



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

Filippo ANSALDI, Walter LOCATELLI
Marta GIACHELLO, Cinzia PANERO, Angela TESTI

Firenze, 28 settembre 2018

Outline

1. La riforma in Liguria: DIAR e rete
2. L'accompagnamento al percorso di riforma
3. Un anno dopo

1 - la Riforma in Liguria: DIAR e rete

Perché le reti?

Una serie di fenomeni (p.es., evoluzione dei bisogni dei pazienti, crescente specializzazione professionale, ...) ha determinato la necessità di accrescere integrazione e collaborazione tra strutture in una ottica di coordinamento piuttosto che di competizione

quasi ovunque sono sorte reti spontanee tra professionisti, uniti da collegamenti “deboli”, basati sulla conoscenza personale e su singole richieste di collaborazione (“enclave” o “individualistic” networks)

ma occorre passare a forme strutturate, che richiedono la programmazione e la gestione della rete di all’interno di un contesto istituzionale

[Mascia, 2009; Meneguzzo, 1996; Cicchetti e Lomi, 2000; Lega, 2016; Carbone et al., 2015]

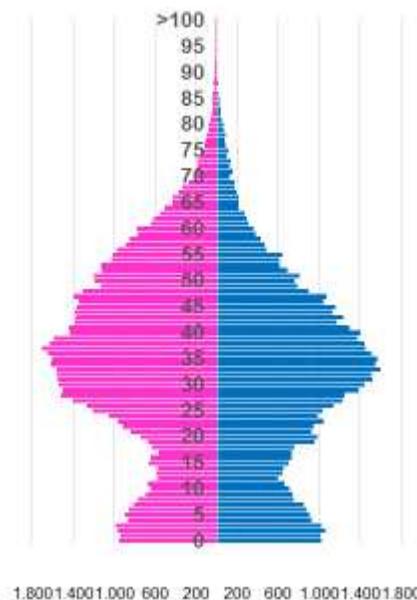
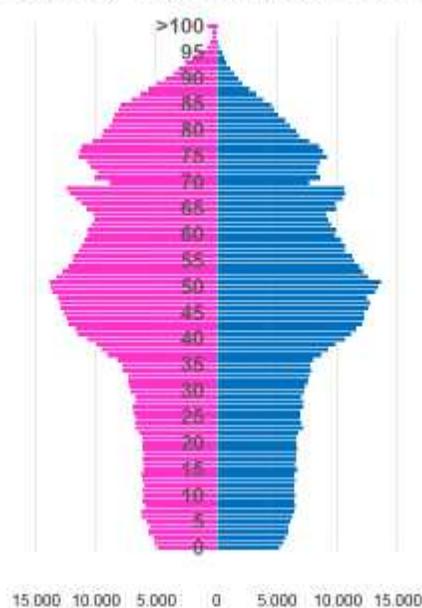
Quale rete per la Liguria?

- Molte Regioni hanno preferito ricorrere alle fusioni ed agli accorpamenti: la Liguria invece...
- La Liguria presenta alcune specificità uniche:
 - ✓ Socio-demografiche
 - ✓ Geografiche e logistiche
 - ✓ Eterogeneità tra i diversi territori

2017]

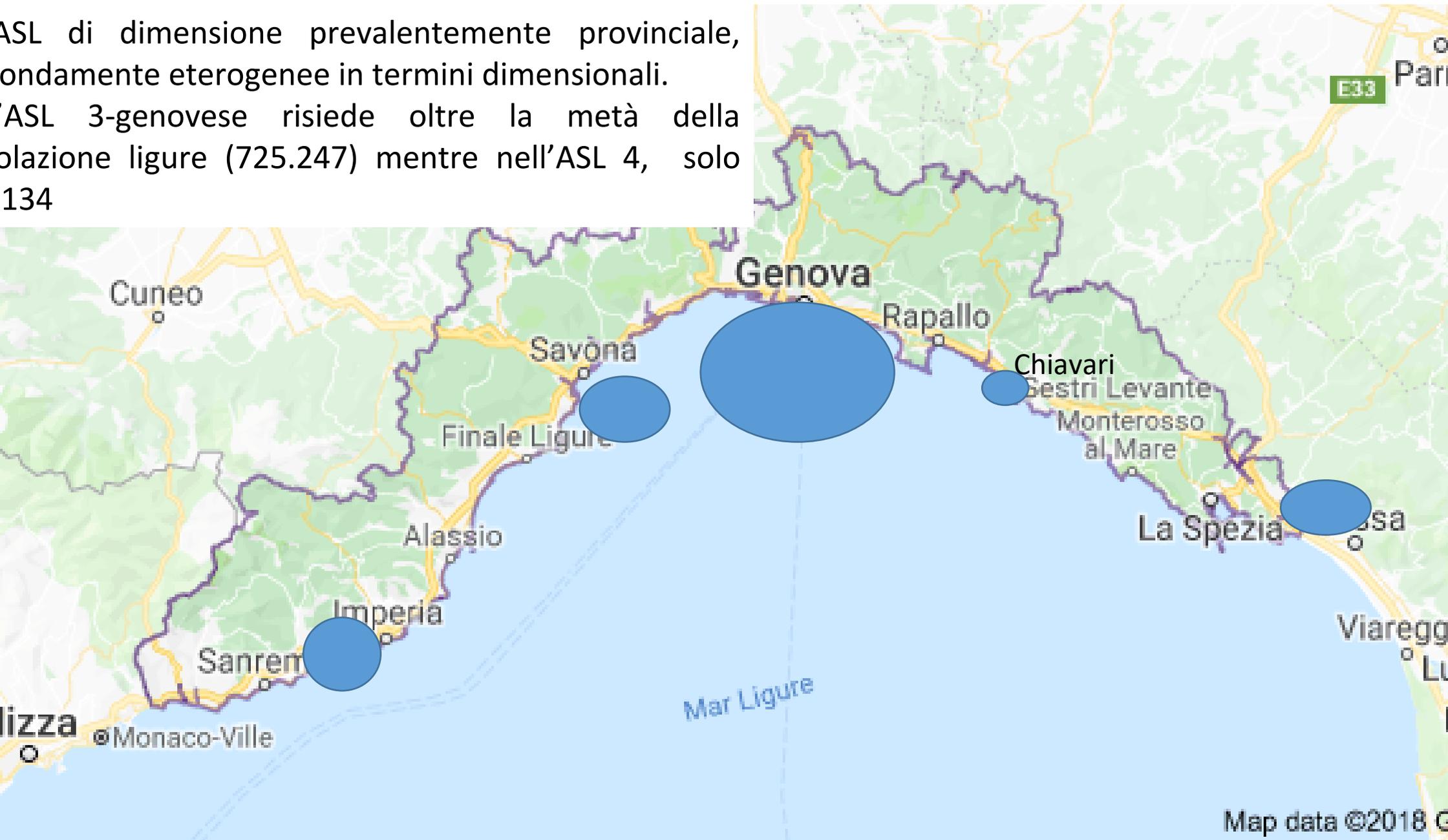
	Età media	Quoziente di natalità	Quoziente mortalità	% Anziani su popolazione	% Giovani su popolazione	Indice di vecchiaia
Liguria	48,7	6,3	14,1	28,4	11,3	252,3
Italia	44,7	7,7	10,7	22,6	13,4	168,7

Piramide dell'età della popolazione residente e della popolazione immigrata, Liguria, anno 2016



ASL di dimensione prevalentemente provinciale, fondamente eterogenee in termini dimensionali.

L'ASL 3-genovese risiede oltre la metà della popolazione ligure (725.247) mentre nell'ASL 4, solo 134



Map data ©2018 G

area metropolitana genovese si caratterizza per la presenza di tutta l'offerta ospedaliera di II livello: 1 IRCCSS pediatrico, 1 IRCSS Policlinico, 2 Enti Ospedalieri convenzionati
chi risiede in altre ASL, per le prestazioni più complesse, deve necessariamente rivolgersi ad una struttura diversa da quella di residenza

Presidi (dal Libro Bianco)



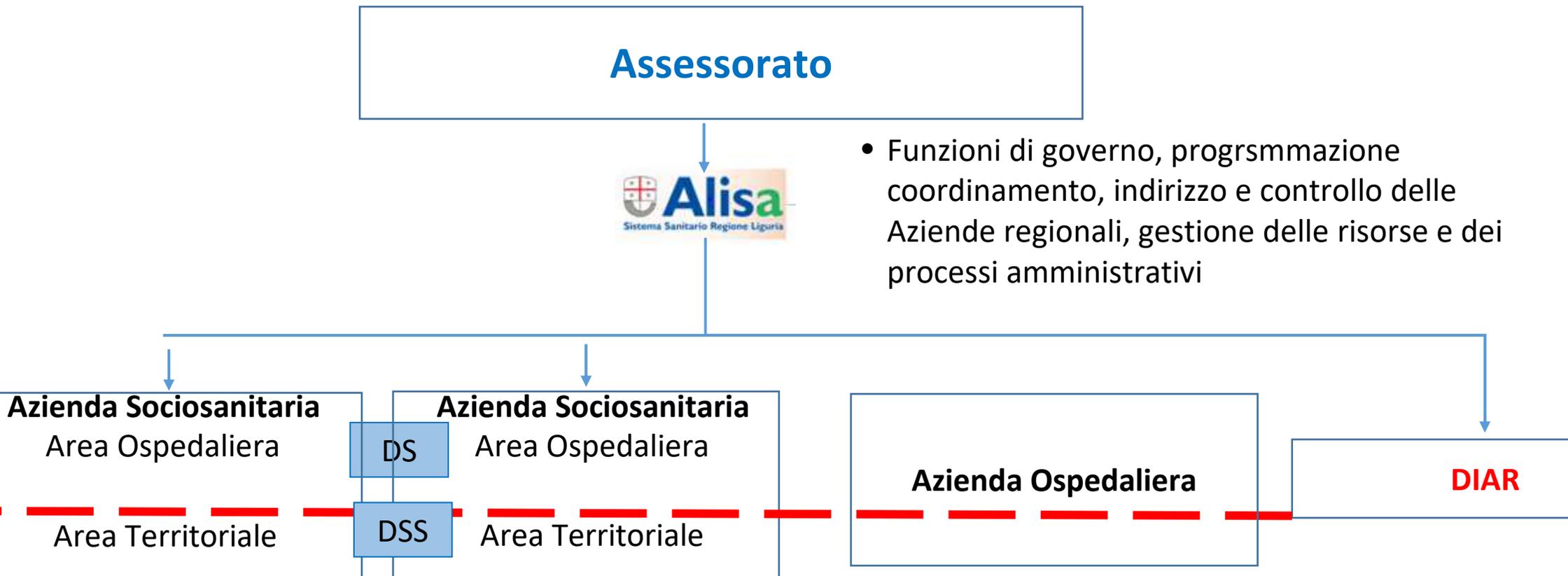


...A PROPOSITO DI CENTRALITA' DELLA PERSONA...

Il nuovo assetto istituzionale del sistema sanitario ligure

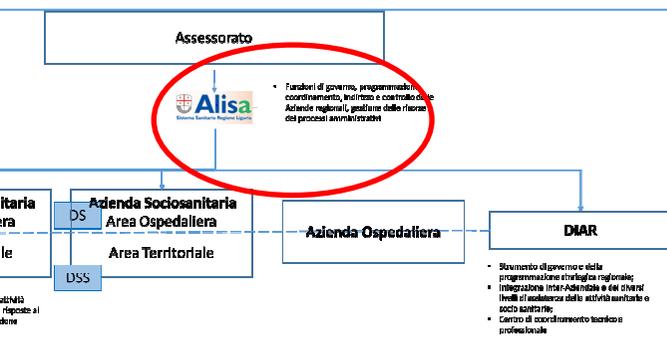
- Mantenimento delle ASL preesistenti (necessarie per valorizzare le **specificità** di ogni territorio), ma al tempo stesso aumento dell'accentramento attraverso l'istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (**A.Li.Sa.**)
- A livello sovra aziendale, per assicurare presa in carico **omogenea** su tutto il territorio regionale, si sono istituiti i **Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)**, nuove unità organizzative per garantire il governo clinico

Regione Liguria: Configurazione a «rete»



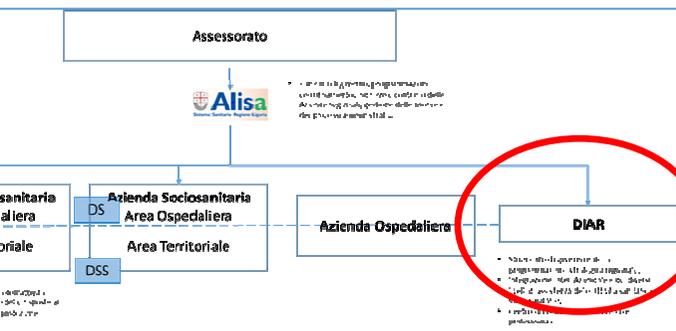
gista del rafforzamento
vità assistenziale
ale e delle risposte ai
socio-sanitari e di
one sociale.

- Strumento di governo e della programmazione strategica regionale;
- Integrazione inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e socio sanitarie;
- Centro di coordinamento tecnico e professionale.



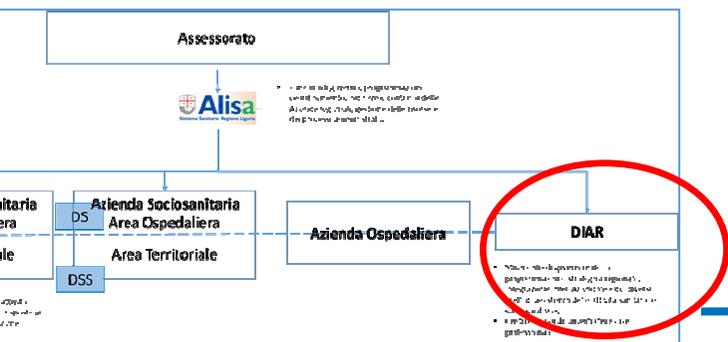
A.Li.Sa.

- 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



DIAR (1)

- Organizzativamente, il DIAR è dotato di un coordinatore, un referente scientifico ed un comitato di Dipartimento. 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.



DIAR (2)

Il DIAR costituisce la risposta organizzativa ligure alle indicazioni del D.M. 70/2015 (creazione delle reti per patologia, coordinamento sovra-aziendale, modelli *hub and spoke*, 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 DM 70/2015

2 - L'accompagnamento al percorso di riforma

Non è sufficiente sviluppare il nuovo assetto istituzionale: momento fondamentale e critico è quello dell'implementazione (Cicchetti, 2004).

- Specialmente in ambito sanitario esistono importanti differenze percettive e culturali tra i diversi stakeholder (manager vs clinici, medici vs altri professionisti, personale ospedaliero vs territorio .
[Glouberman and Mintzberg, 2001; Ferlie et al., 2005; Pate et al., 2010]
- Barriere al cambiamento: debole commitment, una scarsa comprensione del progetto, una visione incerta, un disallineamento tra direzione strategica, culture ed incentivi, poca fiducia e comunicazione inadeguata
[Evans, Baker, 2012]

Percorso per favorire l'attivazione partecipata dei DIAR

collaborazione con AMAS, Accademia per il Management in Sanità, Università di Genova

- Prima fase: costruzione dello SCENARIO
- Seconda fase: Identificazione delle forze chiave per raggiungere lo scenario
- Terza fase: incontri nelle singole aziende

Prima fase: lo SCENARIO

[European Awareness Scenario Workshops (EASW)-https://cordis.europa.eu/news/rcn/8356_e

“scenario”

- costruito sulla base di interviste strutturate all'Assessore, Direttore Alisa e Direttori delle 9 Aziende sanitarie (luglio-agosto 2017).
- presentato e condiviso nel settembre 2017 in una riunione con tutte le Direzioni Strategiche delle Aziende, simulando una Conferenza stampa nel settembre di tre anni dopo (2020).



***RITORNO AL FUTURO:
Genova, 12 settembre 2020
CONFERENZA STAMPA***

***Sanità in Liguria:
in caso di
eccellenza a livello
nazionale»***

***BACK
TO
FUTURE***



...imi tre anni?
...oluzione
...iamo vissuta),
...nismi organizzativi
...e la mission

...arico globale del
...rcorsi assistenziali,
...quità su tutto il
...ri dal paziente e
...presentato la linea
...iente al centro",
...ntato l'elemento
...zzativo.

...ta.... Ancora oggi ci
...le resistenze e lo
...affrontare non

**RITORNO AL FUTURO:
Genova, 12 settembre 2020
CONFERENZA STAMPA**

Oggi il nostro cittadino, che è sempre più anziano e polipatologico, ancor più di tre anni fa, quando si ammala o quando ha bisogno di cure, prima di rivolgersi trova risposte certe e sicure e igienze, ma che è abiti nelle "valli dell'entroterra savonese, nei paesini della costa spezzina o imperiese o in pieno centro a Genova.

Ogni cittadino ligure sa che, se contatta il sistema socio-sanitario perché ha bisogno di cure, non si deve più preoccupare di informarsi su chi è il medico più bravo o l'ospedale più attrezzato al quale rivolgersi.

I percorsi di cura sono omogenei in strutture regionali, definiti secondo guida riconosciute a livello nazionale e internazionale.

Si sta sempre più affinando il sistema di monitoraggio e valutazione costano, e viene l'applicazione a standard professionali certificati per i nostri operatori.

Certo che oggi in base a questi obiettivi, le ASL hanno dovuto fare un grande salto organizzativo e non solo: hanno dovuto mettere da parte una logica di autoreferenzialità e aprire lo sguardo verso modalità di collaborazione e messa in comune di risorse e competenze, costruendo operativamente modelli

...o a quel momento aveva interpretato il
...o agire professionale in un'ottica
...lentamente individuale, ha faticato a "digerire"
...o modello organizzativo. Non tutti ce l'hanno
...o ancora oggi al nosocomio sopravvive,
...sono anche buoni esempi che servono a
...zare il percorso.

**Sanità in Liguria:
un caso di
eccellenza a livello
nazionale»**

...amo che in ogni sistema complesso che
...to un cambiamento mortale è sempre un
...ntusiasti, un 50% di neutrali e un 25% di
...per questo abbiamo cercato, anche attraverso
...usiasti, di far capire ai neutrali che il nuovo
...nto organizzativo era coerente nel suo disegno
...avrebbe portato benefici e abbiamo
...ato che in questo modo gli ostini, in minoranza,
...bero deposto la tradizionale diffidenza verso le
...e iniziato a guardare con interesse al
...amento e ai suoi vantaggi.

Anche chi all'inizio era
cercava di "difendere il
poco per volta si è rilassato
a o si è riluttanti di crescere
e anche di essere valorizzati
per questo.

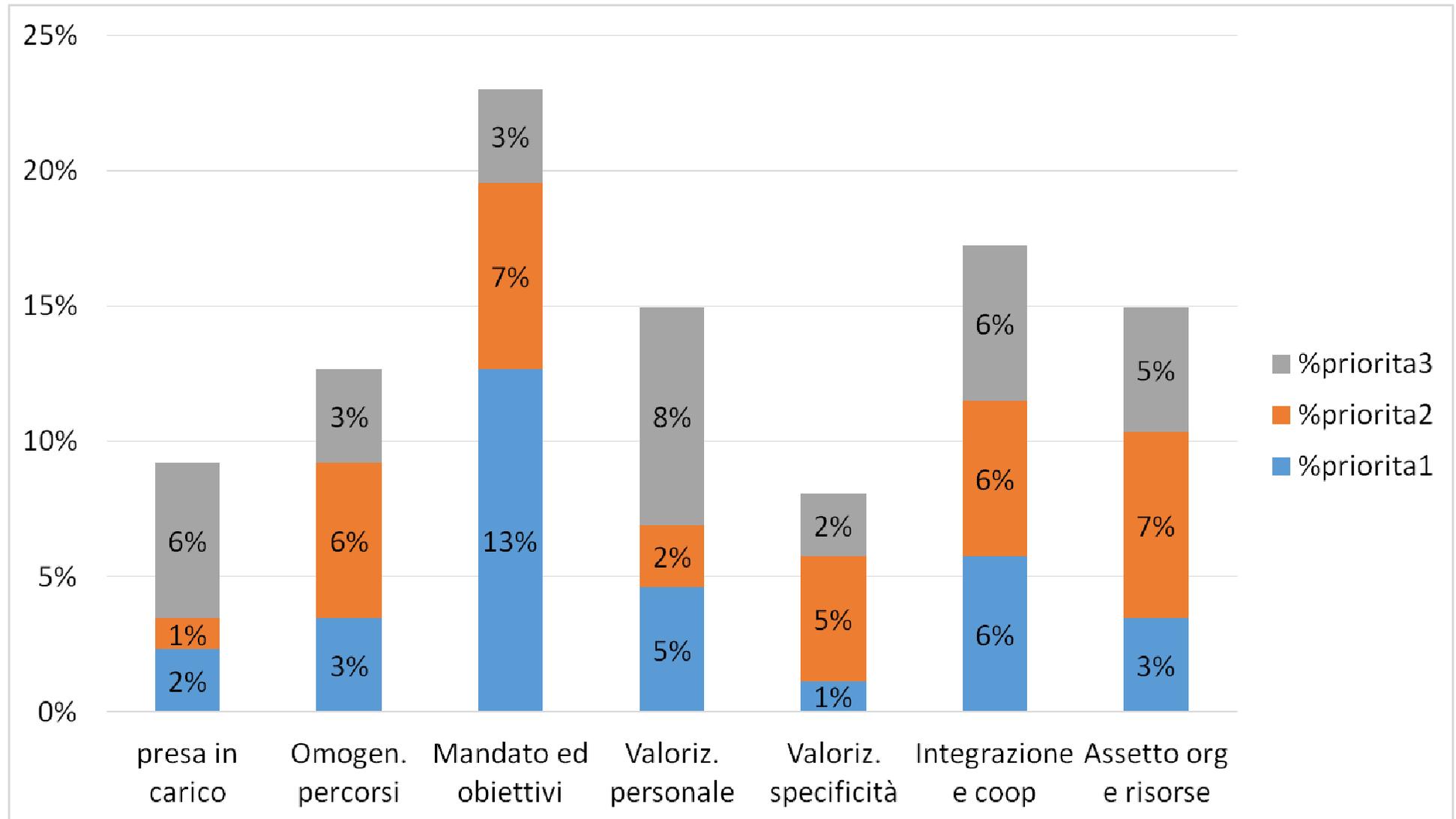
Chi ha accettato di abb
superate logiche della
dell'autoreferenzialità
e ha scelto di potenzia
pratiche di integrazione
con i colleghi dal nuovo
organizzativo, ha visto
proprio impegno e la p
professionalità.

**BACK
TO
FUTURE**

Seconda fase: identificazione delle forze chiave per raggiungere lo scenario

- Le forze chiave non sono state predefinite, ma individuate dai partecipanti (board delle direzioni strategiche aziendali, circa 30 partecipanti)
- È stato chiesto di assegnare una priorità
- Sono state aggregate in base alla loro coerenza in 7 categorie

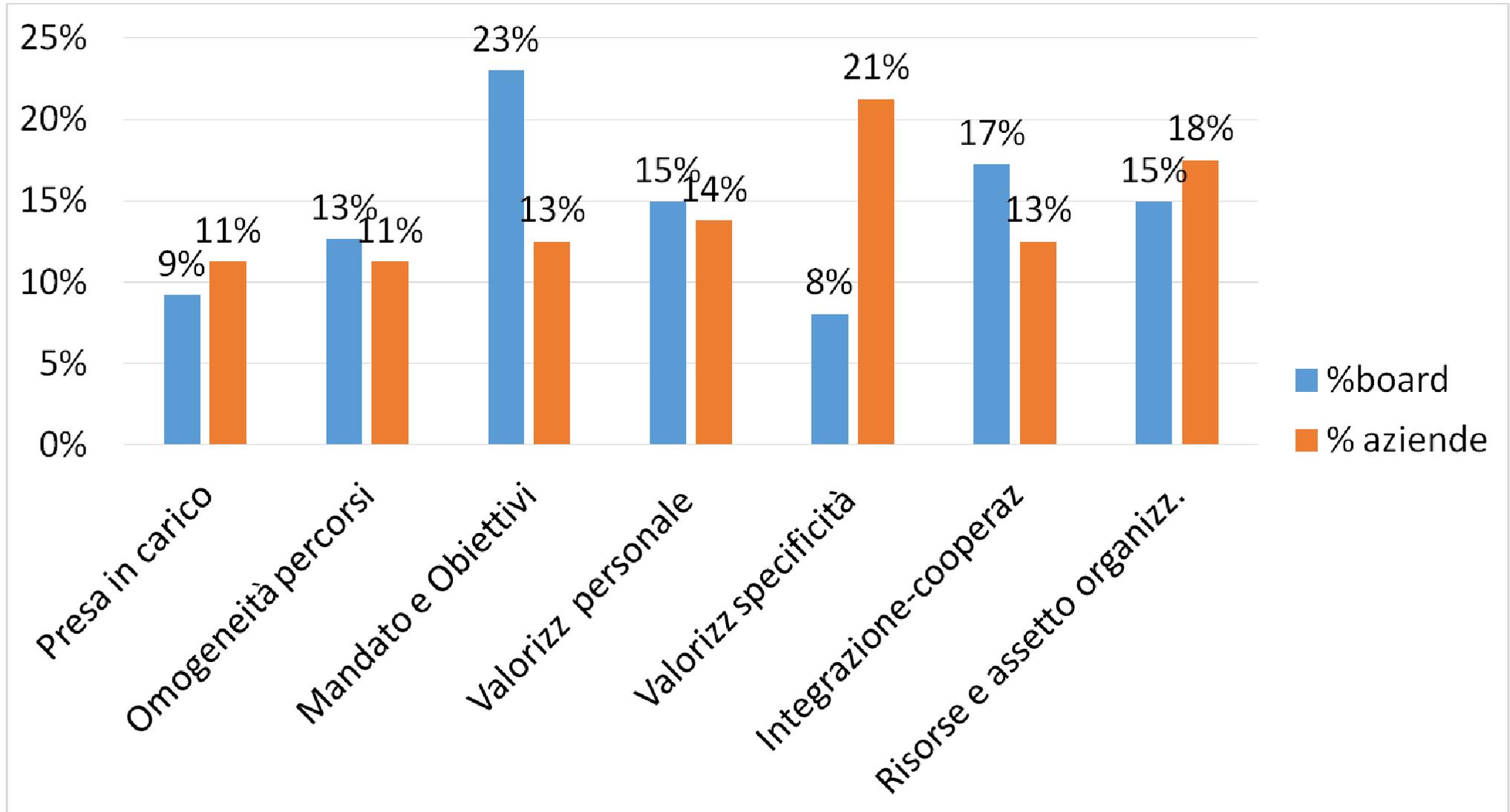
Forze chiave individuate e relativa priorità (board delle direzioni strategiche aziendali)



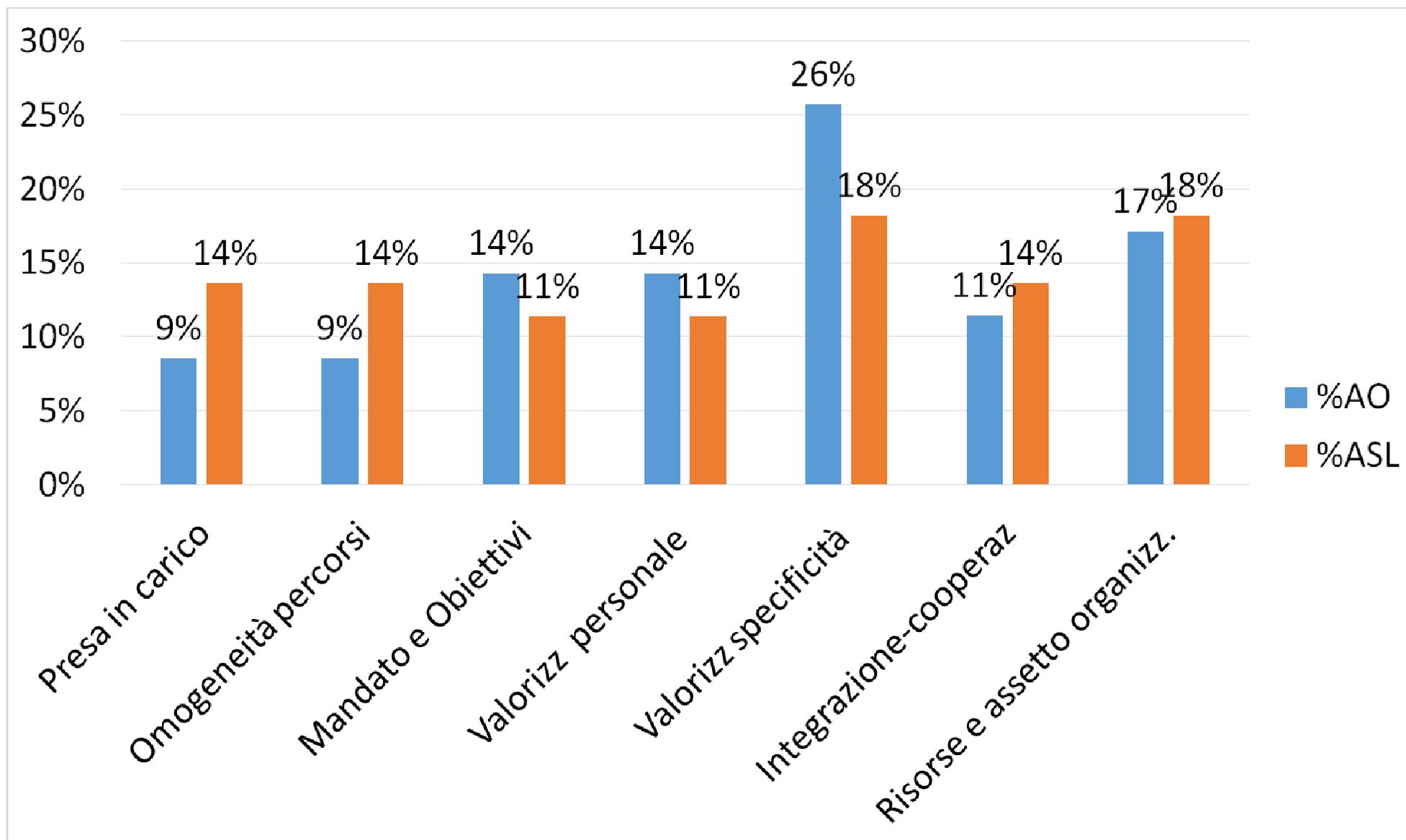
Terza fase: incontri nelle singole aziende

1. Incontri organizzati all'interno delle singole aziende.
2. Destinatari i Direttori di Struttura Complessa coinvolti nei DIAR per ciascuna azienda ligure.
3. Alla presenza del Direttore di Alisa e dell'Assessore (per esprimere il mandato regionale forte) veniva data lettura dello scenario e delle Forze chiave già individuate
4. Focus group: *«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».*
5. Restituzione del lavoro dei gruppi al Direttore Generale dell'azienda, che concludeva l'incontro assumendo così il mandato aziendale alla implementazione dei DIAR

Confronto sulla rilevanza delle forze chiave: opinioni del Board regionale vs opinioni dei Direttori di Struttura Complessa aziendali



Confronto sulla rilevanza delle forze chiave: DSC Ospedali vs DSC delle ASL



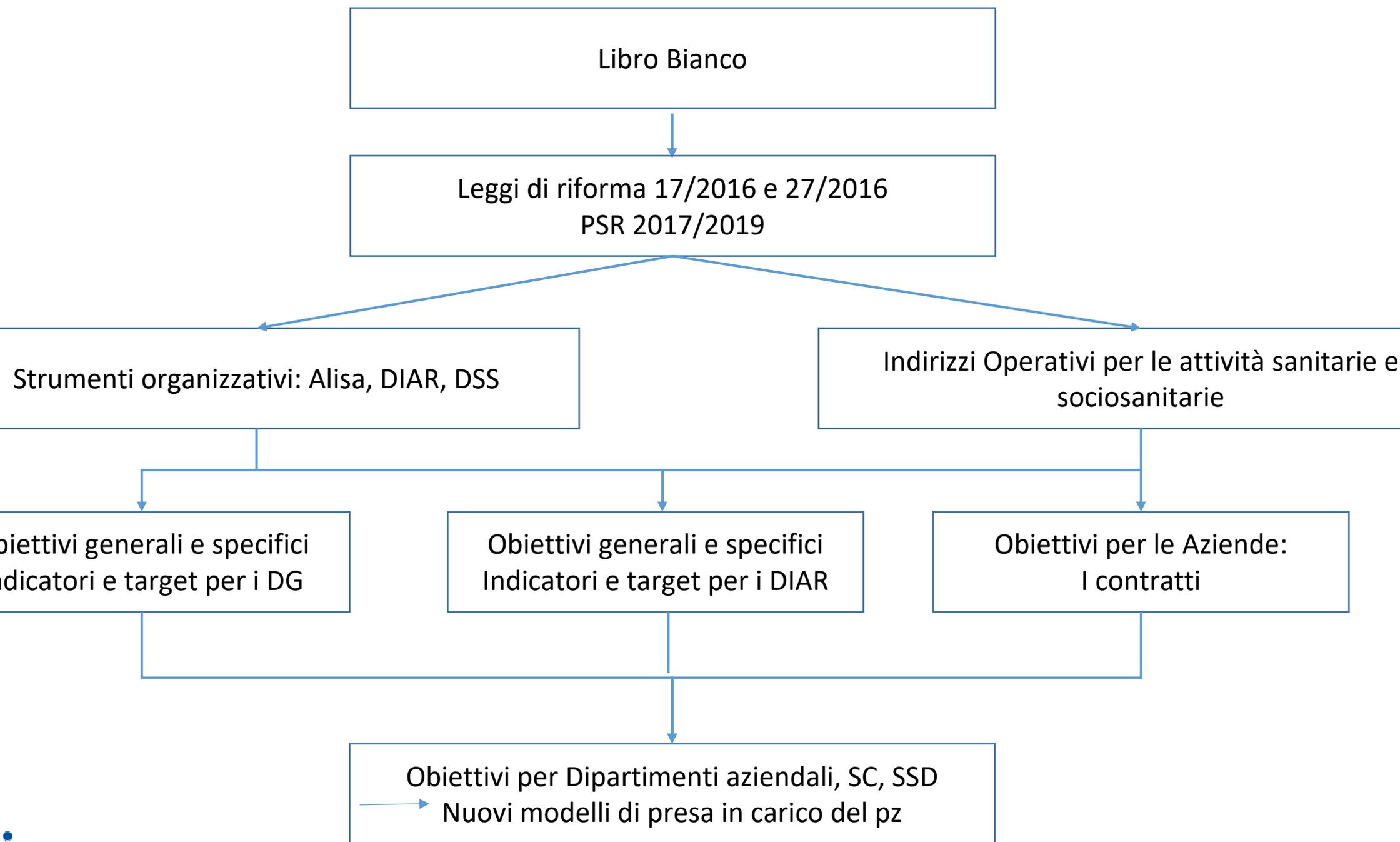
3 - Un anno dopo

rt. 1 della L.R. n. 27/2016

AMAS

analisi del bisogno sanitario,
organizzativo, tecnologico, formativo
[Sett-Nov 2017]





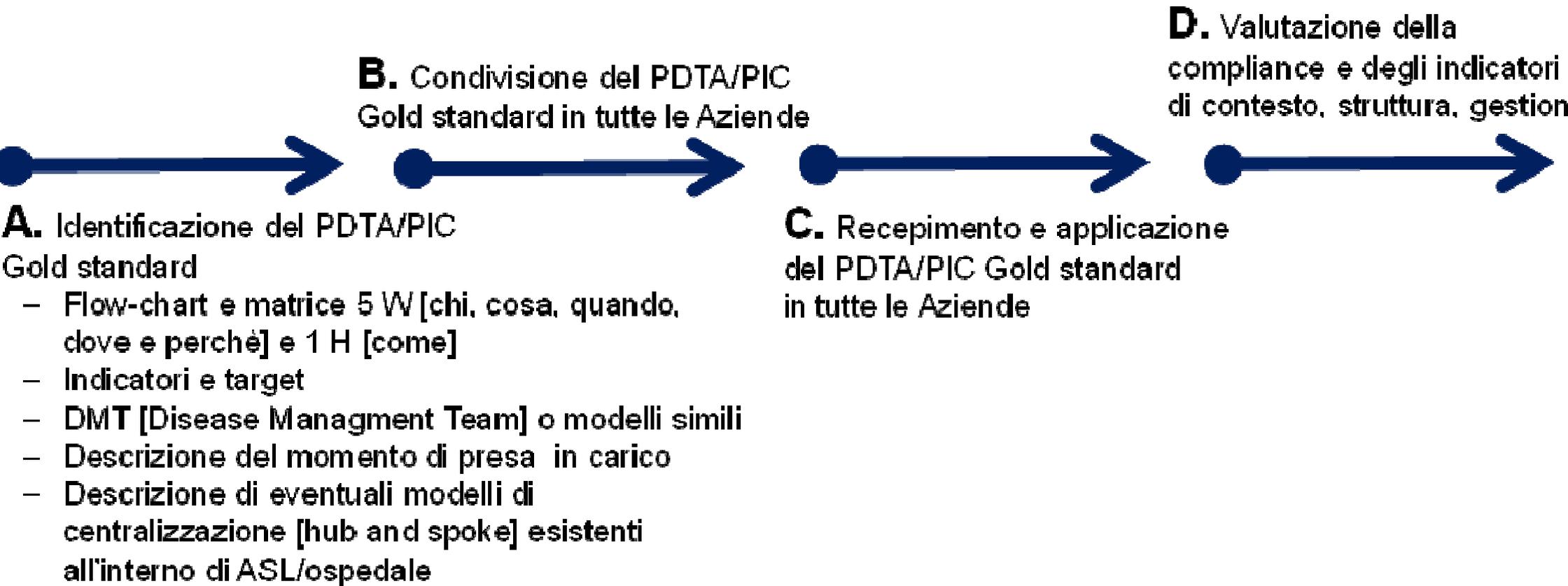
---6 DIAR individuati (Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico, Chirurgico, Servizi)

---4 obiettivi generali (Del. A.Li.Sa 6/2018 del 15.01.2018 “Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l’anno 2018”):

- 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

Il percorso di attuazione dei DIAR



AREA DI CHIRURGIA GENERALE - DIAR

Hub e spokes: colon, retto, fegato (primitivo e metastatico), pancreas Identificazione delle Strutture Chirurgiche Regionali di riferimento

- ◆ In conformità con quanto concordato con i vertici di ALISA, l'Area di Chirurgia Generale del DIAR ha individuato **4 PDTA prioritari: colon, retto, fegato (primitivo e metastatico), pancreas** e le relative Strutture Hub e Spokes di riferimento per uniformare il trattamento diagnostico terapeutico su tutto il territorio regionale.
- ◆ La finalità è quella di ottimizzare le cure chirurgiche ed individuare le Strutture Regionali di Chirurgia che rispondono ai criteri di qualità per offrire ai Cittadini, liguri e non, la possibilità di essere trattati in maniera uniforme con lo scopo anche di ridurre la mobilità passiva ed i conseguenti costi per il Servizio Sanitario Ligure
- ◆ Condivisione della soglia minima di attività richiesta

¹Amato, et al. Epidemiol Prev 2017; 41 (5-6):1-128. ²Archampong D et al. Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005391. ³Waingankar N. et al. BJU Int 2017; 120: 239-245. ⁴Brusselsaers N. et al. Gut 2014, 63

Identificazione delle Strutture Chirurgiche Regionali di riferimento: il caso del pancreas (1)

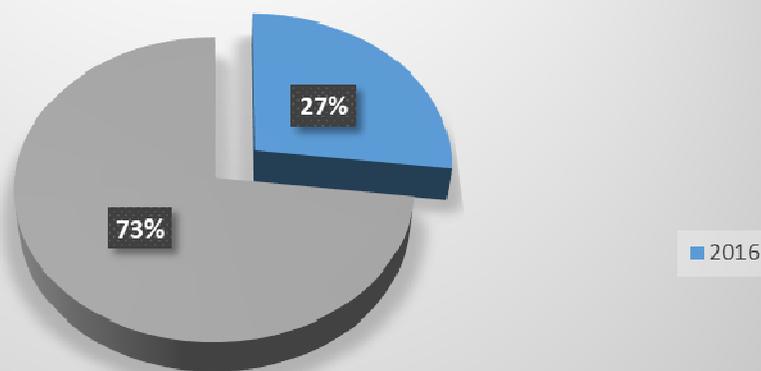
- ◆ E' fondamentale che la chirurgia pancreaticata sia eseguita presso Hub Regionali che garantiscano un case load adeguato e l'ottimale trattamento non solo chirurgico per questi pazienti.
- ◆ **In base alla ricognizione ed alla numerosità della casistica al momento gli Hub per la chirurgia pancreaticata devono essere 2.**
- ◆ La funzione dei chirurghi dell'Hub deve essere anche quella di learning verso Colleghi di altre Strutture Regionali che potranno attivamente partecipare al percorso di cura di questi pazienti.

Prime valutazioni di impatto: caso di studio gli interventi cardiocirurgici

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) residenti liguri operati per intervento con i codici ICD-9-CM 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto" e/o 36.1_ "By-pass aortocoronarico"]

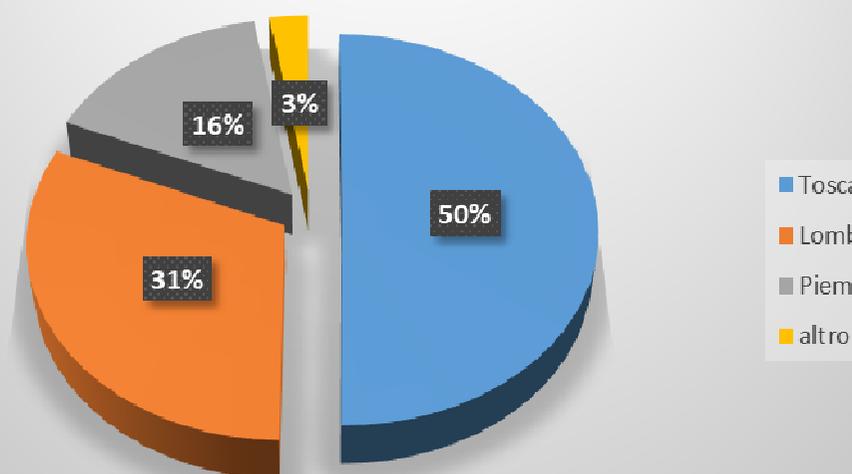
Residenti liguri sottoposti a intervento in una struttura extraregionale

Mobilità passiva residenti per procedura cardiocirurgica indagata presso struttura extraregionale



27% residenti ricorrono a struttura extraregionale per un totale di euro 8.000.059

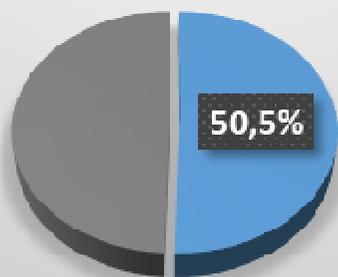
Regioni maggiormente interessate dal flusso della mobilità passiva



Ricostruzione del percorso prima dell'intervento

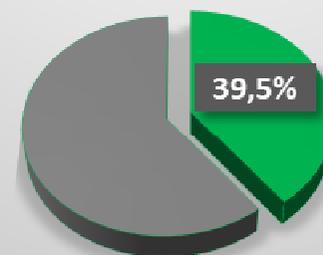
nei 6 mesi precedenti il pz è stato sottoposto a visita specialistica ambulatoriale* in strutture liguri?

Operati in struttura extraregionale che nell'anno precedente hanno effettuato una VISITA AMBULATORIALE cardiovascolare o cardiocirurgica in struttura ligure



nei 12 mesi precedenti, il pz ha subito ricovero** in strutture liguri?

Operati in struttura extraregionale che nei 6 mesi precedenti hanno effettuato un RICOVERO cardiovascolare o cardiocirurgica in struttura ligure



codici del nomenclatore regionale 89.01, 89.7 e 89.71J; codici del catalogo delle prestazioni ambulatoriali: C00348200, C00429700, C00429600, C00348100, C00662600)?

*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)?

Primi risultati

- Nel caso in esame 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 a seguito della frammentarietà che da sempre caratterizza la Liguria.
- L'individuazione delle criticità ha permesso un'iniziale reingegnerizzazione dei percorsi, focalizzata su una più attenta gestione della **presa in carico** del paziente.
- Questo ha portato, nell'A.S.L. dove questo fenomeno era più rilevante, una **riduzione nel 2017 rispetto all'anno precedente del 6,1%**
- Si ha una prima evidenza, seppure ancora molto limitata che la costituzione e la conoscenza diffusa di percorsi di cura integrati, possono costituire una risposta efficace

Conclusioni e lavoro futuro (1)

- 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.
- Sotto il profilo della riforma, ha puntato su un mix di accentramento e rete
- L'esperienza ligure conferma quanto rilevato in letteratura: i processi di riforma comportano timori diffusi per il cambiamento in atto: necessità di introdurre le riforme con un percorso di accompagnamento, che aiuti i professionisti ad intenderne la portata innovativa e le inevitabili resistenze al cambiamento

Conclusioni e lavoro futuro (2)

- continuare ad accompagnare la riforma con la messa a punto di meccanismi organizzativi anche a livello aziendale:
 - ✓ non soltanto approfondire il ruolo organizzativo assegnato ai Dipartimenti Interaziendali Regionali
 - ✓ ma anche supportare le aziende nella fase di ri-orientamento del proprio sistema di erogazione dei servizi nell'ottica della rete regionale che si sta consolidando
- Approfondire la valutazione della riforma secondo la metodologia propria della cosiddetta «*Impact evaluation of public policies*» passando dalla valutazione dell'output, a quella dell'outcome e infine agli effetti sul sistema sanitario regionale [Abadie et al, 2016]

