

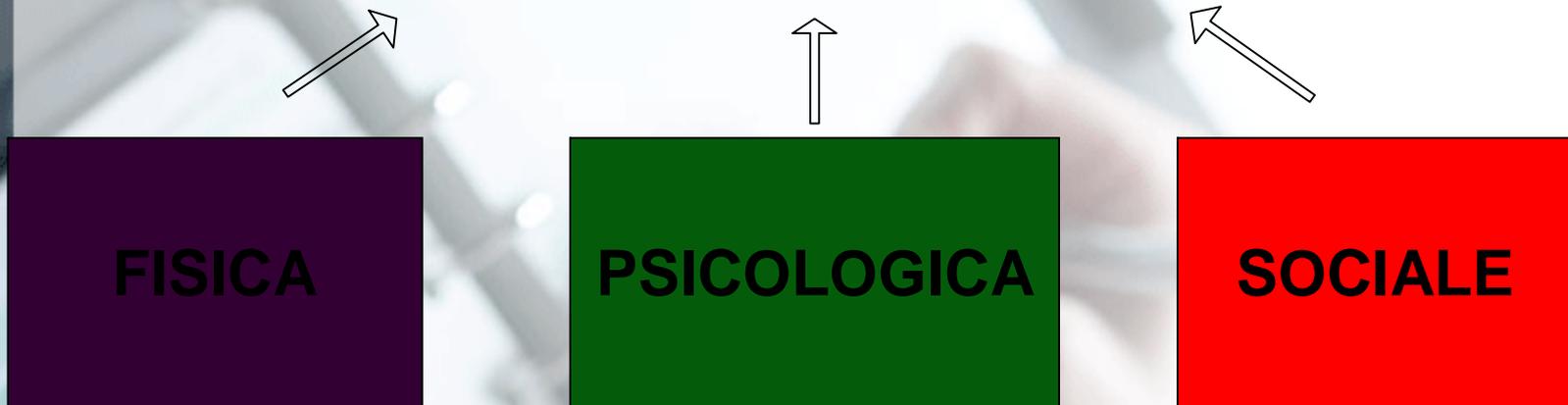


Organizzazione Aziendale

Pianificare

È nella sua essenza una attività di tipo decisionale, un processo di natura politica e tecnica, attraverso cui, partendo dall'analisi della situazione esistente (bisogni di salute) si rivedono degli obiettivi generali (politiche) di tutela della salute da perseguire e sforzi congiunti finalizzati a prendere decisioni e grandi azioni per realizzarli (strategie sanitarie)

DIMENSIONI DELLO STATO DI SALUTE



Programmare

Vuol dire identificare problemi prioritari, porsi degli obiettivi da perseguire nel breve, medio e lungo termine, individuare i mezzi idonei e conseguirli, stabilire azioni e scadenze progettuali

Epidemiologia

Economia

Programmare

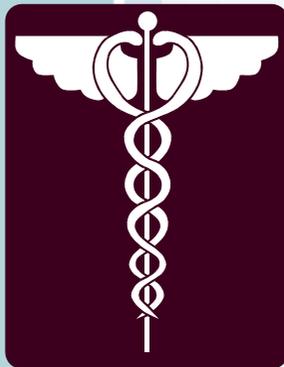
Sociologia/Antropologia

Epidemiologia

Descrizione della distribuzione e della dimensione dei problemi connessi alle malattie e alle infermità nella popolazione umana e identificazione dei fattori eziologici nelle patogenesi delle malattie

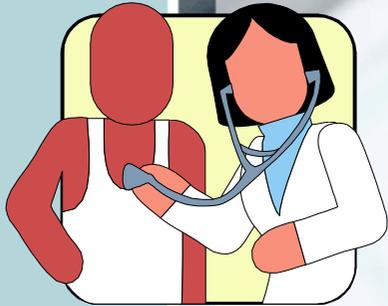
Sociologia/Anthropologia

LE STAGIONI DELL'ETICA IN MEDICINA



	Epoca pre-moderna Etica medica	Epoca moderna Bioetica	Epoca post-moderna Etica dell'organizzazione
La buona medicina	“Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?”	“Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte?”	“Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto?”

LE STAGIONI DELL'ETICA IN MEDICINA



	Epoca pre-moderna Etica medica	Epoca moderna Bioetica	Epoca post-moderna Etica dell'organizzazione
L'ideale medico	Paternalismo Benevolo (Scienza e coscienza)	Autorità democraticamente condivisa	Leadership morale, scientifica, organizzativa
Il buon paziente	Obbediente (<i>compliance</i>)	Partecipante (consenso informato)	Cliente giustamente soddisfatto e consolidato

LE STAGIONI DELL'ETICA IN MEDICINA

	Epoca pre-moderna Etica medica	Epoca moderna Bioetica	Epoca post-moderna Etica dell'organizzazione
Il buon rapporto	Alleanza terapeutica (il dottore con il suo paziente)	Partnership (professionista- utente)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente) Contratto di assistenza: azienda/popolazione
Il buon infermiere	“Paramedico” esecutore delle decisioni mediche Supporto emotivo del paziente	Facilitatore della comunicazione, a beneficio di un paziente autonomo	Manager responsabile della qualità dei servizi forniti



Economia

Scelta tra contenuti medici destinati a curare le malattie
e quelli rivolti a prendersi cura del malato



MIGLIORARE IL CARATTERE DELLA VITA NEL SUO INSIEME

*“Agli uomini abbiamo sostituito i numeri e alla
compassione nei confronti delle sofferenze
umane abbiamo sostituito l’assillo dei riequilibri
contabili”*

F. Caffè (Micromega 1986)

EVALUATING

PLANNING

STUDIO DELLA SITUAZIONE

Individuare situazioni sotto standard
Individuarne le cause
Individuare i provvedimenti adottabili
Metterli in scala di priorità (importanza, fattibilità)

SISTEMI PREMIANTI

valutazione

PIANIFICAZIONE

(macro-obiettivi-risorse finanziarie)

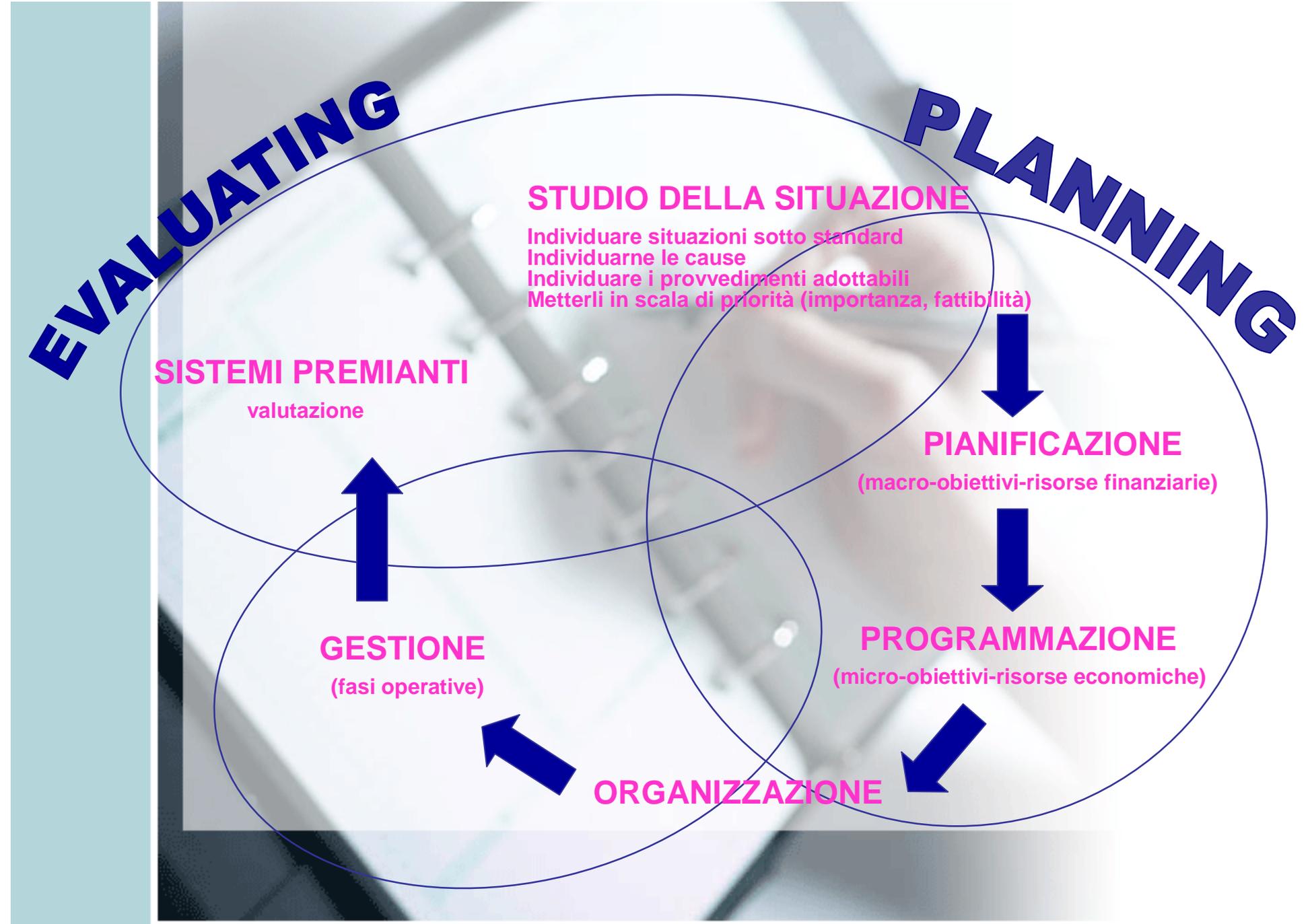
PROGRAMMAZIONE

(micro-obiettivi-risorse economiche)

GESTIONE

(fasi operative)

ORGANIZZAZIONE



"Organizzare"

Attività mirata a ricostruire il “senso” inteso
come **SIGNIFICATO** e **DIREZIONE**

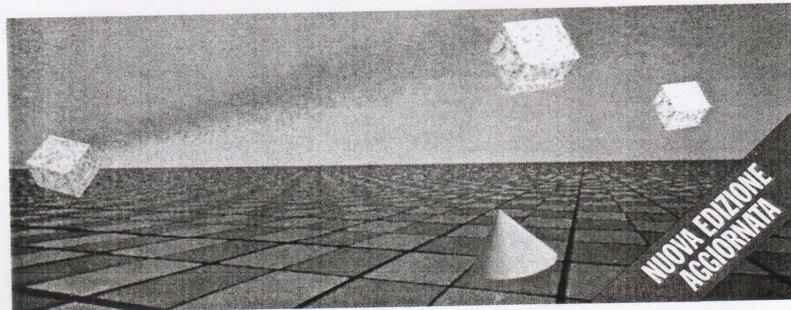
Si definisce
il *significato* in termini di contenuto
e la *direzione* in termini di strategia.

Tramite l'organizzazione bisogna arrivare
ad applicare il contenuto
e perseguire una direzione

 **GARETH** 
MORGAN

IMAGE 

Le metafore dell'organizzazione



Introduzione di Massimo Balducci

FrancoAngeli

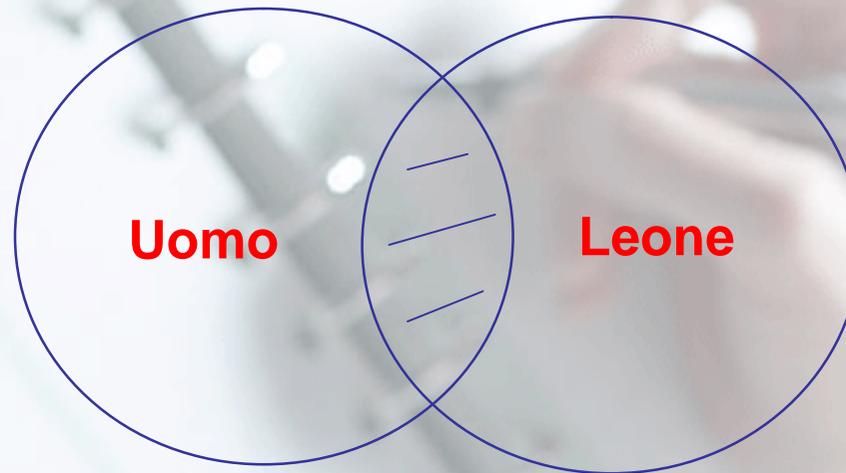
**LA PROGETTAZIONE
DELL'ORGANIZZAZIONE
AZIENDALE**



il Mulino

HENRY MINTZBERG

La metafora ci suggerisce le similitudini



ma ignora le differenze

La metafora sfrutta l'immaginazione in modo da dar luogo a suggestioni evocative determinando nel contempo il rischio di distorcere la realtà

Macchina

Organismo

Cervello

Politica

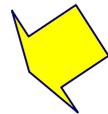
Prigione psichica

...

Organizzazione Metafora

Tipologia di organizzazione

Strutture semplici Taylorismo



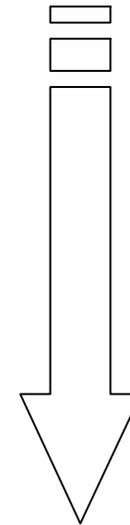
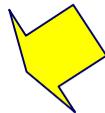
Burocrazia meccanica

**A FORTE
RAZIONALITA'**

Burocrazia professionale

Ad hoc crazia

**A FORTE
INTERAZIONE
E AUTONOMIA**



C
M
P
E
S
S
I
T
À



Management

**Serie di attività che si dota di logiche
e strumenti orientati
al “cambiamento” in termini
di “movimento sensato”
esercitando leadership culturale**

Management

TRADUCE
LE FINALITA'
IN PRATICA

Stato

fissa gli obiettivi e le linee generali di indirizzo del PSN

Regioni

definiscono le priorità a livello regionale e fissano i modelli organizzativi dei servizi per assicurare i livelli di assistenza. I livelli più elevati sono coperti dalle Regioni

ASL

mettono in atto, attraverso le unità organizzative, le indicazioni di piano sui livelli di assistenza. La Conferenza dei Sindaci rappresenta gli interessi della collettività

1°

**Fare le cose
corrette**

Efficienza

**Utente
(oggetto)**

L. 833/78

2°

**Fare le cose
corrette e
giuste**

Efficacia

**Cliente
(soggetto)**

**D.Lgs 502/92
D.Lgs. 517/93
D.Lgs. 512/94**

3°

**Fare bene le
cose corrette
e giuste**

Qualità

**Cliente
soddisfatto
(soggetto
attivo)**

D.Lgs. 229/99

Riforme in Sanità

Legge 833/78

USL

BUROCRAZIA

CAPO

DIRETTIVA

EFFICIENZA

UTENTE

D. Lgs. 502/92

ASL

MANAGEMENT

MANAGER

OBIETTIVO

EFFICACIA

CLIENTE

Aziendalizzazione: criteri organizzativi

Funzioni



TUTELA



PRODUZIONE

Aziendalizzazione: funzioni

TUTELA

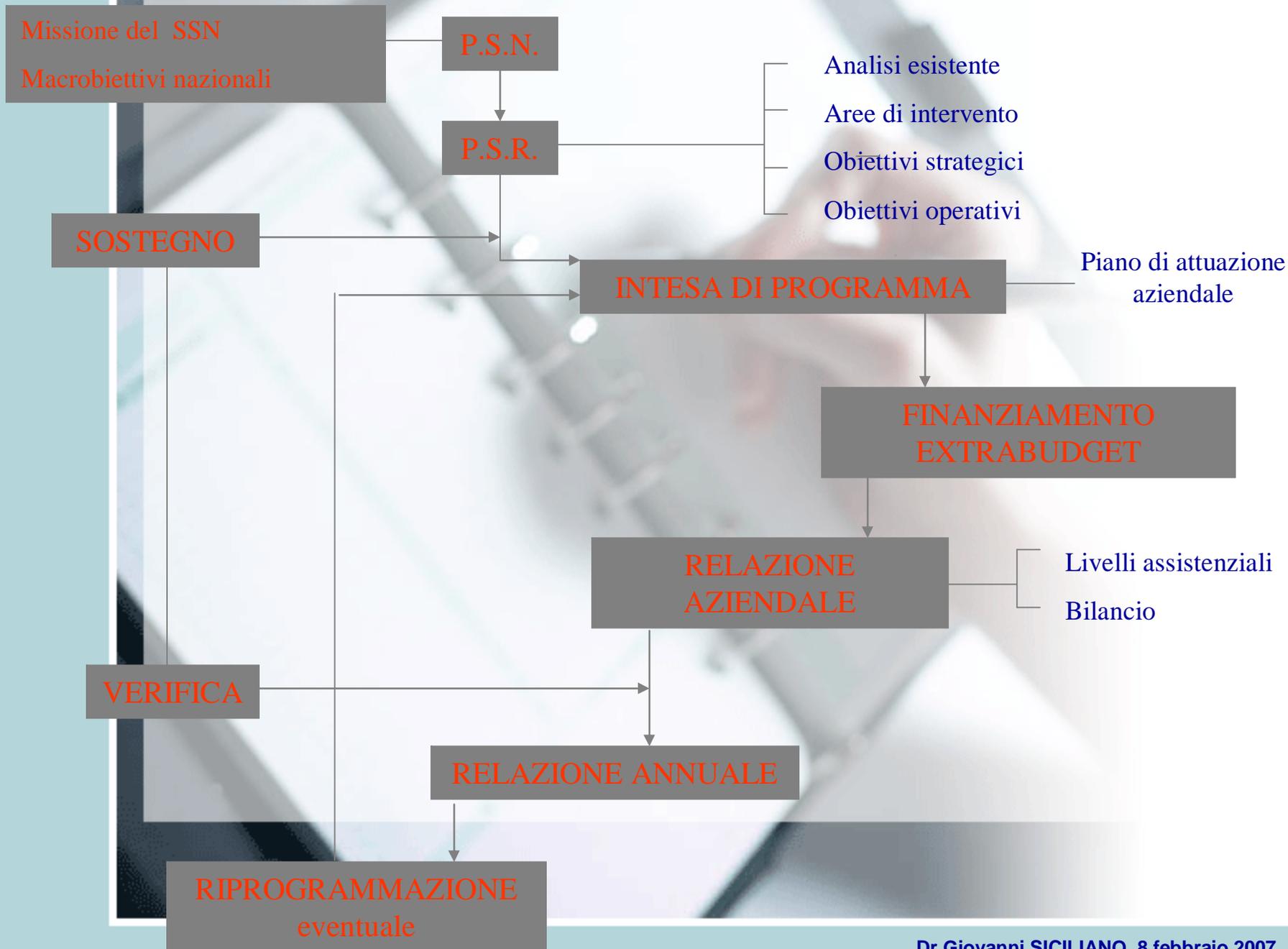
Assicurare la salute attraverso la ***prevenzione e la cura*** nelle forme e sedi più appropriate, con particolare attenzione alle ***risorse disponibili*** e nell'ambito dei ***livelli essenziali di assistenza***

Aziendalizzazione: funzioni

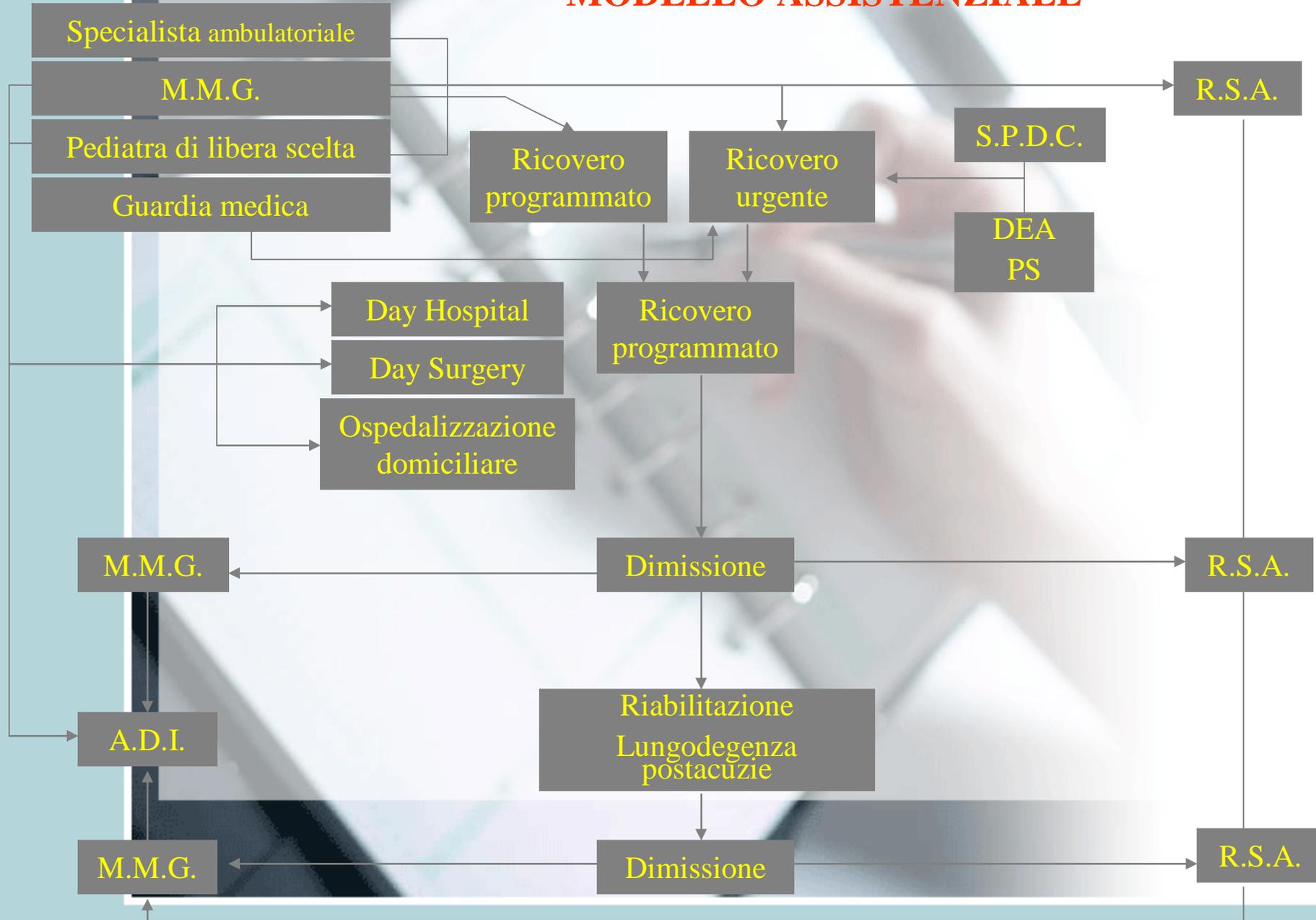
PRODUZIONE

Erogazione di prestazioni e servizi, nell'ambito della programmazione regionale, con criteri di ***economicità e qualità***

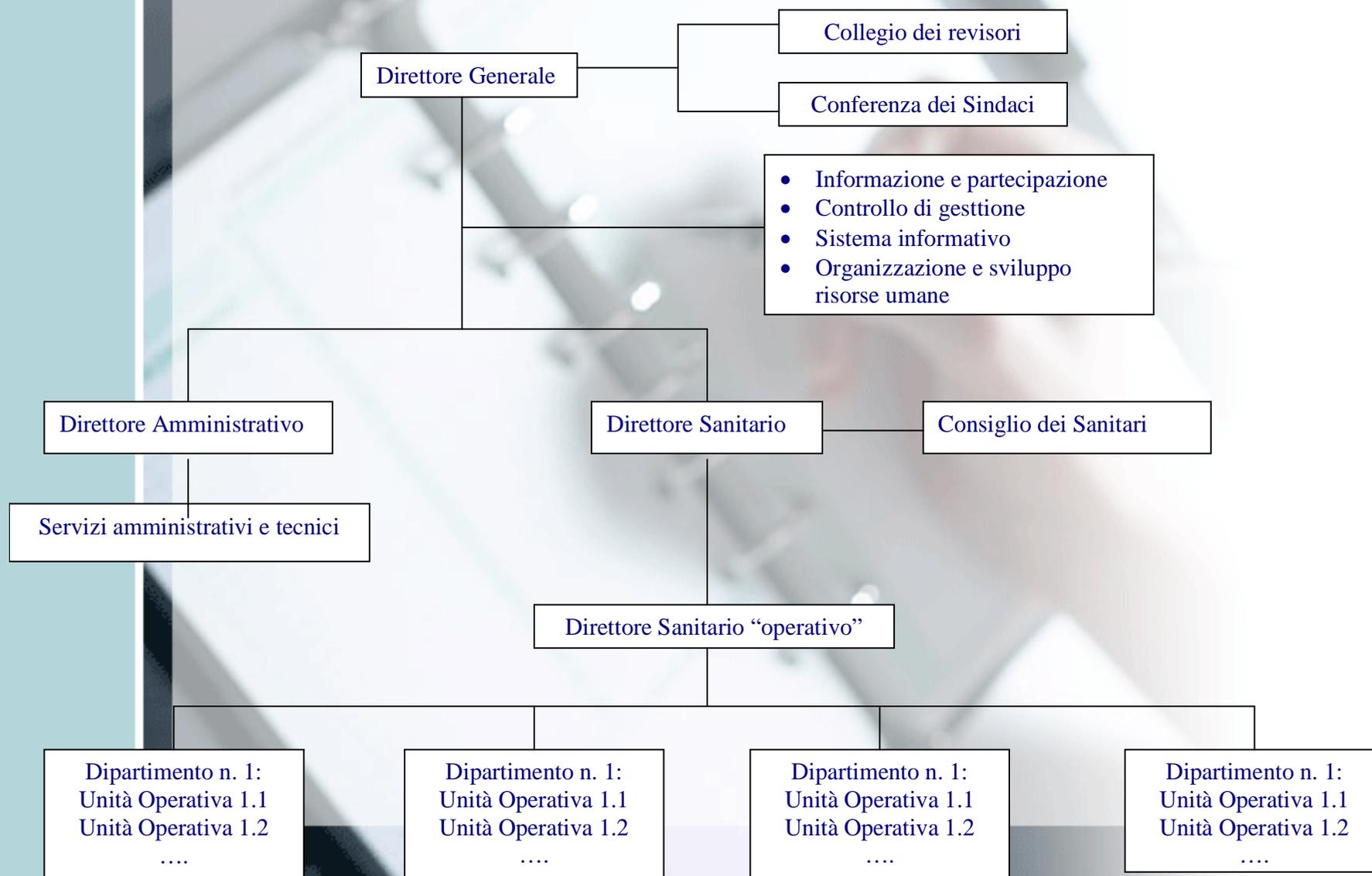
REVISIONE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

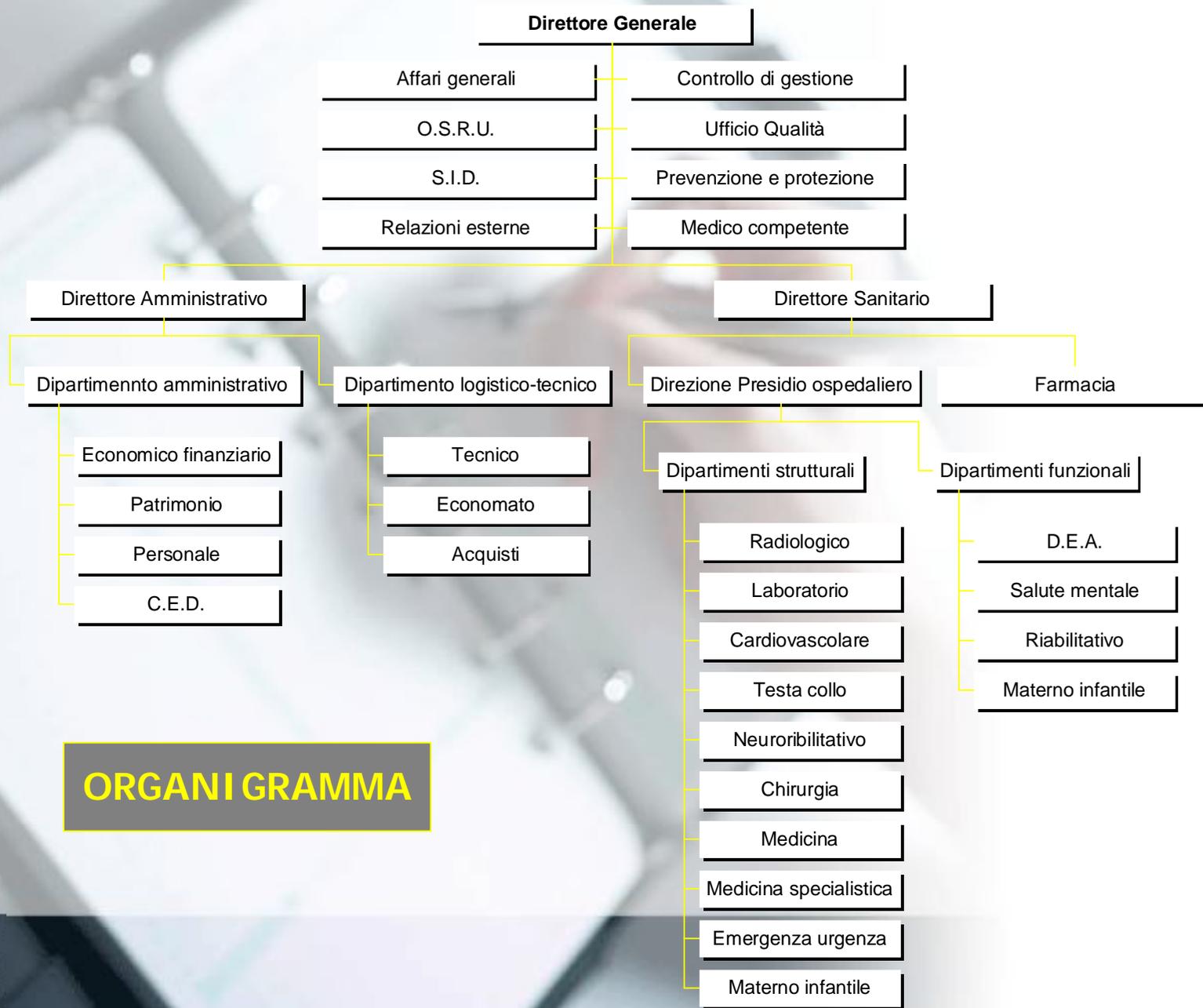


MODELLO ASSISTENZIALE



SCHEMA ORGANIZZATIVO DELLA ASL.....





ORGANIGRAMMA



Fondazione Smith Kline

Rapporto Sanità '98

Priorità e finanziamento
del Servizio sanitario nazionale:
le fragilità

a cura di

Marco Trabucchi
e Francesca Vanara

il Mulino



MISSION

“TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI

soprattutto di coloro che per problemi di tipo socio-sanitario sono considerati

FRAGILI

in particolare, la Promozione della Salute,
la Prevenzione delle malattie,
la Cura e la Riabilitazione
riferibili all’assistenza primaria”



**COME HA RISPOSTO IL
PAESE LEGALE AL
BISOGNO SPECIFICO DI
ASSISTENZA (CURE
PALLIATIVE)**

PSN 1994-1996 Azione programmata

Linee Guida Commissione Oncologica 01.06.96 n. 127

Cure domiciliari nel paziente oncologico

- Multidisciplinarietà dell'intervento
- Continuità dei programmi di cura
- Pronta disponibilità 24 su 24 ore
- Sviluppo ubiquitario ed omogeneo su tutto il territorio



Dal PSN 1998-2000 sono stati emanati

DL 450 del 28.12.98,

L. 39 del 26.02.99,

DM 28.09.99,

DPCM 20.01.00

Conferenza Stato Regioni 2001

DPCM 29.11.01 Definizione Livelli Essenziali di Assistenza LEA



**PIANO NAZIONALE
SULLE CURE PALLIATIVE**

**Linee guida sulla realizzazione
delle attività concernenti le
cure palliative**

NORMATIVA NAZIONALE

DPCM 29.11.2001

LEA

Livelli Essenziali di Assistenza

Insieme di attività e prestazioni che il Servizio Sanitario è tenuto ad assicurare, in condizioni di uniformità, su tutto il territorio nazionale

DPCM 29.11.2001

LEA

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera
- Area di integrazione socio-sanitaria: prestazioni sanitarie di rilevanza sociale o con contenuti sociale e sanitario, non distinguibili (% del costo è posta a carico dell'utente o del Comune)

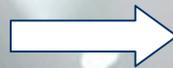


**Programma Nazionale
per la realizzazione
di strutture per le cure palliative**

(Legge 39 del 26.02.1999)

Vincoli

- Diversa sensibilità dei Direttori Generali nel garantire le risorse per l'attivazione e lo sviluppo delle cure palliative
- Convenzione nazionale MMG che riduce gli spazi di integrazione fra i diversi servizi
- Scarsa attitudine dei medici specialisti a lavorare su programmi incentrati sul paziente



Criticità

Eterogeneità nello sviluppo delle UO di Cure Palliative sul territorio regionale

Ritardo nella formazione degli operatori, sia riferita agli operatori delle UOCP che ai MMG

Opportunità

- Atti normativi regionali
- Risorse finanziarie regionali ad hoc assegnate dal 1997 ad oggi
- Rete oncologica regionale, che prevede tra i compiti e gli obiettivi assegnati ai poli oncologici, quelli inerenti l'attivazione, il coordinamento, l'implementazione delle UOCP
- La Regione ha garantito dal 1997 corsi regolari di formazione per gli operatori sanitari in cure palliative



Criticità

Eterogeneità nello sviluppo delle UO di Cure Palliative sul territorio regionale

Ritardo nella formazione degli operatori, sia riferita agli operatori delle UOCP che ai MMG

Opportunità

- Dal marzo 1997, la Commissione Regionale, istituita ad hoc con delibera di Giunta, avendo al suo interno una rappresentanza di tutte le figure professionali e delle Associazioni no-profit coinvolte nell'assistenza al paziente terminale, ha definito le linee guida per l'impostazione del Progetto Regionale di Cure Palliative, precisando i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali di tutto il sistema delle prestazioni domiciliari e residenziali. Tale programma prevede nello specifico la presenza e la collaborazione del volontariato e delle Associazioni no-profit;
- l'impostazione delle cure palliative ai diversi livelli della ambulatorialità, della domiciliarità e della residenzialità;
- la definizione sperimentale del protocollo della preparazione e dell'erogazione a domicilio dei presidi sanitari e farmacologici.
- La Commissione ha individuato standard e criteri di accreditamento delle UOCP, quali strumenti idonei per il controllo della qualità delle prestazioni

Criticità

Non omogeneità fra le ASR nella formalizzazione dei rapporti con le Organizzazioni no-profit operanti nel settore delle cure palliative

Difficoltà nella integrazione fra i diversi livelli di prestazioni di cure palliative

Eterogeneità territoriale nella disponibilità a domicilio di presidi sanitari e farmacologici, compresi quelli di solo uso ospedaliero, indispensabili alla cura dei malati terminali

Scarsa attenzione ad una effettiva valutazione della qualità dei servizi prestati

DGR 72-17691 del 24.03.97

Commissione tecnico consultiva per la predisposizione di linee guida inerenti le cure palliative e l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici

DGR 17-24510 del 06.05.98

Requisiti tecnico-organizzativi e strutturali per tutto il sistema di cure palliative



ISTITUZIONE UOCP/HOSPICE

PSR 1997/1999 n. 61 del 12.12.1997

Azione programmata. Lotta alle malattie neoplastiche

DGR n. 50-1391

Progetto sperimentale. Rete Oncologica Piemontese

Nuove Linee Guida

DGR n. 15-7336 del 14.10.2002

Interazione con le cure domiciliari sulla scorta della DGR n. 41... del 7.05.02

DGR n. 55-13238 del 3.08.2004

Valorizzazione Cure Palliative

€70 per singola giornata di effettiva assistenza (giornata in cui vi è stato almeno un accesso per la figura professionale dell'UOCP)

120 minuti: tempo di presa in carico

NORMATIVA REGIONALE



Atto Aziendale ASL 15 (Det. 623/02 del 25.10.2002)

Art. 71 - Cure Palliative a prevalente valenza oncologica

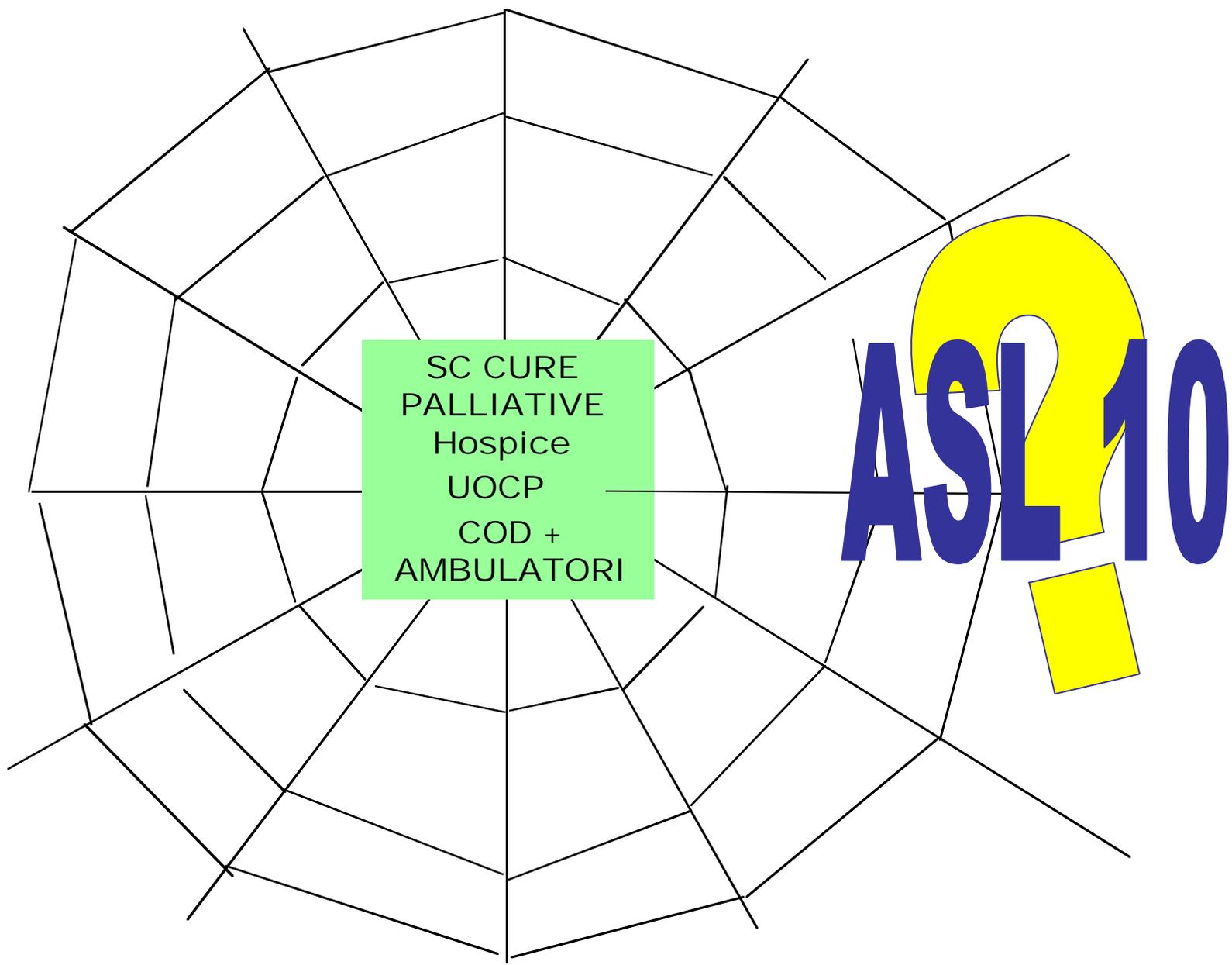
La SC fornisce risposte flessibili ai bisogni multidimensionali dei pazienti che nel percorso assistenziale extra-ospedaliero richiedono una elevata intensità e complessità di cure. Questa struttura organizzativa complessa è integrata in forma “dipartimentale” con il Polo Oncologico dell’Azienda Ospedaliera “S. Croce e Carle” e si propone di realizzare la continuità assistenziale nell’ambito della rete oncologica attraverso una serie di servizi/attività a carattere residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Essa utilizza tecniche e terapie di efficacia provata (Evidence Based) e si occupa del tutoraggio (presa in carico, Centro di accoglienza-patient service) nei confronti del paziente oncologico e della sua famiglia.

Omissis

Il sistema delle cure palliative è costituito da un insieme di persone e di strutture. Al centro del sistema c'è **il paziente**





Bisogno stimato di cure palliative: 70-90% dei malati di tumore

Durata media fase terminale: 60-90 giorni

Necessità ricovero in Hospice: 15-25% dei pazienti con fabbisogno di cure palliative

Durata media assistenza in cure palliative: circa 45 giorni

Durata media ricoveri in Hospice: 17-20 giorni

Analoghi bisogni sono stimati per patologie degenerative non neoplastiche in fase terminale

Quadro sinottico nuova ASL

ASL	Pop	Sup Km ²	P.L. (esc RSA)	Mort. tumori	Fabb. CP (paz/ anno)	Fabb. CP Domic (paz/ anno)	Fabb. CP Hosp. (paz/ anno)	MMG	Distretti
15	154.325	2.462,38	1.300	445	311-400	170-220	50-63	122	3
16	85.997	1.498,72	283	296	200-260	100-130	40-50	70	2
17	161.753	1.829,72	554	494	345-444	195-250	52-65	119	2
Tot.	402.075	5.790,82	2.137	1.235	856-1.104	465-600	142-178	311	7

L'assistenza domiciliare di Cure Palliative:

- ha ridotto le giornate di ricovero in ospedale per malati di cancro in fase terminale**
- ha aumentato la possibilità per chi lo desidera di vivere la fase finale della vita nella propria casa.**

La media di assistenza è compresa fra i 40 e i 50 giorni.

Le cure palliative coincidono con programmi di cure alla fine della vita; sono rivolte a malati a breve aspettativa di vita e ad alta intensità assistenziale

Le funzioni specifiche che la Rete di Cure Palliative e l'UOCP devono garantire sono:

Attività ambulatoriale per malati con sufficiente grado di autonomia

-RO e DH/Day Hospice

-Attività di consulenza di medicina palliativa

-Cure palliative domiciliari (di alta e altissima complessità)

-Degenza presso Centri residenziali di cure palliative (Hospice)

-Presenza di un Unico Piano assistenziale

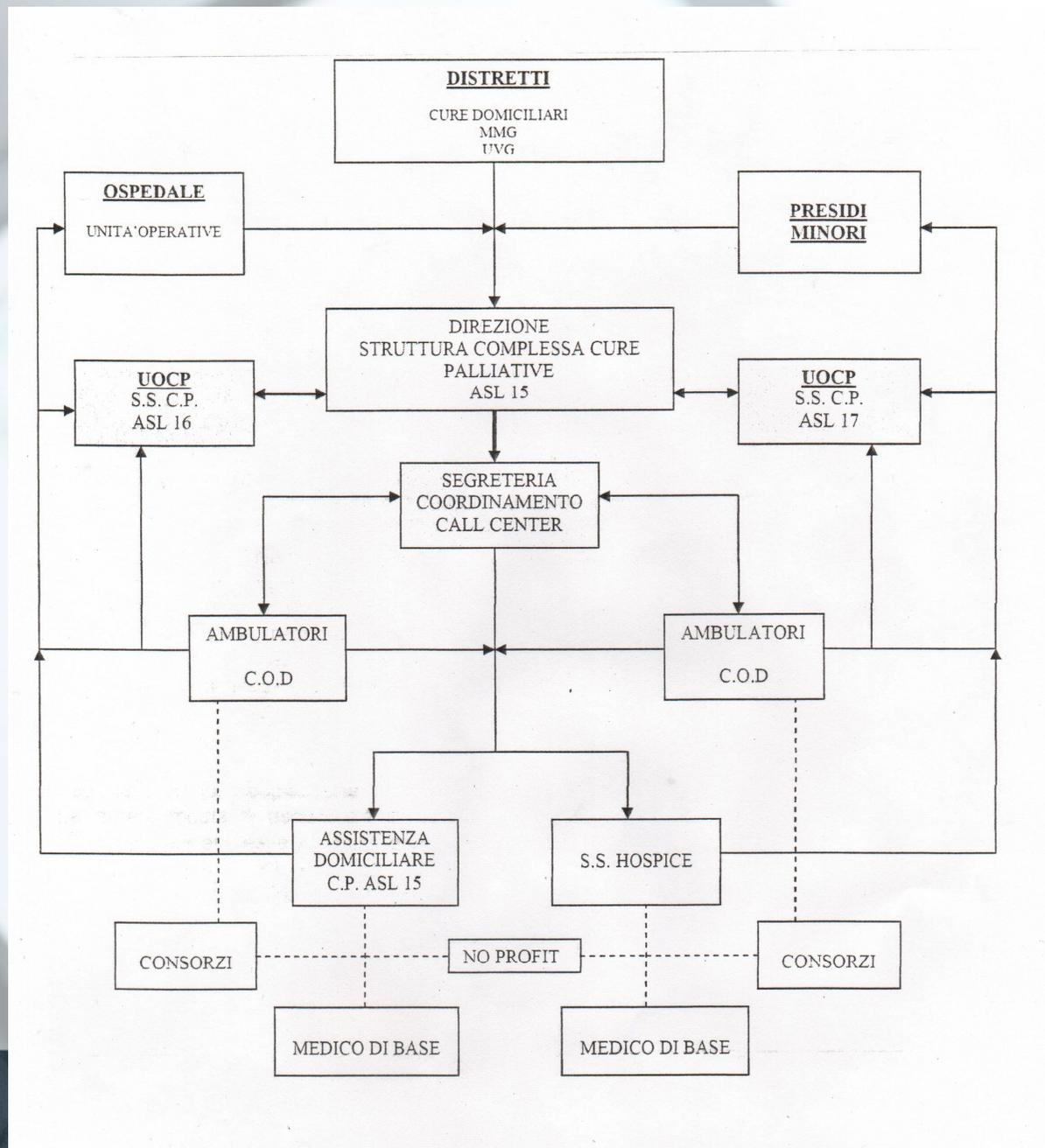
-Formazione del personale e diffusione della cultura delle cure palliative

-Collaborazione con le organizzazioni no-profit operanti nel settore

-Partecipazione a progetti di ricerca specifici

-Informazione alla popolazione

-Verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati ottenuti



Approfondimenti

Elenco di alcune risorse disponibili in Internet per approfondire il tema delle cure palliative e della terapia del dolore.

Rete Cure Palliative in Piemonte www.retecurepalliative.it

Società Italiana Cure Palliative (SICP) www.sicp.it

Federazione Cure Palliative www.fedcp.org

Osservatorio Italiano Cure Palliative www.oicp.org

Sportello Dolore www.sportellodolore.net

PainCare, catalogo di risorse essenziali sul dolore in Oncologia su Internet www.paincare.it

Giornale di medicina del dolore e cure palliative www.painomore.net

Associazione Antea www.anteahospice.org

Associazione Gilberto Cominetta Onlus www.agconlus.it

Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie www.jalmalv.org

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs www.sfap.org/index.php

Sociedad Española de Cuidados Paliativos www.secpal.com

The National Council for Palliative Care www.ncpc.org.uk

The Scottish Partnership for Palliative Care www.palliativecarescotland.org.uk

European Association for Palliative Care www.eapcnet.org

European Federation of IASP Chapters www.efic.org

European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy www.esraeurope.org

American Academy of Hospice and Palliative Medicine www.aahpm.org

Americans for better care of the dying www.abcd-caring.org

Hospice Foundation of America www.hospicefoundation.org

Finding our way. Living with Dying in America itrs.scu.edu/fow

The Hastings Center www.thehastingscenter.org

Growth House. Improving care for the dying www.growthhouse.org

Map Foundation www.mapfoundation.org

Center to Advance Palliative Care www.capcmssm.org

Supportive Care of the Dying www.careofdying.org

National Hospice and Palliative Care Organization www.nhpco.org/templates/1/homepage.cfm

Dying well, defining wellness through the end of life www.dyingwell.com

Caring Connections www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1

Canadian Network of Palliative Care for Children cnpcc.ca

The Canadian Hospice Palliative Care Association www.chpca.net/index.htm

The Palliative Care Council of South Australia www.pallcare.asn.au

Hospice, palliative care associations www.hpc-associations.net

International Association for the Study of Pain www.iasp-pain.org

International Association for Hospice and Palliative Care www.hospicecare.com

World Society of Pain Clinicians www.painclinicians.org

Multinational Association of Supportive Care in Cancer www.mascc.org

