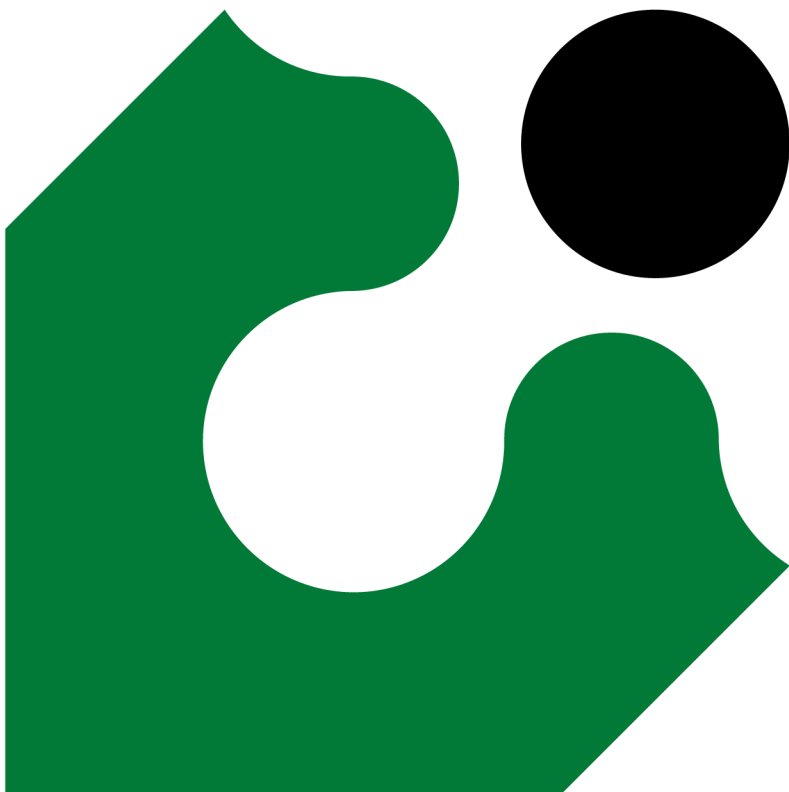


**FLESSIBILITA' INTERDIPARTIMENTALE : una
proposta organizzativa per il DEA/PS ASST Crema**
dai silos ai vasi comunicanti

Guja Minoja

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Guja Minoja, Dirigente Medico, ASST Crema

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright © PoliS-Lombardia



PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

1) INTRODUZIONE

2) LA SITUAZIONE ATTUALE

2.a L'organizzazione dipartimentale

2.b La situazione attuale del PS/DEA Crema

3) OBIETTIVI STRATEGICI E DI PROGETTO

3.a Obiettivi a breve termine

3.b Obiettivi a medio termine

3.c obiettivi a lungo termine : attuazione delibera regionale per il riordino dei PS/DEA del 31 luglio 23

3.d Swot analisi

4) DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO

5) METODOLOGIA ADOTTATA

6) DESCRIZIONE DEL PROGETTI, IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO, FASI E TEMPISTICHE

6.1 FASE CULTURALE E ANALITICA

6.2. FASE SPERIMENTALE

6.3. FASE DI CONSOLIDAMENTO e ATTUAZIONE DELIBERA REGIONALE per il riordino dei PS/DEA del 31 luglio 23

6.4. ELEMENTI DI APPEALING DEL PROGETTO

7) ANALISI DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

8) RISULTATI ATTESI

9) CONCLUSIONI

10) RIFERIMENTI NORMATIVI

11) BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE :

L'attuale strutturazione delle ASST, conformemente ai dd.lgs 502/517 e 229, prevede che la gestione operativa di tutte le attività passi attraverso «l'organizzazione dipartimentale » (art 17-bis d.lgs229) all'interno della quale si articolano le Strutture Complesse.

Il Dipartimento costituisce, come definito da un documento della « Direzione generale della programmazione sanitaria » del Ministero della salute del 2005, una « *organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute...* ».

Le finalità essenziali del Dipartimento sono l'ottenimento dei migliori outcome gestionali e terapeutici attraverso la presa in carico del Paziente da parte delle varie Unità Operative, l'integrazione fra le discipline, l'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse, di tecnologie e di personale. L'attività del Dipartimento è coordinata da un Direttore di Dipartimento nominato dal Direttore Generale.

Benchè i Dipartimenti possano essere classificati in due tipologie, « strutturali » e « funzionali », storicamente si è imposto il primo modello, caratterizzato dalla omogeneità, sotto il profilo delle risorse umane e tecnologiche impiegate, rispetto al secondo, caratterizzato dall'aggregazione di unità anche non omogenee, ma unite dalla necessità di perseguire un obiettivo gestionale strategico.

I Dipartimenti sono andati caratterizzandosi pertanto come strutture « *silos* », le cui risorse umane e logistiche vengono utilizzate all'interno dello stesso *silos* senza alcuna comunicazione/condivisione con gli altri Dipartimenti.

Come è noto vi è una grandissima difficoltà a reperire personale Medico, in tutto il territorio nazionale, disposto a lavorare nei DEA/PS. ASST Crema non fa eccezione dovendo far ricorso a personale medico, i cosiddetti « gettonisti » esterni per sopperire alle carenze di organico.

Si vuole in questo lavoro ipotizzare una proposta organizzativa che porti i Dipartimenti dall'essere strutture isolate e autosufficienti come silos, a vasi comunicanti, in grado di condividere risorse umane laddove ne esista la necessità, e in particolare all'interno del PS vista l'inveterata carenza di organico. Una tale riorganizzazione potrebbe favorire infatti una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane, con la conseguenza di alleviare i fabbisogni complessivi del Dipartimento e quindi gli oneri da sostenere per soddisfarli mediante il ricorso a gettonisti.

Questo sforzo appare inoltre necessario al fine di portare all'attuazione la delibera regionale del 31.7.23 sul riordino dei PS.

2. LA SITUAZIONE ATTUALE

2. a. L'organizzazione dipartimentale

L'ASST Crema articola la propria struttura sostanzialmente in 5 Dipartimenti che si occupano delle attività cliniche: Emergenza-Urgenza (UOC- Unità Operativa Complessa : Terapia Intensiva e PS), area Medica (Medicina e Medicina d'Urgenza, Pediatria, Pneumologia, Oncologia, Laboratorio Analisi, Gastroenterologia), area CardioCerebroVascolare (UOC: Cardiologia Neurologia, Radiologia, Nefrologia, Chir Vascolare), area Chirurgica (Chirurgia Generale, Ortopedia, Otorino, Oculistica, Urologia, Ostetricia Ginecologia), area Riabilitativa (Dipendenze, Neuromotoria, respiratoria, radiologica). Ogni dipartimento, così come previsto dalla legislazione vigente, è composto di Unità Operative Complesse (UOC) tendenzialmente omogenee per area di interesse, utilizzo di strutture e tecnologia, competenze. Esiste anche in ASST Crema una sostanziale compartimentazione (modello *SILLOS*) delle attività e nell'impiego del personale medico di ogni Dipartimento e in ogni Unità Operativa Complessa, benchè esista una storica partecipazione del personale di varie UOC, anche di Dipartimenti differenti, nella copertura della guardia DEA notturna (Medicina, Nefrologia, Gastroenterologia, Oncologia e Neurologia).

2.b La situazione attuale del DEA di Crema

Il Pronto Soccorso di Crema (DEA – Dipartimento Emergenza Accettazione di I livello) costituisce l'essenziale punto di riferimento per le prestazioni con caratteristiche di emergenza-urgenza e la gestione delle patologie tempo-dipendenti, di cui necessita la popolazione di Crema e del territorio circostante.

L'attività del PS, esclusi il Fast Track Ostetrico-Ginecologico, ORL, Oculistico e Ortopedico (che comunque non sono attivi h24) è sostanzialmente articolata su 4 aree: Ambulatorio Medico-Internistico, Ambulatorio Chirurgico, Area Rossa per le emergenze, Osservazione Breve Intensiva (OBI). La turnistica prevede che nei turni diurni (7-14 e 14-21) siano presenti 2/3 medici (area internistica, area chirurgica, sala rossa), e 2 per i turni notturni: questa organizzazione, buona ma certamente implementabile e migliorabile (medico di sala Rossa sempre presente, terzo medico la notte, medico diurno per OBI), necessita di un organico di almeno 15 medici. Al momento, l'organico di PS è costituito da 9 medici, compreso il Direttore facente funzione dell'Unità Operativa Complessa (UOC), che dirige anche altra UOC di altro Dipartimento.

I turni mancanti secondari all'evidente deficit di personale medico, vengono coperti in parte da Liberi professionisti, impiegati tramite Cooperative (per il PS dopo procedura di gara risultava vincente Medical Service assistance) o tramite bandi aziendali. Il capitolato prevede che la Cooperativa fornisca personale medico per 2 turni diurni di 12 ore il giovedì e il sabato, e due turni notturni di 12 ore la domenica e il lunedì).

Dal punto di vista organizzativo il processo di Pronto Soccorso può essere distinto in tre fasi: accettazione (INPUT), processazione (THROUGHTPUT), esito (OUTPUT).

L'esito al termine della valutazione del paziente in PS (output) prevede i seguenti percorsi:

- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il follow up presso strutture ambulatoriali.
- Ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) essenziali al contenimento delle percentuali di ricovero e a ridurre il rischio di dimissione inappropriata
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione; la percentuale di ricovero deve essere mantenuta inferiore al 15% sul totale degli accessi, come da media nazionale (attualmente la percentuale si assesta sul 13% degli accessi)
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti, in genere nel contesto della stessa area geografica oppure in un quadro di relazione hub-spoke e viceversa.

Ognuna di queste fasi è ovviamente negativamente influenzata dalla mancanza di risorse mediche e da eventuale inadeguatezza culturale delle dette risorse o dalla loro scarsa integrazione all'interno dell'ospedale.

In letteratura il tempo di attesa per il ricovero (boarding) è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS ed è la prima causa del sovraffollamento, rappresentando un problema nazionale che identifica una malattia sistemica, con eziologia multifattoriale all'interno dell'organizzazione, i cui sintomi si manifestano principalmente in Pronto Soccorso. La presenza di pazienti in attesa di ricovero di fatto si traduce nella gestione di un reparto "fantasma" di pazienti complessi con problematiche acute, in spazi e con organico non dedicati. Questo determina effetti collaterali ben noti tra i quali segnaliamo:

- aumento della mortalità e morbilità dei pazienti
- aumento della durata del successivo ricovero
- aumento dei tempi di attesa a prima visita
- maggior necessità di risorse in PS (spazi, tecnologia, e risorse umane)
- riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti
- riduzione del benessere psico-fisico degli operatori
- difficoltà a mantenere il corretto distanziamento all'interno dei locali di PS

Il numero degli accessi totali in PS a Crema è di circa 50000- 60000 pazienti/anno ma la tipologia dei pazienti che accedono si è via via caratterizzata per una crescente complessità quanto età anagrafica, coesistenza di plurime patologie, peso assistenziale e difficoltà sociali che non trovano immediate risposte in altre strutture. Il crescente impatto di patologie trasmissibili, come evidenziato nell'era covid, ha reso necessario rimodulare la divisione degli spazi, creando un area di isolamento che ha ristretto ulteriormente gli spazi disponibili. Si assiste pertanto spesso all'*overcrowding* con ripercussioni negative sulla qualità delle cure prestate, un incremento del rischio clinico generale e una sostanziale riduzione del grado di soddisfazione degli operatori.

Come si sottolineava, per far fronte al numero di accessi, con l'attuale struttura organizzativa, sono necessari almeno 15 Medici, mentre l'organico ne conta solo 9 con un carico di lavoro estremamente pesante (almeno 6 notti al mese, 2/3 fine settimana impegnati), usurante per l'aumentata conflittualità con l'utenza e il carico di responsabilità, per la scarsa valorizzazione della Medicina d'Urgenza nella cultura comune, per la scarsità di risorse disponibili rispetto al numero e al peso degli

accessi, per la scarsa possibilità di progressione di carriera e di competenze, per l'alto rischio di burnout degli operatori come testimoniato dall'alta percentuale di dimissioni e/o passaggio ad altre UOC.

Proprio per queste caratteristiche, la specialità in Medicina di Emergenza e Urgenza, faticosamente istituita, appare ora una delle meno appetibili, lasciando i PS in grave carenza di personale medico. Anche il PS di Crema ha patito negli anni un progressivo impoverimento dell'organico a fronte delle maggiori necessità che si sono via via dimostrate e ha, come si è detto, un importante deficit di personale medico dedicato.

Al fine di sopperire alla carenza si è fatto pertanto ricorso alla figura di « gettonisti » ovvero medici assunti tramite cooperative che prestano la loro opera prevalentemente nell'ambulatorio di PS chirurgico. Tale supporto è di circa 200 ore da capitolato, ma aumentabili anche fino a 300 ore mensili quando necessario, corrispondenti al lavoro di circa 2 medici strutturati, ma generalmente suddivise su almeno 5 medici diversi inviati dalla Cooperativa. Tale pratica, pur consentendo al PS di mantenere l'attuale organizzazione presenta alcuni evidenti limiti tra i quali: la relativa inesperienza di alcune di queste figure professionali il cui curriculum è spesso lontano dalle esigenze e dalle skills richieste al Medico d'urgenza, dalle scarse fidelizzazione e conoscenza dell'Azienda in cui operano e dei protocolli che le sono propri, dalla difficoltà di impiegare tali professionisti nelle aree a maggior intensità assistenziale (area rossa), dalla scarsa integrazione con la restante parte del personale medico e infermieristico della struttura. Per quanto tali figure risultino necessarie alla copertura dei turni, risultano poco adatte a risolvere i sopradescritti problemi del ps e alla costruzione di un clima di soddisfazione e fiducia nel personale strutturato, anche in ragione della disparità economica di trattamento. L'apporto di 300 ore mensili inoltre, per quanto utile, risulta comunque insufficiente a coprire le necessità attuali del PS .

3. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo strategico del progetto è implementare le risorse mediche per il PS riducendo in modo drastico e possibilmente azzerando l'impiego dei gettonisti assunti tramite cooperative sulla cui formazione e azione professionale esistono poche possibilità di controllo.

L'obiettivo specifico del progetto è utilizzare le risorse interne all'Ospedale con un modello che preveda la flessibilità interdipartimentale nell'utilizzo delle risorse mediche così da dare supporto al PS che risulta essere l'area maggiormente in difficoltà in questo momento storico. Nel corso della più drammatica esperienza per la sanità italiana, cioè nelle prime fasi della pandemia da SarsCov2, si è già sperimentata la possibilità di una collaborazione tra Dipartimenti e UOC, con buoni risultati.

Ulteriore obiettivo è l'aumento della soddisfazione professionale e la riduzione del burnout del personale medico operante in PS, riducendo il numero di Medici che annualmente lasciano il proprio incarico (licenziamento e/o trasferimento ad altre UOC).

E' legittimo aspettarsi che un potenziamento dell'organico di PS, con un aumento medio delle competenze e del grado di motivazione dei Medici in esso operanti, comporti un miglioramento delle prestazioni del PS con i suoi tradizionali indicatori (boarding, overcrowding, tasso di abbandoni prima della visita, reclami/contenziosi, ecc).

L'obiettivo finale è quello di arrivare ad adattare la delibera regionale sul riordino del PS del 31.7.23 alla realtà del DEA di Crema.

Essendo tali obiettivi particolarmente ambiziosi, realizzabili in tempi medio-lunghi, si è pensato di suddividerli per step, a breve medio e lungo termine, più facilmente attuabili e programmabili.

3.a Obiettivi a breve termine : FASE ANALITICA E CULTURALE

- Condivisione e spiegazione del nuovo modello gestionale di PS alle altre UOC e ai rispettivi Direttori, con particolare riferimento all'attuazione della delibera regionale 787 ;
- mappatura delle competenze presenti in ospedale al fine di programmare eventuali percorsi formativi per i Professionisti operanti nell'Emergenza/urgenza ;
- mappatura della disponibilità al lavoro nell'Emergenza-Urgenza nei vari dipartimenti;
- valutazione del livello di burnout/soddisfazione professionale dei Medici normalmente operanti in PS.

3.b Obiettivi a medio termine : FASE SPERIMENTALE

- Riduzione/abolizione della figura del « gettonista » nella turnistica del PS in misura delle figure disponibili in Azienda ad impiegare parte del proprio tempo in PS ;
- inizio di percorsi di potenziamento delle skills proprie del Medico di Urgenza, adeguato aggiornamento ;

- Gestione condivisa tra medici di PS, della Medicina e afferenti al Dip. Chirurgico di turnistica di PS, OBI, Medicina e Medicina di Urgenza ;
- creazione di ambulatori post-accesso e post dimissione.

3.c Obiettivi a lungo termine : FASE DI CONSOLIDAMENTO e ATTUAZIONE DELIBERA REGIONALE per il riordino dei PS/DEA del 31 luglio 23

In data 31/7/23 Regione Lombardia, con Deliberazione n° XII/787, approvava il « piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito dell'emergenza-urgenza ospedaliera ». Tale piano prevede una sostanziale rivoluzione con un deciso empowerment della figura del Medico di Urgenza e una riorganizzazione della gestione dell'emergenza-urgenza intraospedaliera che viene sostanzialmente fatta convergere sulla figura del Medico d'Urgenza-Emergenza, sostanzialmente in carico al PS. Viene inoltre ratificata l'afferenza del reparto di Medicina d'Urgenza, attualmente articolazione come Struttura Semplice della Medicina Generale, e quindi del Dipartimento Medico al Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

L'attuazione di tale delibera comporta, necessariamente, la creazione di un pool di Medici che acquisiscano competenze elevate di Emergenza/urgenza in grado di lavorare e di far fronte alle situazioni di Emergenza/urgenza in PS, in OBI, in Medicina di Urgenza e, più in generale, all'interno dell'Ospedale.

Obiettivo a lungo termine di questo progetto è pertanto arrivare a costituire un gruppo di Medici, a partire da varie UOC, e in particolare provenienti dalle UO di PS, Medicina, Chirurgia Generale, che abbiano acquisito le skills proprie della Medicina e Chirurgia d'Urgenza ed Emergenza e che, come prevede peraltro la Delibera sopra citata, non svolgano tutto il proprio tempo lavorativo in PS ma anche in Reparto o in ambulatori specialistici.

Ulteriore obiettivo a lungo termine è il maggior grado di soddisfazione degli operatori con una riduzione del turnover medico in PS e una partecipazione ad attività cliniche meno usuranti.

La maggior flessibilità nell'utilizzo di risorse mediche con l'impiego di Specialisti provenienti da diverse UOC e da diversi Dipartimenti, con il maggior coinvolgimento di ognuno di essi nell'attività del PS/DEA, dovrebbe inoltre ridurre i tempi « morti », non a valore in PS, e quindi ridurre il boarding e l'overcrowding, proprio per la maggior omogeneità gestionale ottenuta da questo modello operativo condiviso e per l'intrinseco potenziamento numerico e culturale del personale medico di PS che tale modello comporta.

Necessario inoltre, per l'attuazione della delibera 787, è il cambiamento del POAS con passaggio alla Unità Operativa Complessa di PS della UOS di Medicina di Urgenza.

3.d Swot analisi

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<p>Stabilizzazione/allargamento équipe medica PS</p> <p>Miglioramento qualità offerta all'utenza</p> <p>Riduzione tempi di attesa e boarding</p> <p>Riduzione conflittualità e contenziosi</p> <p>Miglioramento/efficientamento collaborazione e condivisione protocolli intraospedaliera</p> <p>Ottimizzazione percorso : Ps- Medicina Urgenza- Medicina- Cure subacute- Ospedale di Comunità</p> <p>Potente leadership aziendale</p>	<p>Difficoltà culturale</p> <p>Carenza globale di personale medico</p> <p>Rischio di sguarnire altri ambiti con riduzione delle prestazioni effettuate</p> <p>Spazi limitati</p>
OPPORTUNITA'	MINACCE
<p>Attuazione delibera regione Lombardia 31.7.23</p> <p>Crescita professionale équipe PS/DEA</p> <p>Fidelizzazione e crescita senso di appartenza</p>	<p>Possibile aumento carico di lavoro (fornire prestazione migliore e più appetibile potrebbe ingenerare aumento della domanda)</p> <p>Possibile nuove e diverse priorità leadership regionale</p>

4. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I primi destinatari del progetto sono i Pazienti che afferiscono al DEA di Crema per prestazioni mediche e chirurgiche che abbiano caratteristiche di urgenza.

La riduzione di personale non strutturato di ASST Crema, la maggior integrazione con specialisti aziendali, la maggior integrazione tra gli Specialisti, dovrebbe portare a prestazioni di PS più rapide e di qualità maggiore, riduzione dei tempi di attesa, del boarding, dell'overcrowding ; si dovrebbe osservare una riduzione della conflittualità con l'Utenza.

Ulteriori destinatari sono i Medici normalmente operanti in PS che, avendo possibilità di impiegare parte del proprio tempo in attività meno usuranti e con maggior varietà clinica, avranno meno burnout, meno desiderio di lasciare l'attività del DEA e maggior possibilità di crescita tecnica e professionale.

Gli ultimi destinatari/beneficiari del progetto sono i Medici di altre UO/dipartimenti che presteranno parte del proprio tempo alle attività di PS : avranno modo di partecipare ai benefici economici previsti, acquisiranno maggiore sicurezza nelle situazioni di urgenza e si genererà una maggior conoscenza e partecipazione alle attività del DEA e una maggior conoscenza, condivisione, comprensione e applicazione dei protocolli aziendali in uso.

Infine si prevede una ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse economiche di ASST che non andrebbero « disperse » nel pagamento dei gettonisti ma parzialmente reinvestite come gratificazione di personale interno.

5. METODOLOGIA ADOTTATA

Sono state seguite le seguenti tappe :

- analisi della situazione del PS/DEA di Crema e della necessità di organico attuale
- analisi degli indicatori del PS di Crema
- analisi della legislazione vigente in merito all'organizzazione dipartimentale
- colloqui informali con Medici attualmente operanti in PS a Crema e con Direttore FF della UOC
- analisi dell'esito degli ultimi concorsi/avvisi per Medico di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
- analisi del DECRETO-LEGGE 30 marzo 2023, n. 34
- analisi della Legge Regionale 29/12/2022, n. 34 "Legge di Stabilità 2023-2025"
- analisi del disciplinare di gara e del capitolato speciale per l'affidamento del servizio di guardia in PS
- analisi della Delibera Regione Lombardia del 31.07.23 in merito al riordino dei PS

Dopo la revisione critica della situazione attuale, alla luce delle esigenze emerse, si è formulato un progetto sperimentale da attuare tramite un preciso cronoprogramma.

6. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il modello organizzativo che si vuole proporre mira alla riorganizzazione interna delle risorse di ASST in modo da ridurre il ricorso a figure esterne assunte tramite Cooperative: in modo particolare si pensa all'impiego, su base volontaria, di personale medico afferente ad altri Dipartimenti, con personale medico maggiormente rappresentato, che possa impiegare parte del proprio orario di servizio, in Pronto Soccorso. Con questa modalità, i Dipartimenti, normalmente concepiti come « silos » in quanto funzionalmente isolati, diventano « vasi comunicanti » in quanto capaci di condividere risorse e in modo particolare di condividerle con il Dipartimento di Emergenza. In questo momento storico infatti è quello in maggiore difficoltà, con ovvie ripercussioni sul funzionamento del PS, vera *front line* con la popolazione richiedente prestazioni in emergenza-urgenza o comunque con tutta la popolazione che necessita di cure mediche e che non trova sul territorio risposte adeguate al proprio bisogno di salute.

Il progetto comporta, come si è già parzialmente descritto, la condivisione, di risorse umane, in modo particolare di personale Medico tra Dipartimenti, così da potenziare l'organico del PS, svincolarlo dalla necessità di utilizzo di personale esterno (gettonisti ingaggiati tramite cooperative esterne) le cui skills non sono sempre adeguate alle necessità del lavoro in ambito di emergenza-urgenza e che presentano spesso scarsa integrazione con le altre realtà dell'ospedale e ampliare in termini qualitativi e quantitativi le competenze del personale dedicato al PS/DEA, fino all'attuazione della riforma regionale 787 per il riordino dei PS.

Il progetto, che parte dalla necessità di garantire e migliorare il funzionamento del PS, comporta una rivoluzione prima di tutto culturale, oltre che organizzativa, e necessita pertanto di un importante lavoro di condivisione, ad ogni livello, in ASST; per la stessa ragione la sua realizzazione comporta tempi lunghi e vari step attuativi.

6.1 FASE CULTURALE E ANALITICA :

In questa fase si prevedono numerosi momenti di condivisione del progetto con le Unità Operative Complesse e i loro Direttori, al fine di descrivere la situazione attuale e le necessità del PS, che rimane struttura essenziale per rispondere ai bisogni della popolazione e degli utenti della popolazione cremasca, oltre a costituire la base logistica dove effettuare alcune procedure urgenti non eseguibili in altri reparti in determinate fasce orarie (cardioversioni, riduzione lussazioni, trasfusioni di sangue, ecc). In modo particolare, in considerazione della attuale organizzazione di ASST Crema, pare importante coinvolgere le seguenti Unità Operative Complesse : Pneumologia, Gastroenterologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Medicina Generale e Medicina di Urgenza, strutture afferenti al Dipartimento Medico, cardiocerebrovascolare e chirurgico. Durante tali incontri, oltre alla spiegazione del modello previsto dalla riforma regionale 787, punto di arrivo della ristrutturazione, vengono discussi e condivisi nel dettaglio anche i possibili incentivi economici (decreto legge 34 Schillaci) e non, offerti a chi accetti di prestare una parte del proprio tempo al lavoro nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza. Questi momenti di proposta, condivisione e discussione, verranno accreditati come momenti formativi ECM, al fine di incentivarne la partecipazione.

Parte della fase culturale e di analisi dovrà essere dedicata ad un paziente lavoro di ascolto, eventualmente con la somministrazione di test per la valutazione del livello di burnout, del personale Medico attualmente afferente alla UOC di PS per valutarne i desiderata, le necessità di crescita professionale e il desiderio/volontà di collaborazione al nuovo modello organizzativo che prevede anche il lavoro in reparto, ad ora escluso dalle attività del Medico di PS in ASST Crema, o in ambulatori specialistici, in relazione al background del singolo operatore, anche al fine di ridurre la pressione del lavoro in prima linea degli operatori normalmente impiegati in PS. Sarà inoltre possibile valutare i livelli di competenza e la disponibilità ad eventuali upgrade delle skills laddove necessario.

Questo capillare lavoro di mappatura delle competenze, interesse e disponibilità consentirà di ottimizzare l'utilizzo delle risorse in modo trasversale tra i Dipartimenti.

6.2. FASE SPERIMENTALE :

In questa fase del progetto si dovrebbe concretamente provare a ridurre/abolire la figura del « gettonista » nella turnistica del PS, nella misura in cui, in Azienda si è verificata la presenza di personale medico, di altri Dipartimenti, disponibile ad impiegare parte del proprio tempo in PS ; tale processo necessita di adeguata gradualità al fine di avere un feedback sulla sostenibilità organizzativa e gestionale del sistema.

In questa prima fase attuativa si prevede che figure mediche afferenti alla Medicina, alla Medicina di Urgenza e alla Chirurgia generale, partecipino gradualmente alla turnistica del PS, rispettivamente nell'ambulatorio Medico e in quello Chirurgico, e nella sala Rossa (Emergenze), in relazione alle competenze.

Al fine di eliminare completamente la figura dei gettonisti occorrerebbe coprire circa 8 notti e una trentina di turni diurni che verrebbero suddivisi su almeno una decina di medici di altre Unità Operative. Qualora la disponibilità fosse maggiore, potrebbero essere creati ambulatori post-accesso e post dimissione gestiti in condivisione per rendere più omogenei i percorsi clinico-assistenziali tra le Unità Operative coinvolte e alleggerire il personale Medico interamente dedicato al lavoro di frontline in PS ; in questa fase potrebbero anche essere iniziati i percorsi di potenziamento delle skills proprie del Medico di Urgenza attraverso percorsi formativi, anche in collaborazione con AREU (BLS ; ACLS, ATLS, corsi di ventilazione).

6.3. FASE DI CONSOLIDAMENTO e ATTUAZIONE DELIBERA REGIONALE per il riordino dei PS/DEA del 31 luglio 23 :

Il modello sopradescritto, caratterizzato da grande flessibilità organizzativa, interdipendenza tra diversi Dipartimenti Unità operative complesse, rende possibile l'attuazione della delibera regionale che comporta la gestione di PS , OBI e medicina d'Urgenza e di risposta alle urgenze intraospedaliere da parte di un unico pool di medici formato alla gestione dell'emergenza-urgenza .

In modo particolare, sarebbe pensabile riorganizzare la turnistica in questo modo . dopo aver adeguatamente formato il personale medico:

- dalle 7 alle 21:
 - o 2 medici per il PS (medico e chirurgico)
 - o 1 medico per la sala rossa
 - o 1 medico per l'OBI – Medicina d'Urgenza

- Dalle 21 alle 7:
 - o 2 medici per il PS (medico e chirurgico) e sala rossa
 - o 1 medico per l'OBI – Medicina d'Urgenza – guardia DEA/MET

Si può ben comprendere che tale organizzazione richiede un organo di almeno 18 Medici, escluso il Direttore di UOC, per coprire tale turnistica, minima per adeguarsi alla Delibera Regionale.

Si può ben comprendere come, stanti i numeri, e tenendo conto degli organici attuali, delle necessità organizzative con le reperibilità e le guardie di ogni UOC, occorre che il Dipartimento Chirurgico fornisca, anche frazionato su più Medici, l'equivalente del lavoro di almeno 3 persone, la Chirurgia Vascolare di 1 persona, il Dipartimento Medico di almeno 6 persone.

Per quanto si possa dire complessa tale organizzazione, lontana dalla situazione attuale ma almeno parzialmente attuativa della delibera 787, essa dovrebbe comportare una tale fusione degli organici da rendere molto più fluida la gestione del processo del ricovero, riducendo i tempi di attesa e il sovraffollamento del PS e le sue conseguenze avverse. La maggior pluralità di attività svolte dovrebbe rendere meno pesante e ridurre il burnout degli operatori storicamente operanti in PS. Infine, il maggior coinvolgimento diretto delle figure "chirurgiche" dell'Ospedale dovrebbe portare ad una miglior gestione di tutte le problematiche emergenti/urgenti di questo ambito, con riduzione del rischio clinico, riduzione del tempo di gestione in PS e miglioramento dell'outcome.

6.4. ELEMENTI DI "APPEALING" DEL PROGETTO

- possibilità di crescita economica per il personale medico di tutta ASST Crema (legge Schillaci)
- possibilità di crescita di "competenze" per tutto il personale medico di ASST Crema
- attenzione alla gratificazione del Personale Medico che aderisce al progetto attraverso pianificazione di crescita di carriera (incarichi professionali) e possibilità di perseguire personali interessi professionali
- riduzione del carico di lavoro "usurante" per il personale di PS con possibilità di dedicare parte del proprio tempo ad altra attività clinica.

7. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

L'analisi dei costi di realizzazione è assai complessa perchè comporta un numero di variabili non del tutto quantificabili e che riguardano soprattutto la gestione delle risorse umane, la ricaduta sul lavoro della altre Unità Operative Complesse e richiede certamente una adeguata sperimentazione.

Certamente da considerare è il risparmio sul costo delle ore attualmente pagate al personale esterno tramite cooperativa che comporta la spesa di circa 400.000 euro/anno. Tale cifra può essere parzialmente o totalmente reinvestita per la gratificazione del personale di ASST disposto a collaborare all'attuazione di tale progetto come forma di incentivo, in conformità al Decreto Legge Schillaci : il benefit di circa 100 Euro lordi destinati ad ogni ora lavorata in PS è infatti il costo di ogni ora appaltata ad un professionista esterno

Globalmente il progetto risulta pertanto essere « isorisorse » o in grado di portare un risparmio netto.

RISULTATI ATTESI

La realizzazione del progetto dovrebbe portare ad una serie di risultati, alcuni prettamente gestionali, altri di tradizionali indicatori di performance del PS, tra cui :

- riduzione/abolizione del ricorso alla figura dei “gettonisti” (ore/mese forniti da cooperative) con relativo risparmio economico
- riduzione del turnover del personale medico di PS con stabilizzazione e incremento di quello già presente (% personale medico/anno che si licenzia/abbandona il PS)
- riduzione dei tempi di attesa (ore/codice colore) e del boarding (ore di attesa in attesa del ricovero)
- riduzione dei rientri nelle 24/h
- riduzione abbandoni prima della visita medica
- riduzione dei reclami e dei contenziosi
- riduzione degli episodi di violenza
- riduzione del burnout (test di Potter: riduzione del punteggio medio)
- graduale attuazione della delibera regionale del 31 luglio 2023 sul riordino del PS

CONCLUSIONI

Il progetto presentato costituisce una evidente rivoluzione per l'assetto di ASST Crema ma anche una concreta possibilità di riordino come richiesto dalla Delibera Regionale più volte citata, oltre ad essere necessario per consentire di mantenere il funzionamento del PS di Crema garantendo uno standard quali-quantitativo adeguato alla gestione delle sempre più pressanti richieste di prestazioni sanitarie in emergenza-urgenza. Si vuole sottolineare che, nonostante gli attuali sforzi di riorganizzare l'assistenza sanitaria sul territorio, la gestione di ogni fase emergente-urgente anche di Pazienti cronici, non riesce ad ora a trovare un contesto diverso dal PS/Dea per la sua gestione e stabilizzazione proprio per la concentrazione di competenze , tecnologia e organizzazione che storicamente caratterizzano il DEA.

Questo modello organizzativo inoltre potrebbe esprimere, di fatto, il concetto di Dipartimento « *funzionale* » , cioè di una struttura che aggrega varie Unità Operative, anche di Dipartimenti diversi, al fine di realizzare un importante obiettivo interdipartimentale, in questo caso la gestione dell'emergenza-urgenza, strategica per tutta ASST e per il quale, in questo caso , occorre si individui un Direttore di Dipartimento con il mandato di gestire e coordinare le varie risorse necessarie rendendo i classici Dipartimenti (silos), vasi comunicanti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Deliberazione n° XII/787 di Regione Lombardia : Approvazione del « Piano di riordino delle strutture attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete Emergenza Urgenza Ospedaliera »

dd.lgs 502/517 e 229

legge 219/2017

DECRETO-LEGGE 30 marzo 2023, n. 34, capo II, Art 11

CCNL dell'Area sanita' del 19 dicembre 2019,

Legge Regionale 29/12/2022, n. 34 "Legge di Stabilità 2023-2025"

Reti tempo dipendenti Stroke e Trauma (DGR XI/7473/22 e XII/211/23); - ha adottato il nuovo modello di triage (DGR XI/6168/22) con relativo percorso formativo e implementazione dei percorsi fast track

DGR XI/6893/22, nell'allegato C dell'Atto n. 143 della Conferenza Stato Regioni del 1/8/2019 e nella DGR XI/6893/22)

DGR XI/7758/22

BIBLIOGRAFIA

- Alessandro Colombo e Marta Marsilio. *La gestione delle risorse umane – Formazione manageriale in sanità*- Polis Lombardia – Guerini e associati
- Fosco Foglietta - *Management in sanità* – Maggioli Editore
- Americo Cicchetti - *I Dipartimenti Ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale* – Franco Angeli Sanità.
- Federico Lega, Laura Boffa, Dorian Landi, Girolama Alessandra Marfia, Giorgia Mataluni
La Formula di Servizio: quale base per progettare l'organizzazione. Progettare per la Sanità Giugno 2018
- Latham, G.P. (2009), *Motivare al lavoro. Modelli e tecniche di intervento*, Milano: Franco Angeli.
- Bolognini, B. (2018). *Il sensemaking organizzativo e il comportamento delle persone. Una chiave di lettura*. Electronic Journal of Management, (2).
- Amanchukwu, R.N., Stanley, G.J. and Ololube, N.P., 2015. *A review of leadership theories, principles and styles and their relevance to educational management*. Management, 5(1), pp.6-14.
- Kouzes, J.M. and Posner, B.Z., 2006. *The leadership challenge* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Iacci, P., Solari, L., 2022. *Purpose e Leadership ibrida*. Franco Angeli. Milano
- Rej B.2003, *Ripensare le competenze trasversali*. Franco Angeli. Milano
- Ajello A.M. (2002). *La Competenza*, Il Mulino, Bologna
- Lega F. (2012), *Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale* . Rapporto OASI 2012
- Olivelli F (2020), *L'inquadramento sistematico del welfare aziendale*, Rivista del diritto della sicurezza sociale
- Castiello C, Tenore V. (2018), *Manuale di diritto Sanitario*, Giuffrè, Milano
- Bianco A, Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi*. D.lgs. 74/2017, Maggioli, Rimini.

