

I Piani Organizzativi Strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali

DGR n. X/5113 del 29 Aprile 2016 – Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e degli AREU

Una delibera che segna di fatto in primo atto attuativo dopo la legge riforma sociosanitaria LR 23/2015. Con queste linee guida si comprendono importanti aspetti circa il nuovo assetto organizzativo dei nuovi Enti.

a cura di Valentina Ghetti - mercoledì, maggio 25, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/05/25/i-piani-organizzativi-strategici-di-ats-e-asst-i-punti-salienti-delle-linee-guida-regionali/>



Una delibera importante

Intanto è bene precisare di cosa stiamo parlando. I POAS - piani di organizzazione aziendale strategica - sono lo strumento di programmazione con cui le nuove ATS e ASST definiscono il proprio assetto organizzativo e le loro modalità di funzionamento, in attuazione degli obiettivi regionali. Inizialmente la Regione ne aveva previsto l'elaborazione da parte dei nuovi enti per fine febbraio ([l.r.23/2015](#)). Con queste linee guida il legislatore ha inteso intervenire fornendo alcuni indirizzi per la loro declinazione, così da favorire un'omogeneità di comportamento all'interno del territorio regionale. Non ci sono indicazioni precise sui tempi di approvazione dei Piani – nella dgr si rimanda infatti ad ulteriori atti - ma in un passaggio la delibera richiama la data del 31 dicembre 2017 come *dead line* per il pieno completamento del processo di riforma.

Queste linee guida rappresentano un atto particolarmente rilevante: di fatto sono il primo passo attuativo della riforma approvata ad agosto scorso, poiché qui vi si ritrovano - oltre ad una più chiara precisazione delle ragioni che l'hanno ispirata e degli obiettivi da perseguire per realizzarla - **importanti esplicitazioni circa il nuovo assetto organizzativo che il legislatore ha in mente, con le relative declinazioni di ruoli e funzioni**. Diventa cioè più chiaro cosa devono fare ATS e ASST e in quale

relazione stanno, tra loro e con il resto degli attori del welfare. Si tratta di indicazioni che disegnano la cornice di riferimento entro cui i nuovi enti dovranno muoversi. Una cornice che definisce uno schema comune, entro il quale gli enti stessi dovranno definire la migliore declinazione organizzativa possibile, in considerazione delle caratteristiche e della storia degli specifici contesti.

E' un documento corposo, composto di 3 allegati e 2 sub allegati. Qui se ne riportano alcuni passaggi, giudicati particolarmente significativi, in particolare in riferimento al comparto welfare sociale, oggetto privilegiato del nostro sito.

Sulle ATS

Ruolo e funzioni

Si ribadiscono alcuni fondamenti delle scelte regionali. La costituzione delle ATS in Agenzia (e non più Azienda) ne fa perdere le precedenti funzioni di erogazione e porta a compimento il processo di piena separazione della funzione programmatrice da quella erogativa. Aggiunge però un ulteriore obiettivo: **le ATS avranno il ruolo, oltre che di governo e committenza, anche di promozione dell'integrazione**, starà cioè alle ATS sviluppare una nuova prospettiva del sistema di cura e assistenza che in vari punti richiama ad alcuni passaggi nodali:

- dalla centralità della diagnosi a quella di *percorsi* diagnostico-terapeutici;
- dall'organizzazione della cura e assistenza sul singolo individuo ad un'organizzazione centrata su gruppi di popolazione (*Population Health Management*);
- dall'organizzazione su singole unità d'offerta a una fondata sulla logica dei *centri multi-servizio*;
- dal solo governo dell'offerta all'assunzione di un concomitante ruolo di *governo della domanda*.

Accanto alle tradizionali funzioni delle ex-ASL - programmazione dell'offerta, accreditamento, negoziazione, contrattualizzazione, acquisto, valutazione e controllo e di promozione e tutela della salute - si introduce, quale elemento di particolare innovazione, una specifica funzione nel governo della domanda finalizzata alla *“presa in carico integrata e alla realizzazione di reti essenziali per la gestione di percorsi assistenziali”*.

Questo significa che le ATS dovranno sviluppare **nuove funzioni trasversali orientate all'analisi della domanda; allo sviluppo di nuovi approcci statistico-epidemiologici per valutazione dell'appropriatezza e degli esiti delle cure; al monitoraggio della salute della popolazione e dell'accessibilità dei servizi**. Le modalità con cui sviluppare tali funzioni sono lasciate all'autonomia

delle ATS

L'organizzazione interna

L'ATS è articolata in 6 dipartimenti, oltre la Direzione strategica:

1. Igiene e Prevenzione sanitaria
2. Cure primarie
3. PAAPS (Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie)
4. Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale
5. Amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali
6. PIPSS (Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali)

I nuovi dipartimenti PAAPS e PIPSS sono quelli che acquistano particolare rilevanza per il welfare sociale, l'uno centrato sul governo dell'offerta (PAAPS), l'altro della domanda (PIPSS).

Sul primo, che agisce di fatto in continuità con il vecchio dipartimento P.A.C., la principale novità è il collegamento funzionale con la nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo in relazione alle funzioni di vigilanza e controllo: sarà da questa che verranno le indicazioni a cui il PIPSS dovrà attenersi per il loro espletamento.

Sul secondo le novità sono diverse. Il PIPSS, si precisa, non è l'analogo dell'ex Dipartimento ASSI, è il luogo dove si sviluppano le nuove funzioni strategiche di analisi e governo della domanda nonché il governo della presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Le linee guida identificano tre funzioni in capo ai PIPSS:

a) *il raccordo tra sociosanitario e sociale*, avvalendosi anche delle Cabine di regia, ed operando con gli Uffici di piano e i Sindaci per realizzare:

- l'analisi dei bisogni del territorio e delle risorse presenti (sia di servizi che economiche);
- la promozione del lavoro di rete tra i diversi attori;
- l'identificazione di modelli e strumenti integrati di valutazione e presa in carico e il loro monitoraggio;
- l'istituzione e gestione di tavoli tematici

b) *il coordinamento e monitoraggio su progettualità innovative*. E' qui dunque che confluirà il governo delle sperimentazioni in essere, ad esempio le misure finanziate dal Fondo famiglia, Piano Conciliazione o Reddito di Autonomia.

c) *Il governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali* attraverso:

- la promozione di protocolli e procedure per l'integrazione tra la filiera dei servizi e per garantire la continuità assistenziale;
- la definizione di criteri e modalità di valutazione multidimensionale e il monitoraggio dell'appropriatezza degli esiti;
- l'identificazione di target di popolazione prioritari, sulla scorta di dati epidemiologici e dell'analisi dei bisogni;
- la declinazione di modalità di presa in carico delle persone fragili da parte degli erogatori, anche attivando approcci proattivi;
- l'adozione di sistemi informativi basati sulla condivisione delle fonti;
- la promozione percorsi formativi e informativi a contrasto della frammentazione del sistema
- l'intervento diretto nella gestione di casi complessi.

Le ATS sono organizzate in **distretti**, articolazioni territoriali di dimensione delle ASST, che si specifica afferiscono funzionalmente ai PIPSS e danno concreta attuazione alle funzioni del Dipartimento.

Rispetto al passato, i distretti **perdono le funzioni di erogazione - cedute alle ASST - acquisendo funzioni di supporto al governo della presa in carico territoriale, attraverso l'interazione con gli attori presenti sul territorio** (erogatori, Uffici di piano e sindaci, Ass. volontariato, Terzo settore, Ass. di categoria...) **concorrono a realizzare l'analisi dei bisogni e delle prestazioni necessarie, fornendo indicazioni utili per la gestione delle funzioni di negoziazione e acquisto condotte dal PIPSS**. I distretti partecipano alle Cabine di regia.

L'integrazione con il sociale

L'integrazione con il comparto sociale è, come visto, competenza del dipartimento PIPSS e viene realizzata con il concorso di due organismi: cabine di regia e assemblea dei sindaci.

Sulle **Cabine di regia** si danno **precisazioni circa la composizione e il loro funzionamento**. Possono essere attivate, con funzione consultiva, dal Dipartimento PIPSS e il coordinamento è in capo al Direttore sociosanitario dell'ATS. Un'importante puntualizzazione riguarda **le dimensioni territoriali della Cabina che sono lasciate alla valutazione del Direttore generale, il che significa che non sono necessariamente coincidenti con il perimetro dell'ATS, ma potrebbero avere articolazioni ulteriori**.

Sulla composizione si dice che essa è determinata dal Direttore generale dell'ATS e deve però prevedere la partecipazione de:

- il direttore del dipartimento PIPSS;
- i direttori sociosanitari delle ASST;
- i rappresentanti degli enti locali/conferenza o assemblea dei sindaci
- i coordinatori/responsabili degli uffici di piano

- i rappresentanti dei soggetti gestori delle Unità d'offerta/servizi interessati dalle tematiche oggetto della Cabina;
- altri responsabili delle ATS che, per materia, si ritiene opportuno invitare.

Si suggerisce infine un'articolazione per sottogruppi tematici, per l'approfondimento di alcune aree della presa in carico di particolare interesse: anziani non autosufficienti; disabili in età evolutiva e in particolare nell'area dello spettro autistico; disabili in età adulta in particolare con riferimento alle malattie neurodegenerative.

In riferimento alla **Conferenza dei sindaci** si conferma di fatto quanto indicato nella legge, ovvero il confine legato all'ATS ma al contempo un'articolazione su due livelli (assemblea di distretto e di ambito) e le funzioni prevalentemente consultive e di proposta.

Sulle ASST

Sulle ASST si precisa che, nel nuovo modello di Azienda che accorpa in un'unica realtà la parte ospedaliera con quella territoriale, il legislatore ha inteso sostenere la condivisione delle risorse produttive garantendo all'interno di un unico soggetto tutte le attività e i servizi della filiera erogativa, così da *“superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario”*.

Strategie organizzative

La principale “svolta organizzativa” richiesta a queste nuove realtà è quella di **superare l'articolazione (solo) per ambiti specialistici/discipline/specifiche competenze, per orientarsi all'acquisizione di modelli organizzativi in grado di sviluppare una “visione per processi” ovvero un approccio organizzativo capace di implementare anche la gestione di “processi orizzontali di raccordo” che mettano insieme diversi settori, differenti discipline e diverse figure professionali, al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico.**

Tale svolta è ritenuta particolarmente necessaria per la definizione di risposte efficaci e di qualità nei confronti dei pazienti cronici, definiti *frequent user* del sistema, ovvero coloro che hanno contatti ripetuti con il servizio socio-sanitario regionale, sia interni che esterni all'ospedale, stimati in 3,5 milioni di persone nella regione, pari al 30% dell'intera popolazione.

Le linee guida non declinano uno specifico modello organizzativo. Non sarebbe possibile, si dice, definire modelli standard per tutto il territorio regionale, ma si richiamano le Direzioni strategiche aziendali a studiare e implementare modelli organizzativi che rispondano a tale obiettivo, attraverso “*mappature dei macroprocessi organizzativi*” e “*reingenierizzazioni aziendali*”.

Pur non entrando nella declinazione del modello, si richiamano alcune possibilità:

- la costituzione di appositi **Dipartimenti funzionali**, che accorpano più USC/SSD sulla base dei processi di cura e affidate ad una responsabilità di tipo medico;
- oppure l’attribuzione di funzioni di **Process Owner** (responsabile di processo) ad una figura, non necessariamente di profilo medico, che opera in modo trasversale alle diverse unità d’offerta
- o un mix delle due opzioni.

Nella riorganizzazione si invita a tener conto anche dell’**evoluzione del sistema tariffario, che anch’esso deve superare l’approccio per singola prestazione ma aprirsi alla logica della remunerazione per percorsi di cura**. Si richiamano le esperienze in corso sulle tariffe Bundled (a pacchetto) in sperimentazione per i pazienti cronici nei POT e cooperative medici CREG.

Le aree di produzione

Le linee guida concorrono a chiarire i contenuti e i confini dei diversi settori.

Il **Polo ospedaliero** è l’insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l’ASST ed è prevalentemente orientato “*all’erogazione di prestazioni in acuzie e all’erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità*”. Le attività possono essere organizzate verticalmente, per specialità, o per orizzontalmente, per intensità di cura.

Il settore **Rete territoriale** è invece l’insieme dei punti di erogazione territoriale delle prestazioni distrettuali di specialistica, diagnosi, cura e riabilitazione a bassa intensità assistenziale e cure intermedie. E’ in questo secondo settore che transiteranno dunque le funzioni prima in carico alle ASL: gestione delle erogazioni per gli assistiti al domicilio; protesica e ausili; CPS, SERT, Consultori familiari, NOA...

L’ulteriore declinazione di questi poli in POT (Presidi ospedalieri di territorio) e Presst (Presidi sociosanitari territoriali) rimane invece ancora piuttosto generica. Nelle Linee vengono definiti come articolazioni complesse di più unità erogative, ma su questo punto la dgr non aiuta a comprendere meglio in cosa consistano operativamente e quale sia la prospettiva organizzativa a cui riferirsi.

Il quadro produttivo si completa poi con la **Rete delle unità d'offerta extra-aziendali** e che comprendono tutte le altre realtà che operano sul territorio e che intervengono nel processo di cura (servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, delle cure intermedie, hospice...).

Sulle cronicità – R.I.C.C.A.

La Legge di riforma incaricava la DG Welfare di dare indicazioni circa il modello organizzativo da adottare per la presa in carico di pazienti cronici. In queste linee guida **si identifica la Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale, con l'acronimo di R.I.C.C.A., come dispositivo organizzativo che ha l'obiettivo di “attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità d'offerta deputate all'erogazione delle prestazioni”**. A questo specifico strumento è dedicato l'intero sub-allegato 1 della dgr.

La R.I.C.C.A. è identificata come una “componente della rete territoriale della ASST” di cui fanno parte servizi sanitari, sociosanitari e integrata con quelli sociali, orientati ad una specifica tipologia di utenza. **Si tratta dell'insieme di servizi e professionalità che si devono ricomporre introno al bisogno della persona.**

I presupposti e gli strumenti delle R.I.C.C.A.

Nelle linee guida ricorrono alcuni presupposti metodologici del funzionamento della rete:

- il lavoro di gruppo tra professionalità provenienti da enti diversi
- l'orientamento a specifici target di utenza
- la condivisione delle informazioni, mediante sistemi informativi accessibili e l'utilizzo di tecnologie
- la presenza di regole esplicite di funzionamento
- la disponibilità degli operatori a cambiare radicalmente il modo abituale di operare.

L'elenco dei nodi della rete – cioè chi vi può far parte - è amplissimo, sono ricompresi sostanzialmente tutti i servizi e le unità d'offerta del settore. Nella dgr si dice però che, per le caratteristiche innovative

della rete, se ne prevede un'implementazione graduale, con progressive integrazioni da parte di soggetti aggiuntivi.

Tra gli strumenti in uso alla rete, per gestire l'integrazione, si fa riferimento prevalentemente a dispositivi conosciuti:

- la valutazione multidimensionale, quale strumento di conoscenza e diagnosi sulle diverse dimensioni della persona (clinica, funzionale, relazionale e sociale). Può essere realizzata dagli erogatori in grado di assicurare le competenze necessarie, anche in collaborazione con altri, e deve essere il più possibile ristretta ai soli pazienti cronici e fragili;
- il PAI – Piano di assistenza individuale – per la pianificazione dell'intervento e il collegamento dei nodi della rete. Si dice debba essere gestito con appropriati supporti tecnologici;
- il Patto di cura con l'utente come dispositivo di ingaggio e responsabilizzazione della persona;
- il Case manager quale punto di responsabilità del caso e sull'attuazione del PAI e di raccordo tra i nodi della rete. E' definito "facilitatore" per la persona, incaricato tra i nodi della rete coinvolti in base all'intensità e prevalenza della risposta "*all'atto di stesura dell'avvio del percorso*".

Quello che sembra dover cambiare è la modalità con cui utilizzare questi strumenti: "*ciascun nodo della rete deve attivare in modo proattivo la presa in carico del paziente; definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi della rete per garantire una presa in carico unitaria*". Tale coordinamento avviene mediante accordi e procedure.

L'evoluzione dei modelli di remunerazione

Di una certa rilevanza pare il passaggio in cui si orienta la modalità di remunerazione di questo nuovo approccio di rete nell'intervento sulla cronicità.

Innanzitutto si fa riferimento al fatto che *ad ogni rete viene assegnato un budget annuale* ("comprensivo di risorse economiche, strutturali, tecnologiche e professionali") e compito della direzione della rete, in capo alla Asst, è quello di intervenire nel governo di tale budget.

Si riconosce però la necessità di remunerare la gestione del paziente cronico all'interno della Rete, quale cardine per l'integrazione. **E' qui che si propone uno scostamento dal modello di remunerazione a prestazione, che tende a frammentare il percorso assistenziale, per aderire invece a modalità nuove che possano incentivare la presa in carico integrata, proponendo anche prospettive possibili, facendo esemplificazioni e specificando gli effetti attesi:**

1. assegnazione di una quota al coordinatore di rete per garantire continuità e appropriatezza del percorso (*Pay for coordination*)
2. assegnazione di una quota per pacchetto di prestazioni (*bundled payment*)

La dgr si completa con una sezione (il sub allegato 2) dedicato alla rete integrata materno-infantile, a cui rimandiamo per una lettura completa della indicazioni fornite.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station