

Governance delle reti sanitarie: i Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) nel nuovo sistema sanitario ligure

Walter Locatelli*, Angela Testi**, Filippo Ansaldi***, Marta Giachello****, Cinzia Panero*****, Valentino Tisa*****, Cecilia Trucchi*****

Abstract

Il lavoro prende spunto dalla recente riforma del sistema sanitario ligure, ora basato su un modello a rete, volto a rispondere ai bisogni di salute delle persone integrando i processi di cura dei singoli erogatori. La caratteristica più rilevante è costituita dal mantenimento delle ASL preesistenti, ma coordinate ed integrate attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) e di un'azienda capofila, Alisa. Lo studio ha due obiettivi. In primo luogo si descrive come si sia proceduto per accompagnare la fase del cambiamento, con una attività di formazione ai professionisti coinvolti, per modificare il contesto culturale di riferimento. In secondo luogo, si indicano alcuni primi risultati dell'impatto della riforma con riferimento ad un caso specifico riferito al DIAR cardiovascolare.

Parole chiave: governance dei sistemi sanitari, riforme, reti, valutazione d'impatto, formazione.

Governance of healthcare networks: the Regional Departments (DIAR) in the new Ligurian healthcare system

Abstract in inglese (ora 111 parole)

The paper aims at analysing the recent reform of the Ligurian Regional Health Service, which is based on a matrix model in order to cope with the complex patient's needs and their paths of care. The reform has maintained the previous Local Health Authorities (LHA), but their activity is now coordinated by the Regional Departments (DIAR), and a new holding organization, Alisa.

The goals of the research are twofold. Firstly it is described how Alisa and the University have cooperated to facilitate the change by means of an extended training activity. Secondly, the first impact of this reform is assessed with reference to a specific case involving the surgical cardiovascular area.

Key words: governance of healthcare systems, health system reforms, network, impact evaluation, training.

* Walter Locatelli, Alisa, Regione Liguria, Walter.Locatelli@regione.liguria.it

** Angela Testi, Università di Genova, testi@economia.unige.it, autore corrispondente

*** Filippo Ansaldi, Alisa, Università di Genova, filippo.ansaldi@regione.liguria.it

**** Marta Giachello, dottoranda Università di Genova, marta.giachello@economia.unige.it

***** Cinzia Panero, assegnista Università di Genova, panero@economia.unige.it

***** Valentino Tisa, Università di Genova, valentino.tisa@gmail.com

***** Cecilia Trucchi, Alisa, Università di Genova, cecilia.trucchi@regione.liguria.it

Introduzione

Negli ultimi anni, diverse regioni si sono dovute confrontare con una domanda cruciale, sulla base della quale disegnare il proprio sistema sanitario, ossia quali strumenti di governance adottare, in modo da rispondere ad obiettivi di efficienza e contenimento della spesa, cui sempre più spesso le Aziende e le Regioni sono chiamate e, contemporaneamente, conseguire gli obiettivi di efficacia, qualità ed equità, intrinsecamente connessi alla *mission* di questi soggetti.

Anche Regione Liguria ha rivisto il proprio assetto istituzionale, all'interno del quale particolarmente innovativi risultano il mantenimento del numero di ASL preesistenti, e la contemporanea ricerca di maggior coordinamento interaziendale, attraverso la costituzione dei Dipartimenti InterAziendali Regionali (DIAR) e di maggiore centralità, attraverso l'istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa).

In letteratura è stato, peraltro, evidenziato che, quando si introducono dei cambiamenti organizzativi, il focus si concentra prevalentemente sulla fase di avvio, mentre si ha poca cura nel gestire operativamente l'implementazione dei processi di cambiamento (Cicchetti, 2004; Fulop et al., 2005). Il migliore disegno istituzionale, infatti, potrebbe non portare i risultati previsti se non è accompagnato da un cambiamento complessivo di regole, strumenti, incentivi e aspetti culturali e motivazionali.

Partendo da una descrizione delle principali caratteristiche della riforma attuata, la presente analisi si concentra sul processo di implementazione della stessa, adottando, nel descrivere il caso, un'ottica di tipo processuale e non solo formale ed istituzionale.

Il primo obiettivo del lavoro è descrivere come si è proceduto per accompagnare, con una estesa attività di formazione, la delicata fase del cambiamento, per contribuire a innescare un cambiamento nel contesto culturale di riferimento degli operatori. Il secondo obiettivo consiste nell'individuazione delle modalità con cui valutare l'impatto delle policy introdotte e nella descrizione dei risultati preliminari conseguiti in seguito all'avvio del percorso di riforma. In tale contesto, la letteratura disponibile valuta una varietà di approcci e ne evidenzia i limiti. In particolare, gli studi di *impact evaluation* utilizzati da parte di organismi internazionali, quali OECD, World Bank [vedi Baker, 2000; Khandker et al., 2009], per analizzare l'impatto di politiche a livello aggregato, in termini di disoccupazione, istruzione, ambiente e benessere, non sono applicabili in campo sanitario in maniera equivalente. La principale criticità è rappresentata dalla corretta applicazione della cosiddetta *counterfactual analysis*, che prevede di valutare lo sviluppo dello scenario in assenza dell'applicazione di una determinata *policy*. Tali studi richiedono infatti l'identificazione di un gruppo di controllo che, nel contesto della valutazione di modifiche organizzative istituzionali nel settore sanitario, risulta di difficile individuazione. In considerazione, tuttavia, del breve intervallo intercorso dall'avvio della riforma, si farà pertanto riferimento ai primi risultati di un caso di studio, relativo alle azioni preliminari adottate nell'ambito dell'attività dell'area chirurgica del DIAR cardiovascolare., rimandando alla futura ricerca una analisi più dettagliata e rigorosa.

1. Background teorico

Dagli anni '90 la ricerca di efficienza ed efficacia è al centro di molti processi di riforma Khandker ma dei servizi sanitari regionali (Borgonovi, 2002), Il tratto caratteristico di queste riforme è costituito dal fatto che le Regioni, seppure nella varietà delle soluzioni prescelte (Fattore et al., 2016; Cantarelli et al., 2017; Del Vecchio, Romiti, 2017; Furnari et al., 2017), hanno intensificato (direttamente o tramite soggetti appositamente costituiti, intermedi tra Aziende e Regione), il loro ruolo di capogruppo del sistema sanitario regionale, accentrando l'esercizio delle funzioni di governo e, contemporaneamente, rafforzando il coordinamento delle aziende sanitarie nella prospettiva del gruppo sanitario pubblico regionale (Cantarelli et al., 2017; Del Vecchio, Romiti, 2017; Del Gesso, 2018), secondo logiche di cooperazione, anziché di competizione.

In questo ambito ci sono due criticità da considerare:

- a) La presenza di problemi di coordinamento e di integrazione, che si riflettono sull'efficienza (e l'efficacia) dei processi assistenziali, si manifesta anche a livello operativo, intra e interaziendale, per cui occorre individuare anche a questo livello un modello organizzativo idoneo;
- b) Il progetto di riforma non si esaurisce con la definizione del disegno, anzi, momento fondamentale e critico sembrerebbe essere quello dell'implementazione (Cicchetti, 2004).

Con riferimento al primo punto, una serie di fenomeni (p.es., evoluzione dei bisogni dei pazienti, crescente specializzazione professionale, ecc.) ha determinato la necessità di accrescere, attraverso nuovi

modelli organizzativi, il grado di integrazione e collaborazione tra competenze, persone e strutture, al fine di favorirne il coordinamento (Mascia, 2009; Meneguzzo, 1996; Cicchetti e Lomi, 2000). L'erogazione di prestazioni per la risoluzione di problemi di salute comporta infatti necessariamente l'integrazione delle attività di diversi professionisti, e, talvolta, Aziende.

La tendenza allo sviluppo delle relazioni interorganizzative e di modelli a rete è pertanto tipica a livello di sistemi sanitari, dove la maggiore complessità del sistema ha richiesto il passaggio da una ottica di competizione a una di collaborazione (Miolo Vitali, Nuti, 2003). Questo ha tradizionalmente favorito il sorgere di reti spontanee tra professionisti, uniti da collegamenti "deboli", basati sulla conoscenza personale e su singole richieste di collaborazione ("enclave" o "individualistic" networks). Per offrire un efficace processo assistenziale al paziente sempre più spesso occorre passare da forme di coordinamento basate su relazioni personali a forme strutturate, che richiedono la programmazione e la gestione della rete di all'interno di un contesto istituzionale (Lega, 2016).

È stato infatti rilevato che le cooperazioni interaziendali, per quanto consentano diversi benefici (in termini di razionalizzazione delle risorse, di investimenti mirati, di maggiore specializzazione dei processi di cura e assistenza, di più adeguati percorsi assistenziali, di condivisione di esperienze e tecnologie e di efficienza gestionale) possano essere difficili da gestire senza legami strutturali (Carbone et al., 2015), soprattutto se l'attività di riconfigurazione dei sistemi di offerta è molto pervasiva.

La ricerca di efficienza, contenimento della spesa e coordinamento delle attività è stata perciò effettuata da diversi sistemi regionali attraverso processi di fusione ed accorpamento delle Aziende, che comportano però alcuni limiti che possono rendere meno efficace il processo.

In particolare, è stata evidenziata la criticità della fase post fusione, relativa ai processi di integrazione delle organizzazioni preesistenti, ossia il processo di adattamento ed interazione tra le parti (Haspeslagh, Jamison, 1992). L'esito delle fusioni organizzative, infatti, oltre ad essere condizionato dalle caratteristiche e dalle differenze tra le organizzazioni prima della fusione (in termini di management, cultura – particolarmente rilevante in organizzazioni professionali, come quelle sanitarie - distanza geografica, disponibilità all'apprendimento, ecc.) e dal grado di conflitto con cui si è svolto il processo, dipende in larga misura dalla gestione di questa fase (Singh, Zollo, 1998).

Gran parte del valore creato nella fusione discende infatti dal trasferimento di risorse e competenze attraverso i confini delle singole organizzazioni. Ne consegue che anche il processo di fusione ed accorpamento non possa prescindere dallo sviluppo di relazioni tra le organizzazioni preesistenti (Larsson, Finkelstein, 1999), pena il suo fallimento, rappresentato da scontri di cultura, problemi nell'integrazione del personale, dei servizi e delle routine, nonché da un declino nell'efficienza e ritardi (Fulop et al., 2005).

Con riferimento al punto b), ossia alla criticità della fase di implementazione, è stato osservato che anche nel caso in cui le organizzazioni manifestino grandi aspettative, si ha spesso poca cura nel gestire operativamente l'implementazione dei processi di cambiamento organizzativo, rispetto alla quale prevale spesso un atteggiamento di attesa passiva dei risultati. In altre parole, quando si progetta un cambiamento non è sufficiente sviluppare il punto di arrivo, ossia il nuovo assetto che si vuole dare, ma è essenziale anche pianificare la fase di transizione, ossia chiedersi come arrivare a questo nuovo assetto.

Spesso, invece, si sottovaluta il contesto in cui si innesta il disegno di riorganizzazione, ed occorre invece supportare il cambiamento. Molti studi hanno infatti evidenziato che in ambito sanitario: ci sono importanti differenze percettive e culturali tra i diversi stakeholder, in particolare tra manager e clinici, ma anche tra medici ed altri professionisti e tra personale ospedaliero e non (Glouberman e Mintzberg, 2001; Ferlie et al., 2005; Pate et al., 2010). Questi differenti ruoli e interessi e ed il loro mancato allineamento può condizionare l'implementazione e l'efficacia del processo di cambiamento. Non a caso, tra le barriere più spesso citate all'integrazione vi sono un debole commitment e una scarsa comprensione del progetto, una visione incerta, un disallineamento tra direzione strategica, culture ed incentivi, poca fiducia e comunicazione inadeguata (Evans, Baker, 2012).

Una comune visione e cultura, la condivisione strategica tra i vari gruppi coinvolti, possono invece favorire un'azione più coordinata ed efficace (Kotter, 1995). Un cambiamento di sistema richiede un cambiamento nella mentalità degli attori chiave (Glouberman and Mintzberg, 2001). Diverse ricerche suggeriscono che gli individui sviluppano una visione più condivisa attraverso la condivisione di informazioni e accrescendo l'interazione (Ferlie et al., 2005; Vlaar et al., 2006), anche attraverso iniziative mirate. Occorre quindi bilanciare attività di organizzazione e di sense-making nel progettare il cambiamento a livello di sistema (Denis et al., 2009). Più specificamente, è stato evidenziato che diventa fondamentale definire chiaramente gli obiettivi da perseguire, un piano articolato per portare a termine il processo di cambiamento ed un forte investimento iniziale (Carbone et al., 2015) che consenta di affrontare le resistenze

al cambiamento, di creare legami tra unità centrali e strutture decentrate e di sviluppare processi di formazione per allineare linguaggio, valori e culture organizzative.

3. La riforma del sistema sanitario ligure

3.1 Il contesto ligure

La Liguria è una regione relativamente piccola (1.565.307 abitanti, ISTAT 2017), dotata di un PIL pro-capite (pari a € 31.100), superiore alla media nazionale (€ 27.700), con una conformazione orografica complessa. È infatti una lunga (330 km) striscia di terra stretta tra mare e monti, con una fascia costiera densamente popolata, un entroterra solcato da valli con numerosi insediamenti abitativi dispersi, un contesto da cui derivano grosse difficoltà logistiche e di comunicazione e, conseguentemente, la necessità di garantire anche in aree poco popolate l'offerta dei servizi sanitari. È inoltre confinante con Francia, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana e non lontana dalla Lombardia, un contesto che favorisce le fughe.

Il tratto distintivo della Liguria, però, è la composizione sociodemografica (Tabella 1) che evidenzia uno spiccato invecchiamento della popolazione. Gli indicatori di struttura confermano il fenomeno: la popolazione ligure mostra un indice di vecchiaia pari a 249,8 nel 2017, largamente superiore rispetto al dato nazionale pari a 165,3.

L'invecchiamento della popolazione ligure è accompagnato da due fenomeni di grande interesse per la ricaduta sul Sistema Socio-sanitario Regionale: la criticità dell'autosufficienza nelle classi d'età più avanzate e il crescente impatto delle patologie croniche. La prevalenza della cronicità, in un quadro epidemiologico di così spiccato invecchiamento della popolazione, è rapidamente crescente: dal 2012 al 2017 la prevalenza di patologie croniche tra coloro che presentavano contemporaneamente tre, quattro e più di quattro patologie croniche è aumentata rispettivamente del 8,9%, 17,5% e 33,7%, con incremento dei bisogni di salute più complessi.

Il sistema sanitario regionale è organizzato su 5 ASL di dimensione prevalentemente provinciale, dotate di presidi ospedalieri, ma profondamente eterogenee in termini dimensionali: nell'ASL 3, che insiste sull'area metropolitana genovese, risiede oltre la metà della popolazione ligure (725.247 abitanti nel 2013), mentre nell'ASL 4, di dimensione subprovinciale (146.134).

L'area metropolitana genovese, peraltro, si caratterizza per la presenza di tutta l'offerta ospedaliera di II livello, garantita da 1 IRCCSS pediatrico, 1 IRCCS Policlinico, 2 Enti Ospedalieri convenzionati, un aspetto che pone le condizioni per cui, chi risiede in altre ASL, per le prestazioni più complesse, debba necessariamente considerare di rivolgersi ad Azienda diversa da quella di residenza.

In tale contesto, la principale sfida per il sistema sanitario regionale è rappresentata dalla necessità di un forte coordinamento per garantire standardizzazione e continuità dei percorsi e la presa in carico dei pazienti.

3.2 Il nuovo assetto istituzionale del sistema sanitario ligure

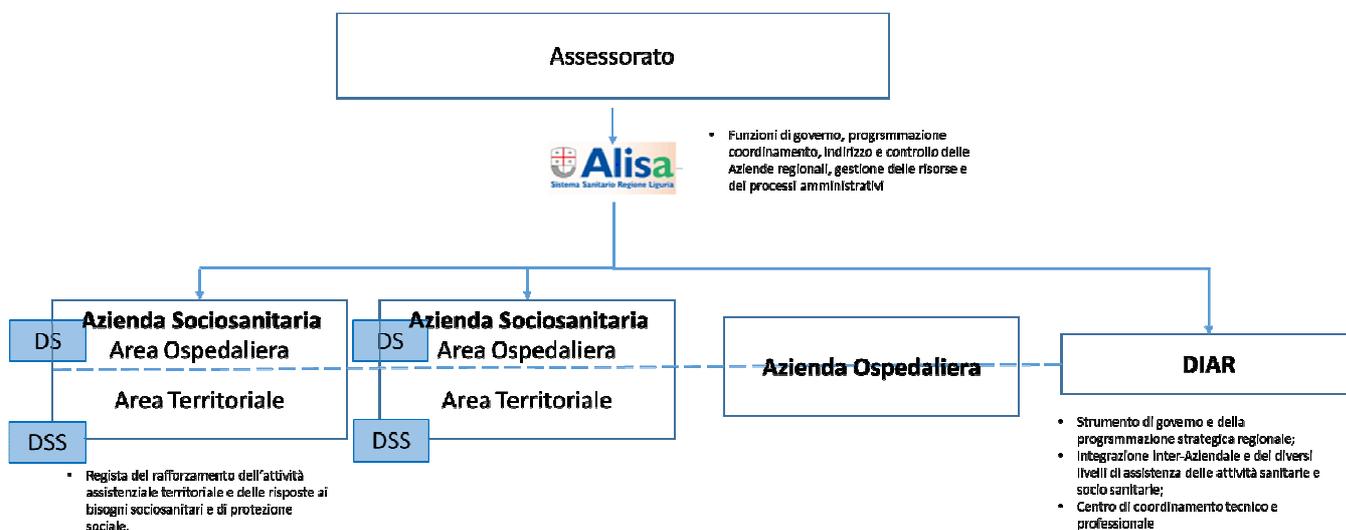
Gli interventi normativi adottati, elencati in Tabella 2, hanno previsto una riconfigurazione sostanziale del Sistema Sanitario Regionale. Un punto fondamentale è stato il mantenimento delle ASL preesistenti, considerate necessarie per garantire il presidio di un territorio così frammentato, ma al tempo stesso è aumentato l'accentramento attraverso l'istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.), quale garante di una *governance* unitaria e coordinata del Sistema Sanitario Regionale, in grado di accentrare le competenze di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo delle aziende; e diversi interventi per rendere le aziende sanitarie più omogenee sotto il profilo organizzativo e maggiormente coordinate ed integrate (a livello intra ed interaziendale).

Alisa è "un'azienda Sanitaria del Servizio Sanitario Regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile". Le DGR 7/2017 e 6/2017 ne evidenziano le funzioni di "governance" esercitate nei confronti delle Aziende socio-sanitarie ed enti del servizio sanitario regionale, ed il ruolo di azienda "capogruppo del servizio sanitario regionale". Ad Alisa sono attribuite funzioni non solo relative all'efficientamento ed alla razionalizzazione della spesa, ma anche funzioni di natura strategica e clinico-assistenziale, inclusa la gestione delle relazioni con tutti gli attori, interni ed esterni al sistema. Più specificamente, tra le varie

funzioni attribuite ad Alisa vi sono: (i) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, inclusa la deliberazione degli “Indirizzi operativi” annuali per le attività sanitarie e sociosanitarie, comuni a tutte le Aziende; (ii) la proposta degli obiettivi dei Direttori delle Aziende sanitarie e la definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale; la programmazione, la governance e le politiche relative alla centralizzazione (iii) delle procedure degli acquisti sanitari presso la Centrale Regionale di Acquisto (CRA), (iv) dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno regionale (Gestione Sanitaria Accentrata), (v) della valutazione dell’introduzione delle tecnologie sanitarie nel Sistema Sanitario Regionale secondo la metodologia dell’Health Technology Assessment (HTA), (vi) della valutazione del fabbisogno e del bisogno formativo di risorse umane e di talune procedure concorsuali, (vii) della valutazione dei Processi Organizzativi Aziendali, e la modifica sostanziale del percorso di accreditamento e delle procedure contrattuali che coinvolgono sia le aziende pubbliche sia le aziende private convenzionate.

Accanto all’istituzione di Alisa, al fine di implementare l’integrazione tra risposte sanitarie e sociosanitarie ai bisogni complessi e di valorizzare le funzioni territoriali, il processo di riforma ha previsto delle innovazioni anche a livello aziendale e sovra aziendale (Figura 1 e Tabella 3).

Figura 1: Il nuovo assetto sistema sanitario regionale ligure



A livello aziendale, sono state introdotte la figura del Direttore Sociosanitario (DSS) e l’articolazione delle ASL in due aree, “area territoriale” e “area ospedaliera”. Secondo la L.R 27/2016 infatti “Il Direttore Sociosanitario e il Direttore Sanitario presiedono alla qualità e all’appropriatezza delle prestazioni rese ciascuno nell’ambito della propria area di competenza e concorrono all’integrazione dei percorsi assistenziali tra l’ospedale ed il territorio”. La continuità tra le azioni di cura, riabilitazione e protezione sociale rappresentano la risposta centrale alle condizioni di cronicità e di fragilità, riconducibili a diverse aree assistenziali, da quella materno infantile, all’handicap, alle dipendenze alle patologie psichiatriche, alle inabilità legate a malattie croniche degenerative, alle fasi terminali della vita.

A livello sovra aziendale, per assicurare presa in carico omogenea su tutto il territorio regionale grazie al coordinamento tecnico professionale tra le diverse Aziende, si sono istituiti i DIAR, nuove unità organizzative per garantire il governo clinico. La DGR 104/2017 precisa che i DIAR, che recepiscono gli obiettivi di Alisa, sono costituiti per “dotare Alisa di uno strumento organizzativo di programmazione e d’integrazione dei livelli di assistenza e delle attività sanitarie e socio sanitarie, nonché a costituire un’occasione di indirizzo, governo e confronto professionale”.

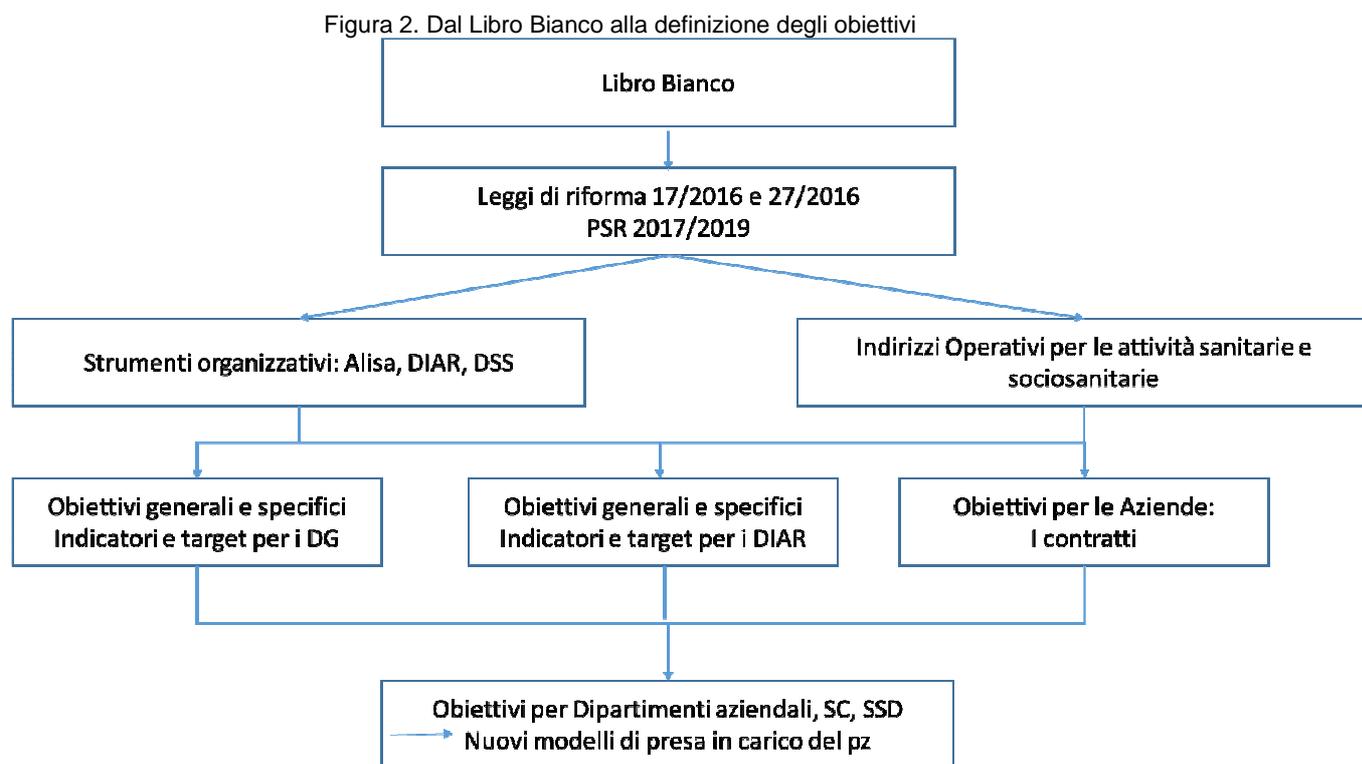
Organizzativamente, il DIAR è dotato di un coordinatore, un referente scientifico ed un comitato di Dipartimento. Il coordinatore, che risponde degli obiettivi assegnati da Alisa, dirige le attività del Dipartimento e, in accordo con il Comitato, definisce le linee di indirizzo ed il programma di attività, sulla base degli obiettivi di governo clinico assegnati dal Direttore di Alisa. Se il DIAR è particolarmente complesso, al suo interno possono essere individuate delle Aree, coordinate da un referente, facente parte del comitato di dipartimento. Le risorse necessarie al funzionamento ed all’erogazione delle prestazioni da parte dei DIAR e delle unità operative che vi afferiscono sono a carico dei bilanci delle Aziende e sono assegnate alle UO nel processo di budget. Il DIAR, pertanto, non è dotato di un proprio budget.

In considerazione delle sue finalità, il DIAR è sinergico con la risposta organizzativa delineata dal D.M. 70/2015, volta alla creazione delle reti per patologia, al coordinamento sovra-aziendale con recepimento di modelli *hub and spoke* e alla spiccata integrazione ospedale-territorio. La valenza regionale del DIAR e la *governance* di sistema garantita da A.Li.Sa. sono finalizzati a perseguire il coordinamento necessario all'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera in base agli standard di dotazione strutturale e tecnologica, il bacino d'utenza e la complessità delle prestazioni erogate previsti dal decreto.

Operativamente, accanto all'adozione di provvedimenti volti ad identificare ed attivare i dipartimenti di prioritaria rilevanza, all'approvazione del Regolamento generale e alla condivisione del nuovo modello organizzativo e delle modalità di funzionamento con i portatori di interesse delle aziende sanitarie e socio-sanitarie, A.Li.Sa. ha provveduto ad individuare ed assegnare gli obiettivi generali di governo clinico alle Aree dei primi 5 DIAR attivati – Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncematologico e Chirurgico - e, attraverso un percorso condiviso con i referenti di Area, gli obiettivi specifici e l'iter previsto per il loro perseguimento.

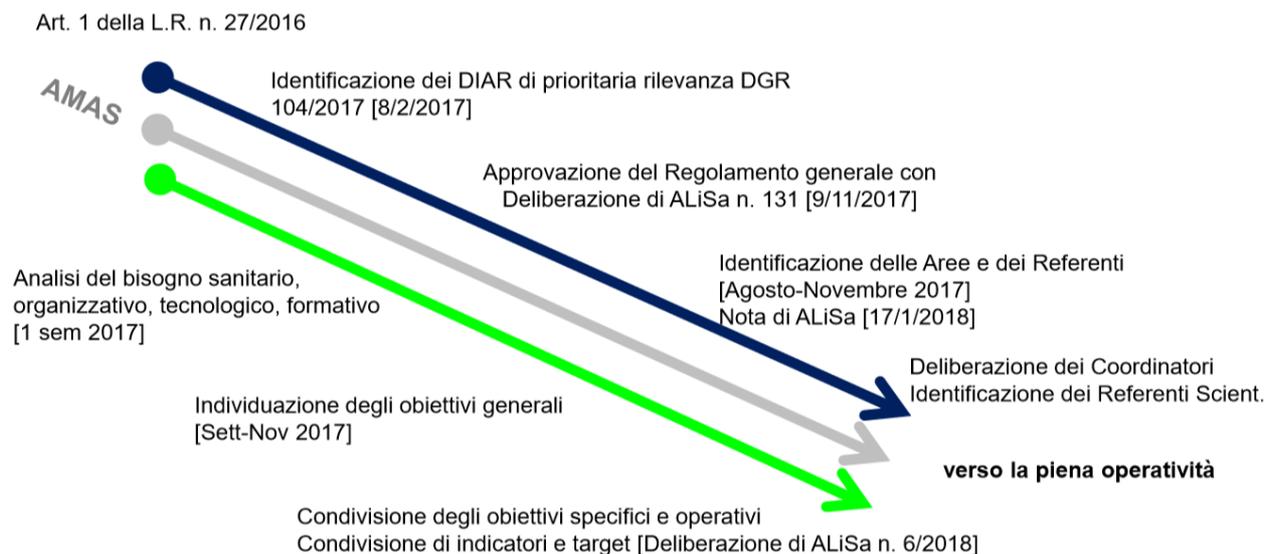
Nell'ambito di ciascuna Area dei DIAR, la valutazione dei bisogni di salute, della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria, della mobilità extraregionale, dell'appropriatezza del *setting* erogativo e dei volumi delle prestazioni da parte degli erogatori e dei modelli organizzativi presenti ha permesso di individuare gli obiettivi generali. La pianificazione del percorso per il raggiungimento di questi ultimi, la proposta degli obiettivi specifici e operativi, degli indicatori e dei target sono frutto di un percorso dialogico confronto dinamico e continuo tra A.Li.Sa.ed erogatori.

La figura 2 descrive l'attuale sistema di obiettivi che caratterizza il servizio sanitario ligure, articolati in obiettivi per i DIAR, per le Aziende (incluse le prestazioni nei contratti) e per i Direttori Generali.



Nella Figura 3 si sintetizza la complessa fase di implementazione dei DIAR. Il disegno di percorsi assistenziali appropriati e la rimodulazione dell'offerta ospedaliera e territoriale nell'ambito delle attività di programmazione non possono prescindere da una valutazione analitica dei bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione ligure attraverso l'affinamento e l'implementazione dei sistemi informativi ed epidemiologici. Particolarmente significativo è stata, in questo senso, l'implementazione del *dataware house* regionale "Banca Dati Assistito" ed una serie di attività volta a rendere unica l'interfaccia per il paziente in fase di accesso e fruizione del sistema sanitario (PUA, CUP regionale e progettazione di una piattaforma per la gestione dei Piani Assistenziali Individuali, ad integrazione dei progetti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico). Inoltre Alisa, in fase di avvio del processo di riforma, riconosciuto come momento fondamentale e critico dei processi di cambiamento, ha scelto di mettere in campo azioni di formazione che potessero supportare l'implementazione del nuovo sistema. (Fig. 3), che si descriverà dettagliatamente in seguito.

Fig. 3: Processo di implementazione dei DIAR



4. Metodologia

In considerazione della molteplicità di obiettivi, il paper si basa su diversi, specifici, metodi.

Metodologia utilizzata per l'attività di formazione

In primo luogo, si sono riportati i risultati dell'attività di formazione coordinata da A.Li.Sa., progettata e realizzata in collaborazione con l'Accademia per il Management Sanitario, Università di Genova (AMAS) finalizzata a condividere il disegno della riforma sanitaria regionale con gli attori coinvolti nel cambiamento, in virtù dell'incarico di tipo dirigenziale assegnato (Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie della Regione, Direttori delle strutture organizzative aziendali coinvolti nei DIAR attivati).

A tal fine, sono stati adottati due metodi tipici delle scienze umane e sociali: l'*Awareness Scenario Workshop (ASW)* e il *Focus Group*.

L'ASW è una metodologia scelta dalla Unione Europea (https://cordis.europa.eu/news/rcn/8356_en.html), per promuovere la partecipazione sociale nei processi di innovazione e sviluppo sostenibile. Lo scopo della metodologia EASW è quello di ridurre le distanze tra coloro che si occupano di programmazione, amministrazione e coloro che, a diverso titolo, sono beneficiari e/o gli attuatori dei percorsi di cambiamento. E' una tecnica che coinvolge i diversi Stakeholder nella definizione di possibili Scenari auspicati per i progetti da implementare e promuovere il passaggio verso nuovi modelli organizzativi condivisi e basati su un uso attento delle risorse e l'individuazione delle responsabilità, favorendo l'individuazione delle "forze chiave" sulle quali agire per l'attuazione dello Scenario definito.

Lo strumento dello "scenario" è stato utilizzato nella I fase. Nel caso specifico, l'applicazione della metodologia ha visto il coinvolgimento dei decisori politici (Assessore/Direzione A.Li.Sa.) e dei Direttori Generali delle 9 Aziende Liguri, intervistati nel luglio-agosto 2017.

Sulla base delle interviste è stato definito lo scenario auspicato per la Sanità Ligure nel 2020, che è stato presentato nel settembre 2017 nel corso di un Workshop con tutte le direzioni strategiche delle aziende (27 persone).

Queste ultime hanno identificato (II fase) le forze chiave necessarie per realizzare lo scenario, con lavoro individuale e focus group delle direzioni strategiche suddivise per ruoli professionali (DG, DA, DS.)

Il *Focus group* è una metodologia ampiamente consolidata nelle ricerche sociali, basata sull'interazione all'interno di un gruppo di persone, coordinate da un moderatore, che sono stimolate a discutere sul fenomeno oggetto di ricerca. L'interazione che si crea tra i partecipanti, permette di produrre informazioni

sulle opinioni e di individuare temi emergenti in misura assai maggiore rispetto alla tecnica classica dell'intervista o del questionario.

Questa metodologia è stata anche utilizzata nella III fase, nell'ambito di incontri organizzati all'interno delle singole aziende dai Direttori Generali (9 incontri complessivi). I destinatari della formazione sono stati i Direttori di Struttura Complessa coinvolti nei DIAR per ciascuna azienda ligure. In ogni incontro era presente anche il Direttore di Alisa e l'Assessore per esprimere il mandato regionale forte e veniva data lettura dello scenario e delle Forze chiave già individuate a livello centrale dal Board delle direzioni strategiche nella fase II. Si tenevano poi dei focus group per rispondere alla domanda: «nella tua Azienda, quali sono le forze chiave prioritarie sulle quali agire e per ciascuna di esse, quali gli strumenti e le azioni da mettere in atto per contribuire a realizzare lo scenario futuro al 2020». I risultati dei lavori di gruppo venivano restituiti in plenaria al Direttore Generale dell'azienda, che concludeva l'incontro assumendo così il mandato aziendale alla implementazione dei DIAR.

Metodologia utilizzata per rilevare i primi risultati dell'attività dei DIAR

Relativamente al secondo obiettivo dello studio, che consiste nell'individuazione delle modalità con cui valutare l'impatto delle policy introdotte, in considerazione dell'impossibilità di condurre analisi di impatto essendo il processo di riforma "in progress," è stata effettuata la valutazione delle "realizzazioni", ossia le attività e i servizi prodotti (output del progetto di innovazione). A seguito delle realizzazioni si potranno infatti misurare anche i benefici diretti dei destinatari dell'intervento (*outcome*).

Essendo del tutto recente l'istituzione dei DIAR e la conseguente assegnazione degli obiettivi generali e specifici nell'ambito degli Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018, si è perciò fatto riferimento ai primi risultati operativi delle prime attività condotte nell'ambito del DIAR Cardiovascolare, in attesa di valutare i risultati ottenuti in seguito all'implementazione con i DIAR dei PDTA individuati come prioritari a livello regionale.

In particolare, per misurare i risultati, la cattura dei casi relativi alle procedure cardiocirurgiche è stata effettuata interrogando il database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) chiuse dalle aziende liguri e delle altre regioni nell'anno 2016 (anno più recente per il quale i dati di mobilità passiva risultano consolidati) con i codici ICD 9-CM 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto" e/o 36.1_ "By-pass aortocoronarico" nei campi relativi alle procedure. Per ciascun caso sono stati indagati l'ASL di residenza e il momento della presa in carico, ricercando l'effettuazione di un ricovero (codici ICD 9-CM di diagnosi 212.7, 394_, 395_, 396.3, 397.0, 413.9, 414.0, 414.1, 414.2, 414.10, 421.0, 424_, 441.01) e/o di una visita specialistica ambulatoriale cardiologica o cardiocirurgica (codici del nomenclatore regionale 89.01, 89.7 e 89.71J; codici del catalogo delle prestazioni ambulatoriali: C00348200, C00429700, C00429600, C00348100, C00662600) nelle strutture regionali e/o extraregionali pubbliche rispettivamente nel corso dei sei mesi e dell'anno precedente la procedura indagata, attraverso l'analisi dei flussi informativi routinari relativi ai ricoveri ospedalieri e alla specialistica ambulatoriale.

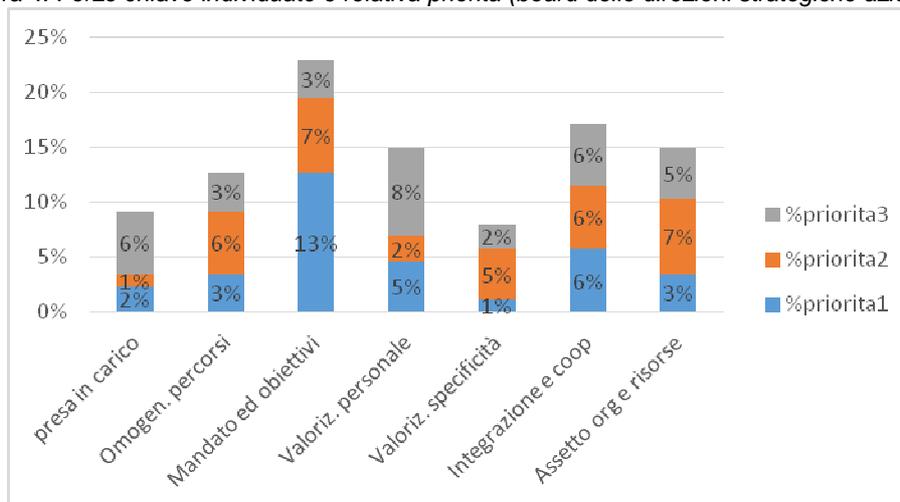
5. Risultati preliminari del processo di riforma

5.1 I risultati dell'attività di accompagnamento del cambiamento

La figura 4 riporta i risultati della II fase, ossia i risultati dei focus group condotti con le direzioni strategiche, relativamente all'individuazione delle forze chiave ed alla loro priorità percepita nell'attuazione della riforma.

Le forze chiave non sono state predefinite, ma individuate dai partecipanti, assegnando loro anche una priorità e successivamente aggregate in base alla loro coerenza nelle 7 categorie riportate in ascisse.

Figura 4: Forze chiave individuate e relativa priorità (board delle direzioni strategiche aziendali)



Di gran lunga la forza chiave ritenuta più rilevante dai partecipanti (23%), anche come prima priorità (13% priorità 1) è stata “Chiarezza del mandato e degli obiettivi”, per sostenere il processo di cambiamento in atto.

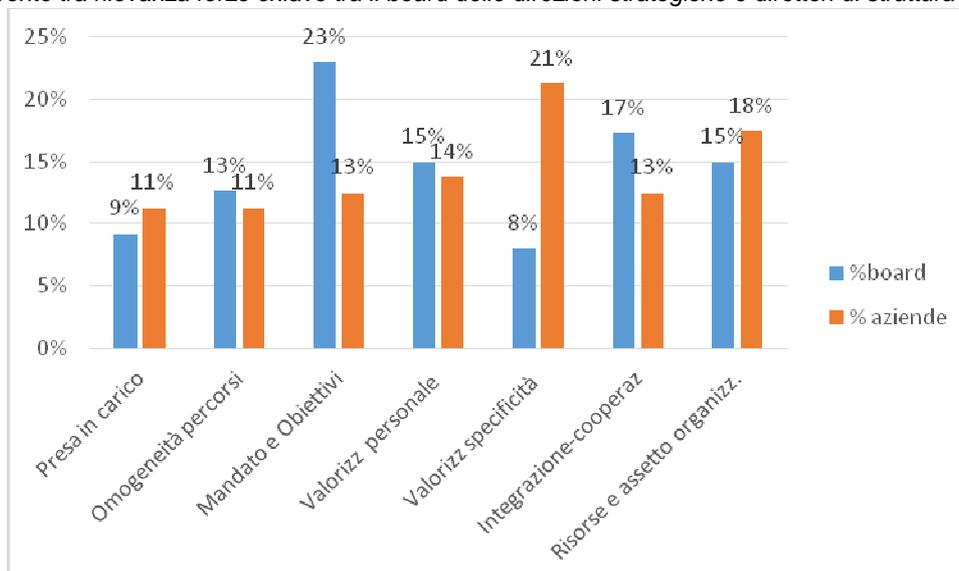
La seconda forza chiave in termini di rilevanza (18%) e priorità (6% prima priorità) è “Integrazione e cooperazione”, che evidenzia la consapevolezza dell’importanza della collaborazione ed integrazione, alla luce della organizzazione a rete che costituisce il punto focale della riforma.

Seguono due forze chiave condivise in maniera uguale (15%), ma con diversa rilevanza in termini di priorità: “Assetto organizzativo e risorse umane” (la cui priorità 1 e 2 è complessivamente pari a 10%, segnaletica della necessità percepita di intervenire, per rispondere alla riforma, su questi aspetti) e “valorizzazione del personale” che polarizza maggiormente le valutazioni circa la priorità: pur essendo ritenuta importante, è la forza cui è attribuita priorità 3 con maggiore frequenza (8%).

Nelle Figure 5 e 6 vengono riportati due tipo di risultati, derivanti anche dai risultati dei focus group condotti presso le 9 Aziende liguri.

In primo luogo, si nota (nella Figura 5) che i direttori di struttura complessa delle aziende danno priorità diverse alle forze chiave rispetto al board delle direzioni strategiche.

Figura 5: Confronto tra rilevanza forze chiave tra il board delle direzioni strategiche e direttori di struttura aziendali

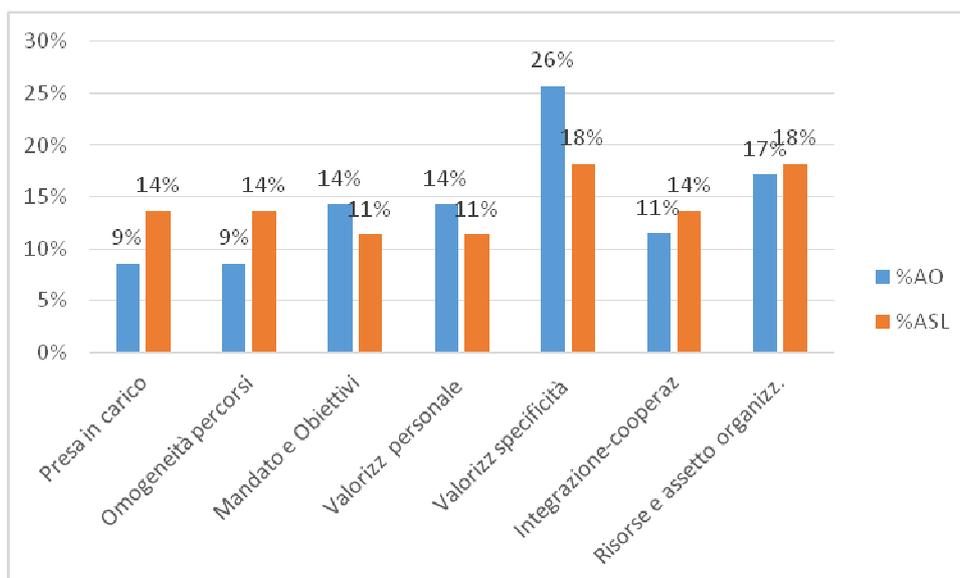


Le direzioni strategiche ritengono che le forze chiave più rilevanti siano la “Chiarezza del mandato e degli obiettivi” (23%), l’”Integrazione e la cooperazione” (17%) e quindi “Risorse ed assetto organizzativo” e “Valorizzazione del personale (15%). Poco rilevante è ritenuta la “Valorizzazione delle specificità” (8%) e la “Presenza in carico” (9%).

Le Aziende evidenziano come forze chiave più rilevanti la “Valorizzazione delle specificità” (21%), le “Risorse ed assetto organizzativo” (18%), ritenendo le altre forze chiave rilevanti in maniera simile.

Nella figura 6 si presenta un altro risultato, ossia il confronto tra la priorità assegnata alle forze chiave a seconda che i direttori di struttura complessa appartenessero ad aziende ospedaliere o aziende sanitarie.

Figura 6: Confronto tra rilevanza assegnata alle forze chiave da DSC di due diverse tipologie di azienda: ospedali e asl



I direttori di struttura delle Aziende Ospedaliere (o assimilabili) ritengono che le forze chiave più rilevanti siano la “Valorizzazione delle specificità” (26%), e “Risorse ed assetto organizzativo” (17%). Meno rilevanti, sono la “Presenza in carico del paziente” (9%), l’”Omogeneità dei percorsi” (9%) e l’”integrazione e cooperazione” (11%).

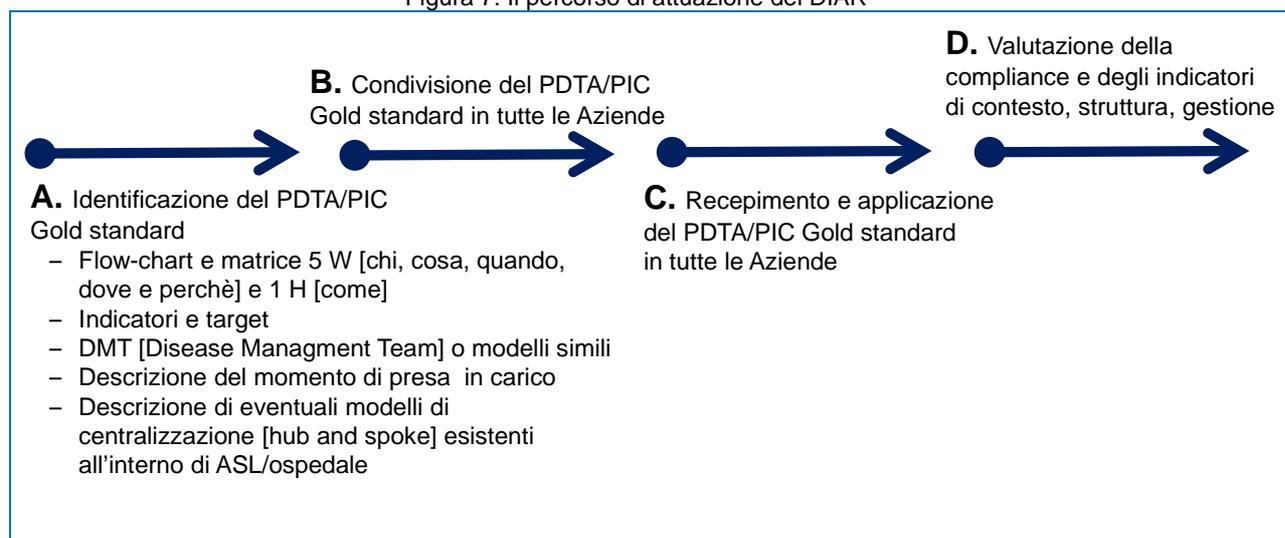
I direttori di struttura delle ASL evidenziano come forze chiave più rilevanti la “Valorizzazione delle specificità” e le “Risorse ed assetto organizzativo” (18%), mentre assegnano meno importanza alla “Chiarezza del mandato e degli obiettivi”, alla “Valorizzazione del personale” (11%).

5.2 I primi risultati dell’implementazione dei DIAR

Il percorso di attuazione dei DIAR

Il percorso di implementazione dei DIAR ha previsto l’identificazione di alcuni PDTA da parte di ciascun referente di Area (Fig. 7). E’ seguita una fase valutativa condotta attraverso un form standardizzato che aveva l’obiettivo di stimare i modelli organizzativi esistenti e le risorse umane, organizzative e tecnologiche disponibili, confrontandoli con gli standard previsti dalle evidenze più consolidate. I risultati ottenuti hanno consentito di evidenziare le criticità e conseguentemente di formulare nuovi modelli organizzativi che sono stati condivisi nell’ambito di ciascuna area. Le fasi successive prevedono la proposta formale di implementazione dei nuovi PDTA ad A.Li.Sa. da parte dei referenti di ciascuna area, il loro recepimento a livello di ciascuna azienda regionale e la valutazione dell’applicazione e degli obiettivi fissati nei documenti programmatori attraverso indicatori di contesto, struttura e gestione.

Figura 7: Il percorso di attuazione dei DIAR



L'individuazione degli obiettivi generali e specifici è giunta al termine di un percorso valutativo condotto attraverso l'analisi dei bisogni sanitari, dei percorsi esistenti, dei dati relativi alla mobilità passiva, delle performance, e dell'appropriatezza.

Gli obiettivi generali fissati ai primi DIAR individuati (Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico e Chirurgico), esplicitati nel documento di programmazione annuale (Del. A.Li.Sa 6/2018 del 15.01.2018 "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018"), sono di seguito riportati:

1. Il governo della mobilità passiva;
2. L'appropriatezza della prestazioni e del setting erogativo;
3. L'ottimizzazione dei percorsi al fine di garantire la concentrazione della casistica per omogeneità e tendere ad "ospedali e professionisti ad alti volumi";
4. Le misure di outcome clinico ed organizzativo.

Per ciascun DIAR sono stati individuati, inoltre, obiettivi ed indicatori specifici illustrati nella Tabella 4.

I primi risultati

Al fine di illustrare i primi risultati raggiunti, si riportano gli esiti delle valutazioni delle prestazioni a maggior rilevanza in termini di volumi e/o valorizzazione specifiche dell'area chirurgica del DIAR Cardiovascolare, quale esempio di attività finalizzate al perseguimento dell'obiettivo prioritario di governo della mobilità passiva. Tali analisi consentono, infatti, di individuare le criticità dei percorsi nella fase di presa in carico.

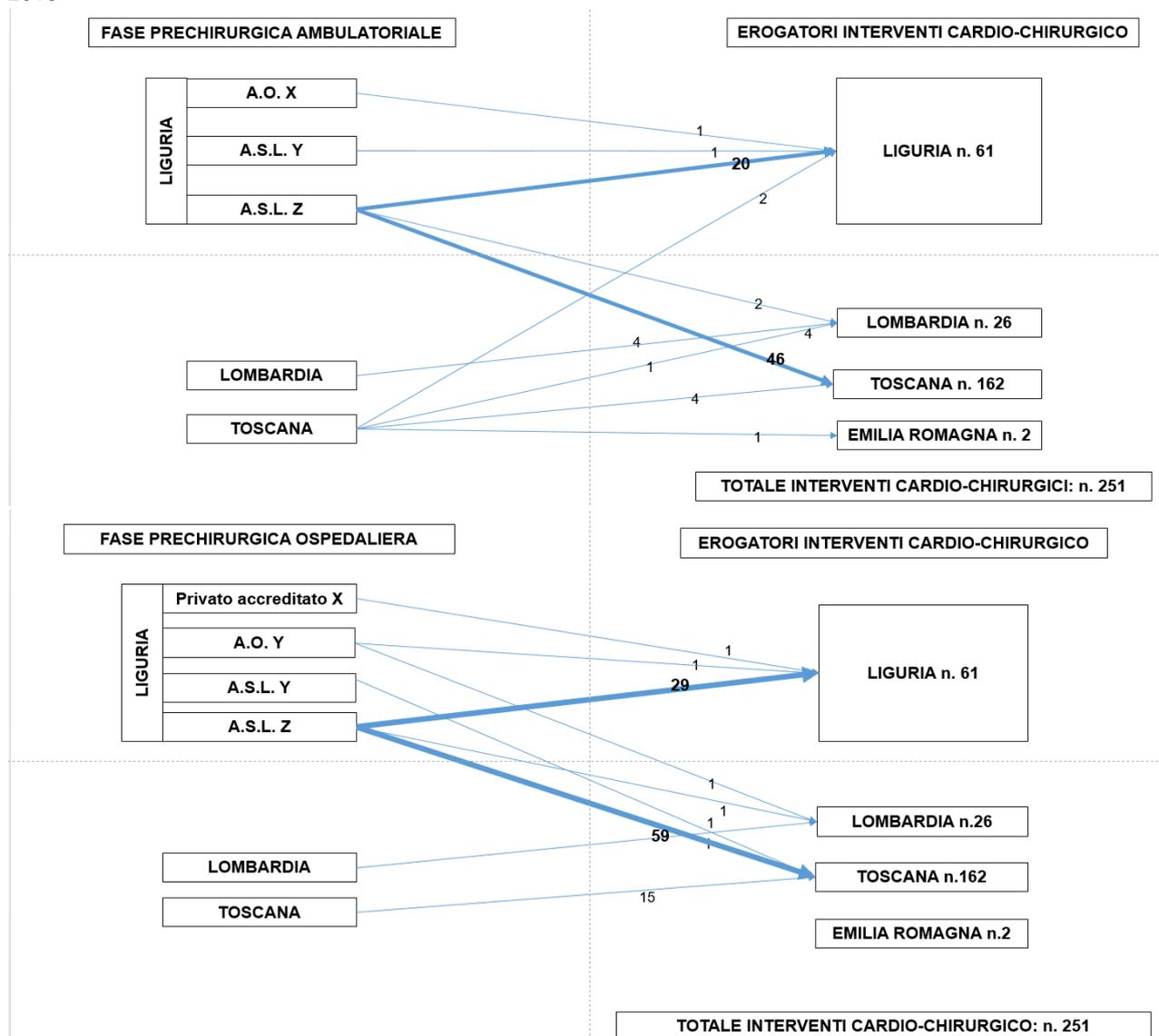
I risultati mostrano che la proporzione di prestazioni erogate da strutture liguri ai soggetti residenti varia dall'80% al 90,6% in quattro aziende su cinque, mentre in una A.S.L. tale proporzione si riduce al 24,3%.

Complessivamente, nel periodo considerato il 27% dei residenti liguri è stato sottoposto alla procedura cardiocirurgica indagata in una struttura extraregionale, pari ad un importo di euro 8.007.059.

Le regioni maggiormente interessate dal flusso della mobilità passiva sono la Toscana (50,2%), la Lombardia (31,2%) e il Piemonte (15,9%). Complessivamente il 50,5% e il 39,5% dei pazienti operati fuori regione ha effettuato, in una struttura sanitaria ligure, rispettivamente, una visita ambulatoriale cardiologica/cardiocirurgica nell'anno precedente o un ricovero nei sei mesi precedenti la procedura indagata.

I percorsi (accessi ambulatoriali e ricoveri ospedalieri in strutture liguri e extra-regionali) relativi ai residenti dell'A.S.L. maggiormente interessata dal flusso della mobilità passiva (A.S.L. "Z") sono illustrati in Figura 7, ad esclusione di quelli generati dalle strutture private.

Figura 7. Percorso pre-intervento dei pazienti residenti nell'A.S.L. "Z" sottoposti ad interventi cardiocirurgici nell'anno 2016



Dall'analisi di dettaglio dei dati emerge inoltre che l'82,1% dei residenti si rivolge alla stessa struttura toscana. Di questi il 28% ha effettuato una visita ambulatoriale in una struttura ambulatoriale dell'A.S.L. di residenza nell'anno precedente la procedura indagata, il 37,2% un ricovero nei sei mesi precedenti e il 14,1% entrambi.

L'individuazione delle criticità ha permesso un'iniziale reingegnerizzazione dei percorsi.

I primi effetti di questo processo emergono dai dati di mobilità passiva; in particolare nell'A.S.L. dove questo fenomeno era più rilevante (A.S.L. "Z") è stata osservata una riduzione nel 2017 rispetto all'anno precedente del 6,1%.

Conclusioni

La Liguria è una Regione che, sotto il profilo socio-demografico, si può ritenere anticipataria delle criticità che i sistemi sanitari pubblici si troveranno ad affrontare nei prossimi anni. I bisogni assistenziali e socioassistenziali della sua popolazione non possono che indurre la ricerca di una risposta in termini di maggior coordinamento ed integrazione dell'offerta, in precedenza frammentata e differenziata tra le Aziende.

Nell'approcciare la riorganizzazione del sistema, un elemento facilitante nella ricerca di questo tipo di risposta era la preesistente attività sulle reti per patologia, che però non era supportata da forme di governance.

La recente riforma ha perciò affrontato la ricerca del coordinamento su un duplice livello: a livello strategico, attraverso la costituzione di un'Azienda capofila, intermedia tra Regione ed Aziende; e a livello assistenziale e socioassistenziale, attraverso la costituzione di un nuovo strumento organizzativo, il DIAR. IL DIAR è basato sulla rete, come alcune forme organizzative preesistenti, ma strutturata e inserita trasversalmente rispetto alle preesistenti Aziende, il cui mantenimento è stato ritenuto necessario per rispondere localmente ai bisogni specifici della popolazione.

L'esperienza ligure conferma quanto rilevato in letteratura: i processi di riforma comportano timori diffusi per il cambiamento in atto, con differenze di veduta molto rilevanti a seconda del ruolo degli attori coinvolti.

I risultati dell'attività di formazione, infatti, evidenziano chiaramente l'esistenza di diversi punti di vista, cui sono sottese diverse preoccupazioni, a seconda del ruolo ricoperto: le Direzioni Aziendali percepiscono la chiarezza di mandato come necessità prioritaria per poter implementare la riforma in maniera incisiva, mentre i Direttori di Struttura Complessa avvertono come più rilevante, data la prospettiva di una forte integrazione di sistema, la necessità di valorizzare le specificità delle proprie aziende.

Diversa è anche la prospettiva tra Aziende ed enti ospedalieri ed ASL: le prime, infatti, coerentemente con la loro missione, ritengono fondamentale valorizzare la loro specificità, mentre le ASL, pur ritenendo importante questo aspetto (anche per non perdere rilevanza nell'ambito del sistema d'offerta), danno maggior rilevanza alla presa in carico ed all'omogeneizzazione dei percorsi, in maniera da integrare la propria offerta con quella specialistica delle Aziende ed enti ospedalieri che, invece, si percepiscono tradizionalmente come eccellenze isolate.

Questi aspetti evidenziano, in relazione al primo obiettivo del lavoro, la necessità di introdurre le riforme con un percorso di accompagnamento, che aiuti i professionisti ad intenderne la portata innovativa e a superare le differenze culturali i disallineamenti e le inevitabili resistenze al cambiamento, nonostante questo possa richiedere, come nella descrizione dell'esperienza ligure, un forte investimento, in termini di tempo e formazione, da parte della Regione e delle Aziende.

L'illustrazione del caso del DIAR cardiovascolare evidenzia invece la criticità di alcune Aziende di confine, con riferimento alla mobilità passiva ed al suo impatto sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari regionali. Nel caso descritto, i pazienti hanno contatti con le strutture del servizio sanitario regionale, ma queste non sembrano in grado di trattenerlo all'interno di un percorso di cura aziendale o regionale, conseguentemente alla frammentarietà che da sempre caratterizza la Liguria. In questo senso la costituzione e la conoscenza diffusa di percorsi di cura integrati, e quindi il coordinamento intra ed interaziendale, possono costituire una risposta a queste criticità.

Rispetto al secondo obiettivo del lavoro (valutazione dell'impatto della riforma) il caso consente anche di ipotizzare un avvio di inversione di tendenza rispetto a questa criticità, riconducibile, almeno in parte, all'insieme di iniziative intraprese per garantire una maggiore governance e presa in carico dei pazienti.

Il lavoro peraltro presenta diversi limiti, riconducibili in larga misura alla recente attuazione del processo di riforma. Tra i possibili sviluppi, pertanto, si possono suggerire valutazioni più circostanziate sui dati disponibili una volta che l'esperienza si sarà consolidata.

Allegati

Tabella 1: composizione sociodemografica della Liguria. Fonte: ISTAT, 2017

	Età media	Quoziente di natalità	Quoziente di mortalità	% Anziani su popolazione	% Giovani su popolazione	Indice di vecchiaia
Liguria	48,7	6,3	14,1	28,4	11,3	252,3
Italia	44,7	7,7	10,7	22,6	13,4	168,7

Tabella 2: Le fonti normative della riforma del sistema sanitario ligure

<i>Data</i>	<i>Tipo provvedimento</i>	<i>Titolo</i>	<i>Contenuto e note</i>
15.02.16	"Libro Bianco della sanità" a cura dell'Assessore Sanità, Politiche sociosanitarie e Terzo Settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione	Presente e futuro di una Regione. Una sanità rinnovata per la Liguria	Definizione del nuovo modello organizzativo per il sistema sanitario e socio-sanitario della Regione Liguria (principi ispiratori, contesto, obiettivi e progetti strategici e azioni previste), nell'ambito di un processo di condivisione volto a raccogliere i suggerimenti e le proposte di tutti i "portatori di interesse"
29.07.16	L.R. 17/2016	Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e Indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria	Istituzione di A.Li.Sa., con funzioni di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende Sanitarie e degli altri Enti del S.S.R. e le relative attività connesse
18.11.16	L.R. 27/2016	Modifiche alla <u>Legge Regionale 7 Dicembre 2006, N. 41</u> (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla <u>Legge Regionale 29 Luglio 2016, N. 17</u> (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria	Introduzione della figura del direttore sociosanitario (definizione dei requisiti e delle competenze) Costituzione dei dipartimenti interaziendali al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad aziende diverse.
20.12.16	DGR 1183/2016	Accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati accreditati. Programmazione spesa I° Trimestre 2017. Direttive e indirizzi alle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R.	Attribuzione ad A.Li.Sa. della responsabilità di adottare entro il 31/01/2017 indirizzi operativi annuali per le Aziende socio-sanitarie, gli I.R.C.C.S. e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati e di definire e stipulare entro il 31/03/2017 gli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e i contratti con i soggetti erogatori privati accreditati.
13.1.2017	DGR 7/2017	Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR. Linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale	Principi, criteri e linee guida per la ridefinizione degli assetti organizzativi delle Aziende, degli Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.
08.02.2017	D.G.R. 104/2017	Art. 40 bis L.R. 41/2006: Dipartimenti interaziendali. Prima individuazione	Individuazione, in prima attuazione della normativa prevista, di alcuni Dipartimenti Interaziendali Regionali
11.5.17	LR 9/2017	Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, pubbliche e private	Disciplina, in relazione alle strutture sanitarie e sociosanitarie, di: a) procedure e requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività; b) procedure, requisiti e condizioni per l'accreditamento istituzionale; c) procedure per la vigilanza e il controllo sul possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento; d) accordi e contratti con le strutture accreditate pubbliche e private; e) procedure e requisiti per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale (legge 24/05/2006 n. 12); f) procedure per la vigilanza e il controllo sul possesso dei requisiti di autorizzazione
30.06.2017	DGR 500/2017	Approvazione Documento Tecnico A.Li.Sa. Individuazione funzioni assistenziali ex art. 8-sexies, D.Lgs n. 502/92. Anno 2017.	Definizione delle funzioni per le attività che comportano un notevole impiego di risorse da parte del sistema sanitario. "Focus" su funzioni a rilevanza regionale/nazionale o che rappresentano specifiche scelte strategiche.

5.12.2017	DCR 21/2017	Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019	Documento di programmazione che descrive gli obiettivi, le criticità, le risposte organizzative e gli strumenti introdotti o in via di introduzione nel percorso di riforma, alla luce del contesto socio-economico e demografico regionale e dei bisogni di salute della popolazione ligure.
28.12.2017	DGR 1185/2017	Approvazione documenti in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie: Manuale e procedura per l'accreditamento istituzionale	Approvazione dei documenti predisposti da A.Li.Sa: - il "Manuale per l'accreditamento istituzionale Regione Liguria", nel quale sono stabiliti i nuovi requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; - la "Procedura per l'accreditamento istituzionale", con indicazioni delle modalità per la presentazione dell'istanza di rilascio e di rinnovo di accreditamento.

Tabella 3: Le delibere di Alisa per delineare le strategie del nuovo sistema

Data	Tipo provvedimento	Titolo	Contenuto e note
26.2.2016	D.G.R. 161/2016	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016	Indicazioni operative rivolte alle Aziende ed Enti del S.S.R. al fine di garantire un'appropriatezza erogazione dei L.E.A.
12.1.2017	Del. A.Li.Sa. 1/2017	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2017	Complesso degli obiettivi e delle azioni da intraprendere da parte delle Aziende sanitarie liguri ai fini della riconfigurazione dell'assetto e dell'organizzazione del servizio sanitario regionale
09.11.2017	Del. A.Li.Sa. 131/2017	Approvazione del Regolamento generale dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)	Documento che contiene definizione, mission, obiettivi, attività, composizione e risorse finanziarie dei DIAR. Vengono definiti gli Organi del Dipartimento (Coordinatore e Comitato del Dipartimento), stabilite le modalità di nomina e le singole funzioni.
15.01.2018	Del. A.Li.Sa. 6/2018	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018	Strumento operativo di indirizzo per le azioni da intraprendere da parte delle aziende sanitarie e sociosanitarie regionali per il raggiungimento degli obiettivi comuni funzionali all'appropriatezza erogazione delle prestazioni nell'ambito di un'omogeneità organizzativa e della sostenibilità del sistema.
14.05.2018	Del. A.Li.Sa. 113/2018	Accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate per l'erogazione di prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) relative ad attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale. Prima definizione e approvazione schema tipo di accordo - anno 2018.	Approvazione dello schema-tipo di accordo per l'anno 2018, comprensivo di documento tecnico di budget, con le strutture pubbliche ed equiparate.

Tabella 4: Obiettivi specifici ed indicatori dei DIAR

DIAR	Obiettivi specifici	Indicatori
DIAR Cardiovascolare	<p>Accentramento ed incremento dell'offerta cardiocirurgica sui due hub regionali per i percorsi ad elevata complessità, i.e. interventi sulle valvole cardiache</p> <p>Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis interventi sulle valvole cardiache, interventi per via percutanea con/senza stent, bypass coronarico con/senza cateterismo cardiaco, scompenso, ecc.)</p> <p>Verifica dell'appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi sulle valvole cardiache, interventi per via percutanea con/senza stent, bypass coronarico con/senza cateterismo cardiaco)</p>	<p>Volumi di attività</p> <p>- Evidenza della stesura e condivisione dei PDTA dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit;</p> <p>- Indicatori di compliance del percorso;</p> <p>- Indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti;</p> <p>- Mobilità extraregionale;</p> <p>incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri</p>

DIAR Chirurgico	<p>Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit</p> <p>Incremento dell'offerta ortopedica e dei percorsi ad elevata complessità, con accentramento sugli hub regionali e potenziamento del modello hub and spoke (in primis chirurgia oncologica, chirurgia epatica e pancreatica) Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis chirurgia ortopedica protesica, chirurgia epatica e pancreatica, chirurgia della prostata, chirurgia dell'utero)</p>	<p>Incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea) Volumi di attività</p>
DIAR Emergenza Urgenza	<p>Verifica dell'appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis ortopedica protesica, chirurgia senologica, chirurgia prostata, tagli cesarei, ecc.)</p> <p>Implementazione di un sistema di monitoraggio degli accessi e del percorso del paziente in Pronto Soccorso</p> <p>Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente in Pronto Soccorso condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti</p> <p>Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con frattura del femore impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali"</p> <p>Implementazione dei piani incrementali di risposta ai quadri di aumento della domanda in ambito Emergenza/Urgenza di sovraffollamento del Pronto Soccorso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della stesura e condivisione dei PDTA dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit; - Indicatori di compliance del percorso; - Indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti con particolare attenzione ai tempi d'attesa per interventi in ambito oncologico; - Mobilità extraregionale - Incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri; - Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit; - Incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis chirurgia del ginocchio) - Set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti - Set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti - Indicatore di qualità di processo impiegato dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali", i.e. Fratture di femore operate entro 2gg - Indicatori di compliance, processo e outcome dell'applicazione dei piani incrementali di risposta condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti
DIAR Neuroscienze	<p>Accentramento dell'offerta neurochirurgica sugli hub regionali per contrastare la dispersione dei volumi, i.e. interventi di craniotomia Incremento dell'offerta in ambito riabilitativo e dei percorsi ad elevata complessità, con accentramento sugli hub regionali e potenziamento del modello hub and spoke (in primis interventi di craniotomia, malattie degenerative del sistema nervoso) Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis malattie degenerative del sistema nervoso, interventi di craniotomia, malattie e traumi del midollo spinale, interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso, interventi sul midollo)</p> <p>Verifica dell'appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso, malattie degenerative del sistema nervoso)</p> <p>Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit</p> <p>Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con patologia psichiatrica condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal</p>	<p>Volumi di attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit - indicatori di compliance del percorso - indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti - mobilità extraregionale <p>incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri</p> <p>incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso)</p> <p>set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali", i.e.</p>

	“Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali”	tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche, percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche
	Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con ictus ischemico condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal Piano Nazionali Esiti	set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal Piano Nazionali Esiti, i.e. “ictus ischemico: mortalità a 30 giorni”
DIAR Oncoematologico	Centralizzazione dei percorsi in atto in ambito oncologico per contrastare la dispersione di volumi, i.e. neoplasia mammaria, neoplasia polmonare, ecc. Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis trapianto di midollo osseo, neoplasia del colon e retto, neoplasia polmonare, neoplasia mammaria, ecc)	Volumi di attività - Evidenza della stesura e condivisione dei PDTA dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit; - Indicatori di compliance del percorso; - Indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti; - Mobilità extraregionale; - Incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri
	Verifica dell'appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi per neoplasia polmonare e interventi per neoplasia mammaria)	
	Implementazione dell'offerta di cure palliative domiciliari	Aumento delle PIC di Cure Palliative Domiciliari nelle Aziende Sociosanitarie Liguri.

Riferimenti bibliografici

- Baker J.L. (2000). Evaluating the impact of development projects on poverty: A handbook for practitioners. World Bank Publications.
- Borgonovi E. (2002). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche. Milano: EGEA.
- Cantarelli P., Lega F., Longo F. (2017). La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti. In: Cergas-SDA Bocconi (a cura di). L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2017. Milano: EGEA.
- Carbone C., Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A. (2015). I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker. In: CERGAS-Bocconi (a cura di). L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2015. Milano: Egea.
- Cicchetti A. (2004). La progettazione organizzativa. Milano: FrancoAngeli.
- Cicchetti, A., Lomi, A. (2000). Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario. In: Maggi B. (a cura di). Le sfide organizzative di fine e inizio secolo. Milano: ETAS.
- Del Gesso C. (2018). L'interdipendenza tra public governance e accountability nelle aziende ospedaliero-universitarie. Milano: Franco Angeli.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017). Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie. Azienda Pubblica, 1: 13-32.
- Denis J., Lamothe L., Langley A., Breton M., Gervais J., Trottier L., Contandriopoulos D., Dubois C. (2009). The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of major public-sector reforms. Canadian Public Administration, 52 (2): 225-48. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2009.00073.x>
- Evans J. M., Ross Baker G. (2012). Shared mental models of integrated care: aligning multiple stakeholder perspectives. Journal of health organization and management, 26 (6): 713-736. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/14777261211276989>
- Fattore G., Gugliatti A., Longo F. (2016). Il riordino dei servizi sanitari regionali. In: CERGAS-Bocconi (a cura di). L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2016. Milano: Egea.
- Ferlie E., Fitzgerald L., Wood M., Hawkins C. (2005). The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. Academy of Management Journal, 48 (1):117-34. DOI: <https://doi.org/10.5465/amj.2005.15993150>
- Fulop N., Protopsaltis G., King A., Allen P., Hutchings A., Normand C. (2005). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. Social Science & Medicine, 60 (1): 119-130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.017>
- Furnari A., Gugliatti A., Petracca F. (2017). La struttura e le attività del SSN. In: Cergas-SDA Bocconi (a cura di). L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2017. Milano: EGEA.
- Glouberman S., Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – part 1: differentiation. Health Care Management Review, 26 (1): 56-69. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- Haspelslagh P., Jemison D. (1992). Making acquisitions work. Institut Europe'en d'Administration des Affaires (INSEAD), 77-Fontainebleau (FR).
- Khandker S. R., Koolwal G. B. and Samad H. A. (2009). Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. World Bank Publications.
- Kotter J. (1995). Leading change: why transformation efforts fail. Harvard Business Review, March/April: 59-67. DOI: [https://doi.org/10.1016/0737-6782\(96\)83110-9](https://doi.org/10.1016/0737-6782(96)83110-9)
- Larsson R., Finkelstein S. (1999). Integrating strategic, organizational, and human resource perspectives on mergers and acquisitions: A case survey of synergy realization. Organization science, 10 (1): 1-26. DOI: <https://doi.org/10.1287/orsc.10.1.1>
- Lega F. (2016). Management della sanità. Comprendere e gestire le sfide del settore e delle aziende sanitarie. Milano: EGEA.
- Mascia D. (2009). L'organizzazione delle reti in sanità. Teoria, metodi e strumenti di social network analysis. Milano: Franco Angeli.
- Meneguzzo M. (1996). Strategia e gestione di reti di aziende ospedaliere. Milano: EGEA

- Meneguzzo M., Roncetti L., Rossi A. G. (2004). Centrali di acquisto, servizi in rete ed “Aree Vaste”. Una prima valutazione delle esperienze in atto. *Mecosan*, 52: 115-133.
- Miolo Vitali P., Nuti S. (a cura di) (2003). *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*. Milano: Franco Angeli.
- Pate J., Fischbacher M., Mackinnon J. (2010). Health improvement: countervailing pillars of partnership and profession. *Journal of Health Organization and Management*, 24 (2): 200-17. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777261011047354>
- Singh H., Zollo M. (1998). The impact of knowledge codification, experience trajectories and integration strategies on the performance of corporate acquisitions. 62.
- Vlaar P., Van de Bosch F. Volberda H. (2006). Coping with problems of understanding in interorganizational relationships: using formalization as a means to make sense. *Organization Studies*, 27 (11): 1617-38. DOI: <https://doi.org/10.1177/0170840606068338>