



Il cittadino al centro della sanità



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Così trasformiamo la sanità piemontese



Il servizio sanitario piemontese ha bisogno di voltare pagina, di smettere di essere un continuo ed inconcludente cantiere: è pronto a farlo con un progetto di sistema concreto basato su un preciso disegno di governance. L'obiettivo è migliorare il complesso dei servizi sanitari, incoraggiare lo sviluppo professionale, potenziare il collegamento con l'Università le imprese e la società civile, ponendo sempre grande attenzione all'impiego nel migliore dei modi delle disponibilità economiche.

Al centro del disegno di governance ci sono il cittadino e la sua salute. Questo comporta:

- risolvere i problemi di salute con efficienti reti integrate di strutture e di professionisti.
- libertà del cittadino nella scelta consapevole delle strutture a cui affidarsi.
- efficienza ed equilibrio nel rapporto tra spesa e risultati nelle prestazioni sanitarie, che attraversano una fase di forte trasformazione in ambito demografico, sociale, tecnologico e professionale nell'interesse della popolazione.

Roberto Cota
Presidente
Regione Piemonte

Caterina Ferrero
Assessore
Regionale alla Sanità



Il percorso logico

- Definire un impianto di governance del SSR che ponga le condizioni ottimali per perseguire con efficacia l'obiettivo generale di tutela della salute coniugato con le sfide della sostenibilità economica
- Individuazione dei perimetri di responsabilità (geografici, di strutture gestite, di funzioni presidiate) delle ASL e delle ASO meglio rispondenti al conseguimento del suddetto obiettivo, nel pieno rispetto delle attese e preferenze del cittadino, vero e primario portatore di interesse nonché "azionista" del SSR
- Riconfigurazione delle reti ospedaliere e delle reti dei servizi territoriali e della continuità per rispondere alle sfide dell'innovazione, dell'integrazione, del governo clinico, dell'uso efficiente ed appropriato delle risorse
- Creazione di un sistema di assegnazione delle risorse e di controllo fondati sui costi standard
- Consolidamento dei sistemi e delle responsabilità gestionali nelle aziende, al fine di avere competenze manageriali diffuse a sostegno delle professionalità che operano lungo tutta la filiera della sanità e del socio-sanitario



Un solo punto di partenza e di arrivo: il cittadino

Obiettivo primo ed ultimo del SSR Piemontese è la salute del cittadino, nella sua accezione più ampia di benessere psicofisico e di contributo al suo sviluppo sociale.

Per conseguire questa missione istituzionale il SSR Piemontese deve organizzarsi per rispondere alle attese delle sua collettività, riconducibili in prima approssimazione a:

- una concreta presa in carico dei problemi di salute, attraverso il funzionamento di reti integrate di professionisti e strutture - dalle cure primarie all'ospedalizzazione ed alla residenzialità e riabilitazione - e con l'utilizzo di percorsi di cura ed assistenziali capaci di garantire la continuità e la migliore efficacia del servizio reso;

- rispondenza alle crescenti priorità e desideri del cittadino di poter scegliere dove e come farsi assistere e curare, od almeno di poter contribuire attivamente alla scelta attraverso forme di empowerment vero, a partire dall'informazione-educazione fino alla trasparenza ed accountability che il sistema garantisce;

- equità nell'accesso ai servizi e nei contenuti delle prestazioni, a tutte le latitudini e longitudini del SSR. Equità intesa non come medesima disponibilità di risorse e strutture in ogni punto del

SSR, ma come possibilità di accedere, in forme e modi diversi ma ugualmente efficaci, alle stesse risorse e strutture da ogni punto del SSR;

- efficienza ed appropriatezza produttiva. Il "valore" che produce il SSR è sinteticamente rappresentato dall'equazione spesa/risultati di salute. La massimizzazione di questa equazione è il punto focale di attenzione. Di fronte ad un sistema inevitabilmente sotto tensione economica, è un imperativo morale oltreché istituzionale azzerare ogni forma di spreco e mal gestione delle risorse economiche della sanità. Oltre ad un'attenzione particolare alla micro-gestione delle risorse a livello del singolo professionista o manager, assume particolare rilevanza aggredire rapidamente con una visione sistemica le problematiche poste dalle ridondanze, duplicazioni, sovra-capacità e posizionamento irrazionale delle strutture e risorse del SSR. Al tempo stesso è altrettanto forte il dovere di trovare i modi per aumentare la produttività delle risorse completando i processi di aziendalizzazione, lavorando sullo snellimento, re-ingegnerizzazione, standardizzazione dei processi clinici, assistenziali, amministrativi.

Organizzare il SSR attorno alla "centralità" del cittadino implica la capacità di coniugare il riconoscimento delle dinamiche "naturali" di consumo dei servizi del

sistema, determinate dalla propensione dei cittadini ad utilizzare determinati snodi dell'offerta di servizi in relazione alla prossimità, reputazione, passaparola, esistenza di reti cliniche-organizzative formali ed informali, con l'esigenza di indirizzare gli stessi consumi verso una rete di offerta riprogettata e più concentrata per garantire una più facile ed equa accessibilità per tutti e la massima appropriatezza clinica ed organizzativa accompagnata da una migliore efficienza produttiva.

Lo sviluppo di un SSR al servizio del cittadino implica quindi il superamento delle fisiologiche dinamiche del localismo e del professionalismo, con le conseguenze penalizzanti di autoreferenzialità e autarchia che ne scaturiscono. Un processo di riordino del SSR deve porre le basi di governance ed organizzative per costruire un progetto ambizioso di sviluppo che incroci la missione e gli obiettivi di miglioramento del sistema con le legittime attese dei

professionisti che vi operano e con le identità geopolitiche del territorio, senza gli snaturamenti che nel passato si sono determinate.

Il riordino del SSR potrà anche essere l'occasione per dare ulteriore impulso alle politiche di collegamento tra il sistema socio-sanitario e lo sviluppo economico-sociale della Regione. Un impulso orientato a governare efficacemente il ruolo di "volano" economico per la società e per l'industria che il settore può svolgere, attraverso il migliore collegamento della filiera SSR-università-imprese. In questa prospettiva il SSR e le sue aziende possono e devono diventare incubatori di innovazione e motori dello sviluppo economico e competitivo dei territori regionali e del sistema Regione nel complesso, attraverso l'identificazione di apposite strategie e politiche di governo che superino e/o rafforzino le situazioni di spontaneità e casualità che si sono manifestate nel passato.





Assunti guida del riordino del sistema

- Il cittadino, con la sua attuale manifestazione di preferenze nell'uso dei servizi del SSR è il punto di riferimento.
- I flussi della mobilità (effettivi, misurati dall'attuale uso delle strutture del SSR, e potenziali, sulla base dei collegamenti-trasporti) tracciano i perimetri reali dei problemi di governance del SSR, indipendentemente dagli attuali confini di ASL e composizione di ASO.
- La rete dell'emergenza è input fondamentale nella progettazione del SSR.
- Lo scorporo della funzione di produzione ospedaliera e specialistica (ASO) da quella territoriale (ASL) permetterà all'ASL di concentrare la propria attenzione sullo sviluppo dei servizi territoriali delle cure primarie, della prevenzione e dell'integrazione socio sanitaria, mentre l'ospedale integrato in rete (ASO) potrà offrire una migliore accessibilità, tempestiva e guidata verso la struttura con le competenze adeguate al livello di complessità e gravità del problema del cittadino.
- La continuità assistenziale dovrà consolidarsi attraverso la creazione di dipartimenti interaziendali (ASL – ASO) dotati di budget.
- La rimodulazione in aziende di produzione di prestazioni specialistiche ospedaliere e di produzione di servizi di cure primarie e territoriali avrà contenuti più definiti che faciliteranno l'applicazione di meccanismi di comparazione e/o finanziamento fondato sulla logica dei costi standard.

Management

Cambiamento del sistema

- Riordino del sistema per identificare le aziende secondo criteri di massima rispondenza alle esigenze di tutela della salute della collettività Piemontese e quindi definizione delle responsabilità di primo livello di governo
- Definizione con la direzioni aziendali di mandati precisi, sotto forma di Piani di Sviluppo Organizzativo (o Piani Strategici) e PSR da conseguire con la nuova articolazione del SSR piemontese. Nella costruzione dei mandati assumono particolare rilevanza il contributo di altre professionalità (epidemiologi, igienisti, economisti, ingegneri, ecc.)





Rete ospedaliera

Tre classi di riferimento

- In coerenza con i flussi di mobilità storicamente osservati, si creano cluster di ospedali che possono essere accorpate in ASO, al cui interno si distinguono ospedali di riferimento (HUB di alta specialità per il cluster), ospedali cardine (nodi fondamentali del cluster) e ospedali di contiguità (antenne a presidio di territori complessi dal punto di vista geomorfologico e/o delle vie di comunicazione);
- Ogni Cluster-ASO ha la potenzialità per essere esaustivo nel trattare la quasi totalità dei problemi di salute della collettività che insiste sul suo territorio “gravitazionale”, ad esclusione di alcune problematiche di rilievo regionale concentrate in punti unici o pochi punti della rete di offerta
- L’organizzazione interna alle ASO si sviluppa per dipartimenti orizzontali interstabilimento ospedaliero (vera e propria divisionalizzazione dell’ospedale, “appoggiata” su una classe di “operations managers/dirigenti sanitari” capaci di imprimere il cambiamento nella gestione operativa da cui recuperare importanti efficienze produttive – ottimizzazione dei consumi di costi variabili e migliore ammortamento di quelli fissi - e miglioramenti qualitativi).
- Ad ogni cluster ospedaliero corrisponde una o massimo due ASL, di modo da ricomporre al massimo l’unitarietà della programmazione sanitaria sui diversi territori regionali
- Il coordinamento dei privati e delle strutture ex art. 43 avviene tramite gli accordi/contratti di ASL rispetto alle strutture che insistono sul territorio di ciascuna ASL. Viene creato un apposito tavolo-cabina di regia per ogni ASL attorno al quale viene concertata la programmazione tra ASO-privati-strutture parificate.

Rete territoriale

ASL e CAP sono fondamentali

- Le ASL sviluppano una funzione più incisiva di programmazione-negoziazione delle attività per acuti e specialistiche sul proprio territorio di riferimento, sotto una supervisione dell'assessorato svolta a livello di quadranti.
- Le ASL mantengono la funzione di produzione diretta di tutti i servizi territoriali e della prevenzione, e si organizzano per distretti e per centri di assistenza primaria (CAP), strutture polifunzionali ospitanti anche gruppi di cure primarie.
- Accanto ai distretti ed ai CAP, le ASL si organizzano per dipartimenti specialistici (ad esempio salute mentale e della prevenzione), oltre al dipartimento interaziendale della fragilità e della continuità assistenziale. Parte dei servizi possono essere ospitati nei CAP.
- Ogni Direzione di ASL sviluppa sotto la guida regionale un piano strategico di innovazione/riconfigurazione delle reti dei servizi sul territorio che rappresenta un componente fondamentale del suo mandato.
- Il mattone di base dell'organizzazione delle cure primarie sono i Centri di Assistenza Primaria (CAP).
- Nei CAP lavorano assieme in equipe medici di famiglia, infermieri, specialisti (provenienti dalle equipe ospedaliere), assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo. Oltre agli ambulatori dei MMG, degli infermieri e degli specialisti (odontoiatria, cardiologia, ginecologia, pediatria, fisioterapia e oculistica etc., che ospitano personale di provenienza ospedaliera, sempre allo scopo di favorire l'integrazione ospedale-territorio e la migliore qualificazione possibile del personale a contratto) il CAP gestisce un centro prelievi e prenotazioni, un ambulatorio per le emergenze (non pericolo di vita, si tratta di una sorta di walk-in clinic che opera sulle 12 ore, con triage infermieristico), la fisioterapia e uffici dedicati all'educazione sanitaria, ai servizi sociali e all'amministrazione.
- I CAP ospitano anche i consultori e le strutture per l'educazione sanitaria. Alcuni CAP lontani dagli ospedali o dai grandi centri urbani possono anche ospitare servizi di radiologia ed ecografia di primo livello, nonché aree dedicate alla riabilitazione od all'osservazione breve del paziente in fase di pre-acutizzazione o gestite in modalità di country hospital. A turno i MMG dello stesso CAP rispondono alle visite domiciliari per tutti i MMG, e sempre a turno potrebbero tornare a frequentare come hospitalist le aree ospedaliere con i pazienti a forte necessità di continuità assistenziale per concordare con lo specialista le migliori modalità di dimissione



L'area della continuità assistenziale

E' necessario individuare una vera e propria filiera della continuità assistenziale , da ricomporre sotto un'unica responsabilità , migliorando le condizioni operative anche rispetto alla situazione attuale delle ASL dove, servizi ospedalieri e territorio non trovano le giuste chiavi di integrazione pur appartenendo allo stesso soggetto istituzionale.

● In ogni ASL viene istituito un "Dipartimento della Fragilità e della Continuità Assistenziale", funzionalmente anche di natura interaziendale.

● Il Dipartimento gestisce direttamente i servizi di assistenza domiciliare (AD ed ADI), nonché le unità operative ospedaliere della post-acuzia, riabilitazione, lungodegenza ed eventualmente ove esista dell'ospedalizzazione domiciliare.



Lo schema del

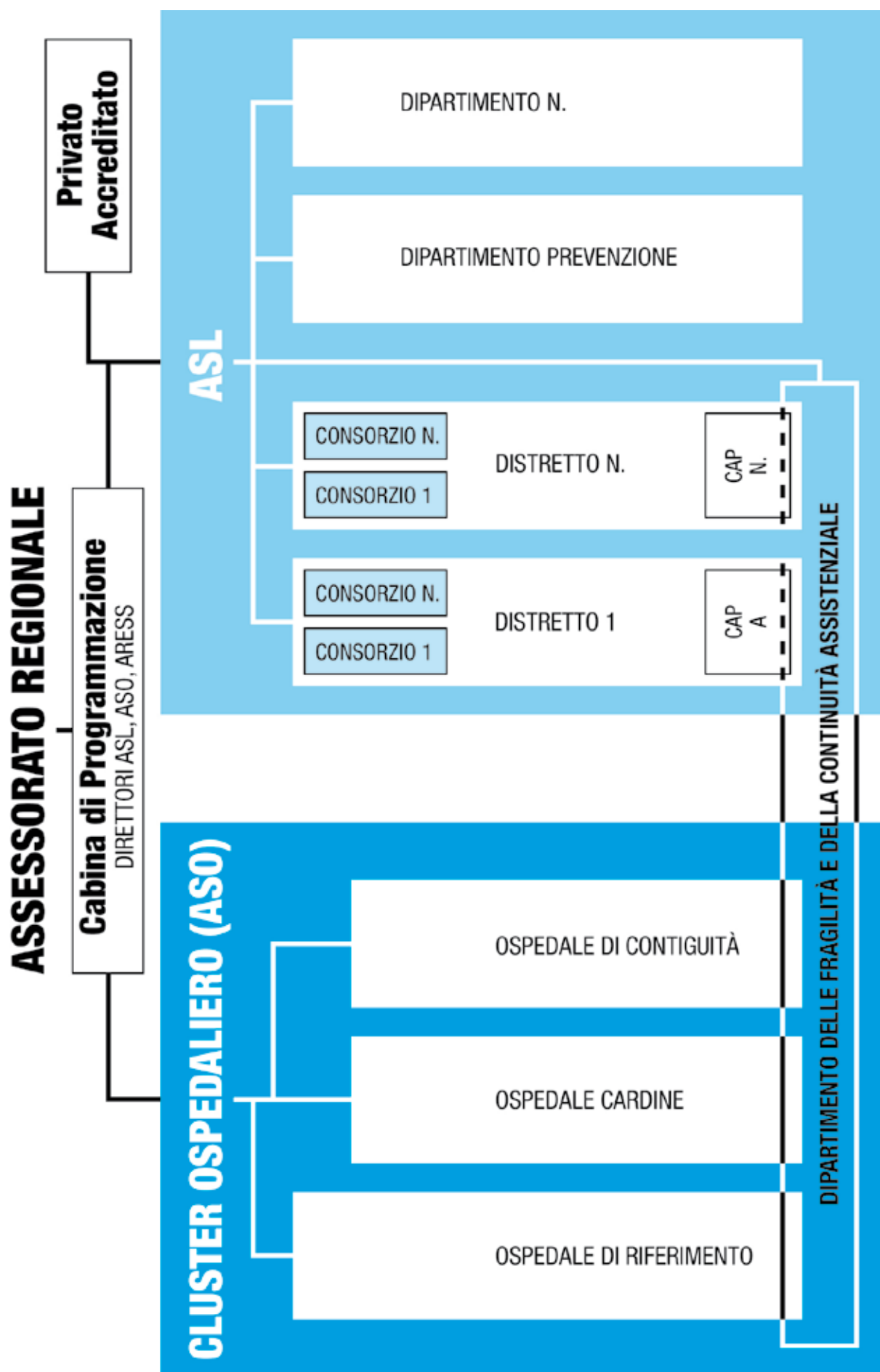


Figura 1
Schema di riferimento del SSR

nuovo assetto

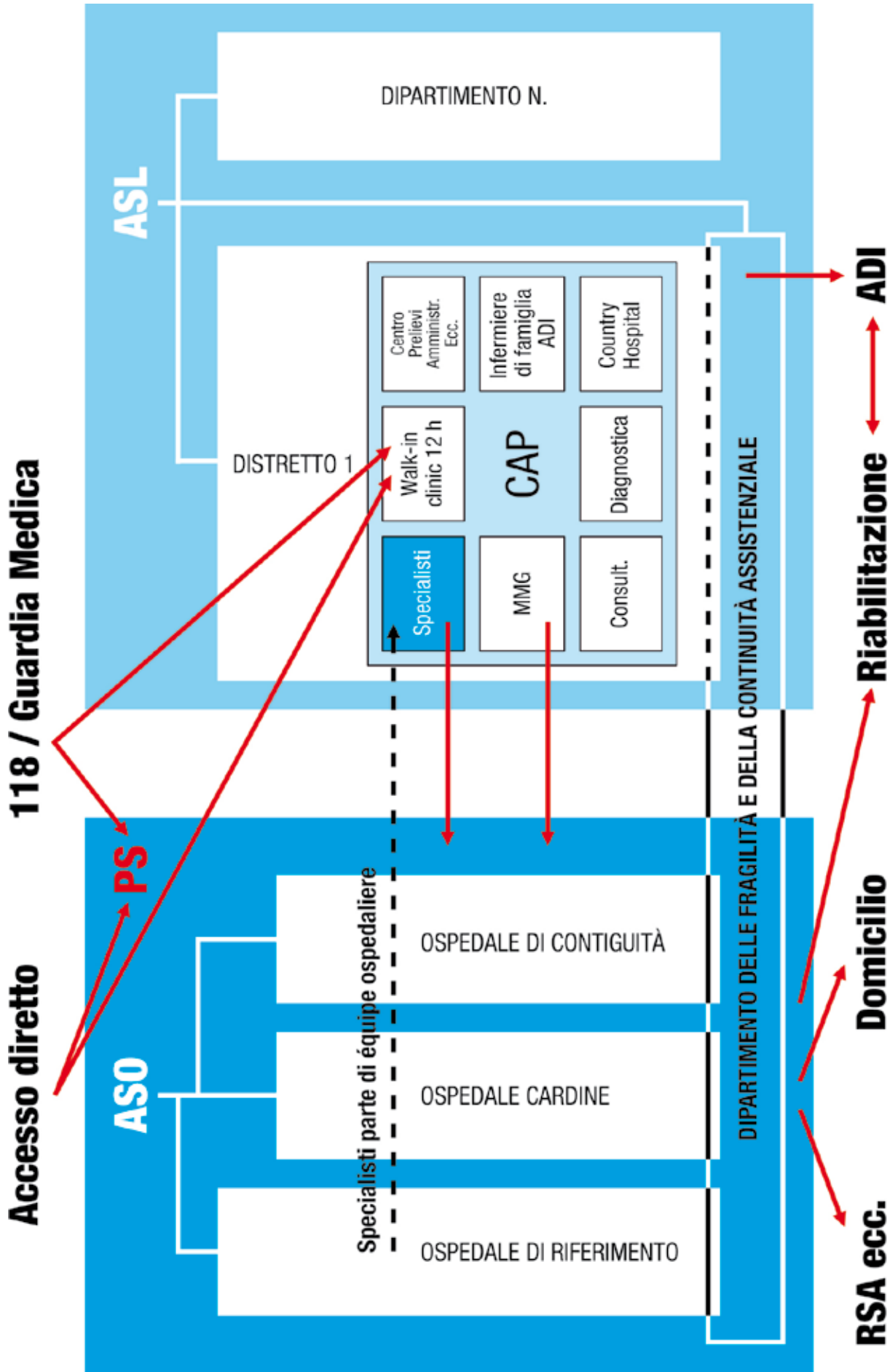


Figura 2
Schema flussi
di accesso
ed uscita
del paziente.

Il sistema SSR Piemonte rimodulato in aziende con contenuti più definiti si adatta e diventa compatibile alla logica dei costi standard



- In base ai livelli di efficienza tecnica o altri indicatori di costi standard si programmerà un meccanismo di assegnazione alle ASL e alle ASO per fasce di merito ed intensità di cura, per tutte le strutture accreditate.
- Al fine di creare benchmarking intra ed interregionali per una elaborazione progressiva dei costi standard con percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, si arriverà ad una definizione di attribuzione dei budget secondo il criterio di acquirente e produttore, con una omogeneizzazione delle procedure di attribuzione.
- Le funzioni di governo programmatico e di gestione strategica saranno in carico alla Regione Piemonte, con l'ausilio delle direzioni delle ASL e delle ASO e con l'apporto di un rinnovato governo clinico



A cura dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,
Politiche Sociali e Politiche per le Famiglie

Progetto e Realizzazione Grafica
Iniziative Editoriali - Moncalieri (Torino)

Stampa
Cast Industrie Grafiche - Moncalieri (Torino)

