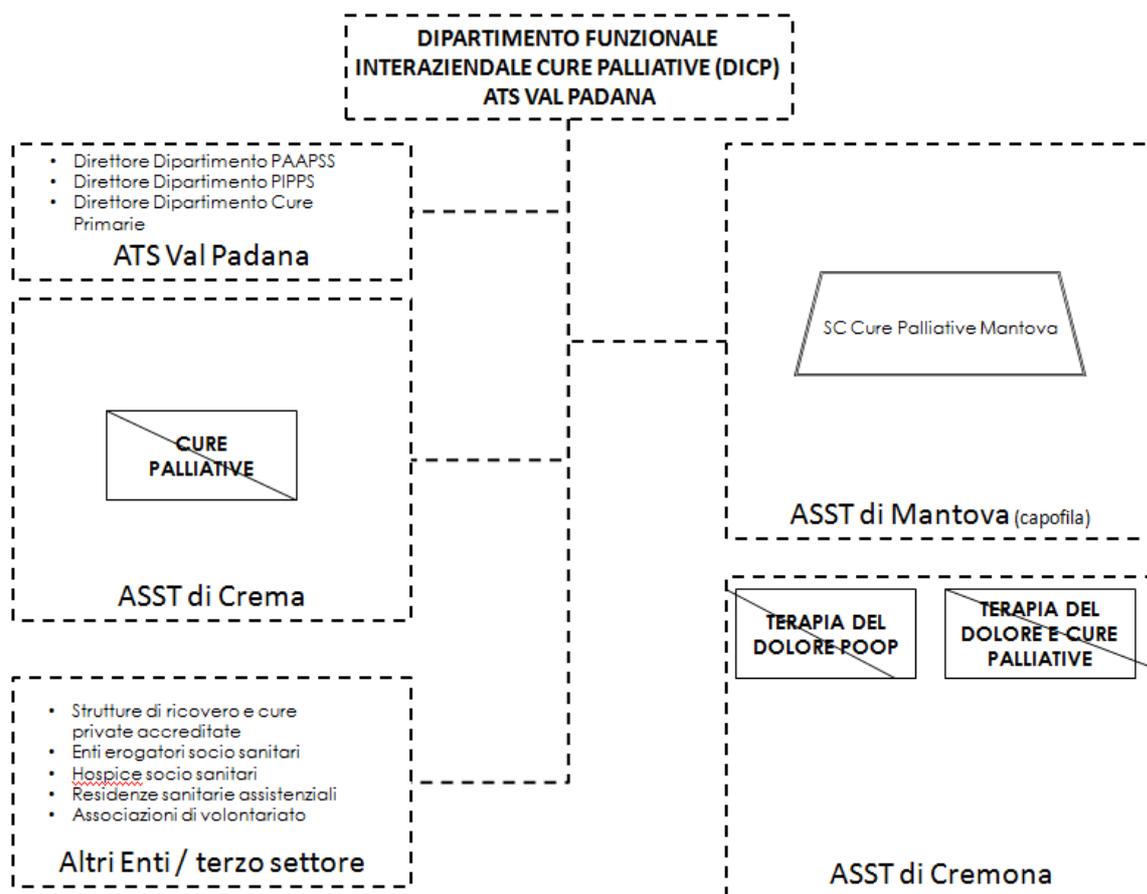
Assolve alle seguenti funzioni:

- garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato
- garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice (socio sanitario e sanitario) e l'assistenza domiciliare di base e specialistica
- definire e attuare nell'ambito della rete i percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati

- promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate; monitorare i costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari
- definire e monitorare un sistema di indicatori quali-quantitativi della rete
- promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua, definiti a livello regionale, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete.

È costituito dal Direttore, dal Comitato di Dipartimento – organo tecnico-scientifico con funzioni di indirizzo e di controllo, che prevede un Esecutivo, che cura l'esecuzione delle decisioni del Comitato e l'esercizio delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

Comitato ed Esecutivo vedono rappresentati ASST, Dipartimenti PAAPSS, PIPPS e Cure primarie delle ATS di riferimento territoriale, AREU, strutture private sanitarie e sociosanitarie (Hospice, ADI, RSA) accreditate ed a contratto, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Medici di Continuità assistenziale, Organizzazioni di volontariato. Inoltre in accordo con l'ATS Val Padana e le ASST di Crema e Mantova viene identificata quale capofila del dipartimento funzionale la ASST di Mantova.



Sempre con l'ASST di Mantova è stata inoltre concordata l'istituzione dei dipartimenti funzionali interaziendali in seguito descritti.

## Dipartimento Funzionale Interaziendale Neuroscienze MN-CR

Le scienze neurologiche sono un sapere estremamente complesso, la cui trasmissione, mantenimento e sviluppo è frutto di un processo elaborato. L'ospedale è in grado di garantire una efficace concentrazione del sapere attraverso la condivisione da parte dei professionisti del medesimo contesto operativo e la possibilità di rappresentare un punto di riferimento per la domanda più complessa e di assicurare l'accesso alle alte tecnologie.

Attualmente il Dipartimento di Neuroscienze dell'ASST Mantova comprende: Neurologia con Stroke Unit, Testa-collo (Chirurgia Maxillo-Facciale, ORL, Oculistica), Dermatologia, 2 Riabilitazioni. Il Dipartimento di Neuroscienze ed Osteoarticolare dell'ASST Cremona comprende: Neurologia con Stroke Unit, Neurochirurgia, Ortopedia e Riabilitazione.

E' evidente come la creazione di un Dipartimento di Neuroscienze interaziendale Cremona-Mantova che preveda al suo interno 2 Neurologie con Stroke Unit (di cui una struttura semplice), 1 Neurochirurgia, 1 Neuroradiologia (con una struttura semplice di interventistica) e 3 Riabilitazioni, permetta ad alcune specialità (vd Neurochirurgia e Neuroradiologia) di raggiungere un bacino d'utenza di circa 1.000.000 di abitanti, in linea con il piano di riordino delle alte specialità.

Inoltre, la creazione di un Dipartimento di Neuroscienze interaziendale Cremona-Mantova, con un ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico, favorendo l'integrazione tra le discipline afferenti alle neuroscienze, promuoverebbe la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti, l'organizzazione condivisa di percorsi assistenziali, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici. Immediata ricaduta sono l'ottimizzazione nell'uso delle risorse, una migliore efficienza ed efficacia dei percorsi condivisi, l'ampliamento della possibilità di collaborazione a progetti di ricerca.

Alcune aree già esistenti meritano particolare attenzione ed implementazione:

**Area cerebrovascolare** – si rimanda alla descrizione del progetto HUB cerebrovascolare (pagina 12).

**Area Malattie Degenerative** - nel 2013 il G8 ha decretato che la demenza debba essere una priorità globale. Attualmente Mantova sta creando un centro servizi per i pazienti affetti da M. di Alzheimer secondo la logica della Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale (R.I.C.C.A.) che potrebbe essere ripensata in una logica interaziendale. A Cremona esiste già consolidato un percorso preferenziale per i pazienti affetti da disturbi del movimento e disturbi cognitivi che anch'esso potrebbe essere condiviso in una logica interaziendale. Altre competenze nell'ambito delle patologie cronic-degenerative potrebbero essere condivise come l'expertise nell'utilizzo della tossina botulinica (fondamentale in alcune patologie del movimento come nella gestione della spasticità in esiti) di Mantova o nelle neuropatie ereditarie di Bozzolo.

A ciò va aggiunto che, per molte malattie degenerative, la vera sfida è diventata l'identificazione precoce/preclinica della malattia, il cui esordio si ritiene preceda di anni le più evidenti manifestazioni cliniche, così da poter intervenire sui fattori modificabili. Attualmente si sta dando sempre più rilievo all'utilizzo di marcatori di imaging (in

particolare programmi automatizzati di analisi delle immagini). Da qui l'ulteriore rilevanza di una Unità neuroradiologica Interaziendale. Oltre alla diagnosi precoce con possibilità di intervenire adeguatamente su alcuni fattori di rischio, la disponibilità di una diagnostica updated può permettere un adeguato inquadramento fenotipico dei pazienti, requisito indispensabile per proporsi come potenziali centri reclutanti all'interno di trials nazionali ed internazionali.

**Riabilitazione** – ad oggi sono presenti tre Riabilitazioni nelle due Aziende Ospedaliere, una dell'ASST Cremona e due dell'ASST di Mantova. La creazione di un Dipartimento Interaziendale permetterebbe una migliore riorganizzazione del flusso dei pazienti dalle Unità per Acuti alle Riabilitazioni con una suddivisione dei pazienti per logica geografica e per necessità cliniche. In un'ottica di iperspecializzazione delle diverse Riabilitazioni potrebbe essere prevedibile la creazione di un'Unità Spinale dedicata ai pazienti mielolesi, per i quali la riabilitazione rappresenta un aspetto fondamentale del percorso terapeutico. Considerando in particolare che l'ASST Cremona è un trauma center, che all'interno delle Aziende sono già presenti specialisti coinvolti in tutti gli aspetti della disabilità conseguenti a malattie del midollo spinale (neurologi, neurochirurghi, ortopedici, urologi, pneumologi, fisiatristi e fisioterapisti) e che in Lombardia esiste solo l'Unità Spinale dell'Ospedale Cà Granda di Milano, la creazione di un'Unità spinale potrebbe rappresentare un'interessante opportunità.

Alcune aree possono rappresentare aree di sviluppo futuro:

**Neuro-Oncologia** – le nuove tecniche di imaging, il progresso scientifico nella comprensione dei meccanismi molecolari e la conseguente identificazione di biomarkers e lo sviluppo accelerato di nuovi farmaci è stato enorme e porta a immaginare che nel prossimo decennio la gestione dei tumori cerebrali possa notevolmente migliorare. E' prevedibile che non sarà più necessaria la biopsia cerebrale per formulare la diagnosi, ma sarà sufficiente l'imaging con un insieme specifico di marcatori patologici, ed eventualmente con le informazioni aggiunte di biomarkers liquorali o serici, come il DNA tumorale circolante. Lo stesso imaging servirà come guida per ottimizzare la progettazione per la resezione chirurgica, le porte di radiazione, e la successiva valutazione della terapia. La diagnosi neuropatologica sarà supportata da algoritmi a base di specifiche caratteristiche istologiche su sezioni tumorali digitalizzate. Grazie ai dati molecolari sarà possibile una medicina personalizzata. Si potrà anche prevedere, se non la completa eradicazione della neoplasia, la sua conversione ad una condizione cronica trattata con agenti tossici tumore-diretti e monitorata con metodiche non invasive malattia-specifiche.

**Neurofisiologia** - La Neurofisiologia Intraoperatoria rappresenta uno dei settori di maggior progresso della moderna Neurochirurgia. Laddove, tradizionalmente, il chirurgo si era sempre basato su un'informazione puramente anatomica nel decidere la miglior strategia chirurgica per operare nel cervello o nel midollo spinale, vi è ora la possibilità di acquisire una preziosa informazione funzionale. Lo sviluppo di questa disciplina è nato in risposta a due esigenze: a) l'evidenza clinico-scientifica che una maggiore radicalità chirurgica aumenti sia gli indici di sopravvivenza che quelli di qualità della vita. B) l'altrettanto

evidente necessità di minimizzare eventuali deficit neurologici sequelari, cioè chiaramente legati all'intervento stesso, visti i costi umani e sociali degli stessi.

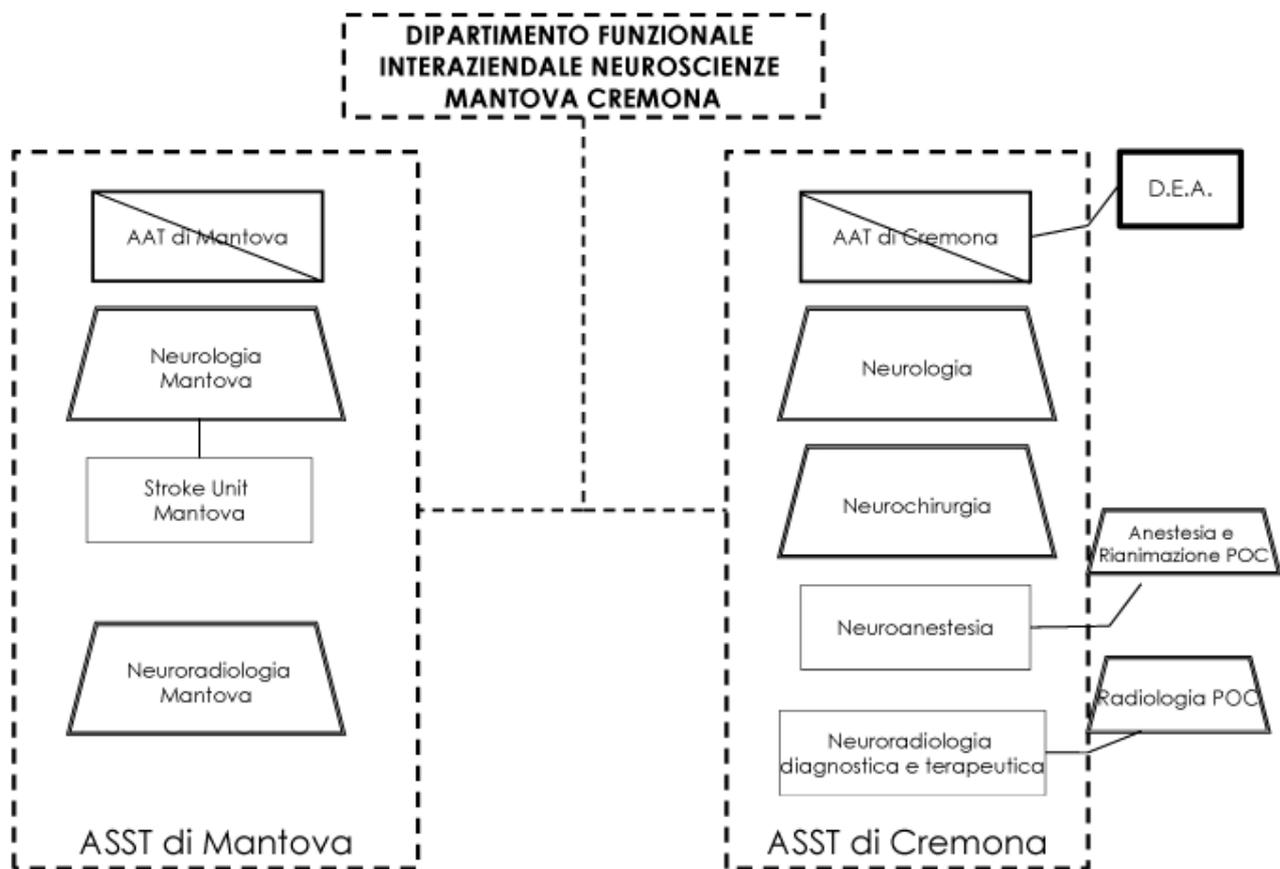
Vi è dunque sempre più l'esigenza di curare chirurgicamente le patologie del sistema nervoso in maniera possibilmente radicale ma, al tempo stesso, cercando di ridurre la morbilità chirurgica. La Neurofisiologia Intraoperatoria fornisce pertanto gli strumenti per rispondere in parte a queste esigenze. Innanzitutto consente di identificare funzionalmente, durante l'intervento, determinate strutture nervose altrimenti difficilmente riconoscibili su base puramente anatomica. Successivamente, una volta identificate tali strutture, è possibile controllarne "on-line" l'integrità funzionale durante tutto il corso dell'intervento grazie al monitoraggio continuo dei cosiddetti potenziali evocati.

E' prevedibile che a breve, anche in relazione all'aumentato contenzioso medico-legale, il monitoraggio neurofisiologico e la presenza di un tecnico di neurofisiopatologia diventi routine in sala operatoria.

Sono già presenti tecnici di Neurofisiologia e Neurologi con relativa esperienza di monitoraggio.

Afferiscono al dipartimento le seguenti strutture:

- U.O.C. di Neurologia Mantova
- U.O.S. Stroke Unit
- U.O.C. Neuroradiologia
- U.O.S.D. AAT di Mantova
- U.O.C. Neurologia Cremona
- U.O.C. Neurochirurgia Cremona
- U.O.S.D. AAT di Cremona (afferente al D.E.A.)
- U.O.S. Neuroanestesia Cremona (afferente alla U.O.C. Anestesia e Rianimazione POC)
- U.O.S. Neuroradiologia diagnostica e terapeutica Cremona (afferente alla U.O.C.
- Radiologia POC).



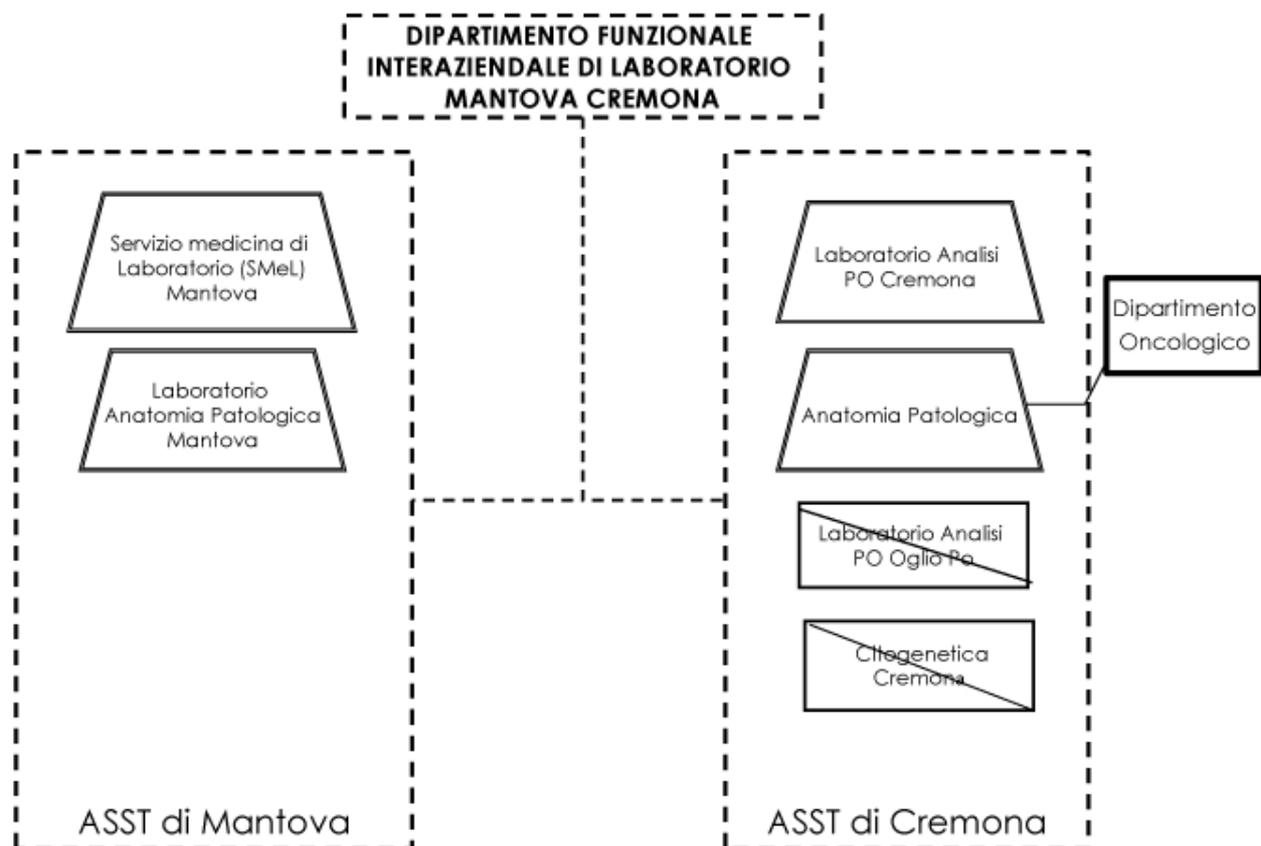
## Dipartimento Funzionale Interaziendale di Laboratorio MN-CR

Il Dipartimento è orientato ad offrire prestazioni diagnostiche del più elevato contenuto tecnico-scientifico con verifica costante dell'appropriatezza e del governo clinico, volte a produrre i migliori risultati di salute per i cittadini afferenti, anche attraverso l'analisi dell'appropriatezza delle attività diagnostiche condotta attraverso i principi della Evidence Based Laboratory Medicine.

Obiettivo del dipartimento è rappresentato dalla costruzione di una rete sinergica ed integrata in funzione della futura razionalizzazione delle strutture e della conseguente offerta al fine di addivenire ad un'unica struttura dipartimentale.

Afferiscono al dipartimento:

- U.O.C. Servizio Medicina di Laboratorio Mantova
- U.O.C. Laboratorio Anatomia Patologica Mantova
- U.O.C. Laboratorio Analisi PO Cremona
- U.O.C. Anatomia Patologica Cremona (afferente al Dipartimento Oncologico)
- U.O.S.D. Laboratorio Analisi PO Oglio Po
- U.O.S.D. Citogenetica Cremona



## Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera

La ASST di Cremona, attraverso il proprio DEA, partecipa assieme ad AREU – “capofila” – al Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera interaziendale.

Nel DEA dell'ASST è prevista una SSD denominata AAT 118 Cremona. L'individuazione e la nomina del relativo Responsabile, pur rimanendo in capo alla ASST, è effettuata su proposta di AREU di concerto tra le due Aziende.

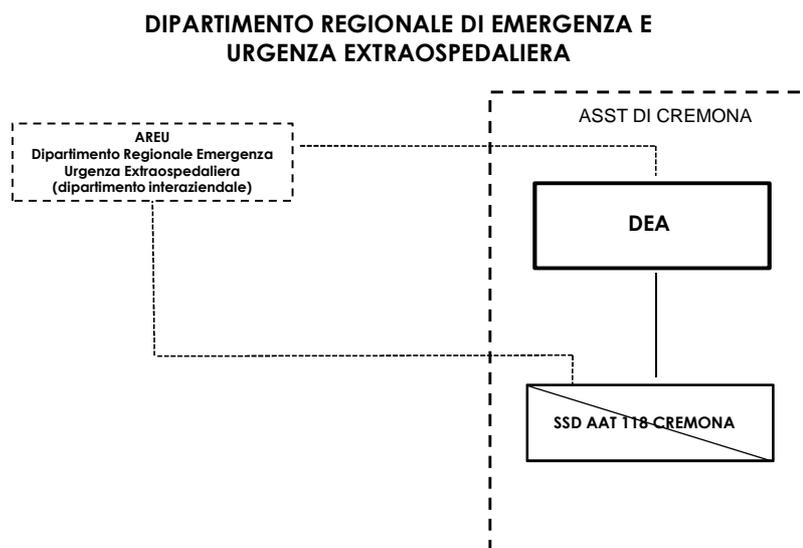
Il personale sanitario e tecnico che espleta attività di emergenza urgenza extraospedaliera afferisce alle Strutture Complesse del DEA, alla SSD AAT 118 Cremona e ad altre Strutture di area intensiva e dell'emergenza urgenza dell'ASST.

Il Direttore del DEA, nell'ambito delle funzioni e responsabilità ad esso assegnate nel proprio incarico, deve garantire, avvalendosi di predetto personale opportunamente formato e sulla base degli accordi convenzionali sottoscritti tra ASST e AREU, sia la copertura dei turni per l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, privilegiando l'attività resa in orario istituzionale così come previsto dalla programmazione regionale, sia l'integrazione di tale personale, mediante opportuna rotazione su più funzioni, discipline e ambiti specialistici nell'attività intraospedaliera di area critica, al fine di mantenere elevate le professionalità degli operatori sanitari stessi.

Il Direttore del DEA si avvale del Responsabile di SSD AAT 118 Cremona per le necessità organizzative, amministrative, logistiche, formative, di approvvigionamento e di programmazione connesse all'attività di emergenza urgenza extraospedaliera.

Il Direttore del DEA per quanto concerne le attività relative al servizio di emergenza urgenza extraospedaliero si deve rapportare con il Direttore del Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera di AREU.

Il Direttore DEA interagisce, qualora necessario, direttamente o per il tramite del Responsabile di SSD AAT, con un Direttore DEA di una ASST limitrofa, non sede di AAT, al fine di garantire continuità nell'erogazione dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera nel territorio di pertinenza della AAT di riferimento.



24

## I rapporti con le Università

L'ASST di Cremona persegue la tenuta e lo sviluppo costante della rete di collaborazione e sinergia con le Università, attraverso la quale realizzare un'integrazione tra l'attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

Tali ambiti di collaborazione sono rappresentati dalle convenzioni in essere con le Università degli Studi sia lombarde (Università di Brescia, Università di Milano, Università di Pavia) sia di altre Regioni (Università di Parma, Università Cattolica di Roma, Università di Modena e Reggio Emilia, Università di Siena, Università di Torino), per diverse Scuole di Specializzazione di area sanitaria, che consentono di utilizzare le strutture organizzative aziendali interessate per l'espletamento di attività didattiche, integrative di quelle universitarie, svolte nell'ambito della singola Scuola di Specializzazione, ai fini del completamento della formazione accademica e professionale degli specializzandi universitari. A tal fine, con apposito documento aziendale, è stato, inoltre, regolamentato, da un punto di vista organizzativo, lo svolgimento, all'interno delle unità operative e dei

servizi aziendali, dei tirocini di specializzazione universitaria, in integrazione dei singoli ordinamenti didattici specifici per ogni scuola di specializzazione convenzionata.

L'ASST, inoltre, ha avviato una convenzione con l'Università degli Studi di Trieste, perseguendo l'interesse comune di entrambi gli Enti ad implementare e approfondire le competenze, le procedure, le metodiche in campo oncologico, diagnostico molecolare e di ricerca, attraverso la collaborazione operativa di specifico personale universitario per l'espletamento di attività scientifica, clinico assistenziale e di laboratorio, richiedente competenze tecnico professionali di elevata specializzazione.

L'ASST, al fine di promuovere programmi di ricerca, intende favorire percorsi di formazione, lo scambio di informazioni tra i ricercatori coinvolti nella ricerca ed i clinici, nonché l'apprendimento e l'utilizzo di tecnologie innovative; persegue, infine, lo sviluppo di apposite collaborazioni con le Università degli Studi (Università di Trieste, Università di Milano, Università di Brescia, Università di Parma), realizzando cooperazioni scientifiche e didattiche.

## LA DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE E DEGLI ATTI OGGETTO DELLE CONSULTAZIONI E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E TUTELA DEGLI UTENTI

Lo sforzo di chi è preposto al governo della cosa pubblica, in particolare nel sistema sanitario, deve essere sempre indirizzato alla costruzione di relazioni dirette con gli stakeholders, inserendo nelle proprie regole di sistema meccanismi e metodi finalizzati a determinati comportamenti di ascolto e confronto. Tra questi annoveriamo l'adozione della Carta dei Servizi che non è stata intesa come mero adempimento prescrittivo, ma come strumento efficace di riesame delle varie fasi del processo, per introdurre nuove strategie di miglioramento e fornire ai cittadini servizi di qualità. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in seno alla U.O.S. Comunicazione, in particolare assicura una corretta informazione e favorisce l'accessibilità all'attività amministrativa, a documenti e servizi, rileva sistematicamente i bisogni e il livello di soddisfazione degli utenti per i servizi erogati, favorisce e assicura la partecipazione dei cittadini. Inoltre, l'Ufficio svolge le seguenti attività:

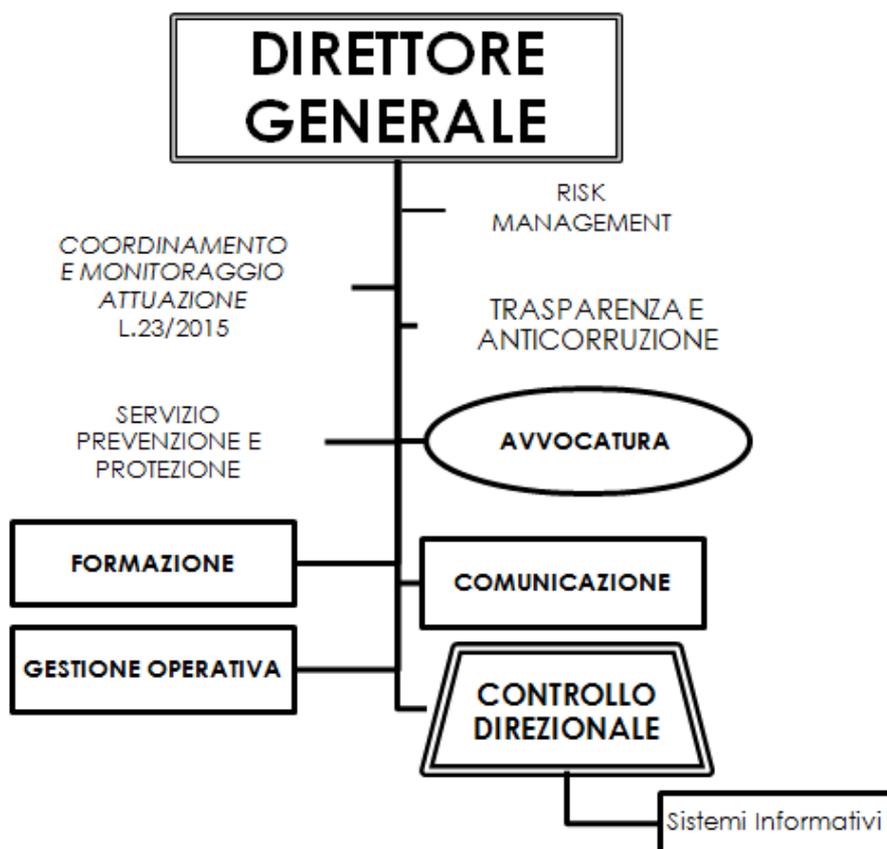
- ricerca e analisi per conoscere i bisogni e per promuovere iniziative di miglioramento dei rapporti con l'utenza, finalizzate alla formulazione di proposte su aspetti organizzativi e logistici;
- promozione e attuazione di iniziative di comunicazione di pubblica utilità per far conoscere norme, servizi e strutture, garantisce informazione su servizi, modalità di erogazione dei servizi, tempi di attesa per prestazioni;
- risolve, come front office, le problematiche segnalate;
- redige la scheda per accogliere reclami, distribuisce opuscoli e guide;
- fornisce informazioni telefoniche di primo livello, riceve osservazioni e reclami scritti e orali, predispone l'attività istruttoria, risponde all'utente.

L'attività di questa area è funzionale alla programmazione delle iniziative di comunicazione e di formazione e alla formulazione di proposte di adeguamento organizzativo procedurale e operativo. L'Ufficio di Pubblica Tutela contribuisce a rendere effettivi e praticabili i diritti degli utenti, ed in particolare: il diritto all'informazione, il diritto a ottenere che le modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi rispettino la dignità e la libertà personale, il diritto ad accedere ai servizi ed alle prestazioni, il diritto ad esprimere il proprio consenso sulle proposte di intervento da attuarsi nei propri confronti, il diritto a godere di forme di tutela in via amministrativa dei propri diritti e interessi. Le osservazioni e le segnalazioni delle persone che si rivolgono alle nostre strutture, attraverso le indagini di Customer Satisfaction sono considerate occasioni e spunti di riflessione per apportare cambiamenti nell'ottica di un miglioramento continuo. Per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei pazienti ed alle aspettative del cittadino si ritiene utile, quindi, conoscere anche il punto di vista dell'utente, le esperienze vissute e accogliere i suggerimenti proposti, anche attraverso percorsi formativi ad hoc finalizzati a migliorare la consapevolezza degli operatori rispetto alla percezione dell'utente ed ai bisogni, anche non manifestamente espressi.

Anche la valutazione della performance dei sistemi sanitari, sviluppa una proposta innovativa che tenga conto dei suggerimenti e delle criticità emerse e cerchi di fornire una soluzione semplice e praticabile. I rapporti con le Organizzazioni Sindacali rappresentano per l'Azienda uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana. Con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi assume rilevanza strategica la valorizzazione del lavoro e il funzionale utilizzo delle risorse umane e professionali; conseguentemente il coinvolgimento del personale anche attraverso le proprie rappresentanze sindacali rappresenta il fattore centrale per lo sviluppo del sistema. Il sistema di relazioni sindacali in Azienda è caratterizzato dal reciproco riconoscimento delle singole responsabilità e improntato alla massima correttezza e trasparenza, nel rispetto dell'autonomia delle parti e della chiara distinzione dei ruoli. Nella consapevolezza che la risorsa umana è componente essenziale per la concretizzazione delle scelte organizzative aziendali, le relazioni sindacali in Azienda assumono pertanto carattere di sistematicità e periodicità volto a consentire un'assidua azione di verifica e di confronto fra le parti orientato alla prevenzione dei conflitti. Il sistema di relazioni sindacali è costituito dall'insieme dei modelli relazionali messi a disposizione dalla norma, in particolar modo la contrattazione integrativa aziendale e l'informazione, sia periodica, sugli atti di valenza generale che hanno una ricaduta significativa sull'organizzazione del lavoro, che preventiva, per le materie oggetto di contrattazione, concertazione e consultazione. Al fine di ottimizzare l'istituto del confronto vengono istituiti gruppi di lavoro tecnici per approfondimenti di contenuti specifici. La delegazione trattante, cui è affidata la gestione delle relazioni sindacali dell'Azienda, è individuata dal Direttore Generale e possiede pieni poteri di rappresentanza. In riferimento alla normativa vigente, diventa necessario il coinvolgimento e la partecipazione delle organizzazioni del Terzo e Quarto Settore, soprattutto nella realizzazione di interventi e azioni innovative che coinvolgono la famiglia messa al centro dei percorsi di integrazione ospedale-territorio. Da anni nel territorio cremonese lavorano associazioni, cooperative, enti di promozione sociale, patronati, fondazioni, etc. che hanno stipulato accordi o intese sia nell'ambito della programmazione e nell'organizzazione che nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi anche sociali. Pertanto, la ASST di Cremona prevede la realizzazione di percorsi integrati e di eventi promozionali alla salute dei cittadini coinvolgendo attivamente gli enti e le rappresentanze del Terzo e Quarto Settore locali.

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO

## Il Direttore Generale ed il suo staff



Vi sono alcune funzioni che, in particolare, si ritiene debbano essere collocate in staff alla Direzione Generale in forza della normativa regionale o statale e, comunque, in ragione della loro trasversalità e della necessità di assicurare quanto più possibile la posizione di terzietà e indipendenza di chi è chiamato al loro svolgimento rispetto all'intera organizzazione aziendale.

Tali funzioni si riferiscono a:

### Trasparenza e Anticorruzione

La Legge 190/2012 ha introdotto importanti strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo, prevedendo, tra l'altro, che le Pubbliche Amministrazioni adottino un Piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e che indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio. Strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa è la trasparenza, indicata dalla stessa Legge 190/2012 quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili

ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione" e disciplinata dal Decreto Legislativo 33/2013. L'Autorità Nazionale Anticorruzione, con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", fornisce specifiche indicazioni e soluzioni organizzative al fine di supportare le Aziende sanitarie ad individuare misure per preservare dai rischi di eventi corruttivi e innalzare il livello di integrità, di competenza e di produttività. Nel rispetto della legislazione nazionale ed in coerenza con quanto definito nelle linee guida della LR 23/2015, il Direttore Generale nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) con funzioni di alta complessità strategica che contemplano attività di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e controllo. Il dirigente individuato assume una funzione apicale in diretto raccordo con il Direttore Generale. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in coerenza con le attività di prevenzione, è incaricato della gestione della Trasparenza curando gli istituti dell'Accesso Civico e gli adempimenti relativi all'Amministrazione Trasparente. Al ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è assicurata la necessaria indipendenza richiesta per l'espletamento delle mansioni assegnate. Il profilo individuato richiede la conoscenza dei processi organizzativi sia amministrativi sia gestionali, degli strumenti di programmazione e di valutazione. Obiettivi del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- aggiornamento e gestione del Piano per la Prevenzione della Corruzione (PTPC);
- organizzazione di un adeguato programma di formazione del personale dirigente, delle posizioni organizzative e dei funzionari coinvolti;
- messa a punto di un di strumenti di monitoraggio e implementazione del programma di controllo;
- coordinamento e formazione della rete dei referenti e della Dirigenza;
- definizione di obiettivi individuali per la Trasparenza e la Prevenzione della corruzione da assegnare al personale dirigente (apicali, titolari di struttura complessa e semplice) e ai responsabili di posizioni organizzative. Gli obiettivi saranno definiti, in raccordo con il Nucleo di Valutazione, in base al grado di esposizione dell'attività svolta.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è un process owner che si avvale di una rete di relazioni e supporti identificati nell'organizzazione su due livelli:

- il primo, ordinario, con i vertici aziendali (DA, DS DSS) e i responsabili delle diverse articolazioni aziendali (Capi Dipartimento Gestionali e Funzionali, Direttori delle Strutture Complesse) individuati dal PTPC quali responsabili della gestione di procedure a rischio;
- il secondo livello di relazione prevede la costituzione di una Rete di Referenti per la prevenzione della corruzione, che non coincidono con il gruppo del primo livello, che assicurerà l'effettivo supporto tecnico ed amministrativo dell'RPCT.

La Rete dei Referenti rappresenta il ponte tra la Dirigenza (primo livello) ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con l'obiettivo di creare un sistema informativo "circolare" in grado di gestire il complesso delle misure di prevenzione in modo partecipato, accompagnare il sistema verso la cultura della prevenzione ed applicarla come qualsiasi altro fattore di produzione.

## Avvocatura

Cura la rappresentanza e la difesa in giudizio dell'amministrazione in tutte le sedi di giustizia, in particolare, gestisce tutti gli affari inerenti al contenzioso penale e civile in ambito giuridico ed assicurativo ed i risarcimenti attivi e passivi dall'iniziale richiesta risarcitoria alla definizione della controversia. Interviene, su espresso mandato, per definire e transigere liti e controversie nell'interesse aziendale. Svolge attività di Mediaconciliazione ai sensi del D. lgs. 28/2010 e mediazione dei conflitti avanti gli organismi competenti. Svolge attività di coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri, in collaborazione con il la U.O. di Medicina Legale ed in particolare con la funzione di Risk Management. Fornisce attività di supporto e consulenza legale per problematiche amministrative e legali in generale, in materia sanitaria e soprattutto nel contenzioso di responsabilità a settori/uffici aziendali e di staff dell'Azienda. Gestisce gli affari legali anche attraverso i rapporti con i professionisti esterni. Coordina, inoltre, l'attività dell'Ufficio di Pubblica Tutela. L'UPT è istituzione esterna all'Azienda che ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti di istituto e per essi non può essere apposto il segreto d'ufficio. L'attività e l'articolazione dell'Ufficio è disciplinata dall'art. 20 della L.R. n. 48 del 16.9.1988, cui si rimanda.

## Servizio Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi sui luoghi di lavoro è costituito ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro. Esso svolge i compiti e le funzioni previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dal decreto legislativo 9 aprile 2008 n° 81 e norme ad esso correlate.

## Risk Manager

La L. n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità) agli art. 538-545 detta disposizioni inerenti il Risk Management prevedendo che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale.

Le attività tipiche del risk manager:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio;
- individuare le criticità;
- individuare strumenti ed azioni per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;
- definire le strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda;
- sostenere l'attività professionale degli operatori e supportare la direzione regionale nel definire i piani per contenere i costi assicurativi.

La collocazione in staff alla Direzione Generale è finalizzata alla gestione del contenzioso in stretto collegamento con medicina legale e avvocatura.

## Coordinamento e monitoraggio attuazione L.R. 23/2015

L'attuazione della L.R. 23/15 intesa come integrazione programmatica, gestionale ed operativa, deve prevedere anche sedi e momenti comuni di programmazione e valutazione. Il ruolo della funzione, dunque, diviene quello di agire per:

- una maggiore qualificazione di tutti i percorsi sociosanitari e sanitari a disposizione dei cittadini definendo, inoltre, elementi e standard minimi di processo ed organizzazione in grado di assicurare parità di opportunità ed equità di trattamento;
- il miglioramento della comunicazione e del raccordo tra i vari professionisti (dell'area sociosanitaria e dell'area sanitaria) mediante l'implementazione di reti informative/comunicative comuni che realizzino una filiera di offerta tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale;
- la promozione di percorsi assistenziali, di cura e riabilitazione integrati, favorendo in tal modo, non solo l'approccio globale ai bisogni della persona, ma il consolidarsi di una metodologia di lavoro basata sulla valorizzazione della multi-dimensionalità e multi-professionalità anche attraverso la definizione di strumenti clinico/operativi e metodologici che rendano permeabili l'area della fragilità ed della cronicità (Linee Guida, protocolli operativi, cartella integrata, percorsi formativi trasversali etc.).

La funzione "Coordinamento e monitoraggio attuazione L.R. 23/2015" agisce in attuazione delle indicazioni del Direttore Generale, ed in stretta collaborazione con la U.O.C. Controllo Direzionale, da cui trae le basi dati utili alla verifica dell'impiego efficace ed efficiente degli asset a disposizione sul territorio, con la U.O.S. Sistemi Informativi per l'implementazione di un sistema informativo integrato tra i nodi delle reti e con il polo ospedaliero e con le reti RICCA e RIMI in termini di raccordo ad esempio con le unità d'offerta in ambito di fragilità e/o cronicità. Precondizione necessaria è il rafforzamento del sistema informativo a supporto delle funzioni di governo, attraverso l'integrazione e lo sviluppo dei sistemi informativi esistenti, adeguandoli alle nuove dimensioni di analisi. L'attività delle reti deve essere supportata da un sistema informatico, la cui fondamentale e imprescindibile finalità è di connettere i nodi delle reti stesse al fine di condividere le informazioni relative ai pazienti in carico, e consentire che ogni nodo possa arruolare il paziente e conseguentemente implementare, gestire e verificare il percorso. Inoltre, la funzione "Coordinamento e monitoraggio attuazione L.R. 23/2015" deve consentire di organizzare il sistema informativo in maniera funzionale all'attivazione di un sistema di reporting direzionale finalizzato a misurare l'efficacia e l'efficienza della rete, il grado di raggiungimento degli obiettivi e monitorare l'adesione individuale e aggregata a livello aziendale; deve contribuire a soddisfare il fabbisogno informativo interno alla azienda sanitaria, ma anche assolvere le esigenze informative esterne alla ASST, in particolare verso i portatori di interesse dell'ambito territoriale e verso il sistema sanitario regionale. Il poter disporre di queste informazioni consente di strutturare sia a livello di ASST che di sistema una serie di indicatori di valutazione della qualità e dei risultati in termini di efficienza, efficacia ed esiti.

Le strutture, invece, in staff al Direttore Generale sono le seguenti:

### **U.O.C. Controllo direzionale**

Alla U.O. Controllo Direzionale vengono attribuite le funzioni connesse tradizionalmente al Controllo di Gestione e di debito informativi verso Regione (Budget, Contabilità Analitica, Reporting, Modello LA, strumenti di pianificazione strategica, operativa e di controllo, flussi informativi), in particolare il monitoraggio dell'equilibrio tra efficienza organizzativa ed efficacia funzionale fondato sulla pianificazione, il controllo e l'attuazione delle azioni. Prerequisito essenziale per la governabilità di un'organizzazione complessa è la disponibilità da parte dei decisori e delle figure di monitoraggio ed indirizzo dei processi di un accesso efficace alle informazioni. Tale esigenza si traduce nella configurazione di una struttura semplice (U.O.S. Sistemi Informativi), che - partendo dai dati e attraverso le competenze e gli strumenti adeguati - possa fornire report alle direzioni stesse ed ai vari fruitori in modo sistematico, tempestivo e coerente con le necessità strategico-operative. La necessità di integrare sorgenti informative per avere una visione trasversale dei processi, di razionalizzare e valorizzare le risorse (umane e strumentali) disponibili, di garantire opportuni livelli di "copertura funzionale e di competenze" non può prescindere da un concreto coordinamento ed indirizzo metodologico che renda tale struttura in grado di fornire reale valore aggiunto. Fra i suoi principali compiti specifici rientrano:

- adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati sia al soddisfacimento delle necessità informative interne all'azienda per la gestione, pianificazione e programmazione delle proprie attività sia al soddisfacimento del debito informativo dell'azienda nei confronti di Regione, dei ministeri e di ogni altra istituzione che ne abbia titolo;
- definire l'architettura informativa aziendale in coerenza con l'impostazione definita e concordata a livello territoriale almeno di ATS;
- realizzare i necessari interventi per garantire l'interoperabilità dei sistemi, sulla base delle indicazioni regionali;
- coordinare gli interventi per la sicurezza, rispettare la privacy.

### **U.O.S. Comunicazione**

L'ufficio comunicazione risponde alla Direzione Generale e persegue l'attuazione del Piano di Comunicazione adottato annualmente in raccordo con la programmazione regionale e di territorio. Tale collocazione risponde alla logica di dotare la Direzione di un supporto agile e flessibile in ordine alla comunicazione sia interna che esterna. Le principali attività che si collocano in questa funzione sono: attività di redazione, gestione di Web, Social e TV, creazione di campagne informative specifiche, gestione della Carta dei servizi e rapporti con le associazioni di volontariato. Da tempo, l'Azienda, intrattiene stabili rapporti con associazioni di volontariato e con gli organismi di tutela dei cittadini presenti sul territorio, alcuni per altro ospitati presso le strutture dell'Azienda stessa ed ha avviato una fitta collaborazione che ha consentito di promuovere numerose iniziative comuni. In particolare, le associazioni di pazienti o parenti sono molto attive sia nella informazione sulla malattia sia nel supporto pratico ai potenziali nuovi utenti. Inoltre, tali

associazioni giocano un ruolo strategico nella sinergia dei progetti di promozione della salute e sono attente lettrici del bisogno dei pazienti, dunque, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, possono offrire significativi contributi a politiche sanitarie sempre più efficaci. Anche attraverso un nuovo modello di comunicazione istituzionale si intende consolidare ed innovare il sistema del partenariato quale modello di governance, che, nel riconoscimento dell'importanza reciproca dei diversi livelli di governo e dei differenti ruoli, favorisca il coinvolgimento di tutti gli attori della società civile nel processo di progettazione e attuazione delle politiche di sviluppo sociale. In questo ambito s'inseriscono le attività svolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) attraverso il monitoraggio continuo della domanda degli utenti, la rilevazione sistematica dei bisogni e del livello di soddisfazione per i servizi erogati al fine di adeguare conseguentemente i fattori che ne determinano la qualità, favorire l'ammodernamento delle strutture, la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui l'Azienda si propone all'utenza.

### **U.O.S. Formazione**

La formazione rappresenta uno dei momenti privilegiati di ascolto delle dinamiche dell'organizzazione e della gestione del clima aziendale. In particolare, la formazione è strumento per sviluppare le risorse umane promuovendo le conoscenze, le competenze, le abilità, in coerenza con le linee strategiche, la programmazione aziendale che contribuiscono alla promozione della salute. Una formazione consapevole di dimensioni non solo specialistiche, ma anche relazionali, gestionali e manageriali, orientata alla valorizzazione dei ruoli e delle esperienze sostiene le fasi della pianificazione strategica ed accompagna lo sviluppo delle competenze dei professionisti. La struttura garantisce l'attuazione della convenzione con l'Università degli Studi di Brescia per lo svolgimento del corso di laurea in Infermieristica. Sono assicurate le attività didattiche affinché gli studenti possano acquisire le competenze previste dal profilo professionale e dal codice deontologico, in conformità all'ordinamento didattico. La mission della struttura è quella di offrire ad ogni studente una formazione di elevato livello scientifico e umanistico all'interno di un percorso personalizzato in un contesto ricco di opportunità.

### **U.O.S. Gestione operativa**

La Gestione Operativa ha il compito di programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e di definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio. All'interno di tali regole, la Gestione Operativa pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia col D.A.P.S. e col supporto della U.O. Controllo Direzionale. I benefici attesi dai servizi e dagli strumenti che favoriscono un migliore accesso ed una più ampia condivisione delle informazioni, oltre che una più evoluta e migliore interazione tra i diversi attori del sistema sanitario, siano essi pazienti, medici, operatori, strutture oppure altri soggetti interessati provenienti da settori diversi attengono sostanzialmente all'incremento dell'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici adottati, ovvero degli esiti, anche in termini di riduzione degli errori clinici. Inoltre, possono indurre un guadagno di efficienza con conseguente ottimizzazione dei

servizi resi, un miglioramento della gestione del paziente, in loco, a distanza e/o in mobilità. Tale struttura ha una dipendenza gerarchica dal Direttore Generale, ma un coordinamento funzionale dal Direttore Sanitario, principalmente per l'efficientamento dei blocchi operatori ed il consolidamento del bed management; per quanto riguarda il supporto ai processi della rete territoriale, i suoi terminali operativi sono i *process owners*.

## Il Direttore Amministrativo ed il suo staff

La Direzione Amministrativa rappresenta lo strumento di supporto finalizzato allo scopo di cura. E' la tecno-struttura che gestisce i processi amministrativi e tecnici di supporto alle strutture sanitarie aziendali per garantire la continuità gestionale tra ospedale e territorio nell'ambito sanitario e sociosanitario. Il processo di trasformazione in ASST della precedente azienda ospedaliera rappresenta una svolta organizzativa che consente flessibilità e maggiore adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta, e prevede una riorganizzazione delle funzioni tradizionali verso l'integrazione tra strutture e una visione per processi, agendo a partire da un elemento fondamentale: il cambiamento culturale.

In questo contesto si inseriscono le innovazioni organizzative della Direzione Amministrativa il cui organigramma è rappresentato di seguito ed i cui elementi fondamentali sono:

- distinzione tra strutture di staff e line con specifica attribuzione di budget;
- integrazione dei servizi amministrativi di supporto ai processi sanitari, socio-sanitari e territoriali;
- distinzione tra supporto amministrativo ai processi "core/sanitari" e "no core/di supporto";
- sviluppo attività di monitoraggio post vendita attraverso la funzione controllo appalti;
- governo dei fattori produttivi attraverso accentramento delle procedure di acquisto di beni e servizi in un dipartimento funzionale Tecnico-Patrimoniale;
- Gestione integrata dei costi del personale nelle diverse voci di bilancio.



## **U.O.S. Affari generali e legali**

L'uniformità dei processi amministrativi aziendali, il coordinamento organizzativo, la cura dell'attività regolamentare e l'efficienza dell'attività amministrativa integrata ospedale – territorio rappresentano gli obiettivi prioritari della struttura per concorrere efficacemente alla mission aziendale.

La struttura semplice Affari Generali e Legali supporta la Direzione Strategica nelle attività istituzionali proprie. E' staff del Direttore Amministrativo ed è deputata alla trattazione degli affari generali e degli adempimenti organizzativi di interesse dell'Azienda nel suo complesso.

La struttura presidia l'iter procedurale di formazione e pubblicazione dei provvedimenti determinativi e deliberativi, supporta, attraverso l'esame della normativa, le strutture aziendali sotto il profilo giuridico – amministrativo, garantisce la gestione documentale nel rispetto delle regole tecnico – normative in essere, gestendo, altresì, tutti i processi afferenti al protocollo ed alla tenuta degli archivi aziendali. Rientra nella responsabilità della Struttura la gestione dei processi di tutela del patrimonio tra cui l'accettazione di lasciti e donazioni, i contratti di comodato d'uso di beni mobili ed immobili e le locazioni attive e passive.

Inoltre, coordina le attività e le risorse afferenti alla segreteria della direzione strategica e supporta le attività di segreteria degli organi ed organismi collegiali dell'Azienda: Collegio Sindacale, Collegio di Direzione, Nucleo di Valutazione, Consiglio dei Sanitari. Svolge, inoltre, la funzione di internal audit, nell'ambito del sistema dei controlli interni.

## **U.O.C. Risorse umane**

Alla struttura è affidata la gestione e l'amministrazione delle risorse umane, intesa come modalità di gestione che deve generare comportamenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi aziendali istituzionali e strategici, secondo criteri di efficienza ed economicità.

La politica del personale è quindi volta ad assicurare all'azienda la disponibilità quali - quantitativa di risorse necessarie alla realizzazione dei compiti istituzionali in linea con le evoluzioni normative e contrattuali e nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Compete alla struttura, in tale ottica, la gestione dei processi relativi alla pianificazione e programmazione delle risorse, il reclutamento delle stesse, attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti e le tipologie contrattuali ritenute più opportune (contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato, determinato, contratti libero professionali, rapporti di lavoro interinale, specialisti ambulatoriali), l'assunzione, la valutazione delle posizioni (gestione del sistema degli incarichi dirigenziali e dei processi di progressione e mobilità orizzontale e verticale dei dipendenti del comparto), la valutazione delle prestazioni, oltre alla gestione amministrativa in senso stretto sotto il profilo giuridico, economico, previdenziale e fiscale delle risorse umane.

Nei processi di propria competenza la U.O.C. Risorse Umane svolge un ruolo primario di interfaccia tra l'Azienda ed i dipendenti e supporta i responsabili gestionali nel ruolo di governo delle risorse umane a loro assegnate.

Le relazioni sindacali costituiscono per ASST Cremona uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana; la struttura presidia all'interno della delegazione trattante il rapporto con le OO.SS. e ne cura tutte le relazioni.

Lo sviluppo inter-aziendale della struttura è volto a consolidare progetti interaziendali con le aziende del territorio (ASST di Crema, ASST di Mantova e ATS Valpadana) finalizzati al reciproco utilizzo di graduatorie selettive e alla gestione condivisa di pratiche previdenziali e a sviluppare nuove aree di integrazione (con le ASST) nella gestione dei processi aziendali di competenza in coordinamento con la ATS Valpadana.

### **U.O.C. Economico finanziario**

La struttura fornisce il supporto nella gestione economico-finanziaria dell'Azienda in coerenza con le scelte della Direzione Strategica. E' strumento, anche tramite il controllo di gestione, della corretta rilevazione di costi, oneri, ricavi e proventi. Elabora report per la Direzione, ed i destinatari eventualmente individuati, al fine del monitoraggio della gestione.

Si occupa della tenuta della contabilità generale, cura la registrazione delle fatture passive e l'emissione di quelle attive, con i conseguenti adempimenti legati ai rapporti con fornitori e clienti, l'emissione di ordinativi di pagamento e la contabilizzazione degli incassi.

Procede alla redazione del Bilancio Preventivo, delle Rendicontazioni Trimestrali (CET) e del Bilancio d'esercizio. Si occupa della programmazione e del monitoraggio dei flussi finanziari, predispone il Piano dei Flussi di Cassa. Gestisce la riconciliazione dei flussi di cassa G3S e cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori; monitora e pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP.

Procede alla contabilizzazione dei compensi relativi alle risorse umane, della gestione contabile del trattamento economico del personale dipendente e non strutturato e procede ai versamenti mensili di contributi, oneri previdenziali, ritenute fiscali, imposte dirette e indirette (INPDAP, IRPEF, IRAP, INPS, INAIL, IVA, IRES). Cura gli adempimenti di natura fiscale e la tenuta dei libri contabili e fiscali obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge; aggiorna le gestioni liquidatorie.

Cura i flussi informativi di carattere economico con la Regione, con il Collegio Sindacale, con la Corte dei Conti e i Ministeri, segue i rapporti con il Tesoriere.

### **U.O.C. Servizi sanitari, sociosanitari e territoriali**

La struttura assicura la gestione ed il coordinamento di tutte le attività e servizi amministrativi direttamente finalizzati all'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dell'Azienda, nelle diverse articolazioni ospedaliere e territoriali.

In particolare, garantisce l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi di front - office nelle diverse strutture aziendali (CUP, laboratorio, radiologia, anatomia patologica, accettazione ricoveri, cure primarie, Serd, medicina legale, consultori, cure socio-sanitarie), mediante un'interfaccia costante con le strutture erogatrici, le Direzioni Ospedaliere e la Direzione Sanitaria, il supporto amministrativo alle Unità Operative ed ai

Dipartimenti aziendali, nonché il coordinamento delle attività di accettazione prelievi sul territorio, presso strutture esterne all'Azienda.

Sono, inoltre, di competenza della struttura i processi amministrativi inerenti l'esercizio della libera professione intramuraria (stesura ed aggiornamento del regolamento aziendale, gestione amministrativa delle domande di adesione alla LP, ripartizione dei ricavi), l'attività a pagamento aziendale (erogazione prestazioni in solvenza, convenzioni attive per la vendita di prestazioni a terzi) e le convenzioni con altri Enti per l'acquisizione di consulenze o prestazioni sanitarie.

Per la realizzazione degli obiettivi assegnati, la struttura sviluppa costanti relazioni funzionali sia con le diverse articolazioni aziendali ed i relativi livelli di responsabilità (Direzioni ospedaliere, dipartimenti, unità operative), sia con le Istituzioni del sistema regionale (principalmente ATS).

### **Dipartimento funzionale tecnico patrimoniale**

E' una struttura di coordinamento con compiti di indirizzo, consulenza e supporto delle attività amministrative delle tre strutture afferenti: Acquisti e Servizi, Servizi di Supporto e Ufficio Tecnico. Ha lo scopo di sviluppare sinergie tra aree omogenee che perseguono finalità comuni pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti gestionali. Si caratterizza come strumento operativo della Direzione Amministrativa con le seguenti principali funzioni:

- attivare progetti e procedure trasversali privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali, con particolare attenzione alla integrazione tra polo ospedaliero e rete territoriale;
- coordinare le procedure amministrative che richiedono maggiore omogeneità e integrazione, valorizzando il ruolo e le competenze di ogni attore al fine del raggiungimento del risultato atteso;
- gestire il progressivo accentramento presso la struttura Acquisti e Servizi delle procedure di scelta del contraente e del conseguente ciclo passivo, in collaborazione con le diverse strutture aziendali che tradizionalmente gestiscono direttamente parte di tale attività (Farmacia, Sistemi Informativi Aziendali, Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica);
- svolgere un ruolo di indirizzo e di controllo dell'applicazione della normativa di settore, soprattutto con riferimento agli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza;
- supportare lo sviluppo di processi di effettiva e puntuale verifica della corretta esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi, mediante una opportuna segregazione delle funzioni tipiche del processo di approvvigionamento, il monitoraggio continuo delle prestazioni, l'elaborazione di sistemi di rilevazione di risultato in collaborazione coi DEC e il RUP;
- assicurare il monitoraggio del budget complessivo assegnato alle strutture afferenti, rilevando informazioni utili al controllo dell'equilibrio economico aziendale;
- valorizzare il ruolo delle strutture amministrative in funzione di supporto alle attività "core" dell'azienda tendendo a sviluppare la capacità di ascolto e soddisfazione

dei bisogni delle strutture sanitarie, in una logica di proficua ed efficace collaborazione per favorire l'integrazione dei processi;

- sviluppare buone prassi, condividere know how, assicurare piena fruibilità dei gestionali aziendali e delle piattaforme informatiche a disposizione, in un'ottica di migliore utilizzo delle risorse umane e strumentali disponibili e di progressiva dematerializzazione delle attività amministrative.

### **U.O.C. Acquisti e servizi**

- Garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi, adeguando modalità, percorsi e strumenti alla innovata dimensione aziendale;
- collabora alla definizione del budget aziendale di beni e servizi e provvede al costante monitoraggio della spesa supportando la contabilità analitica con reportistica periodica;
- promuove modalità di acquisto orientate alla ottimizzazione delle risorse anche mediante una continua attività di benchmarking;
- gestisce l'intero processo di approvvigionamento partecipando alla individuazione e programmazione dei fabbisogni, curando l'espletamento delle procedure di scelta del contraente e provvedendo alla stipula dei contratti, all'emissione dell'ordinativo, alla liquidazione della relativa fattura, nonché alla ricezione stoccaggio e distribuzione del materiale di competenza;
- garantisce il rispetto delle normative in tema di aggregazione della domanda a vari livelli: centralizzazione nazionale CONSIP, centralizzazione regionale ARCA, aggregazione consortile e soprattutto tra ASST afferenti alla ATS Valpadana, alla quale è assegnato il ruolo di coordinamento, verifica e monitoraggio della programmazione acquisti;
- collabora con il Direttore dell'Esecuzione del Contratto nella verifica del corretto adempimento, attivando dove necessario le adeguate azioni correttive;
- supporta la gestione del contenzioso relativo alle procedure di scelta del contraente e alla fase di esecuzione del contratto;
- assolve al debito informativo esterno (flussi istituzionali di competenza) ed elabora i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della vigente normativa in tema di trasparenza e anticorruzione;
- gestisce l'inventario dei beni mobili, l'Albo Fornitori, la codifica a livello aziendale dei prodotti in acquisto.

Il Direttore della Struttura è nominato RASA (responsabile anagrafe stazione appaltante) e referente aziendale ARCA, garantendo il coordinamento degli interventi e delle raccolte dati necessari alla predisposizione delle procedure aggregate a livello regionale.

### **U.O.C. Servizi di supporto**

La Struttura rappresenta la tecno-struttura amministrativa che gestisce i processi amministrativi e tecnici di supporto alle strutture ospedaliere aziendali e si raccorda con le strutture amministrative centrali e territoriali per garantire la continuità gestionale tra ospedale e territorio.

La struttura dipende gerarchicamente dal Direttore Amministrativo e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento Tecnico-Patrimoniale. Il Direttore della struttura ha la responsabilità di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative e tecniche di supporto e avvalendosi di referenti dell'area amministrativa concorre al conseguimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica.

La struttura svolge attività amministrativa di supporto alle Direzioni Mediche di Presidio (segreteria delle direzioni, segreteria dipartimenti e comitato etico, gestione stranieri, recupero crediti prestazioni ambulatoriali e di PS), gestisce l'attività tecnica e di logistica relativa alla portineria-centralino, ufficio informazioni, vigilanza, gestione parco automezzi, commessi autisti, magazzino economale, gestisce le casse economali, vigila sul decoro ospedaliero per il miglioramento dell'accoglienza ed effettua il controllo su tutti gli appalti di fornitura e di servizi in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche, il D.A.P.S. e le funzioni centrali. Pertanto in quest'ultima attività innovativa importante è il coordinamento delle verifiche tecnico funzionali relative alla gestione dei servizi e delle forniture con particolare attenzione alla verifica della coerenza dei servizi erogati e delle forniture prestate sia in termini quantitativi che qualitativi, rispetto a quanto previsto dal disciplinare di gestione. Questo servizio ha il compito di raccordare le attività amministrative tra i D.E.C. e i R.U.P. dei contratti di fornitura e servizi all'interno dell'azienda.

L'interdisciplinarietà, il razionale impiego delle risorse, l'evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni di competenze fa della struttura un supporto di integrazione funzionale tra funzioni centrali, ospedale e territorio.

### **U.O.C. Ufficio tecnico**

La struttura gestisce il patrimonio immobiliare aziendale e cura la valorizzazione dello stesso. Le sue competenze si estendono a tutte le strutture dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale e sono trasversali a tutti i vari settori della struttura dei quali coordina i seguenti processi:

- progettazione e direzione i lavori di ammodernamento e adeguamento delle strutture e degli impianti ospedalieri alle normative di riferimento e programmazione interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria;
- collaborazione nei processi di accreditamento sanitario per competenza (strutturali e tecnici);
- verifica e mantenimento in efficienza di mezzi, dispositivi e impianti per la prevenzione incendi e verifica rispetto delle norme tecniche e delle leggi in materia di sicurezza di propria competenza;
- gestione e controllo appalti e servizi di competenza in fase di attuazione/erogazione.

## Il Direttore Sanitario ed il suo staff

Il Direttore Sanitario aziendale è coadiuvato dalle proprie strutture di staff (in particolare le Direzioni Mediche di Presidio e il DAPS) e dai Direttori di Dipartimento nel:

- proporre alla Direzione Strategica le linee di indirizzo, pianificazione e sviluppo dell'attività sanitaria (principalmente del Polo Ospedaliero), evidenziando i progetti e le aree di priorità anche a fini allocativi delle risorse;
- condividere la strategia aziendale con i clinici al fine di creare alleanze partecipative sintoniche, coordinando l'azione aziendale sulle linee strategiche tracciate e monitorandone gli esiti.
- programmare i livelli d'offerta e le modalità organizzative necessarie a soddisfare quali-quantitativamente i bisogni di salute.

Parimenti, il Direttore Sanitario opera in collaborazione con il Direttore Sociosanitario nel supportare la definizione e messa in atto delle strategie e dei percorsi di integrazione con la Rete Territoriale (a livello delle UU.OO. dell'ASST, delle strutture erogatrici nel bacino di utenza, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia) che possano ottimizzare il raccordo con le strutture ed i professionisti ospedalieri e la qualità della presa in carico dei pazienti cronici, in particolare quelli caratterizzati da condizioni di fragilità.

Pertanto, il Direttore Sanitario esercita un'azione costante di programmazione, organizzazione e rivalutazione dell'offerta di prestazioni interne o per esterni, in un'ottica di continuo perseguimento di capacità d'offerta, tempestività, qualità, efficienza ed appropriatezza, nel rispetto dei vincoli normativo-istituzionali e delle compatibilità economiche. A tal fine, operando in una logica di team multidisciplinari, elabora e propone nuovi modelli di erogazione e presa in carico dei pazienti, anche attraverso soluzioni di reingegnerizzazione dei servizi e di ridefinizione delle reti professionali e dei percorsi di cura, che possano garantire accesso adeguato e tempestivo ad innovazioni diagnostiche e terapeutiche efficaci e sostenibili.

Nel far questo, si avvarrà di adeguati strumenti di rilevazione e controllo (sistemi informativi, risk management, ...) e soprattutto delle competenze analitiche e manageriali delle articolazioni organizzative sopra citate e del Gestore Operativo - in line al Direttore Generale - che risponderà al Direttore Sanitario per il coordinamento funzionale. Di particolare rilevanza sarà il ruolo del Gestore Operativo, la cui azione di affiancamento e supporto potrà consentire il recupero di efficienza ed appropriatezza nella gestione di settori complessi e strategici dell'attività ospedaliera: complesso operatorio, bed management, attività ambulatoriale e tempi d'attesa, logistica dei beni e dei servizi, gestione di farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.

Per il conseguimento dei fini istituzionali, il Direttore Sanitario si avvale degli strumenti di programmazione e controllo e del processo di budget, sviluppando percorsi di definizione, negoziazione e monitoraggio degli obiettivi coerenti con le strategie aziendali e regionali e condivisi con i professionisti.

La Direzione Sanitaria, coadiuvata dalla UOC di Ingegneria Clinica e dalla Commissione Dispositivi Medici, contribuisce alla gestione dell'innovazione in ambito aziendale, tenendo conto dell'allineamento alle priorità di indirizzo strategico, dell'impatto in termini

clinici, di sicurezza del paziente, di sostenibilità organizzativa ed economica; tutto ciò in un'ottica di massimizzazione del valore prodotto in termini di salute a fronte delle risorse investite attraverso analisi ed interventi conseguenti in settori specifici o processi trasversali. In quest'area di innovazione rientrano i numerosi progetti di informatizzazione che devono inevitabilmente accompagnare non solo i momenti consolidati di accettazione ed erogazione delle prestazioni, ma anche e soprattutto i nuovi modelli organizzativi (es. lavoro in team multidisciplinari nel Cancer Center) che non possono prescindere dall'utilizzo di strumenti più versatili ed adeguati di rilevazione, gestione e condivisione dei dati (es. Cartella clinica e Fascicolo sanitario informatizzati, telemedicina e trasmissione dati via *smartphone*, piattaforme di gestione dati per la ricerca, ...).

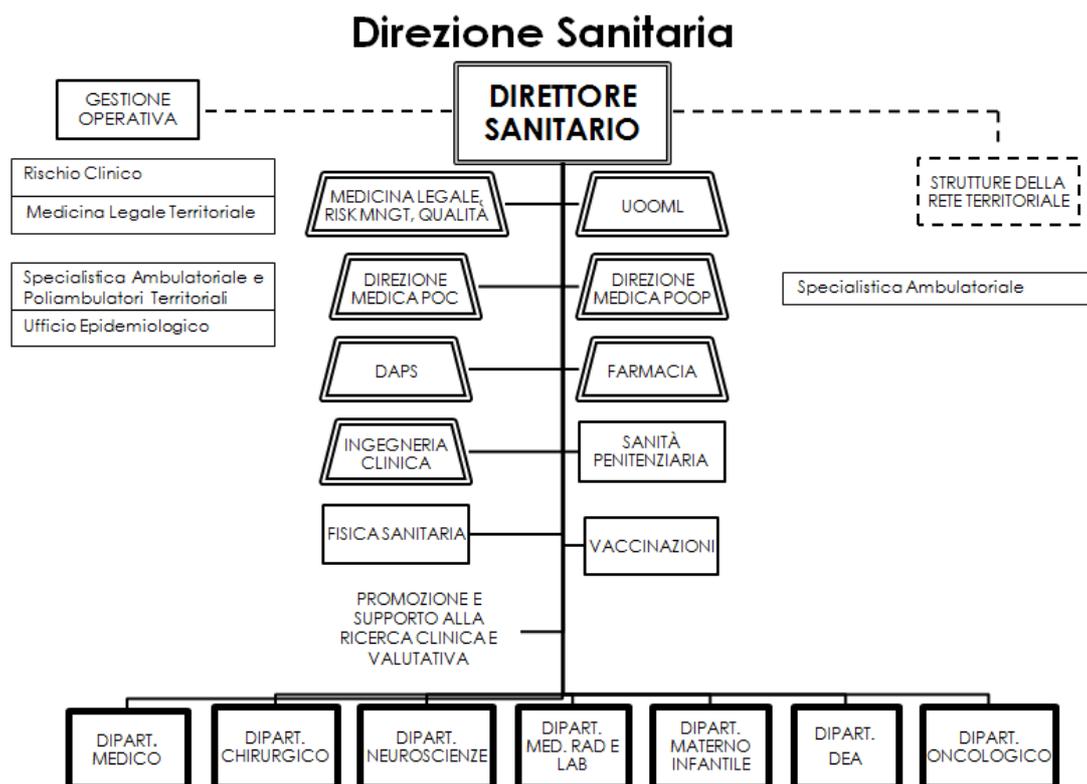
Altro settore di intervento prioritario della Direzione Sanitaria è la misurazione e valutazione degli esiti, finalizzata all'identificazione delle aree di miglioramento per una più efficace gestione dei processi clinici. A tal fine, sono disponibili sistemi di misura e di verifica sia sul portale regionale che sul portale del Programma Nazionale Esiti (Agenas); il Direttore Sanitario, coadiuvato dalle Direzioni Mediche di Presidio ed in particolare dall'Ufficio Epidemiologico (oltre all'Ufficio Qualità ed alla S.C. Controllo Direzionale in staff al Direttore Generale) dovrà condividerne periodicamente l'analisi ed interpretazione con i Comitati di Dipartimento e la Direzione Strategica. In tal senso, la Direzione Sanitaria ha un ruolo significativo nell'accompagnare i gestori della *clinical governance* in un percorso di crescita culturale nell'ottica della medicina basata sulle evidenze e delle *best practices*.

La presenza della SC di Medicina Legale, Risk Management, Qualità tra le strutture di staff alla Direzione Sanitaria è espressione della centralità che l'azione di governo dei processi clinici intende dare ai temi della sicurezza del paziente (con il relativo impatto in termini di gestione dei sinistri); questa si dovrà tradurre in programmi di prevenzione, monitoraggio, adeguamento tecnologico (es. identificazione e tracciabilità), sensibilizzazione e formazione degli operatori.

Parimenti, in continuità con quanto già in atto ed in ulteriore evoluzione, sarà ulteriormente sviluppata nella nuova organizzazione aziendale l'attività di ricerca, in particolare nell'area oncologica e in tutte le fasi (pre-clinica, clinica ed osservazionale); la Direzione Sanitaria potrà accompagnare le strutture anche in questo processo attraverso un ufficio dedicato e con azioni di rimodulazione organizzativa ed assegnazione delle risorse, al fine di aggregare ed ottimizzare le competenze di data management ed analitiche.

A seguito dell'adozione della Legge 23/2015 e in ottemperanze alla DGR 5513/2016, nel nuovo assetto organizzativo il Direttore Sanitario ha anche una responsabilità diretta sull'attività vaccinale, per la quale è stata prevista una U.O.S. dedicata.

Da ultimo, si conferma nell'attuale proposta organizzativa il ruolo della Direzione Sanitaria, per il tramite delle Direzioni Mediche di Presidio, nelle funzioni igienico-sanitarie: definizione, implementazione e controllo delle procedure di prevenzione dei rischi ambientali di natura biologica, fisica e chimica sia per i pazienti che per il personale, rispondenza ai requisiti tecnico-organizzativi per l'accreditamento istituzionale. Nel nuovo assetto dell'ASST che comprende, oltre al Polo Ospedaliero, anche la rete territoriale, le suddette funzioni igienico-organizzative sono estese alle strutture a gestione diretta della Direzione Sociosanitaria.



## I presidi ed i direttori di presidio. U.O.C. Direzione Medica Presidio Cremona e U.O.C. Direzione Medica Presidio Oglio Po

I presidi sono articolazioni organizzative che hanno il compito di sviluppare la necessaria integrazione tra Dipartimenti e UU.OO.; i presidi sono inoltre responsabili di tutti gli aspetti igienico-sanitari, delle attività di controllo di SDO e cartelle cliniche. L'Azienda si articola in due distinti presidi:

1. Presidio ospedaliero di Cremona
2. Presidio ospedaliero di Oglio Po

Il direttore medico di presidio ha la responsabilità della corretta e funzionale erogazione delle prestazioni previste dai percorsi assistenziali. Opera in conformità alle disposizioni della direzione strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e si avvale, nell'esercizio delle proprie competenze, degli uffici di staff aziendale con i quali è chiamato a collaborare. In particolare sono competenze del direttore medico di presidio:

- assicurare la coerenza organizzativa e gestionale del presidio in sinergia con il responsabile infermieristico;
- favorire l'efficienza allocativa delle risorse tra i diversi dipartimenti, in coerenza con la natura e l'entità delle attività che gli stessi sono chiamati a garantire per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- adottare tutti i provvedimenti di gestione necessari per il corretto funzionamento del presidio;
- presidiare, in coerenza con gli obiettivi aziendali, nell'ambito di un processo che veda il coinvolgimento dei responsabili di struttura complessa (dipartimento e/o unità organizzative), il budget;

- promuovere la qualità dell'assistenza e sottoporre a verifica i risultati dell'attività in termini sia di efficienza organizzativa che di efficacia sanitaria;
- assicurare il controllo della documentazione sanitaria;
- garantire la corretta gestione delle dimissioni ospedaliere, della loro modalità operativa e della loro rendicontazione ivi compreso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera e della relativa coerenza con la documentazione sanitaria;
- è responsabile della funzione di valutazione, verifica e attestazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturale, tecnologici e organizzativi generali e specifici; è competente per l'autocertificazione quadrimestrale dei requisiti organizzativi, per la redazione di eventuali nuove istanze e per la gestione di tutte le problematiche derivanti dalla emissione di nuove normative in materia e / o conseguenti alle periodiche visite ispettive da parte dei competenti organismi dell'ASL nelle varie articolazioni aziendali;
- assicurare l'appropriata applicazione dei sistemi gestionali dell'azienda, la sistematicità delle relazioni con le strutture centrali per l'interscambio di informazioni e dati;
- promuovere la cultura dell'integrazione organizzativa e della pratica interdisciplinare, supportandone lo sviluppo e presidiandone la traduzione operativa;
- assicurare l'uniforme applicazione sul presidio delle linee di sviluppo individuate dalla direzione strategica;
- garantire il continuo adeguamento quali-quantitativo dei servizi offerti alla domanda espressa dalla popolazione di riferimento, proponendo forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni e di acquisizione delle risorse, secondo le modalità ritenute più idonee a massimizzare gli aspetti di efficacia, efficienza e qualità dei processi di produzione dell'assistenza;
- organizzare la libera professione intra-moenia.

### **U.O.C. Direzione assistenziale delle professioni sanitarie**

All'interno dell'A.S.S.T. il S.I.T.R.A, nella nuova denominazione di "Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie"(D.A.P.S.) viene confermata quale UOC dotata di autonomia gestionale, per la direzione, l'organizzazione ed il coordinamento dei professionisti sanitari dell'area infermieristica, della professione di ostetrica, dell'area tecnico-sanitaria e dell'area riabilitativa oltre che gli OSS, OTA e gli ausiliari.

Il D.A.P.S. garantisce l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza professionale-operativa delle attività assistenziali, riabilitative e tecnico-sanitarie erogate nell'ambito del percorso di cura del paziente sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici. Assicura inoltre il governo dei processi di gestione, sviluppo e valutazione del personale affinché le competenze professionali specifiche e le funzioni di coordinamento rispondano al meglio ai bisogni degli utenti.

La U.O.C. D.A.P.S. collabora al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale operando sulla base di indirizzi stabili dal Direttore Sanitario e mantenendo relazioni funzionali con tutte le altre direzioni.

La necessità attuale è quella di definire la struttura organizzativa del D.A.P.S. secondo una logica di gestione "orizzontale" dei processi/attività per dare sviluppo a quanto previsto dalle linee guida e dalla normativa regionale che vede nell'evoluzione del SSR la capacità delle organizzazioni di fornire risposte efficaci e di qualità alla domanda dei malati cronici ed in generale ai così detti "frequent user", oltre che arricchire i percorsi per acuti, secondo una logica di rete, migliorando la qualità degli stessi. Pertanto, confermando il posizionamento del D.A.P.S. in staff alla Direzione Sanitaria, si considera essenziale che questo abbia significative relazioni funzionali con la Direzione Sociosanitaria, al fine di contribuire alla reale integrazione dei processi ed alla continuità della presa in carico ospedale-territorio.

In tal senso, si è disegnata la struttura del D.A.P.S. con l'intento di rimodulare processi/servizi fra aree ospedaliere e territorio anche alla luce di massimizzare l'efficacia e l'efficienza produttiva (es. ambulatori, posti letto, risorse umane, setting assistenziali, Reti territoriali, percorsi di assistenza e riabilitazione a domicilio, rete oncologica e cure palliative, RIMI), raccordarsi sinergicamente con i responsabili di processo (Process Owner) dell'ambito territoriale oltre che con i diversi livelli di Responsabilità.

Per questo si è ritenuto di orientare l'articolazione del D.A.P.S. adottando un modello organizzativo "misto" che veda lo sviluppo di processi orizzontali unitamente alla classica articolazione organizzativa dipartimentale: responsabili di area assistenziale e responsabili di processi trasversali per i Servizi, non direttamente sanitari, ma di supporto delle aree sanitarie e socio-sanitarie (confort, logistica, sicurezza, ...) con l'intento anche di rinforzare l'operatività con i servizi amministrativi-economali e la Gestione Operativa, migliorando efficacia, sicurezza, ed efficienza nelle attività.

È previsto un potenziamento dell'Area Tecnico-Sanitaria con l'inserimento di un ruolo dirigenziale con funzioni di supporto tecnico e gestionale per sistemi di valenza ad alto contenuto tecnologico e gestionali sulla *line* dei servizi e delle figure professionali di competenza; ciò sia con l'obiettivo di sostenere sinergie fra le aree dei Servizi Sanitari e i processi di cura ed assistenza alla persona sia di dotarsi di un sistema gestionale in grado di indirizzare e sostenere il coinvolgimento dei professionisti sanitari e tecnici nella realizzazione degli obiettivi strategici ed operativi della ASST.

### **U.O.C. Medicina legale, Risk management, Qualità**

La struttura complessa contribuisce alla formulazione delle strategie necessarie all'affermazione, allo sviluppo ed al controllo della qualità dell'assistenza sanitaria e ha le seguenti competenze:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dell'azienda attraverso il coinvolgimento degli operatori;
- promuovere l'utilizzo degli strumenti atti al miglioramento della qualità delle cure; promuovere e sostenere il mantenimento del sistema di gestione per la qualità;
- fornire alla direzione sanitaria il supporto tecnico-organizzativo per la valutazione del grado di appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte dall'azienda;
- promuovere e organizzare le attività di valutazione del rischio clinico e partecipare agli interventi per la sua prevenzione, la sensibilizzazione della rilevazione degli eventi avversi;

- individuare strumenti ed azioni per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale. Definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda, sostenere l'attività professionale degli operatori e supportare la Direzione nel definire i piani per contenere i costi assicurativi.

Per quanto concerne l'area della medicina legale più propriamente detta:

- prestazioni di "I livello" : certificazioni medico legali monocratiche;
- prestazioni di "II livello": commissioni e accertamenti collegiali definite da specifici disposti di legge;
- coordinamento area della medicina necroscopica ospedaliera e territoriale;
- partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri.

Per l'attività di Risk Management risponde funzionalmente al Direttore Generale.

## U.O.C. Farmacia

La farmacia è una struttura complessa preposta alla gestione di farmaci, dispositivi medici, dispositivi medico diagnostici in vitro. Le diverse attività correlate alla erogazione dell'assistenza farmaceutica sono tutte ispirate a criteri di sicurezza, efficacia, efficienza ed economicità. Alla farmacia compete la formulazione del piano di attività per la farmacia, in relazione alla programmazione generale dell'azienda, l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei reparti e servizi ospedalieri cui è rivolta l'attività e la promozione della qualificazione tecnica degli operatori addetti. Si individuano le funzioni principali:

- gestione di farmaci, gas medicinali, dispositivi medici, dispositivi medico diagnostici in vitro, vaccini iposensibilizzanti, radiofarmaci e altro materiale sanitario;
- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione ed alla attribuzione dei prodotti farmaceutici da impiegarsi in relazione agli obiettivi fissati; informazione ai sanitari sulle caratteristiche dei prodotti gestiti e consulenza per il loro impiego appropriato;
- monitoraggio dell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici;
- partecipazione al comitato etico, supporto alla segreteria scientifica e gestione dei prodotti per sperimentazione;
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi all'impiego dei prodotti farmaceutici;
- analisi di farmacoeconomia e di farmaco epidemiologia;
- partecipazione alla farmacovigilanza e alla vigilanza sull'impiego dei dispositivi medici.

## **U.O.C. Ingegneria clinica**

E' una struttura a valenza aziendale che si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche (apparecchiature elettromedicali, software dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro, valutazione dispositivi medici impiantabili attivi) per tutto il loro ciclo di vita con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato, vantaggioso dal punto di vista economico, tecnologicamente aggiornato e sicuro di tutte le tecnologie biomediche suddette. Svolge un ruolo di supporto alla direzione aziendale e sanitaria per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie medicali attraverso le seguenti attività: programmazione (stesura del piano degli investimenti) e valutazione acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle apparecchiature biomediche in dotazione all'azienda, valutazioni di hospital based HTA finalizzate all'introduzione di nuove tecnologie, information technology in ambito sanitario e integrazione di sistemi clinici. Collabora per gli aspetti strutturali, impiantistici e informatici con le strutture di competenza e si occupa delle problematiche di risk management legate alle apparecchiature biomediche. Collabora inoltre alla formazione del personale sanitario sull'uso appropriato e sicuro delle apparecchiature biomediche in dotazione. La struttura complessa si occupa inoltre del miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi forniti ai reparti, degli aspetti informatici relativi alla gestione delle apparecchiature, del miglioramento continuo della propria qualità e della relativa certificazione.

## **Promozione e supporto alla ricerca clinica e valutativa**

La funzione per la Promozione e supporto alla ricerca clinica e valutativa è in staff alla Direzione Sanitaria e le sono affidate le seguenti missioni:

- Stimolare la partecipazione delle strutture e dei ricercatori ai programmi di ricerca, mettendo in atto servizi e azioni amministrative coerenti con le politiche degli organi di governo volte a favorire e incentivare la presenza dei gruppi di ricerca Ospedalieri sul mercato pubblico e privato della ricerca e nei programmi istituzionali di finanziamento nazionale e internazionale.
- Facilitare l'accesso ai finanziamenti (pubblici e privati) locali, nazionali e internazionali da parte dei gruppi di ricerca Ospedalieri. Con appositi servizi e strumenti di assistenza, consulenza e di informazione, la funzione supporta la capacità propositiva delle strutture, la formulazione dei progetti di ricerca con la relativa valutazione dei costi, la corretta gestione e rendicontazione dei finanziamenti ottenuti.
- Attivare una progressiva crescita delle competenze decentrate nella gestione contabile dei contratti e una maggiore flessibilità ed efficacia delle procedure e dei comportamenti amministrativi.

Il ruolo della funzione sarà di due tipi: consulenziale e di supporto tecnico, oltre che di indirizzo e coordinamento verso le strutture di ricerca, in tutte le fasi di impostazione del piano finanziario, gestione contabile e rendicontazione dei contratti, assicurando una semplificazione delle procedure di stipula degli stessi, una snella gestione della parte

contrattuale e un'efficace supporto alla gestione e rendicontazione dei finanziamenti ottenuti. La funzione assicurerà, inoltre, un'efficace gestione delle procedure per la creazione di nuovi centri di ricerca e per l'adesione ad accordi quadro e a convenzioni per la ricerca. La funzione opererà in una logica di revisione continua e innovazione delle procedure, degli strumenti informativi di supporto e dei servizi per assicurare che essi interpretino e supportino adeguatamente le esigenze di tempestività e di sviluppo delle capacità di intervento della struttura ospedaliera, nei confronti dei loro partner e degli enti finanziatori. Assicura il supporto dell'attività istruttoria per l'approvazione degli studi presso il Comitato Etico, collaborando con il medesimo al fine di identificare e formulare proposte al fine di favorire il processo decisionale e l'iter di approvazione degli studi oggetto di analisi. La funzione contribuisce, in collaborazione con le strutture tecniche competenti e con gli altri utenti del sistema, alle diverse fasi di analisi, progettazione e realizzazione del nuovo sistema informativo della ricerca, assicurando, una volta a regime, il coordinamento e il monitoraggio dei flussi informativi e degli aggiornamenti generati dalle diverse strutture, con particolare riguardo ai Data Base di supporto alla gestione contrattuale e finanziaria delle commesse e dei progetti di ricerca.

### **U.O. Ospedaliera di Medicina del Lavoro (UOOML)**

Sono sostanzialmente quattro gli ambiti che caratterizzano le attività della UOOML: per la Regione Lombardia, per il SSN, per la ATS, per le ASST e aziende pubbliche e private del territorio di competenza, per la prevenzione e promozione della salute interna alla ASST di appartenenza. A sostegno dell'offerta regionale il contributo della UOOML si articola in due principali direttive:

- razionalizzare le prestazioni rese attraverso la ricerca di un equilibrio tra evidenze scientifiche, appropriatezza, prove di efficacia/efficienza;
- identificare nell'area igienistica, ergonomica e tossicologica, già riconosciuta come eccellenza a livello nazionale ed internazionale, un polo avanzato di sperimentazione e di riferimento nel settore occupazionale ed ambientale in generale: identificazione di nuovi indicatori, metodi, procedure standardizzate per la valutazione dei rischi e la loro prevenzione, per la sorveglianza sanitaria individuale e di gruppo, per consulenze giudiziarie, medico legali e di qualità delle prestazioni, con il preciso scopo di migliorare la tutela della salute dei lavoratori e sostenere le imprese del territorio sul tema della prevenzione nei luoghi di lavoro e nella promozione di corretti stili di vita nei luoghi di lavoro.

A sostegno dell'offerta per il Sistema Sanitario Nazionale il contributo della UOOML, che avviene in forte raccordo con il DIPS/PSAI, si articola in due principali direttive:

- prestazioni clinico diagnostiche a favore degli utenti inviati dal medico base e/o ricoverati ("visita specialistica di medicina del lavoro"; esami tossicologici ed esami strumentali specifici);
- attività per la ATS e ASST di riferimento in particolare per le commissioni ATS di valutazione.

A sostegno dell'offerta per ATS, ASST territoriali e per aziende pubbliche e private, il contributo della UOOML si articola in due principali direttive:

- attività di consulenza alle aziende, parti sociali, RLS e lavoratori su temi di medicina del lavoro ed igiene industriale; l'attività di consulenza alla verifica della adesione a criteri di qualità dei SSA di aziende pubbliche e private;
- collaborazione nella attività di valutazione all'impatto ambientale e sanitario (VIA e VIS) delle diverse realtà produttive e di servizio, attività che può svolgere in autonomia o tramite competenze della rete UOOML o in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ATS di riferimento.

### **U.O.S. Sanità penitenziaria**

La struttura è preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti presso la Casa Circondariale del territorio. Ha funzione di:

- garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di: prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;
- raccordo delle attività con quelle assicurate dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze a favore dei detenuti;
- garanzia dei rapporti fra l'Azienda e la direzione dell'istituto penitenziario.

### **U.O.S. Vaccinazioni**

LA U.O.S. agisce in forte raccordo al DIPS-ATS e, nell'ambito del processo di contrattazione annuale, si occupa di:

- vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali;
- vaccinazione categorie a rischio (patologia, status): tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali, in raccordo con le strutture organizzative cliniche e con la medicina del territorio per l'identificazione del target;
- profilassi internazionale;
- attività di raccolta, elaborazione e diffusione dei dati di copertura vaccinale;
- partecipazione a programmi di prevenzione regionali;
- educazione sanitaria, produzione e diffusione di materiale informativo;
- ambulatorio del viaggiatore internazionale In raccordo al DIPS-ATS.

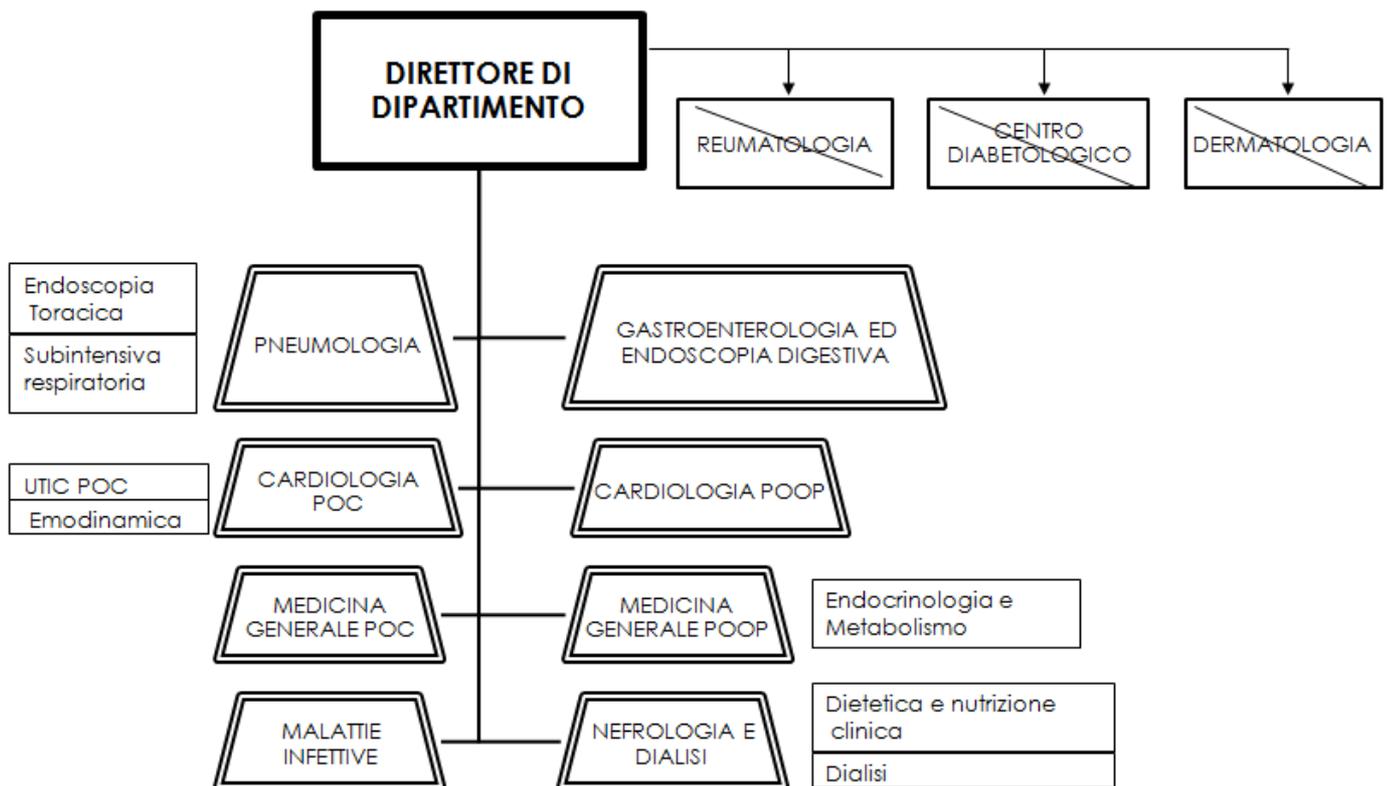
### **U.O.S. Fisica sanitaria**

Le peculiari attività della Fisica Sanitaria sono rivolte a garantire, in materia di attività comportanti l'uso delle radiazioni, l'ottimizzazione e il miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici, la sicurezza del paziente e dei lavoratori, lo sviluppo e la valutazione di nuove tecnologie in ambito sanitario. In riferimento agli aspetti legislativi (D.Lvo 203/95 - D.Lvo 187/00) ed al Regolamento Interno di Radioprotezione, il Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Fisica Sanitaria, nell'ambito delle attribuzioni e dei

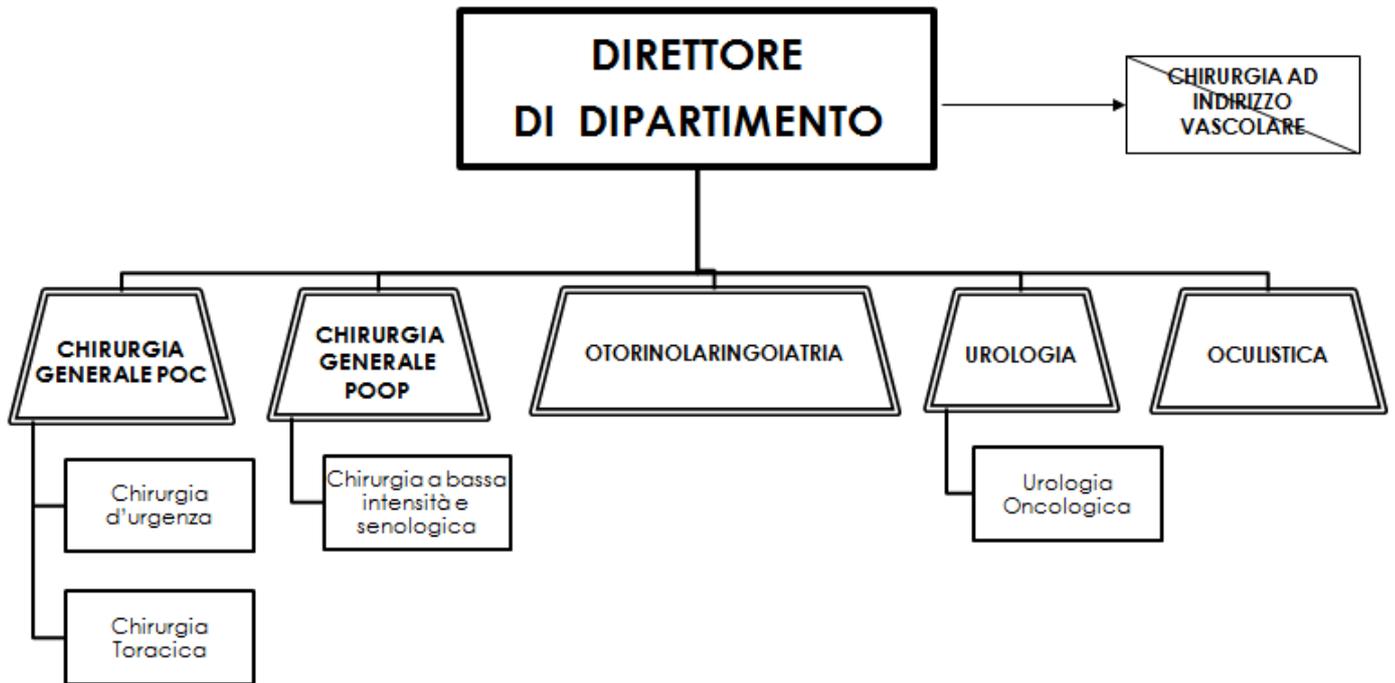
compiti che sono propri del Datore di Lavoro, è coinvolto in un attento monitoraggio nelle attività che comportano l'uso di radiazioni ionizzanti.

## Dipartimenti Sanitari

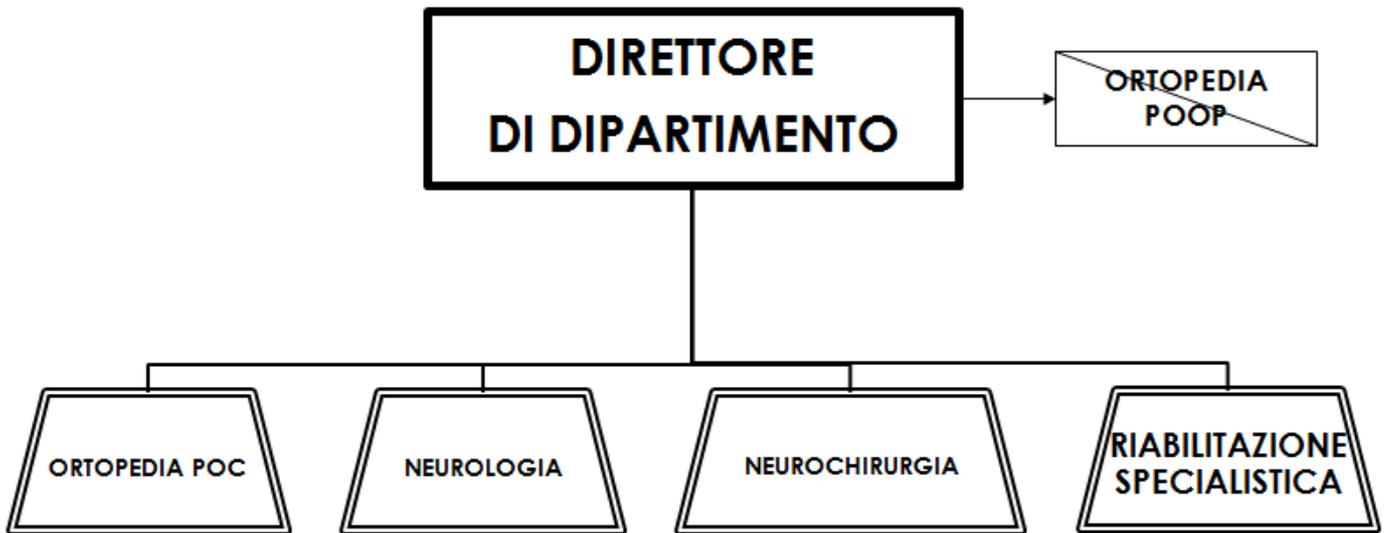
### DIPARTIMENTO MEDICO



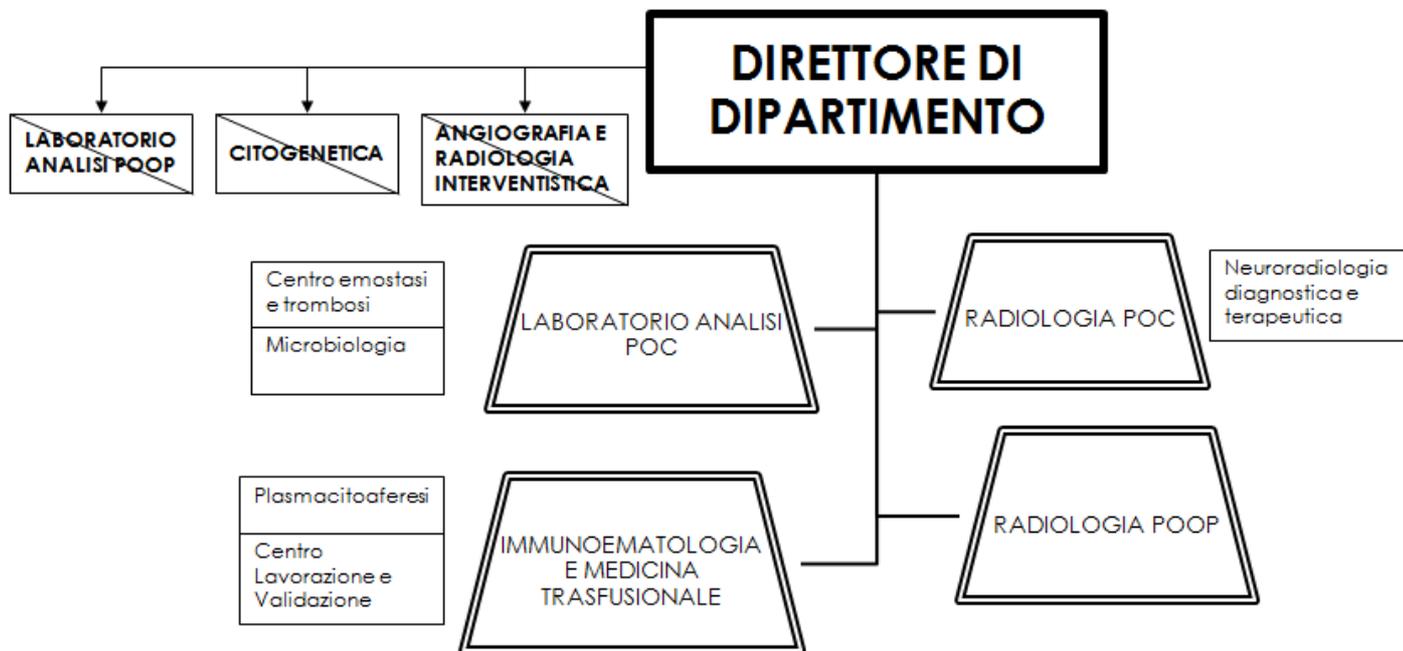
DIPARTIMENTO CHIRURGICO



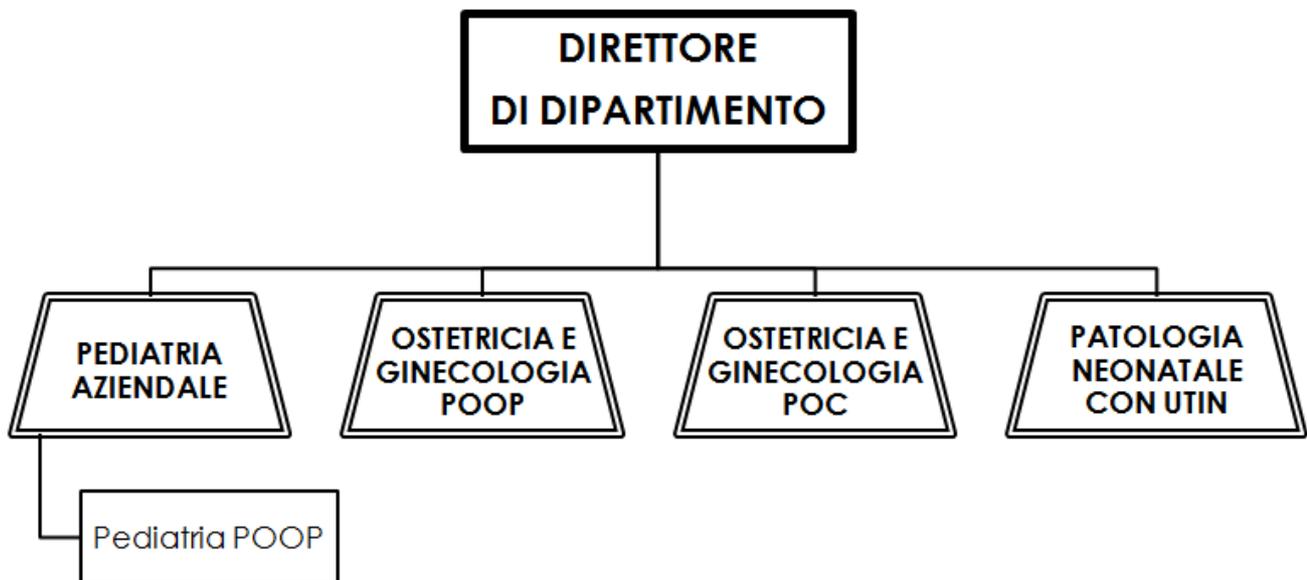
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E OSTEOARTICOLARE

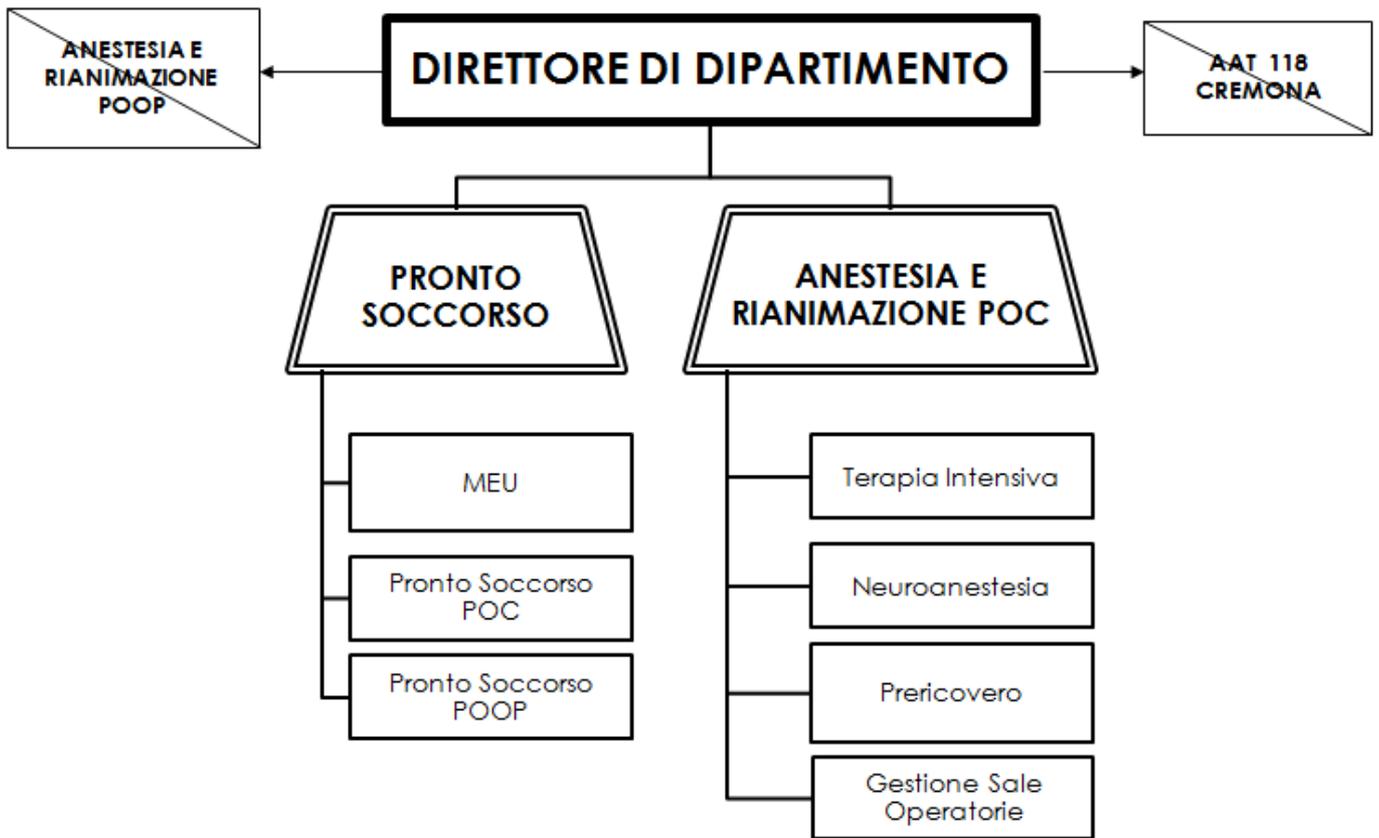


DIPARTIMENTO MEDICINA RADIOLOGICA E DI LABORATORIO

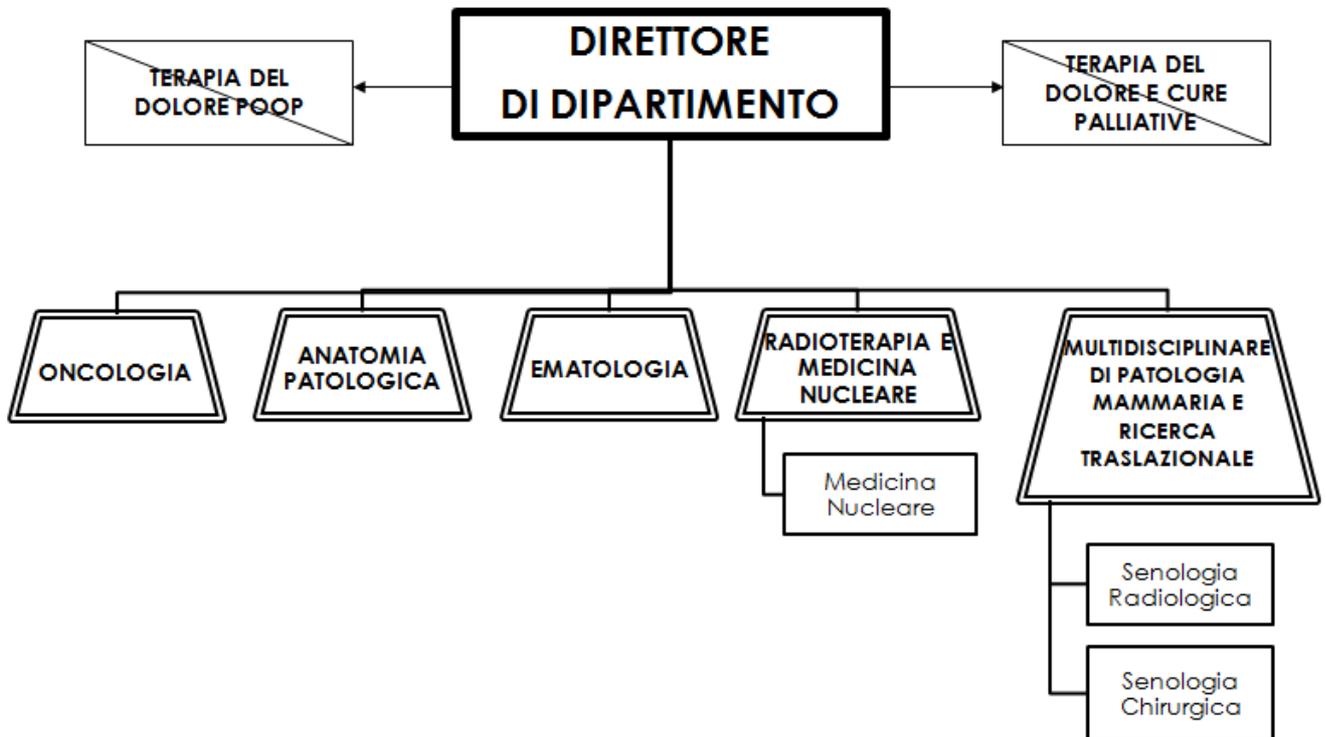


DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE





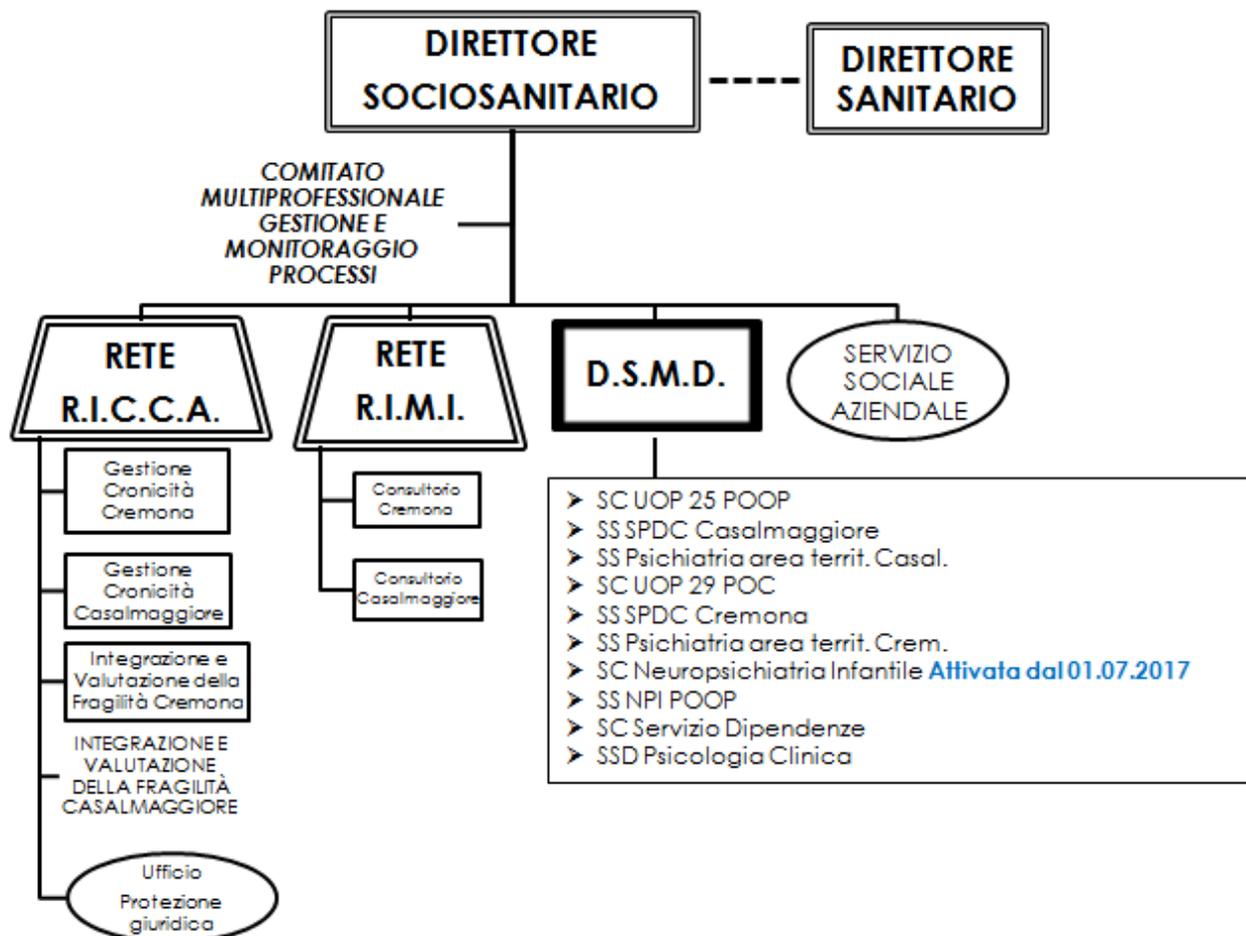
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO



## La Direzione Socio-Sanitaria

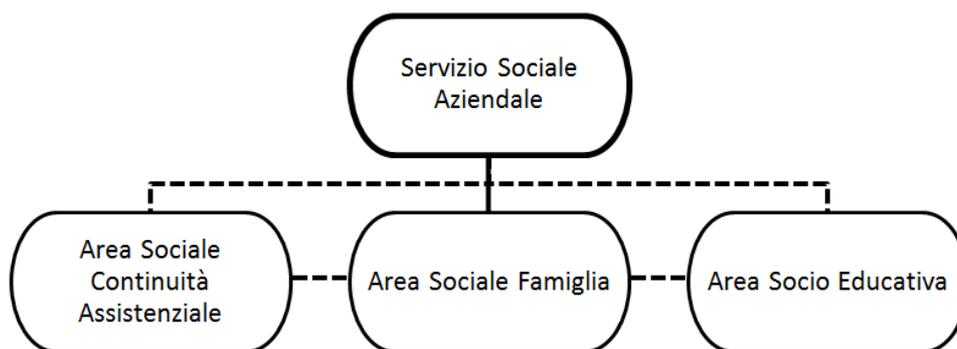
La Legge 23/2015 dispone che la Rete Territoriale sia attribuita alla Direzione Sociosanitaria la quale, nella ASST di Cremona, è caratterizzata dalle seguenti articolazioni complesse:

- Rete Integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.);
- Rete Integrata Materno Infantile (R.I.M.I.)
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (D.S.M.D.);



Funzionalmente il Direttore Sociosanitario convoca un Comitato multiprofessionale per la gestione e il monitoraggio dei processi intra e interaziendali afferenti alla Direzione sociosanitaria composto dal Direttore Sociosanitario e dai Direttori della Rete insieme ai responsabili dei processi/percorsi individuati nei vari settori di competenza e rappresentanti dell'ufficio in staff direzionale. Il Servizio sociale aziendale può essere delineato da un modello operativo basato sulla valutazione multidimensionale del bisogno e la coprogettazione per la definizione di progetti individualizzati attraverso un lavoro di rete capillare proprio del servizio sociale professionale. Afferiscono al Servizio in oggetto gli assistenti sociali aziendali, mantenendo inalterata la dipendenza funzionale nei rispettivi servizi (Sert, Consultori, CPS, UONPIA, ecc..). Funzione indispensabile è facilitare l'integrazione di interventi clinici/terapeutici con contesti di vita, culturali, relazionali delle persone, attraverso la valorizzazione delle soggettività, del ruolo delle risorse familiari, delle risorse territoriali nella predisposizione di progetti di intervento rivolti ai

singoli ed ai gruppi. Il Servizio collabora nella realizzazione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio nell'ambito dei progetti di ammissione/dimissione con il compito fondamentale di collegarsi al servizio sociale dei Comuni che effettuano la valutazione integrata dei bisogni delle famiglie. La proposta di modello organizzativo prevede, in line con la Direzione sociosanitaria, un ruolo di posizione organizzativa per il responsabile del Servizio sociale professionale aziendale, che coordina funzionalmente tre aree, l'area sociale Continuità assistenziale, l'area sociale della Famiglia e l'area Socio educativa. Ogni area specifica prevede dei ruoli di coordinamento. Il Servizio Sociale aziendale ha relazione funzionale con il D.A.P.S. in merito alla programmazione, definizione ed erogazione dei percorsi tecnico/assistenziali, garantiti dalle professioni sanitarie e sociali. Il modello individuato è sintonico con il modello organizzativo che prevede informazione, accoglienza, valutazione, accompagnamento e presa in carico dei bisogni della famiglia evidenziando una funzione di trasversalità e multidimensionalità valutativa, più funzionale alla analisi delle famiglie con multibisogno. Ciò è realizzabile attraverso un'integrazione delle figure professionali sociali ed educative che hanno l'importante compito di coprogettare insieme alla famiglia degli interventi facilitando l'accesso ai servizi.



### Integrazione con la Direzione Sanitaria

Nella prospettiva evolutiva della L.23/2015 interessante è l'area innovativa di integrazione tra Direzione Sanitaria e Direzione Sociosanitaria, è infatti fondamentale, nel rispetto dei ruoli reciproci della Direzione Sanitaria e della Direzione Sociosanitaria, prevedere un'organizzazione che garantisca la presa in carico integrata del cittadino in collaborazione con tutti gli erogatori. Nello specifico si condivide per il triennio considerato:

- l'analisi dei bisogni di salute dei cittadini, soprattutto dei soggetti fragili e cronici;
- il modello di valutazione di presa in carico integrata con team multidisciplinari al fine di migliorare tempi di attesa, l'accessibilità, i percorsi di continuità assistenziale, ecc.;
- l'attivazione di collaborazioni tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare integrata con il coinvolgimento degli specialisti in progettualità di consulenza

tempestiva ai MMG, interventi a domicilio, facilitazione di accesso a cure terapeutiche tecnologiche moderne;

- la condivisione di processi di pianificazione-programmazione-innovazione con i clinici aziendali, attraverso l'uso di PDTA ed il monitoraggio di buone pratiche basate sull'evidenza;
- collaborazione allo sviluppo di azioni di promozione della salute favorendo il contatto diretto con i cittadini e lavorando sugli stili di vita sani, garantendo l'integrazione con il territorio attraverso la cultura del "fare insieme".

Inoltre, in riferimento alla struttura organizzativa D.A.P.S., si svilupperà una logica di gestione "orizzontale" dei processi/attività sia per utenti cronici che per i cosiddetti "frequent user".

Si considera essenziale che la Direzione D.A.P.S. implementi relazioni funzionali con le articolazioni afferenti alla Direzione Sociosanitaria così che si agisca realmente l'integrazione dei processi e la continuità delle cure ospedale-territorio.

In particolare si è ridisegnata la struttura D.A.P.S. con l'intento di ricomporre dei processi/servizi fra aree ospedaliere e territorio anche alla luce di massimizzare l'efficacia e l'efficienza produttiva in particolare ad es. per gli ambulatori, i posti letto di ricovero, le risorse umane, i setting assistenziali, le Reti territoriali e di relazionarsi sinergicamente con i responsabili di processo (Process Owner) dell'ambito territoriale oltre che con i diversi livelli di Responsabilità.

## **Prevention Process Owner**

L'ASST di Cremona intende sviluppare le funzioni operative afferenti al ruolo del Prevention Process Owner ponendo in capo alla Direzione Socio Sanitaria l'esercizio di tali funzioni in collaborazione con la Direzione Sanitaria e in raccordo con il DIPS dell'ATS e i relativi servizi di competenza.

Nello specifico si prevedono progetti in integrazione con le U.O./Dipartimenti dell'ASST sia del Polo Ospedaliero che della Rete Territoriale ottimizzando le risorse attraverso interventi efficaci ed efficienti.

Nel triennio considerato si prevede l'integrazione di attività nell'ambito dell'area della salute donna per quanto riguarda l'informazione, la sensibilizzazione e la presa in carico di patologie oncologiche.

Si stanno organizzando incontri per uniformare modalità erogative per lo screening della mammella e cervice uterina; inoltre il modello viene sviluppato attraverso un coinvolgimento di Associazioni del Terzo Settore che da anni lavorano nell'area degli screening e dei percorsi di cura implementando la formazione e la collaborazione tra specialisti e volontari.

Per quanto concerne la collaborazione con le UOOML e altri servizi aziendali l'impegno è di proporre interventi mirati per ridurre i rischi dello stress lavoro-correlato.

Una delle attività da implementare è la collaborazione tra l'Unità Operativa di Psicologia e gli sportelli di ascolto di 1° livello.

In collaborazione con ATS si consolidano accordi tecnico-operativi per lo sviluppo di programmi afferenti al Piano Integrato Locale di promozione della Salute e in particolare nelle aree Scuole che promuovono salute – Counselling motivazionale breve – Famiglia – Tutela della salute materno infantile – adolescenti e giovani con metodologia riferita alla Peer Education - LIFE SKILLS – UNPLUGGED.

Per quanto concerne l'area delle vaccinazioni, questa è transitata come previsto dall'1/1/17 alla ASST, con continuità nell'erogazione e senza disservizi, dopo il trasferimento del personale assegnato, con successivi monitoraggi di sviluppo e criticità e con la governance e gli indirizzi tecnici del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (u.o. Medicina Preventiva nelle Comunità) dell'ATS, compresi l'ambulatorio per il viaggiatore internazionale e il nuovo ambulatorio dedicato ai vaccini antimeningite in co-pagamento avviato dal 30 gennaio.

In questa area il Prevention Process Owner deve contribuire a favorire l'offerta vaccinale attiva e gratuita dei vaccini indicati per le categorie a rischio, con particolare riferimento ai pazienti con patologie croniche e agli anziani, in raccordo tra u.o. Vaccinazioni, R.I.C.C.A, R.I.M.I., D.S.M.D. e medicina territoriale e l'offerta vaccinale universale raggiungendo e recuperando le componenti del territorio, famiglie, punti nascita, istituzioni.

Il Prevention Process Owner nei confronti di pazienti cronici deve anche favorire interventi di promozione della salute come counseling comportamentale per attività fisica ed alimentazione, disassuefazione dal fumo, corretto uso dei farmaci, incidenti domestici.

Inoltre diventa necessario l'integrazione tra Polo Ospedaliero e Rete Territoriale nell'ambito della promozione delle attività di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate e gestione del rischio clinico.

## I principi

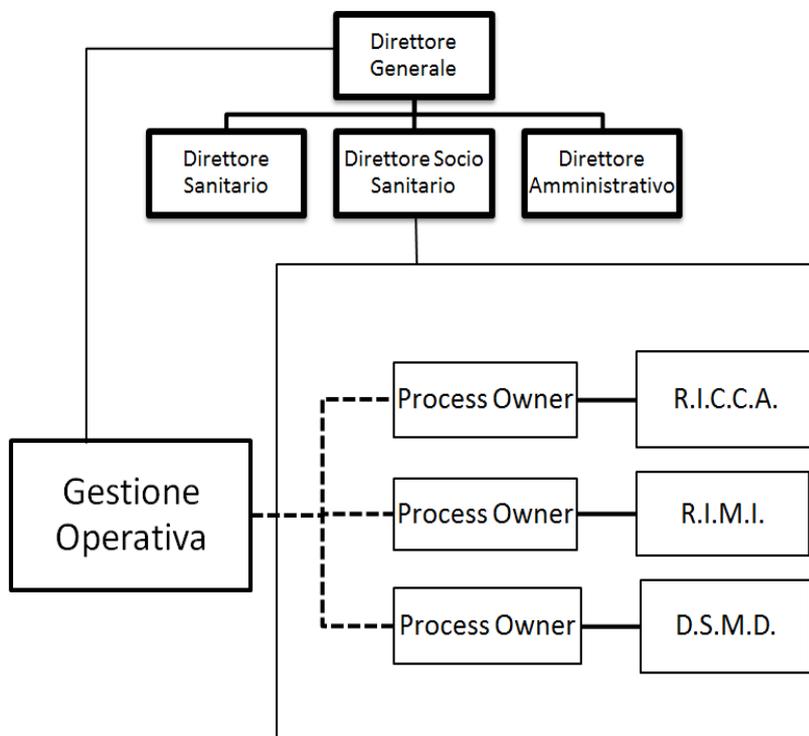
I principi su cui si basa la costruzione della Rete Territoriale sono, in linea con la mission aziendale:

- la libertà di scelta del cittadino e della sua famiglia, attraverso il coinvolgimento nella coprogettazione di interventi personalizzati;
- il governo dell'assistenza territoriale integrata con l'assistenza clinica ospedaliera;
- il capitale umano attraverso la definizione di processi organizzativi e produttivi che vanno dalla promozione della salute all'accoglienza dei cittadini, alla presa in carico ed alla definizione di percorsi integrati di continuità;
- i modelli di presa in carico caratterizzati dalla valutazione multidimensionale dei bisogni dall'integrazione multidisciplinare delle risposte sociosanitarie e sociali ai cittadini;
- il ridisegno di processi salvaguardando l'integrazione tra i soggetti della Rete anche attraverso l'utilizzo di innovativi strumenti informatici utili ad efficientare i tempi di passaggi informativi tra i servizi sanitari e sociosanitari coinvolti, alla rilevazione della soddisfazione dei cittadini ed a definire modelli e strumenti di reporting;

- la valorizzazione della Rete Territoriale aziendale attraverso lo sviluppo di collaborazioni intra ed interaziendali per la gestione dei percorsi di presa in carico del cittadino e la condivisione di indirizzi di programmazione, progettazione territoriale e realizzazione della rete d'offerta con l'ATS di afferenza territoriale ed i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato in ottemperanza al principio di sussidiarietà orizzontale;
- la semplificazione e la facilitazione all'accesso dell'utente all'informazione, alle cure, ai servizi attraverso l'individuazione di case manager dei servizi e operatori di prossimità appartenenti all'associazionismo.

## Il modello organizzativo

In considerazione dei valori sopra esposti la ASST di Cremona sviluppa un modello organizzativo di integrazione e raccordo tra ospedale e territorio caratterizzato, oltre che dalle articolazioni già sopra rappresentate (uffici di staff e tre Reti/Dipartimento: Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Rete Integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.), Rete Integrata Materno Infantile (R.I.M.I.) anche dai Responsabili/Facilitatori di processo con il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo, operando in modo trasversale alle unità d'offerta/nodi, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva e promuovendo il miglioramento continuo in collaborazione con la Gestione Operativa aziendale.



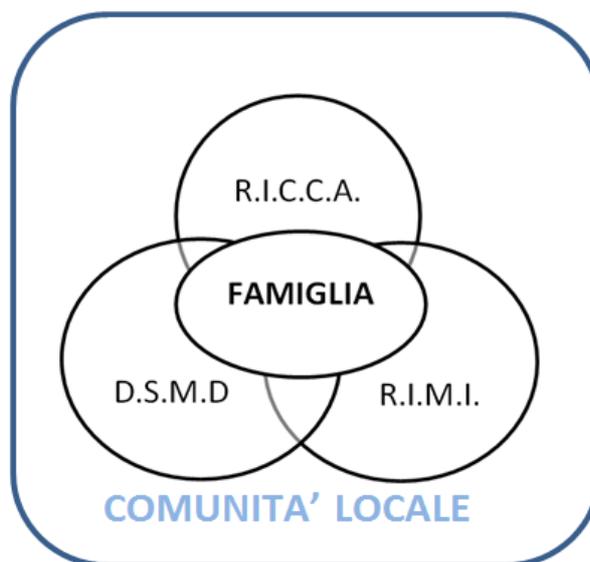
Nel triennio 2016-2018 la ASST di Cremona svilupperà per le famiglie e per le persone fragili e complesse il seguente modello organizzativo:

- Informazione, accoglienza, orientamento e accompagnamento del cittadino nella rete territoriale dei servizi attraverso la definizione di progettualità per l'intercettazione precoce dei bisogni con il coinvolgimento di MMG e PLS, infermiere di studio/famiglia, assistenti sociali territoriali, reti di volontariato;
- Valutazione multidimensionale dei bisogni del cittadino con la strutturazione di team flessibili multiprofessionali (appartenenti a servizi intra ed extra aziendali locali);
- Presa in carico mediante la definizione di progetti e piani individualizzati con la condivisione di percorsi e modalità di intervento che facilitano l'accesso del cittadino alle cure ospedaliere e domiciliari riducendo i tempi di erogazione e rispettando i criteri di appropriatezza, sicurezza e qualità. Merita attenzione lo strumento del Piano Assistenziale individuale fondamentale nel processo di gestione e presa in carico della cronicità e della fragilità perché utilizzato in più percorsi: dall'ADI, alla RSA Aperta, al riconoscimento della misura per la disabilità gravissima B1, alla sperimentazione CREG e POT, agli accordi con i Consultori e i Sert per la gestione dei nuclei, alla continuità assistenziale ospedale-territorio. Il PAI è uno strumento di sintesi del percorso diagnostico e di presa in carico che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base dei bisogni del paziente e degli specifici obiettivi di salute. Per prevedere ed offrire un panorama di servizi completo ed esaustivo è fondamentale l'integrazione tra figure professionali diverse, che collaborano per la definizione comune del percorso di assistenza.

Il PAI, che rappresenta uno strumento indispensabile di programmazione della presa in carico e di monitoraggio del percorso da parte del MMG, deve di conseguenza essere oggetto di condivisione tra tutti coloro che a vario titolo si occupano del paziente. La collaborazione da parte del case manager con il MMG/PLS, infermiere di studio del medico di famiglia, l'assistente sociale, gli specialisti ospedalieri non solo è funzionale alla definizione del PAI, ma è fondamentale per monitorare efficacemente sia l'andamento del progetto che il percorso del soggetto fragile all'interno della rete di offerta assistenziale assumendo un ruolo proattivo anche in termini di prevenzione di "eventi acuti". Il monitoraggio del Piano assistenziale rappresenta il momento della verifica della qualità progettuale e della efficacia degli interventi messi in atto a copertura dei bisogni dell'utente e della sua famiglia;

- orientamento dell'utente verso unità d'offerta non gestite dalla ASST ma che intervengono nel processo di cura con attività specifiche attraverso accordi tecnico-operativi che definiscono modalità di risposta.

## Integrazione della rete: ruoli e percorsi



Presupposto fondamentale per il funzionamento dell'organizzazione illustrata è che ciascuna rete delinei percorsi di continuità sorretti da relazioni e collaborazioni fortemente intrecciate con al centro la famiglia multibisogno. I percorsi devono tutelare la famiglia attraverso case manager, operatori professionali e volontari preparati e formati all'utilizzo dei servizi erogativi territoriali e alla presa in carico integrata dell'utente fragile. Si intende evidenziare l'importanza di alcune figure professionali che caratterizzano la Rete Territoriale che ha al centro l'obiettivo di mantenere a domicilio le persone fragili e croniche e di gestire, anche attraverso un PAI, la continuità assistenziale con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nei percorsi di cura.

### Ruolo MMG

Ruolo fondamentale all'interno della Rete Territoriale è svolto dal Medico di Medicina Generale (MMG) che nell'ultimo biennio si è caratterizzato per una lettura integrata e multiprofessionale dei bisogni degli assistiti. In tale contesto si stanno costruendo relazioni con professionisti appartenenti ad enti diversi (ospedali, comuni, volontariato, terzo settore) con la finalità di ridefinire gli strumenti di lettura dei bisogni, di costituire una banca dati fragilità (già presente nei CReG) con le tipologie di fragilità al fine di utilizzare dei profili quali-quantitativi dei bisogni.

La valorizzazione del ruolo del MMG permette il superamento di un modello meramente assistenziale a favore di una presa in carico integrata che consenta l'anticipazione e l'ottimizzazione dei percorsi di cura e quindi la ridefinizione dei percorsi assistenziali.

Pertanto l'integrazione con la rete dei MMG e dei Pediatri (PLS/PDF) si rende possibile con l'identificazione dei gruppi/agggregazioni dei medici al fine di dare risposte puntuali, tempestive e appropriate alle famiglie, accogliendo i bisogni delle persone fragili a domicilio e lavorando sull'ottimizzazione della rete d'offerta per la fragilità.

Il MMG diventa il segnalante e l'inviante della cronicità, partecipa alla valutazione multidimensionale, definisce il progetto e il Piano assistenziale con l'obiettivo di monitorare il paziente cronico e fragile.

Strategico al raggiungimento del ruolo del MMG, come sopra delineato, è il miglioramento di percorsi formativi e informativi che si stanno avviando nel territorio e si svilupperanno nel corso del triennio nonché la realizzazione di iniziative innovative quali CReG e POT in cui il MMG è il regista del percorso di cura.

Ad integrazione del ruolo del medico di medicina generale, a sua volta sostenuto degli specialisti ospedalieri sia a livello ambulatoriale sia a livello domiciliare, l'ASST di Cremona sta avviando delle azioni innovative con la valorizzazione di health family trainers, quali l'Assistente sociale negli studi del MMG, lo psichiatra/psicologo territoriale, l'operatore di prossimità, l'infermiere di famiglia negli studi MMG.

### **Assistente sociale negli studi MMG**

L'impiego della figura di assistente sociale prende spunto da esperienze internazionali (Family Health Teams – Ontario) in cui l'assistente sociale ha la funzione di accoglienza, orientamento, accompagnamento e valutazione multidisciplinare in integrazione con il sistema sociale, sociosanitario (CEAD, Dipendenze, Consultori, Protesica, ecc.) e sanitario (Servizio Sociale Ospedaliero). Pertanto la finalità è quella di agire nuove forme di sostegno per prevenire situazioni che possano comportare fenomeni di esclusione sociale, rivolgendo uno sguardo prospettico integrato sui bisogni delle famiglie, individuando così risorse e soluzioni volte al superamento della fragilità familiare.

Si prevede un'azione di supporto e di intercettazione precoce dei bisogni condotta dall'assistente sociale consultoriale in affiancamento al Case manager infermieristico/Infermiere dello studio del medico di Famiglia dei gruppi di medicina generale e pediatri di libera scelta.

La presenza dell'Assistente sociale negli studi dei medici può essere percepita dall'utente come una significativa opportunità per affrontare una situazione di disagio, opportunità resa possibile grazie al luogo in cui questa si realizza, un luogo familiare e vicino all'utente, nel quale determinante è il rapporto di fiducia con il medico.

Tale presenza, inoltre, offre la possibilità di mettere in atto un percorso di sostegno e prevenzione prima che si determini una situazione fortemente problematica da richiedere interventi d'urgenza.

### **Psichiatra/psicologo negli studi MMG**

L'attività del Servizio Psichiatrico Territoriale integra la propria azione istituzionale con la presenza di uno psichiatra negli studi MMG. Tale presenza sarà inizialmente di un accesso di 3 ore settimanali in ogni gruppo di MMG partecipanti al progetto. La presenza dello psichiatra nel setting della medicina generale ha una duplice finalità. Anzitutto di accesso diretto alla consulenza specialistica per tutti quei pazienti che, una volta rilevato il bisogno da parte del proprio medico di medicina generale di riferimento, necessitano di una valutazione diagnostica o la relativa indicazione terapeutica con una restituzione del caso al medico inviante (escluse quindi le prese in cura e le prese in carico). La seconda

opportunità è rappresentata dal fatto che la presenza dello psichiatra negli studi MMG consentirà ai medici di medicina generale un confronto diretto con lo specialista per i casi seguiti direttamente da loro (consulenza medico – medico).

## **Operatore di prossimità**

Tale figura è stata introdotta nel 2015 con una sperimentazione regionale che ha previsto una co-progettazione di 4 enti del Volontariato operanti nel territorio di pertinenza dell'attuale ASST di Cremona a supporto dei percorsi di cura sociosanitari e socio assistenziali locali.

L'operatore volontario interviene nei casi di anziani, fragili, cronici, disabili e famiglie multi bisogno; la funzione principale è di sostegno alle relazioni famigliari, affiancamento al paziente, facilitazione della presa in carico con accompagnamento e segnalazione ai servizi di competenza e sorveglianza del percorso di cura del soggetto e della sua famiglia.

Gli studi associati dei MMG in collaborazione con i servizi di cure socio sanitari ed anche i servizi coinvolti nella presa in carico (Ospedale, Serd, Consultori, Assistenza Integrativa, Assistenza protesica, ecc.) hanno la possibilità di coinvolgere l'operatore di prossimità nei percorsi di cura garantendo una velocità di risposta nella soddisfazione di "bisogni semplici", talvolta inespressi, ed un monitoraggio, accompagnamento e partecipazione al progetto di presa in carico dei bisogni complessi.

In questa prima fase pertanto il team multi professionale diventa risorsa affinché si lavori sulla centralità della persona anche attraverso un approccio di sanità d'iniziativa che è in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo; l'integrazione permette una flessibilità ed una modulazione di risposte ai bisogni di cura. Si prevede quindi:

- Formazione di tutti gli operatori coinvolti negli spazi d'ascolto;
- Definizione con i medici degli studi associati di modalità operative ed organizzative condivise per la gestione del paziente fragile (scheda accoglienza, "data base di raccolta dati", integrazione tra cartella sociale informatizzata, sperimentazione CreG, POT, sistemi informativi ospedalieri, ecc.);
- Raccordo con gli Amministratori Locali per lo sviluppo di azioni condivise anche al fine di favorire l'intercettazione del paziente fragile;
- Definizione di accordi tecnico operativi relative alle modalità di accoglienza segnalazione e presa in carico a tutti gli attori della rete territoriale.

## **Infermiere di famiglia negli studi MMG/PLS**

L'infermiere di studio del MMG/PLS è una figura professionale che nella nostra realtà territoriale ha negli anni sviluppato una propria peculiarità con caratteristiche sempre più definite.

La relazione continua con i pazienti dei gruppi dei medici, la partecipazione a tutte le iniziative di prevenzione che negli anni la ex ASL ha affidato ai gruppi di MMG/PLS (SOF, Pap test, mammografia, vaccinazioni antiinfluenzali, gestione della TAO) nonché la

consuetudine nella relazione con i cittadini, fanno sì che oggi questa figura sia uno dei cardini delle cure primarie.

Il rapporto di lavoro di tipo libero professionale ed il tramite diretto e senza filtri che l'infermiere assume tra MMG/PLS ed il cittadino sono le caratteristiche fondanti che si traducono in autonomia e prossimità nel ruolo professionale; la consuetudine con i pazienti, la profonda conoscenza del contesto socio ambientale e le competenze tecniche specifiche sono il grande valore aggiunto che l'infermiere di studio rende disponibile ai cittadini utenti.

L'infermiere di famiglia, infatti, in quanto Case Manager, trova spazio operativo sia a livello domiciliare sia ambulatoriale valorizzando il modello di assistenza domiciliare centrato sull'assistito rispettando i tempi, il contesto e la storia individuale e familiare. In sintesi le funzioni dell'infermiere di studio sono così riassumibili:

- riferimento per la relazione d'aiuto con il paziente e la sua famiglia;
- facilitazione, valutazione e monitoraggio della presa in carico;
- collaborazione con l'équipe multidisciplinare per la valutazione dei bisogni;
- pianificazione per l'ammissione/dimissione/riammissione in Ospedale;
- fornire elementi utili alla valutazione sull'idoneità all'inserimento in strutture;
- facilitazione dei rapporti tra MMG, Rete Territoriale e Polo Ospedaliero;
- attivazione, gestione e monitoraggio della fornitura ed erogazione di presidi ed ausili per quanto di competenza ed eventualmente in accordo con il servizio preposto dell'ASST di Cremona.

A proposito della gestione integrata della fragilità sono in definizione percorsi di presa in carico integrata Ospedale-Territorio di alcune categorie di pazienti, anche in raccordo con le sperimentazioni CReG e POT in atto. In particolare:

- **Pazienti Cardiologici**

Il progetto "Ospedale nel Territorio" è un nuovo protocollo di presa in carico territoriale per i pazienti con scompenso cardiaco steso in collaborazione tra specialisti ospedalieri, Medici di Medicina Generale ed i servizi della rete territoriale. Il progetto prevede la stesura di una scheda di valutazione condivisa e di linee guida elaborate dallo specialista ospedaliero (sulla base della letteratura e delle evidenze scientifiche) a supporto della gestione da parte del MMG di pazienti con scompenso cardiaco al domicilio al fine di aumentare la "famigliarità" del Medico territoriale nella gestione di questa patologia. E' prevista la possibilità per il MMG di ricorrere, in caso di sospetta instabilità clinica, all'Ospedale tramite percorsi preferenziali, tra cui un numero di telefono dedicato (al quale risponde personale medico ed infermieristico del Reparto) e la possibilità di accedere a visite di controllo cardiologiche ambulatoriali in tempi rapidi. Per i pazienti non trasportabili, in caso di necessità, si può prevedere, inoltre, un'eventuale possibilità di effettuare visite specialistiche domiciliari.

Parallelamente è in fase di elaborazione un percorso di formazione sul campo "tra Pari", che prevede l'attività come formatore da parte dell' "Infermiere Specialista "di Reparto a beneficio dall'IP che lavora sul territorio ( es. l'Infermiere di famiglia degli studi dei Medici di Medicina Generale, l'Infermiere dell'Assistenza domiciliare-ADI), al fine di fornire informazioni e strumenti operativi utili per migliorare la presa in

carico domiciliare ed ambulatoriale dei pazienti con scompenso cardiaco cronico, in collaborazione con il livello Specialistico Ospedaliero ed in un'ottica di continuità assistenziale Ospedale - Territorio.

- **Pazienti Pneumologici**

Tale progetto intende investire in modelli di cura innovativi a livello domiciliare con il supporto di nuovi strumenti assistenziali, quali la telemedicina. Si tratta di un progetto sostanzialmente finalizzato alla gestione integrata di pazienti pneumologici con patologie croniche ad alta complessità, affetti da SLA al domicilio, o patologie similari, col supporto della telemedicina gestita da parte del centro specialistico ospedaliero, per il mantenimento dell'assistenza al livello domiciliare.

Il progetto prevede l'interazione tra il MMG, U.O. Cure Socio Sanitarie, l'Ente Erogatore di ADI ed il centro specialistico Ospedaliero al fine di integrare le rispettive competenze grazie ad un "monitoraggio specialistico a distanza" attraverso la rete della telemedicina dei pazienti pneumologici in assistenza domiciliare affetti da SLA o patologie similari. Quando necessario, il Progetto prevede la possibilità da parte del personale medico ed infermieristico del reparto ospedaliero di effettuare accessi domiciliari.

- **Pazienti in Riabilitazione**

Il percorso prevede interazioni significative tra molti nodi della rete dei servizi, dall'Ospedale per Acuti inteso sia come reparto sia come specialistica ambulatoriale, alle Case di Cura ed alle Unità d'offerta di cure intermedie. A questi deve essere aggiunta l'importante tematica della riabilitazione domiciliare che mira al recupero delle abilità premorbose dopo un evento acuto (a completamento del percorso residenziale) e/o al mantenimento delle abilità funzionali residue in un quadro di sostanziale cronicità e co-morbilità. L'Utenza tipica è rappresentata dal paziente cronico, anziano, spesso multi-patologico, nel quale i margini riabilitativi sono fortemente condizionati ed impattano pesantemente anche sugli aspetti sociali ed assistenziali.

Il progetto riguarda i pazienti ricoverati presso l'UO di Medicina Riabilitativa Ospedaliera che necessitano di proseguire dopo la degenza con un percorso di riabilitazione domiciliare e prevede la segnalazione del paziente da parte dello Specialista all'Equipe di dimissioni protette con l'attivazione dei servizi domiciliari.

Al termine del progetto riabilitativo specialistico l'Equipe ospedaliera può verificare l'effettivo raggiungimento o meno di quanto previsto in sede di dimissione e definire le eventuali azioni conseguenti attraverso la presenza del fisioterapista "ospedaliero" nella valutazione multidimensionale e la valutazione specialistica di secondo livello che può essere effettuata in ambulatorio ( con un eventuale canale preferenziale per la prenotazione e/o posti "riservati" alla presa in carico della cronicità ) o direttamente al domicilio.

In tutti i casi, è prevista la condivisione del progetto e delle sue evoluzioni cliniche con l'Infermiere degli Studi Medici e/o direttamente con il Medico di Medicina Generale.

- Pazienti in Cure palliative

È in fase di approfondimento all'interno dell'ASST l'organizzazione della rete di cure palliative, con una definizione contestualmente anche dei percorsi di presa in carico. L'obiettivo è sostenere fin dove possibile e nel rispetto della libera scelta del paziente la permanenza al domicilio.

Tale percorso rientra nella più ampia attivazione presso la nostra ASST del Centro Oncologico che comporta in linea generale una presa in carico integrata del Malato ed un accompagnamento alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari residenziali, ambulatoriali e domiciliari.

In ambito cure palliative si sta strutturando un percorso finalizzato a migliorare la gestione del dolore cronico in ambito domiciliare. In particolare, per i pazienti non trasportabili, a supporto e su richiesta del Medico di Medicina Generale, il percorso prevede la possibilità di effettuare una visita specialistica al domicilio da parte del Medico Palliatore per impostare la terapia farmacologica adeguata al contenimento della sintomatologia dolorosa ed a garantir, quindi, una migliore qualità di vita. All'interno del progetto di continuità assistenziale Ospedale-Territorio, inoltre, viene elaborato uno specifico percorso per i pazienti dimissibili verso il domicilio, con la presenza del Medico Palliatore Ospedaliero nell'equipe valutativa, al fine di definire congiuntamente il setting di cura domiciliare più adeguato a rispondere ai bisogni del Paziente (es. assistenza domiciliare palliativa di base o specialistica).

Infine, è previsto un evento formativo "Integrazione Ospedale-Territorio in ambito palliativo domiciliare" per stimolare e facilitare i percorsi di integrazione tra Operatori di diversi Servizi (Ospedalieri e Territoriali).

- Pazienti dializzati

In riferimento alla normativa regionale vigente e nel rispetto dei principi del Piano della cronicità, la ASST sta predisponendo convenzioni ad hoc con Enti e/o Associazioni di Volontariato autorizzate al trasporto di dializzati con l'obiettivo di agevolare il paziente dializzato nel suo percorso terapeutico, garantendo una maggiore offerta di mezzi di trasporto idonei alle diverse esigenze di salute ed economiche dei pazienti. Sarà opportuno inoltre concordare con i Centri Dialisi Ospedalieri, in collaborazione anche con i servizi sociali territoriali, delle linee di indirizzo circa le modalità di individuazione e segnalazione dei pazienti bisognosi di trasporto.

- Pazienti CReG

Con DDG Salute n. 2287 del 24.3.2015 la Regione ha estesa anche alla ex-ASL di Cremona la sperimentazione CReG, recepita con Decreto 478 del 30/12/2015.

Sono risultati idonei n.3 enti gestori:

- Società Cooperativa MED, di Gadesco Pieve Delmona, con n. 25 Medici partecipanti e 35.704 assistiti rappresentati;
- Società Cooperativa CMMG, di Soresina, con n. 29 Medici partecipanti e 42.093 assistiti rappresentati;
- Società Cooperativa Medicina Territoriale, di Soresina, con n. 33 Medici partecipanti e 46.967 assistiti rappresentati.

Compete al MMG, sulla base di un elenco di assistiti fornito dalla Regione, individuare i pazienti cronici da arruolare, per i quali compilare un Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il paziente CReG è "cronico" per eccellenza caratterizzandosi per un profilo di cura pressoché unicamente territoriale (ambulatoriale e domiciliare): è in questa ottica che l'ASST deve sviluppare accordi con i MMG per favorire i percorsi di cura/facilitare l'accesso agli esami specialistici/implementare la domiciliarità/evitare ricoveri impropri.

A tal proposito i MMG partecipanti ai CReG sono coinvolti in alcune progettualità specifiche quali "le Dimissioni Protette", la "Continuità Assistenziale" ed "Il paziente affetto da scompenso cardiaco".

- **Pazienti in terapia anticoagulante**

Tale percorso è organizzato con l'efficiente collaborazione dei MMG il cui modello gestionale è regolato da un accordo operativo locale in linea con le raccomandazioni nazionali ed internazionali. Il percorso prevede una gestione sanitaria integrata tra il livello specialistico ospedaliero e la medicina di base in cui anche l'aspetto educativo e formativo dei pazienti, familiari e associazioni è fondamentale. Si è sviluppato, inoltre, un sistema gestionale in telemedicina che favorisce l'integrazione tra il centro e la medicina generale con lo scopo di ridurre gli accessi diretti al polo ospedaliero, il disagio dei pazienti e dei familiari, il miglioramento della soddisfazione dell'utente ed il collegamento con le farmacie territoriali. Inoltre, i pazienti vengono gestiti in collaborazione con le UDO territoriali sociosanitarie e con le cure domiciliari. La rete dei pazienti in terapia anticoagulante è diffusa nel nostro territorio e conta più di 5000 pazienti. Nel corso del triennio 2016-2018 la rete di telemedicina consentirà una condivisione gestionale dell'assistenza del paziente attraverso il decentramento in sedi periferiche, con un miglioramento del livello di qualità clinica e un miglioramento del sistema informativo attraverso una cartella clinica informatizzata.

## **Il rapporto con i Comuni**

L'ASST di Cremona, in accordo con le aziende sociali territoriali di Cremona e di Casalmaggiore, in qualità di ente erogatore sta definendo delle modalità tecnico operative di integrazione e collaborazione per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale relativamente alle famiglie fragili e croniche, in riferimento alle reti R.I.C.C.A., RIMI e D.S.M.D., coinvolgendo soprattutto i nodi/unità d'offerta extra aziendali (UDO sociosanitarie, ecc.) per garantire la presa in carico integrata attraverso la valorizzazione del ruolo dei MMG e PLS anche attraverso la sperimentazione di azioni/interventi utili all'erogazione delle prestazioni.

La condivisione di un modello organizzativo comune alle reti permette un'adesione delle aziende sociali, con le loro forme organizzative, avendo l'obiettivo di facilitazione di accesso ai servizi e partecipando alla fondamentale fase della valutazione multidimensionale integrata con operatori dei servizi sociali territoriali. A tal proposito il Comune di Cremona e l'Azienda sociale del cremonese ipotizzano, in continuità con l'anno 2015, un intervento economico a sostegno dell'integrazione della figura sociale

comunale nel team multiprofessionale per la valutazione dei bisogni di cronicità e fragilità. E' già attiva invece, con assunzione di onere a carico dei Comuni, l'integrazione dell'assistente sociale nella valutazione multidimensionale dell'area della Tutela Minori/abuso/maltrattamento grave.

Compito fondamentale è il raccordo con enti del terzo e quarto settore del welfare, in particolare come evidenziato nei percorsi indicati nella tabella "Evoluzione dei processi di cura e di assistenza nella ASST di Cremona" Si vuole valorizzare lo strumento dell'auto-mutuo aiuto e dell'utente/famigliare volontario quale leva di cambiamento nel percorso di presa in carico.

In sintesi nel triennio considerato si lavorerà sui percorsi di continuità assistenziale delle persone fragili e croniche e loro famiglie, nei seguenti ambiti:

- ammissioni/dimissioni protette;
- continuità assistenziale: intercettazione precoce della cronicità, sia infantile che anziana, attraverso il modello sperimentale con la valorizzazione di figure professionali e del volontariato a sostegno del MMG e del PLS;
- valorizzazione dei percorsi di presa in carico in continuità tra Psichiatria, Carcere e Territorio e Psichiatria e NPI;
- cure Intermedie: costituzione di un modello di valutazione del bisogno tra ASST, Aziende sociali e udo territoriali;
- protezione giuridica: valorizzazione dei percorsi di valutazione del bisogno di protezione giuridica della persona fragile di accompagnamento alla nomina di un Amministratore di Sostegno in sinergia con Tribunale Rete Ads e attori del sistema integrato territoriale;
- tutela Minori: sviluppo di iniziative per la differenziazione di percorsi di accesso di 1° e 2° livello in tema di minori, adolescenti e disturbi emotivi comuni (DEC);
- formazione per la diffusione dei modelli di presa in carico tra i professionisti della rete;
- sviluppo di azioni integrate con partecipazione alle attività relative alla realizzazione di programmi riferiti al Reddito di Autonomia ed Inclusione sociale delle persone disabili per il miglioramento della qualità di vita delle famiglie.

## PIANO DI FATTIBILITÀ DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE - R.I.C.C.A.

Il fenomeno emergente in sanità a livello mondiale è la CRONICITÀ. Nuovi bisogni nascono dal quadro demografico di invecchiamento della popolazione e dal quadro epidemiologico di prevalenza di pazienti cronici pluri-patologici.

In Lombardia 3.500.000 persone sono affetti da malattie croniche (30% della popolazione), di cui 600.000 cronici "socio-sanitari" (non autosufficienti, disabili, ecc.), un fenomeno in continuo aumento per frequenza, complessità e polipatologia, che assorbe oltre il 70% delle risorse del SSR. La spesa globale per cronici è aumentata del 40% in dieci anni, soprattutto per l'aumentato numero di polipatologici, (anche se quella pro-capite, a causa della diminuzione dei ricoveri, è diminuita), con uno spostamento della spesa sul versante socio-sanitario dopo i 70 anni, a cui bisogna aggiungere la spesa sociale e i crescenti costi, non solo strettamente economici, a carico delle famiglie. Anche una buona parte di accessi ai P.S. dei troppo numerosi "codici minori" non urgenti è attribuibile a pazienti cronici.

Nel territorio dell'ASST Cremona l'indice di vecchiaia (rapporto over 65/under 15) è, insieme a Pavia, il più alto della regione (170% contro 150% regionale); la percentuale di over 65 è pari a 25 (totale Lombardia 21); gli ultimi dati disponibili dalla Banca Dati Assistito per l'ex ASL provinciale (quindi ancora compreso anche il più giovane cremasco) indicavano percentuali di malati cronici elevate e in lieve ma costante aumento: cardiovascolari 20% della popolazione, malattie endocrino-metaboliche 8%, diabetici 5%, neoplastici 5%, gastroenteropatici 5%, broncopatici 3%, spesso con polipatologia e politerapia. A titolo esemplificativo, nel 2015 nei distretti di Cremona e Casalmaggiore gli utenti delle Cure Domiciliari sono stati circa 6.000, mentre sono state espletate oltre 15.000 pratiche di invalidità.

Nel triennio di riferimento è previsto un ulteriore graduale incremento del numero degli anziani, che dovrebbe continuare negli anni successivi fino intorno al 2040 (anche per effetto dell'invecchiamento della generazione del "baby boom" degli anni '60) e successivamente consolidarsi, su livelli nettamente superiori agli attuali. Le previsioni demografiche, su base nazionale, parlano di percentuale di ultrasessantacinquenni sulla popolazione totale, oggi pari a 21 (Cremona ricordiamo è già a 25), a 26 nel 2030 e 33 nel 2040, con valori assoluti da 12 a 20 milioni, di aumento della speranza di vita a 65 anni da 21 anni oggi a 25 nel 2040. Il numero di soggetti bisognosi di presa in carico continuerà quindi ad aumentare proporzionalmente alla crescita della popolazione di età più avanzata.

E' necessario un cambiamento, dalla tradizionale medicina d'attesa, centrata sulla malattia (disease centred) e sul medico, alla medicina d'iniziativa, proattiva, centrata sulla presa in carico integrata del paziente (patient centred). Si propongono pertanto modelli innovativi di presa in carico del cronico/fragile che assicurino integrazione territorio-ospedale e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

La rete R.I.C.C.A. rappresenta una componente della rete territoriale della ASST di Cremona che congiuntamente alle altre reti deve operare in forte raccordo ed integrazione col Polo ospedaliero.

## Gli obiettivi

Obiettivi a tendere specifici della R.I.C.C.A. sono:

- fornire risposte alla complessità dei bisogni dei pazienti fragili e/o cronici, garantendo i LEA;
- analizzare i bisogni, semplici e complessi, declinando, d'intesa con l'ATS, modelli di intervento all'interno dei processi di cura;
- avviare sperimentazioni territoriali a garanzia della continuità clinico assistenziale attraverso accordi operativi intra ed interaziendali che evidenzino strumenti per la facilitazione di accesso ai livelli di cura e la presa in carico;
- costituire un Centro Servizi quale struttura di supporto alla Direzione R.I.C.C.A. con compiti di coordinamento sanitario e amministrativo e di gestione della cartella clinica informatizzata;
- gestire il budget assegnato in termini di risorse economiche, strutturali, tecnologiche e professionali;
- sviluppare relazioni e rapporti con i servizi sociali comunali, le aziende sociali territoriali attraverso protocolli e procedure sul modello organizzativo di valutazione multidimensionale integrata e la stesura appropriata di Piani di assistenza individualizzata finalizzate all'erogazione di misure a sostegno del cittadino/famiglia fragile.

In riferimento al Piano regionale Cronicità (DGR 4662/2015) ed alla declinazione dei bisogni dei pazienti e quindi dei livelli di risposta assistenziale, l'ASST di Cremona prevede per i malati cronici complessi una elevata integrazione tra area sanitaria e sociosanitaria attraverso la definizione di percorsi con il polo ospedaliero valorizzando la domiciliarità. Anche per i pazienti fragili si interviene attraverso una valutazione multiprofessionale che valuti la multidimensionalità del bisogno con l'aiuto del caregiver/familiare.

## La struttura

La Rete R.I.C.C.A. nella ASST di Cremona, in linea con le indicazioni regionali, si configura come UOC così strutturata:

- Direzione, è responsabile del funzionamento della rete, rileva e analizza il bisogno della cronicità, recepisce le indicazioni dell'ATS per programmazione ed obiettivi, definisce piani, obiettivi, modalità organizzative, valida protocolli e procedure, interviene nella gestione del budget, coordina l'U.O.S. Area della cronicità e l'U.O.S. Area dell'Integrazione e della valutazione della fragilità, che a loro volta gestiscono/coordinano le strutture erogative assegnate, partecipano alla programmazione, assicurano l'applicazione del PAI e l'assegnazione all'area di competenza, promuovono appropriatezza e qualità delle prestazioni, garantiscono collaborazione ed integrazione nella rete. Si avvale del supporto tecnico di Sistemi Informativi Aziendali (SIA) e del Centro Servizi (CS) e gestisce i rapporti con:

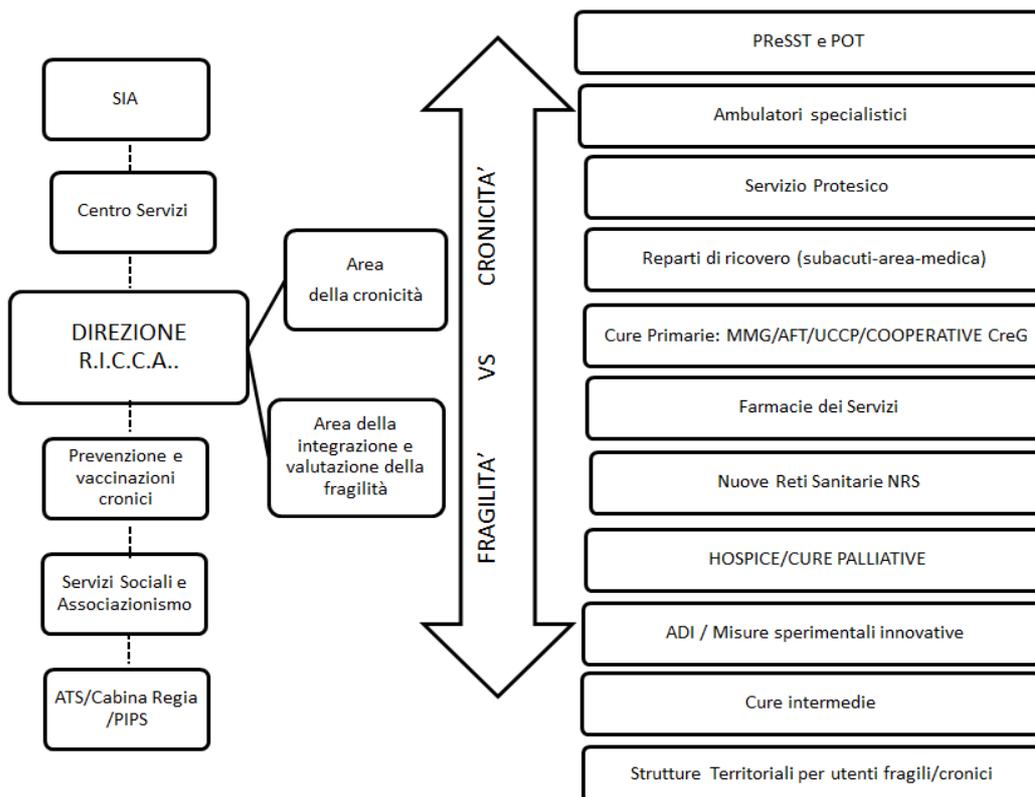
- il Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS) dell'ATS;
  - l'Associazione;
  - i Servizi Sociali per le progettualità di continuità nell'ambito della famiglia fragile;
  - i Servizi ATS e ASST di Prevenzione e Vaccinazioni per gli utenti cronici.
- U.O.S. Area della cronicità, deputata al coordinamento e la gestione dei nodi afferenti alla R.I.C.C.A., secondo il criterio di un bisogno prevalente nell'area della cronicità, quali:
    - POT e PReSST;
    - Ambulatori specialistici;
    - Servizio protesico (ex U.O. Cure Primarie per la gestione territoriale di assistenza sanitaria di base, integrativa e protesica);
    - Reparti di ricovero (sub-acuti area medica) in raccordo funzionale con la Direzione Sanitaria ASST;
    - Cure Primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CreG;
    - Farmacia dei servizi.
  - U.O.S. Area dell'Integrazione e valutazione della fragilità, deputata al coordinamento ed alla gestione dei nodi afferenti alla R.I.C.C.A. secondo il criterio di un bisogno prevalente nell'area della fragilità, quali:
    - ADI/Misure innovative/RSA aperta/Residenzialità leggera (ex U.O. Cure Sociosanitarie di valutazione multidimensionale ed elaborazione di progetti personalizzati per utenti/famiglie fragili/cronici);
    - Unità d'offerta territoriali sociosanitarie per pazienti fragili e cronici;
    - Cure Intermedie;
    - Hospice/Cure Palliative (e gruppi multidisciplinari del Cancer Center);
    - Nuovi reti sanitarie (NRS).

La stretta relazione ed interazione tra le due articolazioni sopra indicate si concretizza soprattutto nella fattiva collaborazione gestionale dei seguenti nodi ad alta integrazione, gli operatori afferenti alle articolazioni sopra descritte lavoreranno in stretta relazione con la definizione di accordi relativamente a:

- Farmacia dei servizi;
- Nuove reti sanitarie (NRS);
- Cure Primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CreG.

## **Elenco dei nodi della rete R.I.C.C.A. nell'ASST di Cremona**

I principali nodi della Rete R.I.C.C.A. nella ASST di Cremona sono di seguito rappresentati e descritti:



Il Centro Servizi ed i Sistemi Informativi sono due funzioni di supporto tecnico fondamentali per il buon esito delle attività gestite dalla Rete R.I.C.C.A. anche se ad oggi sono carenti o da implementare.

Nello specifico il Centro Servizi utile al coordinamento degli interventi di presa in cura sia di tipo sanitario che amministrativo per il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini potrebbe essere affidato ad operatori esperti con l'obiettivo di avere visione sui bisogni dei cittadini fragili e cronici monitorando i piani individualizzati attraverso lo strumento di un'agenda unificata, nel rispetto dei principi di scelta dei tempi, qualità/appropriatezza dei servizi, condivisione dei percorsi tra gli attori sanitari, sociosanitari e sociali in alleanza/compartecipazione con la famiglia in un'ottica di patto di cura.

I Sistemi Informativi aziendali a supporto della Rete R.I.C.C.A. saranno orientati anzitutto alla gestione di una cartella informatizzata finalizzata anche ad una *piattaforma ricompositiva* in quanto ad oggi i sistemi informativi sanitari e sociosanitari sono parcellizzati e non comunicanti tra di loro con una conseguente dispersione di informazioni e di risorse. Ciò è il primo passaggio per una gestione integrata ed una razionalizzazione sia delle richieste che delle risorse, facilitando il ruolo del case manager connettendolo nel "qui ed ora" alle banche dati sanitarie e sociosanitarie.

Nel territorio cremonese si sta avviando un tentativo di integrazione tra i sistemi informativi sociali e sociosanitari finalizzato al monitoraggio condiviso dei percorsi individualizzati in un'ottica di budget unico di cura.

## **POT e PReSST**

Nel giugno 2016 è partita la prima sperimentazione di un Presidio Ospedaliero Territoriale nella ASST di Cremona. E' un'offerta altamente innovativa e importante soprattutto nella nostra realtà locale, considerato l'incremento costante delle patologie cronicodegenerative e delle conseguenti implicazioni sulla organizzazione e sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per assistere questa tipologia di pazienti, spesso anziani e affetti da più patologie.

Il POT si inserisce nella parte settentrionale del territorio di competenza dell'ASST di Cremona, a Soresina, dove è funzionante una struttura sanitaria di recente realizzazione ed avvio (gennaio 2012) denominata "Nuovo Robbiani S.r.l.", avviata in forza di una sperimentazione gestionale pubblico-privato autorizzata ed accreditata a svolgere attività per il SSR che comprende anche un reparto di cure subacute e servizi ambulatoriali..

Questa sperimentazione è riservata a pazienti cronici tra i 65 e i 90 anni, arruolati dai Medici di Medicina Generale partecipanti e comprende prestazioni domiciliari, ambulatoriali e residenziali a bassa/media intensità, nel caso di Soresina con 20 letti per subacuti, con la possibilità per i medici, responsabili del percorso di cura, anche di prestare direttamente attività di assistenza .

E' inoltre auspicabile riflettere sulla realizzazione di un secondo POT nel capoluogo con la partecipazione di studi associati di MMG attivi in città.

Rispetto alla realizzazione di un PReSST nell'ASST di Cremona si è in attesa di indirizzi regionali specifici e delle indicazioni applicative da parte dell'ATS Val Padana , anche con riferimento alla definizione di AFT e UCCP. Si ritiene utile comunque progettare l'avvio di un PReSST cittadino considerando la concentrazione di pazienti cronici e fragili nel comune di Cremona e l'offerta sia sanitaria che sociosanitaria del privato accreditato.

## **Ambulatori specialistici**

Oltre ad un coordinamento trasversale delle attività ambulatoriali si avvieranno progetti di integrazione di consulenze specialistiche nelle patologie croniche per pazienti aderenti alla sperimentazione CreG/POT e PReSST. Tale consulenza, basata anche sulla condivisione del PAI, comporterà una stretta collaborazione con i MMG utilizzando le loro strutture, in linea con le indicazioni normative regionali.

## **Servizio protesico**

Parallelamente alle attività istituzionali relative all'offerta protesica si svilupperà: una collaborazione con gli specialisti e gli operatori per la valutazione multidimensionale del bisogno al momento della prescrizione del presidio, l'integrazione con le altre articolazioni della Rete R.I.C.C.A. per favorire il percorso di dimissione protetta dell'utente dai reparti per acuti e subacuti e una collaborazione con i MMG aderenti ai progetti CReG e POT per facilitare i pazienti arruolati nella richiesta di ausili/presidi con la delocalizzazione degli interventi.

## **Reparti di cura: subacuti area medica**

La presa in carico del paziente cronico vede fasi di ricovero in strutture residenziali per cure subacute, sia in ambiente ospedaliero che nell'ambito del POT soresinese; si valuterà l'opportunità nel corso del tempo di estendere l'offerta di posti letto a più bassa intensità assistenziale, anche prevedendo la diretta collaborazione/integrazione del MMG nella presa in carico dei pazienti.

## **Cure primarie: MMG/AFT/UCCP/CReG**

L'ASST di Cremona in collaborazione con ATS intende condividere percorsi, reti informatiche e strumenti di valutazione con il Medico di Medicina Generale, direttamente o attraverso la figura dell'Infermiere di famiglia e dell'assistente sociale di studio.

## **Farmacie dei servizi**

Avvio e sviluppo presso le farmacie del territorio di processi di semplificazione amministrativo-sanitaria come prenotazioni, riscossioni ticket, esenzioni (parzialmente già in atto), erogazione protesica (già in atto) e "pharmaceutical care" (informazioni per appropriatezza, addestramento all'uso di dispositivi, diagnostica rapida).

## **Nuove reti sanitarie**

L'implementazione di percorsi di integrazione avviene anche attraverso lo sviluppo di nuove reti sanitarie e la realizzazione di forme di supporto della domiciliarità ad alta integrazione tra la medicina primaria (MMG) ed il livello specialistico. A titolo di esempio si citano le sperimentazioni di cura e di monitoraggio continui a domicilio per pazienti cronici (pneumologici con patologie complesse tipo SLA, con supporto di telemedicina, già in atto, pazienti con scompenso cardiaco, TAO) come alternativa al ricovero.

## **ADI/misure innovative/RSA aperta/residenzialità leggera**

Nel triennio si prevede:

- una piena applicazione e sviluppo dei percorsi per patologia per i pazienti dimessi dall'ospedale in un'ottica di continuità ospedale territorio;
- un'implementazione del modello di valutazione integrato con gli specialisti ospedalieri, i MMG o loro delegati, anche attraverso la strutturazione di percorsi condivisi;
- la collaborazione con ATS per strutturare nuove forme di apertura da parte degli Enti alle misure di RSA Aperta, con la possibilità di appoggi diurni o residenziali;
- un incremento dei rapporti con gli Specialisti Ospedalieri ma anche, e soprattutto, con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri per migliorare la conoscenza della misura, anche attraverso la figura dell'infermiere di famiglia, in una sinergia di azioni

e di interventi per il sostegno vero e concreto delle famiglie che assistono al domicilio un paziente con disabilità gravissima;

- il mantenimento dell'integrazione con la Medicina Legale, a tutela della trasparenza del percorso valutativo in ambito disabilità gravissima;

## **Unità d'offerta territoriali sociosanitarie per pazienti fragili e cronici**

All'interno delle unità di offerta territoriale sociosanitarie per pazienti fragili/cronici appare importante partecipare ad eventuali azioni ad alta integrazione con ATS e realtà sociali al fine di migliorare i criteri e le modalità di inserimento dei pazienti in lista d'attesa per le RSA. In particolare, in integrazione con ATS, si propone di strutturare un percorso di attribuzione del punteggio sanitario che evidenzia e valorizza la presenza di una demenza con disturbi del comportamento. Questi aspetti, infatti, se da una parte sono considerati i più onerosi da sostenere psicologicamente per un care giver (tanto da indurli ad una richiesta di ingresso definitiva), dall'altro meritano una particolare evidenza in quanto possono condizionare la scelta delle strutture stesse (es. presenza o meno di Nucleo Alzheimer). Inoltre, elaborare modelli di valutazione integrata multidimensionale per alcune tipologie di pazienti (es. pazienti dementi e con disturbi del comportamento in fase attiva e per questo ricoverati in SPDC), con la definizione di percorsi specifici di continuità assistenziale e definire in accordo con ATS quali modalità di integrazione tra assistenza domiciliare (ADI) e semiresidenziale per anziani e disabili (CDI, CDD) attraverso la stesura di percorsi e linee guida basati sulla valutazione multidimensionale e la stesura di progettualità integrate.

## **Cure intermedie**

Le Unità d'Offerta di Cure Intermedie nascono in seguito alla DGR 3383/2015 come riconversione delle strutture di Riabilitazione afferenti all'ambito socio-sanitario. Nella ASST di Cremona, vi sono 5 unità d'offerta localizzate in entrambi gli ambiti territoriali: Cremona Solidale, San Bassano e Sospiro nell'ambito di Cremona, San Giovanni in Croce e Cingia de' Botti a Casalmaggiore) per un totale di 291 posti letto. Le Cure Intermedie rappresentano il servizio che è in grado di prendere in carico, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. In particolare, tali Strutture, che nel nostro territorio sono sempre affiancate anche a RSA, prendono in carico l'utente nella fase di stabilizzazione, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione, da tutti i nodi della rete dei servizi, per accompagnarlo con una risposta la più appropriata al suo bisogno, riportandolo al miglior stato di salute e benessere possibile (riattivazione e recupero funzionale). L'utente delle cure intermedie è un soggetto che per il suo recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso finalizzati alla dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria (altre unità d'offerta della rete) richiede degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale. In particolare, le nuove unità d'offerta di Cure Intermedie rappresentano importanti nodi di forte integrazione nella rete dei servizi sociosanitari per la fragilità, con

l'obiettivo primario di favorire e mantenere la permanenza del paziente al proprio domicilio. In questo senso, in attesa di eventuali indicazioni regionali, appare importante sostenere lo sviluppo da parte delle UUOO della funzione di Care Management attraverso la stesura condivisa di accordi di percorsi di dimissione protetta verso il domicilio, che prevedano un accorciamento dei tempi di degenza anticipando il più possibile il rientro al domicilio, in stretto raccordo con la famiglia, e ad alta integrazione con il Medico di medicina Generale ( o suo delegato es. infermiere di famiglia) e la rete sociale territoriale. In integrazione con ATS e con i MMG si prevede di definire dei percorsi di ammissione da tutti i nodi della rete domiciliare e residenziale e di dimissione dei pazienti verso le strutture di Cure intermedie; gli utenti vengono dimessi dopo un percorso riabilitativo con una particolare attenzione al rientro verso il domicilio, che avviene per oltre il 70% dei pazienti; di particolare importanza la collaborazione con gli enti gestori alla stesura di protocolli di valutazione e di continuità assistenziale verso il domicilio, ad integrazione con i CEAD ed i Servizi Sociali e i MMG.

## **Hospice e cure palliative**

La Rete Locale delle Cure Palliative nella nostra ASST si caratterizza per un eccesso di offerta di residenzialità (con conseguenti problematiche di saturazione e/o di appropriatezza dei ricoveri) e conseguentemente uno scarso utilizzo dei servizi domiciliari. L'eccesso di residenzialità, inoltre, può portare ad una errata considerazione delle cure palliative come "ultima dimora", restringendo pesantemente l'utenza potenzialmente beneficiaria di uno dei nodi della rete di Cure Palliative.

Ad integrazione con il Dipartimento Cure palliative e con il Centro Oncologico Aziendale l'obiettivo specifico è di strutturare percorsi di segnalazione e presa in carico precoce e tempestiva del paziente che necessita di palliazione al domicilio, con la partecipazione attiva e la condivisione da parte dei Medici di Medicina Generale sia in fase progettuale sia operativa. I percorsi specifici possono essere inseriti all'interno del più ampio progetto legato alle ammissioni e dimissioni protette, e devono prevedere una sinergia tra il Medico di medicina Generale ed il Palliatore Ospedaliero per migliorare la qualità di vita del paziente al domicilio.

Tale sinergia si attua all'interno dell'équipe di valutazione multidimensionale della Rete R.I.C.C.A., alla quale partecipa lo Specialista Palliatore che definisce in fase di dimissione, in accordo con il MMG e la rete territoriale, il setting di cura domiciliare più adeguato per il paziente (ADI, ADI Palliativa, servizio specialistico di cure palliative) e si rende disponibile a sostenere la domiciliarità anche attraverso l'effettuazione di visite specialistiche domiciliari.

In attesa di eventuali indicazioni regionali, inoltre, particolarmente importante prevedere percorsi di facilitazione per l'accesso e l'utilizzo anche a livello territoriale di farmaci fascia H (raccordo con il Servizio Farmaceutico aziendale).

## **Associazionismo**

La ricchezza di enti appartenenti al terzo settore e le progettualità già avviate negli anni precedenti permettono di considerare e valorizzare l'operatore di prossimità quale partner nel processo di valutazione multidimensionale e di monitoraggio del progetto individualizzato, supportando la famiglia fragile e multibisogno. Un'interessante prospettiva di sviluppo è il coinvolgimento degli operatori del terzo settore nel percorso di continuità assistenziale legato all'ammissione/dimissione protetta del paziente fragile.

## **Servizi sociali per le progettualità di continuità nell'ambito della famiglia fragile**

La Rete R.I.C.C.A. opererà in stretto raccordo con il servizio sociale, aziendale e territoriale, partecipando a team flessibili ed integrati con i Comuni, le altre articolazioni della Rete Territoriale ed il Polo Ospedaliero, avendo come riferimento il modello organizzativo aziendale nel quale il servizio sociale aziendale predispone un lavoro di alta integrazione, con lo sviluppo delle funzioni di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento e valutazione multidimensionale.

## **Prevenzione**

La Rete garantisce l'integrazione tra programmi governati da ATS e azioni intraprese da associazioni e nodi della Rete stessa di Promozione della Salute e Prevenzione per utenti cronici, quali counselling comportamentale (attività fisica ed alimentazione, disassuefazione dal fumo, corretto uso dei farmaci ecc.) e sostegno alla vaccinazione di categorie a rischio.

## **Altri nodi della rete**

I processi di cura e assistenza in essere o da avviare nella ASST di Cremona, di seguito elencati brevemente, coinvolgono altri nodi aziendali, tra questi:

- Ufficio di Scelta/revoca: per percorsi di agevolazione al cittadino cronico e fragile attraverso modalità operative utili alla semplificazione dell'accesso dei servizi offerti.
- Servizio di Medicina Legale: in riferimento alla riorganizzazione proposta dalla L.23/2015 la Medicina Legale della Rete Territoriale è orientata prevalentemente alle prestazioni di natura certificativa e accertativa e si inserisce nei percorsi integrati di assistenza attraverso collaborazioni con le Cure sociosanitarie, il servizio di protesica, il Sert, i Consultori familiari, l'Ufficio di Protezione Giuridica in particolare nell'ambito della disabilità.
- Ufficio di protezione giuridica (U.P.G.): con la promulgazione della Legge n. 6 del 2004 Istitutiva dell'Istituto Giuridico dell'Amministratore di Sostegno e in recepimento al Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" e alle

successive circolari attuative di quest'ultima veniva costituito, all'interno delle ex Aziende Sanitarie Lombarde l'Ufficio di Protezione Giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi; ufficio transitato all'interno delle ASST di rispettiva competenza territoriale, in ottemperanza alle disposizioni regionali normanti la riorganizzazione della sanità lombarda. L'ufficio di Protezione Giuridica si colloca all'interno della Rete R.I.C.C.A., in line con la Direzione di Rete, in quanto a supporto di tutte le attività rivolte ad utenti fragili e/o cronici della Rete Territoriale. L'ufficio affiancandosi a tutte le istituzioni pubbliche e private che già si occupano di questi temi e in collaborazione con il terzo settore ha lo specifico obiettivo di promuovere il benessere e l'inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e ispirandosi ai principi del rispetto della persona e della valorizzazione della famiglia, promuove e favorisce i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci e dell'amministrazione di sostegno. Nel territorio cremonese, il lavoro di questi ultimi anni, ha originato la costituzione di un sistema integrato di protezione stabile, competente, coordinato dall'UPG, capace di collaborare con le istituzioni locali deputate al tema (Uffici di Piano, Amministrazioni Comunali, Aziende Sociali, Polo Ospedaliero, Tribunale ARSAC ecc., al fine di rinforzare la rete dei servizi rivolti alle persone fragili ed alle loro famiglie. Un sistema atto a sensibilizzare ulteriormente la comunità e a informare le famiglie, in grado di coinvolgere le istituzioni avviando interlocuzioni e collaborazioni e di attivare con forza i territori e le associazioni ivi presenti per reperire Amministratori di Sostegno volontari, come pure di fornire supporto e sostegno agli Amministratori di Sostegno/ ai Tutori/Curatori già nominati.

L'ufficio garantisce l'integrazione con le reti RIMI - R.I.C.C.A. e D.S.M.D. ed il Servizio sociale aziendale.

Nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale si descrivono i percorsi di cura e assistenza evidenziando le collaborazioni attive/da attivare con i soggetti erogatori pubblici e privati.

## Cronoprogramma di evoluzione dei processi di cura e assistenza della rete R.I.C.C.A.

CRONOPROGRAMMA		2016	2017	2018
N.	PERCORSI RETE R.I.C.C.A	AVVIO	SVILUPPO	CONSOLIDAMENTO
1	Continuità assistenziale H/Tipico cronico e fragile	Gruppo di lavoro per stesura	Applicazione	Estensione ad altri gruppi MMG
2	Ammissione/Dimissione protetta H/T	Gruppo di lavoro per stesura	Applicazione	Estensione ad altre U.O. Polo Ospedaliero
3	Percorsi con RIMI per gestione famiglie fragili e croniche	Accordi tecnico operativi intra aziendali	Estensione Accordi tecnico operativi ai servizi sociali territoriali	Coinvolgimento altre U.O.aziendali
4	Percorsi con D.S.M.D. per gestione dei pazienti con demenza e disturbi del comportamento	Costituzione équipe multiprofessionale valutativa	Coinvolgimento parte sociale, udo territoriale e ATS	Consolidamento
5	Ingresso in deroga in RSA (per età)	Avviata nuova procedura con componente sociale e MMG	Applicazione	Consolidamento
6	Valutazione pazienti con disabilità gravissima	Avviata integrazione con Medicina Legale Territoriale e parte sociale	Applicazione	Segnalazioni da MMG, Psichiatria e Medicina Legale Territoriale
7	Integrazione servizio sociale aziendale e territoriale	Assistente sociale territoriale integrata per la valutazione multidimensionale e la presa in carico nell'ambito del comune di Cremona; integrazione con il servizio sociale aziendale nella fase di revisione ed applicazione di ammissione e dimissione protetta ospedale-domicilio	Estensione agli altri comuni	Consolidamento e informatizzazione dati
8	Integrazione dipartimento cure palliative	Programmazione condivisa percorso formativo	Progettazione percorso per la valutazione del paziente con bisogno palliativo	Definizione di percorsi clinico-assistenziali per l'assistenza palliativa al domicilio con lo specialista ospedaliero (centro oncologico), il MMG/PdF, gli erogatori domiciliari di assistenza di base e specialistica e le associazioni di volontariato del settore. Facilitazione all'accesso ed alla prescrizione di farmaci.
9	Protezione giuridica e promozione strumenti per la tutela delle persone fragili e croniche	Collaborazione tra udo a gestione diretta, nodi extra aziendali e reti R.I.M.I. R.I.C.C.A. e D.S.M.D. Ridefinizione delle modalità di collaborazione tra Tribunale e ASST.	Eventi formativi per l'incremento degli Amministratori di Sostegno volontari, gruppi di auto mutuo aiuto ed eventi informativi	Consolidamento e ridefinizione rapporti con associazionismo
10	Accesso alle Cure Intermedie	Percorso di facilitazione alla compilazione scheda unica di invio con SITRA e servizio sociale aziendale	Avvio tavolo tecnico con Specialisti Ospedalieri, MMG ed Enti Gestori di Cure Intermedie per condivisione percorsi di continuità pazienti cronici/fragili	Consolidamento
11	Fornitura di materiale sanitario extra LEA ai pazienti seguiti in ADI/Disabilità Gravissima	Facilitazione percorso del cittadino. Istituzione Commissione per valutazione casi	Applicazione	Consolidamento e formalizzazione percorsi di accompagnamento
12	Integrazione ospedale - carcere - territorio	Promozione stili di vita sani attraverso modalità formative. Sviluppo di relazioni di aiuto attraverso l'individuazione di caregiver tra i detenuti in collaborazione con operatori della rete socio-sanitaria, sociale e le associazioni.	Definizione di un gruppo multiprofessionale di progettazione e realizzazione del percorso informativo-formativo relativo ai temi di fragilità, cronicità e disabilità.	Protocollo interistituzionale con la valutazione dell'iniziativa realizzata
13	Erogazione Diretta Farmaci e dispositivi sanitari per Malattie Rare e Fibrosi Cistica	Percorso erogativo facilitatore per il cittadino	Sviluppo di modalità collaborative con i servizi intra ed extra aziendali per la gestione di problematiche complesse.	Consolidamento
14	Attività di sorveglianza periferica dei pazienti in terapia anticoagulante orale	Potenziamento percorso di presa in carico dei pazienti in terapia da parte dei MMG (integrazione ospedale-territorio)	Implementazione informatizzazione dati per condivisione e monitoraggio risultati a livello di Rete.	Consolidamento e individuazione indicatori di monitoraggio con gli MMG, il Centro Emostasi e Trombosi e la ATS.
15	Fornitura di materiale sanitario extra LEA	Facilitazione percorso del cittadino. Istituzione Commissione per valutazione casi	Monitoraggio spesa	Consolidamento
16	Gestione della cronicità con MMG (POT e CRG)	In collaborazione con ATS diffusione dei percorsi di presa in carico integrata ospedale-territorio per alcune categorie di pazienti.	Promozione di incontri con i referenti dei MMG per la valutazione sul funzionamento della rete, di audit tra pari e condivisione di strumenti di monitoraggio sulla gestione della cronicità.	Definizione indicatori di monitoraggio
17	Tavolo di lavoro con i medici RSA per valutazione bisogni di presidi/ausili concedibili	Valutazione del bisogno in loco da parte di équipe territoriale per la raccolta dati di interesse su NED e presidi/ausili in RSA.	Confronto con ATS per indirizzi operativi omogenei sul territorio afferente all'ATS.	Consolidamento e monitoraggio

## Risorse dedicate

RETE R.I.C.C.A.	Dotazione attuale effettiva	Dotazione prevista a regime	Delta
Direzione R.I.C.C.A.	*1 medico	1 medico 1 amministrativo 1 assistente sanitario <sup>f</sup> 1 ass.sociale	+1,00 +1,00 +1,00
Area dell'Integrazione e della Valutazione della FRAGILITA' (compreso Casalmaggiore)	1 medico 3,28 infermiere <sup>a</sup> 4,00 assist. sanit. <sup>d</sup> 2,00 amministrativo	1,5 medico <sup>b</sup> 3,58 infermiere 6,66 assist.sanitaria 3,00 amministrativo	<sup>e</sup> +0,50 +0,30 <sup>c</sup> +2,66 +1,00
Area della CRONICITA' (compreso Casalmaggiore)	13 medico 3,49 infermiere 0,66 assist.sanitaria <sup>2</sup> 17,63 amministrativo	3 medico 3,49 infermiere 0,66 assist.sanitaria 19,63 amministrativo	0,00 0,00 0,00 <sup>3</sup> +2,00

Gli operatori amministrativi considerati nel fabbisogno sopra descritto saranno coinvolti in un modello di riorganizzazione con la Direzione Amministrativa, in sperimentazione dapprima nell'area interaziendale dell'ambito Viadana-Casalmaggiore e successivamente nella Rete Territoriale di Cremona, nel quale si ottimizzeranno le risorse con funzioni di accoglienza-accettazione uniche e centralizzate per tutti i nodi della Rete Territoriale.

\*Considerandola una trasformazione della u.o.c. che si occupava di direzione dell'erogazione territoriale (ex Direzione Distretto sociosanitario) come ipotizzato dalle linee guida regionali, il personale del comparto che ne faceva parte è stato trasferito ad altra u.o. o è cessato e non sostituito;

<sup>a</sup>non inclusa 1 ass.sanit. in aspettativa per lunga assenza fino al 2018 e inclusa 1 ass.sanit. interinale fino al 31/12/16;

<sup>b</sup>recupero di 10 ore di un'infermiera (a 30/36 ore/sett.) prestate ATS Val Padana;

<sup>c</sup>di cui 1,66 per sostituzione lunga assenza e cessione ad altra UO Rete RICCA + 1 nuovo; si ritiene confermato il rinnovo dell'unità di personale con contratto interinale già compreso nella dotazione attuale effettiva;

<sup>d</sup>al netto di limitazione funzionale al 60%;

<sup>e</sup>+0,50 medico geriatra per valutazione multidimensionale;

<sup>f</sup>+1,00 ass.sociale per ufficio di protezione giuridica

<sup>1</sup> al netto di scavalchi di due medici assegnati ad altre articolazioni della Rete Territoriale

<sup>2</sup> n.1 operatore è assegnato all'ATS e svolge attività professionale in convenzione con ASST solo fino al 31.12.16; n.2 operatori sono assegnati alla ASST e svolgono quota parte della loro attività professionale in nome e per conto di ATS

<sup>3</sup> 1 per potenziamento front-office cittadino e 1 per attività amministrativa

## Spazi e risorse tecnologiche

### Area della cronicità Cremona

Gli uffici della sede di Cremona sono situati nei locali al piano terra dell'Edificio B, in coabitazione con gli uffici dell'ATS – Dipartimento Cure Primarie. Trattasi di tre sportelli con sala d'attesa per l'utenza Scelta/revoca e tre altre stanze più piccole per l'ufficio Assistenza Protesica e per l'ufficio Assistenza Integrativa, oltre a due uffici per i due medici. Gli spazi sono oggettivamente ristretti soprattutto nell'ottica di una riorganizzazione dell'attività di accoglienza ed orientamento dell'utenza. Si stimano necessari almeno due locali in più ottenibili da una negoziazione degli spazi in accordo con ATS considerata l'attribuzione dell'edificio all'ASST da Decreto regionale.

Le risorse strumentali in dotazione sono quasi tutte in discrete condizioni, sufficientemente adeguate a supportare l'attività informatica degli uffici, solo una postazione è alquanto obsoleta e da sostituire. Si rileva la condivisione di strumenti informatici con ATS.

### Area della cronicità Casalmaggiore

Gli uffici della sede di Casalmaggiore sono situati in parte nei locali al piano terra ed in parte nei locali collocati al primo piano della sede di Via Porzio 73 e sono attigui ad altri uffici ed ambulatori dell'ASST (Medicina Legale, Consultorio). Al piano terra sono presenti due sportelli di Scelta/Revoca con sala d'attesa per l'utenza e locale di back office, un locale per l'Ufficio Protesi ed Ausili, un piccolo ambulatorio infermieristico per gli ausili ad assorbimento ed un locale ambulatorio per un medico. Al primo piano sono presenti un locale per l'ufficio Assistenza Integrativa, un locale che ospita personale che gestisce sia la cronicità sia l'attività in nome e per conto dell'ATS ed infine un ufficio per l'altro medico. Gli spazi sono adeguati ad accogliere ed orientare l'utenza anche se potrebbe essere utile un altro locale per separare l'attività dell'U.O.S. Area della Cronicità dall'attività da svolgere in nome e per conto di ATS. Le risorse strumentali in dotazione sono quasi tutte in discrete condizioni, sufficientemente adeguate a supportare l'attività informatica degli uffici, solo una postazione (ambulatorio medico) è alquanto obsoleta e da sostituire.

### Area dell'integrazione e valutazione della fragilità

Gli uffici della sede di Cremona sono situati nei locali dell'Edificio A, piano terra. Trattasi di quattro uffici (di cui tre inferiori ai 12 mq) per l'attività ordinaria e per il ricevimento dell'utenza, senza sala d'attesa, coabitati da 2/3 operatori. Gli spazi sono alquanto ristretti. Si stimano necessari almeno due locali in più ottenibili da una negoziazione degli spazi in accordo con ATS considerata l'attribuzione dell'edificio all'ASST da Decreto regionale.

Al primo piano si colloca l'ufficio del responsabile con un'ulteriore stanza multifunzione in condivisione con altri servizi/uffici ASST.

Le risorse strumentali in dotazione sono quasi tutte in discrete condizioni, sufficientemente adeguate a supportare l'attività informatica degli uffici, solo una postazione è da sostituire in quanto obsoleta e non funzionale rispetto alla gestione degli applicativi in uso.

#### **Direzione R.I.C.C.A.**

Per espletare le funzioni direttive e gestionali si stimano sufficienti due uffici adiacenti ubicati nell'edificio A della ASST, considerata la negoziazione degli spazi in accordo con ATS e data l'attribuzione dell'edificio all'ASST da Decreto regionale.

## PIANO DI FATTIBILITÀ DELLA RETE INTEGRATA MATERNO INFANTILE – R.I.M.I

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale. Le evidenze scientifiche attualmente disponibili documentano in modo chiaro come alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto siano prevenibili mediante semplici azioni realizzabili nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, sia attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio, che con la promozione di fattori protettivi. Il modello della presa di coscienza e capacità di autodeterminazione delle donne (empowerment), il modello sociale di salute, l'approccio integrato, la comunicazione efficace devono caratterizzare i servizi di salute primaria in tutto il mondo. Lo scopo dell'assistenza nella gravidanza/parto/puerperio fisiologico viene definito come "Raggiungere l'obiettivo di madre e figlio in buona salute con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza". Questo approccio implica che in situazioni normali non dovrebbe sussistere una valida motivazione per interferire con la evoluzione naturale.

Come descritto nelle Linee Guida Regionali POAS, l'area materno infantile non è una specificità d'organo ma insiste con diversi ambiti specialistici su una certa fascia d'età (0-18) e su aspetti particolari della salute della donna e inevitabilmente necessita di approccio multidisciplinare.

Obiettivo della rete RIMI è attuare nell'ambito della ASST, la presa in carico, attraverso modelli organizzativi adeguati e l'utilizzo di PDTA delle "donne, le madri, i neonati, i bambini e gli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso ai punti di offerta dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali". La RIMI si rivolge, in Regione Lombardia, a una popolazione di circa 1.600.000 abitanti in età pediatrica, a 85.000/90.000 gravidanze e altrettanti neonati ogni anno e agli aspetti ginecologici di tutte le donne della regione.

La Provincia di Cremona è suddivisa in 115 Comuni ed ha una popolazione di circa 360.000 unità. A seguito della Riforma Sanitaria Lombarda, nell'ASST Cremona sono confluiti i Comuni afferenti agli

Ex- Distretti di Cremona e Casalmaggiore. Dunque i Comuni di competenza dell'ASST Cremona sono 67 con una popolazione di circa 200.000 abitanti per un'estensione territoriale di circa 1194 kmq.

In ASST Cremona le gravidanze sono rappresentate nella tabella seguente ed aggiornati al 1° trimestre 2016:

DISTRIBUZIONE DEI PARTI PER STRUTTURA OSPEDALIERA DEL TERRITORIO CREMONESE

STRUTTURE	ANNO								
	2014			2015			1° TRIMESTRE 2016		
	Italiana	Straniera	Tutte	Italiana	Straniera	Tutte	Italiana	Straniera	Tutte
	N	N	N	N	N	N	N	N	N
CREMA OSP. MAGGIORE	573	292	865	625	169	794	130	34	164
CASALMAGGIORE OSPEDALE	261	175	436	252	181	433	54	48	102
CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	813	441	1.254	807	419	1.226	168	83	251
<b>Totale</b>	<b>1.647</b>	<b>908</b>	<b>2.555</b>	<b>1.684</b>	<b>769</b>	<b>2.453</b>	<b>352</b>	<b>165</b>	<b>517</b>

DISTRIBUZIONE DEI PARTI DI DONNE RESIDENTI IN PROVINCIA DI CREMONA PER STRUTTURA OSPEDALIERA DEL TERRITORIO

STRUTTURE	RESIDENTI IN PROVINCIA DI CREMONA								
	ANNO								
	2014			2015			1° TRIMESTRE 2016		
	Italiana	Straniera	Tutte	Italiana	Straniera	Tutte	Italiana	Straniera	Tutte
N	N	N	N	N	N	N	N	N	
CREMA OSP. MAGGIORE	532	252	784	576	145	721	125	31	156
CASALMAGGIORE OSPEDALE	125	77	202	108	83	191	21	21	42
CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	724	398	1.122	706	350	1.056	152	69	221
<b>Totale</b>	<b>1.381</b>	<b>727</b>	<b>2.108</b>	<b>1.390</b>	<b>578</b>	<b>1.968</b>	<b>298</b>	<b>121</b>	<b>419</b>

I PARTI SONO STATI INDIVIDUATI DA SDO CONSIDERANDO I DRG DA 370 A 375

La popolazione in età pediatrica (0-13anni) è complessivamente (Cremona+Casalmaggiore) di 22.669 unità, di cui 10.832 femmine e 11.837 maschi. Gli stranieri nella fascia d'età 0-13anni sono in totale 6.399 unità di cui 3.059 femmine e 3.340 maschi. Nei punti nascita di Cremona e Casalmaggiore le nascite sono state in totale 1.690 nell'anno 2014 e 1.659 nell'anno 2015. Presso i Consultori Familiari Integrati di Cremona e Casalmaggiore vengono seguite circa 377 gravidanze fisiologiche cioè il 23% delle gravidanze totali. Dati nazionali recenti non sono disponibili ma un'indagine dell'ISS del 2002 *"Indagine conoscitiva sul Percorso Nascita 2002, aspetti metodologici e risultati nazionali."* (M. Grandolfo e altri). Ha evidenziato che le ostetriche e i consultori familiari seguivano complessivamente meno del 10% delle gravidanze. Inoltre da un'analisi dei dati dei Consultori Cremonesi risulta che delle gravidanze seguite il 38% circa delle donne è di nazionalità italiana.

Per quanto riguarda la promozione e protezione dell'allattamento al seno, che da sempre impegna gli operatori consultoriali, presso l'ASST Cremona nell'anno 2016 continua il programma BFCI – UNICEF Comunità Amica dei Bambini per l'incremento dei tassi di allattamento materno sul territorio. Dai dati dei Consultori risulta che il 37 % delle puerpere viene seguito dal Servizio nel dopo-parto sia a domicilio sia nello spazio mamma-bambino del consultorio. Nel 2012 Regione Lombardia ha effettuato un'indagine sui tassi di allattamento che ha messo in evidenza che in Provincia di Cremona il tasso di allattamento esclusivo al terzo mese risultava pari al 39.1% mentre nelle donne seguite in Consultorio risultava essere 61.3%. Inoltre, come per i dati relativi alle gravidanze, per il puerperio la percentuale più rappresentata (72%) risulta essere quella italiana. Nei consultori si pone molta attenzione alla promozione della salute della donna e della famiglia. Le tematiche affrontate riguardano vari aspetti della prevenzione, educazione alla salute e sostegno alla genitorialità ivi compresi i CPP, i corsi di massaggio infantile, il progetto "nati x leggere" ecc... Nell'ultima annualità sono stati proposti in totale circa 160 corsi.

## Gli obiettivi

E' necessario pervenire ad un sistema di cure integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero. Va quindi costruita un'organizzazione sanitaria nel territorio capace di individuare e di intercettare il bisogno di salute dei bambini e della donna, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al bambino ed alla sua famiglia, in forme coordinate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

La rete RIMI è transmurale, volta a garantire concretamente la continuità assistenziale in termini di: interventi dedicati al neonato, interventi dedicati al bambino con patologia cronica, interventi a favore di gruppi per promuovere la salute, per favorire:

- la de-ospedalizzazione delle attività ostetriche e pediatriche;
- la riduzione dei ricoveri impropri;
- la dimissione precoce della puerpera e del neonato e la loro presa in carico territoriale;
- l'integrazione delle attività o la promozione di percorsi assistenziali comuni tra l'area della pediatria di base e tutti i servizi sanitari coinvolti;
- la promozione di percorsi assistenziali tra le unità operative ospedaliere e le unità operative territoriali e la rete dei (Pediatra di libera scelta) PLS e (Medico di medicina generale)MMG;
- la continuità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio;
- la tutela della gravidanza a rischio;
- la prevenzione oncologica;
- la tutela della salute della donna in menopausa;
- la realizzazione di "percorsi-intervento" per adolescenti e giovani.

La Rete della Pediatria territoriale, il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta hanno una funzione centrale all'interno del Sistema Sanitario, in qualità di interpreti del bisogno di salute di ogni singolo cittadino.

Il Consultorio si inserisce nella rete dei servizi territoriali privilegiando il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà degli interventi e si collega funzionalmente all'organizzazione del Dipartimento Ospedaliero Materno-infantile. Il Consultorio familiare costituisce un servizio di base fortemente orientato alla promozione della salute e alla prevenzione. Parallelamente la ricerca di maggiore appropriatezza nella risposta assistenziale richiede la rimodulazione dell'accesso al P.S. pediatrico, che risulta spontaneo nella maggioranza dei casi, senza che sia stato interpellato il pediatra di libera scelta o altre figure della continuità assistenziale dell'area territoriale.

Per quanto concerne l'ambito prettamente ospedaliero, l'analisi degli accessi al P.S. mette in evidenza che in circa il 90% dei casi si tratta di codici bianchi o verdi, ossia casi non urgenti o urgenze differibili che in gran parte potrebbero essere valutati e risolti in un contesto extra-ospedaliero. Queste situazioni, unitamente alla carenza di P.S. pediatrico ed al mancato coordinamento assistenziale ospedale-territorio, concorrono all'elevato tasso di ospedalizzazione di bambini e adolescenti nel nostro paese che, pur con sensibili

differenze a livello regionale, è circa il doppio rispetto a quello rilevato in altri paesi europei.

La RETE R.I.M.I. superando nella sostanza la frammentazione delle competenze a livello istituzionale, riaffermando una visione armonica in termini di nuovi modelli di organizzazione (osservazione temporanea, test rapidi, sviluppo di alcune specialità pediatriche, ecc.), migliora la qualità dell'assistenza, anche attuando programmi di educazione e di prevenzione sanitaria collettiva con interventi mirati nelle scuole e nelle famiglie.

Gli obiettivi della rete sono:

- informare, accogliere, orientare e accompagnare il cittadino nella rete territoriale dei servizi per garantire alla persona e alla sua famiglia la necessaria integrazione e continuità di cura in ambito materno infantile;
- valutare il bisogno del cittadino in ottica multidimensionale attraverso team multiprofessionali integrati caratterizzati da operatori che seguono il progetto individualizzato anche appartenenti alle altre reti sociosanitarie territoriali;
- attuare la presa in carico delle donne, delle madri, dei neonati, dei bambini e degli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso dei Punti d'Offerta dei Servizi con la condivisione di percorsi e modalità di intervento che facilitano l'accesso del cittadino alle cure ospedaliere e domiciliari;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali mediante la definizione di progetti e piani individualizzati, riducendo i tempi di erogazione, rispettando i criteri di appropriatezza, sicurezza e qualità ed ottimizzando i potenziali eccessi d'offerta per garantire una buona efficienza produttiva;
- intercettare la domanda e porre le basi per il soddisfacimento della richiesta sanitaria, sociosanitaria e sociale dell'utente dell'area materno infantile, attraverso l'erogazione delle prestazioni coerenti con i bisogni espressi e identificati da specifici PDTA; Erogare prestazioni specialistiche, di cui al d.lgs. 502/92, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità assistenziale, garantendo i LEA;
- orientare l'utente verso unità d'offerta intra ed interaziendali anche non gestite dalla ASST, ma che intervengono nel processo di cura con attività specifiche attraverso accordi tecnico-operativi che definiscono modalità di risposta integrate.

## **La struttura**

La Rete RIMI nella ASST di Cremona, in linea con le indicazioni regionali, si configura come una rete di sussidiarietà orizzontale, in integrazione con le altre reti afferenti alla Direzione Sociosanitaria.

Si prevede, come per la rete R.I.C.C.A. ed il D.S.M.D., l'individuazione di process owner (responsabile di processo) utile ad organizzare e governare i processi orizzontali della rete attraverso una visione per processo ed una responsabilità diretta sul processo medesimo. Quindi all'interno della RIMI deve facilitare l'integrazione, mantenere un costante rapporto con i nodi della rete, analizzare i processi di continuità evidenziando le criticità e

valorizzando le soluzioni e le azioni di miglioramento utili alla facilitazione dell'accesso ai servizi.

Inoltre, sia per la Direzione Sanitaria che quella Sociosanitaria, sarà dedicata particolare attenzione alla diffusione di informazioni relative alla prevenzione di patologie, alla promozione di programmi sugli stili di vita ed al miglioramento dell'offerta vaccinale nell'età pediatrica.

All'interno della RIMI si individuano due componenti:

- Polo Ospedaliero: il Dipartimento materno infantile rappresenta un nodo della Rete RIMI in rapporto gestionale con la Direzione Sanitaria; nello specifico si stanno attivando azioni collaborative nell'area del percorso nascita, della presa in carico della donna fragile, punti accoglienza, informazione nei reparti ospedalieri attivati in collaborazione con il volontariato per le donne in screening;
- Rete Territoriale: si configura come un insieme di nodi, tra cui quelli a diretta gestione dell'ASST e quelli extra aziendali che necessitano di integrazione e sinergia intra-inter reti. I nodi aziendali afferenti sono:
  - Consultori familiari: Programmazione, gestione e verifica dell'integrazione delle funzioni socio-sanitarie con quelle sanitarie e sociali per la tutela della salute del singolo e della sua famiglia ed in particolare si effettuano interventi e progetti sanitari e psicosociali a favore di bambini, donne, coppie, famiglie sia italiane che straniere con problematiche relative alla diverse tappe del ciclo di vita compreso le persone e le famiglie in condizioni di fragilità sociale e di disabilità. Tali attività si sviluppano in forma integrata con i vari nodi della rete siano essi interni che extra-aziendali. Prospettivamente, sulla base dei bisogni specifici delle realtà territoriali, si tenderà all'omogeneizzazione dei processi aziendali anche per l'ambito di Casalmaggiore. Il modello operativo dei Consultori, in ottemperanza ai principi della Carta di Ottawa, risponde ai bisogni dell'utenza in modalità proattiva favorendo l'integrazione nei processi delle persone attraverso azioni di empowerment di popolazione. La logica del lavoro di rete è favorire un'efficace azione di promozione della salute aumentando la capacità negli utenti di cercare salute.
  - Cure Primarie: Sono ipotizzabili due filoni di collaborazione: intese operative per inviare comunicazioni efficaci e fruibili ai MMG e PLS sui servizi consultoriali e della Rete quali, iniziative specifiche, campagne di educazione alla salute, eventi significativi, ecc. Inoltre incontri strutturati e non con rappresentanti, referenti delle associazioni dei MMG e PLS per monitorare i bisogni degli utenti in particolare delle famiglie fragili. Attività su gruppi particolari di utenti, progettate in modo integrato, potranno trovare spazio nelle sedi associative (incontri sulla menopausa, informazioni sulle vaccinazioni ecc.).

I nodi extra aziendali per la cronicità e la fragilità nell'area minori sono i seguenti:

- Associazionismo (accreditato e non): attualmente sono stati avviati percorsi con associazioni e cooperative del privato sociale nei seguenti ambiti: adolescenza, tutela minori e penale minorile, adozioni e nuclei familiari oggetto di violenza domestica;

- Tribunale ordinario e minorile/Procura/Prefettura: di rilievo è l'utilizzo in atto e lo sviluppo di un sistema informatizzato attraverso un fascicolo elettronico condiviso tra Tribunale, Azienda sociale cremonese e ASST che prevede il percorso di collaborazione tra gli enti partecipanti. La Prefettura è tra i firmatari del protocollo di Intesa sulla presa in carico integrata dell'adolescente e partecipa al Tavolo di lavoro mensile;
- Ufficio Scolastico Territoriale: è stato predisposto un accordo tecnico operativo nell'ambito della gestione dell'adozione a scuola e della inclusione sociale dell'alunno disabile in collaborazione con ATS; L'U.S.T. è tra i firmatari del protocollo di Intesa sulla presa in carico integrata dell'adolescente e partecipa al Tavolo di lavoro mensile;
- Istituti Scolastici: nell'ambito dell'Area Adolescenti del CFI le scuole sono coinvolti nelle attività di prevenzione, promozione della salute (co-progettazione, life skills training, ecc.); Il Consultorio svolge attività di/e consulenza a insegnanti studenti e genitori in collaborazione con ATS;
- Consulteri privati accreditati: si stanno sviluppando azioni integrate di valutazione e di presa in carico con percorsi strutturati in tema di adozioni e sulla presa in carico degli adolescenti. L'UCIPEM partecipa al Tavolo di lavoro mensile sulla presa in carico integrata dell'adolescente. Avviato il coinvolgimento dei consulteri accreditati nel programma BFCI-UNICEF Comunità Amica del Bambino;
- Residenzialità per minori con gravi disabilità: finanziata in via sperimentale da Regione Lombardia sino a fine 2016 (Casa d'Oro) e dai fondi raccolti dalla Associazione Il Cireneo. Il centro offre attività educative e riabilitative a minori dai 6 ai 17 anni con gravi e gravissime disabilità. Obiettivo nel triennio è quello di definire modalità collaborative tra consulteri, udo e associazioni genitori;
- Asili Nido: Coinvolgimento degli Asili Nido alle iniziative di promozione dell'allattamento al seno, in particolare nelle settimane dedicate alla diffusione culturale della pratica naturale dell'allattamento. Coinvolgimento nelle iniziative di promozione della salute specifiche per l'infanzia (es. prevenzione incidenti domestici, convivenza con animali d'affezione, svezzamento ed alimentazione sana ed equilibrata). Sensibilizzazione dei datori di lavoro delle aziende territoriali al tema dell'allattamento materno;
- Servizi Sociali Territoriali: In stretta connessione con i servizi del territorio sono ridefiniti e monitorati progetti che sostengono processi di adattamento. Si interviene in relazione a cambiamenti, spinte evolutive, movimenti regressivi o eventi critici in integrazione con Enti Gestori sia su progetti individuali che su percorsi innovativi.



Centro Servizi e Sistemi Informativi, due funzioni di supporto tecnico fondamentali per il buon esito delle attività gestite dalla Rete RIMI, ad oggi sono carenti.

Per quanto riguarda in particolare i Servizi Informativi Aziendali si rileva la necessità di creare una piattaforma informatizzata in cui confluire alcune parti delle cartelle/fascicoli in uso di ambito sanitario, sociosanitario e sociale utili sia alla ricomposizione dei processi di presa in carico sia alla agevolazione del ruolo degli operatori che accompagnano i percorsi integrati a favore dei cittadini.

## Cronoprogramma di evoluzione dei processi di presa in carico e orientamento della rete R.I.M.I.

CRONOPROGRAMMA		2016	2017	2018
N.	PERCORSI RETE R.I.M.I.	AVVIO	SVILUPPO	CONSOLIDAMENTO
1	Modello di presa in carico: dall'accoglienza, all'analisi del bisogno e valutazione multidimensionale	Attivazione della valutazione multidimensionale in Consultorio;	Operazione dinamica e continua nel percorso di presa in carico che segue il cittadino e la sua famiglia	Estensione del modello a tutta la rete
2	Definizione di percorsi con R.I.C.C.A. per la gestione delle famiglie fragili e croniche	Accordi tecnico-operativi con servizi interni di protesica, assistenza integrativa e CEAD; attivato percorso per la costituzione di équipe multiprofessionale valutativa	Estensione a servizi aziendali interni (SERT), ad altre U.O. del Polo ospedaliero e D.S.M.D.	Consolidamento
3	Percorsi con D.S.M.D. per la gestione delle donne affette da depressione perinatale	Avvio progetto per la definizione di percorsi di presa in carico integrata ospedale-territorio della donna fragile nel periodo pre e post natale	Formazione comune con polo ospedaliero	Consolidamento
4	Percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per l'utente fragile dell'area materno infantile	costituito gruppo di lavoro integrato (ASST Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, D.S.M.D., ATS);	percorsi di continuità di assistenziale (Preconcezionale, Gravidanza, Dopo Parto, Allattamento e Depressione post-parto) monitoraggio e valutazione	Estensione ad altre unità d'offerta (Consultori privati accreditati e privati accreditati sanitari, offerta sociale e comunità locale); attivazione numero verde allattamento
5	Percorsi con D.S.M.D. per la presa in carico degli adolescenti e giovani e delle loro famiglie	Avvio progetto	Definizione presa in carico integrata ospedale-territorio degli adolescenti e giovani (13-24 anni) e delle loro famiglie	Consolidamento
6	Fragilità della famiglia	Avvio e realizzazione per aree: Adozioni; Tutela Minori; Tavolo penale; servizio di psicologia clinica	Sviluppo	Consolidamento
7	Prevenzione, educazione alla salute e screening	Stesura progetto Vaccinazioni e screening	Valutazione fattibilità modello in sede consultoriale e coinvolgimento dei MMG/PLS	Avvio corsi formativi per volontari nei reparti ospedalieri
8	Prevenzione, educazione alla salute nelle scuole	Partecipazione al gruppo territoriale prevenzione nei progetti: Life Skills-Co-Progettazione; Unplugged; Life Skills training program; Peer Education; Educazione alle nuove tecnologie	Verifica e sviluppo	Consolidamento
9	Area famiglia e disabilità	Presa in carico integrata in età precoce per situazioni a rischio evolutivo. Progetto VAI (Vita Autonoma e Indipendente) favorevole l'inclusione nella società di persone con disabilità. Attuazione progetti abitativi per persone con disabilità intellettiva lieve. Accompagnamento dell'alunno disabile ai fini dell'integrazione scolastica.	Miglioramento degli strumenti tecnici condivisi introdotti. Definizione di collaborazioni tra Consultori, CEAD, Medicina Legale, D.S.M.D e altre UO ospedaliere e ATS	Avvio accordi e consolidamento
10	Consultorio giovani	Avvio del Progetto Youngle (progetto nazionale) mediante utilizzo del modello peer-to-peer; Tavolo Adolescenti: con il Consultorio UCIPEM, i Servizi Sociali del Comune di Cremona e dell'Azienda Sociale del Cremonese; l'Ufficio Scolastico Provinciale, il Servizio per il Disagio giovanile della Diocesi, la Prefettura, Coop. Gruppo Gamma, Coop. Iride; Prosecuzione del progetto GXG: GiovedìXGiovani: spazio settimanale di libero accesso dedicato agli adolescenti con necessità sanitarie e psicosocioeducative; Prosecuzione e ampliamento dell'attività di consulenza e co-progettazione con educatori di Comunità per minori su temi relativi all'educazione affettiva e sessuale; Sperimentazione di forme di integrazione ospedale-territorio che si occupano di disagio e patologia negli adolescenti e nei giovani adulti (UONPIA, Consultorio, SERD, CPS, S. Sociale e U.O. Psicologia).	Verifica di fattibilità di un Centro Adolescenti territoriale a gestione pubblica integrato con enti accreditati sanitari e socio-sanitari territoriali e terzo-quarto settore. Promozione di azioni di comunicazione. Attivazione di collaborazioni con associazionismo. Consolidamento del processo di presa in carico di counselling on line ed eventuale presa in carico attraverso linguaggi virtuali. Formalizzazione di Accordi tecnico operativi.	Consolidamento della collaborazione

## Risorse dedicate

RETE R.I.M.I.	Dotazione attuale effettiva	Dotazione prevista a regime	Delta
Consultorio Cremona	1 medico 1 ginecologo consulente 426 ore/anno ginecologi ospedalieri 216 ore/anno 5 psicologi 4,60 assistenti sanitarie 5 ostetriche 23 amministrativi	1 medico 900 ore/anno ginecologo  5 psicologi 4,60 assis.sanit. 5 ostetriche 4 amministrativi	+1 amministr.
Consultorio Casalmaggiore	1,79 psicologo 1 assistente sociale 2 ostetriche 0,83 educatore 0,66 amministrativo  0,17 ginecologo (ospedalieri+consulente)	2 psicologi 2 assistenti sociali 2 ostetriche 1 educatore 1 amministrativo 1 assistente sanitario 1 medico ginecologo	<sup>3</sup> +0,21 +1,00  +0,17 +0,34 +1,00 +0,73

<sup>1</sup>Attualmente è in essere contratto con Ginecologo libero professionista che presta servizio presso il Consultorio di Cremona e Soresina

<sup>2</sup>di cui n.1 amministrativo in assenza di lungo periodo e n.1 amministrativo con benefici L.104 e limitazioni funzionali

<sup>3</sup>psicologo consulente assegnato attualmente per 0,79

## Spazi e risorse tecnologiche

### Consultorio di Cremona

Gli spazi del Consultorio di Cremona, recentemente trasferito da altra sede, sono in buone condizioni dal punto di vista strutturale, ma ristretti e affollati relativamente all'utilizzo. Sono carenti numericamente gli ambulatori e gli spazi per la consultazione e per le attività di gruppo. Anche la sede di Soresina, collocata nel Nuovo Polo Robbiani, dal punto di vista strutturale è funzionale. Carente è la dotazione strumentale. A Soresina non è disponibile un apparecchio ecografico, strumento indispensabile per una attività sanitaria ostetrico-ginecologica di base e a Cremona la macchina esistente è datata.

La migliore dotazione di ambienti potrebbe favorire anche attività innovative, che rispondono a bisogni della popolazione. Molto richiesta è la riabilitazione perineale nelle diverse fasce di età (gravidanza-puerperio, perimenopausa).

Le dotazioni informatiche sono obsolete sia nella sede di Cremona che di Soresina, auspicabile un graduale ma costante rinnovamento delle dotazioni, soprattutto in vista di una indispensabile evoluzione del sistema informativo della refertazione e della integrazione con i servizi del polo ospedaliero, nonché del territorio.

### **Consultorio di Casalmaggiore**

La sede del Consultorio è carente e si sta valutando un'alternativa di ubicazione. Il numero di locali in uso attualmente è sufficiente ad ospitare l'organico presente anche se manca un locale-archivio, un locale da dedicare all'allattamento (spazio mamma/bambino), una sala riunioni e uno spazio dove collocare gli arredi per il progetto Nati per Leggere.

Le caratteristiche dei locali non permettono un agevole e sicuro svolgimento delle attività ostetrico ginecologiche essendo gli ambulatori di dimensioni ridotte rispetto alla strumentazione necessariamente presente.

Ad oggi non esiste delimitazione tra gli spazi dedicati al Consultorio e quelli dell'ATS.

Impossibile la regolazione delle temperature dei locali per mancanza di isolamento delle pareti esterne, per obsolescenza e inadeguata conduzione dell'impianto di riscaldamento, nonché di totale assenza di impianti o apparecchi adibiti al condizionamento dell'aria.

Le risorse strumentali informatiche sono carenti non per quantità ma per qualità. Le macchine in dotazione non sono in grado di sostenere il numero di programmi attualmente installati e necessari allo svolgimento dell'attività, soprattutto relativa al debito informativo. Le stampanti (1 colori e 1 bianco/nero) sono condivise con altri servizi. L'ecografo in uso, a parere dei ginecologi, è obsoleto, di scarsa qualità, soggetto a frequenti guasti. Sono in buono stato le altre dotazioni dello stesso ambulatorio. Gli arredi degli studi sono in buono stato, salvo alcuni armadi/schedari in metallo che dovrebbero essere sostituiti.

### **Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (D.S.M.D.)**

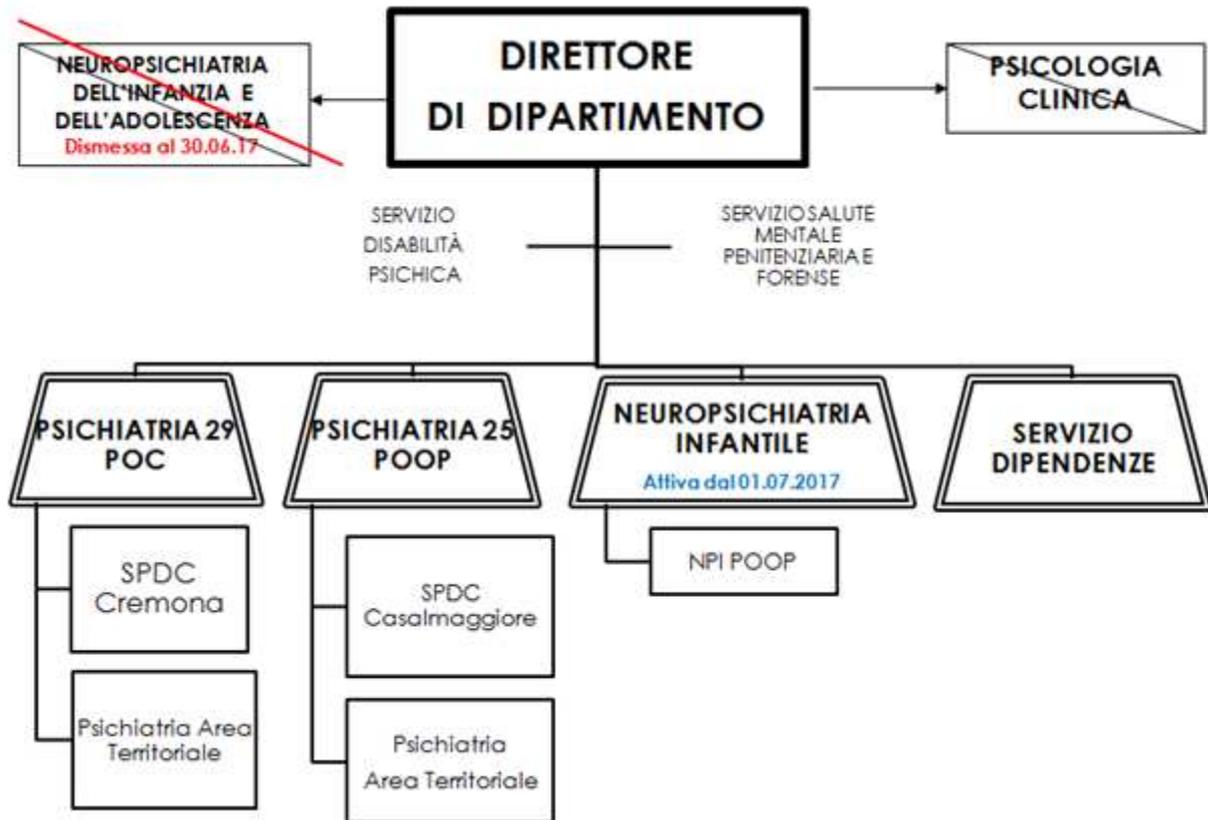
Vista la Legge Regionale n. 15 del 29 giugno 2016 che definisce le caratteristiche del D.S.M.D. nell'ambito del nuovo assetto derivante dalla riforma sanitaria lombarda (Legge 23 del 2015), vista la DGR 5513 del 2 agosto 2016 che dà indicazioni su come operare per la stesura dei POAS, si delinea, in termini propositivi, la struttura del D.S.M.D. per l'ASST di Cremona.

Tutto ciò che definisce l'area della salute mentale è descritto in maniera compiuta nell'articolo 53 della L.R. 29/6/2016, n. 15 di cui si richiamano i comma 1 e 2 a chiarimento di finalità e assetto:

- per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare;

- afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.

Il D.S.M.D. afferisce alla Direzione Sociosanitaria aziendale nella sua articolazione gestionale e alla Direzione Sanitaria aziendale nelle sue funzioni igienico sanitarie e può essere sinteticamente così rappresentato:



Ciascuna struttura e servizio opererà secondo orientamenti organizzativi e clinici indicati dalle normative vigenti e successivi aggiornamenti, dalle linee guida nazionali ed internazionali e da indirizzi clinici provenienti dalle comunità scientifiche di riferimento.

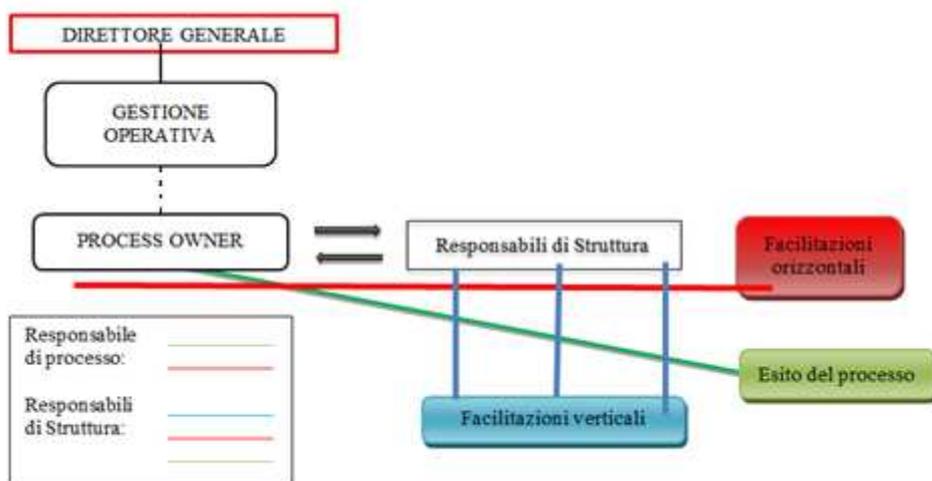
Il D.S.M.D. garantisce la realizzazione della propria mission attraverso la gestione diretta delle risorse ad esso afferenti garantendo la trasversalità funzionale con altri servizi e UU.OO.

Per interpretare lo spirito della riforma, l'articolazione fin qui descritta deve tradursi nello sviluppo di percorsi trasversali frutto di una vera integrazione.

Lo struttura funzionale del D.S.M.D. si sviluppa attraverso percorsi coordinati da un Responsabile di Processo (Process Owner) che funge da garante di un metodo e che si avvale di una visione complessiva e prospettica necessaria ad attivare, sostenere, promuovere orientamenti e progetti favorevoli alla realizzazione dei processi e al raggiungimento degli obiettivi.

Nel D.S.M.D. il Responsabile di processo interagisce in prima battuta con i Responsabili di Struttura e di Servizio per poi presidiare le azioni trasversali facilitate sia dal primo momento di interazione con i responsabili, sia dalla funzione di facilitatore di processo (in questo senso, verticale) che ogni responsabile deve a sua volta assumere all'interno della struttura che dirige. Si vengono così a creare contemporaneamente azioni in direzione orizzontale e in direzione verticale che facilitano lo sviluppo dei processi e delle funzioni (direzione obliqua).

In concreto il Responsabile di Processo (Process Owner) interagisce con i Responsabili per individuare quali sono e come si articolano i processi. Da questa prima azione si originano percorsi diagonali che interessano in diversa misura, a secondo dell'obiettivo, le varie strutture del Dipartimento. Affinché ciò accada in maniera fluida ed efficace, ogni responsabile deve (linea verticale) agire in termini di facilitatore all'interno della propria struttura agevolando la realizzazione del processo.



Le interazioni necessarie per lo sviluppo dei processi all'interno del D.S.M.D. sono collegate con altre articolazioni dell'ASST, dell'ATS e di altre agenzie che operano sul territorio.

Tali collegamenti sono vitali per gli esiti del processo. Dipende quindi dalla natura dell'esito del processo l'individuazione della figura che presiede e facilita l'interazione con ciò che non è D.S.M.D., ricorrendo o meno al coinvolgimento del Responsabile del Processo secondo situazione e necessità. Per esempio: se l'esito del processo (frutto di una interazione funzionale tra le varie parti del D.S.M.D. in virtù delle azioni orizzontali e verticali prima descritte) è la collocazione di un paziente autore di reato (il processo specifico avrà visto interagire Psichiatria adulti, Servizio di Psicologia, U.O.S.D, Servizio Sociale, ecc), rende necessario una interazione con la Magistratura, il responsabile della Salute Mentale Penitenziaria e Forense presiederà questa relazione interazione ricorrendo o meno al Responsabile di Processo del D.S.M.D.

Come esempio di sviluppo dell'attività del Dipartimento secondo il modello proposto, l'Area della Salute Mentale Adulti dovrebbe svilupparsi così come di seguito descritto.

La "Presa in Carico" avviene da parte dell'intera equipe attraverso il modello del Case Manager così come consolidato dall'esperienza lombarda.

Questo assicura che le prese in carico mantengano un alto livello di coinvolgimento dell'equipe senza che si procurino dispersioni di risorse per un sentimento di appartenenza alla struttura della UOP che risulta essere una modalità ormai superata.

Gli altri ambiti di "Consulenza" e di "Assunzione in Cura", che restano i modi attraverso i quali le UU.OO.P. della Lombardia organizzano l'erogazione delle prestazioni, dovranno svilupparsi attraverso percorsi fondati sulla declinazione delle competenze così come verranno indicate dai clinici.

Il D.S.M.D. nel triennio considerato intende impegnarsi nei seguenti percorsi innovativi di integrazione:

- formazione e arruolamento di utenti e familiari esperti nei percorsi di salute mentale per garantire il supporto tra pari (come indicato dalla recente L. n. 15 del 2016);
- percorsi di orientamento lavorativo per pazienti portatori di disturbo mentale complesso, in collaborazione con l'Azienda Sociale del Cremonese, Comune di Cremona e il Consorzio dei comuni Casalasco, nonché prosecuzione di collaborazioni per inserimenti lavorativi protetti: orti sociali e attività di sportello in realtà comunali;
- rivalutazione della metodologia terapeutico-riabilitativa a favore di percorsi di cura Recovery Oriented incentivando il lavoro territoriale e riducendo i tempi di permanenza in struttura residenziale;
- collaborazione con i Consultori, PLS a favore di una progettualità integrata per la risposta completa ai soggetti in età evolutiva con disordini del neurosviluppo;
- collaborazione tra ospedale e territorio (compreso gli enti non sanitari) per l'intercettazione precoce del disturbo psichico e rischio dipendenza, nella fascia d'età adolescenti e giovani adulti. Partecipazione a tavoli tecnici specifici per l'analisi del fenomeno e la creazione di protocolli e procedure che garantiscano la risposta al bisogno di salute rilevato;
- studio di fattibilità ed eventuale successivo sviluppo progettuale di implementazione di un numero di posti letto per la gestione dell'Acuzie Psichiatrica in Adolescenza allo scopo di ridurre il ricorso al ricovero in SPDC;
- collaborazione con il Servizio Sociale Aziendale ed i Servizi Sociali dei comuni, CEAD e ATS per garantire percorsi appropriati a soggetti:
  - anziani impropriamente intercettati dai servizi di Psichiatria;
  - con pregressa patologia psichiatrica e necessitanti di collocazione specifica in rapporto all'età e allo stato di disabilità o sopraggiunta compromissione clinica non psichiatrica, (RSA, RSD);
  - disabili psichici adulti.

Infine si propone, in riferimento alla gestione dei minori con disturbi psichici in adolescenza, un percorso di presa in carico partendo dall'appropriatezza di ricoveri in reparto con posti letto dedicati nel presidio ospedaliero di Oglio Po. Una nuova dotazione di posti letto, derivante da riconversione, permetterebbe risposte di urgenza per patologie neurologiche e disabilità nella fascia di età preadolescenziale e adolescenziale; inoltre faciliterebbe la possibilità di collegamenti con strutture territoriali (ambulatori dedicati, centri diurni, strutture residenziali, ecc) per la gestione di problematiche di disabilità ed educative e la revisione di protocolli tecnico operativi che

determinino l'accompagnamento di adolescenti che entrano nella fase adulta, segnando l'attuale critico passaggio dalla neuropsichiatria alla psichiatria.

## ALLEGATI

1. Cancer Center
2. POT di Soresina
3. Progetto Endovascolare

# IL “CANCER CENTER” NELLA ASST DI CREMONA

## INTRODUZIONE

L'evoluzione delle conoscenze in ambito oncologico e la crescente complessità della cura dei tumori ha reso indispensabile una forte integrazione fra area chirurgica, medica e diagnostica, con la creazione di percorsi strutturati multidisciplinari che si fondano sulla collaborazione ottimale e l'integrazione di competenze diverse, il tutto sullo sfondo di una attività di ricerca clinica e di diagnostica biomolecolare all'avanguardia.

Conseguenza naturale dei successi degli ultimi anni delle cure anticancro, in termini sia di guarigione che di allungamento della sopravvivenza e di miglioramento della qualità di vita, è la necessità di prendersi cura dei pazienti in modo globale e personalizzato, con percorsi terapeutici differenti e ritagliati sulla specificità dei bisogni non solo clinici ma anche socio-assistenziali. Un approccio interdisciplinare coordinato fin dal primo accesso del paziente alla struttura sanitaria si è convinti possa avere un impatto importante nelle scelte terapeutiche più efficaci per il percorso di cura.

Da queste premesse nasce pertanto il progetto di creare un polo oncologico multidisciplinare in cui i vari attori specialisti (oncologo, radioterapista, chirurgo, radiologo, patologo, palliativista, etc.) ruotino attorno al paziente fornendo una risposta integrata alle sue complesse esigenze dalla diagnosi alla terapia.

In tal modo l'ASST, anche nella sua nuova configurazione istituzionale ed organizzativa, potrà dare risposte sempre più efficaci nella presa in carico di una patologia, quella oncologica, che vede tristemente il territorio cremonese primeggiare a livello nazionale - in particolare per i tumori delle alte vie digerenti, del fegato e del pancreas - come ben evidenziano i dati di incidenza e mortalità disponibili ([https://karin.ascremona.it/docs\\_file/ASL\\_Cremona\\_DocProgr2015\\_A\\_ContextoEpidemiologico.pdf](https://karin.ascremona.it/docs_file/ASL_Cremona_DocProgr2015_A_ContextoEpidemiologico.pdf))

## PRINCIPI DI RIFERIMENTO

I punti di riferimento per lo sviluppo del modello sono di seguito sinteticamente riportati.

- La necessità di prendere in carico il paziente con un modello di governo clinico-assistenziale dell'intero percorso, caratterizzato dall'integrazione multiprofessionale e dalla creazione di gruppi tumore-specifici.
- La disponibilità di un'infrastruttura informatizzata che consenta a tutti i soggetti coinvolti nella gestione dei casi l'accesso alle cartelle cliniche/fascicolo sanitario del paziente e assicurati – anche attraverso un sistema dedicato di prenotazioni - il governo dei vari momenti del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.
- Una particolare attenzione alle attività di ricerca pre-clinica, clinica ed epidemiologica, ed in generale alla ricerca traslazionale.
- La presenza di un laboratorio per le indagini di patologia molecolare e la ricerca delle mutazioni genomiche.
- Un'adeguata piattaforma informatica per la raccolta, condivisione e gestione dei dati.
- Lo sviluppo della rete d'offerta e dei modelli di presa in carico di cure palliative, con particolare riferimento all'anticipazione nei percorsi di cura ed all'assistenza domiciliare.
- Il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito per i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), con audit periodici per l'adozione di eventuali azioni di miglioramento.

- Un adeguato percorso di formazione e aggiornamento per gli operatori su temi clinico-professionali, organizzativi e di umanizzazione.
- Il coinvolgimento dei servizi territoriali e delle associazioni dei pazienti, per la programmazione e la realizzazione di interventi di promozione della salute e prevenzione, ottimizzazione dei percorsi di presa in carico e di continuità, progetti di umanizzazione, comunicazione e informazione per l'*empowerment* dei pazienti e dei loro familiari.
- L'assetto gestionale del Cancer Center, nel nuovo Piano Organizzativo aziendale, corrisponde al Dipartimento Oncologico.

Il Cancer Center dell'ASST di Cremona è connotato da una forte vocazione per la ricerca, riconoscendo l'importanza di conciliare – e mettere al servizio - le attività correlate con la pratica assistenziale, al fine di rendere disponibili a quest'ultima con la massima tempestività i risultati conseguiti. La crescente complessità delle sperimentazioni cliniche (spesso integrate e/o in aggiunta all'attività assistenziale) in termini di conduzione e norme regolatorie, ha reso necessario in diversi ospedali l'istituzione di nuclei dedicati a supportare e coordinare simultaneamente le attività sanitarie e di ricerca dei professionisti delle Aziende, favorendo così l'integrazione della funzione scientifica con l'attività assistenziale dei dipartimenti. Tali figure sono indispensabili per pianificare, gestire e monitorare l'attività sanitaria in integrazione con quella di ricerca clinica e traslazionale ("*from bench to bedside and back*"); questa dimensione rimane uno degli assi portanti del progetto.

Al riguardo è riconosciuta, in prospettiva, la potenziale necessità di una struttura dedicata sul modello dei "Clinical Trial Center" attivi in altre realtà (es. Policlinico Gemelli) - se utile, inizialmente e pro-tempore coordinata dalla Direzione Sanitaria - a supporto dell'attività di ricerca clinica di tutte le unità operative dell'ospedale. Tale struttura potrebbe raccogliere e valorizzare le professionalità già presenti e attive da diversi anni sia presso l'ARCE della U.O di Oncologia Medica sia presso la Clinical Trial Unit-ARCO Centre della U.O. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico/SS Terapia Molecolare e Farmacogenomica; le due UU.OO. oggi gestiscono alcune decine di protocolli di ricerca clinica di area oncologica.

Altra considerazione merita la ricerca di laboratorio, in quanto parte essenziale dell'assistenza oncologica. Ogni tumore deve essere caratterizzato il più estensivamente possibile da un punto di vista molecolare e genetico/genomico per essere curato al meglio, così come l'oncologia ematologica necessita della caratterizzazione immunofenotipica e della diagnostica citologica su sangue midollare e periferico. Sono disponibili in ospedale, presso la U.O. di Anatomia Patologica, la S.S. Terapia Molecolare e Farmacogenomica ed il Servizio di Citogenetica, strumentazione e know-how in grado di costituire un Hub di riferimento per la tipizzazione biomolecolare della neoplasie; questo è considerato un *asset* strategico per lo sviluppo del Cancer Center.

Cardine del modello assistenziale è la suddivisione del percorso di cura del paziente oncologico per aree specifiche di patologia (moduli), nell'ambito delle quali saranno adottati protocolli terapeutici e percorsi assistenziali appropriati e saranno coinvolti i professionisti più adatti in quel momento alla presa in carico del paziente oncologico:

1. Tumori della mammella (Area Donna)
2. Tumori ginecologici (Area Donna)
3. Tumori Gastrointestinali ed Epato-bilio-pancreatici
4. Tumori polmonari e del distretto cervico-facciale
5. Tumori Genito-urinari

6. Tumori del S.N.C.
7. Tumori del sistema emolinfopoietico
8. Tumori cutanei e tumori rari solidi.

A tal fine si rende necessario:

- che ogni specialista (oncologo, chirurgo, radioterapista od ematologo) definisca fin dall'inizio i suoi campi di interesse nell'ambito delle sub-specialità e acquisisca esperienza, conoscenza e segua procedure istituzionali e progetti di ricerca nel suo ambito specialistico;
- che la presenza di Associazioni di volontariato dedicate al sostegno di pazienti e della realtà oncologica in toto venga istituzionalizzata con spazi e regolamento ben definiti. Infatti, le realtà del terzo settore attive in ambito oncologico rappresentano oggi un elemento distintivo, qualificante ed essenziale della realtà cremonese; sono in grado di supportare concretamente sia l'assistenza psico-sociale dei malati in un'ottica di "umanizzazione" (da sempre un tratto distintivo dell'oncologia di Cremona) che la ricerca clinica;
- che venga istituzionalizzato l'approccio multidisciplinare per mezzo della condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA); elemento essenziale in grado di superare la tradizionale organizzazione per Unità Operative ed in grado di delineare, rispetto ad una patologia o ad un problema clinico, alla luce delle più robuste evidenze scientifiche, il miglior percorso praticabile per il paziente.

La messa in comune di tutte le risorse disponibili (spazi, ambulatori, laboratori, personale, ...) è il carattere distintivo della nuova organizzazione trasversale a varie discipline. La definizione e identificazione dei team multidisciplinari (MDT) insieme ai PDTA sono lo strumento operativo attraverso cui creare le condizioni di funzionamento del sistema di multidisciplinarietà.

Questi due elementi sono l'asse centrale attorno al quale devono ruotare gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche ed il cui coordinamento è cruciale per l'esito positivo e la qualità del processo di cure.

### **ASPETTI STRUTTURALI E LOGISTICA**

L'area dell'ospedale dove avrà sede il Cancer Center include in modo complanare tutto il 4° piano con almeno sette zone contigue, come indicativamente di seguito riportato:

1. Aree di Accettazione, Accoglienza, Prelievi e Case Management (ACM);
2. Area per visite e terapie mediche, comprensiva delle seguenti strutture: Ambulatori, Day Hospital e Degenza Oncologica; Area Donna, con reparto di degenza; Area dedicata ad assistenza e terapie per pazienti arruolati in studi di Fase I. Le aree per infusione di farmaci saranno due: la prima comprende gli ambulatori e il DH oncologico situato nel corpo F e la seconda una sala dedicata nell'Area Donna (corpo E).
3. Aree specialistiche multidisciplinari, con ambulatori dedicati e gestiti da specialisti di discipline diverse;
4. Area di Pronto Soccorso Oncologico con 2-3 posti letto dedicati all'assistenza di pazienti oncologici che arrivano non programmati, in urgenza, per situazioni varie (tossicità acuta da trattamenti, complicazioni impreviste, malessere, febbre ecc.).
5. Piattaforma Laboratoristica ad indirizzo ematologico ed oncologico, con specifico focus in Farmacogenomica;

6. Area diagnostica radiologica ed interventistica con ambulatori dedicati a manovre diagnostiche e biotiche invasive, localizzate sia nella U.O. di Radiologia che nell'Area Donna (Senologia Radiologica).
7. Salette per riunioni e per la discussione dei casi dei vari team multidisciplinari (che si alterneranno in giorni e orari diversi);
8. Area dedicata al coordinamento della ricerca clinica ed epidemiologica, progettazione e analisi di trial clinici, resoconto amministrativo-gestionale della ricerca, con l'ipotesi del modello Clinical Trial Center; potrà ospitare biostatistici, epidemiologi, data manager, infermieri di ricerca e medici dedicati a specifici protocolli, nonché personale amministrativo.

Ulteriori strutture afferenti al Cancer Center ma logisticamente dislocate oggi in altri settori del Presidio Ospedaliero di Cremona (POC), come dettagliato, sono:

1. Ematologia (5° piano)
2. Chirurgia Generale (3° piano)
3. Otorinolaringoiatria (4° piano)
4. Neurochirurgia (2° piano)
5. Ginecologia (7° piano)
6. Urologia (Piano 0)
7. Endoscopia (3° piano)
8. Radioterapia e Medicina Nucleare (Piano – 2)
9. Radiologia (1° piano)
10. Hospice (palazzina esterna)
11. Anatomia Patologica (palazzina esterna)
12. Servizio di Citogenetica (Piano -1)
13. Farmacia ospedaliera - UMACA e Dispensazione Diretta (Piano -1 e 3° piano)

A queste si aggiungono le attività presenti nel Presidio Ospedaliero Oglio Po (POOP), ed in particolare il DH Oncologico e l'attività in ambito endoscopico, senologico, ginecologico e di cure palliative, che si raccorderanno con le strutture del Cancer Center presso il POC per garantire massima qualità assistenziale e continuità dei percorsi ai pazienti afferenti ad entrambi i presidi ospedalieri.

In ognuno dei corpi della struttura "Cancer Center" vi saranno destinate specifiche funzionalità operative, uniche, ad impronta multispecialistica e in grado di venire incontro alle esigenze di tutti i reparti ospedalieri.

Lo sviluppo e l'implementazione del progetto proposto comportano necessariamente una modifica sostanziale del modo di lavorare con l'abbandono degli individualismi verso uno shift di una massima collaborazione professionale e condivisione di risorse e processi per dare ai cittadini la migliore assistenza possibile.

Un ruolo fondamentale di organizzazione e coordinamento delle varie attività del Cancer Center sarà svolto dalle ACM. Nello specifico, le ACM, situate in aree funzionalmente strategiche del 4° piano (es. in prossimità dell'ingresso all'area medica oncologica o all'ingresso dell'Area Donna), svolgeranno diversi ruoli:

- Accoglienza e accompagnamento del paziente, con informazioni in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni; tutto in un'ottica di forte umanizzazione per agevolare e semplificare il percorso all'interno della struttura;
- Prenotazione della prima visita oncologica, di esami individuati nel MDM o dallo specialista, visite successive, controlli, etc.;
- Gestione amministrativa del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, prevedendo le seguenti principali attività:
  - attivazione del Team Multidisciplinare;
  - verifica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale;
  - prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari e/o successive;
  - creazione e aggiornamento della cartella clinica oncologica del paziente;
  - gestione della documentazione informatica.

### **MODALITÀ DI ACCESSO E PRESA IN CARICO**

#### ***Diagnosi presuntiva di neoplasia***

- Invio da parte del MMG → contatto telefonico o via e-mail da parte del paziente o del MMG alle ACM del Cancer Center. Verrà programmata una prima visita specialistica (oncologica, chirurgica, gastroenterologica, urologica, pneumologica, neurochirurgica, etc.) entro 7 giorni lavorativi. Il caso verrà assegnato inizialmente ad un unico specialista di branca.

*Regola generale: al termine della prima visita, ogni singolo caso dovrà essere presentato alla prima data utile alla riunione del team multidisciplinare patologia-specifico, fatte salve eventuali eccezioni riguardanti diagnosi di malattia senza necessità immediata di trattamento (es. in ambito ematologico).*

- Invio dal Pronto Soccorso → il medico del PS può indirizzare direttamente alle ACM di competenza il paziente oppure presentare il caso ad uno specialista del Cancer Center mediante la richiesta di una consulenza (es. oncologica, chirurgica, gastroenterologica, ...);
- Invio da un altro reparto dell'Ospedale → il medico del reparto può indirizzare direttamente alle ACM di pertinenza il paziente oppure presentare il caso ad uno specialista del Cancer Center mediante la richiesta di una consulenza (es. oncologica, chirurgica, gastroenterologica, ...);
- Invio da parte di un medico di un'altra struttura → il medico referente può indicare al paziente il numero del centralino delle ACM di pertinenza del Cancer Center oppure inviare una e-mail per programmare una prima visita specialistica (es. oncologica, chirurgica, gastroenterologica, ...) che verrà eseguita entro 7 giorni lavorativi.
- Accesso spontaneo → è anche possibile che un paziente decida di voler fare una visita al Cancer Center e chiedi un appuntamento direttamente alle ACM di pertinenza; in questo caso si presenterà con richiesta del medico curante o di uno specialista.

#### ***Diagnosi confermata di neoplasia***

Il medico specialista del Cancer Center che per primo ha provveduto a porre diagnosi (es. pneumologo, chirurgo, endoscopista, urologo, oncologo, ...) o ha visitato un paziente provvisto già di una diagnosi oncologica (ad es. inviato per secondo parere), deve attivarsi per l'avvio del paziente al Cancer Center, sempre velocizzando al massimo i tempi di accesso e discussione MDT. Si ribadisce che tutti i casi devono essere portati alla discussione dei MDT.

## **Composizione e funzioni del team**

Il team multidisciplinare (MDT) specifico per area di patologia si riunirà per discutere tutti i nuovi casi pervenuti all'ACM del Cancer Center, con cadenza periodica - determinata per ciascun'area in base all'afflusso dei casi - ad un orario prestabilito.

Il team sarà coordinato da un referente per ogni patologia o gruppo di patologie e dovrà prevedere al suo interno – come componenti strutturali del core team o in consulenza - tutti gli specialisti che a vario titolo sono coinvolti nella diagnosi o terapia del caso (es. oncologo, endoscopista, chirurgo, anatomo-patologo, radioterapista, radiologo, palliativista, ...). È necessario pertanto che ogni specialista definisca fin dall'inizio i suoi campi di interesse nell'ambito delle sub-specialità (facendo richiesta di aggregazione allo specifico team di patologia) e acquisisca esperienza, conoscenza e segua progetti di ricerca nel suo ambito specialistico. Al MDT potranno inoltre prendere parte, in relazione a specifici ambiti di opportunità ed alla disponibilità degli interessati, rappresentanti delle associazioni dei pazienti.

Le riunioni multidisciplinari (MDM) saranno aperte a tutti i professionisti sanitari (ospedalieri e non) e ai medici di medicina generale che desidereranno partecipare; saranno valide – fatte salve eventuali circostanze specifiche - in presenza di almeno l'80% delle figure del *core team* e le decisioni prese (anche non all'unanimità) verranno verbalizzate.

Verrà definito un percorso assistenziale condiviso, con l'identificazione di un Case Manager e la programmazione degli appuntamenti per il paziente, da calendarizzare mediante le ACM. Al paziente verrà pertanto proposto un piano di cura da avviare, in relazione alle singole patologie, in tempi compatibili con quanto previsto dalle linee guida e dalle buone pratiche, e in ogni caso entro 30 gg. dal MDM.

Verrà emesso un referto ufficiale, firmato da tutti i membri del MDT con la spiegazione della decisione presa e le date dei vari appuntamenti; una copia del referto sarà trasmessa al medico curante, con i nomi ed i recapiti di tutti gli specialisti presenti alla riunione.

In base alla decisione del MDT, il malato verrà preso in carico dallo specialista che gestirà la successiva fase del PDTA e dal Case Manager, che provvederà al monitoraggio della corretta attuazione del percorso. Il PDTA sarà rivalutato periodicamente ed aggiornato in relazione all'evoluzione clinica ed alla risposta alla terapia.

Per ciascun modulo clinico del Cancer Center, viene di seguito riportato a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo o vincolante, l'assetto prototipale indicativo dei *core team*, con le figure specialistiche di riferimento o da integrare - oltre al Case Manager e ad un infermiere esperto - in relazione alle condizioni dei singoli pazienti:

### 1. Tumori della mammella (Area Donna)

- *Core team* secondo Eusoma: Chirurgo Senologo, Ginecologo, Radiologo Senologo, Anatomo-Patologo Senologo, Oncologo Senologo, Radioterapista, Data Manager, Psicologo.
- Consulenti: genetista, tecnico di radiologia, nutrizionista, fisioterapista, palliativista.

### 2. Tumori ginecologici (Area Donna)

- *Core team*: Ginecologo, Oncologo, Radioterapista, Anatomo-Patologo, Radiologo, Psicologo.
- Consulenti: Tecnico di radiologia, Palliativista, Fisioterapista.

### 3. Tumori Gastrointestinali ed Epato-bilio-pancreatici

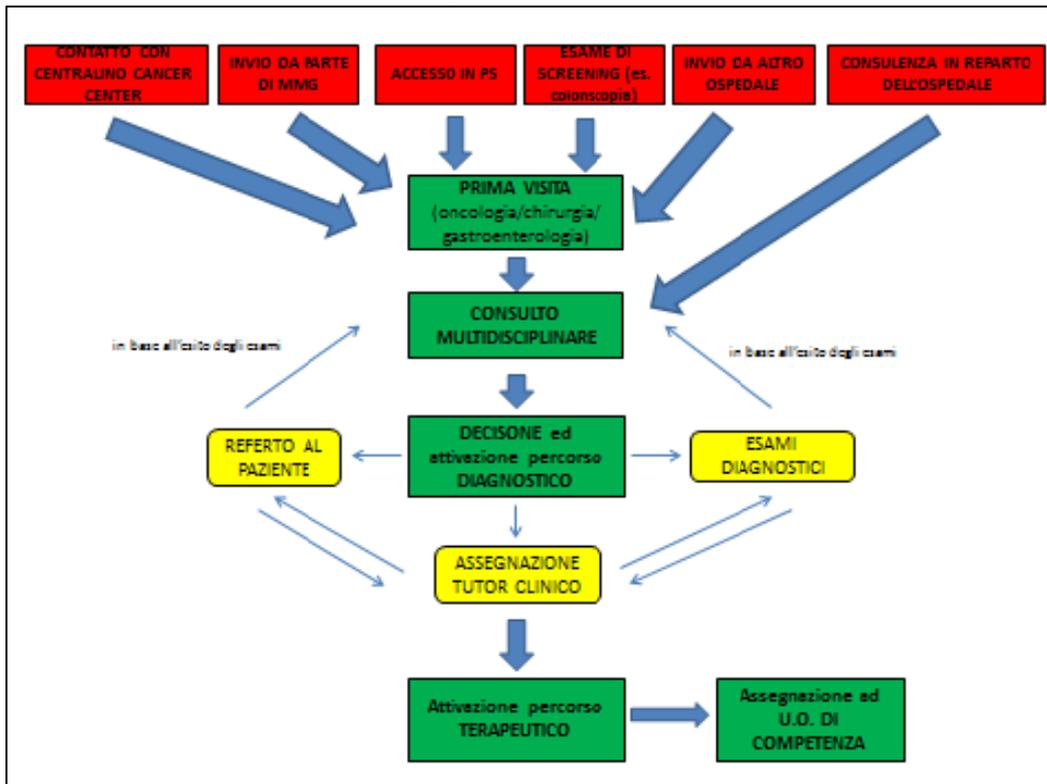
- Esofago (carcinoma squamoso e adenocarcinoma su Barrett): Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radioterapista, Radiologo, Anatomo-patologo, Nutrizionista.

- Stomaco e giunzione esofago-gastrica (EGJ): Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radioterapista, Radiologo, Anatomo-patologo, Nutrizionista.
  - Colon: Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radiologo, Anatomo-patologo.
  - Retto: Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radioterapista, Radiologo, Anatomo-patologo.
  - Tumori rari (NET): Endoscopista, Chirurgo Dedicato, Oncologo, Radiologo, Medico Nucleare, Anatomopatologo.
  - Tumori del colon nel contesto di storia clinica sospetta per neoplasia ereditaria e poliposi adenomatose franche, attenuate, o poliposi iperplastica/serrata: Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radiologo, Anatomo-patologo, Genetista.
  - Distretto bilio-pancreatico: Endoscopista, Chirurgo, Oncologo, Radioterapista, Radiologo, Anatomo-patologo.
4. Tumori polmonari e del distretto cervico-facciale
- Tumori Polmonari: Pneumologo, Oncologo, Chirurgo toracico, Radiologo, Anatomo-Patologo, Radioterapista, Fisioterapista, Palliativista.
  - Tumori Testa-collo: Specialista ORL, Radioterapista, Oncologo, Psicologo.
5. Tumori Genito-urinari
- Urologo, Oncologo, Radioterapista, Anatomo-Patologo, Radiologo, Medico Nucleare, Fisioterapista, Palliativista, Psicologo.
6. Tumori del S.N.C.
- Lesioni primitive: Neurochirurgo, Oncologo, Neurologo, Radioterapista, Radiologo, Neuropsicologo, Anatomo-patologo, fisioterapista, Palliativista.
  - Lesioni secondarie: alle figure sopra descritte si dovrà aggiungere uno specialista in radiochirurgia stereotassica.
7. Tumori del sistema emolinfopoietico
- Linfomi: Ematologo, Chirurgo, Radiologo/Medico Nucleare/Neuroradiologo, Radioterapista, TrASFusionista, Anatomo-Patologo.
  - Mieloma: Ematologo, Ortopedico/Neurochirurgo, Nefrologo, Radiologo/Medico Nucleare, Radioterapista, TrASFusionista, Anatomo-Patologo.
  - Leucemia acuta: Ematologo, Infettivologo, Medico di Terapia Intensiva, Anatomo-Patologo.
8. Tumori cutanei e tumori rari solidi
- Dermatologo, Oncologo, Chirurgo, Chirurgo Plastico, Medico Nucleare, Radiologo, Anatomo-Patologo (e/o altri profili, in relazione alle specifiche patologie).

### ***Infrastruttura informativa***

Condizione indispensabile per garantire il funzionamento a regime di ciascun team multidisciplinare nei termini sopra descritti e pertanto una presa in carico efficace da parte del Cancer Center e la continuità di cura per i pazienti, è la disponibilità di una cartella integrata informatizzata e condivisa tra tutti i professionisti coinvolti in un singolo caso.

La figura sotto riportata schematizza un possibile flusso del paziente dall'ingresso al Cancer Center; a titolo meramente esemplificativo è riportato l'esempio di un tumore gastrointestinale, ma il modello è adattabile ad ogni modulo di patologia.



### ***Prosecuzione delle cure***

Nel caso in cui il paziente venga avviato ad un trattamento oncologico medico (chemioterapico, ormonoterapico, terapia target), chirurgico o radioterapico, verrà visitato e gestito nel reparto specifico con una visita medica ed anche un colloquio con un infermiere dedicato che sarà l’infermiere di riferimento per tutto l’iter.

Prima dell’avvio del percorso terapeutico specifico, ove appropriato, verrà offerto al paziente un colloquio con uno psico-oncologo.

Dopo ogni rivalutazione - od ogni qual volta lo specialista lo ritenga necessario - il caso del paziente verrà ridiscusso nella riunione multidisciplinare di discussione dei casi clinici. Anche in questo caso verrà emesso un referto per il paziente e per il medico di base.

Tali procedure valgono sia per i pazienti seguiti nell’ambito di programmi sperimentali sia per i pazienti seguiti nella normale pratica clinica.

### ***Tempistica ed erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche***

Al paziente oncologico dovrà essere assicurato un percorso diagnostico agevolato (“Fast track”) con finestre dedicate per l’effettuazione di esami diagnostici e strumentali (TC, RMN, etc.).

Tutte le procedure diagnostico-terapeutiche dovranno essere erogate con una tempistica congrua ed in linea con le raccomandazioni delle più importanti linee guida delle società internazionali, gli standard di buona pratica e gli indicatori regionali.

In fase di stesura di ogni piano di cura saranno indicati i tempi da rispettare durante l’iter assistenziale.

## PERCORSI DI CURE PALLIATIVE

La legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici."

I dati dimostrano come i pazienti seguiti precocemente da servizi di cure palliative vivano più a lungo e meglio ed eseguendo meno chemioterapici, con una riduzione del livello di depressione nei *caregivers* e nei familiari. Tuttavia attualmente gli specialisti, con poche eccezioni, ricorrono di rado alle cure Palliative, ed in particolare quando il beneficio atteso per il paziente è ridotto; questo si ripercuote sulla qualità di vita, ma anche sulla qualità di morte dei pazienti.

Pertanto, uno degli obiettivi del Cancer Center è far sì che le Cure Palliative diventino parte integrante del percorso assistenziale per i pazienti con prognosi infausta, ottimizzando i percorsi di consulenza intraospedaliera, assistenza ambulatoriale, residenziale (Hospice) e domiciliare. Oltre al consolidamento delle attività di Hospice presso il P.O.C., l'ASST intende sviluppare ulteriormente l'attività di assistenza domiciliare e – d'intesa con l'ATS - nuovi modelli di presa in carico presso il P.O.O.P.

A tal fine, per ogni modulo, particolare attenzione sarà dedicata alla presa in carico precoce del paziente con malattia metastatica da parte degli specialisti di cure palliative (*early palliative care*) e l'avvio di percorsi di cure simultanee (*simultaneous care*), con una maggiore attenzione rispetto al passato per le cure palliative domiciliari; il corretto utilizzo di questi percorsi sarà uno degli elementi di valutazione dell'attività assistenziale nell'ambito del Cancer Center.

### **Early Palliative Care**

Le cure palliative hanno assunto negli ultimi anni un'accezione più ampia rispetto al modello tradizionale di cure palliative, che le relegava alla fase terminale di malattia; accanto al concetto di cure di fine vita (*end of life care*) infatti, stanno prendendo uno spazio sempre più rilevante le "*early palliative care*" (*supportive e simultaneous care*).

L'intervento precoce di cure palliative riguarda la valutazione e il trattamento dei sintomi, l'attenzione ai processi di adattamento alla situazione clinica, la valutazione della consapevolezza della prognosi e il miglioramento della comunicazione con malato e familiari, il supporto nei processi decisionali rispetto alle scelte terapeutiche, la pianificazione anticipata delle cure di fine vita.

Questo comporta per il medico palliativista un nuovo ruolo di supporto e gestione del paziente, con un impatto rilevante nel percorso clinico ed emozionale di paziente e famiglia. Si configura pertanto un nuovo modello di cura e di gestione del paziente volto al miglioramento della qualità di vita, all'aumento della consapevolezza rispetto alla situazione clinica, al supporto nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, alla riduzione dell'ansia e della depressione dei familiari.

Negli ultimi anni molti studi supportano l'efficacia delle cure palliative precoci nel controllo dei sintomi e della qualità di vita dei malati e dei loro familiari, nella riduzione dell'incidenza di trattamenti chemioterapici nelle ultime fasi della vita e nell'aumento della sopravvivenza. Inoltre, la maggiore consapevolezza dei pazienti riguardo alla propria patologia e prognosi, consente sempre più di maturare

una scelta consapevole riguardo alle scelte anticipate di terapia, rinunciando spesso a sottoporsi a linee successive di chemioterapia aggressive e dai risultati poco confortanti, a vantaggio di un fine vita qualitativamente migliore dal punto di vista del controllo dei sintomi e della riserva funzionale.

Alla maggiore appropriatezza delle cure - con una riduzione degli accessi in pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti per malati acuti e della mortalità in ospedale - corrisponde anche un contenimento significativo dei costi che, pur non essendo il principale obiettivo delle “*early palliative care*”, rappresenta comunque un epifenomeno importante.

Da queste riflessioni è nata la consapevolezza della necessità di strutturare nel modello di presa in carico del Cancer Center un percorso di presa in carico di cure palliative che risponda alle caratteristiche sopra descritte, in stretta collaborazione con i MMG. Il MDT sarà integrato con la figura del palliativista e della sua equipe, che avrà la finalità di dare un supporto attivo alle esigenze sanitarie ed assistenziali del paziente e dei “*caregivers*”. In base ai piani terapeutici previsti verrà pianificato il trattamento di supporto o delle complicanze, il controllo del dolore connesso ai trattamenti o alla evoluzione della malattia neoplastica. In base alla progressione della malattia sarà possibile modificare i setting assistenziali fino alla presa in carico finale del paziente.

### ***Criteri di eleggibilità per le Cure Palliative***

L’avvio di un percorso di assistenza all’interno della Rete delle Cure palliative e l’individuazione del livello erogativo appropriato, sono effettuati dal Medico Palliativista della ASST, dal MMG o dal MDT, con il coinvolgimento del Case Manager e dell’Equipe di valutazione socio-sanitaria. Dovranno essere individuati:

- Criteri Generali di Eleggibilità (CGE) per l’inserimento del malato e della sua famiglia in un programma assistenziale fornito dalla Rete di Cure palliative:
  - stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile;
  - condivisione dell’avvio del percorso di cura da parte del nucleo familiare e, quando possibile, da parte del malato;
  - valutazione positiva all’avvio del percorso assistenziale da parte del Medico Palliatore nell’ambito del MDT, d’intesa con il Medico di Medicina Generale, dopo un colloquio con i familiari e, qualora possibile, con il malato;
  - nel caso si ritenga appropriata la presa in carico nel set domiciliare, il medico Palliativista, il MDT e il MMG definiscono la tipologia del livello assistenziale e il referente clinico del malato.
- Criteri Specifici di Eleggibilità (CSE) per la scelta dell’accesso iniziale del malato ad uno degli snodi della Rete Regionale (e Locale) di Cure palliative o per il passaggio da uno snodo all’altro della Rete:
  - valutazione delle volontà del malato e dell’orientamento prevalente del nucleo familiare;
  - presenza o meno di un *Caregiver* attivo al domicilio nelle 24 ore;
  - valutazione del Care Manager/Case Manager/Referente clinico nel MDT, con particolare riferimento alle eventuali necessità di presenza continuativa infermieristica e di personale di supporto (OSS) al domicilio del malato, soprattutto se notturna;
  - valutazione della situazione logistico-strutturale-igienica domiciliare.

Nel caso il malato abbia le caratteristiche per essere preso in carico alla rete delle Cure Palliative e sia ricoverato presso Strutture Socio Sanitarie (ad es. RSA), occorre garantire il diritto alle cure palliative favorendo l’accesso in regime consulenziale da parte dell’equipe di cure palliative operante in una Struttura accreditata di cure palliative.

## ***Percorso di continuità assistenziale e presa in carico integrata H-T nelle cure palliative domiciliari***

All'interno del percorso di continuità assistenziale, assume una rilevanza particolare l'importante tematica dell'integrazione per la presa in carico del paziente che necessita di cure palliative al domicilio. Per questi pazienti è particolarmente importante una presa in carico precoce ed integrata tra tutti i servizi che hanno in carico il soggetto: Specialistici e Territoriali, compreso il MMG.

Presupposti per l'Assistenza Domiciliare Integrata a favore di persone in situazione di fragilità, sono:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, temporanea o definitiva;
- presenza di una condizione di non deambulabilità o di non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- presenza di un supporto nella rete familiare/parentale o informale;
- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

Specularmente, il modello di presa in carico domiciliare è fortemente raccomandato dalle Linee Guida regionali, ma non può essere adottato in caso di:

- espressione di una chiara volontà ostativa da parte del malato e/o del nucleo familiare;
- impossibilità alla presenza giornaliera continuativa al domicilio del malato di un Caregiver;
- impossibilità di garantire al domicilio un adeguato livello assistenziale, soprattutto in riferimento alla necessità di assistenza infermieristica e/o di supporto per più ore al giorno;
- presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali-igienici;
- presenza di gravi motivazioni psico-socio-economiche.

### **PERCORSO DEL PAZIENTE CON BISOGNI PALLIATIVI:**

#### **a) SEGNALAZIONE ALL'EQUIPE VALUTATIVA PER GLI ASSISTITI CHE NECESSITANO DI ESSERE PRESI IN CARICO DALLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE PER L'ASSISTENZA DI BASE (ADI)**

L'Equipe valutativa è composta da infermiere/ass. sanitaria, assistente sociale, Medico responsabile di U.O., MMG/PDF con il supporto dello Specialista Palliativista o di eventuali altre figure specialistiche (in relazione a chi ha in carico il paziente). La segnalazione può avvenire:

- in fase di dimissione protetta: direttamente da parte del personale di reparto o del Palliativista all'Equipe di Continuità Assistenziale (ECA); vedi flow chart 1 "Percorso cure palliative in dimissione protetta";
- per pazienti al domicilio: su indicazione da parte del MMG che evidenzia un bisogno palliativo; vedi flow chart 2 "Percorso cure palliative del paziente al domicilio".

La presenza nell'Equipe di valutazione del Medico Palliativista Ospedaliero o del MDT, con le sue competenze specifiche, permette di definire il setting assistenziale più appropriato per il paziente.

#### **b) VALUTAZIONE E ORIENTAMENTO AL SERVIZIO PIÙ APPROPRIATO**

In relazione ai bisogni del Paziente, le opzioni disponibili sono le seguenti:

##### ***1. Approccio al Paziente in ottica Palliativa***

Indicato per soggetti con malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile che non necessitano di cure palliative di base o specialistiche; la responsabilità clinico-prescrittiva è del MDT o del MMG/PDF e si sostanzia in:

- attivazione Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) del MMG/PDF: interventi domiciliari pianificati del solo MMG/PDF;
- attivazione di ADI con voucher (4 profili assistenziali): interventi domiciliari pianificati a cura di Ente erogatore ADI (la scelta dell'Ente erogatore ADI compete al malato e/o alla sua famiglia).

All'interno degli interventi in ambito ADI, se necessario, e per i pazienti non trasportabili, il Medico di Medicina generale può richiedere, a supporto della sua attività, la consulenza da parte di uno Specialista Ospedaliero in terapia del dolore che si recherà al domicilio per la valutazione.

In caso di necessità il Palliativista e il MDT potranno collaborare con tutta l'Equipe valutativa nella eventuale definizione di un cambio di percorso assistenziale.

## *2. Cure Palliative di base*

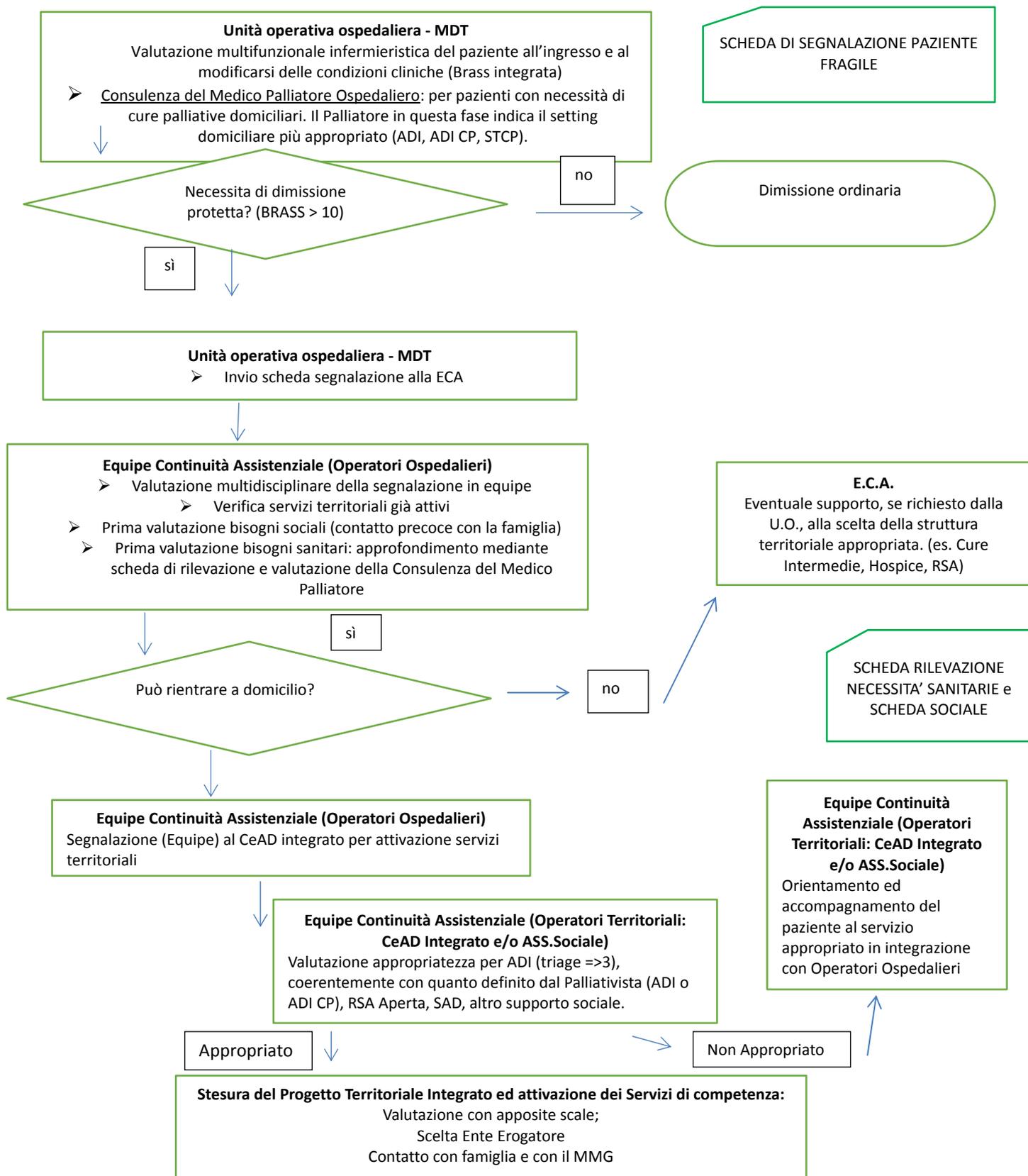
Consiste nell'attivazione dell'ADI-Cure Palliative: interventi domiciliari pianificati dall'Equipe Valutativa ed attuati dall'Ente erogatore ADI-CP (la scelta dell'Ente erogatore ADI-CP compete al malato e/o alla sua famiglia). La responsabilità clinico-prescrittiva è del MDT o del MMG/PDF.

Si differenzia dall'ADI ordinaria in quanto prevede la tempestività della presa in carico (entro 24 ore), la continuità assistenziale (reperibilità sanitaria medica e/o infermieristica sulle 24 ore al giorno per 7 giorni), la presenza nell'Equipe del Medico Palliatore dell'Ente Erogatore che effettua visite domiciliari con cadenza almeno settimanale, e di altre figure professionali (es. Fkt, Asa-Oss, Psicologo); è caratterizzata dallo stretto raccordo con il MMG.

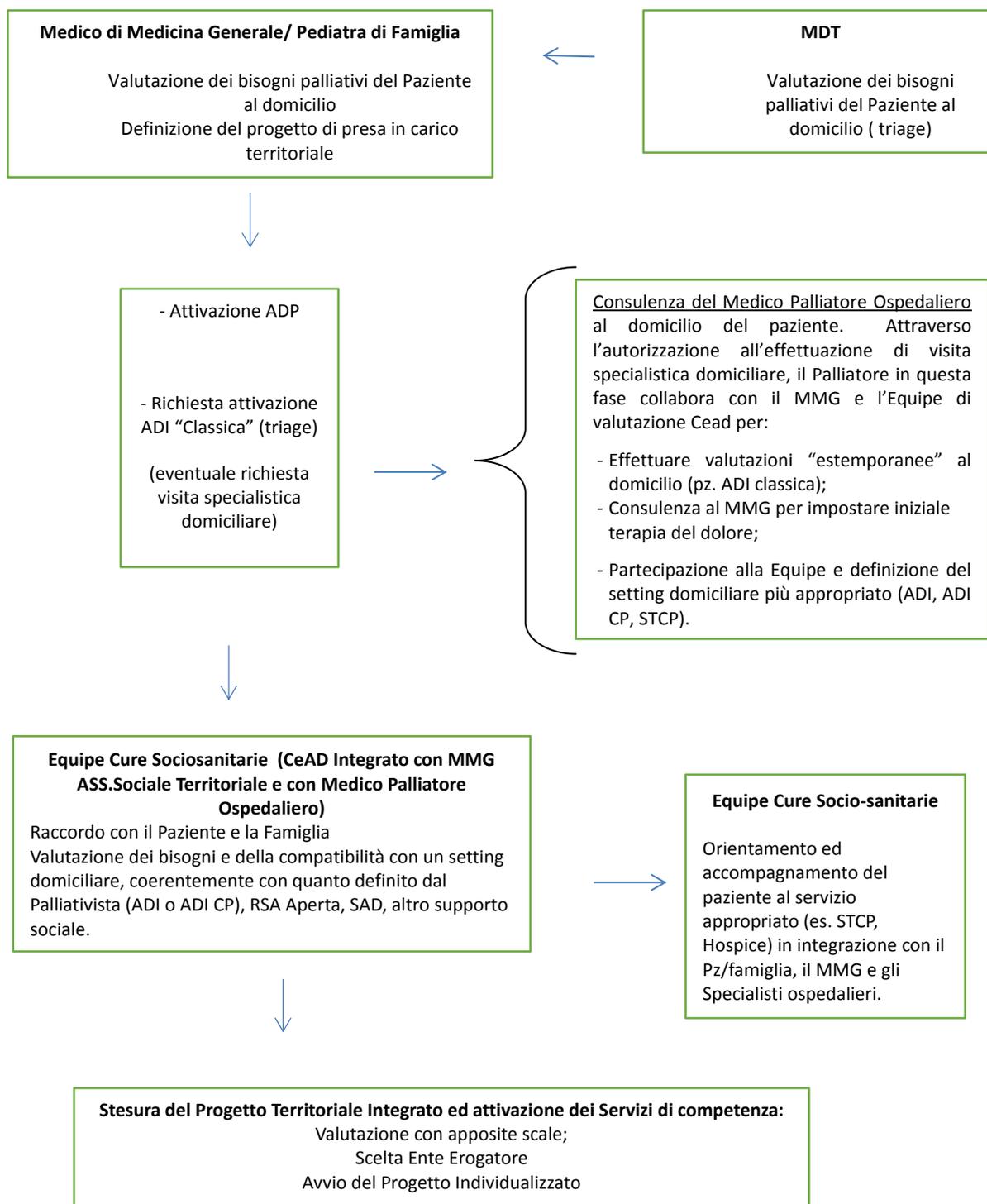
## *3. Cure Palliative specialistiche*

Il paziente viene preso in carico in ambito residenziale (Hospice) o domiciliare (STCP), con apertura di ricovero, assegnazione di numero nosologico e cartella clinica, come da procedure aziendali; la responsabilità clinico-prescrittiva è del MDT. Le flowchart seguenti descrivono rispettivamente i percorsi di cure palliative previsti in dimissione protetta e al domicilio.

## PERCORSO CURE PALLIATIVE IN DIMISSIONE PROTETTA



## PERCORSO CURE PALLIATIVE DEL PAZIENTE AL DOMICILIO



## L'ATTIVITA' DI RICERCA

In linea generale, fare ricerca significa raccogliere informazioni, fare esperimenti e interpretarne i risultati per aumentare le conoscenze su un determinato argomento, il cancro nel caso della ricerca oncologica. La ricerca scientifica non è una pratica approssimata e generica, ma un'attività che si basa su regole precise che consentono di arrivare, attraverso percorsi ben definiti, a un risultato concreto, oggettivo e riproducibile.

La ricerca scientifica in ambito oncologico è una delle protagoniste della lotta quotidiana di medici e ricercatori per sconfiggere il cancro ed in essa sono riposte le speranze di migliaia di pazienti; è composta di diverse aree, tutte strettamente collegate tra di loro e ognuna fondamentale per raggiungere l'obiettivo finale di migliorare la terapia del tumore.

La ricerca può essere suddivisa in ricerca di base, ricerca traslazionale, ricerca preclinica, ricerca clinica e ricerca epidemiologica.

La ASST di Cremona si concentra prevalentemente su:

1. la ricerca traslazionale, che verifica la possibilità di trasformare le scoperte scientifiche che arrivano dal laboratorio in applicazioni cliniche ("*from bench to bedside*") accelerando così i tempi necessari per il trasferimento all'attività diagnostico-terapeutica e quindi i benefici in termini di riduzione dell'incidenza e della mortalità per cancro. In pratica, si utilizzano nel modo migliore le scoperte dei ricercatori di base per metterle a disposizione dei pazienti.
2. La ricerca clinica, l'ultima fase della ricerca scientifica prima della approvazione di un nuovo farmaco o di un nuovo tipo trattamento deve, per forza di cose, passare da quella branca della ricerca chiamata ricerca clinica. Si tratta di sperimentazioni che coinvolgono pazienti per valutare l'efficacia di una nuova molecola o di un nuovo trattamento e che in genere sono divise in quattro fasi. Le prime tre fasi sono necessarie per ottenere l'approvazione del nuovo trattamento e della sua commercializzazione, mentre la quarta viene effettuata quando la terapia ha già ricevuto tale approvazione, per osservarne gli effetti su larga scala.

La ricerca clinica comprende gli studi che si occupano di identificare il trattamento o le modalità di trattamento più efficaci. Tutte le persone che prendono parte agli studi clinici devono firmare un consenso ad entrare nello studio che autorizza i ricercatori a raccogliere i dati che li riguardano e che descrivono le loro reazioni al trattamento studiato, ma è importante sottolineare che le informazioni ottenute nel corso dello studio restano in forma del tutto anonima.

3. La ricerca epidemiologica, che si occupa, invece, di esaminare la distribuzione delle malattie nella popolazione, i fattori di rischio per la loro comparsa e la relazione con abitudini e stili di vita. Inoltre l'epidemiologia analizza l'efficacia sul campo (*effectiveness*) degli interventi preventivi, di screening per la diagnosi precoce, di trattamento - valutando il rapporto tra costi ed efficacia/benefici - in un contesto osservazionale piuttosto che sperimentale (epidemiologia valutativa). La struttura degli studi epidemiologici può essere simile a quella degli studi clinici, quando si confrontano - in modo prospettico o retrospettivo - uno o più gruppi di persone esposte all'effetto della sostanza che si vuole studiare con un gruppo, che funge da controllo, non esposto. Si usano anche studi in cui un gruppo di persone affette da una malattia (casi) ed un gruppo di persone sane (controlli) vengono studiate in relazione al profilo di fattori di rischio; questo modello può essere utilizzato quando si vogliono studiare eventuali fattori predittivi per la risposta al trattamento (*responder vs. non responder*).

Uno strumento particolarmente utile nella raccolta e analisi sistematica di dati descrittivi su incidenza, mortalità e sopravvivenza per le varie sedi tumorali, è rappresentato dai Registri Tumori di popolazione, gestiti generalmente dalle ASL (in Lombardia ATS). Oltre alle finalità descrittive, le informazioni raccolte routinariamente dai Registri Tumori sono una buona base di partenza per successivi approfondimenti e studio analitici su ipotesi associative tra fattori di rischio (o di progressione) e tumori.

Negli ultimi anni, in oncologia, hanno assunto sempre maggiore importanza gli studi di epidemiologia molecolare, in cui le analisi epidemiologiche sono messe in relazione con le caratteristiche genetiche degli individui.

L'ASST di Cremona ha una consolidata esperienza nella ricerca clinica ed epidemiologica. Quasi 400 studi sono stati avviati o completati negli ultimi 15 anni nell'ASST di Cremona. Solo dal 2014 ad oggi 179 nuovi studi sono stati presentati per approvazione al Comitato Etico dell'Area Lodi - Cremona - Mantova: l'ASST di Cremona contribuisce da sola al 50% circa di tutte le richieste avanzate al Comitato Etico di Area, che comprende le ASST di Crema, Cremona, Lodi, Mantova e l'ATS della Val Padana, a conferma di un tratto culturale aziendale ormai consolidato.

Gli studi sono per la maggior parte clinici ed il 40% circa osservazionali. Oltre il 60% di queste ricerche sono in ambito oncologico, oltre il 10% in cardiologia ed in misura minore nelle altre discipline, a testimonianza della forte vocazione oncologica della ricerca nella nostra ASST; del resto, come già citato, il territorio cremonese è caratterizzato da un'incidenza di tumori (e mortalità correlata) tra le più alte in Italia, come confermato anche dai dati dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

L'ASST di Cremona intende pertanto perseguire con sempre maggiore efficacia strategie di sviluppo della ricerca in affiancamento ed a supporto dell'attività assistenziale, consolidando e sviluppando rapporti di collaborazione istituzionale con Università e Istituti di ricerca, soprattutto in ambito oncologico, nella ricerca traslazionale e in farmacogenomica.

### ***Ricerca Traslazionale e Preclinica***

L'attività traslazionale e preclinica, prevalentemente a carattere spontaneo, sarà resa possibile dall'utilizzo comune di spazi laboratoristici, strumentazione e personale dedicato delle U.O. di Oncologia, Anatomia Patologica, del Servizio di Citogenetica e della istituendo S.C. Multidisciplinare di Patologia Mammaria e Ricerca Traslazionale.

In particolare verrà ottimizzato l'utilizzo dei macchinari già a disposizione dell'azienda (es: Nanostring, NGS Ion Torrent, RT-PCR, Pyrosequencing, Sequenom, Viridex, Cellsearch) e sarà vagliata la possibilità di successivi potenziamenti della strumentazione a disposizione (ad es. con l'acquisto della Digital Droplet PCR). Il personale a disposizione per l'attività di ricerca ed afferente alle diverse U.O. (tecnici di laboratorio, biologi, biotecnologi, infermieri di ricerca, medici) dovrà necessariamente condividere spazi, strumentazione, tecniche, conoscenze ed attività scientifica, nella logica del team multidisciplinare.

I principali obiettivi del team di ricerca traslazionale e preclinica saranno:

- Sviluppo di ambiti di ricerca che possano avere una conseguente ricaduta clinica, allo scopo di migliorare i trattamenti oggi disponibili;
- Partecipazione a bandi di ricerca nazionali ed internazionali, allo scopo di ottenere finanziamenti utile per il proseguo dell'attività;
- Interazione con le multinazionali farmaceutiche del farmaco, al fine di sviluppare collaborazioni scientifiche;

- Creazione e sviluppo di collaborazioni nazionali ed internazionali con altri Istituti di Ricerca od Ospedali.

Tra gli ambiti di interesse della ricerca traslazionale e preclinica del Cancer Center, si evidenziano a titolo esemplificativo:

- Patologia gastrointestinale, con particolare interesse alla neoplasia dello stomaco;
- Patologia mammaria;
- Patologia polmonare;
- Immunoterapia e nuovi trattamenti oncologici.

Per ciascuna di queste aree è auspicabile l'identificazione di un responsabile scientifico; saranno inoltre organizzati meeting periodici durante i quali saranno esposti e condivisi i progetti di ricerca in corso con i relativi stati di avanzamento.

### ***Ricerca Clinica***

Elemento qualificante del Cancer Center sarà un'estesa attività di ricerca clinica che potrà anche offrire dei riferimenti per i vari percorsi diagnostico-terapeutici. Facendo tesoro della disponibilità di strutture all'avanguardia e delle significative professionalità presenti nei vari laboratori della U.O. di Anatomia Patologica, del Servizio di Citogenetica e della S.C. Multidisciplinare di Patologia Mammaria e Ricerca Traslazionale e nella S.C. di Oncologia. Ad ogni paziente dovrà essere offerta la migliore caratterizzazione istopatologica e genetica e bio-molecolare della sua malattia.

*Mission* del Cancer Center sarà pertanto quella di dare impulso alla ricerca nel campo della prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, nell'ottica della medicina di precisione e traslazionale, trasferendo i risultati della ricerca dai laboratori alla pratica clinica e viceversa.

In tal senso, le scelte terapeutiche potranno avvalersi sempre più delle opportunità di arruolamento in protocolli di ricerca clinica (profit/no profit a seconda della disponibilità e del setting di malattia), a tal fine considerate prioritarie.

La ricerca clinica spontanea sarà parimenti promossa e sostenuta.

### ***Attività promosse dal Cancer Center correlate alla ricerca***

- Coordinamento dell'attività di ricerca clinica e sperimentale, anche per mezzo della segreteria amministrativa del Comitato Etico, per la gestione amministrativa, economico e finanziaria delle linee di ricerca affidati ai clinici/ricercatori dell'Ente;
- monitoraggio degli studi clinici condotti o in essere;
- sostegno ed impulso a collaborazioni e convenzioni con altre realtà quali IRCCS (es. Istituto Nazionale Tumori), le Università, gli Istituti di ricerca pubblici e privati, nazionali ed internazionali, il Ministero della Salute ed il MIUR, etc.;
- promozione della partecipazione del Cancer Center ai programmi di ricerca e sviluppo finanziati da Enti nazionali ed internazionali;
- garanzia sulla protezione della proprietà intellettuale delle attività svolte;
- promozione dell'attività formativa, educativa e seminariale;
- garanzia che tutte le terapie fatte al di fuori dei trial clinici devono essere conformi alle linee guida nazionali e internazionali delle principali società scientifiche;
- garanzia che tutti i protocolli e gli studi (inclusi quelli osservazionali) devono essere discussi e approvati dal MDT e dal Comitato Etico prima di ogni attività inerente lo studio;

- proposte di collaborazione con l'ATS della Val Padana per la condivisione e/o la gestione integrata dei dati del Registro Tumori, anche attraverso la definizione di progetti specifici.

## PERCORSI DI QUALIFICAZIONE E ACCREDITAMENTO VOLONTARIO

L'ASST di Cremona intende impegnarsi in percorsi di qualificazione e/o accreditamento volontario in ambito oncologico e di ricerca; in tal modo il Cancer Center e/o singole UU.OO. potranno garantire ed oggettivare il raggiungimento di standard di qualità riconosciuti da soggetti titolati esterni, nazionali ed internazionali.

Tra le certificazioni di accreditamento che si intende perseguire si evidenziano:

### 1. EUSOMA

L'indicazione della Società Europea di Mastologia (EUSOMA) e la successiva delibera del Parlamento europeo, ripresa da Regione Lombardia, esplicitano che possono essere considerati centri di riferimento senologico (Breast Unit) solo quei reparti nei quali opera personale medico specializzato nella cura delle neoplasie benigne e maligne della mammella; è previsto un centro senologico per un bacino di circa 300.000 abitanti. La certificazione rilasciata da Eusoma serve per identificare l'Unità dedicata come centro di eccellenza per il trattamento del cancro al seno, con la finalizzazione di offrire alla paziente un valore aggiunto in termini di qualità delle cure, comfort, percorsi dedicati e multidisciplinarietà degli specialisti: senologi, oncologi, chirurghi plastici, radiologi, radioterapisti, medici nucleari, anatomo-patologi, fisiatristi, fisioterapisti, psicologi e una case manager che accompagna le pazienti durante tutto il percorso.

Lavorando insieme in modo integrato, si riesce ad affrontare al meglio la malattia prendendosi cura della donna a 360 gradi con l'obiettivo di rendere la paziente non solo informata ma anche consapevole, il primo passo importante verso la guarigione. Numerosi studi scientifici, infatti, hanno dimostrato che le donne trattate all'interno di queste unità certificate hanno fino al 18% di probabilità in più di sopravvivere alla malattia" rispetto a strutture ospedaliere generaliste".

La certificazione EUSOMA è basata su 22 indicatori di qualità per il corretto monitoraggio di tutto il percorso della paziente dalla fase di diagnosi, passando per il trattamento, la riabilitazione e il follow up, privilegiando un approccio multidisciplinare. Inoltre le Breast Unit devono avere all'interno sale operatorie, reparti, personale e strutture dedicate, almeno due infermieri specializzati (le *breast nurse*) e linee guida per tutti gli stadi della terapia e della riabilitazione.

Un centro senologico si contraddistingue per le seguenti caratteristiche:

- effettua ogni anno almeno 150 interventi chirurgici (solo casi di tumore mammario diagnosticati presso il centro);
- l'intera équipe medica di un centro senologico interdisciplinare deve essere specializzata nella cura delle neoplasie benigne e maligne della mammella e partecipare continuamente a corsi di formazione; è auspicabile che i chirurghi effettuino solo interventi al seno;
- conferenze interdisciplinari con cadenza settimanale nelle quali vengono discussi tutti i casi di carcinoma mammario.
- deve essere certificato periodicamente da un ente indipendente.

L'obiettivo primario è consentire ad ogni paziente di verificare se, sulla base di questi criteri di qualità, sta usufruendo di un'assistenza medica ottimale; il percorso di accreditamento nell'ASST di Cremona è già stato avviato.

## 2. AIFA – AUTOCERTIFICAZIONE PER CENTRO DI SPERIMENTAZIONE CLINICA DI MEDICINALI DI FASE 1 IN AMBITO ONCOLOGICO

La Determina n. 809/2015 ("Determina inerente i requisiti minimi necessari per le strutture sanitarie, che eseguono sperimentazioni di fase I di cui all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 2001, n. 439 e di cui all'articolo 31, comma 3 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 200", Gazzetta Ufficiale n. 158 del 10 luglio 2015) di AIFA ha definito i requisiti minimi necessari per il funzionamento delle strutture sanitarie che eseguono sperimentazioni cliniche dei medicinali di fase I.

Il documento è mirato a garantire la sicurezza e il benessere dei soggetti che partecipano alla sperimentazione di Fase I (nel caso della ASST di Cremona per pazienti oncologici) e alla corretta conduzione dello studio secondo gli standard di qualità di cui alle GCP/ICH (Good Clinical Practice/ International Conference on Harmonization). Da quest'ultimo punto di vista vengono prese in considerazione le Procedure Operative Standard che abbracciano la gestione completa di uno studio clinico, tra cui la semplice organizzazione fisico/ambientale della struttura, la competenza del personale sanitario, il corretto ottenimento e la registrazione dei dati clinici e di laboratorio delle strutture dedicate.

## 3. ORGANIZATION OF EUROPEAN CANCER INSTITUTES (OECI).

L'Organisation of European Cancer Institutes (OECI) ha sviluppato un modello di accreditamento specifico per i *Comprehensive Cancer Centres* (CCC) - strutture caratterizzate dal carattere altamente innovativo e multidisciplinare - che in Italia il Ministero della Salute ha deciso di applicare agli IRCCS.

Il programma di *Accreditamento e Designazione* dell'Organisation of European Cancer Institutes (OECI) persegue 3 obiettivi:

- applicare a livello europeo un sistema di accreditamento di qualità per l'oncologia;
- sviluppare un database aggiornato dei centri oncologici in Europa, con informazioni complete su risorse e attività;
- adottare uno strumento di riconoscimento oncologico europeo, che identifichi i vari tipi di istituzioni oncologiche al fine di distinguere le varie tipologie esistenti come identificate nel piano di riferimento dell'eccellenza oncologica di OECI.

Per quanto riguarda il processo di designazione, le strutture oncologiche sono classificate in 4 tipologie, ciascuna con delle caratteristiche minime che le rendono identificabili:

- *Cancer unit* - Struttura clinica o reparto ospedaliero che copre almeno radioterapia e oncologia medica o chirurgica; inoltre ha una collaborazione formalizzata con altre specialità ospedaliere;
- *Clinical cancer centre* - Istituto in grado di fornire tutti i servizi medici, chirurgici e la radioterapia e, occasionalmente, svolgere anche attività di ricerca clinica;
- *Cancer research centre* - Istituto in grado di sviluppare attività di ricerca oncologica concentrandosi su uno o più aspetti di oncologia di base e traslazionale;
- *Comprehensive Cancer Centre* (CCC) - Istituto in possesso delle seguenti caratteristiche che sono da considerarsi essenziali per poter fregiarsi di questa denominazione:
  - carattere altamente innovativo e multidisciplinare, con infrastrutture specifiche per le attività di ricerca (anche di base) ed integrazione fra attività cliniche e di ricerca, ivi compresa la ricerca traslazionale,

- un'organizzazione dedicata alla medicina oncologica caratterizzata dalla collaborazione interdisciplinare che integri competenze fra figure professionali diverse, con servizi di assistenza clinica organizzati e facilmente identificabili nel contesto organizzativo locale;
- presa in carico diretta di una vasta varietà di tipologie oncologiche con produzione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici, approcci personalizzati e predisposizione al miglioramento della qualità organizzativa delle cure anche tramite attività di formazione professionale continua;
- attività dimostrabile di prevenzione, promozione degli stili di vita e diffusione esterna delle conoscenze e del processo di innovazione in oncologia.

Rispetto alle altre tipologie di struttura oncologica, un CCC deve essere quindi caratterizzato da:

- - infrastruttura di alto livello con competenza e capacità innovativa nella ricerca oncologica;
- - manutenzione di una vasta rete tra tutti gli aspetti del trattamento oncologico e di ricerca;
- - interazioni con un centro accademico/universitario.

Il processo di accreditamento è dinamico; i centri sono chiamati a dimostrare un miglioramento continuo della qualità delle cure prestate e dei processi che le gestiscono. Il feedback che ne deriva è utilizzato da OECl per migliorare il contenuto degli standard di qualità e il processo di accreditamento stesso, evitando di adottare una metodologia di monitoraggio statico non giustificabile con il divenire continuo dell'approccio personalizzato al paziente oncologico.

Alcuni di questi percorsi sono stati già avviati e le procedure sono in itinere; essi caratterizzeranno in ogni caso l'attività e lo sviluppo del Cancer Center nel triennio 2016-2018.

Documento redatto a cura della Task Force aziendale :

*Dr. Giovanni Allevi, Direttore f.f. S.C. Chirurgia generale ad indirizzo senologico*

*Dr. Giancarlo Bosio, Direttore Dipartimento di Medicina*

*Dr. Alberto Bottini, già Direttore S.C. Chirurgia generale ad indirizzo senologico*

*Dr. Federico Buffoli, Direttore S.C. Endoscopia e Gastroenterologia*

*Dr.ssa Ines Cafaro, Direttore Dipartimento di Alte Tecnologie e Diagnostica per Immagini*

*Dr. Rosario Canino, Direttore Medico Presidio Ospedaliero di Oglio Po*

*Dr.ssa Antonia Cielo, Direttore U.O. Cure Sociosanitarie Cremona*

*Dr. Giorgio Danelli, Direttore Dipartimento Area Critica*

*Dr. Carlo Del Boca, Direttore S.C. Urologia*

*Dr. Leonardo Galli, Direttore Medico Presidio Ospedaliero di Cremona*

*Dr. Daniele Generali, Professore Associato in Oncologia Medica, Università degli Studi di Trieste,  
Responsabile S.S. di Terapia Molecolare e Farmacogenomica*

*Dr. Francesco Lanza, già Direttore S.C. Ematologia*

*Dr. Maurizio Magnani, Direttore S.C. Otorinolaringoiatria*

*Dr. Salvatore Mannino, Direttore Sanitario*

*Dr. Mario Martinotti, Direttore Dipartimento Chirurgico*

*Dr. Alfredo Molteni, Direttore f.f. S.C. Ematologia*

*Dr. Rodolfo Passalacqua, Direttore S.C. Oncologia*

*Dr.ssa Nadia Poli, Dirigente Responsabile SITRA*

*Dr. Aldo Riccardi, Direttore Dipartimento Materno Infantile*

*Dr. Fulvio Alberto Tartara, Direttore S.C. Neurochirurgia*

*Dr. Marco Ungari, Direttore S.C. Anatomia Patologica*



---

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona

**IL PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE  
DI SORESINA**

**PIANO E PROTOCOLLO  
ATTUATIVI**

**DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ DELLE CURE DELLA CRONICITÀ**

Realizzazione sperimentale ai sensi delle  
DGR X/2152 del 18.7.2014, DGR X/4191 del 16.10.2015, DGR X/5234 del 31.5.2016

---

**16 Giugno 2016**

*Vincent Van Gogh  
Uomo anziano nel dispiacere*



<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>IL PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE DI SORESINA-ASST DI CREMONA</b> .....	<b>7</b>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO</b> .....	<b>8</b>
<b>PIANO DI ADEGUAMENTO ALLA DGR 4191/2015</b> .....	<b>10</b>
<b>PROTOCOLLO ATTUATIVO DEL CONTRATTO CREG-POT</b> .....	<b>11</b>
<b>MODALITÀ DI ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI NELLA SPERIMENTAZIONE CREG-POT</b> .....	<b>11</b>
<b>TIPOLOGIA DELL' UTENZA</b> .....	<b>11</b>
<b>STRUMENTI ED ELEMENTI INNOVATIVI DEL CONTESTO</b> .....	<b>13</b>
<b>I PERCORSI ATTIVABILI</b> .....	<b>15</b>
<b>MODALITA' DI EROGAZIONE E PRESA IN CARICO</b> .....	<b>17</b>
<b>ACCORDO CON IL MMG O IL RESPONSABILE DEL PROCESSO DI CURA DEI PAZIENTI CREG-POT</b> .....	<b>17</b>
<b>COME ATTIVARE I PERCORSI</b> .....	<b>19</b>
<b>FLOW CHART -PERCORSI DI GESTIONE DELLA CRONICITA' NEL POT</b> .....	<b>26</b>
<b>ASPETTI ORGANIZZATIVI GENERALI DEL POT</b> .....	<b>27</b>
<b>CENTRO SERVIZI PER LA CONTINUITA' DELLE CURE</b> .....	<b>29</b>
<b>INTEGRAZIONE DEL P.O.T. NELLA RETE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI</b> .....	<b>30</b>
<b>SISTEMA QUALITÀ</b> .....	<b>31</b>
<b>DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO E VERIFICA</b> .....	<b>31</b>
<b>FLUSSII NFORMATIVI</b> .....	<b>32</b>
<b>FINANZIAMENTO</b> .....	<b>34</b>
<b>STRUMENTI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO</b> .....	<b>36</b>
<b>SISTEMA DI PENALIZZAZIONE</b> .....	<b>36</b>
<b>ALLEGATI</b> .....	<b>36</b>
<b>ALLEGATO 1</b> <i>REGOLAMENTO DELLE CURE SUBACUTE</i>	
<b>ALLEGATO 2</b> <i>SCHEMA DI ACCORDO CON IL MMG</i>	
<b>ALLEGATO 3</b> <i>MODULO RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO (RAP) E PIANO ASSISTENZIALE IND. SEMPLICE</i>	
<b>ALLEGATO 4</b> <i>SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE</i>	
<b>ALLEGATO 5</b> <i>SCHEMA ADESIONE AL CREG-POT, CONSENSO INFORMATO E ACCETTAZIONE DEL PATTO DI CURA</i>	
<b>ALLEGATO 6</b> <i>REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE CURE SUBACUTE</i>	
<b>ALLEGATO 7</b> <i>PIANO DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ PER LA GESTIONE DEL POT SORESINA-ASST DI CREMONA</i>	
<b>ALLEGATO 8</b> <i>SCHEDA DI VALUTAZIONE DOMICILIARE</i>	
<b>ALLEGATO 9</b> <i>MODULO DI SCELTA ENTE EROGATORE ASSISTENZA DOMICILIARE</i>	

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

1. DGR n. 1185/2013 allegato 1
2. DGR X/1521 del 20.3.2014
3. DGR X/2152 del 18.7.2014
4. DGR X/4191 del 16.10.2015
5. DGR X/4662 del 23.12.2015
6. DGR X/5234 del 31.5.2016

## INTRODUZIONE

Un passo deciso verso il prendersi cura della cronicità parte dalla costituzione di un distinto polo territoriale che sia in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale e che, insieme all'ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità ospedale territorio.

Il presidio territoriale è quindi il luogo, fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente<sup>1</sup>.

### **Programma di Regione Lombardia per l'avvio di una sperimentazione sui Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)<sup>2</sup>**

Regione Lombardia è impegnata in un processo di revisione organizzativo e funzionale della rete dei servizi sanitari, orientato a individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute, per erogare servizi sanitari e socio-sanitari sempre più adeguati alle reali necessità cliniche del paziente.

Tale innovazione, si rende necessaria a causa del costante incremento delle patologie cronicodegenerative, che sta determinando l'aumento di bisogni di cure "a lungo termine", con implicazioni importanti sulla organizzazione e sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per assistere questa tipologia di pazienti, spesso anziani e affetti da più patologie.

I dati di Regione Lombardia indicano che i malati cronici rappresentano più del 30% della popolazione (circa 3.000.000) e assorbono la maggior parte delle risorse (più del 70%) del SSR.

Per trovare risposta ai loro bisogni di cura, questi malati si rivolgono spesso alle strutture ospedaliere in modo discontinuo e frammentato, in particolare al pronto soccorso, a volte in modo inappropriato e per richieste che potrebbero, se ben programmate, trovare risposta in diversi *setting* di assistenza e di cura. Se si considera che nel 2013 in Lombardia, circa il 35% degli accessi al pronto soccorso era rappresentato da codici minori, e che una buona parte di tali pazienti è costituita da malati cronici, si comprende l'entità del problema.

Le evidenze preliminari dei primi due anni di sperimentazione CReG (Chronic Related Group) in 5 ASL della Lombardia, indicano che nei pazienti cronici in sperimentazione si verifica una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al pronto soccorso, suggerendo l'efficacia di un modello innovativo di presa in carico sulla qualità delle cure.

Dopo alcune importanti sperimentazioni che hanno avuto ad oggetto un livello di assistenza cosiddetto "di cure intermedie" negli anni 2000, volti specificatamente ad affrontare il tema della riduzione dei ricoveri impropri, nel 2011 (DGR 9371 dell'1.12.2010, Allegato 15) sono state regolamentate a livello di sistema le **cure sub-acute**, con lo specifico intento di trovare in contesti ospedalieri e extra ospedalieri, condizioni strutturali ed organizzative che potessero rispondere efficacemente ai bisogni di pazienti, per lo più cronici, per cui non poteva essere giustificato un livello di assistenza ospedaliera per acuti. Ad oggi sono attivi circa 900 posti letto presso le strutture ospedaliere della regione. In questa situazione si rende necessario proseguire nel processo avviato, attraverso la sperimentazione di nuove forme assistenziali ed organizzative rispetto a quelle offerte dagli ospedali per acuti 'tradizionali'.

Con **DGR n. X/1185 del 20.12.2013** "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014*" - all'allegato 1 - la Giunta Regionale **ha previsto la realizzazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali** (d'ora in poi "**POT**") stabilendo i seguenti

---

<sup>1</sup> DGR n. 1185/2013 allegato 1

<sup>2</sup> DGR n. X/1521 del 20.3.2014 all C;

indirizzi: ... "Un passo deciso verso il prendersi cura della cronicità parte dalla costituzione di un distinto polo territoriale che sia in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale e che, insieme all'ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità ospedale territorio.... Il presidio territoriale è quindi il luogo fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente ...";

Pertanto con **le DGR X/1521 del 20.3.2014 e la DGR 2152 del 18.7.2014** Regione Lombardia ha dato concretamente l'avvio alla sperimentazione con l'obiettivo generale di *"Avviare e sperimentare nuovo modello organizzativo e funzionale, finalizzato ad assistere prevalentemente persone con patologie cronico-degenerative, dal quadro clinico già noto e/o in fase di riacutizzazione"*.

Con **DGR X/2837** del 5 dicembre 2014 la Giunta Regionale ha approvato, fra gli altri, il progetto presentato dalla ASL di Cremona su proposta della **AO "Ospedale Maggiore di Crema"** di attivazione presso il **Presidio Ospedaliero di Soresina di un Presidio Ospedaliero Territoriale;**

Con la **DGR X/4191** del 16.10.2015 la Giunta regionale ha declinato le regole, anche economiche, per la gestione dei pazienti cronici nell'ambito del POT, prevedendo la stipula di un contratto tra l'AO titolare del progetto e l'ASL di riferimento e approvando uno **Schema-tipo di Contratto** per la compiuta regolamentazione dei reciproci rapporti e uno **schema-tipo di accordo** per la regolamentazione dei rapporti fra l'**Ente Gestore del POT ed i MMG.**

Con la **DGR X/4662** del 23.12.2015, Regione Lombardia ha declinato in modo estensivo gli indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità, ribadendo la centralità del POT quale "nodo funzionale della rete dei servizi per il percorso di diagnosi e cura dei pazienti cronici **anche per i malati più complessi** e problematici che devono effettuare ripetuti controlli dello stato di salute per evitare lo scompenso della malattia".

Infine, con **DGR X/5234** del 31.5.2016, in attuazione della l.r. n. 23/2015, la Giunta regionale ha stabilito che l'ASST di Cremona debba subentrare alla ex AO di Crema nella gestione di attività collocate nel presidio Nuovo Robbiani di Soresina.

***Questo documento rappresenta la declinazione dell'assetto organizzativo ed operativo della sperimentazione del POT di Soresina, funzionale all'avvio dell'attività.***

***Va pertanto inteso come uno strumento suscettibile delle modifiche o integrazioni che - previo accordo tra tutti gli attori del progetto e con gli uffici regionali competenti - si renderanno necessarie alla luce delle periodiche e frequenti azioni di monitoraggio e valutazione che accompagneranno le prime fasi di sviluppo del progetto.***

## IL PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE DI SORESINA-ASST DI CREMONA

Il progetto di attivazione del POT si inserisce nella parte settentrionale del territorio di competenza dell'ASST di Cremona.

A Soresina è funzionante una struttura sanitaria di recente realizzazione ed avvio (gennaio 2012) denominata "Polo Sanitario Nuovo Robbiani", struttura sanitaria realizzata ed avviata in forza di sperimentazione gestionale pubblico-privato autorizzata ed accreditata a svolgere attività per il SSR.

La struttura è di recentissima costruzione, moderna e funzionale. Nella struttura svolgono attività accreditate ed a contratto i seguenti soggetti:

1. Nuovo Robbiani S.r.l.
2. Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona

Le principali attività già svolte contemplano: la Degenza Sub Acuti, la Specialistica ambulatoriale, il Punto Prelievi, il CAL (vedi Figura 1).

Figura 1. Assetto accreditato della struttura Polo Sanitario Nuovo Robbiani.



### FUNZIONI PREVISTE DEL POT

Le funzioni attive presso l'intera struttura, previste a regime dopo l'avvio della sperimentazione POT di Soresina-ASST di Cremona, sono illustrate nella Figura 2:

Figura 2. Servizi attività erogate e funzioni previste nella sperimentazione POT



## **OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO**

1. Favorire percorsi di cura integrati per il soggetto cronico complesso fra MMG, i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, la Cure Sub Acute, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione, le strutture sanitarie di ricovero;
2. Favorire percorsi di cura per la presa in carico dei pazienti per gestire la riacutizzazione in fase iniziale mediante percorsi accelerati (**Fast Track Ambulatoriale**) o assistenza medico-infermieristica (**degenza in reparto dedicato per cure subacute**);
3. Favorire l'integrazione dei percorsi di cura per la presa in carico proattiva del paziente cronico, attraverso la individuazione specifici percorsi di presa in cura gestendo in modo programmato l'accesso alle prestazioni diagnostiche e alle cure (riduzione delle riacutizzazioni); il monitoraggio proattivo e la presa in carico di questi pazienti consentirà, tra l'altro, di ridurre i ricoveri inappropriati e gli accessi al pronto soccorso per problemi minori, e quindi di contenere le liste d'attesa.

## **ELEMENTI FAVOREVOLI DEL PROGETTO**

1. Struttura sanitaria moderna e funzionale con disponibilità di spazi e senza necessità di investimenti strutturali.
2. Presenza di servizi sanitari di base già attivi e con opportunità di integrazione con la rete degli Ospedali per acuti (ASST di Cremona).
3. Esperienza della continuità ospedale-cure subacute ed ospedale-territorio, con disponibilità di elementi di valutazione dell'appropriatezza: ASST di Cremona ha in assetto e gestisce posti tecnici di Cure Subacute, oltre ai percorsi di continuità attivi. La continuità ospedale territorio, in questo ambito, è garantita attraverso l'attività di una Equipe Continuità Assistenziale ( "ex COD") attiva presso i Presidi ospedalieri dell'ASST di Cremona, composta da Operatori del Polo Ospedaliero e della Rete Territoriale che elaborano il progetto di continuità assistenziale più appropriato per il paziente, in condivisione con il Reparto di ricovero ed i Medici di Medicina Generale.
4. Adesione di un significativo numero di MMG del territorio.

Questi elementi costituiscono il substrato sul quale realizzare un modello sperimentale di POT "completo" di tutte le funzioni necessarie alla continuità assistenziale con possibilità concreta

- a) di attivare percorsi funzionali di assistenza a domicilio e/o integrati;
- b) di favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali esistenti;
- c) di condividere risorse umane e tecnologiche presenti nel Presidio Sanitario di Soresina;
- d) di ottenere risparmi di risorse per il sistema.

## **ELEMENTI CRITICI O DI ATTENZIONE**

1. Assenza di una pianificazione dei percorsi di assistenza e cura extra-ospedalieri (**Piano di cura**);
2. Assenza di un coordinamento efficace fra i soggetti che dovrebbero prendersi cura delle necessità dei cittadini, con la conseguenza che questi ultimi ed i loro familiari sono spesso lasciati soli nelle relazioni con i vari soggetti (**Centro servizi**);
3. Il percorso di continuità assistenziale quale elemento essenziale nella presa in carico integrata del paziente cronico, deve necessariamente presidiare i seguenti ambiti di attenzione:
  - a. dimissione di pazienti "sufficientemente" stabilizzati, ma che - in assenza di un contesto alternativo di ricovero protetto - prolungherebbero senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero;
  - b. gestione extra-ospedaliera di diagnostica e trattamento precoce delle riacutizzazioni, realizzazione di percorsi diagnostici ambulatoriali di pacchetti di prestazioni a scopo diagnostico tempo-dipendente, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale;
  - c. effettiva presa in carico della gestione domiciliare integrata;

4. Complessità giuridico-amministrativa ed organizzativa: sperimentazione gestionale pubblico-privato, presenza di più soggetti erogatori, individuazione del case manager, ruolo e responsabilità, garanzia della continuità di cura da parte del MMG, della Continuità assistenziale nella rete dei servizi, definire il profilo delle responsabilità ed i compiti dei soggetti coinvolti anche sotto il profilo del risk management;
5. Assicurare che gli interventi in Emergenza Urgenza siano garantiti da AREU;
6. Sistemi di remunerazione delle attività svolte coerenti con le normative contrattuali vigenti;
7. Infrastruttura informatica e flussi;
8. Concomitanza della sperimentazione CReG con presenza di soggetti gestori della medicina generale nello stesso territorio (sovrapposizione di pazienti eleggibili a entrambe le sperimentazioni mutualmente esclusive).

Non si dispone in letteratura di un modello organizzativo sperimentato di cure integrate sperimentato e trasferibile. In questo contesto vi è la consapevolezza che la realizzazione di questo progetto comporti oggettive difficoltà da risolvere.

## **PIANO DI ADEGUAMENTO ALLA DGR 4191/2015**

La ASST di Cremona inizierà l'attività di gestione del percorso CReG-POT – a partire dall'arruolamento dei pazienti eleggibili e dalla riapertura del reparto di degenza per Subacuti - appena completato l'iter di: voltura degli assetti accreditati dall'ASST di Crema all'ASST di Cremona da parte di ATS Val Padana e Regione Lombardia; stipula del contratto integrativo per la gestione del POT tra ATS Val Padana e ASST di Cremona; stipula delle convenzioni tra ASST e – rispettivamente - i MMG aderenti al progetto ed il gestore operativo.

Le suddette azioni, già avviate per quanto riguarda la definizione degli atti propedeutici, saranno completate in modo da attivare i posti letto di degenza per subacuti entro il 20/6/2016.

Si provvederà contestualmente all'allargamento – rispetto alla situazione attuale, ove possibile – del numero dei MMG aderenti al progetto ed alla richiesta all'ATS di un aggiornamento dell'elenco degli assistiti eleggibili.

È previsto infine un graduale avvio dei percorsi assistenziali previsti, con un incremento dell'attività ambulatoriale con specialisti dell'ASST di Cremona al fine di ottimizzare e consolidare i percorsi di continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio in una logica di maggiore prossimità e facilità di accesso per i pazienti in quell'area distrettuale.

## PROTOCOLLO ATTUATIVO DEL CONTRATTO CREG-POT

### MODALITÀ DI ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI NELLA SPERIMENTAZIONE CREG-POT

#### STRUTTURE E SERVIZI IMPIEGATI

Le attività dell'Erogatore del POT (ASST di Cremona) comprendono il complesso dei servizi e prestazioni sanitarie erogate per la presa in carico e riguardano l'insieme di attività e servizi per la gestione del percorso dei pazienti cronici al di fuori dei momenti di acuzie, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, come previsto dalla DGR 1521/2014 (Allegato C) e successive modifiche e integrazioni.

Il Gestore del POT (ASST di Cremona) per raggiungere il fine istituzionale:

- a. utilizza in primis struttura e servizi offerti dal POT di Soresina;
- b. mette a disposizione del Percorso di Gestione del paziente cronico complesso CREG-POT tutte le strutture sanitarie ad essa afferenti;
- c. garantisce l'accesso anche alle strutture erogatrici del territorio sulla base della libera scelta del cittadino.

#### BACINO DI UTENZA ED ELENCO DEI PAZIENTI ARRUOLABILI

Il bacino di utenza del POT di Soresina è definito come segue:

##### 1. ambito territoriale:

- Distretto di Cremona
- Distretto di Crema

##### 2. assistiti dei MMG che aderiscono alla sperimentazione CREG-POT nei due Distretti e rientrano nei criteri di eleggibilità di cui alla DGR 4191/2015.

### TIPOLOGIA DELL' UTENZA

#### ASSISTITO CRONICO COMPLESSO

La popolazione assistibile è rappresentata dal cittadino "cronico complesso", di età compresa tra i 65 ed i 90 anni, definito come "assistito affetto da pluripatologia cronica" secondo la classificazione CREG-POT di cui all'Allegato 1 della DGR X/4191 del 16.10.2015 e di seguito richiamata.

##### Criteri di inclusione

- 2 o più patologie croniche (= polipatologici) secondo il raggruppamento CREG  
e
- presenza di almeno una delle patologie incluse nella sperimentazione (vedi Tabella).

##### Criteri di esclusione

- Soggetti classificati per le patologie escluse dalla sperimentazione (vedi Tabella);
- Soggetti in RSA

Incluse	Escluse
Cardiovascolopatie	Trapiantati attivi
Diabete mellito	Dialisi
Broncopneumopatie	HIV e AIDS
Insufficienza renale cronica	Neoplasia attiva
Parkinson e parkinsonismi	Acromegalia e gigantismo
	Malattie rare

Sono inoltre esclusi i pazienti eleggibili arruolati nella sperimentazione CReG.

### **ELENCO DEI PAZIENTI ARRUOLABILI**

L'identificazione dei pazienti arruolabili verrà effettuata dall'ATS e sottoposta ad aggiornamento annuale.

L'ATS metterà a disposizione dei MMG aderenti l'elenco dei pazienti arruolabili fornito da Lombardia Informatica SpA, al fine di consentire agli stessi la validazione dell'eleggibilità ed il successivo arruolamento.

I MMG aderenti alla sperimentazione provvederanno ad acquisire il consenso dei pazienti arruolati per il trattamento dei propri dati anche da parte dell'ASST di Cremona e del Centro Servizi del POT.

Al fine di ottimizzare i percorsi di presa in carico, l'ASST di Cremona provvederà a dotare tutti i propri presidi di un'anagrafe dei pazienti arruolati nella sperimentazione CReG-POT, consentendone così l'identificazione ai propri reparti, al PS ed al CUP.

### **MODALITA' DI ARRUOLAMENTO**

A partire dalla data di stipula dell'accordo tra ASST di Cremona e MMG ed acquisito dall'ATS l'elenco dei pazienti arruolabili, il MMG potrà procedere all'arruolamento di pazienti ed alla trasmissione del relativo elenco all'ATS ed all'ASST di Cremona.

### **MODALITA' DI COLLABORAZIONE E ARRUOLAMENTO DEI MMG**

La ASST di Cremona propone ai MMG la possibilità di adesione al POT mediante convocazione degli stessi e sottopone loro l'Accordo fra Gestore POT e MMG proponendone la sottoscrizione prevedendo tipologie di collaborazione differenziate, come precisato nel capitolo dedicato.

In questa fase di prima applicazione si prevede ragionevolmente la conferma all'adesione da parte dei MMG che hanno già sottoscritto l'Accordo per la sperimentazione POT con il precedente Gestore (AO di Crema).

Per quanto riguarda l'adesione di nuovi MMG – con i quali sono già stati avviati contatti - l'accordo potrà avvenire nel corso di un arco temporale non prevedibile, auspicabilmente limitato a poche settimane.

Il POT darà corso alla presa in carico di un paziente a decorrere dal ricevimento da parte del Centro Servizi del PAI predisposto e trasmesso dal MMG.

La presa in carico sarà interrotta qualora l'ATS – anch'essa destinataria dei PAI trasmessi dai MMG – ravvedesse anomalie o difformità nella compilazione del PAI, sospendendone l'effetto; sarà in tal caso riattivata a seguito della ridefinizione del PAI da parte del MMG con il recepimento degli eventuali rilievi mossi dall'ATS.

## **STRUMENTI ED ELEMENTI INNOVATIVI DEL CONTESTO**

### ***CENTRO SERVIZI***

Il POT si avvale anche di una funzione **“Centro Servizi” per organizzare la continuità delle cure.**

Questo provvede all’attuazione del **Percorso Assistenziale Individuale (PAI)** richiesto dal MMG (medico responsabile clinico del percorso di cura) per garantire all’assistito l’assistenza di cui necessita, coordinando le operazioni, i processi e le funzioni deputate alla erogazione delle varie attività.

Ove richiesto, concorre alla predisposizione di **piani assistenziali individuali e integrati** attivando le competenze multidisciplinari necessarie.

### ***PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE***

È lo strumento base con il quale si delinea il percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e sociale dell’assistito. E’ predisposto dal MMG, anche in collaborazione con altri soggetti (specialista, assistente sociale, infermiere), ove appropriato o necessario.

Può avere diversi livelli di complessità e articolazione, da forme molto semplici redatte dal solo MMG, a forme più elaborate sviluppate da più competenze.

E’ lo strumento di comunicazione fra il prescrittore e la centrale operativa di continuità del POT, ed in fase di dimissione tra questa e l’assistenza domiciliare territoriale.

### ***RESPONSABILE CLINICO DEL PIANO DI CURA***

Il MMG assume la funzione di Responsabile clinico del PAI.

### ***ATTIVITA’ DI CURE SUBACUTE***

Questa attività innovativa del modello assistenziale comporta la presa in carico, in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, con un piano di trattamento finalizzato ad obiettivi sanitari specifici.

Può seguire un ricovero acuto o essere attivata - in alternativa allo stesso - per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva in pazienti anziani ed affetti da patologie croniche che non possono essere gestiti in un contesto domiciliare.

L’accesso può avvenire per dimissione da un reparto di degenza per acuti, da Pronto Soccorso o direttamente dal territorio.

Assetto organizzativo e criteri di arruolamento seguono le indicazioni di cui alla DGR IX/1469 del 30.3.2011.

Presso il Polo Sanitario Nuovo Robbiani sono presenti 20 posti tecnici di cure subacute accreditati che verranno dedicati ai pazienti arruolati nel POT. Nel corso della sperimentazione, anche sulla base dell’andamento dell’arruolamento dei pazienti e della domanda, si valuterà l’eventuale estensione di posti letto, nel caso integrando l’attuale dotazione con posti letto aggiuntivi messi a disposizione dall’ASST di Cremona sulla base dell’attuale dotazione di posti letto accreditati.

Durante la prima fase di avvio della sperimentazione POT (e comunque entro e non oltre il 31.12.2016), attesa una gradualità nell’arruolamento dei pazienti eleggibili e nelle more di un suo consolidamento, in caso di disponibilità di posti letto e di limitata richiesta da parte di pazienti arruolati CReG-POT, al fine di garantire una più ampia offerta assistenziale sarà consentito l’accesso estemporaneo alle cure subacute anche a pazienti di età compresa tra 65 e 90 anni, rispondenti ai criteri di eleggibilità per ricovero in cure subacute, anche se non arruolati nella sperimentazione CReG-POT.

Il MMG potrà avvalersi della collaborazione di un medico presente quotidianamente presso il POT ed accederà al reparto, ed in base alle necessità ed alla propria disponibilità, per contribuire alla gestione clinica dei propri assistiti, o degli assistiti da MMG della propria Forma Associativa o Cooperativa di appartenenza.

Il medico del POT concorderà con i MMG ogni iniziativa riferita ai propri pazienti (fatte salve le eventuali situazioni di emergenza tempo-dipendenti indifferibili) e lo stesso MMG potrà accedere online alla cartella clinica del paziente ricoverato, al fine non solo di monitorare il percorso dei propri assistiti, ma anche - nella qualità di Responsabile clinico del percorso di cura - di interagire e dare eventuali indicazioni cliniche al medico del reparto.

## **I PERCORSI ATTIVABILI PER I PAZIENTI CREG-POT ARRUOLATI**

### **A) PROGRAMMA DI GESTIONE PROATTIVA DEL PAZIENTE CRONICO GIA' NOTO E/O IN FASE DI RIACUTIZZAZIONE**

La gestione dei pazienti CReG-POT arruolati dai MMG sarà caratterizzata da una periodica rivalutazione delle condizioni cliniche e dell'aderenza al PAI, e dalle conseguenti scelte assistenziali volte a prevenire un'evoluzione sfavorevole del quadro clinico o le riacutizzazioni, utilizzando al meglio gli strumenti di governo clinico (es. PAI, strutture e percorsi di cura dedicati) nell'ambito della sperimentazione.

### **B) PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI**

Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attivare o proseguire le proprie terapie, al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera (qualora si identifichi con il pre-ricovero, le prestazioni saranno ricomprese nel DRG).

- CURE SUBACUTE
- PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE
- OSSERVAZIONE DIURNA CON TERAPIA.

### **C) PROGRAMMA DI DIMISSIONE PROTETTA E/O ASSISTITA DALL'OSPEDALE PER ACUTI O DAL PS, IN PARTICOLARE PER I PAZIENTI CHE RICHIEDONO CONTINUITA' DI CURA IN FASE POST ACUTA**

Pazienti in dimissione da reparti per acuti o PS degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche,
- continuare il processo di recupero funzionale,
- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.

Queste tipologie di pazienti devono trovare continuità, a seconda dei propri bisogni assistenziali, nei seguenti ambiti:

- Cure sub acute
- Assistenza domiciliare
- Cure intermedie
- Posti di sollievo transitori in RSA
- RSA.

### **D) PROGRAMMI DI DIMISSIONE PROTETTA A DOMICILIO E/O ASSISTITA**

In considerazione della tipologia di paziente eleggibile per le cure subacute, è fondamentale definire e strutturare un percorso di dimissione protetta e/o assistita del paziente cronico verso il setting assistenziale a lui più appropriato.

Elementi caratterizzanti tale percorso:

- l'istituzione all'interno del POT di una Equipe di Continuità Assistenziale composta da Operatori sanitari e sociali afferenti al POT, dal MMG e da operatori territoriali, che lavorano in stretta sinergia per la condivisione della valutazione e del percorso di continuità assistenziale (Progetto Individualizzato) in un'ottica di presa in carico integrata;
- l'accompagnamento delle situazioni che presentano oltre ad una cronicità e/o polipatologia, una fragilità socio-sanitaria e/o sociale;
- la multiprofessionalità dell'Equipe di presa in carico (Medico, Infermiere, Assistente Sociale) per una definizione dei bisogni dei pazienti più completa ed esaustiva possibile;
- la scelta ed il sostegno alla domiciliarità in quanto setting di assistenza e cura privilegiato per la copertura dei bisogni di un paziente cronico e stabile.

In questo ambito è importante il coordinamento fra Enti territoriali (Comuni, ASST) per

predisporre interventi atti a favorire la permanenza a domicilio degli assistiti con problemi principalmente sociali attraverso le forme di sostegno più appropriate per la copertura dei bisogni.

**E) PROGRAMMA DI GESTIONE DELLA FASE ACUTA A DOMICILIO MEDIANTE GRUPPI MULTIDISCIPLINARI**

**F) PROGRAMMI DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER PARTICOLARI AMBITI PATOLOGICI**

## **MODALITA' DI EROGAZIONE E PRESA IN CARICO**

Il MMG contatta direttamente i pazienti individuati dalla ATS e propone loro l'arruolamento nella sperimentazione del modello POT.

### **REQUISITI FONDAMENTALI E OBBLIGATORI:**

#### **CONSENSO INFORMATO**

Il MMG informa esaurientemente il paziente circa il suo percorso di cura nel quale è inserito in connessione alle sue condizioni cliniche prospettandone gli sviluppi, benefici, alternative e rischi.

E' sempre necessario che il paziente esprima un consenso scritto alla partecipazione al percorso, a seguito di un'adeguata attività informativa, e condivida il PAI predisposto. Contestualmente al consenso, il MMG dovrà acquisire anche l'autorizzazione al trattamento dati a favore dell'ASST (Gestore POT) e del Centro Servizi.

#### **PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE**

Il MMG redige il PAI sulla base dell'elenco della prestazioni attese (EPA) fornito dalla Regione - per il tramite dell'ATS - per la classe di assistito.

In assenza dell'EPA, il PAI potrà essere redatto sulla base dei PDTA pertinenti il profilo clinico dell'assistito e di ogni altra valutazione diagnostico-terapeutica il MMG riterrà opportuno avvalersi.

Il PAI verrà trasmesso dal MMG sia all'ATS della Val Padana per la validazione ex-ante di competenza, che al Centro Servizi del POT per l'attivazione delle prestazioni previste; potrà essere da quest'ultimo contestualmente attivato, ma interrotto in qualsiasi momento su disposizione dell'ATS, qualora questa rilevasse incongruenze clinico-assistenziali tali da comportarne l'invalidazione ed il conseguente annullamento.

In questo caso il PAI dovrà essere ridefinito e le prestazioni già effettuate verranno escluse dalla remunerazione tariffaria CReG-POT e compensate secondo le modalità ordinarie, con una decurtazione del 30%; faranno eccezione eventuali sanzioni comminate a seguito di contestazioni mosse in merito alla qualità documentale o alla valorizzazione delle prestazioni in sede di controllo da parte dei funzionari ATS. L'ATS provvederà a confermare al MMG ed al Centro Servizi la validità del PAI.

#### **PATTO DI CURA**

Il paziente dovrà sottoscrivere il consenso al Patto di Cura redatto sulla base del PAI.

## **ACCORDO CON IL MMG**

La collaborazione del MMG è sinteticamente rappresentata secondo tre scenari ad intensità variabile di adesione di seguito indicati.

Il MMG sceglie il livello di collaborazione (Tipo 1 o 2) e si impegna ad assicurare le attività previste per quel livello nel presente accordo. Si impegna altresì ad adottare le modalità organizzative previste nel Progetto di attivazione del POT di Soresina e nel Protocollo attuativo del contratto POT sottoscritto fra ASST di Cremona ed ATS.

### **Tipologie di apporto**

Il MMG, sottoscrittore del presente accordo, si impegna a collaborare con vari livelli di coinvolgimento, come di seguito indicato:

<b>TIPOLOGIE DI APPORTO DEL MMG</b>	
<b>TIPO 1</b>	Il POT assegna in toto la gestione clinico-organizzativa dei pazienti a gruppi di MMG in forma associata

<b>TIPO 2</b>	Casi in cui il POT si avvale della collaborazione parziale di MMG in forma associata o di singoli MMG
TIPO 2A	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. reclutamento;</li> <li>2. definizione e verifica dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) e follow-up dei propri assistiti;</li> <li>3. partecipazione con il team del Centro Servizi agli audit per la valutazione degli indicatori utilizzati per il monitoraggio;</li> <li>4. in collaborazione con il POT, periodica valutazione dei propri assistiti a domicilio con accessi Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)</li> </ol>
TIPO 2B	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tutte le attività TIPO 2A</li> <li>2. Assistenza del paziente durante la fase di ricovero</li> </ol>

### **Modalità di erogazione e presa in carico: tipologie di collaborazione dei MMG**

Le procedure di **gestione dei pazienti arruolati** sono indicate dal Gestore POT; trattandosi di sperimentazione già avviata presso il POT di Soresina, si applicano le regole già in essere e contenute nel progetto POT Soresina approvato da Regione Lombardia.

#### **TIPOLOGIA 1 E 2A**

Il MMG si impegna a:

1. Valutare il paziente cronico complesso eleggibile per l'inserimento nel percorso CReG-POT
2. Acquisire il Consenso Informato del paziente e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari a favore dell'ASST di Cremona;
3. Predisporre/aggiornare il PAI (Piano Assistenziale Individuale) per ciascun paziente preso in carico. Va garantita una programmazione personalizzata del percorso di cura, che definisca il programma diagnostico, terapeutico, assistenziale su base almeno annuale, tenendo a riferimento:
  - il complesso delle indicazioni generali rispetto alla patologia e i PDTA di riferimento,
  - ove disponibile, l'elenco delle prestazioni attese (EPA) per lo specifico profilo sanitario fornito dalla Regione tramite l'ATS;
4. Acquisire e far sottoscrivere all'assistito il Patto di Cura;
5. Attivare il percorso
  - invia telematicamente il PAI alla Centrale operativa del POT.

#### **TIPOLOGIA 1 E 2B**

Il MMG si impegna a:

1. Assistere i pazienti degenti (i propri assistiti, o gli assistiti da MMG della propria Forma Associativa o Cooperativa di appartenenza) presso il reparto di cure subacute del POT, con possibilità di affidamento al gestore;
2. Eseguire le rivalutazioni cliniche del paziente ed aggiornare il PAI all'occorrenza;
3. In casi selezionati (generalmente tutti i ricoverati) eseguire la valutazione multidimensionale, anche in collaborazione con altre figure professionali.

### **SCHEMA DI ACCORDO CON IL MMG - allegato 2**

#### **STRUMENTI PER ATTIVARE I PERCORSI**

- **Modulo Richiesta di attivazione del percorso (RAP) e Piano Assistenziale Individuale semplice - allegato 3**
- **Scheda di valutazione multidisciplinare (Piano Assistenziale Individuale) - allegato 4**
- **Schema di Adesione al CReG-POT ed al PATTO DI CURA - allegato 5**

## COME ATTIVARE I PERCORSI

Per ogni percorso sono dettagliati i compiti, gli attori e le responsabilità e gli strumenti.

### A. PERCORSO DI PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA CRONICITÀ

Il MMG predispone per ciascun paziente un Piano Assistenziale PAI che consiste nell'individuare l'elenco delle prestazioni da eseguirsi nell'arco temporale annuale con indicazione del periodo di esecuzione, sulla base di quanto previsto dagli **EPA** o (qualora questi non siano disponibili) dai **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** di riferimento, salvo diversa determinazione della ATS a seguito del controllo ex ante.

Il MMG applica i criteri di appropriatezza dei percorsi e/o degli esami predisposti da Regione Lombardia e/o dalla ATS (esempio):

Codice	Cognome Nome	Classe CReG-POT	Prestazioni	Mese previsto	Inquadramento complessivo
	ROSSI MARIO		Visita Radiografia Ecografia		Scheda VAOR

Per una popolazione selezionata (pazienti che entrano nel percorso di dimissione protetta) esegue un inquadramento generale del paziente anche in relazione ai bisogni socio-assistenziali utilizzando le schede di valutazione **VAOR o INTERRAI**; queste valutazioni sono eseguite collegialmente in Equipe con altre professionalità (per es. infermieri, assistente sociale, assistente sanitario)

Il PAI è inviato al Centro Servizi del POT che predispone la programmazione dell'esecuzione delle prestazioni individuate affidandone l'erogazione ai soggetti afferenti al POT. E' necessario che il POT disponga dell'elenco delle prestazioni erogabili dai soggetti afferenti compresi i MMG.

Le **prestazioni sono prescritte** dal MMG secondo le regole vigenti.

**Il Responsabile clinico del percorso di cura è il MMG, che pertanto è il responsabile clinico della continuità della cura** del paziente.

Ne cura la valutazione iniziale, intermedia e finale in esito agli accertamenti richiesti; la valutazione è documentata nella scheda ambulatoriale del paziente.

PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA CRONICITA'			
ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Valutazione dei pazienti eleggibili per l'arruolamento	MMG	Acquisizione lista pazienti eleggibili	Classificazione CReG-POT Scheda Criteri di arruolamento Redazione del Piano Assistenziale secondo EPA /PDTA
Programmazione e calendarizzazione delle prestazioni richieste. Contatti e accordi con altri setting (es. Cure Palliative, ADI) sulla base delle necessità del Piano Assistenziale	Centrale della Continuità	Al ricevimento del PAI da parte del MMG, fatta salva diversa indicazione da ATS a seguito di controllo ex ante e conseguente modifica PAI	1) Agende CUP di prenotazione 2) Individuare strumento specifico per la gestione delle info derivate dalle schede VAOR o Interrai e pianificazione prestazioni conseguenti

Esecuzione delle prestazioni e refertazione (on line)	Soggetto Erogatore attivato/incaricato dalla Centrale della Continuità *	Secondo calendario	
Consultazione referto e Responsabilità della Gestione dell'iter di cura in esito alle prestazioni	MMG	Lettura referto	
Aggiornamento/ conferma del PAI	MMG	Almeno annuale Al variare delle condizioni cliniche del paziente Su richiesta dell'ATS	Modulo PAI Scheda Interrai o VAOR

(\*) Il soggetto erogatore di alcune prestazioni può essere anche il MMG sulla base di specifici accordi con l'ASST

## B. PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI

Si applica a pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

- PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE
- CURE SUBACUTE
- OSSERVAZIONE DIURNA CON TERAPIA

### FAST TRACK AMBULATORIALE

- Il MMG in ambulatorio intercetta una iniziale riacutizzazione della patologia
- Prescrive le terapie e gli accertamenti necessari alla gestione del paziente
- Il MMG programma la rivalutazione del paziente
- Il Centro Servizi garantisce le prestazioni secondo un percorso accelerato FAST TRACK (in giornata, max entro 3 gg) e rende disponibili tutti i risultati degli accertamenti al MMG.
- Il MMG rivaluta il paziente.

PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE			
ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Gestione dei pazienti CREG- POT	MMG	Alla comparsa dei sintomi di riacutizzazione	Prescrizione Redazione del PAI secondo EPA/PDTA
Programmazione e calendarizzazione delle prestazioni richieste.  Contatti e accordi con altri setting (es. Cure Palliative, ADI) sulla base della richiesta del MMG	Centrale della Continuità	Al ricevimento del PAI da parte del MMG (se primo contatto di paziente eleggibile CReg-POT)  Al ricevimento della richiesta da parte del MMG (se paziente già arruolato CReg-POT)	Agende CUP di prenotazione
Esecuzione delle prestazioni e refertazione (on line)	Soggetto Erogatore attivato-incaricato dal Centro Servizi	In giornata o max entro 3 gg	Valutazione multidimensionale VAOR
Consultazione referto e responsabilità della gestione dell'iter di cura in esito alle prestazioni	MMG	Lettura referto	

### DEGENZA

Segue i criteri stabiliti per l'accesso alle Cure Subacute di cui alla DGR 1479/2011 (vedi paragrafi seguenti).

### C. **PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA IN CURE SUBACUTE**

Sulla base dei criteri di accesso predefiniti, il paziente è ricoverato nel reparto di cure subacute.

- MMG compila la scheda di ammissione alle "Cure Subacute"
- MMG predispone il **Piano Assistenziale** nella documentazione sanitaria
- MMG richiede consulenze agli specialisti del POT, ove necessario o appropriato
- Infermieri compilano il Piano Assistenziale nella documentazione sanitaria (diario infermieristico).

Per i pazienti CREG POT che hanno già un PAI, si procede ad una modifica dello stesso da parte del MMG.

Per la gestione del ricovero si utilizza un gestionale di reparto al fine di registrare le giornate di degenza. Si adotta la documentazione sanitaria in uso alle Cure Sub Acute e si applicano le regole di gestione dei ricoveri con emissione di una SDO a fini statistico epidemiologici e di tracciabilità.

Il Centro Servizi gestisce i turni di presenza del medico di reparto ed eventualmente (ove concordati) dei MMG.

<b>PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA IN CURE SUBACUTE</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>CHI</b>	<b>QUANDO</b>	<b>STRUMENTI</b>
Selezione dei pazienti appropriati per l'inserimento in struttura	MMG Specialista ospedaliero, previa verifica con MMG	Durante l'ambulatorio Alla dimissione da reparto o PS	Criteri di arruolamento
Proposta al paziente di degenza presso il reparto di Subacuti, informazione sui benefici attesi del percorso acquisizione del consenso;  Colloquio con il caregiver familiare;	MMG Specialista ospedaliero, previa verifica con MMG	Durante l'ambulatorio Alla dimissione da reparto o PS	
Valutazione del paziente mediante verifica dei criteri di accesso;	Centro Servizi, Coordinatore Infermieristico	All' ammissione	Check-list di accesso ai letti per subacuti  Scheda valutazione complessità assistenziale
Accettazione del Paziente	Infermiere	All' ammissione	Inserimento in ADT
Rivalutazione medica e previsione della durata del ricovero	MMG con medico di reparto POT	Entro 6 ore dall' ingresso del paziente	Programma Terapeutico e gestione del programma assistenziale
Valutazione multidisciplinare dei bisogni clinici e assistenziali  Definizione degli obiettivi	MMG e Infermiere	Entro 12 ore dall' ingresso	Programma assistenziale individuale integrato

Consulenza specialistica	Specialista del POT	Su richiesta del MMG o del medico di reparto POT d'intesa con MMG	Refertazione
Autorizzazione al trasferimento in sicurezza	MMG o medico di reparto POT d'intesa con MMG	Trasferimento	Trasporto
Pianifica dimissione e organizza contattando assistente sociali e servizi territoriali	MMG e Infermiere	Durante il ricovero	
Lettera dimissione	MMG o medico di reparto POT d'intesa con MMG	Dimissione	
Redazione del programma socio-sanitario finalizzato alla dimissione protetta in equipe con l'Assistente sociale dedicato  Istruzione del caregiver familiare in merito alla gestione e assistenza del paziente	MMG o medico di reparto POT d'intesa con MMG, infermiere, assistente sociale, assistente sanitaria	Al momento della Dimissione	Programma assistenziale individuale integrato  Scheda C.I.R.S.S. MMSE
Validazione cartella clinica Compilazione e chiusura SDO	Medico di reparto POT o MMG (se coinvolto in assistenza di reparto)	Entro 7 giorni dalla dimissione	
Raccolta e conservazione della documentazione sanitaria	Coordinatrice IP	Post dimissione	

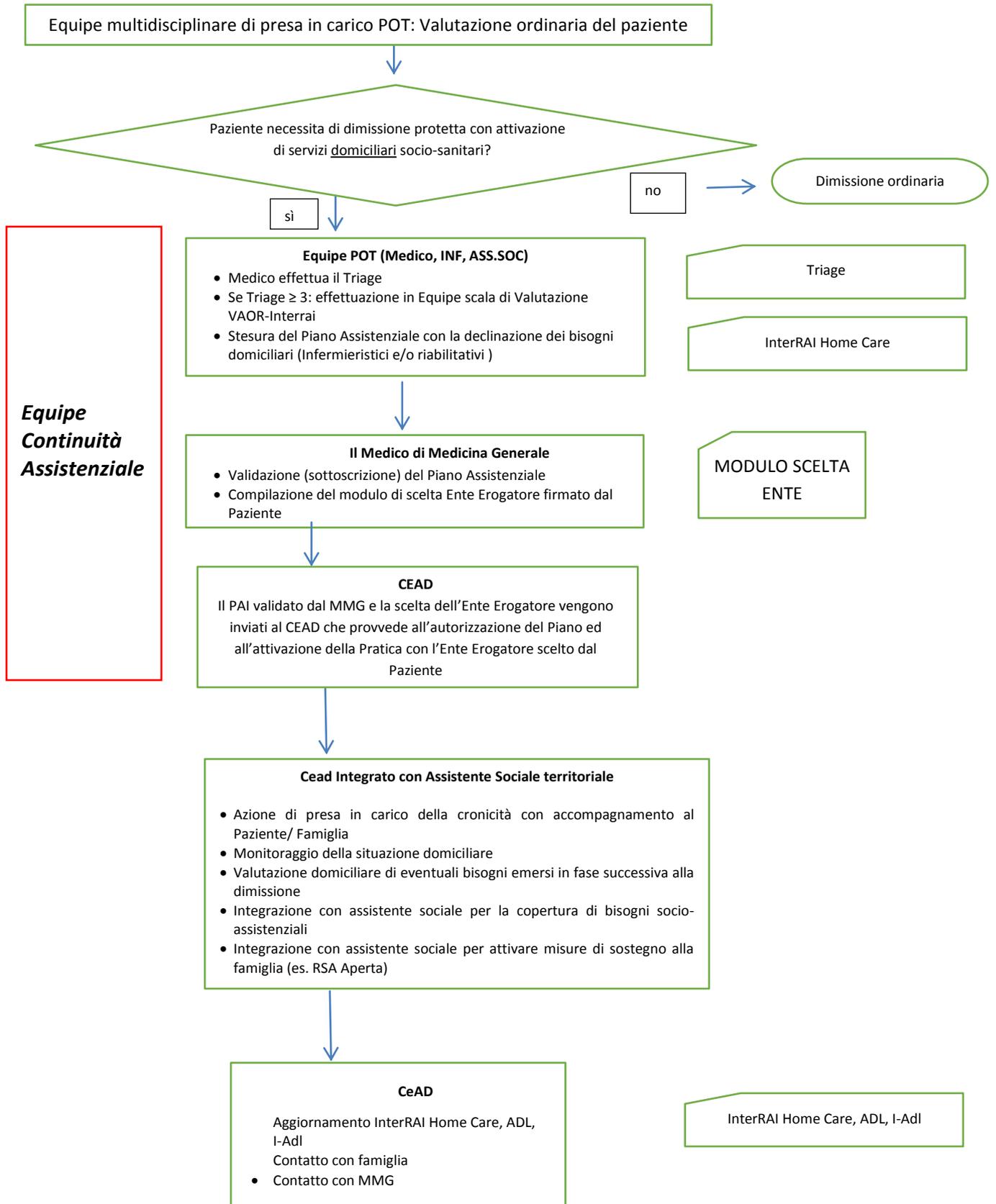
\* La conservazione delle cartelle è a carico del Gestore operativo e va consegnata all'ASST di Cremona per l'archiviazione e gli eventuali controlli NOC da parte dell'ATS.

**D. PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE FRAGILE AL DOMICILIO**

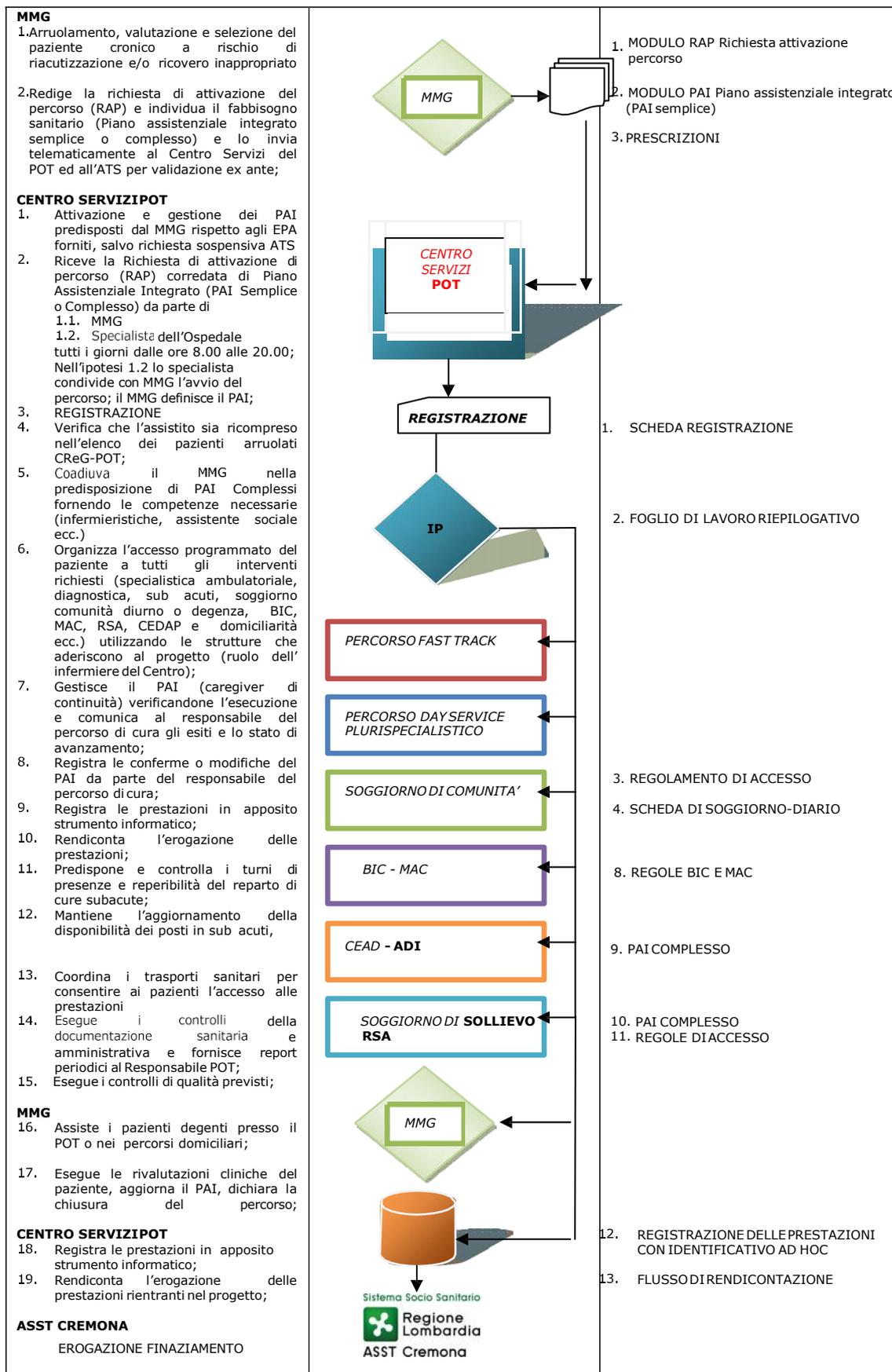
Per dimissione protetta si intende il processo di accompagnamento del paziente fragile e della sua famiglia nel passaggio dal regime di ricovero nel reparto per Subacuti verso il domicilio, con l'attivazione dei servizi socio-sanitari più appropriati a rispondere in modo integrato ai bisogni del paziente stesso.

<b>PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE FRAGILE AL DOMICILIO</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>CHI</b>	<b>QUANDO</b>	<b>STRUMENTI</b>
Pianifica dimissione in modo sinergico con assistente sociale e servizi territoriali	Medico, Infermiere, Assistente sociale POT	Durante il ricovero	
Definizione della fragilità del paziente	Medico, Infermiere, Assistente sociale POT	Durante il ricovero	Scale di valutazione funzionale e colloquio con il Paziente/Famiglia
Definizione della necessità di attivare servizi socio-sanitari domiciliari	Medico, Infermiere, Assistente sociale POT	Durante il ricovero	Scale di valutazione funzionale
Effettuazione del Triage	Medico, Infermiere	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	Scala di valutazione "Triage" (vedi <b>Allegato 8</b> )
Se Triage $\geq 3$ , Valutazione di secondo livello dei bisogni socio-sanitari attraverso la scala Inter-Rai Home Care	Medico, Infermiere	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	Scala di valutazione Inter-Rai Home Care
Stesura del Piano Assistenziale con la declinazione dei bisogni domiciliari (es. infermieristici, riabilitativi, assistenziali)	Medico, Infermiere, Assistente sociale POT	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	PAI
Se presenti bisogni riabilitativi, stesura del Progetto Riabilitativo Individualizzato specifico per il setting domiciliare	Specialista del POT	Entro la dimissione	Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI)
Validazione (sottoscrizione) del Piano Assistenziale	MMG	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	PAI
Compilazione del modulo di scelta Ente Erogatore firmato dal Paziente e di impegnativa per attivazione ADI	MMG e Paziente	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	Modulo di scelta Ente Erogatore ed impegnativa (vedi <b>Allegato 9</b> )
Istruzione del caregiver familiare in merito all'assistenza del paziente ed alla gestione di particolari bisogni sanitari	Medico e infermiere	Al momento della Dimissione	Programma assistenziale individuale integrato  Scheda C.I.R.S.S. MMSE
Invio del PAI, eventuale PRI, Modulo scelta alle cure socio-sanitarie (ex CEAD)	Infermiere/Assistente sociale	Durante il ricovero, in prossimità della dimissione	PAI, PRI, Modulo Scelta Ente Erogatore
Autorizzazione del Piano ed attivazione del percorso di continuità	Case Manager (Infermiere-Assistente sanitario) CEAD	Alla dimissione	Emissione di voucher per l'assistenza domiciliare
- Azione di presa in carico della cronicità con accompagnamento al Paziente/ Famiglia - Monitoraggio della situazione domiciliare - Valutazione domiciliare di eventuali bisogni emersi in fase successiva alla dimissione (es. presidi-ausili) - Integrazione con assistente sociale per la copertura di bisogni socio-assistenziali - Integrazione con assistente sociale per attivare misure di sostegno alla famiglia (es. RSA Aperta)	Case Manager CEAD, Assistente sociale territoriale ad integrazione CEAD ed assistente sociale comune di residenza	Al rientro al domicilio e nei mesi successivi	
Aggiornamento periodico della valutazione multidimensionale	Case Manager CEAD, Assistente sociale territoriale ad integrazione CEAD ed assistente sociale comune di residenza		InterRAI Home Care, ADL, I-Adl.
Riferimento ed accompagnamento al paziente ed alla sua famiglia	Case Manager CEAD		
Raccordo con il Medico di Medicina Generale	Case Manager CEAD		

## FLOWCHART DEL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL DOMICILIO



# FLOW CHART SINOTTICA - PERCORSI DI GESTIONE DELLA CRONICITA' NEL POT



## ASPETTI ORGANIZZATIVI GENERALI DEL POT

### REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEL POT

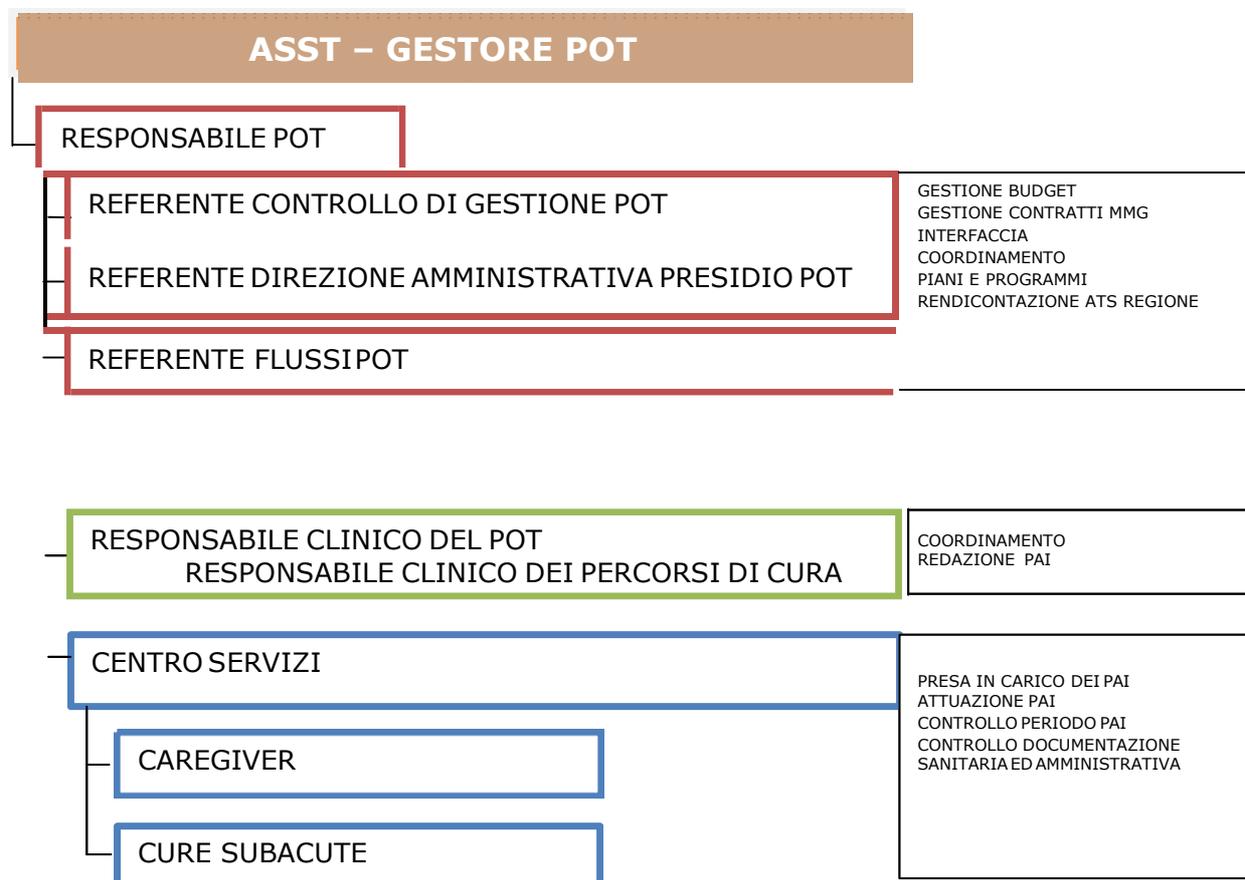
Il POT di Soresina rispetta i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti da specifiche normative regionali ove già normati, ivi compresi quelli **specifici per le cure subacute (allegato 6)**.

### RESPONSABILITA' GESTIONALE E ORGANIZZATIVA

La **responsabilità gestionale ed igienico-organizzativa** del POT è attribuita dalla DGR 4191/2015 alla ASST di Cremona (Gestore del POT) che la attua mediante l'individuazione di:

- un **Responsabile del POT (Direttore Medico di Presidio)**, **coadiuvato dalla funzione di Controllo di Gestione e dalla funzione di direzione amministrativa di presidio** per il governo complessivo della **gestione del POT**, (budget, organizzazione) che si interfaccia con la Direzione strategica della ASST, con il Centro Servizi e funge da interfaccia operativa con la ATS;
- Un **referente del Centro Servizi** che prende in carico i PAI redatti dal **MMG** secondo le direttive ricevute dal Responsabile del POT; coordina il Centro Servizi e risponde al Responsabile del POT.

La gestione del Centro servizi e del reparto di cure subacute è affidata dalla ASST a soggetto terzo mediante convenzione/affidamento nelle forme di legge.



### **MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DEL POT DI SORESINA**

Il soggetto gestore del POT (ASST di Cremona) è in possesso dei requisiti necessari all'esercizio delle attività previste (autorizzazione, accreditamento) rilasciate dalla ATS nella fattispecie per un Reparto Sub-Acuti di 20 posti nel quale esercitare l'attività.

L'ASST di Cremona gestirà anche il rapporto operativo con i MMG e la ATS.

La ASST di Cremona affida mediante convenzione/affidamento la gestione operativa del CENTRO SERVIZI e del REPARTO DI CURE SUBACUTE a soggetto terzo.

Il soggetto individuato assume la responsabilità gestionale ed igienico-organizzativa delle strutture del POT ad esso affidate in conduzione.

Il soggetto affidatario deve essere in possesso dei requisiti necessari all'esercizio delle attività previste (autorizzazione, accreditamento) rilasciate dalla ATS.

Il dettaglio delle responsabilità e dei compiti di ciascun attore è esplicitato nel documento **"Piano delle Attività e Responsabilità per la gestione del POT Soresina-ASST CREMONA"** (allegato 7)

## **CENTRO SERVIZI PER LA CONTINUITA' DELLE CURE**

### **FUNZIONI**

1. Il POT si avvale della funzione "**Centro Servizi**" per organizzare la **continuità delle cure**: provvede all'attuazione del **percorso assistenziale individuale (PAI)** richiesto dal **MMG** per garantire al paziente l'assistenza di cui necessita, coordinando le operazioni, i processi e le funzioni deputate alla erogazione delle varie attività;
2. concorre alla predisposizione di **Piani Assistenziali Integrati** fornendo le competenze multidisciplinari necessarie, ove non già disponibili.

### **Attività del Centro Servizi**

1. Presa in carico dei PAI predisposti dal MMG sulla base degli EPA forniti dall'ATS, o - in caso di loro indisponibilità - dei PDTA di riferimento e di ogni altra eventuale valutazione d'ordine clinico-assistenziale;
2. Verifica che l'assistito sia ricompreso nell'elenco dei pazienti CReG-POT fornito dall'ATS;
3. Coadiuvata il MMG nella predisposizione di PAI Complessi fornendo le competenze eventualmente necessarie (es. infermiere, assistente sociale ecc.)
4. Riceve la Richiesta di Attivazione di Percorso (RAP) corredata di Piano Assistenziale Individuale da parte del MMG o dallo specialista ospedaliero, se il paziente è già nell'elenco degli arruolati (tutti i giorni dalle ore 8.00 alle 20.00); comunica sempre al MMG l'avvio del percorso;
5. Organizza l'accesso programmato del paziente a tutti gli interventi richiesti (specialistica ambulatoriale, diagnostica, degenza in reparto per subacuti, BIC, MAC, RSA, domiciliarietà, ecc.) utilizzando le strutture che aderiscono al progetto (ruolo dell'infermiere del Centro);
6. Gestisce il PAI (caregiver di continuità) verificandone l'esecuzione e comunica al MMG gli esiti e lo stato di avanzamento;
7. Registra le conferme o modifiche del PAI da parte del MMG (anche su eventuale indicazione dell'ATS, per effetto del monitoraggio ex ante);
8. Registra le prestazioni in apposito strumento informatico;
9. Rendiconta l'erogazione delle prestazioni;
10. Predisporre e controlla i turni di presenze e reperibilità del reparto di cure subacute;
11. Mantiene l'aggiornamento della disponibilità dei posti in subacuti;
12. Coordina i trasporti sanitari per consentire ai pazienti l'accesso alle prestazioni;
13. Esegue i controlli della documentazione sanitaria e amministrativa e fornisce report periodici al Responsabile POT;
14. Esegue i controlli di qualità previsti.

**Dotazioni di personale (indicative): 1 FTE medico + Pronta disponibilità di 1 unità medica nei turni notturni/prefestivi/festivi, 2 FTE amministrativi , 1 FTE infermiere, 1 Assistente Sociale.**

## **INTEGRAZIONE DEL P.O.T. NELLA RETE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI**

Particolare attenzione è posta alla integrazione nella rete dei servizi sanitari e socio assistenziali.

Il POT è integrato:

- 1) nella **rete ospedaliera**, attraverso l'individuazione dei riferimenti territoriali per le emergenze e i servizi specialistici di 2° livello:
  - **ASST di Cremona** (Presidio Ospedaliero di Cremona);
  - **ASST di Crema** (Presidio Ospedaliero di Crema), in particolare nel caso di valutazioni di prossimità rispetto al luogo di residenza o di accessibilità.

### **2) nella rete Emergenza-urgenza**

Gli interventi tempo-dipendenti sono a carico del Sistema Emergenza Urgenza 112.

- 3) nella **rete territoriale**, per la presenza di
  - i) un Reparto di Cure Sub acute;
  - ii) strutture di erogazione di attività ambulatoriale;
  - iii) Gruppi di Cure Primarie e/o singoli Ambulatori di MMG;
  - iv) percorsi di dimissione protetta e continuità assistenziale;
  - v) strutture di accoglienza del territorio (RSA, etc.);
  - vi) reti collaborative sul territorio con varie forme di associazionismo della medicina generale.

# **SISTEMA QUALITÀ**

## **PROCESSO**

### **Verifica della corrispondenza PAI-EPA/PDTA (congruità dei PAI)**

Avviene mediante controllo in due fasi:

- 1) Presa in carico dal Gestore POT. Il Centro Servizi verifica che l'assistito sia ricompreso nell'elenco dei pazienti CReG-POT fornito da ATS-Regione (ha come effetto l'inserimento dell'assistito nel programma ovvero il diniego).
- 2) Verifica dei PAI predisposti per i pazienti in carico. L'ATS provvede al monitoraggio della congruenza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nel PAI (controlli ex ante).

### **Verifica della corrispondenza PAI - prestazioni godute**

Le verifiche della corrispondenza fra le prestazioni godute dall'assistito ed il PAI (controlli ex post) sono a carico sia dell'Erogatore POT che dell'ATS.

- 1) Il Centro Servizi verifica periodicamente il corretto completamento del percorso dei pazienti (coerenza e tempestività) rispetto al PAI;
- 2) L'ATS verifica la congruenza tra le prescrizioni pianificate nel PAI dei pazienti in carico e le prestazioni effettuate dai pazienti.

### **Verifica di completezza della documentazione sanitaria**

- 1) Verifica della presenza del Consenso Informato e della sottoscrizione del Patto di Cura;  
Il Centro servizi esegue valutazione in ingresso e non ammette pazienti privi di uno dei due documenti; esegue inoltre una verifica ad uno step intermedio.
- 2) Autocontrollo di completezza ed appropriatezza per ogni ricovero in cure subacute;
- 3) Controllo di completezza della documentazione sanitaria ed amministrativa.

**Tutti i report dei controlli sono inviati alla Direzione Medica di Presidio.**

L'attività di autocontrollo interno del Centro Servizi è indipendente rispetto all'attività istituzionale di monitoraggio e controllo della corretta esecuzione del servizio da parte dell'ATS.

## **ESITO**

Valore delle prestazioni attribuite ai pazienti CReG POT.

- Riduzione del valore cumulativo della spesa per le prestazioni ricomprese nella tariffa CReG-POT fruite dei pazienti nell'anno successivo alla data di arruolamento, rispetto all'anno precedente (stessa tipologia di prestazioni).

## **CUSTOMER**

Si procederà alla somministrazione di un questionario di gradimento agli utenti.

## **DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO E VERIFICA**

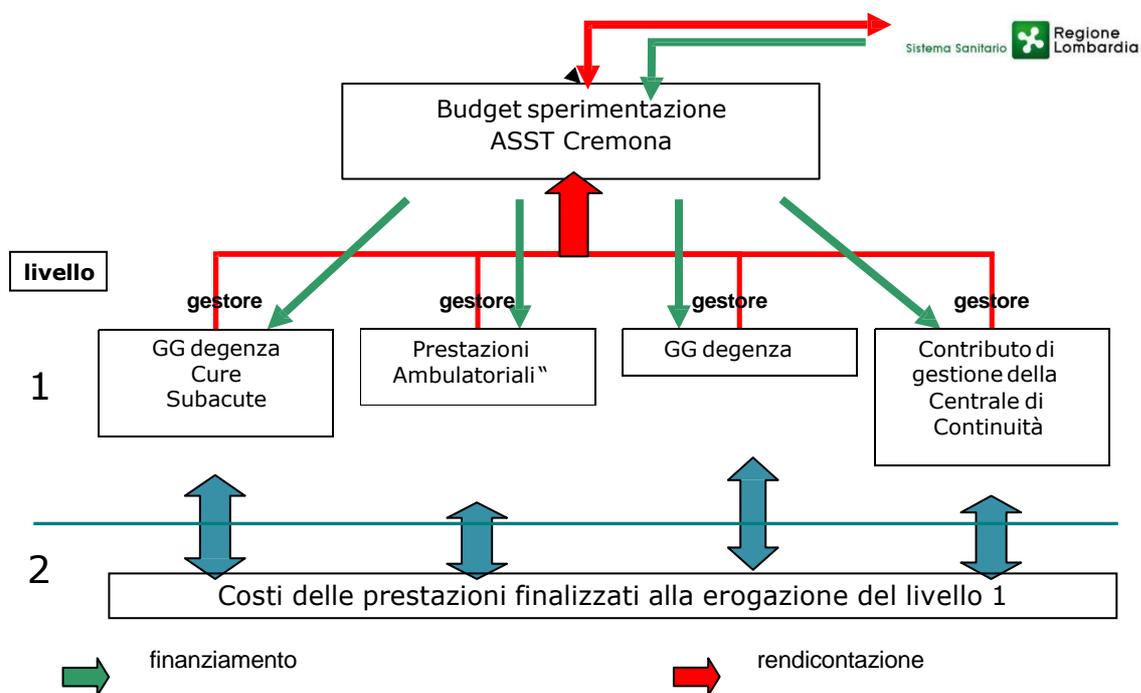
**Monitoraggio** del consumo di risorse del paziente CReG-POT.

**La ATS** trasmette ogni tre mesi (entro il 60° giorno dalla fine del trimestre) al Gestore POT l'elenco delle prestazioni erogate agli assistiti CReG POT e la loro valorizzazione, per un confronto con la quota attribuita a ciascun assistito.

## FLUSSI INFORMATIVI

Lo schema macro dei flussi è rappresentato nella figura seguente.

Flusso "macro" rendicontazione e finanziamento



## FLUSSI PRINCIPALI

### Verso Regione

PRESTAZIONI AMBULATORIALI rendicontate e valorizzate nel flusso 28/SAN da ogni erogatore dei pazienti CREG POT

PRESTAZIONI RICOVERO in Cure Subacute rendicontate e valorizzate con **flag SA**.

### Verso la ASST

Contributo funzionamento Centrale Operativa  
Contributo reclutamento  
Degenza Cure Subacute.

### Verso il Gestore Operativo POT

Registro reclutamento.

## MONITORAGGIO DELLA DEGENZA IN CURE SUBACUTE

RAPPORTO ASST - GESTORE DEL POT PRESTAZIONI IN SPERIMENTAZIONE					
SETTING	Oggetto del finanziamento	Strumenti di registrazione	Finanziamento	Flusso	NOTE
<b>Cure Subacute</b>	Giornata di degenza	<p>Gestionale di ricovero "tipo sub acuti" con creazione di "presidio" e di "reparto"</p> <p>Vantaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema disponibile, consolidato, genera una sdo, consente di prenotare ed erogare prestazioni per degenti erogate da soggetti diversi -ASST laboratorio, altre da Nuovo Robbiani-</li> </ul> <p>costituisce una base dati indispensabile a identificare i consumi di risorse del soggiorno e i flussi di finanziamento verso soggetti diversi</p> <p>Svantaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i MMG il suo utilizzo è una nuova esperienza</li> </ul> <p>Gestionale del personale: turni dei medici MMG e del personale di assistenza</p>	A giornata di degenza	ASST riconosce al gestore operativo retta giornaliera in tempi stabiliti Controlli: ATS verifica rispetto criteri ammissione	Flag "SA"
<b>Centrale Operativa</b>	Costo delle funzioni e personale	Rendicontazione attività svolta e costi del personale in ragione del tempo di effettiva presenza	% sul totale valore prestazioni gestite nella sperimentazione	ASST riconosce % sul valore totale delle prestazioni	

## FINANZIAMENTO

### REMUNERAZIONE E BUDGET DISPONIBILE

La Regione definisce e aggiorna periodicamente le **Tariffe CReG-POT** per i Codici CReG in sperimentazione nel POT. Le Tariffe CReG-POT a valere nel presente accordo sono quelle di cui alla DGR 4191 del 16.10.2015 e successive modifiche e integrazioni.

Viene assegnato alla struttura erogatrice (ASST di Cremona) un **budget**, rappresentato dall'ammontare complessivo della valorizzazione corrispondente alla sommatoria delle **Tariffe CReG-POT** per ogni paziente arruolato con PAI redatto, valido e trasmesso all'ATS.

Così come avviene per la sperimentazione CReG-MMG, eventuali prestazioni di **ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale** relative ai pazienti arruolati ma **non effettuate presso il POT** (incluse quelle erogate in P.S.), saranno remunerate a consuntivo alle strutture erogatrici delle prestazioni in oggetto direttamente dall'ATS, e la valorizzazione delle stesse verrà decurtata dal budget assegnato alla struttura erogatrice POT; le compensazioni sono a cura dell'ATS. Oltre al costo sostenuto per le prestazioni ambulatoriali verranno imputati alla struttura anche i costi relativi **al consumo di farmaci, ai ricoveri ospedalieri di area medica** (di cui all'allegato 1 della DGR 4191/2015), **ricoveri subacuti e ricoveri di riabilitazione**.

Per i pazienti classificati in Classi CReG-POT per le quali sia stata definita una Tariffa CReG-POT, secondo l'elenco disponibile nell'Allegato 1) alla DGR 4191 del 16.10.2015, la remunerazione riconosciuta al soggetto erogatore POT è costituita dalla differenza (**Delta**) tra budget assegnato e il totale dei costi (ambulatoriale, farmaci escluso File F, ricoveri ospedalieri di area medica, ricoveri subacuti, riabilitazione), riferiti ai periodi di effettiva presa in carico certificati dal sistema gestionale regionale, al netto delle attività di valutazione e controllo esercitate dalla ATS.

Nel caso in cui il Delta:

- o sia **negativo o uguale a zero**, al POT verrà comunque riconosciuta una quota di valorizzazione del PAI pari ad € 25,00 per ciascun paziente cui sia stato compilato/rinnovato il PAI in corso d'anno, a remunerazione dello stesso;
- o sia **positivo, ma inferiore alla** somma delle valorizzazioni dei PAI correttamente compilati/rinnovati, il Delta sarà incrementato sino al raggiungimento di tale valore (€ 25,00).

I compensi per le prestazioni dei MMG (in forma associata o individuale), come previsto espressamente dalla suddetta DGR, sono regolati da accordo fra ASST e MMG (presente accordo).

Dal punto di vista amministrativo, i **mesi-persona di presa in carico** saranno conteggiati in base al periodo di validità del PAI, in altre parole la "presa in carico" si interrompe se il PAI non viene confermato (o modificato) entro il suo periodo di validità, oppure nel caso di pazienti deceduti o trasferiti durante il periodo contrattuale, oppure nel caso di pazienti per i quali si evidenziassero, nel medesimo periodo, "consumi indice" dell'insorgenza di patologie escluse dalla sperimentazione secondo i criteri indicati nell'Allegato 1 della DGR n. 4191/2015.

**Gli accordi sono calibrati** in relazione alla tipologia/intensità della collaborazione del MMG, e sono regolati da specifico schema di ACCORDO (allegato 2); questo documento recepisce quanto già stipulato tra AO di Crema e MMG nella precedente fase della sperimentazione (dicembre 2015).

In tale accordo si prevede che "...fatto salvo quanto indicato nell' art. 7 REMUNERAZIONE E BUDGET DISPONIBILE che individua il budget disponibile, al MMG è riconosciuto quanto segue:

- **Quota PAI** (sempre riconosciuta in caso di predisposizione di PAI valido e confermato dal gestore POT ed ATS). La valorizzazione economica da riconoscere al MMG per la predisposizione del PAI è pari a una quota di € 25,00 per ciascun paziente;

- **Quota assistenza presso Cure Subacute (in caso di adesione alla tipologia di apporto):** pari al valore complessivo di 1 unità/medico/anno (€ 65.000,00), oltre ad una quota da concordare per la pronta disponibilità notturna, prefestiva e festiva, da ripartirsi ai MMG partecipanti sulla base dell'apporto individuale e della valorizzazione delle attività svolte;
- **Quota Obiettivo di Risultato:** in analogia con quanto stabilito dalla DGR 3993 del 4.8.2015 per i CReG-MMG, si concorda che una quota del budget reso disponibile alla sperimentazione dedotte le quote per le prestazioni erogate all'assistito inerenti agli ambiti ambulatoriale, farmaci escluso File F, ricoveri ospedalieri di area medica, ricoveri subacuti, riabilitazione, dedotti i costi di attivazione del POT (Centro servizi), dedotti i costi delle Cure Subacute, sia riconosciuta ai MMG partecipanti. Tale quota sarà pari a quella già negoziata tra AO di Crema e MMG nella precedente fase della sperimentazione (dicembre 2015)."

#### **Modalità di distribuzione della Quota Obiettivo di Risultato**

La quota è suddivisa ai partecipanti alle Tipologie 1 e 2 tenendo conto del differente impegno previsto dalle tipologie 1 e 2B (massimo) e 2A.

In caso di accordo fra ASST e Cooperativa la quota parte spettante come sopra determinata è attribuita dalla ASST alla Cooperativa.

In caso di accordo fra ASST e singolo MMG è distribuita direttamente.

## STRUMENTI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO

Le attività di monitoraggio della presa in carico dei pazienti sono effettuate dalla struttura erogatrice POT in stretta collaborazione con l'ATS, sulla base dei dati disponibili e ricavati dai flussi informativi sanitari e di quanto rendicontato all'ATS dalla struttura erogatrice.

### I controlli e le verifiche dell'ATS riguardano:

1. lo stato di avanzamento delle attività di progetto;
2. la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni pianificate (controlli **ex ante**);
3. l'aderenza dei percorsi dei pazienti ai PAI (controlli **ex post**);
4. il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati, anche ai fini del riconoscimento economico, monitorando l'andamento degli indicatori individuati;
5. il trend della spesa e il suo allineamento rispetto ai costi attesi.

L'ATS si impegna a fornire **un ritorno informativo**, con frequenza trimestrale, messo a disposizione da Lombardia Informatica, al soggetto erogatore POT per quanto riguarda i consumi dei pazienti arruolati per le prestazioni non effettuate presso il POT, relative ai servizi sanitari e socio sanitari.

Il Responsabile POT, il Referente del CdG e della Direzione Amministrativa svolgono funzione di Comitato di Monitoraggio POT che si riunisce periodicamente con scadenze definite nel corso degli incontri (almeno trimestrali).

Il Comitato si interfaccia con la ATS in Tavoli tecnici periodici che saranno definiti in accordo fra le parti.

Il Responsabile clinico del POT si impegna a partecipare alle riunioni del Comitato di Monitoraggio.

Saranno oggetto di verifica e controllo i seguenti aspetti:

- Attività Centro Servizi
- Analisi consumi prestazioni sanitarie
- Analisi indicatori di qualità
- Analisi indicatori di processo
- Analisi indicatori di performance
- Analisi indicatori di risultato.

Sono previsti **più momenti di controllo**: il primo entro 30 giorni dalla stipula del contratto e successivamente ogni tre mesi.

Sarà sottoposto a controllo da parte dell'ATS:

- Il 20% dei PAI
- Il 20% dei ricoveri in Cure Subacute.

Tale quota potrà essere rideterminata in qualunque momento, nel corso della sperimentazione, qualora l'ATS lo ritenesse opportuno o necessario.

Report:

- Report dei controlli eseguiti;
- Flussi informativi ATS e propri.

## SISTEMA DI PENALIZZAZIONE

Non saranno riconosciute le valorizzazioni dei PAI non conformi.

## **ALLEGATI**

<b>ALLEGATO</b>	<b>1</b>	<b>REGOLAMENTO DELLE CURE SUBACUTE</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>2</b>	<b>SCHEMA DI ACCORDO CON IL MMG</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>3</b>	<b>MODULO RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO (RAP) E PIANO ASSISTENZIALE IND. SEMPLICE</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>4</b>	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>5</b>	<b>SCHEMA ADESIONE AL CREG-POT, CONSENSO INFORMATO E ACCETTAZIONE DEL PATTO DI CURA</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>6</b>	<b>REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE CURE SUBACUTE</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>7</b>	<b>PIANO DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ PER LA GESTIONE DEL POT SORESINA-ASST CREMONA</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>8</b>	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE DOMICILIARE</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>9</b>	<b>MODULO DI SCELTA ENTE EROGATORE ASSISTENZA DOMICILIARE</b>

# Implementazione del percorso del paziente affetto da ictus in Lombardia - Proposta di Rete Neurovascolare

*Progetto elaborato da:*

*dott.ssa Maria Sessa, Direttore UOC Neurologia, ASST Cremona*

*dott. Mario Crispino, Responsabile UOD Neuroradiologia, ASST Cremona*

*dott. Alfonso Ciccone, Direttore UOC Neurologia, ASST Mantova*

*condiviso da:*

*dott. Alessandro Prella, Direttore UOC Neurologia, ASST Crema*

## ***1. Background e razionale***

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano (2005) ha riconosciuto che l'ictus rappresenta, per le sue dimensioni epidemiologiche e per il suo impatto socio-economico, una delle più importanti problematiche sanitarie, costituendo la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza, e (in Italia) la terza causa di morte (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2005). Si calcola che, in Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengano colpite da ictus; circa una persona ogni 300 abitanti; una persona ogni tre minuti. La Conferenza stessa delineava la necessità di strutturare un "modello integrato di cura" dalla prevenzione alla riabilitazione che ruoti intorno all'utente.

Ad oggi, l'unica strategia terapeutica approvata è la terapia riperfusiva per via endovenosa o endoarteriosa.

Per quanto riguarda la terapia riperfusiva con **Alteplase (Actilyse®) per via endovenosa**, questa è approvata per il trattamento dell'ictus cerebrale acuto entro le quattro ore e mezza dall'esordio nei pazienti di età inferiore o uguale agli 80 anni.

La revisione dei tre trials che hanno incluso pazienti > 80 aa per un totale di 1711 pazienti di cui 25 dallo studio EPITHET (*Davis SM, Lancet Neurol 2008*), 69 dallo studio NINDS (*The NINDS rt-PA Stroke Study Group, N Engl J Med 1995*), i rimanenti dallo studio IST-3 (*The IST-3 collaborative group. Lancet 2012*), ha dimostrato che per i pazienti >80 aa entro tre ore dall'esordio dei sintomi, il 28.9% dei pazienti trattati con rt-PA e il 19.3% dei pazienti allocati nel braccio controllo erano vivi e indipendenti a tre mesi ( $p=0.003$ ) (*Wardlaw JM, Lancet 2012*). Alla luce di questi dati, nell'ultima versione delle linee guida per il trattamento dell'ictus ischemico formulate della American Heart Association non viene indicato alcun limite superiore di età per il trattamento trombolitico ed iniziato entro tre ore dall'esordio dei sintomi. (*Jauch EC, Stroke 2013*) e nell'ultima versione delle linee guida italiane (2015) non viene indicato alcun limite superiore di età per il trattamento trombolitico ed iniziato entro quattro ore e mezza dall'esordio dei sintomi ([www.iso-spread.it](http://www.iso-spread.it)).

Dagli studi originali ad oggi si sono accumulate ulteriori evidenze che portano a considerare anche altre controindicazioni generali non adeguatamente motivate. Alla luce di questa letteratura, l'American Heart / American Stroke Association (AHA-ASA) e l'Italian Stroke Organization (ISO) hanno modificato nella stesura delle nuove linee guida, rispettivamente nel 2013 e 2015, i criteri di esclusione, togliendone alcuni e considerandone altri relativi, quindi a giudizio del medico curante. (*Jauch EC, Stroke. 2013; www.iso-spread.it*).

Per quanto riguarda la **trombolisi endo-arteriosa**, sono stati recentemente pubblicati cinque trials che hanno arruolato pazienti con ictus ischemico:

- Il trial MR CLEAN (Berkhemer OA, NEJM 2014) ha dimostrato che il trattamento endoarterioso in pazienti con occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore, se praticato entro sei ore dall'esordio, è sicuro e più efficace dello standard care.
- Il trial ESCAPE (Goyal M, NEJM 2015) ha dimostrato che, nei pazienti con occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore, area ischemica piccola e buona circolazione collaterale, il trattamento endovascolare entro 12 ore dall'esordio in aggiunta allo standard care è sicuro e più efficace della sola terapia standard.
- Il trial EXTEND-IA ha dimostrato che nei pazienti trattati con alteplase ev, in presenza di un'occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore, con un cuore ischemico <70 ml ed evidenza di tessuto salvabile, il trattamento endovascolare in aggiunta alla trombolisi ev migliora l'outcome (Campbell BCV, NEJM 2015).
- Il trial SWIFT-PRIME ha dimostrato che nei pazienti trattati con alteplase ev, in presenza di un'occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore e in assenza di ampia lesione ischemica, il trattamento endovascolare entro 6 ore dall'esordio in aggiunta alla trombolisi ev migliora l'outcome (Saver JL, NEJM 2015).
- Il trial REVASCAT ha dimostrato che nei pazienti trattati con alteplase ev, in presenza di un'occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore e in assenza di ampia lesione ischemica, il trattamento endovascolare entro 8 ore dall'esordio in aggiunta alla trombolisi ev migliora l'outcome (Jovin TG, NEJM 2015).

Questi dati hanno prodotto un aggiornamento delle nuove linee guida italiane ISO-SPREAD 2015 secondo cui: *le tecniche di trombectomia meccanica sono indicate entro 6 ore dall'esordio dei sintomi in pazienti con occlusione di carotide interna intra-cranica, arteria cerebrale media tratti 1-2, arteria cerebrale anteriore tratto 1, che non rispondono e che non possono essere sottoposti alla trombolisi ev (raccomandazione grado B); e dovranno portare ad una riorganizzazione del percorso del paziente cerebrovascolare acuto.*

**INDIPENDENTEMENTE DAL LIMITE SUPERIORE DELLA FINESTRA TERAPEUTICA, VA COMUNQUE RIBADITO CHE I BENEFICI DERIVANTI DALLA TERAPIA RIPERFUSIVA SONO TEMPO-DIPENDENTI E CHE LA TERAPIA VA INIZIATA IL PIÙ VELOCEMENTE POSSIBILE (AHA, 2013; RACCOMANDAZIONE DI CLASSE I, LIVELLO DI EVIDENZA A)**

In tal senso vanno tenute in considerazione le indicazioni di regione Lombardia come riportate nel B.U.R.L. 13.10.2008:

TRIAGE e PRESA in CARICO	10 min
ESECUZIONE CON REFERTAZIONE degli EMATOCHIMICI	30 min
Contemporaneamente a esecuzione esami ematochimici:	
VALUTAZIONE CLINICA	10 min
VALUTAZIONE NEUROLOGICA ed NIHSS (vedi allegato 2)	10-15 min
ESECUZIONE E VALUTAZIONE TAC CEREBRALE	10-25 min
CONSENSO INFORMATO	10 min
TEMPO DOOR-TO-NEEDLE	45-90 min

Nonostante l'introduzione dei farmaci fibrinolitici e la diffusione sempre più capillare delle Stroke Unit (unità semi-intensiva), il numero dei pazienti trattati è di gran lunga inferiore all'atteso.

Se analizziamo i dati di regione Lombardia, con una popolazione di 9.900.000 di abitanti, considerando un'incidenza dello 0.3%, ci aspettiamo circa 29.000 nuovi casi di ictus all'anno. Dai dati di letteratura si calcola che circa il 60% arrivi in Pronto Soccorso in tempo utile per essere sottoposto a trombolisi, quindi circa 17.800. Di questi, si ritiene che il 25% circa non presenti controindicazioni come da RCP di Actilyse. Ci aspetteremmo quindi circa 4.500 pazienti all'anno sottoposti a trombolisi. Dal registro SITS-ISTR risulta che nel 2014 sono stati sottoposti a trombolisi in Lombardia 721 pazienti, pari al 16% dell'atteso.

Se applichiamo la stessa analisi a tutto il territorio italiano, con una popolazione di circa 59.000.000 di abitanti, ci aspettiamo circa 170.000 eventi/anno. Di questi circa il 60% arriva in Ospedale entro la finestra terapeutica, quindi circa 100.000 pazienti. Considerando gli attuali criteri di esclusione da RCP, circa il 25% è candidabile alla trombolisi, quindi circa 25.000 pazienti. I dati del registro SITS-ISTR riporta 4.402 procedure nel 2014, pari a solo il 4.4%.

I dati di Regione Lombardia sono sicuramente migliori della media nazionale, ma ben lontano dall'atteso e, comunque, dagli standard europei.

In aggiunta, dagli ultimi dati di letteratura, emerge chiaramente come in un sottogruppo di pazienti con caratteristiche ben definite (pazienti con occlusione di carotide interna intra-cranica, arteria cerebrale media tratti 1-2, arteria cerebrale anteriore tratto 1, che non rispondono e che non possono essere sottoposti alla trombolisi ev), il trattamento endovascolare in aggiunta alla trombolisi ev migliora l'outcome. E' noto che la trombolisi ev è associata ad un percentuale di ricanalizzazione pari a circa il 45% e che l'outcome è correlato in modo significativo alla ricanalizzazione del vaso. Quindi si potrebbe estrapolare che circa il 50% dei pazienti sottoposti a trombolisi ev potrebbe richiedere un trattamento endoarterioso. Sempre considerando la regione Lombardia, potremmo prevedere circa 2.000 procedure endoarteriose/anno. Il registro endovascolare ictus riporta 495 procedure per tutta Italia nel 2014 di cui 61 in Lombardia ([www.registroendovascolare.it](http://www.registroendovascolare.it)).

Le procedure di tromboectomia endovascolare necessitano la disponibilità, oltre che del neurologo, di una sala angiografica, e, data la breve finestra terapeutica entro cui devono essere eseguite, la pronta disponibilità di neuroradiologi interventisti, tecnici di radiologia ed infermieri dedicati 24/24

7/7. Non tutti gli ospedali della Lombardia hanno questa disponibilità. E' altrettanto evidente come questo non sia realizzabile, sia per considerazioni economiche, sia perché è necessario un elevato expertise del centro e degli operatori ottenibile solo grazie ad un'esperienza maturata su elevato case mix di patologia interventistica endovascolare.

#### *Riferimenti bibliografici*

- Easton JD et al. Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack. Stroke 2009, 40:2276-2293.
- Davis SM et al. Lancet Neurol 2008; 7: 299–309.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1581–87
- The IST-3 Collaborative Group. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. The Lancet, May 23, 2012
- Wardlaw J et al. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. The Lancet, May 23, 2012
- Jauch EC et al, Stroke Association Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke, January 31, 2013
- [www.iso-spread.it](http://www.iso-spread.it)
- Berkhemer OA et al. A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. NEJM; December 17, 2014
- Goyal M et al . Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke. NEJM; February 11, 2015
- Campbell BCV et al. Endovascular therapy for ischemic Stroke with reperfusion-Imagin Selection. NEJM; February 11, 2015
- Saver JL et al Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs t-PA alone in stroke. NEJM; April 17, 2015
- Jovin TG et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. NEJM; April 17, 2015
- Regione Lombardia Bollettino Ufficiale 13.10.2008 – DDG 18 settembre 2008 n°10068
- [www.registroendovascolare.it](http://www.registroendovascolare.it)

## ***2. Obiettivi del progetto***

### **2.1 Obiettivo principale**

Creare una rete di neuroradiologie interventistiche che possa garantire, ai pazienti candidabili, la terapia riperfusiva endoarteriosa 24 ore su 24, 7 gg su 7.

### **2.2 Beneficiari del progetto**

I primi beneficiari del progetto sono i pazienti affetti da ictus cerebrali e i loro care-givers.

Un'ottimizzazione del percorso ictus porterebbe ad aumentare la % dei pazienti trattati migliorando il loro outcome. I dati post-marketing dello studio SITS-MOST riportano una buona prognosi nel 54% circa dei pazienti trattati con trombolisi ev. In aggiunta, i dati dei trials più recenti hanno dimostrato che il trattamento endovascolare in aggiunta alla trombolisi ev ottiene una differenza assoluta nella % di indipendenza funzionale tra pazienti trattati e gruppo controllo di 11- 23.8 punti percentuali, variabile nei diversi trials, in favore del trattamento.

A ciò si aggiunge un evidente beneficio economico. Se si computano i costi diretti a carico del SSN (ospedalizzazione, visite ambulatoriali, farmaci, riabilitazione, assistenza domiciliare, etc), i costi diretti non a carico del SSN (libera professione), e i costi indiretti, un recente lavoro condotto in Italia stima i costi a 36 mesi per paziente con ictus di 10.992 Euro per pazienti con disabilità lieve, 29.310 Euro per disabilità moderata, e 74,863 Euro per disabilità grave.

### 3. Sviluppo del progetto

Num	TRAGUARDO INTERMEDIO	BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI	INDICATORE DI VERIFICA
1.	Valutazione fabbisogno	Raccolta dati di popolazione province lombarde	Casi attesi (incidenza x popolazione)
2.	Mappatura NeuroRadiologie Interventistiche (NRI)	Verifica n° NRI; Verifica n° neuroradiologi; Verifica disponibilità personale tecnico e infermieristico	N° NRI; N° neuroradiologi/NRI e copertura oraria;
3.	Simulazione rete a medio termine	Proposta di soluzione di copertura territorio con NRI	Copertura intero territorio 24/24 7/7
4.	Analisi criticità	Modello Ishikawa	Condivisione del documento di analisi
5.	Azioni correttive	Proposta condivisa da tutti di soluzioni ai singoli problemi. Identificazione dei responsabili attuazione azioni correttive.	Soluzione criticità (da monitorare con indicatori di performances)
6.	Condivisione progetto	Riunione con responsabili neurologie e NRI Riunione con AREU	N° di partecipanti N° di adesioni al progetto Firma progetto

#### 3.1 Valutazione fabbisogno

La stima dei casi di ictus attesi viene calcolata moltiplicando l'incidenza attesa riportata in letteratura (0.3%) per la popolazione delle province lombarde. Di questi circa 60% dei pazienti affersce ad un Pronto Soccorso in tempo utile; di questi circa il 25% non presenta controindicazioni alla trombolisi. Considerando i dati eziopatogenetici si può stimare che circa il 50% possa essere candidabile a procedure di trombectomia meccanica, quindi circa 175 pazienti / anno.

Sul totale dei 175 pazienti, Mantova contribuisce per il 54% circa, Cremona e Crema per il 46% circa.

		<i>SOREU</i>	<i>ATS</i>	<i>0.3%</i>	<i>60%</i>	<i>25%</i>	<i>50%</i>
Cremona (e Crema)	362.000	Pianura	Val Padana	1090	650	162	81
Mantova	415.000	Pianura	Val Padana	1245	747	187	94
<b>TOTALE</b>	<b>777.000</b>			<b>2.335</b>	<b>1.397</b>	<b>349</b>	<b>175</b>

#### 3.2 Analisi Neurologie e Neuroradiologie

##### ASST Cremona:

*Struttura Complessa di Neurologia* dotata di Semi-intensiva (direttore dott.ssa Maria Sessa). Lo staff della neurologia e NCH garantiscono guardia attiva 24/24 e 7/7.

*Struttura Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia diagnostica e terapeutica* (Responsabile dott. Mario Crispino) 2 operatori

ASST Crema:

*Struttura Complessa di Neurologia* dotata di Stroke Unit (direttore dott. Alessandro Prella). Lo staff della neurologia garantisce guardia attiva diurna e reperibilità notturna.

0 neuroradiologie interventistiche, 0 operatori

ASST Mantova:

*Struttura Complessa di Neurologia* dotata di Stroke Unit (direttore dott. Alfonso Ciccone). Lo staff della neurologia garantisce guardia attiva diurna e notturna.

0 neuroradiologie interventistiche, 0 operatori

### **3.3 Situazione attuale**

Cremona - Attualmente è garantita la trombolisi per via endovenosa 24/24 7/7. Le procedure endovascolari, con l'attuale organico della neuroradiologia, possono essere garantite dalle 8 alle 16 dal lunedì al venerdì.

Crema - Attualmente è garantita la trombolisi per via endovenosa 24/24 7/7. Esiste una convenzione con ASST Bergamo per neuroradiologia diagnostica ed interventistica che garantisce copertura diurna (8-20) 7/7; di notte se neuroradiologo interventista disponibile (non esiste reperibilità formale).

Mantova - Attualmente è garantita la trombolisi per via endovenosa 24/24 7/7. Le procedure endovascolari sono effettuate a Brescia quando neuroradiologo disponibile.

### **3.4 Proposta rete a medio termine**

In considerazione dell'attuale distribuzione delle Neuroradiologie Interventistiche e dei relativi organici si può prevedere la realizzazione nel breve termine di una rete tra ASST Cremona, ASST Crema e ASST Mantova con la seguente turnistica:

*Feriali 8-16 (2088 ore = 24%)*

Cremona garantisce territorio ASST Cremona, ASST Crema, ASST Mantova (quando neuroradiologo assente)

Mantova garantisce territorio ASST Mantova (ad eccezione di assenza neuroradiologo per ferie, malattia, congressi, etc)

*Notti 16-8 (4176 ore = 47.5%)*

Cremona garantisce ASST Cremona, ASST Crema e ASST Mantova

*Week-end (dalle 8 del sabato mattina alle 8 del lunedì mattina) (2496 ore = 28.5%)*

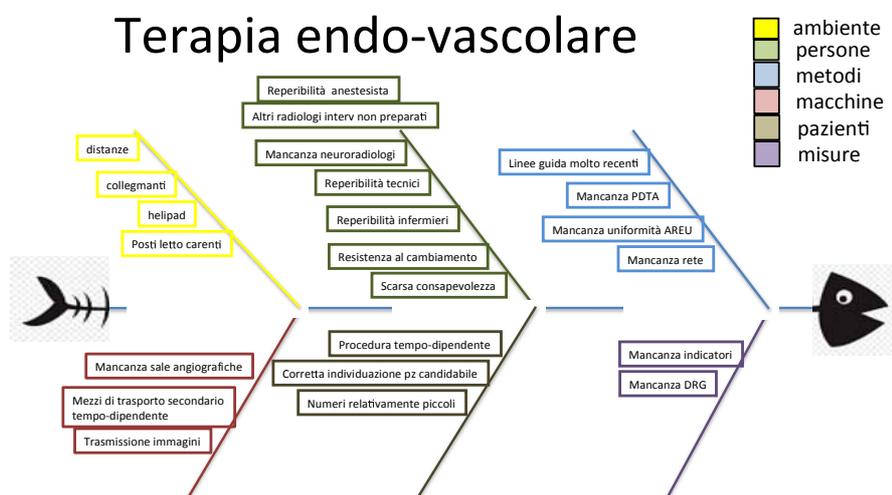
Cremona garantisce ASST Cremona, ASST Crema e ASST Mantova

Con questa distribuzione, i casi previsti sarebbero così distribuiti:

	Feriali (24%)	Bacino	Casi attesi	Notti (47.5%)	Bacino	Casi attesi	We (28.5%)	Bacino	Casi attesi	TOT
<b>Cremona</b>	261	362.000	19	261	777.000	83	52	777.000	50	<b>152</b>
<b>Mantova</b>	261	415.000	23	0	0	0	0	0	0	<b>23</b>

### 3.5 Analisi criticità

L'utilizzo di un diagramma causa/effetto di Ishikawa, permette di individuare i punti critici del processo pz candidato alla trombectomia meccanica → accesso alla terapia in tempi utili.



Si cercherà di seguito di individuare e commentare alcune delle possibili problematiche schematizzate nel diagramma a lisca di pesce, contestualizzandole alle singole Aziende.

#### Ambiente:

*distanze/collegamenti/helipad* - I collegamenti via ruota da Crema e da Mantova non sono possibili tramite autostrada; va privilegiata la possibilità di trasporto via ala rotante. Questa seconda ipotesi deve prendere in considerazione la disponibilità di helipad presso le strutture ospedaliere o che fungano da rendezvous abilitate anche al volo notturno e con ridotta visibilità. In futuro potrebbero essere disponibili tecnologie che permettano di volare anche in condizioni di visibilità ridotta. Al momento va verificata la possibilità di utilizzare campi sportivi adiacenti agli Ospedali.

*posti letto* – una proposta di rete che preveda Cremona come hub di riferimento per Crema e Mantova nelle ore diurne deve considerare circa 140 ricoveri aggiuntivi rispetto all'attuale. Alla luce della carenza posti letto area neuro/NCH vanno calcolati 3 posti letto aggiuntivi.

L'organizzazione interna deve prevedere sempre la disponibilità di un letto in rianimazione/semi-intensiva nelle ore diurne.

#### Macchine:

*neuroradiologia con sala angiografica* – I pazienti candidabili a procedure di trombectomia meccanica vengono selezionati anche in base a caratteristiche neuroradiologiche che prevedono l'esecuzione in urgenza di TAC testa ed angioTC; le procedure di trombectomia meccanica necessitano la disponibilità di una sala angiografica. Apparecchiatura TAC ed angiografo devono essere disponibili 24/24 7/7, con accesso immediato data la breve finestra terapeutica entro cui gli esami/procedure devono essere eseguite. ASST Cremona dispone di una Neuroradiologia Interventistica con TAC e sala angiografica. ASST Crema e ASST Mantova dispongono di TAC per esecuzione di TAC ed angioTC.

*trasmissione immagini* – i pazienti vengono centralizzati all'hub solo laddove sussistono le indicazioni; pertanto il neuroradiologo reperibile deve avere garantito in tempo reale la visualizzazione delle immagini acquisite presso il centro spoke. Attualmente questo è possibile tra gli Ospedali di Crema e Cremona e tra gli ospedali di Mantova e Cremona. Va predisposto accesso da remoto, così da permettere visualizzazione delle immagini anche dal domicilio per neuroradiologo reperibile.

*mezzi di trasporto* – in relazione alla documentata efficacia tempo-dipendente è necessario garantire trasporto secondario tempo-dipendente. Mantova è collegata a Cremona con Strada Provinciale [CR-MN 65 km (SP ex SS10)] che prevede un tempo di percorrenza, in assenza di traffico, di almeno 60 minuti. Anche Crema è collegata a Cremona da Strada Provinciale (SP ex SS415) con una distanza di 45 km, percorribile, in assenza di traffico, in circa 42 minuti. E' evidente pertanto che parte dei collegamenti devono essere garantiti via ala rotante, soprattutto nelle ore diurne feriali in presenza di traffico.

Al problema del trasporto urgente secondario tempo-dipendente, si aggiunge il problema del trasporto presso centro Spoke di pazienti che, per decisione medica, non vengono considerati eleggibili alla procedura endovascolare e sono in condizioni cliniche da poter rientrare presso centro inviante. Questo trasporto deve essere garantito dall'Ospedale hub.

#### Persone:

*neurologi* – il paziente con ictus cerebri acuto deve essere valutato dal neurologo che, alla luce delle notizie anamnestiche e della clinica, dispone x accertamenti per eventuale procedura

endovascolare, la cui indicazione viene poi rivalutata con il neuroradiologo. Mantova e Cremona dispongono di guardia attiva neurologica/NCH, Crema di guardia neurologica attiva diurna e pronta reperibilità neurologica notturna.

*neuroradiologi* - le procedure di trombectomia endovascolare necessitano, data la breve finestra terapeutica entro cui devono essere eseguite, la pronta disponibilità di neuroradiologi interventisti, tecnici di radiologia ed infermieri dedicati 24/24 7/7. L'analisi delle attuali disponibilità evidenzia la presenza di: ASST Cremona: 2 neuroradiologi interventisti + 1 neuroradiologo (in formazione come interventista). Sono necessari 2 interventisti aggiuntivi per garantire copertura 24/24 7/7, di cui uno assunto dall'ASST di Mantova ove sarà destinato all'attività diagnostica neuroradiologica ed interventistica quando in turno a Mantova e che parteciperà alle reperibilità notti e festivi.

*tecnici neuroradiologia* – l'esecuzione di TAC ed angioTC prevede la presenza di un tecnico. Laddove, durante week-end e ore notturne, è presente il tecnico di radiologia convenzionale, mentre il tecnico TAC è reperibile, per ovviare alla perdita di tempo dell'attesa del tecnico reperibile (20 minuti), si potrebbe prevedere che TAC ed angioTC venissero eseguite dal tecnico di radiologia convenzionale, dopo adeguata preparazione. Per quanto riguarda la problematica della somministrazione di mezzo di contrasto, la normativa prevede la presenza del radiologo.

*infermieri sala angiografica* – deve essere garantita pronta disponibilità infermieristica.

*anestesista* - va aggiunto la necessità di una pronta disponibilità dell'anestesista/rianimatore, la cui presenza deve essere garantita per i trasferimenti allineandosi alle disposizioni in materia (ad esempio linee guida SIAARTI), così come per l'assistenza in sala angiografica.

#### Pazienti:

problema fondamentale è la corretta identificazione dei pazienti candidabili alle procedure endovascolari. Ad oggi le più recenti linee guida italiane (ISO-SPREAD 2015) raccomandano le tecniche di trombectomia meccanica entro 6 ore dall'esordio dei sintomi in pazienti con occlusione di carotide interna intra-cranica, arteria cerebrale media tratti 1-2, arteria cerebrale anteriore tratto 1, che non rispondono e che non possono essere sottoposti alla trombolisi ev (raccomandazione grado B). Ciò significa che i pazienti, la cui clinica sia suggestiva di un'occlusione di un grosso vaso (NIHSS  $\geq$  9), devono essere sottoposti in urgenza ad angioTC. Questo non è in tutti i centri pratica standard. Deve essere previsto e condiviso tra le Aziende un PDTA con chiare disposizioni su indicazione a angioTC per eventuale terapia endovascolare. Un PDTA è già presente presso l'ASST Cremona.

#### Metodi:

*PDTA* - La pubblicazione dei trials che hanno dimostrato che il trattamento endoarterioso in pazienti con occlusione prossimale di arteria intracranica della circolazione anteriore, se praticato

entro sei ore dall'esordio, è sicuro e più efficace dello standard care è estremamente recente, così come l'aggiornamento delle linee guida. A ciò si aggiunge che non tutti i presidi sono in grado di garantire le procedure endovascolari (in alcuni non sono del tutto disponibili, in altre lo sono solo nelle fasce orarie diurne). E' indispensabile la stesura di PTDA interni alle singole aziende (PS, neuro, neuroradio, anestesisti), condividendo le indicazioni alla trombectomia, che si interfaccino anche con il territorio (AREU).

*Convenzioni* - Altrettanto è indispensabile la stipula di convenzioni tra le Aziende della rete  
Misure: vanno definiti indicatori di performances.

***Dai dati precedentemente riportati sono necessari:***

- ***3 posti letto aggiuntivi in Neurologia per un numero previsto di pazienti di circa 133 (pazienti Crema, Cremona e Mantova nelle ore notturne e we), oltre l'attuale, su un bacino di 777.000 abitanti;***
- ***almeno 2 neuroradiologi interventisti aggiuntivi per garantire copertura 24/24 7/7;***
- ***terapia intensiva: adeguamento organico + accreditamento letti***

### **3.6 Azioni correttive**

*Individuazione matrice compiti/responsabilità*

	Compiti	Responsabilità
Helipad		AREU
Posti letto	Analisi necessità neuro	Direttori UO Neurologia
	Analisi necessità rianimazione	Direttori UO Rianimazione
	Disposizione x adeguamento posti letto	Direzioni Strategiche
Trasmissione immagini con accesso da remoto	Verifica stato dell'arte	Neuroradiologi/Tecnici/Sistemi informativi/Risk manager
	Disposizione per eventuale aggiornamento sistema trasferimento immagini	Direzione Strategica
Trasporto pazienti		AREU
Valutazione organico	Anestesisti/Rianimatori Neuroradiologi Neurologi	Direzioni Strategiche
PDTA	Stesura PTDA interno +	Direttori UO Neurologia, PS, Neuroradio, Rianimazione
	PDTA trasporto urgente secondario tempo-dipendente	+ AREU
Convenzioni	Stesura Convenzione tra: Mantova e Cremona Crema e Cremona	Direzioni Strategiche Direttori UO

### 3.7 Condivisione del progetto

Il progetto va condiviso e firmato da tutti gli attori coinvolti.

### 4. Programmazione temporale delle attività

	Responsabilità	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	dicembre
Valutazione richiesta							
Mappatura neuroradiologie							
Progetto di rete							
Condivisione progetto							
Analisi criticità							
<b>Data richiesta per soluzione criticità</b>							
Helipad	AREU						
Letti neurologia	DS						
Reclutamento Neuroradiologi	DS						
Addestramento Neuroradiologi	Responsabile Neuroradiologia						
Trasferimento immagini ospedale / casa	DS						
Addestramento Tecnici	DS						
Anestesisti/Rianimatori	DS						
Firma Convenzioni	DS						
PDTA	Neuro/NR/PS/AR EU/Ria						

## 5. Definizione del budget Cremona - Mantova

Valutazione dell'impatto Economico/Finanziario del progetto	
Spese per investimenti	Aggiuntivi per l'azienda
TECNOLOGIA: si (l'acquisto del nuovo angiografo per l'emodinamica deve prevedere la possibilità di utilizzare l'apparecchiatura anche ai fini neuroradiologici)	no
ALTRO: Devices + altra strumentazione/farmaci	Circa 6.000 Euro/procedura
<b>TOTALE</b>	
Costi	Aggiuntivi per l'azienda
PERSONALE	2 neuroradiologi (1 Cremona, 1 Mantova)
	1 neurologo (Cremona)
	2 anestesisti/rianimatori (Cremona)
ALTRI COSTI (Es. formazione, trasferte)	Formazione tecnici e personale medico
<b>TOTALE</b>	

EVENTUALI MAGGIORI ENTRATE PREVISTE	SORGENTI	CESSANTI
Attrattività su territori limitrofi extra-regione		
Adeguamento alle linee guida → riduzione contenziosi		
<b>TOTALE</b>		

EVENTUALI SPONSORIZZAZIONI/FINANZIAMENTI FINALIZZATI	IMPORTO
Casa farmaceutica produttrice di Actilyse	Da contrattare
Produttori di devices	Da contrattare
Industria mercato informatico	Da contrattare
Telemedicina	Da contrattare
Ministero Salute	Finanziamento grants (ad es. bandi finalizzata)
Produttori di ausili	Da contrattare
<b>TOTALE</b>	

## **6. Conclusioni**

Questo progetto si inserisce in un cambio radicale della società, ove osserviamo un progressivo allungamento della vita e, pertanto, un aumento delle patologie legate all'età, tra cui l'ictus. Altrettanto osserviamo una continua evoluzione delle innovazioni tecnologiche che rendono disponibili nuovi strumenti diagnostici e strategie terapeutiche, tra cui la trombolisi endovenosa e le procedure di rivascolarizzazione endoarteriosa. In parallelo, la rivoluzione nel mondo della comunicazione e la maggiore mobilità determina un'augmentata percezione del diritto alla salute e una maggiore possibilità di accedere alle cure. Per dare una risposta adeguata laddove sia indicato procedere con tecniche endovascolari, si rende necessario costruire una **rete clinica**, con l'obiettivo di ridurre duplicazioni (evitare che ogni azienda sia dotata di un centro di Neuroradiologia Interventistica) e garantire un servizio migliore (pochi centri, ma con elevata casistica). Un sistema di rete Hub & Spoke sembra essere una soluzione tra le più ragionevoli. Una rete hub & spoke di neuroradiologie interventistiche si potrebbe considerare una rete a volontarietà limitata (non completamente volontaria anche se non totalmente imposta), i cui principali attori sono Regione, AREU, aziende ospedaliere con ruoli diversi. Regione, in linea anche con precedenti decreti (n° 3762 del 3.5.2012 e integrazione n° 4283 del 17.5.2012) ha ruolo di promotore della rete, accreditamento dei centri hub, finanziamento in termini di personale e tecnologie. AREU deve garantire l'organizzazione del trasporto secondario tempo-dipendente via gomma o ala rotante. Aziende devono garantire la formazione del personale, la stesura di PDTA condivisi, la presa in carico del paziente, il monitoraggio dei processi.

Questo progetto si inserisce appieno nella già avviata convenzione tra le ASST di Cremona e di Mantova che, tra l'altro, prevede la creazione di una struttura complessa di neuroradiologia interaziendale Cremona-Mantova (vd. allegato), e nello spirito della riforma del servizio socio-sanitario della legge 23 di regione Lombardia, che prevedono un'intensa cooperazione multidisciplinare intraospedaliera ed interospedaliera. Le soluzioni logistiche innovative devono andare di pari passo con un radicale cambiamento culturale in tutti gli stakeholders che preveda un allineamento degli obiettivi tra policy makers e operatori sanitari che superino le pressioni politiche ed economiche, una condivisione di responsabilità tra i diversi operatori sanitari coinvolti che sormontino le usuali conflittualità, così come un coinvolgimento dei pazienti che acquisiscano una maggiore consapevolezza della patologia e dei limiti/opportunità delle cure disponibili.

In definitiva, la vera sfida è che, nella fattispecie, la patologia cerebrovascolare costituisce un'emergenza, il medico è in realtà un team ultraspecialistico multidisciplinare e la terapia include una serie di interventi, anche complessi, apparentemente non capillarizzabili.

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# **POAS 2016-2018**

## **ASST Cremona**

# **Organigrammi**

# ORGANIGRAMMI POAS 2016-2018

Sistema Socio Sanitario



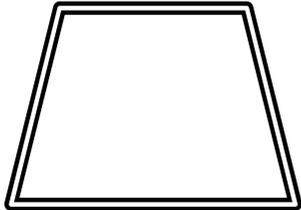
Regione  
Lombardia

ASST Cremona

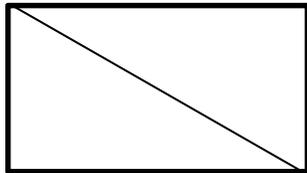
# Legenda



Dipartimento Gestionale



Unità Operativa Complessa



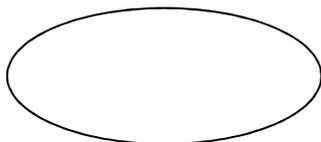
Unità Operativa Semplice Dipartimentale



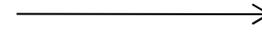
Unità Operativa Semplice



Dipartimento Funzionale



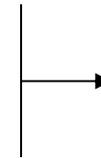
Posizione Organizzativa



Relazione gerarchica



Relazione funzionale



Staff

Descrizione

Ufficio/Funzioni

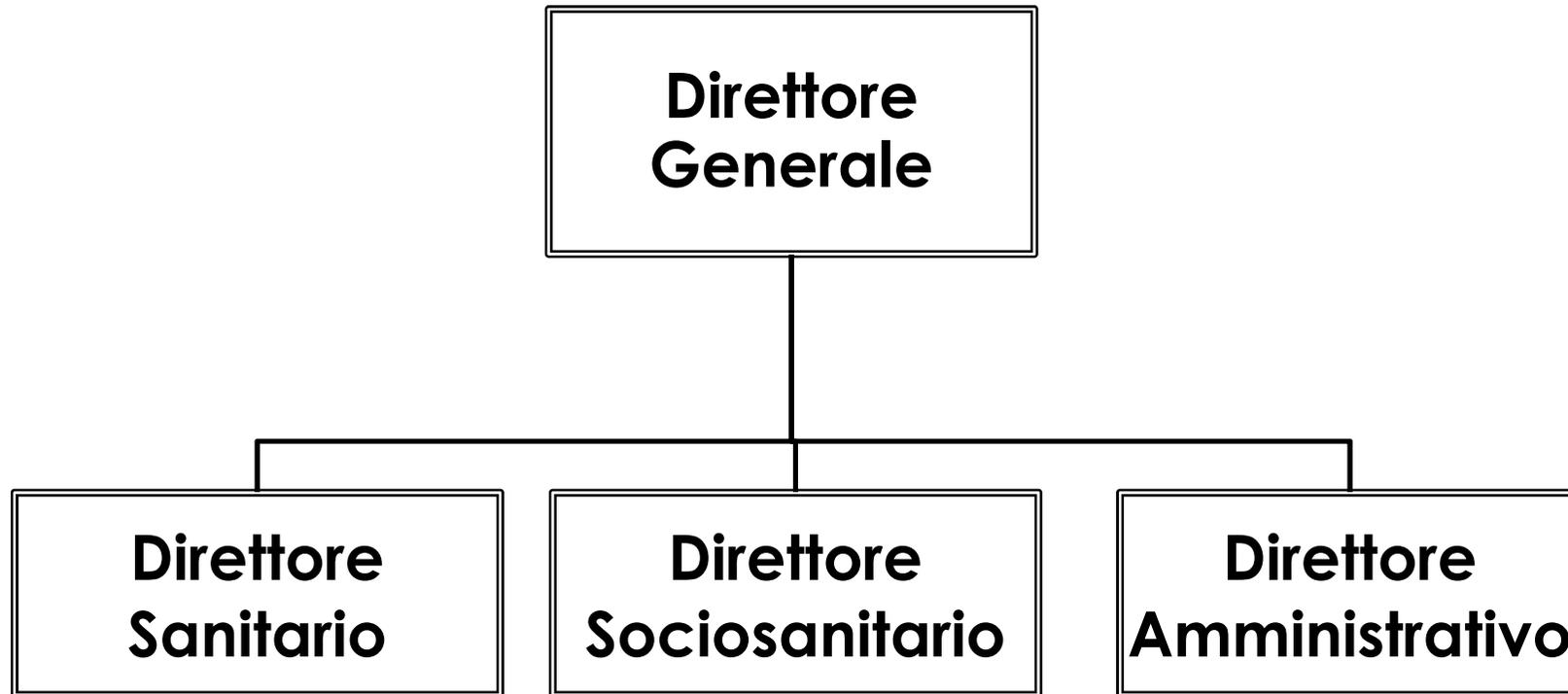
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Direzione Strategica



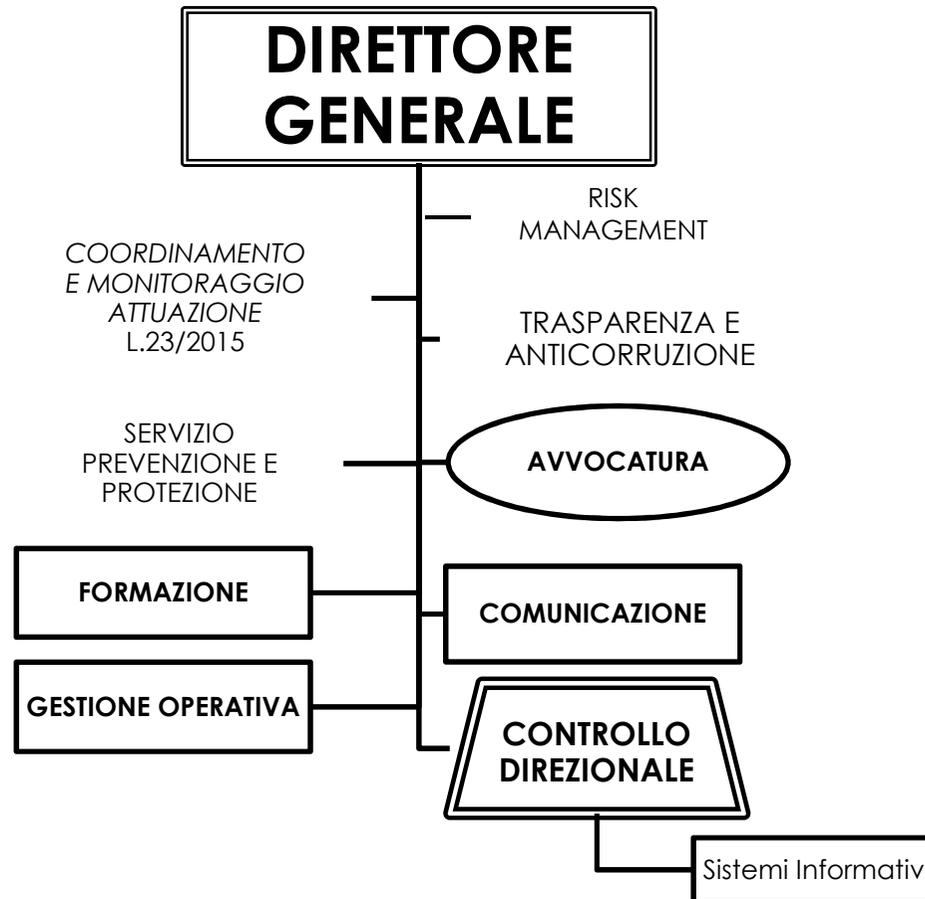
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Direzione Generale



Sistema Socio Sanitario



ASST Cremona

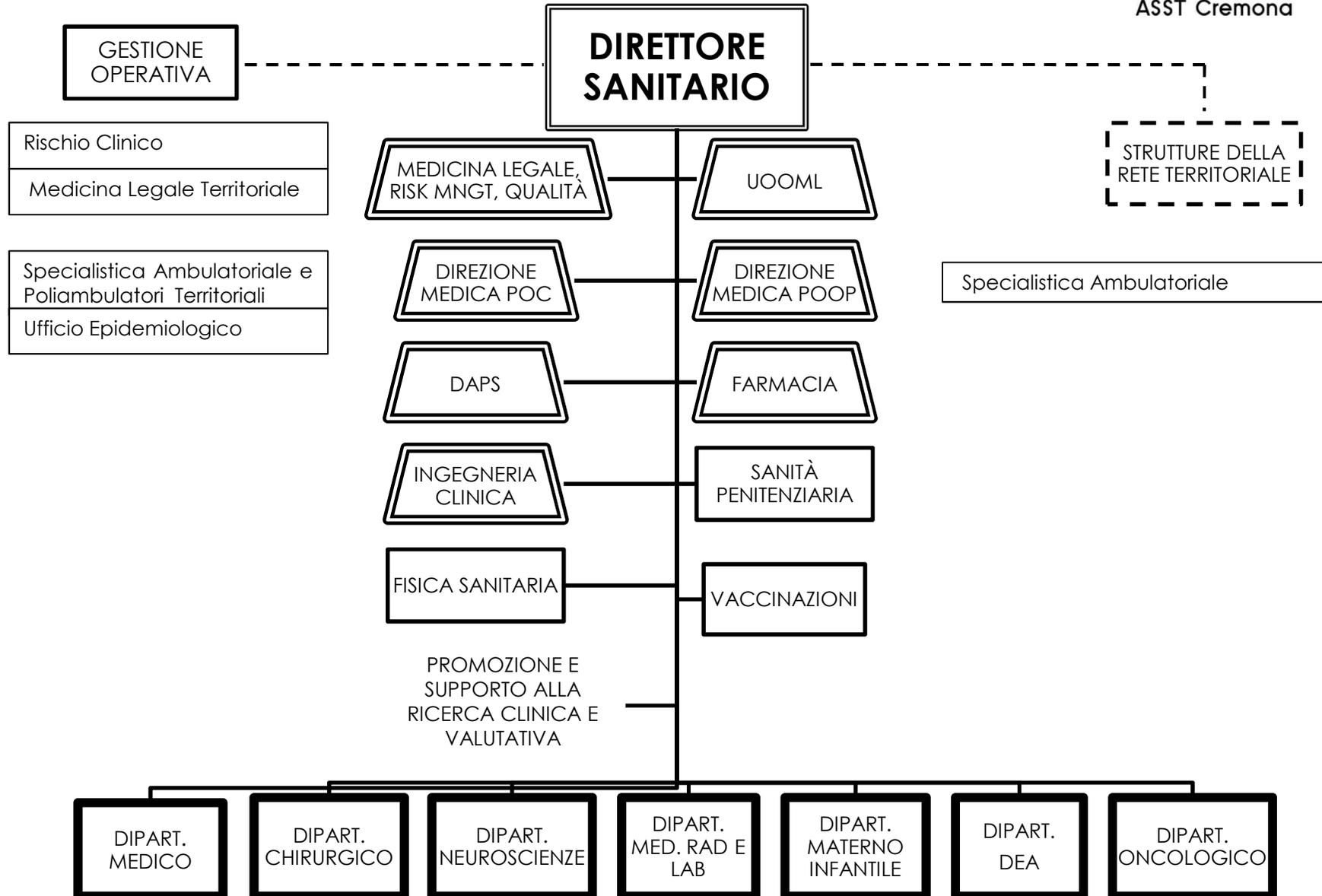
# Direzione Amministrativa



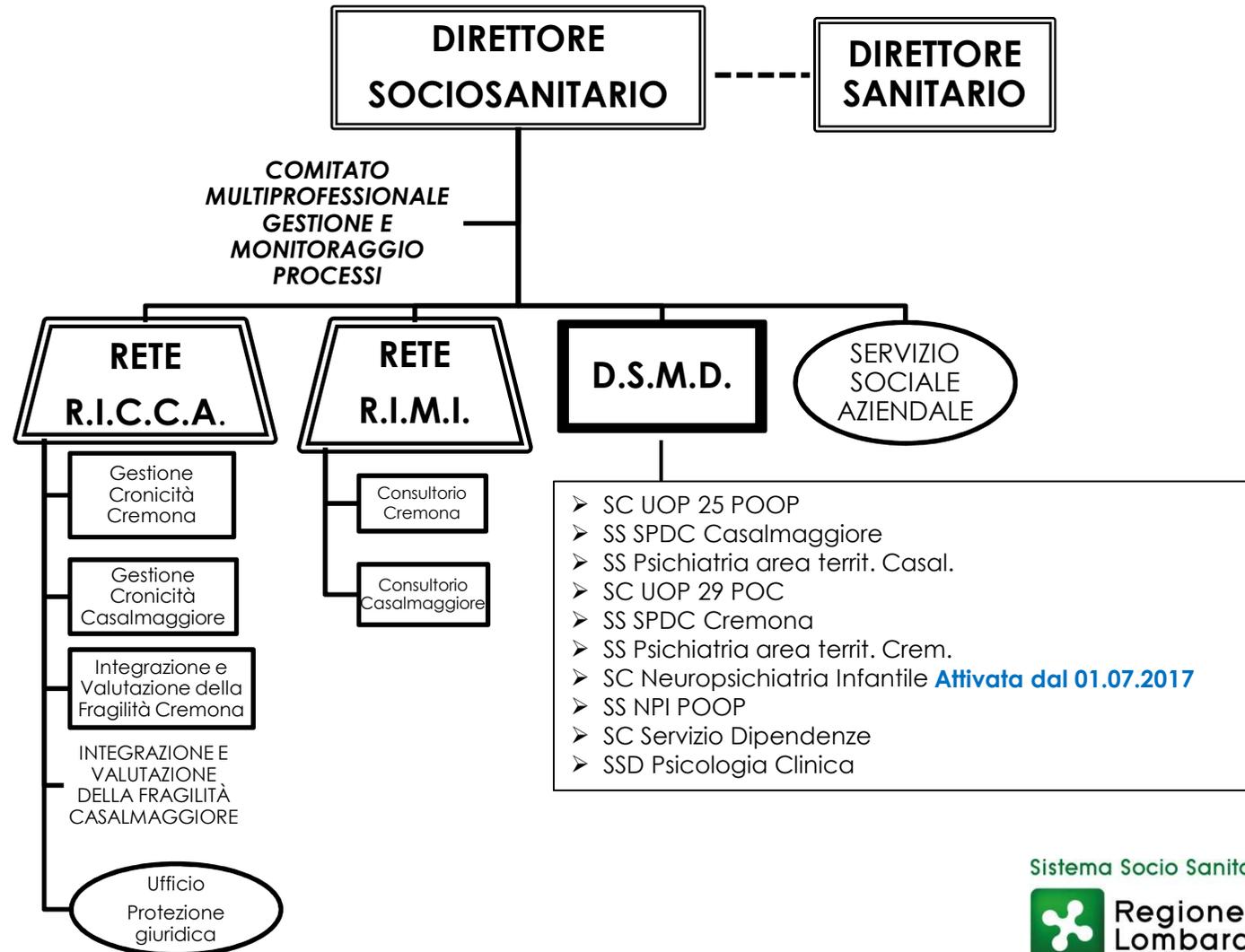
Sistema Socio Sanitario



# Direzione Sanitaria



# Direzione Sociosanitaria



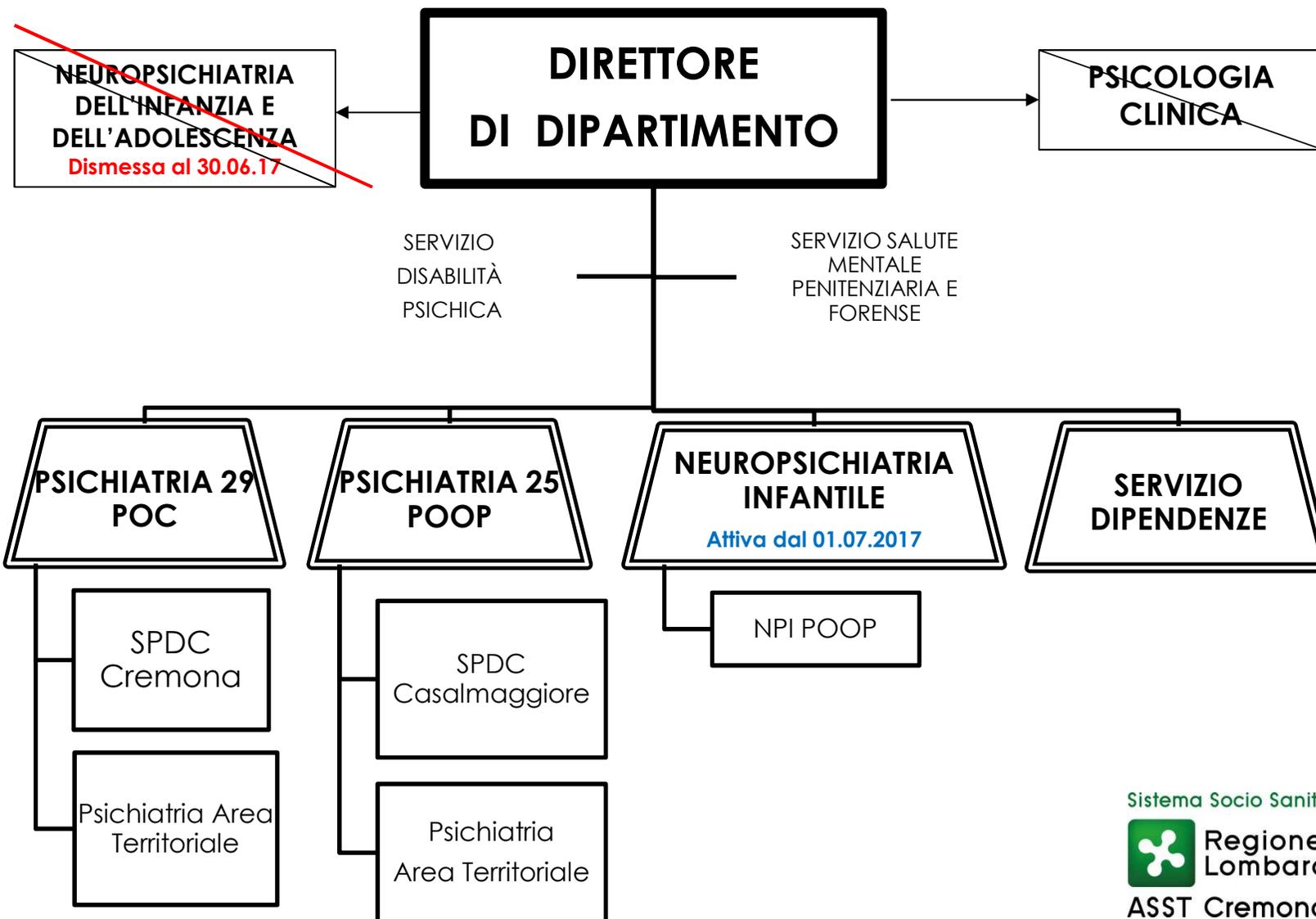
Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze



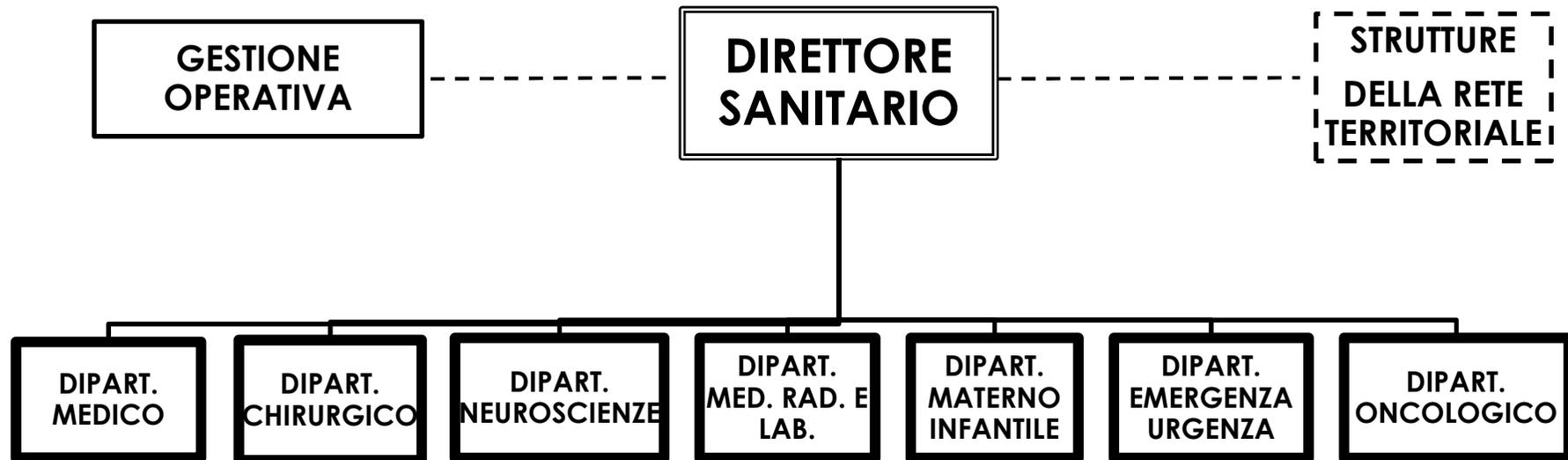
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimenti Gestionali



Sistema Socio Sanitario



# Dipartimento Materno Infantile



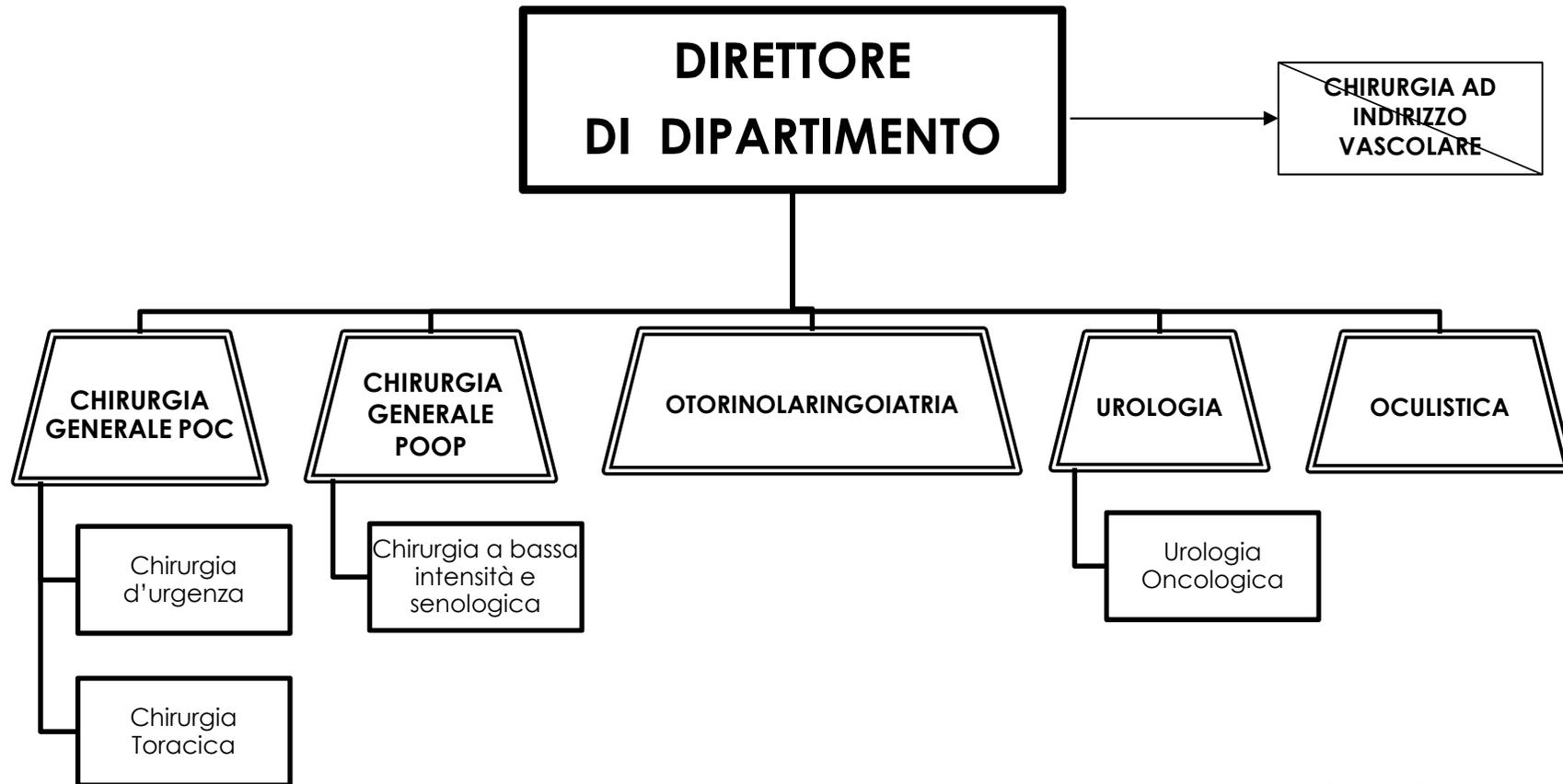
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimento Chirurgico



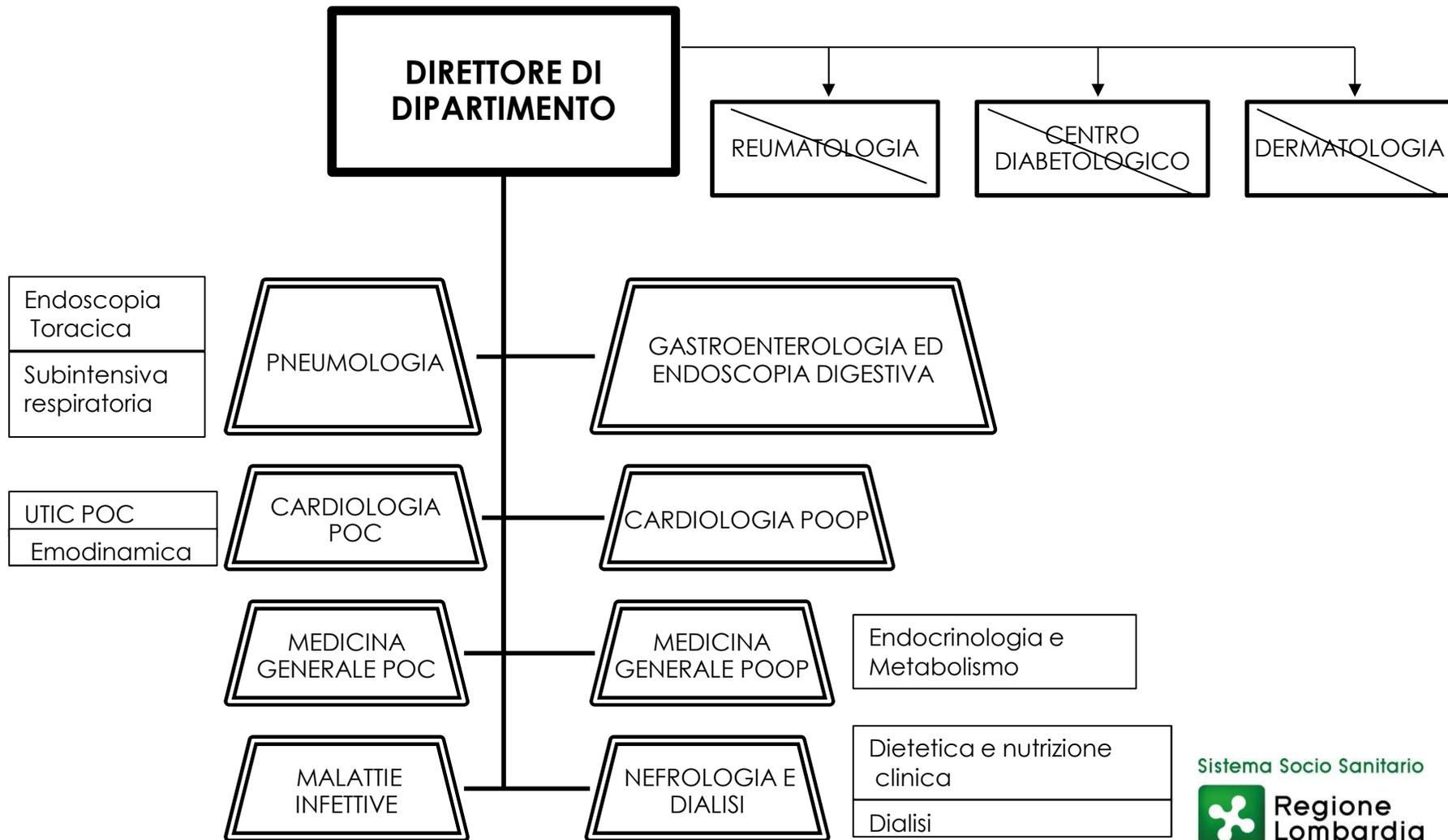
Sistema Socio Sanitario



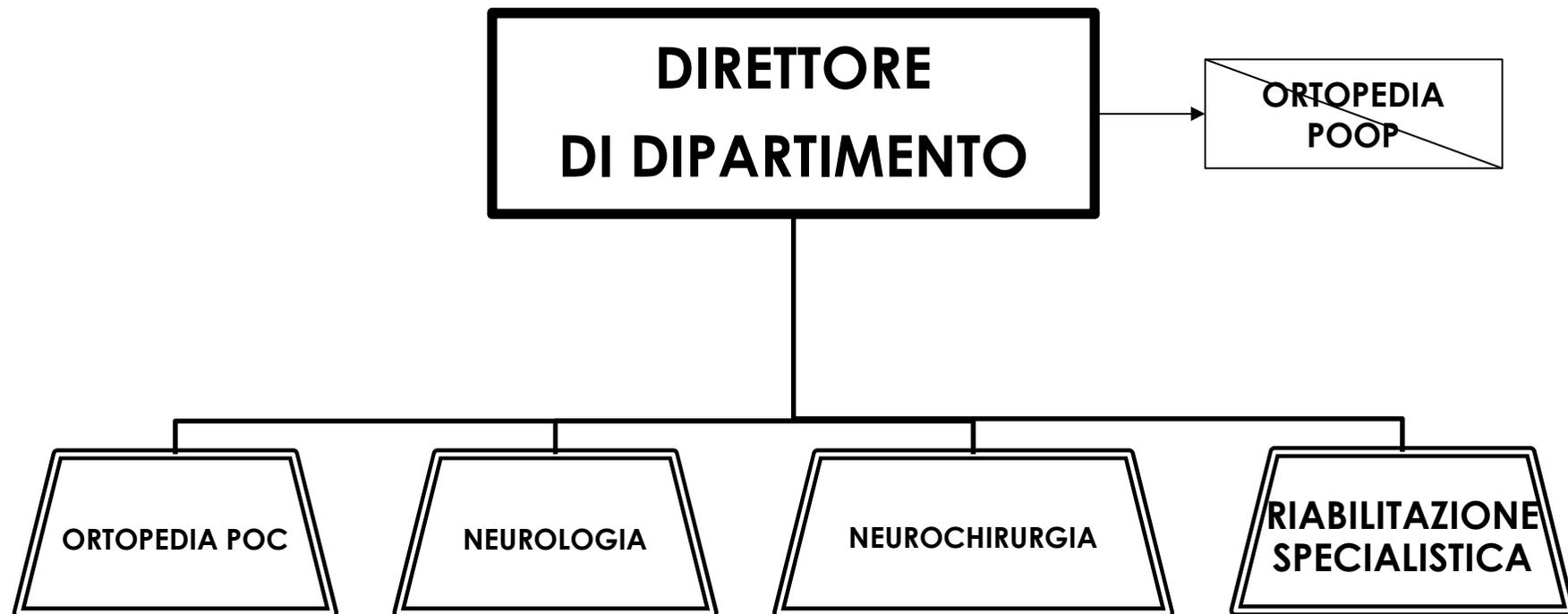
Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimento Medico



# Dipartimento Neuroscienze



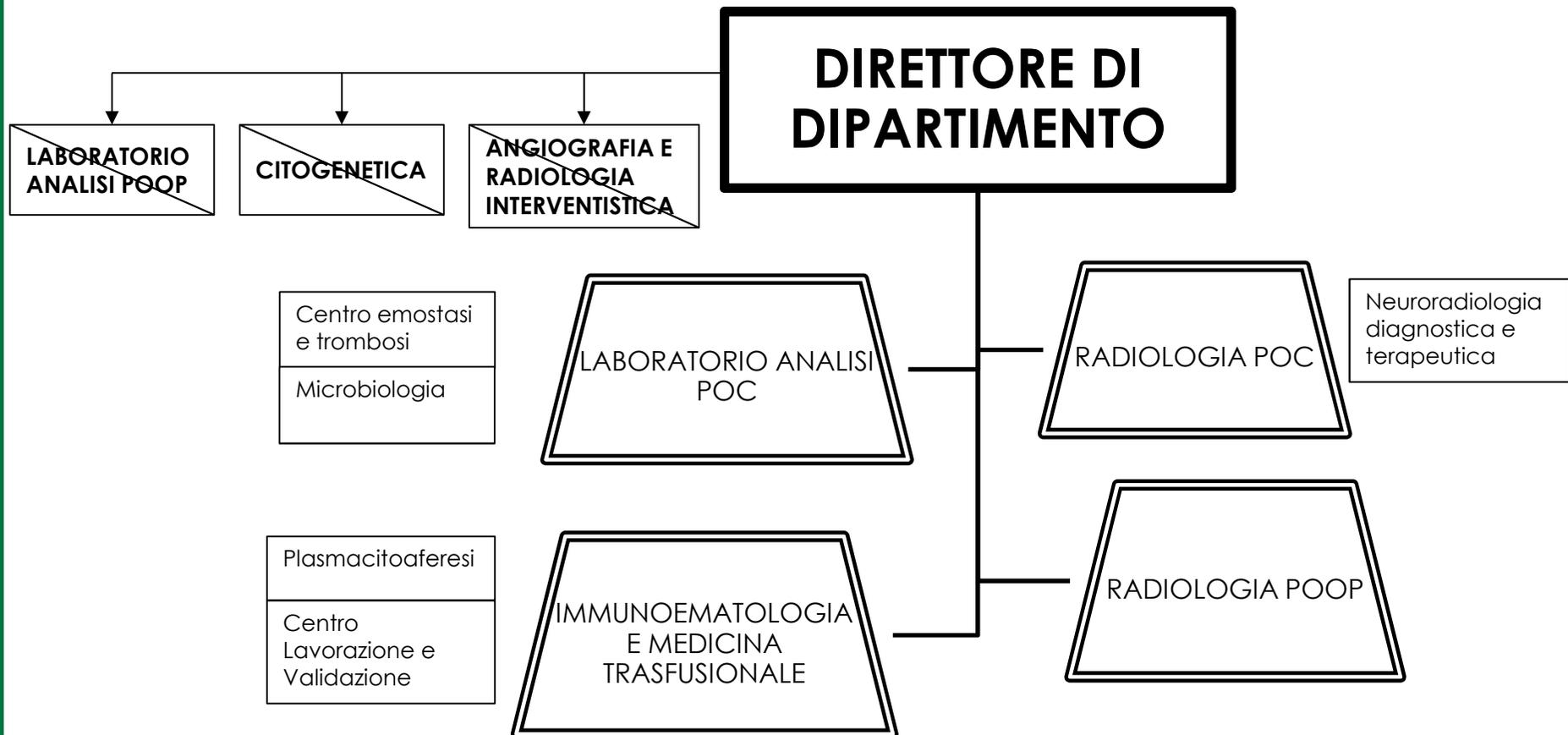
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimento Medicina Radiologica e di Laboratorio



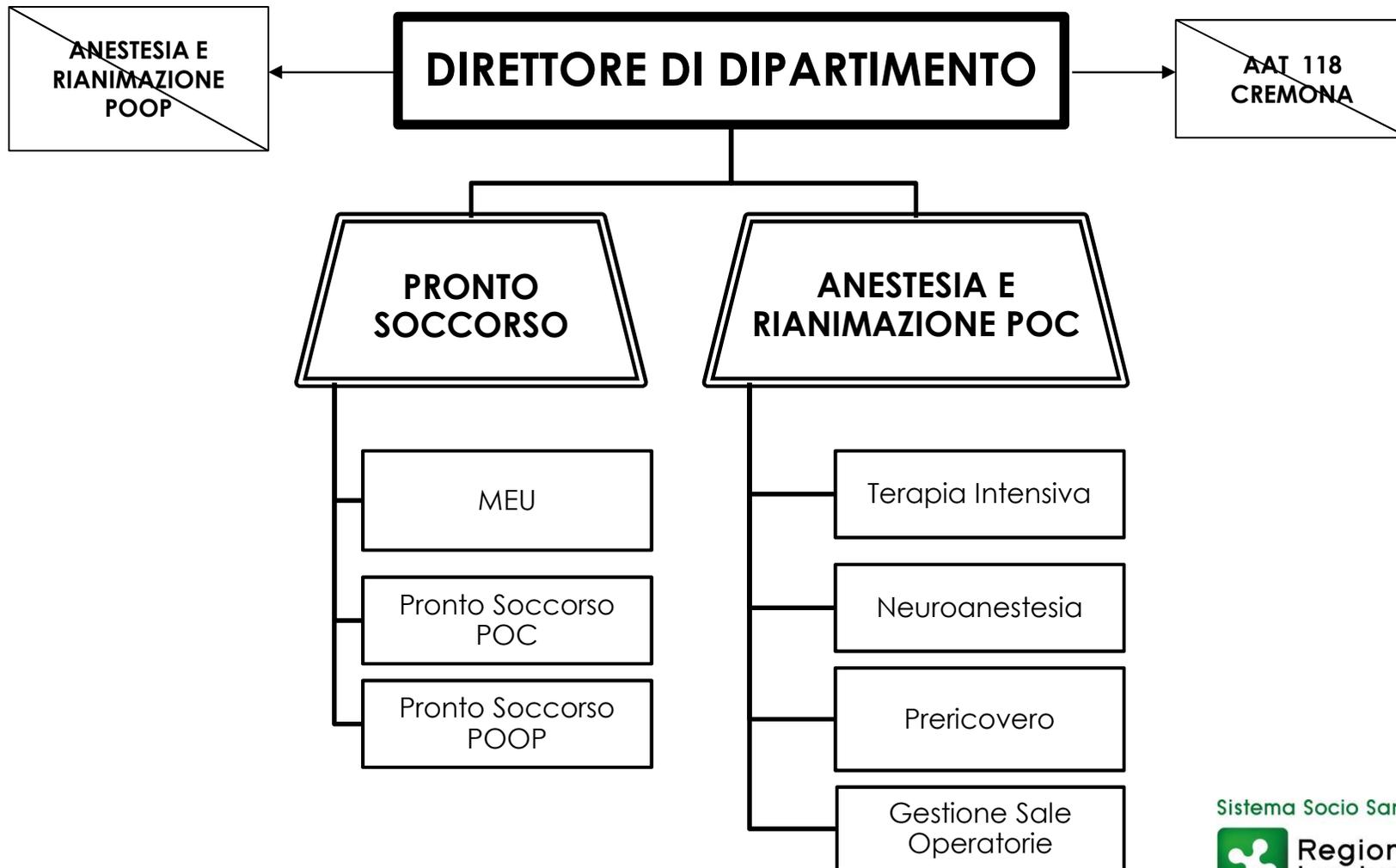
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

# Dipartimento DEA

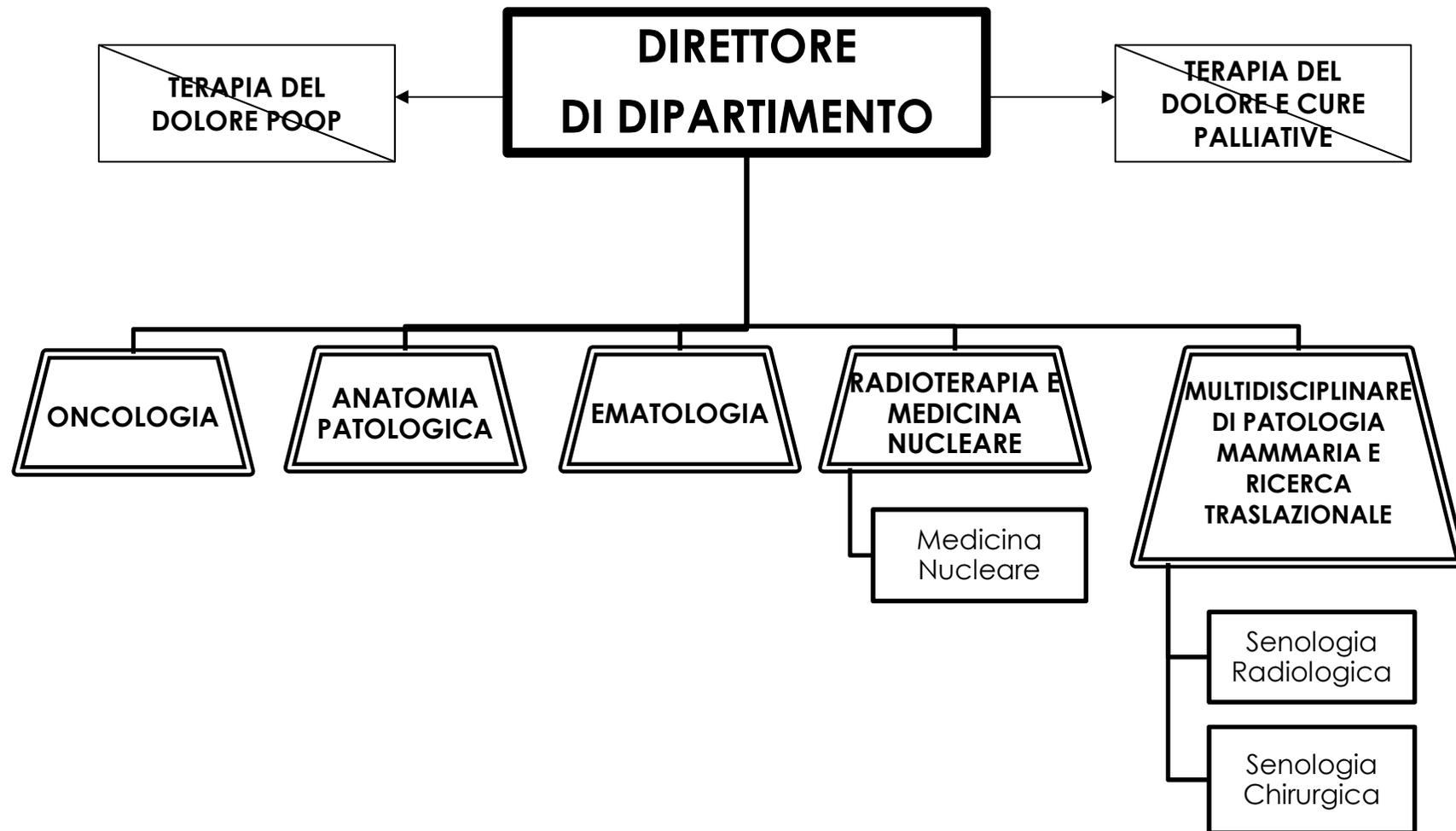


Sistema Socio Sanitario

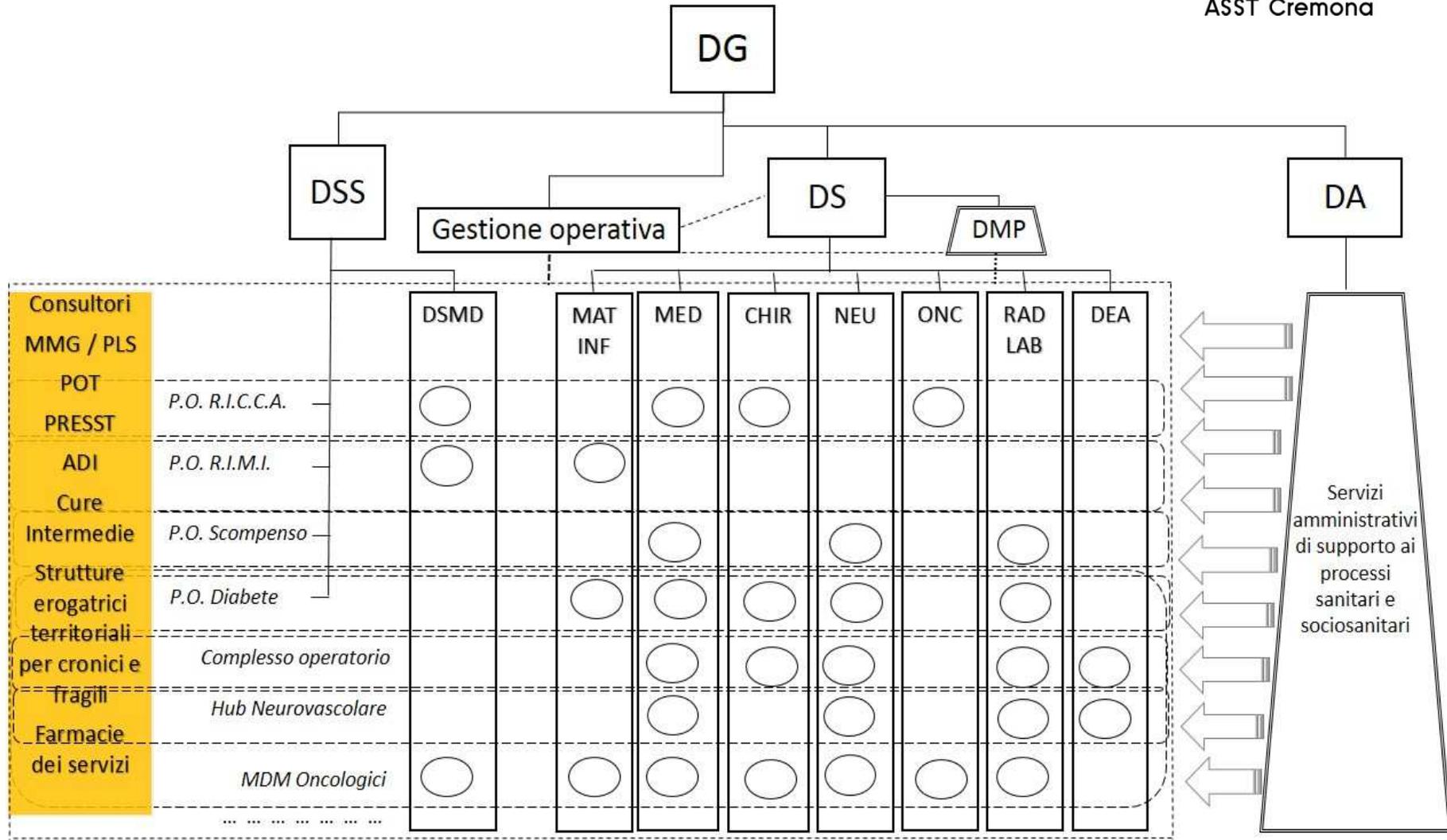


ASST Cremona

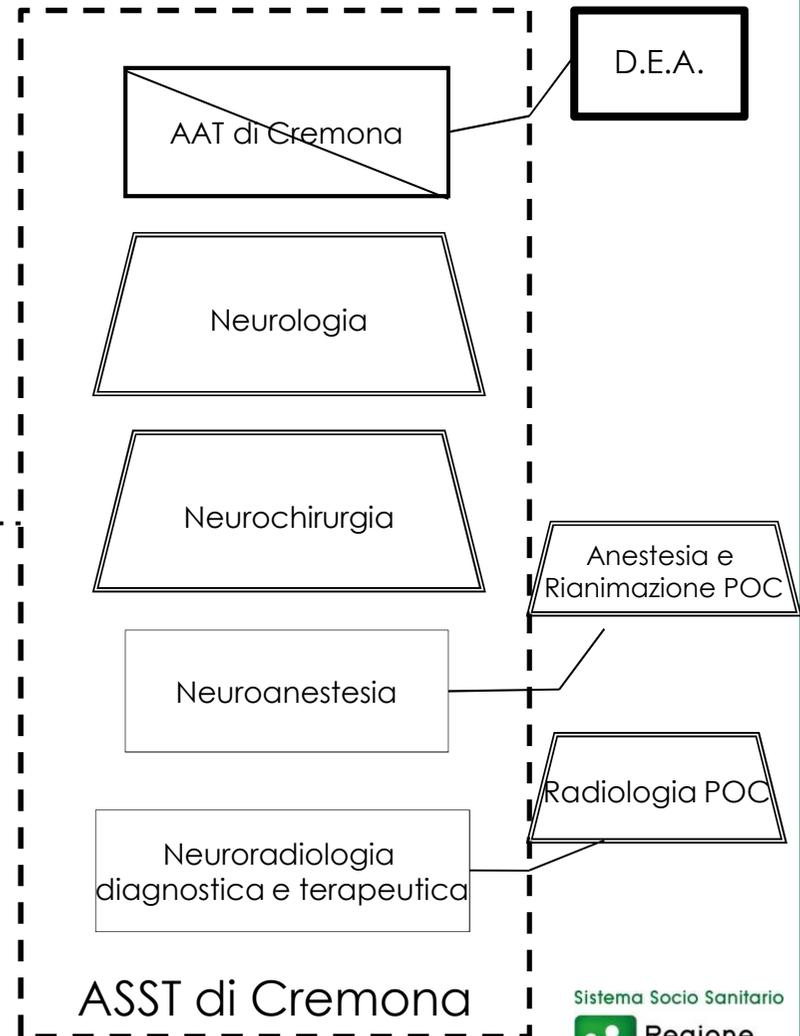
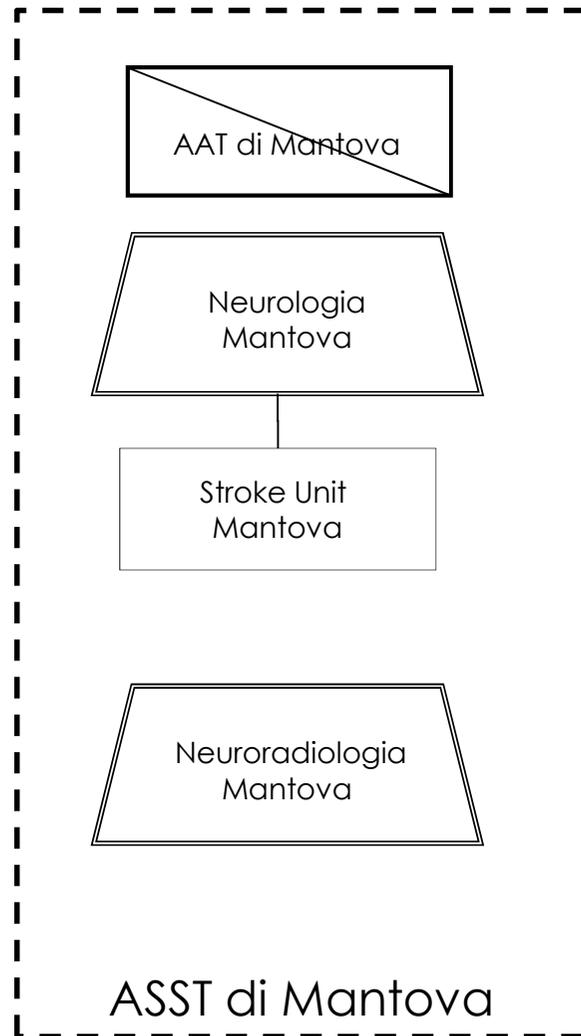
# Dipartimento Oncologico



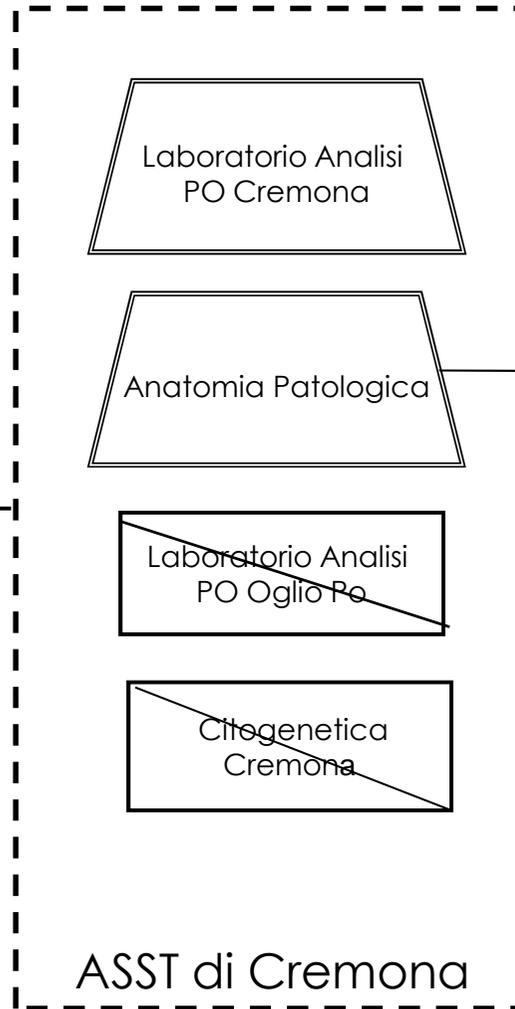
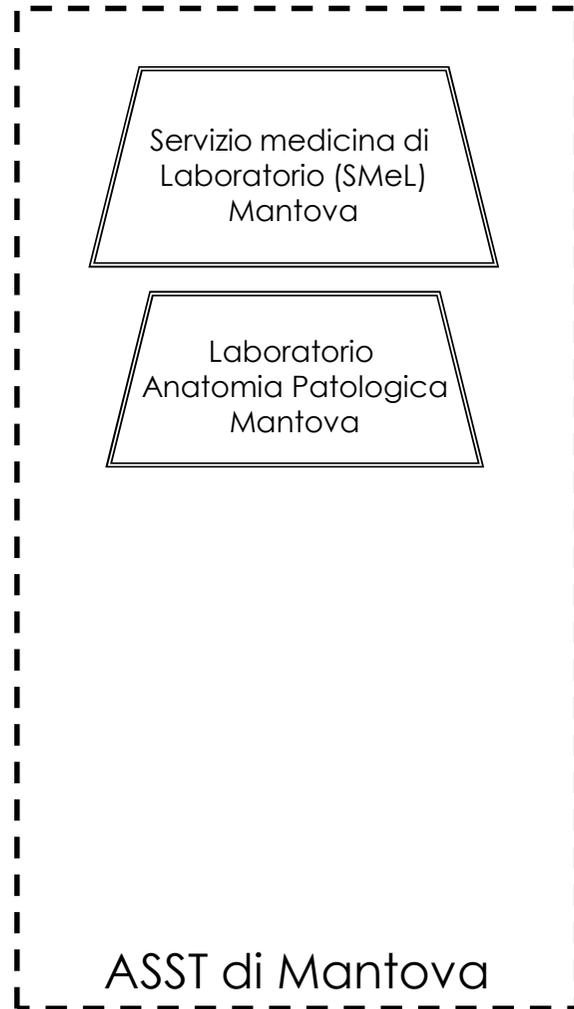
# IN SINTESI



**DIPARTIMENTO FUNZIONALE  
INTERAZIENDALE NEUROSCIENZE  
MANTOVA CREMONA**

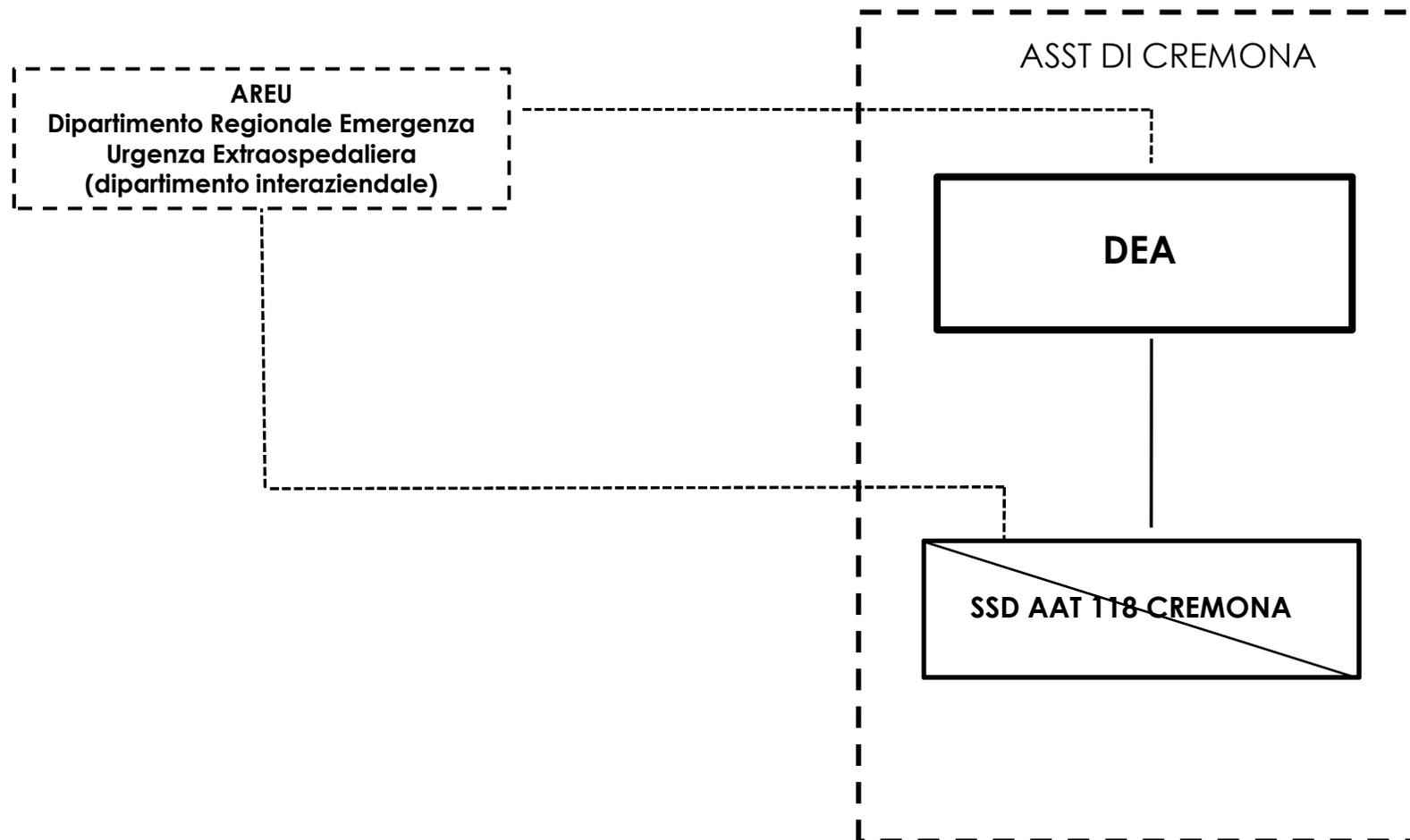


**DIPARTIMENTO FUNZIONALE  
INTERAZIENDALE DI LABORATORIO  
MANTOVA CREMONA**



Dipartimento  
Oncologico

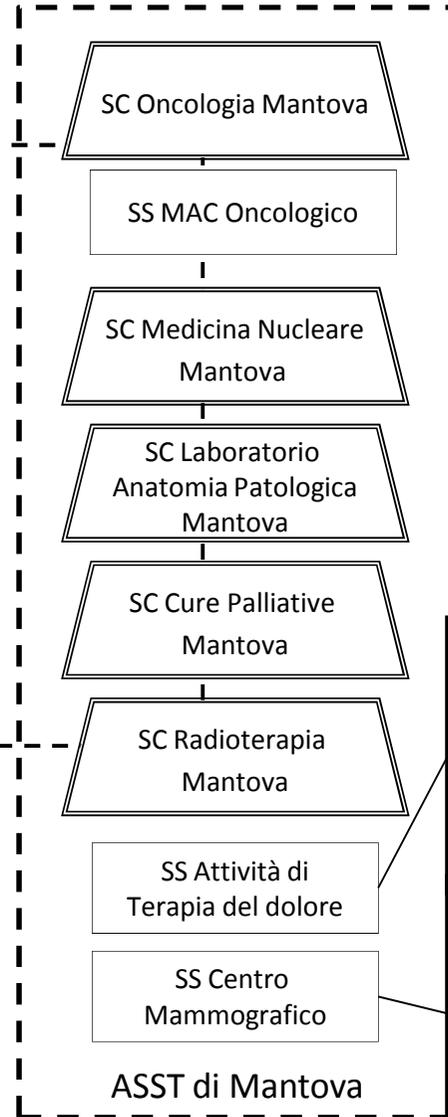
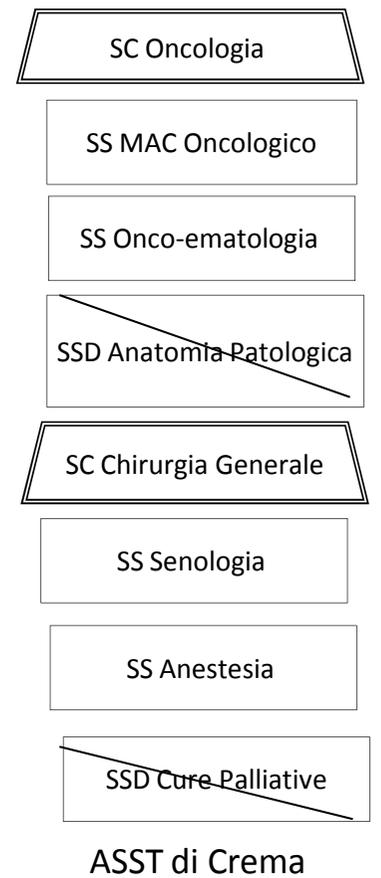
# DIPARTIMENTO REGIONALE DI EMERGENZA E URGENZA EXTRAOSPEDALIERA



**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
 FUNZIONALE ONCOLOGICO (DIFO)**  
 della ATS VAL PADANA

- Strutture di ricovero e cure private accreditate
  - Enti erogatori socio sanitari
  - Residenze sanitarie assistenziali
  - Associazioni di volontariato
- Altri Enti / terzo settore**

- Direttore Dipartimento PAAPSS
  - Direttore Dipartimento PIPPS
  - Direttore Dipartimento Cure Primarie
- ATS Val Padana**



**Dipartimento Emergenza Urgenza**

**Dipartimento dei Servizi**

**DIPARTIMENTO FUNZIONALE  
INTERAZIENDALE CURE PALLIATIVE (DICP)  
ATS VAL PADANA**

- Direttore Dipartimento PAAPSS
- Direttore Dipartimento PIPPS
- Direttore Dipartimento Cure Primarie

**ATS Val Padana**

**CURE  
PALLIATIVE**

**ASST di Crema**

- Strutture di ricovero e cure private accreditate
- Enti erogatori socio sanitari
- Hospice socio sanitari
- Residenze sanitarie assistenziali
- Associazioni di volontariato

**Altri Enti / terzo settore**

SC Cure Palliative Mantova

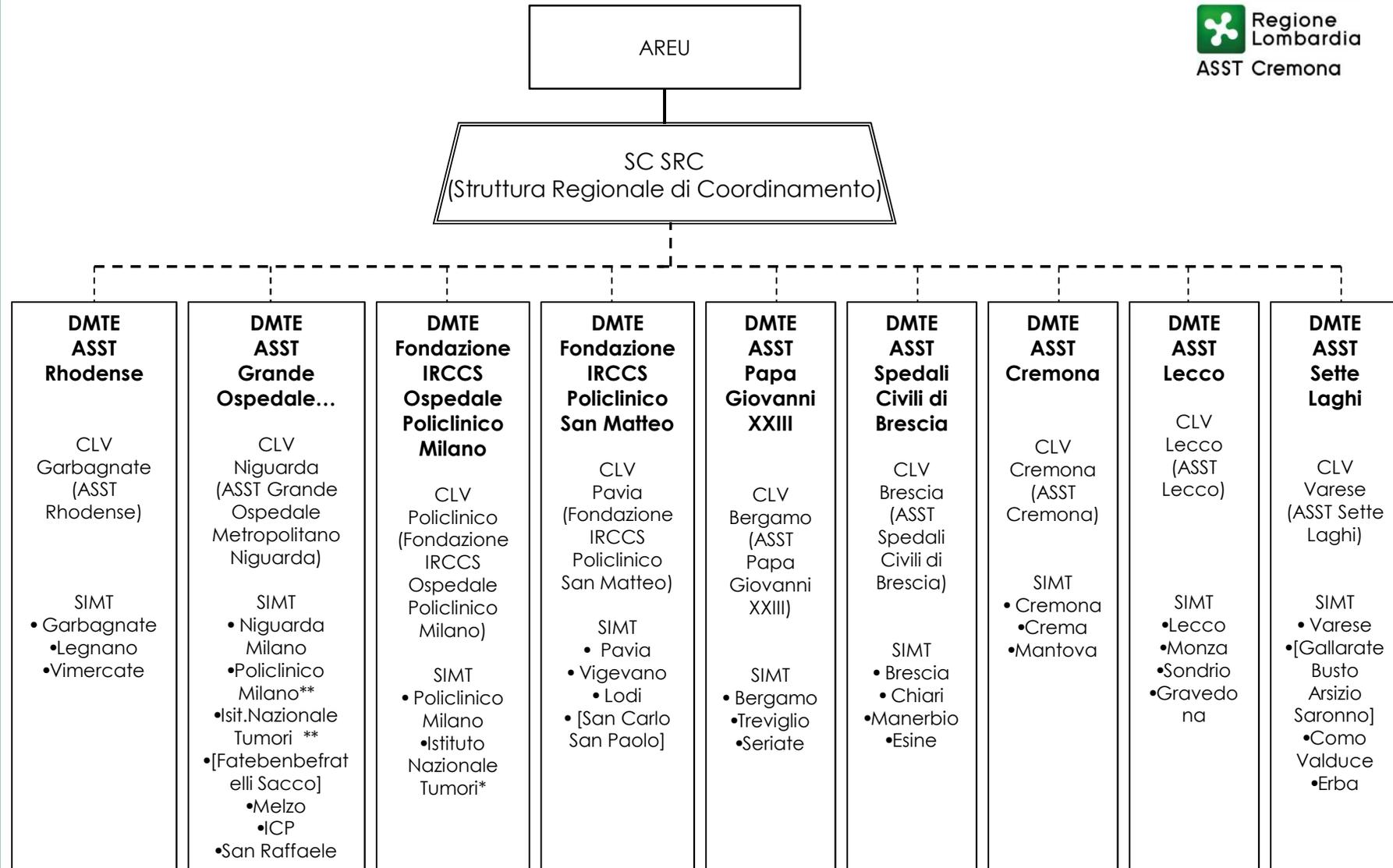
**ASST di Mantova (capofila)**

**TERAPIA DEL  
DOLORE POOP**

**TERAPIA DEL  
DOLORE E CURE  
PALLIATIVE**

**ASST di Cremona**

# IL DMTE/CLV DI CREMONA



DMTE = Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Ematologia  
 \* = Lavorazione      \*\* = Qualificazione Biologica

CLV = Centro di Lavorazione e Validazione