

Il Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Principi, valori e struttura del Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

- ◆ Le potestà legislative, programmatiche ed organizzative affidate alle Regioni hanno permesso lo sviluppo di modelli organizzativi originali, con diversi approcci all'articolazione del complesso sistema di relazioni esistente tra le strutture volte alla programmazione, all'erogazione delle prestazioni al controllo, alla configurazione dell'offerta, all'integrazione tra le componenti sanitaria e sociosanitaria
- ◆ Il Piano Sociosanitario Integrato Regionale 2017-19 è il nuovo documento di programmazione predisposto successivamente alla riconfigurazione dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, disegnata dalle Leggi di riforma n.17/2016 e 27/2016
- ◆ Il Piano nasce dall'analisi
 - delle mutate condizioni socioeconomiche e demografiche avvenute nel nostro territorio - invecchiamento della popolazione, incremento della fragilità sociosanitaria e della cronicità, riduzione della natalità, impoverimento delle famiglie numerose –
 - delle criticità legate alla sostenibilità dei sistemi sanitari di tipo universalistico
- ◆ Il Piano individua gli obiettivi, le strategie, le risposte di tipo organizzativo e le azioni per far fronte a queste sfide.

Principi, valori e struttura: gli elementi innovativi

Il Piano intende affermare una idea di welfare improntato su

- ◆ libertà di scelta nell'accesso al servizio sanitario
- ◆ presa in carico globale del cittadino
- ◆ continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale, secondo criteri di uniformità ed equità su tutto il territorio regionale

Due direttrici:

- ◆ l'introduzione di figure e modelli organizzativi volti al rafforzamento dei percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico
- ◆ il potenziamento della *governance* al fine di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale mediante un disegno di architettura organizzativa basata su una più spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e governo, erogazione e controllo.

Elementi costitutivi:

- ◆ A.Li.Sa., l'azienda sanitaria struttura intermedia a cui sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo della aziende regionali
- ◆ Direttore Sociosanitario, regista del rafforzamento dell'attività assistenziale territoriale e delle risposte, necessariamente univoche e unitarie, ai bisogni sociosanitari e di protezione sociale
- ◆ I Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.), strutture orizzontali di governo clinico finalizzate a supportare la programmazione strategica
- ◆ La rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende (Processo Organizzativo Aziendale, P.O.A.)

2. La sostenibilità economico/finanziaria: piano di efficientamento

2.2 Strategia regionale ed obiettivi economici

- ◆ Obiettivo: rafforzare la *governance* regionale sul sistema sanitario ligure.
 - L.r. n.17/2016: costituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa) con funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e *governance* delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale.
- ◆ Obiettivo: attuare politiche di efficientamento del sistema sanitario che portino a una riduzione dei costi mantenendo o implementando la qualità dei servizi erogati ai cittadini.
 - DGR n. 331/2017: fissa un tetto economico al costo del personale inclusivo delle diverse tipologie di contratto (indeterminato, determinato, convenzionato etc.)
 - Analisi e monitoraggio delle diverse voci di costo ricomprese nei modelli di conto economico che le Aziende redigono mensilmente.
- ◆ Obiettivo: rivisitazione dei criteri di distribuzione delle risorse tra le aziende sanitarie.
 - Individuazione delle funzioni non tariffabili ai sensi del D.Lgs. n.502/1992 e ss.mm.ii.: con DGR 500 del 30/06/2017 la Giunta ha approvato il documento tecnico presentato da A.Li.Sa. inerente l'individuazione di un primo gruppo di funzioni assistenziali (anno 2017) ex art. 8-sexies del D.Lgs 502/1992.
 - Convergenza verso un costo standard regionale riducendo i gap di efficienza esistenti tra le diverse aziende territoriali.

2. La sostenibilità economico/finanziaria: piano di efficientamento

2.3 Piano di efficientamento

La Legge regionale n. 34/2016, art.5., ha definito il piano di efficientamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2017/2019 prevedendo una progressiva riduzione delle perdite totali rispetto al risultato dell'esercizio 2015, rispettivamente di 30 milioni di euro per il 2017, 45 milioni di euro per il 2018 e 60 milioni di euro per il 2019. Il risultato d'esercizio 2015 risultante dal conto economico (CE) consuntivo ammonta a circa 94 milioni di euro; gli obiettivi di riduzione del disavanzo per il triennio oggetto del piano sono di seguito riepilogati:

Anno di riferimento	2017	2018	2019
Perdita d'esercizio (milioni di euro) ex LR 34/2016	-64	-49	-34

Per il raggiungimento di tali risultati sono state programmate una serie di azioni di razionalizzazione e contenimento nell'ambito del quadro di riferimento di cui alla DGR 6/2017:

- ◆ con D.G.R. n.331/2017, integrata dalla DGR n.521/17, è stato disciplinato il processo di assunzione da parte delle Aziende, Enti ed Istituti del S.S.R.
- ◆ è prevista un'attività di controllo e monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (in particolare farmaci oncologici e per l'epatite C) nonché un'intensificazione della promozione sul territorio dei farmaci a brevetto scaduto
- ◆ approvazione di un programma operativo, e delle relative modalità applicative, in materia di attività contrattuale con i soggetti erogatori privati e le aziende pubbliche di servizi alla persona (a.s.p).

3. La riforma sanitaria e gli strumenti di *governance*

3.2 Dalle reti ai Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.)

Il Governo ed il coordinamento del processo è garantito ad un duplice livello:

- ◆ Direzione Strategica di A.Li.Sa., supportata dalla Programmazione Regionale:
 - recepisce i bisogni di salute e la domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria e individua gli obiettivi dei D.I.A.R.;
 - valutazione delle indicatori di aderenza, di processo e di esito dell'attività dipartimentale
 - governo dell'introduzione di nuove risorse sia di tipo umano, sia tecnologico
- ◆ Comitati e Direttori dei D.I.A.R.:
 - funzioni di coordinamento ed interfaccia con la Direzione Strategica di A.Li.Sa.
 - funzioni di governo clinico ed il coordinamento tra le unità appartenenti al D.I.A.R.:
 - stesura e condivisione dei percorsi integrati di diagnosi e cura;
 - condivisione di linee guida, protocolli e procedure impiegate;
 - individuazione e recepimento degli obiettivi sanitari e sociosanitari e degli indicatori di *compliance*, processo ed esito dei percorsi di diagnosi e cura più rilevanti;
 - individuazione del bisogno formativo dei professionisti afferenti al D.I.A.R.;
 - proposta e coordinamento in ambito di ricerca.

3.6 La governance del controllo delle nuove tecnologie: l'implementazione dell'Health Technology Assessment (HTA)

- ◆ DGR n.531 del 10/06/2016 “Disposizioni relative alla rete regionale di Health Technology assessment (HTA)”:
 - stimolare ed incrementare l'utilizzo dell'HTA come strumento di governo clinico regionale
 - la rete HTA ha la facoltà di richiedere alle aziende gli atti a supporto delle decisioni e degli acquisti
 - i criteri di obsolescenza ed appropriatezza allocativa devono essere presi in considerazione per le acquisizioni e in occasione di sottoscrizione di contratti con soggetti erogatori privati.
- ◆ Obiettivo prioritario: introdurre ed implementare l'HTA nel Sistema Sociosanitario Regionale, quale componente fondamentale all'interno dei processi decisionali.
- ◆ Obiettivi specifici:
 - punto aggregante, di coordinamento e formazione delle diverse professionalità
 - supportare operativamente l'applicazione dell'HTA
 - costruire uno strumento per rendere accessibili e fruibili le valutazioni di HTA e le linee guida
 - condurre analisi e valutazioni di tecnologie nuove o consolidate, in ordine all'attività di programmazione
- ◆ Linee di attività:
 1. Valutazione mini HTA da parte della segreteria scientifica.
 2. Analisi delle grandi apparecchiature, individuazione dei criteri di allocazione, definizione di obsolescenza
 3. Fabbisogno regionale.
 4. Collaborazione con la Centrale Regionale per gli Acquisti (CRA)
- ◆ Azioni di implementazione: risorse umane, valutazione del fabbisogno e delle relative strategie di acquisizione, sensibilizzazione e formazione rivolte alle aziende sanitarie in materia di HTA.

3. La riforma sanitaria e gli strumenti di *governance*

3.8 La *governance* all'acquisizione di beni e servizi sanitari

- ◆ L.r. 29 luglio 2016 n. 17: svolgimento delle funzioni di Centrale Regionale di Acquisto da A.Li.Sa. a partire dal 1 Ottobre 2016, fino alla revisione della normativa regionale in materia di centrali di committenza.
- ◆ La Centrale Regionale di Acquisto, oggi Area Centrale Acquisti, è stata costituita con la *mission* di migliorare e innovare la gestione degli approvvigionamenti del sistema sociosanitario regionale mediante:
 - lo sviluppo di processi centralizzati e standardizzati;
 - il raggiungimento di sinergie ed economie di scala;
 - l'accesso a competenze specialistiche;
 - l'utilizzo di tecnologie avanzate;
 - la partnership con soggetti strategici del settore.
- ◆ Azioni:
 - collegamento con le diverse aziende attraverso l'istituzione della figura del referente aziendale
 - standardizzazione della gestione delle procedure di gara;
 - rapporto di collaborazione tra la programmazione degli acquisti e quella strategica di A.Li.Sa. (i.e. tavolo avente ad oggetto la valutazione mediante H.T.A. per gli acquisti delle alte tecnologie)
 - implementazione delle attività di *governance* relativamente agli elettromedicali.
 - copertura superiore al 90% per le forniture ed i servizi standardizzabili
 - creazione di un sistema di magazzini centralizzati sia economici, sia farmaceutici

4. Programmazione e linee di intervento

4.1 Partnership pubblico-privato

- ◆ architettura organizzativa basata su una spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo, *governance* e controllo da una parte e di erogazione dall'altra;
- ◆ titolarità delle scelte strategiche e programmatiche, nonché di gestione complessiva e dell'attività di controllo sono appannaggio della componente pubblica (A.Li.Sa.).
- ◆ modello “associativo” o “istituzionale separato”: forte indirizzo regionale, funzione di finanziamento e regolazione a componente pubblica, erogazione garantita da soggetti indifferentemente pubblici o privati, relazioni definite da rapporti di tipo contrattuale
- ◆ forte co-presenza dell'offerta pubblica e di erogatori privati accreditati, strettamente vincolata alla programmazione regionale, garantendo la libertà di scelta del cittadino e consentendo di implementare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione.
- ◆ motore di questo nuovo rapporto pubblico-privato: profonda riforma del sistema di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle unità di offerta sanitarie e sociosanitarie, l'attuazione del programma operativo, che indica le competenze di A.Li.Sa. e delle ASL nella stipula e gestione dei contratti, le modalità di determinazione dei budget e del funzionamento della “Regressione tariffaria” per tipologia di attività (per approfondimenti si rimanda al paragrafo “3.4 Il sistema autorizzativo e l'accREDITamento”).

4. Programmazione e linee di intervento

4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

Gli obiettivi

- ◆ Efficientamento del sistema
- ◆ Miglioramento dell'offerta
- ◆ Governo della mobilità passiva
- ◆ Riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio
- ◆ Upgrading organizzativo e tecnologico

Migliorare l'offerta per rispondere alle esigenze di massima sicurezza ed elevato comfort del paziente e di rinnovamento tecnologico mediante

la costruzione di 3 nuovi ospedali ad elevata innovazione tecnologica, che assumeranno ruolo di riferimento nelle 3 aree ottimali regionali ed andranno integrare la rete ospedaliera regionale:

- Ospedale del Ponente dell'area metropolitana genovese
- Ospedale Unico ad Arma di Taggia
- Ospedale di La Spezia – Felettino

Il panorama del rinnovo del parco ospedaliero regionale è completato dalla costruzione del nuovo ospedale Galliera.

4. Programmazione e linee di intervento

4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

Principi ed elementi fondanti del processo di riorganizzazione della rete:

- ◆ **Specializzazione della vocazione delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità;** l'obiettivo è tendere ad “**ospedali e professionisti ad alti volumi**” e dare concreta attuazione al modello hub and spoke, in particolare per i percorsi ad elevata complessità. Il Dipartimento Interaziendale Regionale rappresenta lo strumento per la concentrazione nella fase ospedaliera della massima intensità di cura e dell'alta tecnologia.
- ◆ **Spiccata integrazione tra i centri di riferimento a vocazione oncologica, cardiocirurgica, neurologica.**
- ◆ **Riorganizzazione e potenziamento del sistema emergenza/urgenza,** secondo un'organizzazione basata su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello hub and spoke, e dimensionata secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità, il rilevante flusso turistico.
- ◆ **Stringente coerenza tra livelli di complessità crescente del sistema emergenza/urgenza e dotazione di specialità dell'ospedale.**
- ◆ **Mantenimento della dotazione di posti letto per acuti ed implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità.**
- ◆ **Il percorso verso l'autentica integrazione ospedale-territorio:** implementazione dell'attività ambulatoriale e territoriale, potenziamento dei reparti a media-bassa intensità, sperimentazione di nuovi modelli organizzativi volti alla gestione integrata dei percorsi.