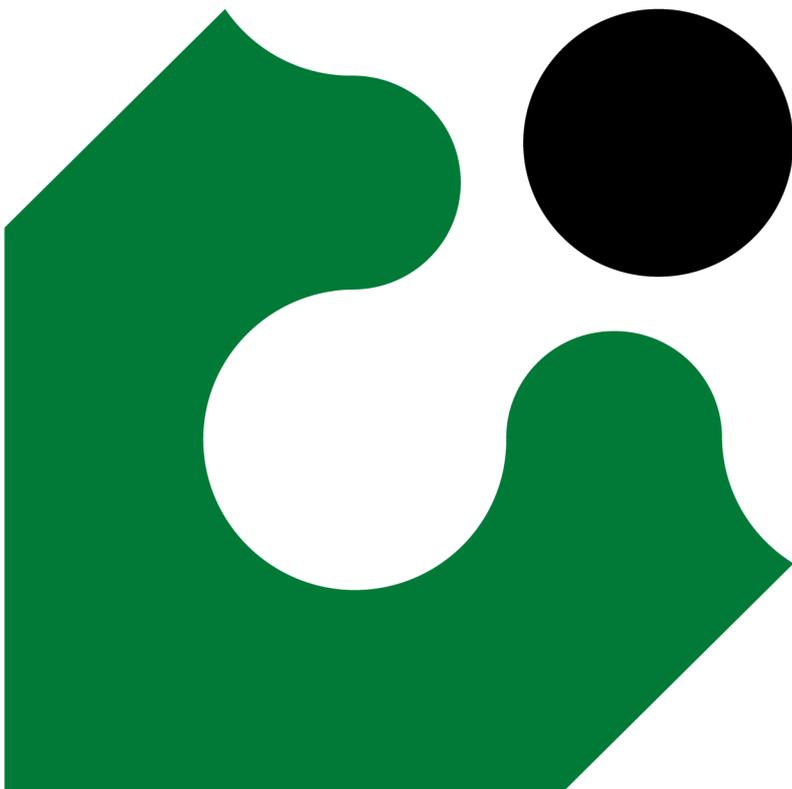


**Integrazione territorio-ospedaliera
in campo ginecologico-ostetrico:
due modelli aziendali lombardi
alle porte della realizzazione del nuovo PNRR**

Dott.ssa Maria Luisa Muggiasca
Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia,
ASST Rhodense - PO Garbagnate

Dott.ssa Elisabetta Garavaglia
Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia,
ASST nord Milano, PO Città di Sesto san Giovanni e PO Bassini



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa 2020-2021

Codice corso: UNIMI-DSC 2101/AE

Soggetto erogatore: Università degli Studi di Milano

Dott.ssa Maria Luisa Muggiasca

Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia,
ASST Rhodense - PO Garbagnate

Dott.ssa Elisabetta Garavaglia

Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia,
ASST nord Milano, PO Città di Sesto san Giovanni e PO Bassini

IL DOCENTE DI PROGETTO

Anna Prenestini, professore associato DEMM UNIMI,
Centro di ricerca e di alta formazione in Health Administration

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario Università degli Studi di Milano

Polis-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE.....	6
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	15
DESTINATARI\BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	15
METODOLOGIA ADOTTATA.....	16
DESCRIZIONE DEL PROGETTO.....	17
IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO E FASI.....	29
TEMPISTICA E ANALISI CRITICA	33
ANALISI DEI COSTI.....	33
RISULTATI E INDICATORI DI PROCESSO.....	35
CONCLUSIONI.....	41
CONTRIBUTI PERSONALI.....	42
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
STILOGRAFIA.....	45

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

INTRODUZIONE

In Lombardia, con la riforma del 2015 (LR 23\2015) [I], viene strutturato un sistema a tre livelli: centrale regionale, istituzioni amministrative (8 ATS: agenzie di tutela della salute), istituzioni operative (27 ASST: aziende socio sanitarie territoriali).

Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie coinvolgendo soggetti accreditati pubblici e privati, svolgendo un compito di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie stesse. Dal punto di vista organizzativo, le ATS si suddividono in distretti e dipartimenti.

Le ASST sono le strutture operative pubbliche della sanità lombarda, che rappresentano il cambiamento innovativo più rilevante, incorporando gli ospedali in uno stesso sistema di offerta. Non più, dunque, le ASL e le Aziende ospedaliere, ma un unico sistema di erogazione nel quale effettivamente programmare, organizzare e gestire processi di “presa in carico” delle persone in modo coordinato e integrato, con azioni di connessione interorganizzativa e interprofessionale.

Le ASST si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale.

Le ASST concorrono con gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri.

Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.

Al settore aziendale rete territoriale delle ASST dovevano afferire, secondo il successivo DGR 2019 [II]: i presidi ospedalieri territoriali (POT) e i presidi socio sanitari territoriali (PreSST). I POT dovevano diventare strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre i PreSST avrebbero avuto lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e di concorrere alla presa in carico della persona e delle fragilità, erogando prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; i PreSST potevano attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale e in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; dovevano promuovere percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

La pandemia da Covid 19, iniziata a febbraio 2020 ha bloccato lo sviluppo dei PreSST e POT, lasciando il territorio frammentato in molteplici strutture, figure e istituzioni: Medici di medicina Generale, per le cure primarie, DSMD (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze; GAT: (Gruppo di Approfondimento Tecnico per Alzheimer o demenze), UONPIA (Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza NPIA) e strutture sociosanitarie: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), CDI (Centri Diurni Integrati), RSD (Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili), CSS (Comunità SocioSanitarie per

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

Disabili), CDD (Centri Diurni per Disabili), Consultori, Hospice e cure palliative domiciliari (UCP-dom), Centri per soggetti affetti da dipendenze, Centri per soggetti fragili, ADS (Assistenza Domiciliare Integrata) e degenza di comunità.

Sempre la pandemia da Covid 19 si è rivelata essere un indiscutibile indicatore di inefficienza e frammentazione dell’assistenza territoriale ed espressione di una inadeguatezza di un sistema sanitario estremamente centralizzato sulle aziende ospedaliere.

Questa situazione ha sicuramente contribuito allo sviluppo, nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)[B], definitivamente approvato Il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio in risposta alla proposta della Commissione europea, di linee esecutive, mirate all’implementazione della cosiddetta medicina di prossimità.

Le risorse stanziare nel Piano sono pari a 191,5 miliardi di euro, ripartite in sei missioni: la missione 6 interessa la salute, a cui sono stati assegnati 15,63 miliardi ed è a sua volta finalizzata a sviluppare due componenti:

1. reti di prossimità, per l’assistenza sanitaria territoriale: 7 miliardi di stanziamenti. Questa componente 1 della missione 6 salute prevede degli interventi che intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, entro la metà del 2026.
2. innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.

Il concetto di rete in Lombardia non è nuovo, introdotto con il DM 70 del 2015 [III], verteva a raggruppare differenti centri nella gestione di stesse tematiche esempio rete infarto, traumatologica, neonatologica, ecc. Mentre in questo PNRR, il concetto di rete esprime invece uno sviluppo assistenziale capillare di prima istanza intorno al cittadino con eventuale successivo collegamento con i presidi ospedalieri.

Le ASST oggetto di questo Project Work sono rappresentate dalla ASST Nord Milano e dalla ASST Rhodense.

La ASST Nord Milano afferisce ad un’unica Direzione Generale ed è costituita dal Presidio Ospedaliero (PO) di Sesto San Giovanni, sede dell’Unita Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia, dotata di un Direttore di Struttura Complessa (Dottoressa Garavaglia), dal PO “ Bassini”, collocato a Cinisello Balsamo, sede della Direzione Generale e sede di ambulatori ginecologici, sempre coordinati dal primario del PO di Sesto San Giovanni, e, da 9 consultori distribuiti nell’hinterland milanese a nord della città (coordinati da uno psicologo) e da 12 poliambulatori ginecologici ed ostetrici, prevalentemente presenti nell’area nord di Milano, il cui responsabile è un ginecologo. Nei consultori lavorano 3 ginecologici summaisti e 9 ostetriche, mentre nei poliambulatori lavorano 26 ginecologi assunti a tempo indeterminato, ma non a tempo pieno (38 ore settimanali). (figura 1) [A].

La ASST Rhodense afferisce ad un’unica Direzione Generale ed è costituita dal PO “ Salvini “ di Garbagnate Milanese, sede della Direzione Generale e dell’U.O. Complessa di Ginecologia ed

Ostetricia, dotata di un Direttore di struttura Complessa (Dottoressa Muggiasca) e dal PO di Rho, sede di U.O. Complessa di Ostetricia e Ginecologia e del Dipartimento Materno – Infantile (entrambe coordinate dal dottor Frigerio) e da sei consultori (coordinati da uno psicologo) dove lavorano sei ginecologi liberi professionisti, due ginecologi summaisti, un ginecologo a tempo indeterminato (38 ore settimanali) assunto con contratto aziendale e sei ostetriche. (figura 2).

Successivamente verranno riportate le caratteristiche di entrambe queste ASST.

Il presente progetto si focalizza sulla specialità di ostetricia-ginecologia che, attualmente, si articola in tre componenti:

1. gli Ospedali, dotati di ambulatori, un punto nascita, un reparto, un pronto soccorso e una sala operatoria;
2. i poliambulatori di città, che abbracciano diverse discipline e diagnostica;
3. i consultori, strutture extracittadine a sviluppo psicosociale .

Gli ospedali, poliambulatori e consultori delle due ASST, pur gestiti dalle stesse Direzioni Generali, ma coordinati da figure differenti, non si parlano e non si conoscono. In attesa della realizzazione del PNRR, scopo del nostro project work è la realizzazione di un progetto strategico in grado di realizzare questa integrazione, con lo sviluppo di una medicina di prossimità in campo ostetrico-ginecologico.

Swot analysis (figura 3):

FATTORI INTERNI ALLE AZIENDE ASST:

- strengths:
 1. presidi Ospedalieri, Consultori, Poliambulatori dal 2017 sono coordinati, controllati, finanziati e valutati dalla stessa Direzione Generale, questo permette di coinvolgere le medesime figure direzionali, senza antagonismi di vertice e le stesse figure operative nella realizzazione del progetto;
 2. con la riforma lombarda del 2015, l'introduzione anche a livello aziendale della figura del Direttore Sociosanitario ha permesso di legittimare e incentivare azioni mirate allo sviluppo anche trasversale (territorio-ospedale) di una clinica integrata con le politiche sociali;
 3. le Direzioni Generali, i Direttori dei PO, i coordinatori dei poliambulatori e dei consultori condividono già in partenza l'obiettivo di creazione della rete e la percepiscono come una necessità clinico-assistenziale;
 4. controllo di Gestione efficiente e motivato all'interscambio con i clinici;
- Weaknesses:
 1. è nota, a livello mondiale, la macchinosità della burocrazia italiana [2; C]: le ASST rappresentano un micro-cosmo del sistema e ne riflettono le peculiarità. Per questo l'Azienda rimane, talvolta e involontariamente, ingabbiata in una struttura di normative,

leggi, decreti, articoli, già poco chiari e pratici durante la loro stessa creazione parlamentare. Tale burocrazia, insieme all’organizzazione a silos e alla frammentazione sulle fasi dei processi, possono portare a volte ad irrigidimento dell’innovazione e delle progettualità organizzative, con il rischio che gli eventuali risultati raggiunti a lunga scadenza, non rispondano più alle esigenze di partenza. A volte lo stesso processo implode nel tempo, con il sopraggiungere di altri progetti o problematiche più urgenti da affrontare;

2. a fronte di un’ottima descrizione dei dati di attività, di costi e di ricavi, manca una “profilazione” dell’utenza e un’analisi di fabbisogni, per meglio delineare la “perspective” strategica necessaria per lo sviluppo;

3. le ASST sono dotate di personale sanitario molto competente ed appassionato, penalizzato da alcune problematiche infra-strutturali:

- nella quotidianità non funzionano spesso i programmi informatici, necessari per la refertazione o descrizione delle attività cliniche. Risalendo al 2003, utilizzano percorsi molto indaginosi, ed aumentano la durata delle visite. Il programma di refertazione clinico è diverso da quello utilizzato per la sala operatoria e non sono collegati;

- il sistema di prenotazione (CUP) aziendale è difficoltoso sia per l’utente (che trova spesso la linea occupata), che per il clinico che si ritrova ad avere appuntamenti sovrapposti o appuntamenti vuoti; manca sistema di prenotazione “on line”;

5. sito e cartellonistica scarsamente sviluppati: l’utente non riesce a ricercare i servizi di necessità e non comprende il contesto dove questi vengano erogati. In altre parole non sa che presidi, consultori e poliambulatori appartengano alla stessa “famiglia” ASST;

6. scarsità di organico: sia il territorio che il presidio ospedaliero di riferimento sono dotati di uno scarso numero di sanitari, che da soli non riescono a rispondere alle domande della popolazione. I presenti affrontano un’intensa attività lavorativa, che insieme alle remunerazioni più basse rispetto al privato, portano a creare posizioni poco attrattive, in un momento storico di scarsità di specialisti ginecologi disponibili. Si aggiungono le normative nazionali che prevedono l’assunzione di sanitari sempre basata sulla esecuzione di concorsi: l’organizzazione dei quali prevede dei tempi lunghi relativi alla pubblicazione sul BURL, in Lombardia, poi a distanza di tempo sulla Gazzetta Ufficiale, poi bisogna lasciare un certo periodo per la consegna dei titoli, infine si prevede un certo tempo di organizzazione per le prove scritte ed orali. Da quando si decide di assumere a quando in senso pratico quel sanitario può iniziare a lavorare trascorrono, se l’azienda è efficiente, 6 mesi circa, fermo restando che, se lo specialista, lavora presso altra struttura, sono mediamente necessari 90 giorni di preavviso, arrivando nelle migliori delle ipotesi a 9 mesi. Si aggiunge inoltre, nella piena trasparenza, la scarsa possibilità da parte del Direttore di UOC di selezionare il sanitario con il profilo che più si adatta alle sue esigenze organizzative, dovendo rispettare una graduatoria generica. In altre parole se un’Unità necessita maggiormente di figure ostetriche, deve comunque assumere ginecologi che occupano le posizioni più alte nella graduatoria, anche se presentano delle qualità ginecologiche chirurgiche, che in quel

momento sono già soddisfatte dall’organico presente. Le carenze di organico costringono poi i diversi Responsabili dei servizi a colmare personalmente queste mancanze, sottraendo del tempo alle funzioni organizzative di loro competenza, che quindi rimangono evase;

7. scarsità di risorse economico-finanziarie, da parte della Regione;
8. scarsità di strumentazioni disponibili (esempio ecografi);
9. in alcune sedi è stata trascurata la manutenzione edilizia;
10. le diverse culture organizzative, di cui sono portatori i professionisti territoriali e quelli ospedalieri possono condurre a fenomeni di “turf wars” e di resistenza alla ricerca dell’integrazione per paura di veder minata la propria autonomia.

AMBIENTE ESTERNO ALL’AZIENDA

- “opportunities”:
 1. dal 2015 la riforma sanitaria lombarda promuove lo sviluppo sociosanitario integrato;
 2. le normative nazionali e regionali, promuovono soprattutto in campo ostetrico, l’integrazione territorio- ospedale, con la linea di indirizzo 3 della conferenza unificata stato-regioni 2010 [IV]. Lo stesso PNRR (componente 1, missione 6) ne conferma ed incentiva lo sviluppo [B].;
 3. la componente 2 della stessa missione 6 del PNRR promuove l’Innovazione e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, applicabile ad esempio per noi, per il rinnovo di alcuni sistemi informativi aziendali, per la conservazione dei referti e delle immagini e per l’ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero (esempio ecografi, isteroscopi);
 4. la delibera regionale XI\268 del 2018 autorizza l’autonomia di alcune figure professionali tra cui le ostetriche per l’esercizio della loro professione in autonomia [5];
 5. la popolazione, durante l’esperienza vissuta durante la pandemia COVID-19, ha sofferto della mancanza di un’assistenza territoriale integrata e ha manifestato la necessità dello sviluppo di una medicina di prossimità [3];
 6. Ministero della Salute, Economia e Finanza e dell’Istruzione sono intervenuti unanimemente ad incrementare l’accesso alle scuole universitarie sanitarie e specialistiche [D]. Dovremo però tamponare la carenza di organico per circa 11 anni, tempo necessario per formare un ginecologo: 6 anni di Università e 5 anni per la specialistica;

- threats:

1. entrambe le nostre ASST presentano una vastità territoriale tale da rendere particolarmente difficoltosa la realizzazione di una rete clinica ampia, che abbracci fabbisogni diversificati, adottabili per lunghi periodi ed applicabili a popolazioni e ad ambienti mutabili;
2. anche le eterogeneità geografiche (città-hinterland), etniche, socio-culturali, economiche e di salute sono molto differenti e queste differenziazioni di popolazione non permettono azioni universali, applicabili ai diversi contesti e omogenee;
3. l’ASST comprende diversi comuni e quindi può essere difficile conciliare politiche differenti (fig. 1);
4. in Lombardia stiamo assistendo a numerosi cambiamenti dei direttori generali aziendali, creando un’instabilità di programmazione [E];
5. attuale mancanza di informazione sugli investimenti economici offerti dall’Europa per la realizzazione del PNRR;
6. malattie (esempio anche il COVID) ed imprevisti di salute a carico della popolazione e dell’organico sanitario: il numero dei professionisti a disposizione è così ridotto che vengono a mancare le garanzie di “sopravvivenza” delle strutture sanitarie in caso di problematiche di salute o più semplicemente matrimoni, maternità o richiesta ordinaria di congedi; inoltre altre future pandemie potranno riportarci al blocco delle attività sanitarie generali dedicate alla popolazione;
7. la preoccupazione è che con il numero attuale limitato di operatori sanitari non si riesca a tamponare a lungo la mancanza di organico sanitario, considerando che la formazione di un medico specialista prevede minimo 11 anni di studi. Inoltre risulta preoccupante la possibilità che le politiche sanitarie, dopo un primo slancio di incrementazione post-pandemica delle risorse sanitarie, possano tornare a politiche di “spending review”, per ridimensionare possibili crisi future finanziarie nazionali.

figura 1: distribuzione geografica della ASST Nord Milano:

PO Sesto San Giovanni, ambulatori PO Bassini di Cinisello Balsamo, 9 consultori dell’hinterland milanese, 16 poliambulatori di Milano città.

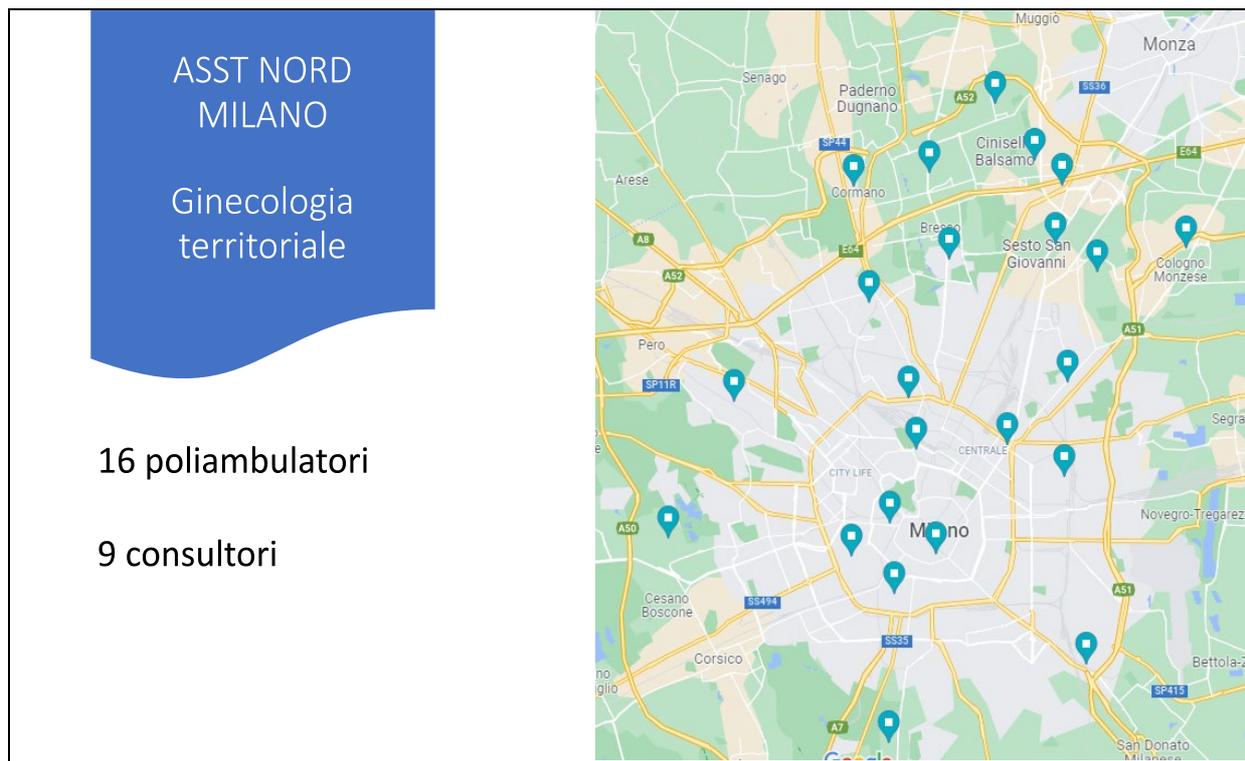
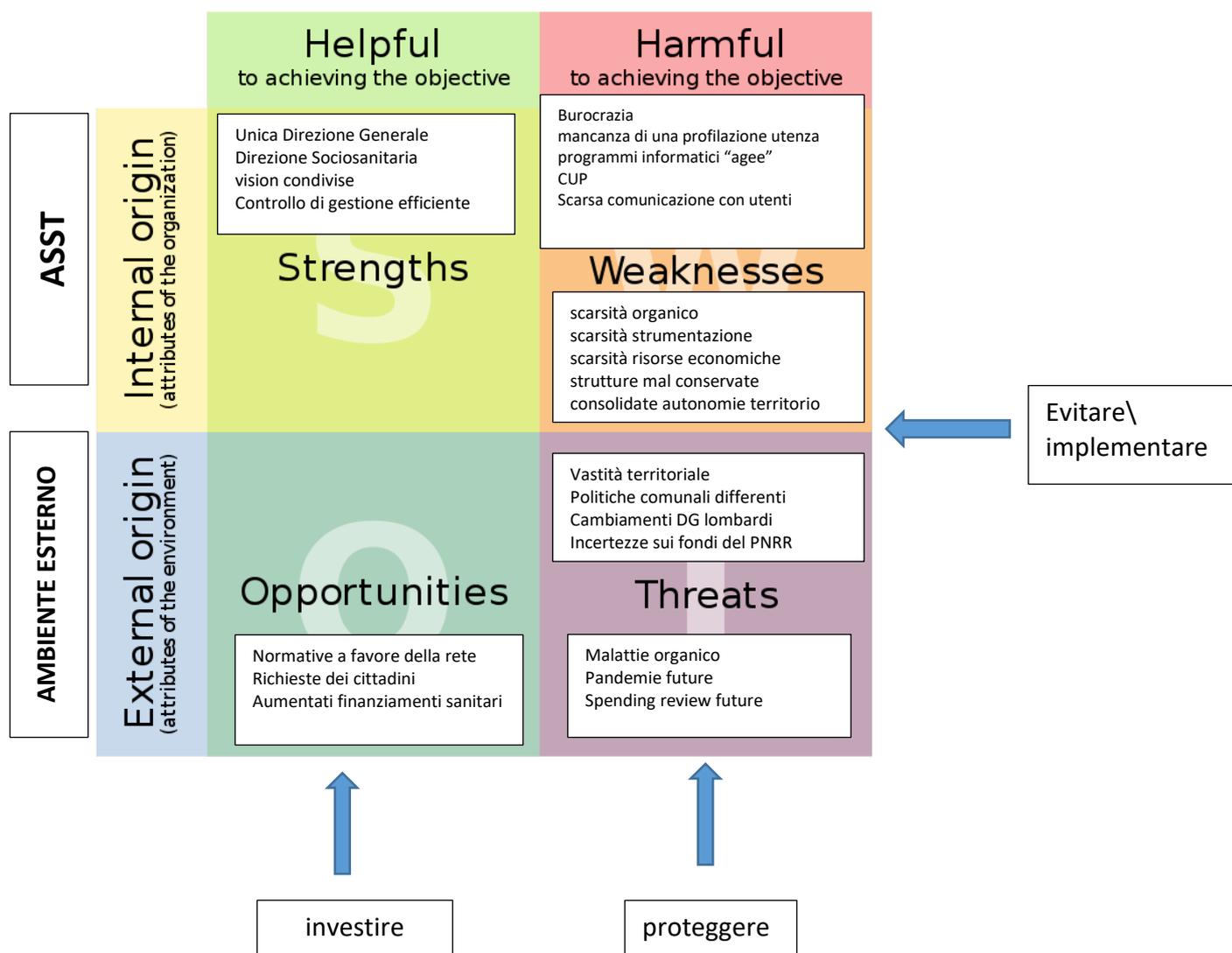


figura n° 2: distribuzione geografica della ASST Rhodenese:



Figura n° 3: swot analysis

SWOT ANALYSIS



OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Nonostante consultori e poliambulatori su territorio afferiscano a precise e uniche direzioni ospedaliere, la realtà organizzativa attuale di entrambe le ASST è gravata da anarchia e frammentazione. Obiettivo strategico di questo progetto è la creazione di un servizio unitario, una vera rete clinica in grado di sviluppare perifericamente su territorio una medicina di prossimità, finalizzata a soddisfare i fabbisogni primari ginecologico-ostetrici di I livello, riservando al presidio ospedaliero solo le prestazioni specialistiche più approfondite, i parti, gli interventi chirurgici.

La nostra vision è diventare una vera Unità Clinica, espressione di una integrazione territorio-ospedale, con l’obiettivo di:

1. rivalorizzare il territorio, che deve diventare il primo punto di erogazione dei servizi in prossimità delle “case” dei cittadini;
2. rivalorizzare il presidio ospedaliero, implementandone le aree specialistiche, al servizio del proprio territorio, perdendo il ruolo di unico e primo riferimento clinico del paziente; nello specifico si vuole rivalorizzare i punti nascita dei 2 presidi, aumentando il numero delle gravidanze seguite, i parti e infine recuperare quella quota di italiane residenti nel territorio di competenza che “fuggono” dai presidi e vanno a partorire in altre sedi ospedaliere;
3. realizzare una rete clinica organizzata, attraverso un modello hub and spoke, tra ospedale e territorio, che permetta al cittadino di ricevere lo stesso giorno ed in tempi brevi gli appuntamenti per le prestazioni di completamento che necessita.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

1. In campo clinico, il target per definizione di un progetto sanitario è rappresentato dal paziente. Per questo l’organizzazione sanitaria, che andiamo a sviluppare attraverso questo progetto, è rivolta in prima istanza proprio alla promozione integrata della qualità assistenziale dell’utente, in termini di efficacia, efficienza, sicurezza e appropriatezza, nell’ambito di una sostenibilità economica. Ma se il destinatario primario di questo progetto è il cittadino, altre figure/istituzioni potranno beneficiare del cambiamento proposto dal nostro project work;
2. partiamo ad esempio dalle stesse aziende sociosanitarie territoriali, le ASST del RHODENSE e della NORD MILANO, che vedranno delinearsi in campo ostetrico-ginecologico una mission e una vision

a lungo termine, che le guiderà con chiarezza nelle strategie da intraprendere nei prossimi anni. La loro stessa esistenza si configura nella realizzazione di una Clinical Governance finalizzata al paziente e gli indicatori del nostro processo saranno anche per loro espressione di quel miglioramento della qualità assistenziale che realizza il loro significato essenziale. I risultati potranno assumere rilievo anche a livello regionale, potendo rappresentare la base di un nuovo modello organizzativo lombardo;

3. beneficiari saranno anche tutte le figure sanitarie territoriali, interessate in questo circuito clinico-assistenziale. I professionisti della medicina di prossimità si sentiranno anch'essi parte integrante di un sistema. Dal punto di vista clinico avranno la possibilità di ritrovarsi come punto di partenza di un percorso assistenziale, il cui cerchio, terminati gli approfondimenti o le cure, si richiuderà nei loro ambulatori. Non dovranno più preoccuparsi della ricerca di una struttura di accoglienza dei loro pazienti, che necessitano di approfondimenti o cure. I medici, le ostetriche, gli infermieri territoriali potranno condividere protocolli clinici e linee guida, in una logica di “Evidence-based practice” con l'ospedale, rinforzando il loro “professional training and accreditation”. Il completamento in tal senso sarà il loro coinvolgimento, come ultimo step, nella “ricerca clinica”. I sanitari territoriali troveranno nella quotidianità consulenti ospedalieri per confrontarsi nella gestione di casi clinici più complessi. Per la realizzazione in prima istanza di un'adeguata medicina di I livello, i consultori dovranno ricevere la strumentazione idonea alla sua finalizzazione (esempio ecografi);
4. anche i professionisti ospedalieri beneficeranno di questo progetto: riducendo le prestazioni di I livello, l'organico sarà concentrato sugli approfondimenti diagnostici, il pronto soccorso, la sala parto, la sala operatoria. Questo porterà ad avere maggior tempo per la cura dei pazienti più critici e raffinerà maggiormente la loro formazione specialistica.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il metodo che abbiamo utilizzato per la stesura del nostro Project Work è quello della “pianificazione strategica” delle aziende sanitarie, dove per strategia, si intende un insieme di azioni, di scelte coerenti in un processo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi individuati. La strategia è il metodo di come realizzare la visione rispettando la missione aziendale.

Nell'ambito della nostra pianificazione strategica abbiamo seguito le “fasi logiche”, proposte da John Paul Kotter per la strategia del cambiamento [4], consapevoli che la mancata realizzazione di uno dei seguenti step può portare al fallimento dell'intero progetto:

1. analisi situazionale (vedi introduzione):
 - identificazione dei problemi (naming) e loro riconoscimento (awakening);
 - descrizione del contesto in cui si inseriscono le nostre criticità (framing);

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

- definizione degli obiettivi;
 - sviluppo di una swot analysis, con individuazione degli stakeholders di “forza” e di “debolezza”;
2. **“unfreezing”**: ridiscussione allargata dello “status” inadeguato (disfatisfactio\crises) e della conseguente creazione di una coscienza collettiva disciplinata, formulazione di una strategia concreta di cambiamento, con condivisione delle premesse strategiche (cognitive restructuring).
 3. creazione di una coalizione di governo (cabina di regia), costituita da persone con una posizione di potere, competenza, credibilità e leadership;
 4. successivamente ci siamo dedicate alla fase di realizzazione vera e propria della strategia (descritta nel paragrafo “implementazione del progetto”, con definizione dei “timing” previsti per ogni fase, esplorando anche delle alternative di azione),
 5. ci siamo occupate poi della Ricerca delle risorse: umane ed economiche, con conseguente analisi dei costi e dei finanziamenti, nell’ambito della sostenibilità;
 6. anche il nostro planning strategico prevede delle fasi programmate di “Controllo”: di valutazione intermedia e finale del nostro processo, attraverso l’individuazione di indicatori di performance. Riteniamo importante non solo identificare le criticità ma anche riconoscere i successi a breve termine e rinforzare le persone che ne hanno contribuito;
 7. le strategie di cambiamento non vedono una vera fine. Anche durante il consolidamento dei progressi, si devono produrre ulteriori cambiamenti adattativi agli inevitabili cambiamenti ambientali ed in contemporanea consolidare i cambiamenti realizzati. Per questo abbiamo anche noi programmato una fase di consolidamento\stabilizzazione del cambiamento, con controllo ed azioni di rinforzo ai nuovi processi (refreezing).

Queste fasi sono riconducibili anche alla strategia delle “4 P” proposta da Henry Mintzberg [5], a cui ci siamo ulteriormente ispirate, nella descrizione del progetto: Perspective, Position, Plan, Pattern.

Riteniamo che lo stile di leadership più efficace per questo progetto sia quello basato sul participating: con una definizione del lavoro iniziale con i collaboratori, fornendo molto supporto se richiesto.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Schema di sviluppo della “descrizione” del progetto:

1. PERSPECTIVE: Analisi situazionale:

- 1.1 framing
- 1.2 naming
- 1.3 mission, vision
- 1.4 obiettivi (vedi paragrafo specifico)
- 1.5 swot analysis (vedi introduzione)
- 2. POSITION
- 3. PLAN
 - 3.1 Unfreezing
 - 3.2 Cabina di regia
 - 3.3 Ricerca delle risorse (vedi paragrafo dedicato)
 - 3.4 Implementazione del progetto: fasi, tempistiche (vedi paragrafo dedicato)
- 4. PATTERN: Pianificazione dei controlli e il management strategico (vedi paragrafo dedicato)

1. PERSPECTIVE:

momento fondamentale, in cui abbiamo previsto la realizzazione di una mission e una vision progettuale, con la costruzione di un’ambizione collettiva ASST e orientamento dell’azione aziendale

ANALISI SITUAZIONALE:

1.1 framing: Regione Lombardia, 2 ASST:

ASST NORD MILANO:

La dottoressa Garavaglia dirige dal 1Settembre 2021 l’UOC di Ostetricia e Ginecologia dei due Presidi Ospedalieri di Sesto San Giovanni e di Cinisello Balsamo, che rispettivamente presentano 80.368 e 73.488 abitanti, secondo i dati istat 2021 [1].

Di seguito si riportano le principali caratteristiche e dotazioni dei reparti di ginecologia dei due presidi:

- o a Sesto San Giovanni, l’ostetricia e ginecologia è dotata di 27 posti letto, (di cui 2 stanze chiamate casa del parto, munite di letto matrimoniale), 1 sala visite con ecografo, 3 sale parto, 1 stanza pre-travaglio, 1 sala visita di pronto soccorso ostetrico-ginecologico, 1 sala di osservazione, 2 sale cesarei (1 adiacente alla sala parto e 1 in sala operatoria), 1 sala operatoria, 4 ambulatori, con 3 ecografi, e uno, senza ecografo, dotato di 3 monitor

cardiotografici per il monitoraggio delle donne in gravidanza, locali ambulatoriali di transizione in quanto le proprie strutture ambulatoriali sono state recentemente utilizzate come punti vaccinali COVID. Vi lavorano 4 ginecologi assunti a tempo indeterminato, 11 ginecologici (a partita IVA), 20 ostetriche, 2 infermiere.

- L’Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo è stato costruito più recentemente, è la sede della Direzione ASST Nord Milano ed è dotato di servizi clinici più sviluppati, dal punto di vista del reparto ostetrico-ginecologico, presenta però solo alcuni ambulatori ginecologici, dedicati alla patologia cervicale, vaccinazione HPV e visite ginecologiche.

Dal 2017 all’ASST Nord Milano, sono stati incorporati 9 consultori familiari, ad espressione sociosanitaria, distribuiti nell’hinterland milanese, secondo la figura 1. Uno psicologo e una coordinatrice infermieristica coordinano il lavoro di 9 ostetriche e 3 ginecologici, 2 a tempo indeterminato e uno a tempo determinato, appartenenti alla categoria professionale dei Sumaisti. I Sumaisti sono dei ginecologi specialisti ambulatoriali, iscritti ad uno specifico sindacato, con contratti specifici. In tabella 1 sono riportati i dati demografici e politici, in sintesi la popolazione territoriale di riferimento è di 82.263, di cui un 17% straniera (47.765), a predominanza araba; la popolazione femminile, di cui dobbiamo prenderci cura, è di 82.263 donne e le nascite attese sono circa 1700\anno (calcolando che l’indice di natalità della popolazione femminile italiana è stata nel 2020 dello 0.67%: 400.000 nascite\59,55 milioni di abitanti). Attualmente una quota di donne italiane residenti su territorio preferisce recarsi a partorire in centri differenti dai presidi perché probabilmente posseggono una terapia intensiva neonatale, perché hanno strutture più accattivanti o perché non vogliono partorire in strutture che sono diventate i punti nascita delle straniere.

Si aggiungono 12 poliambulatori, distribuiti nella città di Milano, non solo nell’area nord, ma anche nel centro di Milano ed alcuni in area sud ovest ed est (fig. 1). Il responsabile dei servizi ginecologici-ostetrici dei poliambulatori (a espressione polispecialistica) è un ginecologo che coordina il lavoro di 26 ginecologi, appartenenti alla categoria degli “specialisti ginecologi”, assunti a tempo indeterminato, ma non a tempo pieno (cioè 38 h\settimanali).

Nelle tabelle 1, 2 e 3 vengono riportati i dati di attività 2019 (epoca preCOVID) dei PO e del territorio e il parziale post covid, fino a 8/2021. Si evince che nel solo territorio, la popolazione target ginecologico-ostetrica è di circa 80.000 donne (con 1700 nascite/anno attese) e che il flusso di prestazioni annuo medio per ASST Nord Milano per la sola disciplina ginecologico-ostetrica è di circa 60.000 prestazioni/anno. Quindi i numeri sono molto ampi e le applicazioni di questo progetto sono su vasta scala.

ASST RHODENSE:

Garbagnate Milanese è uno dei 28 comuni nell’area del Parco delle Groane della Città Metropolitana di Milano. Si trova a 16 Km a nord-ovest dal centro di Milano. Ha una popolazione di 26.888 abitanti, di cui 13.910 femmine, con una densità di 3.016,68 ab/km quadrato. Nel 2019 il tasso di natalità per 1000 abitanti è stato del 6.7. La popolazione straniera rappresenta l’8.8% della popolazione totale. L’Ospedale Salvini, appartenente all’ASST-Rhodense insieme all’Azienda ospedaliera di Rho, è una struttura completamente

nuova, costruita all'interno del Parco delle Groane secondo moderni principi di architettura ospedaliera. L'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, diretta dalla dottoressa Maria Luisa Muggiasca dal 16 marzo 2020, è costituita da un reparto di degenza (26 posti letto, 8 dedicate alle pazienti ginecologiche, 18 dedicati al puerperio e patologia della gravidanza) e da un'area parto caratterizzata dalla presenza di 4 box / parto, di cui una convertibile in seconda sala operatoria e dotato di filtri per uso di protossido come partoanalgesia; uno dotato di vasca per parto in acqua e da una sala operatoria dedicata, con annessa sala risveglio. E' presente inoltre una zona "OBI" dotata di 4 postazioni per sorveglianza attiva, tutte dotate di cardiocografi. Il pronto soccorso ostetrico-ginecologico è situato a fianco del blocco parto. La sala operatoria ginecologica è invece locata nel blocco operatorio centrale, sempre sullo stesso piano del reparto/blocco parto. L'attività ambulatoriale ostetrica viene svolta in 2 ambulatori, dotati entrambi di ecografi; l'attività ambulatoriale ginecologica ha a disposizione spazi separati per l'esecuzione di colposcopie e vaccinazioni HPV, visite, ecografie di I e II livello, piccoli interventi. Le patologie trattate in ambito ginecologico comprendono la patologia benigna del basso ed altro tratto genitale e maligna dell'endometrio (30 casi di patologia neoplastica all'anno); la patologia ostetrica, considerate, anche le caratteristiche della popolazione afferente, verte soprattutto sulla diagnosi e cura del GDM (diabete gestazionale), iposviluppo fetale, preeclampsia, patologie tiroidee, patologie autoimmuni e trombofiliche, con ambulatori dedicati sia clinici che ecografici. L'attività ambulatoriale complessiva si aggira intorno a 10.000 prestazioni/anno, nel 2020 i parti sono stati 650 ed i ricoveri totali, nonostante l'emergenza Covid che ha sicuramente influenzato l'attività, 1100. L'organigramma medico è costituito da 9 dirigenti medici di I livello e il responsabile. Il personale del comparto è costituito da 20 ostetriche, 10 infermiere professionali e 10 OSS. All'interno del gruppo medico ed ostetrico sono presenti figure con professionalità specifiche che, per formazione e competenze, ne qualificano l'attività. La rete dei consultori è costituita da 6 unità di offerta così distribuiti sul territorio:

- ambito territoriale di Garbagnate: 2 consultori con sede a Paderno Dugnano e Bollate;
- ambito territoriale di Rho: 2 consultori con sede a Rho e Settimo Milanese;
- ambito territoriale di Corsico: 2 consultori con sede a Corsico e Cesano Boscone.

Sono presenti in organico un ginecologo a tempo pieno, due sumaiisti, 6 libero professionisti. Solo una delle strutture è dotata di ecografo. Nel 2020 le prestazioni totali sono state 17.033 per un fatturato di 594.080 euro. La popolazione straniera rappresenta il 20%, prevalentemente magrebina. Nel 2019 sono state seguite in consultorio 811 gravidanze, con una contrazione osservata nel 2020 (460 totali) legata all'emergenza Covid (restrizione dell'attività in particolari gruppi). Indispensabile, considerata la popolazione territoriale, risulta essere la necessità di interazione ospedale-territorio atta soprattutto a recuperare il fenomeno di migrazione verso altri punti nascita osservato in questi anni (tabella 4,5,6). La logistica dell'ospedale non rappresenta un punto di forza, essendo isolata e non particolarmente servita da mezzi pubblici. Potenzialmente si potrebbe recuperare l'utenza di città limitrofe, attualmente prive del punto nascita.

1.2 naming (harmful)

Punti di debolezza (weaknesses):

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

- i Presidi Ospedalieri sono scollegati dai consultori e dai poliambulatori: i coordinatori e i professionisti sanitari non si conoscono e le attività sia ospedaliere che ambulatoriali risultano efficienti nella volumetria delle prestazioni, ma non sinergiche e coerenti tra loro, con una inutile sovrapposizione clinica in alcuni ambiti;
- mancono protocolli organizzativi e clinici condivisi.
- mancono canali di prenotazione diretta: il territorio non riesce a prenotare direttamente al presidio gli esami di II livello; viceversa non ci sono canali di prenotazione diretta dal Presidio ai poliambulatori per rimandare prestazioni di I livello. I pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostico-terapeutici non riescono a proseguire il loro work up clinico-assistenziale nell’ambito della stessa ASST e devono cercare da soli le sedi dove completare la loro cura;
- mancono analisi aziendali di profilazione della popolazione per poter adattare l’organizzazione dell’offerta;
- manca un’aggiornamento dei programmi informatici, per lo sviluppo di format di refertazione condivisi (scheda della gravidanza, ginecologica; ecografica, isteroscopica e colposcopica);
- mancono le risorse economiche per incrementare l’organico, acquistare o rinnovare la strumentazione e i programmi informatici.
- in seguito alle politiche nazionali di “spending review” degli ultimi 10 anni, l’organico sanitario è ridotto agli estremi e non è condiviso tra presidio e territorio; completamente separato dai presidi ospedalieri.
- mancono le strumentazioni di base (ecografi) soprattutto nei consultori, che ne risultano completamente privi, ed alcune strumentazioni (esempio isteroscopi ed ecografi) negli ospedali.
- manca una manutenzione ordinaria edilizia;
- i coordinatori del territorio soprattutto poliambulatoriale non afferiscono ad un’unica figura direzionale specialistica: da contratto, il direttore del presidio ospedaliero non è rivestito ufficialmente da questo incarico;

Minacce (threats):

- la vastità territoriale delle nostre due ASST, con l’eterogenità geografica, sociale della popolazione afferente, può rappresentare un ostacolo alla realizzazione della nostra rete. Alcune pazienti, soprattutto gravide, sono poco stimolate a recarsi al presidio ospedaliero, sia per la distanza, sia perché alcuni competitors sia pubblici che privati si trovano più vicini a loro ed offrono servizi di alto livello (esempio per ASST Nord Milano, Ospedale di Niguarda, di Monza, San Raffaele, Multimedica ; Ospedale Buzzi o Sacco per ASST Rhodense) o trovano strutture ambulatoriali anche private vicino a casa a basso costo (esempio Centri Sant’Agostino);
- mancono in diverse aree, reti di collegamento di trasporto pubblico, soprattutto dai consultori agli Ospedali, dove gli abitanti non si possono avvalere delle linee metropolitane (figura 4) e dovrebbero utilizzare, in assenza

di veicolo personale), 2-3 mezzi pubblici per arrivare all’ospedale di riferimento. Da studiare;

- i mandati dei direttori generali sono relativamente di bassa durata (3-5 anni) per la realizzazione della loro Clinical Governance in quella specifica azienda e di molte continuità progettuali. Tali mandati possono essere ulteriormente variati in itinere da parte della Regione [E]. Il DG di ASST Nord Milano ha iniziato il suo mandato nel 2019 , il DG di ASST Rhodense è stato cambiato in Settembre 2021;
- a tali incertezze, si aggiunge la mancata chiarezza dei fondi che deriveranno dal PNRR e la mancata informazione sui nuovi modelli organizzativi territoriali;
- possibili imprevisti (di salute, di trasferimenti, di maternità) a carico dell’organico già ridotto e sulla popolazione (esempio altre pandemie) devono essere tenuti in considerazione nella realizzazione del nostro progetto;
- a completare la descrizione delle possibili minacce, che potremmo subire anche a breve termine, la possibilità che l’Italia possa andare incontro ad una futura crisi finanziaria post pandemica, con il ricorso a nuove politiche di spending review, che annullerebbero gli investimenti sanitari previsti.



1.3 Per descrivere meglio la mission di questo progetto, forniamo:

- la definizione dei nostri utenti: popolazione femminile, afferente alle strutture territoriali di appartenenza, valutando la distribuzione per area geografica di provenienza.
- la definizione della tipologia di “prodotto” da realizzare: il territorio deve offrire “salute “ ossia progetti e percorsi assistenziali finalizzati alla prevenzione (screening e vaccinazioni), al mantenimento dello stato di salute della donna, abbracciando l’arco temporale compreso dall’infanzia/adolescenza alla menopausa, passando attraverso il percorso nascita in tutte le sue fasi (preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio, con il sostegno all’allattamento). Il territorio deve offrire anche un’attenzione particolare al contesto socio-sanitario, psicologico, anche nel rispetto della legge 194. Il presidio ospedaliero deve fornire l’approfondimento clinico-diagnostico e la “cura“, cioè la risoluzione dei casi complessi afferenti, dal territorio, mediante percorsi facilitati. Secondo la matrice di Ansoff, il territorio deve sviluppare una “penetrazione” delle sue prestazioni nella popolazione afferente, mentre al Presidio Ospedaliero spetta il compito di apportare “innovazioni” diagnostico- terapeutiche di completamento;
- la definizione di “mercato” del nostro progetto: tutela della salute, intesa come prevenzione, promozione, cura e riabilitazione , garantendo i livelli essenziali di assistenza e consolidando l’integrazione tra territorio e ospedale, intesa come diritto di ogni cittadino, indipendentemente dallo stato sociale , dall’etnia o dallo stato economico. Si punterà quindi sul recupero dei residenti offrendo una risposta al

bisogno di salute specifico. Sempre facendo riferimento alla matrice di Ansoff, il territorio dovrà provvedere ad una espansione volumetrica delle sue prestazioni di base, mentre l’Ospedale potrà anche affrontare una differenziazione settoriale, in base all’organico e agli strumenti forniti;

- la tecnologia utilizzata: il modello produttivo sarà la costruzione della rete.
- specifichiamo l’Identità di questa rete, che interessa professionisti scelti per professionalità, competenza, disponibilità all’ascolto e all’accoglienza e per la loro disponibilità ad affrontare un lavoro sociale non molto retribuito e faticoso. Grande attenzione alla prevenzione e accesso “facilitato”, per mezzo di invio diretto, all’ospedale, per la realizzazione di cure di secondo o terzo livello.
- indispensabile la valorizzazione dei collaboratori, motivandoli e rendendoli partecipi delle scelte effettuate. Nel caso specifico sarebbe utile creare un unico gruppo di lavoro (organico) che si alterni su territorio ed ospedale, acquisendo esperienza, permettendo una visione di insieme ed una maggior integrazione.

2. POSITION:

mission, vision, contesto ambientale, potenziale organizzativo sono i determinanti analizzati per crearci uno spazio aziendale strategico, nel cui contesto realizzare le scelte strategiche competitive, nel nostro caso rispetto a strutture pubbliche e private del territorio. Nell’ambito di una sanità pubblica, i maggior competitors sono rappresentati dalle strutture ed organizzazioni private (esempio Multimedita, Ospedale San Raffaele, CDI, Santagostino, poliambulatori, eccetera). Sappiamo che la Regione Lombardia ha concesso molto spazio alla sanità privata che raggiunge il 40% del totale. Si crea però un circolo vizioso in cui il pubblico rimane con scarse risorse economiche e quindi fatica a realizzare le prestazioni dal punto di vista quantitativo e qualitativo, mentre il privato, ricevendo i rimborsi dell’accreditamento, continua a svilupparsi con strutture all’avanguardia, organico ben retribuito, e snellimento burocratico-organizzativo. In questo contesto, secondo la matrice di Ansoff, il nostro progetto può portare ad una differenziazione di leadership per efficienza, qualità e costo.

La nostra formula imprenditoriale è soprattutto aziendale, con lo scopo cioè di posizionare l’ASST in un contesto economico, politico e sociosanitario peculiare. In ogni caso la nostra formula competitiva sarà realizzata in maniera direttamente proporzionale alle risorse umane ed economiche messe a disposizione dall’azienda e quindi dalla Regione.

Con questo progetto, vogliamo aumentare la fiducia dei pazienti verso le strutture pubbliche, risvegliando in loro valori di sicurezza, serenità e condivisione del loro stato di salute e lo

strumento più efficace per creare questi valori è la dimostrazione su campo dell'efficienza del servizio offerto appunto dalla rete che andiamo a creare.

2 PLAN:

è il momento della definizione di piani ed obiettivi misurabili, adozione di un comportamento coerente, selezionando le priorità di intervento, abbiamo costruito un “patto” tra le nostre aziende ed i professionisti sanitari e creato al contempo uno specifico “contratto” tra le nostre aziende e le nostre pazienti. Questa fase ci porta all'identificazione degli obiettivi e alla formulazione e formazione del piano strategico per ottenerli, sia da parte del vertice, che da parte dei collaboratori che ricevono gli incarichi e le responsabilità. Servirà per identificare gli indicatori a breve e a lungo termine, per ottenere gli obiettivi e per implementare il piano strategico.

3.1 Unfreezing: anche per la realizzazione del nostro progetto, questa fase è indispensabile per creare una coscienza collettiva da parte del territorio, dell'ospedale, delle direzioni, dei sindaci e della Regione. Si deve creare un momento di sensibilizzazione delle nostre problematiche riportate nel naming, che si ricollegano con la missione dello sviluppo di una medicina di prossimità del PNRR. Da qui la necessità di ritrovarsi a tutti i livelli per la promozione dell'Unità territoriale e la creazione di una:

3.2 cabina di regia: cioè una coalizione di governo che condivide i nostri obiettivi, che condivide il nostro piano strategico finora formulato e che possa anche concorrere alla sua formazione. La nostra cabina di regia prevede il coinvolgimento di 6 figure per ogni ASST: il direttore della UOC del presidio Ospedaliero, il coordinatore dei consultori, il responsabile dei poliambulatori, la Direzione Sociosanitaria, Sanitaria, e Strategica aziendale. Con successivo coinvolgimento dei sindaci e i rappresentanti regionali al welfare.

3 PATTERN:

sappiano che è necessario un aggiustamento nel cammino. E'importante adottare un management strategico, per cogliere, durante la realizzazione del progetto, i segnali esterni o interni che possono interferire o creare opportunità per la pianificazione strategica. E'necessario che il nostro management strategico colga i segnali di una differente strategia (emergente), che ci permetterebbe di aggiustare i nostri processi, prodotti e servizi, per sfruttare le opportunità e minimizzare le minacce, che derivano dai cambiamenti. La strategia emergente può dunque trasformare la nostra iniziale strategia razionale\intenzionale con le sue scelte di partenza in una differente strategia (deliberata). La conseguenza è sapere che

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

inevitabilmente dovremo confrontarci alla fine con una strategia realizzata ed irrealizzata per i cambiamenti sopraggiunti.

Tabella n° 1: caratteristiche demografiche della ASST Nord Milano (istat 2021):

comuni	abitanti	Stranieri (17-18%)	Donne (31%)	Nascite attese x abitanti (0,67%)	Nascite Attese al PO di Sesto San Giovanni	Partito sindaci	Inizio manda to
Sesto San Giov	80368					Centro destra	2017
Cinisello Balsam	73488					Centro destra	2018
Cologno Monz	46634			312	\	Centro destra	2020
Cormano	20205					Centro destra	2019
Bresso	26358			176	\	Centro destra	2018
Cusano Milanin	18311					Centro destra	2019
TOTALE	265.364	47765	82.263	1.778	1.289		

Tabella n° 2: Flussi attività PO Sesto San Giovanni 2019. 27 posti letto

	2019	Fino a 8\2021	Att. mensile 2019	Att mensile Fino a 8\2021
TassoOccupazione %	58%	30%	58%	30% (-48%)
N° ricoveri	1190	608	99	76 (-23%)
N° interventi	716	146	59	17 (-71%)
N° parti (% tc)	829 (21.8%)	327 (12.8%)	69	40 (-42%)

Tabella n°3: flussi attività ambulatoriali ASST NORD Milano

sede	2019	9\2021	Prestazioni Ostetriche 9\2021 (%)	Certificazioni IVG
PO sesto SG	8944	3943 (- 66%)	2663 (67%)	\
PO Bassini (amb)	3131	673 (-78%)		
Sesto SG (2 consultori)	2655	1072	277 (26%)	42
Cinisello B (3 consultori)	2073	1234	261 (21%)	76
Bresso	801	369	46 (12%)	19
Cormano	386	299	77 (26%)	17
Cusano M	155	128	37 (29%)	8
Cologno M	1564	855	224(26%)	30
TOTALE	19709	4630 (-77%)		
poliambulatori	40956	19192 (-53%)		
TOTALE	60.665	23.822 (-61%)		

Figura n°4: rete metropolitana milanese

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

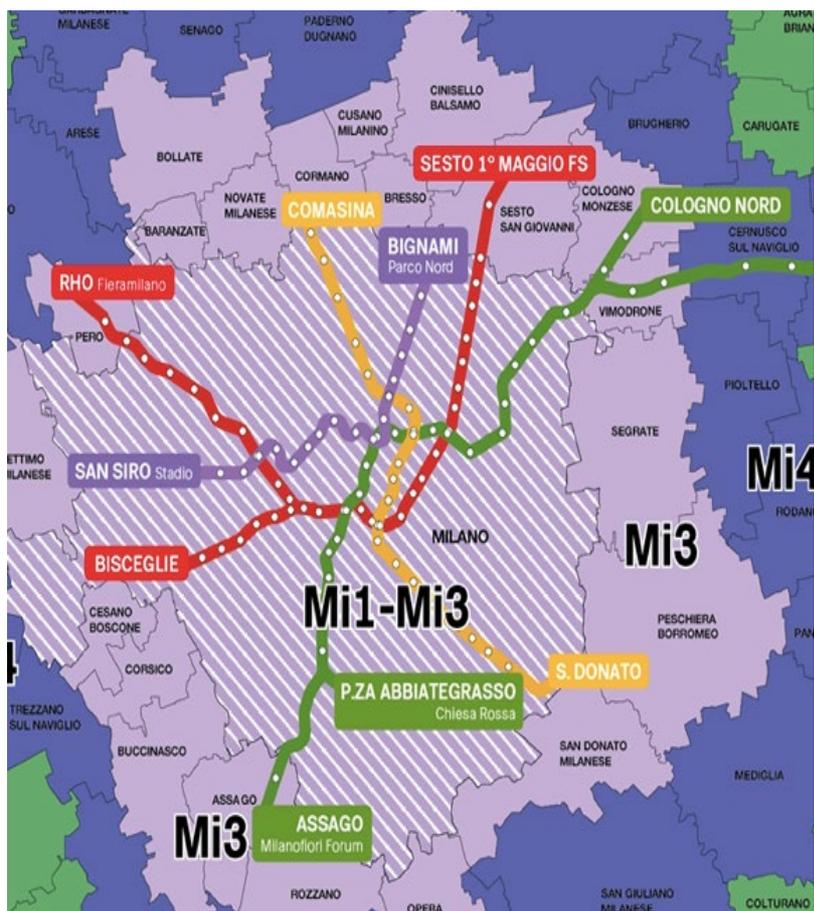


Tabella n°4: Utenza 2020 territorio ASST- Rhodense

		UTENZA TOTALE 2020 - ASST RHODENSE												
CONSULTORIO	%	<=1 2	#	14 anni	15-17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	45-49 anni	>49 anni	TOTAL E
GARBAGNATE MILANESE	F	8	0	0	7	3	8	12	29	30	14	9	12	132
	M	3	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1	6	17
PADERNO DUGNANO	F	24	0	1	54	52	71	98	161	142	86	72	127	888
	M	19	0	0	3	4	2	3	8	15	12	21	23	110
BOLLATE	F	3	0	5	73	76	157	219	278	216	126	98	182	1433
	M	3	1	0	7	8	6	12	15	23	23	21	29	148
RHO	F	0	0	4	91	40	79	98	190	171	78	49	82	882
	M	2	1	2	23	4	12	3	5	11	9	14	19	105
SETTIMO MILANESE	F	12	2	2	30	41	70	94	127	118	74	57	139	766
	M	20	0	0	7	2	3	1	1	5	11	14	17	81
CONSULTORIO CORSICO	F	3	0	1	40	42	71	104	115	116	79	77	191	839
	M	9	2	0	6	3	4	2	1	6	7	9	20	69
CESANO BOSCONI	F	3	1	7	80	62	112	121	150	150	113	128	268	1195
	M	2	0	1	10	4	3	6	6	14	11	13	22	92
TOTALE femmine		53	3	20	375	316	568	746	1050	943	570	490	1001	6135
TOTALE maschi		58	4	3	56	27	32	27	36	74	76	93	136	622
TOTALE generale		111	7	23	431	343	600	773	1086	1017	646	583	1137	6757

Tabella n° 5: Numero di gravidanze seguite presso CF ASST Rhodense

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

GRAVIDANZE CF ASST RHODENSE - CONFRONTO 2017/2018/2019				
CONSULTORIO	2017	2018	2019	2020
Paderno Dugnano	138	100	114	91
Bollate	127	119	298	103
Rho	80	60	113	90
Settimo Milanese	22	21	69	48
Corsico	60	60	75	57
Cesano Boscone	134	100	141	102
TOTALE	561	460	811	460

Tabella n° 6: Nati punti nascita ASST Rhodense

NATI AI PUNTI NASCITA ASST RHODENSE						
OSPEDALE	COMUNE	2016 N°	2017 N°	2018 N°	2019 N°	2020 N°
GARBAGNATE MILANESE	ARESE	13	12	10	14	15
	BOLLATE/BARANZATE	54	59	64	52	38
	BUCCINASCO					
	CESANO BOSCONI	1				1
	CESATE	52	49	57	50	56
	CORNAREDO	2	2			
	CORSICO			1		
	CUSAGO					
	GARBAGNATE MILANESE	104	97	108	77	113
	LAINATE	19	11	16	13	13
	NOVATE MILANESE	9	9	15	8	6
	PADERNO DUGNANO	34	53	77	32	31
	PERO		2	2	1	
	POGLIANO MILANESE	1	1		2	
	PREGNANA MILANESE				2	
	RHO	12	10	6	11	5
	SENAGO	74	65	73	45	40
	SETTIMO MILANESE					
	SOLARO	46	44	41	37	42
	TREZZANO SUL NAVIGLIO					
VANZAGO	2	3				

IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO E FASI

In questa sessione, svilupperemo il piano con la descrizione delle attività, cioè delle azioni necessarie per trasformare i mezzi nei nostri risultati. I mezzi sono costituiti dalle risorse umane, fisiche e finanziarie, partendo dai principi di sicurezza, qualità ed appropriatezza. Questo è il momento di ufficializzare il team del progetto, validare e programmare le attività previste.

Dicembre 2021

1. incontro preliminare tra i due Direttori di UOC, per gli ultimi chiarimenti progettuali;
2. condivisione con la Direzione sociosanitaria e sanitaria;
3. incontro con i responsabili del territorio (consultorio e poliambulatori), che non si sono mai conosciuti e iniziale condivisione della nuova vision ginecologico-ostetrica delle unità operative ginecologiche;
4. incontro extra-aziendale su scala territoriale e regionale di sensibilizzazione tra direttori sociosanitari e i politici territoriali, cioè i sindaci o i loro delegati (assessori per le politiche sociosanitarie) e un rappresentante regionale;
5. successiva riunione con tutti i componenti identificati nella cabina di regia: il direttore UOC, i responsabili del territorio, i direttori sociosanitario, il direttore sanitario, un responsabile della direzione strategica aziendale. In supervisione direttore amministrativo. In questa fase

si deve affrontare l’“unfreezing”: riportare l’analisi situazionale, ribadendo la mission, condividere gli obiettivi, delineando la vision e descrivere il piano strategico;

gennaio 2022

6. incontro con il responsabile di “Controllo di Gestione”: analisi del volume di attività , attuale e in confronto con il 2019, e la tipologia delle prestazioni svolte dai presidi ospedalieri, dai consultori e dai poliambulatori. Ipotesi di redistribuzione dei flussi di attività secondo i criteri stabiliti, cioè di lasciare al territorio i primi livelli ginecologico-ostetrici, in particolare mantenere la mission consultoriale, indirizzata alla ginecologia I livello, alla gravidanza fisiologica, alla contraccezione, alla realizzazione della legge 194, alla prevenzione ed alla integrazione psico-sociale. Determinazione dei carichi di lavoro e individuazione di un idoneo organico sanitario (medici, ostetriche, infermiere; amministrativi), con valutazione del fabbisogno organico;
7. per questo deve seguire l’incontro con il responsabile della “Gestione Risorse Umane” per valutare la tipologia di contratti proponibili alle diverse figure professionali. L’obiettivo ultimo sarebbe arrivare ad avere un unico organico afferente alla struttura ospedaliera, con redistribuzione dello stesso su territorio, in modo temporaneo (6 mesi) o definitivo, qualora insorgano problematiche di salute o di età, che limitano lo svolgimento di alcune attività “stressogene” o notturne o carichi di lavoro improponibili a certe età (ad esempio dopo i 60 anni). In quest’ottica, i ginecologici ospedalieri sostituirebbero gli specialisti o sumaisti ambulatoriali. Tale azione permetterebbe di aumentare il numero di medici dell’organico, con una rotazione sul territorio per una visione di insieme e per un collegamento più efficiente ed efficace. I medici sumaisti potrebbero d’altro canto essere inseriti nella attività ambulatoriale ospedaliera per specifiche competenze. Questa rotazione è altamente strategica, perchè permetterebbe di avere personale altamente qualificato su tutta la rete, su tutti gli ambiti clinici ma anche organizzativi e diventerebbe l’elemento di promozione principale della rete desiderata, l’espressione reale dell’unità, che si va a differenziare solo strutturalmente e geograficamente. La rete dovrà prevedere una condivisione del concetto dinamico di rischio ostetrico, che permetta al territorio di inviare la paziente e di riaccoglierla quando la situazione critica si è conclusa. La rotazione dell’organico permetterebbe una conduzione assistenziale davvero unica: la paziente, ad esempio la donna in gravidanza, potrebbe ritrovare l’ostetrica che l’ha seguita in gravidanza anche in sala parto dove nascerà il suo bambino; la stessa ostetrica potrà sostenerla anche su territorio per l’allattamento e un domani la seguirà per gli screening ginecologici o le vaccinazioni o la consulterà sulla contraccezione, chiudendo il cerchio clinico;
8. sempre insieme ai coordinatori del territorio si deve anche eseguire un’analisi dei fabbisogni strumentali, che per il campo ginecologico ostetrico di territorio corrisponde alla necessità di poter utilizzare durante una visita un ecografo office, mentre a livello ospedaliero, la strumentazione risulta proporzionale alla tipologia di II livelli che il Presidio può organizzare. Ad esempio per potere eseguire le ecografie ostetriche è necessario avere un ecografo ad alte prestazioni; per realizzare una endoscopia ginecologica, servono isteroscopi, colposcopi, laparoscopi; per eseguire uno studio uro-ginecologico: cistoscopio, cisto-manometro e dispositivo uro-flussimetrico. Tra i fabbisogni strumentali, si inserisce anche l’utilizzo di

strumenti informatizzati di comunicazione tra ospedale e consultorio: PC, stampanti e programmi condivisi. Questa fase spiega la necessità di passare alle 2 fasi successive:

9. incontro con l'ingegneria clinica e l'economato, per iniziare il percorso della selezione degli strumenti e il loro acquisto;
10. incontro con il responsabile dei Sistemi Informativi: per poter utilizzare gli stessi format di refertazione: ad esempio attualmente l'ASST Nord Milano dispone dello stesso programma operativo "H-Opera", che risale al 2003, risulta poco flessibile ad esempio per l'inserimento delle "maschere" condivise di refertazione;

febbraio 2022

11. **una** delle principali attività da promuovere nella rete è il Percorso Nascita, che inizia con l'apertura di servizi territoriali proprio dedicati alla gravidanza fisiologica, BRO (a basso rischio ostetrico), in completa autonomia da parte dell'ostetrica, secondo la delibera XI\268 del 2018 [V], che a sua volta si ispira alla Linea Guida 20, elaborata al sistema nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità [F]. Questa delibera da un lato promuove lo sviluppo professionale delle figure ostetriche, dall'altro tampona l'emorragia di specialisti in ginecologia ed ostetricia, derivante dalla politica di "spending review" condotta dai Governi dal 2011, tra le cui conseguenze la limitazione delle borse di studio specialistiche dedicate a questa disciplina. La ginecologia infatti non trova solo una collocazione ospedaliera, ma come la pediatria, trova un enorme sviluppo territoriale; è infatti una disciplina non solo di cura, come può essere un'ortopedia, ma anche di prevenzione, e a tutte le donne una visita ginecologica annuale risulta altamente raccomandata. Possiamo dedurre che i calcoli eseguiti a livello ministeriale negli ultimi 10 anni hanno sottovalutato i fabbisogni della popolazione femminile. In questo momento storico che ritrova a disposizione un bassissimo numero di specialisti ginecologi, che si formano in circa 12 anni, la figura dell'ostetrica, che si laurea in 3 anni, assume un preziosissimo valore professionale, talvolta anche più adatto rispetto al ginecologo ad ascoltare e a seguire le future mamme. L'attivazione di questo servizio BRO presuppone l'organizzazione di una riunione con tutte le ostetriche del presidio, del territorio e della loro coordinatrice;
12. la delibera XI\268, sulla BRO [V], include un piano operativo, snodato su 3 punti: 1. Codifica e tariffazione delle visite ostetriche; 2. impostazione di una agenda del percorso nascita; 3. Richieste di prestazioni di laboratorio e strumentali da parte dell'ostetrica ed emissione di certificazioni sulla gravidanza. Sono trascorsi 3 anni ma questo punto non si è ancora realizzato in Lombardia. Per questo è necessario, nel nostro piano, prevedere un tavolo di lavoro con la Regione che permetta di rendere operativo questo ultimo aspetto. Altrimenti, non potendo l'ostetrica prescrivere su ricetta SSN gli esami previsti dall'Agenda, deve inviare la paziente al medico di base, che spesso si rifiuta, in modo illecito, di passare alla prescrizione, oppure l'alternativa è utilizzare le credenziali e la carta SISS di un ginecologo della struttura, ma anche in questo caso si cade nell'illecito. Abbiamo l'opportunità che Il Direttore socio-sanitario dell'ASST Nord Milano è stato un membro del Comitato Percorso Nascita Nazionale, ed è attualmente il presidente della Federazione Nazionale Infermieri, IPASVI, per questo nel nostro progetto, chiederemo alla Direttrice di aiutarci a realizzare questo punto. Sembra che Aria abbia ricevuto da tempo il compito di realizzare per via elettronica l'agenda del percorso nascita e probabilmente la conclusione di questo lavoro

- porterebbe a fornire l’opportunità anche alle ostetriche di prescrivere gli esami di laboratorio, possibilità già presente in molte regioni italiane. Tale premessa spiega la necessità di perseguire anche questa fase incontrando individualmente il Direttore Sociosanitario e suo successivo lavoro di interlocuzione con la Regione Lombardia o Aria;
13. l’apertura di alcuni servizi ambulatoriali di I livello esempio BRO o di II livello nel presidio ospedaliero (esempio menopausa, endometriosi, uro-ginecologia...) presuppongono la formazione di alcuni professionisti. Quindi una fase deve essere rivolta alla organizzazione\adesione a corsi di formazione;
 14. indispensabile è la condivisione di linee guida e protocolli (durante tutto il 2022) su tutta la rete; per lo sviluppo di questa fase è necessario A. stabilire delle priorità di tematiche cliniche-assistenziali attraverso una lista di argomenti condivisa, B. assegnare l’”up to date” e le relazioni alle diverse figure sanitarie non solo dell’Ospedale ma anche del territorio, per un coinvolgimento generale e per non far passare l’idea che solo i professionisti ospedalieri abbia qualcosa da insegnare agli altri; C. formalizzare con l’”ufficio formazione” gli incontri, che permettano di ottenere anche dei crediti ECM (educazione medica continua); D. organizzare sia in presenza che in remoto degli incontri, per rispettare le precauzioni COVID e per permettere a tutti una maggior partecipazione; necessaria pertanto la scelta della piattaforma di rete e suo allestimento;
 15. rete significa anche apertura di veloci e diretti canali di prenotazione, per cui risulta indispensabile anche la fase di organizzazione di un servizio ambulatoriale quasi esclusivamente dedicato al territorio: cioè l’apertura di prenotazioni solo su “agende interne” dei servizi di II livello da parte delle strutture territoriali. Cioè la paziente inizialmente visitata nel consultorio o nel poliambulatorio verrebbe indirizzata al presidio ospedaliero solo nel caso necessitasse di approfondimenti diagnostici o cure (esempio ricovero o intervento chirurgico). Questa fase comporta 2 successive azioni, mirate a creare un “front office” virtuale per il territorio:
 16. riunione con la gestione operativa aziendale e creazione di un numero di telefono e una e-mail ambulatoriale dedicati al sistema di prenotazione diretta.
 17. se realizzabile la fase 16, successivo incontro con le coordinatrici infermieristica ambulatoriale di presidio ospedaliero e le sue infermiere;
 18. incontro con il responsabile del CUP di presidio, per permettere la creazione delle agende interne, utilizzabili a sistema, quindi computerizzate, in grado di “ricevere” gli appuntamenti tramite le impegnative del SSN, emesse dalla stessa e dalla sola ASST. Cioè gli operatori del CUP e le infermiere ambulatoriali potranno accettare solo le ricette timbrate da qualsiasi operatore appartenente alla specifica rete ASST;
 19. la descrizione della rete deve essere anche pubblicata: sui siti delle aziende, sui cartelloni posti davanti agli ambulatori e agli ospedali. La rete va pubblicizzata e comunicata anche all’utente. Per questo è necessario un incontro con l’ufficio stampa e comunicazione, che sarà fondamentale per l’implementazione di questa fase;
 20. infine alcune strutture sia territoriali che ospedaliere necessitano di una manutenzione edilizia e tecnica più accurata con il rinnovo di alcuni arredi: non è infrequente osservare vetrate crepate, muri scalcinati o poltroncine tagliate. Non dobbiamo suscitare nell’utente la sensazione di abbandono “strutturale”.

TEMPISTICA E ANALISI CRITICA DEI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL PROGETTO

La tempistica di implementazione di questo progetto (cronoprogramma) può dipendere molto, secondo la nostra swot analysis, da quanto gli elementi “helpful” sia interni che esterni riescano a contrastare nella loro efficacia gli elementi “harmful” del progetto stesso. Nello specifico, anche se gli elementi interni riportati sono più conosciuti e prevedibili, le debolezze interne più preoccupanti possono essere rappresentate da una stanchezza dell’organico con perdita di entusiasmo, prossimi pensionamenti con sostituzione della cabina di regia, malattie impreviste dell’organico, spostamenti. Mentre le minacce esterne meno prevedibili e quindi più preoccupanti sono legate alla nuova, futura e per ora misteriosa organizzazione sanitaria alla luce del PNRR: il territorio verrà inglobato nelle Case di Comunità? I nostri Presidi Ospedalieri diventeranno degli Ospedali di Comunità? Cambieranno le figure direzionali? Cambieranno i nostri Direttori Generali aziendali, gli assessori e il DG regionale, i sindaci che ora approvano il nostro progetto? La realizzazione del PNRR si trasformerà per noi in un elemento di promozione anche economica o all’opposto in un elemento insormontabile di blocco? Il nostro Paese affronterà, in fase post COVID, terminato il freno legato all’emergenza (ad esempio sui licenziamenti e sulle casse integrazioni) la crisi finanziaria più grave che abbiamo avuto nella storia o invece riuscirà a sopravvivere?

In ogni caso, mantenendo una posizione ottimistica, riteniamo che queste fasi di implementazione del progetto possano essere realizzate nei primi 6 mesi dall’inizio (1\06\2022), arrivando ai primi risultati “su campo” intono all’anno dall’inizio del progetto stesso.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

1. Costo del lavoro (baseline dei costi):

1.1 Personale medico

Esempio di proposta: attualmente, nei consultori afferenti all’Asst Rhodense, operano nove specialisti ginecologi di cui 2 sumaisti e 6 libero professionisti con contratto ad ore settimanali.

Nell’anno 2020 sono state fornite prestazioni di base per un totale di 4278 ore di lavoro, al costo orario di 41,36 euro. La spesa totale è stata quindi di 191,340 euro.

E’ ipotizzabile pensare di modificare lo status attuale assumendo due dirigenti medici di I livello all’interno dell’U.O. (spesa annua di 91,000 euro totale) che, insieme al resto dell’organico, ruoterebbero sul territorio garantendo una continuità organizzativa e formativa, percorsi integrati e facilitati, condivisione della mission e della vision aziendali.

1.2 Personale ostetrico

Sempre come esempio, nella realtà territoriale rhodense le ostetriche sono sei, una per consultorio, come richiesto dal contratto per accreditamento, in relazione al numero di prestazioni per abitanti. In realtà la chiusura del consultorio di Garbagnate ha costretto la popolazione delle aree di appartenenza (circa 100.00 abitanti) a riversarsi sul territorio di Bollate con chiara difficoltà nella gestione delle competenze. Nonostante quanto riportato dalla delibera 268/2018 [V], che prevede l'ostetrica come figura di riferimento nel percorso nascita fisiologico (bilancio di salute ostetrico) e nel post partum (visite domiciliare, identificazione precoce della depressione postpartum), solo un consultorio su sei è in grado di garantire questa prestazione. L'acquisizione di altre due figure professionali (19.500 euro /annui) risulta fondamentale a tale scopo, riservandola alle zone di maggior affluenza.

2. Costo per l'acquisizione di mezzi, materiali, attrezzature:

2.1 ecografo di bassa fascia (costo 14.000 euro più IVA euro): attualmente nessun consultorio è dotato di strumentazione per esame ecografico ostetrico-ginecologico office. Questa situazione si traduce in invii inappropriati al pronto soccorso per completamento diagnostico.

2.2 sistema di refertazione integrato: è necessaria una soluzione informatica che punti all'ottimizzazione ed all'omogeneizzazione dei flussi di refertazione degli esami ecografici, elaborazione dei dati, gestione delle immagini, archiviazione dei dati clinici testuali ed iconografici (costo indicativo 15.000 euro per postazione). Questo sistema di refertazione potrebbe anche essere integrato con il sistema informativo ospedaliero (costo indicativo 100.000 euro per tre anni).

RISULTATI ATTESI:

INDICATORI DI PROCESSO, DI OUTCOME E DI OUTPUT

Nella fase di realizzazione di un progetto, il suo monitoraggio è una fase importante quanto lo stesso planning: ossia la costante opera di controllo sull'andamento delle attività (il pattern di Mintzberg). Questa fase risulta indispensabile perché permette di individuare eventuali “distorsioni” del progetto e, quindi, possibili soluzioni (strategia emergente) per non comprometterne la realizzazione. Viceversa l’individuazione di risultati positivi porta ad iniziare già un refreezing\consolidamento del “prodotto” del progetto, per non perdere gli effetti nel tempo. Abbiamo previsto pertanto una fase di valutazione intermedia del progetto con tutti i partecipanti del tavolo di lavoro (circa a giugno 2022) e valutazione finale a gennaio 2023, avvalendoci dell'uso degli indicatori oggettivi di misurabilità che andremo qui a definire.

Ogni obiettivo di un progetto deve essere supportato da almeno un risultato, raggiunto attraverso una o più azioni, sostenibile e coerente con le finalità (mission e vision) per cui l’organizzazione è stata costituita. Bisogna per questo introdurre e delineare degli indicatori di performance cioè delle variabili misurabili che esprimono un risultato nel tempo rispetto ad un obiettivo da raggiungere e da mantenere.

Il nostro sistema di valutazione dovrà presentare quindi le seguenti caratteristiche:

- coerenza con gli obiettivi di Regione Lombardia e delle due aziende ASST (Nord e Rhodense),
- trasparenza, condivisione e comunicazione nell’ambito della rete e dell’Azienda;
- tempestivo, perché devono rispettare delle scadenze predefinite.

Gli indicatori di performance si distinguono in:

- indicatori di efficacia\outcome, che misurano la capacità del servizio di soddisfare il bisogno per il quale è stato prodotto i
- indicatori di efficienza\output, che esprimono il rapporto tra i risultati del processo produttivo (appunto output) e risorse impiegate (input), cioè la minimizzazione dei costi attraverso la massimalizzazione dei risultati. Anche se nel nostro caso è doveroso specificare che i valori economici correlati all’acquisizione dei nostri fattori produttivi (organico e strumentario) vanno a colmare il vuoto che la riduzione di investimenti realizzata dalle politiche di spending review degli ultimi 10 anni ha creato: cioè le acquisizioni previste nel nostro progetto sarebbero state necessarie in ogni caso per riportare le nostre Unità a standard essenziali di assistenza ginecologico-ostetrica; in altre parole i costi strettamente necessari alla realizzazione del nostro progetto sarebbero stati di gran lunga inferiori se fossimo partite da un sistema adeguato. Pertanto il numeratore del nostro indicatore di output (costi\risultati) presenterà un valore necessariamente più alto, creando un bias interpretativo di questa tipologia di strumento di valutazione. Mentre gli indicatori di outcome saranno più espressivi e quindi maggiormente sviluppabili, ma andranno comunque rapportati alla velocità con cui le Aziende provvederanno ad incrementare le risorse umane, confermando l’indiscutibile equazione: meno sanitari = meno attività svolte; quindi sarà

sempre opportuno esprimere oltre ai dati globali anche dei dati “pro capite” di azioni realizzabili.

Calcoleremo gli indicatori di output, come rapporto tra il costo medio globale sostenuto nel semestre per quell’organizzazione (dai locali, ai sanitari, agli amministrativi)(Activity Based Costing) e i ricavi derivanti dai rimborsi regionali per quelle stesse prestazioni (tabella 7)

In tabella 8 riassumiamo gli indicatori generici di performance che adotteremo per la nostra Organizzazione.

In ogni caso, essendo la valutazione uno strumento essenziale per monitorare la capacità del nostro processo di perseguire la strategia individuata [6], riportiamo i nostri obiettivi e specifichiamo gli indicatori individuati di output (riassunti in tabella 5):

1. rivalorizzare il territorio, che deve tornare a flussi di attività corrispondenti al 2019;
2. rivalorizzare il presidio ospedaliero, che deve anch’esso tornare ai flussi di attività del 2019 (ambulatoriale, di sala operatoria e di sala parto) implementandone le aree specialistiche, al servizio del proprio territorio;
3. realizzare una rete clinica_organizzata, attraverso un modello hub and spoke, tra ospedale e territorio;

Questi gli indicatori individuati per ogni obiettivo riportato:

1. obiettivo n°1: territorio

- a. indicatore di outcome: ritorno alle percentuali di attività svolte nel 2019: l’ASST Nord Milano ad esempio ha presentato un calo del 61% delle attività ambulatoriali post COVID; si prevede con questo progetto di dimezzare (-30%) tale negatività entro 6 mesi e di pareggiare le percentuali al completamento dell’anno;
- b. indicatore di outcome: tempi di attesa, per tutte le visite ginecologico-ostetriche, inferiori ai 15 giorni;
- c. indicatore output: % donne italiane\donne straniere seguite;

2. obiettivo n°2: Presidio Ospedaliero

- a. indicatore di outcome: incremento dei volumi delle attività ambulatoriali globali, percentuale di visite ambulatoriali svolte rispetto al 2019 (in coerenza con gli obiettivi di Regione Lombardia ed Azienda);
- b. Indicatore di outcome: rapporto tra il numero di prestazioni di II livello eseguite rispetto al numero di prestazioni totali sia in ambito ginecologico che ostetrico;
- c. indicatore di outcome: incremento dei numeri di parti, rispetto al 2019, corretto per l’indice di riduzione della natalità italiana (-33%); quindi per raggiungere il numero di parti del 2019 (829) bisognerebbe arrivare a 547 parti al termine del 2021, valutando la correzione, ma escludendo la popolazione di Bresso che vive di fianco all’Ospedale di Niguarda e quella di Cologno Monzese, collocata alle porte dell’Ospedale San Raffaele, si attendono 1289 nascite;

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

- d. indicatore di outcome: recupero delle donne italiane residenti nel territorio;
- e. indicatore di outcome: incremento degli interventi chirurgici, ritornando alle attività precovid, quindi del 2019;

3. obiettivo n° 3: rete

- a. indicatore di outcome: percentuale di pazienti inviate dal territorio al presidio (che si incrocia con indicatore “b” dell’obiettivo 2);
- b. indicatore di outcome: tempo medio di attesa per eseguire una prestazione di II livello;
- c. indicatore di outcome: numero di chiamate che il consultorio deve eseguire per ricevere una prenotazione (perché trova occupato o mancanza di risposta)
- d. indicatore di outcome: percentuale di pazienti che devono eseguire prestazioni di I livello inviate dal Presidio al territorio;
- e. indicatore di outcome: percentuali di pazienti che eseguono una IVG (medica o chirurgica) nel presidio rispetto alla quantità di certificati\visite eseguite per questa finalità dai consultori;
- f. indicatore di outcome: percentuale di parti nel Presidio ospedaliero di donne seguite sul territorio, ad esclusione di Cologno Monzese e Bresso;
- g. indicatore di outcome: percentuale di interventi chirurgici eseguiti su pazienti seguite sul territorio;
- h. indicatore di outcome: livello di gradimento dell’utente della rete, somministrando questionario di gradimento alla paziente (figura 5).

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

Tabella n° 7: INDICATORI di PERFORMANCE della nostra organizzazione:

A. prospettiva economico finanziaria		Risultato e peso attribuito
A1: contenimento dei costi (ABC)	Delta rispetto alle previsioni	
A2: crescita dei ricavi	Rispetto alla crescita delle attività	
B. prospettiva dei processi di gestione		
B1: appropriatezza	% Tempi di erogazione < 15 giorni	
B2: omogeneità dei comportamenti	N° protocolli condivisi	
B3: flussi informatici	N° di trasmissioni ritardate	
B4: efficienza	N° globale obiettivi raggiunti	
C. prospettiva di apprendimento e di crescita		
C1: competenze ed abilità	N° operatori interscambiabili	
C2: innovazione	N° di nuovi processi produttivi	
C3: formazione	N° eventi organizzati	
C4: ricerca	N° progetti partecipati	
D. prospettiva assistito e relazioni con esterno		
D1: relazione con utenti	N° contestazioni	
D2: elevazione qualità assistenziali	N° nuove offerte sanitarie	
D3: miglioramento attrattività	N° stakeholders esterni collegati	

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

Tabella n° 8: INDICATORI di OUTCOME del progetto e timing di valutazione:

obiettivo	indicatore	Valore Target (%) risultato atteso a 12 mesi	Peso (1-3)	Dato Attuale 2021	Risultato Atteso a 6 mesi	Raggiungimento Obiettivo a 6 mesi (0-100%)	Raggiungimento Obiettivo a 12 mesi (0-100%)
1 territorio: a	Attività ambulatoriali	7634 visite 2019	3	3957	Incremento 50% 2021		
	Tempi attesa	< 15 giorni	2	30 giorni	15-30 giorni		
	Donne straniere\italiane	20%	1	80%	40%		
2 Ospedale a	Attività ambulatoriali	12075	3	4616	Incremento 50% 2021		
	Attività sala operatoria	716	2	146	Incremento 50%		
	nascite	1289	3	327	800		
	Prestazioni II livello\I livello	90%	3	50%	70%		
	Donne straniere\italiane	20%	1	80%	40%		
3 Rete a	% pazienti del PO < territorio	90%	3	50%	70%		
B	Tempo attesa prenotazione ospedale	15 giorni	3	60 d	30 d		
C	N° chiamate	1	2	6	3		
D	% paz ospedale-territorio	100%	1	0%	50%		

“Integrazione territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico”

E	IVG\certificati	100%	3	13%	60%		
F	% nati\gravide consultorio	100%	3	20%	50%		
G	% paz territorio \interventi	100%	3	0%	50%		
h	Gradimento utente	2(medi a)	3	nd	1		

Nd: dato non disponibile

Figura n° 5: questionario di gradimento utente (3 scores: 0,1,2)



CONCLUSIONI

La nostra Regione ha sempre rivestito un ruolo primario nell'organizzazione sanitaria, rappresentandone un modello nazionale. La pandemia COVID-19 ha evidenziato diverse criticità che devono portare a dei cambiamenti mirati allo sviluppo di una medicina di prossimità, spostando il baricentro sul territorio rispetto all'Ospedale, che deve rappresentare una seconda scelta per il cittadino. Queste esigenze si sposano perfettamente nella costruzione di una rete territorio-ospedaliera in campo ginecologico-ostetrico. Per questo abbiamo percepito la necessità di sviluppare un progetto con questa finalità. Il nostro progetto non ha uno scopo unicamente accademico ma sarà il nostro reale punto di partenza di un cambiamento che speriamo di riuscire a realizzare. Abbiamo imparato che contenuti clinici e motivazioni sono indispensabili ma non sufficienti per strutturare una strategia. Da qui l'importanza di un corso di formazione manageriale come questo che trasmetta una cultura, un metodo: un momento d'incontro storico tra il clinico puro e l'economista. Le sole idee non sono sufficienti per un cambiamento e devono trasformarsi in un pensiero disciplinato.

Per questo non possiamo non riportare le parole del nostro coordinatore del corso, il Professore Federico Lega, che abbiamo avuto la fortuna di ascoltare, sul processo e gli stadi del cambiamento strategico: “punto di partenza per delineare ed attivare un cambiamento strategico è la condivisione della necessità di cambiare. Chiarire e condividere il quadro di contesto, attraverso la presentazione e discussione della strategia elaborata, è di per sé l'azione più forte possibile di attivazione del cambiamento, nella misura in cui fornisce a tutti gli attori aziendali una medesima lente attraverso cui filtrare i propri processi decisionali, attribuire la priorità di azione, comprendere le dinamiche organizzative”.

Ci auguriamo di mantenere nel tempo gli stimoli trasmessi da tutti i docenti del corso ma soprattutto di avere da loro acquisito un metodo di lavoro che ci accompagnerà nel corso della nostra vita da Direttori di struttura Complessa, al servizio delle nostre Aziende, della nostra Regione, ma soprattutto delle nostre donne.

CONTRIBUTO PERSONALE

Non ci siamo suddivise la stesura dei diversi capitoli di questa tesi. Abbiamo condiviso inizialmente le criticità della nostra organizzazione, ci siamo proposti degli obiettivi e poi abbiamo iniziato a scrivere. In sequenza prima la dottoressa Garavaglia scriveva e poi la dottoressa Muggiasca rielaborava, occupandosi specificatamente della sezione economico-finanziaria, in relazione alle sue esperienze. In questo modo da ginecologhe, è “nato” il nostro Project work, frutto delle nostre differenti esperienze, pensieri ed apprendimenti. Il tutto alla luce dei preziosi suggerimenti del nostro tutor Professoressa Anna Prenestini, che ringraziamo.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- I. legge regionale 23/2015, in materia di sanità. “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33”.
- II. legge regionale 1158/2019, approvazione del progetto attuativo, in materia di “Integrazione al programma di iniziative regionali per l'educazione”.
- III. decreto ministeriale n 70, 2 aprile 2015, in materia di “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.
- IV. ex articolo 8 del decreto legge n° 281 del 28 agosto, in materia di “Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città' ed autonomie locali”
- V. legge regionale n° XI/268 del 28/6/2018, in materia di “rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica”.

BIBLIOGRAFIA

1. G. Carabelli. (2011), *Il modello lombardo di Welfare*. Franco Angeli editore.
2. L. Cuccu (2018), *“Storia della burocrazia italiana: dalla riforma Cavour alle riforme Bassanini”*. Universale editore.
3. Epicentro. (2020), *“Le nuove sfide nella gestione del COVID-19: l’esperienza dei Servizi di prevenzione”*.
4. JP Kotter. (1995), *“Leading Change: Why Transformation Efforts Fail”*, in Harvard Business Review.
5. H. Mintzberg. (1996), *“La progettazione dell’organizzazione aziendale”*, Il Mulino.
6. F. Lega. (2018) *“Economia e management sanitario”*, EGE editore.

SITOGRAFIA

- A. www.istat.it.
- B. www.temi.camera.it/leg18/provvedimento/piano.
- C. www.sole24ore.com/art/assedio-burocrazia;
- D. www.salute.gov.it: *“Aumentano le borse di studio a Medicina”*;
- E. www.corriere.it: *“Sanità, Regione Lombardia: valzer di nomine tra direttori Ats e Asst”*.
- F. www.isst: *“linea guida 20”*
- G. www.regionelombardia.it/leg18/provvedimento/piano;
- H. www.regionelombardia.it (salute e prevenzione)

