

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1907 del 29/11/2017

Seduta Num. 44

Questo mercoledì 29 **del mese di** novembre

dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Bianchi Patrizio

Proposta: GPG/2017/2062 del 22/11/2017

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: COSTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA REGIONALE PER LE ATTIVITA'
INERENTI LA PROGRAMMAZIONE PER LE DISCIPLINE DI RILIEVO
REGIONALE, IN ATTUAZIONE DEL DM 70/2015 E DELLA DGR 2040/2015 -
INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI DELLE DISCIPLINE DI
RILIEVO REGIONALE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Gpg/2017/2062

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che con propria deliberazione n. 2040/2015 si è provveduto a disciplinare la riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute e dal DM Salute 70/2015, affermando la continuità con la programmazione ospedaliera delle alte specialità avviata col PSR 1999-2001 secondo il modello hub & spoke;

Tenuto conto che la propria deliberazione n.2040/2015 stabilisce che le proposte inerenti gli assetti delle discipline di rilievo regionale debbano essere formulate da appositi gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali, con mandati specifici per le singole discipline ed aree di attività, costituiti ai sensi della normativa regionale vigente, garantendo il coinvolgimento del sistema delle Aziende sanitarie e dei professionisti;

Sottolineata la rilevanza da attribuirsi al tema della garanzia della continuità delle cure, secondo il modello delle reti cliniche integrate, e della garanzia dello sviluppo delle competenze, anche e soprattutto per le discipline di rilievo regionale;

Considerata la necessità di delineare preliminarmente le caratteristiche generali ed i profili più problematici dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale, definendo i termini di riferimento del mandato di ogni singolo gruppo e creando una condivisione degli orientamenti strategici generali, ripuntualizzando gli obiettivi di sistema che si intendono perseguire, gli strumenti operativi adottabili e le principali problematiche che emergono dalla analisi degli assetti oggi in campo, con particolare riferimento alle problematiche rilevabili nel funzionamento delle reti già attive;

Tenuto conto altresì della opportunità che ai lavori dei singoli gruppi si affianchi una attività di monitoraggio e supporto, finalizzata anche a garantire la coerenza di quanto prodotto con le prioritarie esigenze del sistema sanitario regionale, con gli assetti derivanti dalla applicazione del nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università e con la necessità di valorizzare gli IRCCS regionali;

Valutata pertanto la necessità di definire le indicazioni comuni ai diversi gruppi di lavoro;

Considerato inoltre opportuno istituire una Cabina di Regia con lo scopo di analizzare lo stato dell'arte relativamente alle singole reti già attive e alle principali problematiche che si troverà ad affrontare il sistema delle cure della regione Emilia-Romagna;

Considerato che tale Cabina di Regia dovrà individuare le aree relativamente alle quali attivare prioritariamente i gruppi di lavoro e, nello specifico delle medicine specialistiche e della rete pediatrica, realizzi il lavoro di condivisione mirante alla individuazione delle discipline da considerare prioritariamente per l'area internistica e alle aree specialistiche pediatriche da fare oggetto di specifici gruppi di lavoro;

Valutato che tale Cabina di Regia dovrà realizzare una attività permanente di monitoraggio e supporto al lavoro dei singoli gruppi, nonché una

valutazione preliminare di coerenza dei documenti prodotti con le indicazioni generali definite dalla Cabina stessa;

Considerato che la composizione della Cabina di Regia debba ricomprendere, oltre all'Assessore Politiche per la Salute, con funzione di presidente, la Direttrice Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la Direttrice della Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, il Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera, il Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale, 3 membri individuati nella persona dei Direttori Generali pro tempore coordinatori della Area Vasta Emilia Nord e Centro e nel Direttore Generale pro tempore della Azienda USL della Romagna, un Direttore Generale di Azienda Ospedaliero-Universitaria, un Direttore Sanitario di Azienda Territoriale, un esperto di epidemiologia clinica e sistemi informativi, un esperto di economia sanitaria;

Valutato di prevedere la possibilità che la composizione della cabina venga integrata con ulteriori competenze specialistiche a fronte di specifiche necessità;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, con la quale, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, la Regione Emilia-Romagna definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;
- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- il D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 89 del 30 gennaio 2017 "Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- n. 486 del 10 aprile 2017 "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";

Richiamate infine le proprie deliberazioni n. 193/2015, n. 628/2015, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016 e n. 2344/2016 e ~~n. 477/2017~~ relative all'organizzazione dell'Ente Regione e alle competenze delle Direzioni generali e dei dirigenti;

Su proposta dell'Assessore Politiche per la Salute;

Dato atto del parere allegato;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato « Documento di riferimento per la ridefinizione delle funzioni sanitarie di rilievo regionale » quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di costituire, ai sensi di quanto disposto dalla propria delibera n. 2040/2015 e delle considerazioni espresse in premessa, una Cabina di Regia per le attività inerenti la programmazione per le discipline di rilievo regionale individuate dal DM 70/2015 e dalla propria delibera n. 2040/2015;
3. di definire le competenze della Cabina di regia come segue:
 - a) indicazione delle priorità di lavoro dei gruppi;
 - b) monitoraggio e supporto al lavoro dei singoli gruppi;
 - c) valutazione preliminare di coerenza dei documenti prodotti dai gruppi;
4. di stabilire che la Cabina di regia di cui al punto 2. sia così composta:
 - dott. Sergio Venturi, Assessore Politiche per la Salute, con funzione di Presidente;
 - dott.ssa Kyriakoula Petropulacos, Direttrice Generale Cura della persona, salute e welfare;
 - dott.ssa Maria Luisa Moro, Direttrice Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale;
 - dott. Anselmo Campagna- Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
 - dott. Antonio Brambilla- Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
 - dott. Claudio Voci- Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
 - dott. Tiziano Carradori, coordinatore Area Vasta Emilia Centro;
 - dott. Fausto Nicolini, coordinatore Area Vasta Emilia Nord;
 - dott. Marcello Tonini, Direttore Generale AUSL Romagna;
 - dott. Ettore Brianti, Direttore Sanitario AUSL Parma;
 - dott.ssa Antonella Messori, Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna;

Prof. Gianluca Fiorentini, Professore ordinario del Dipartimento di Scienze Economiche dell'Università di Bologna;

5. di prevedere la possibilità che la composizione della cabina venga integrata, tramite successive determinazioni del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare, con ulteriori competenze specialistiche a fronte di specifiche necessità;
6. di prevedere che i lavori della Cabina di Regia si concludano entro il 31/12/2019;
7. di stabilire che la costituzione e la partecipazione ai lavori della Cabina di Regia di cui si tratta non comporterà nessun onere a carico del bilancio regionale;
8. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Allegato

DOCUMENTO DI RIFERIMENTO PER LA RIDEFINIZIONE DELLE FUNZIONI SANITARIE DI RILIEVO REGIONALE

PREMESSA

La DGR 2040/2015 della Regione Emilia-Romagna, che detta le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione del decreto ministeriale 70/2015" afferma la continuità con la programmazione ospedaliera delle alte specialità avviata col PSR 1999-2001 secondo il modello hub & spoke. Ne affida l'aggiornamento e l'estensione secondo le indicazioni della programmazione nazionale a gruppi di professionisti coordinati dalla Regione, con l'obiettivo di disegnare un sistema che possa avere una prospettiva di stabilità per i prossimi dieci anni. A questo scopo per ciascuna delle principali reti ospedaliere di interesse regionale sarà costituito un apposito gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, con mandati specifici e diversificati per le singole discipline/aree di attività.

Obiettivo di questo documento è delineare le caratteristiche generali ed i profili più problematici dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale che i gruppi sono chiamati a definire. Si intende cioè contribuire a definire il loro mandato (i termini di riferimento) e a creare una condivisione degli orientamenti strategici generali fra i numerosi attori coinvolti nel processo partecipativo che si intende avviare specificando:

- 1) gli obiettivi generali che si intendono perseguire;
- 2) gli strumenti operativi che appaiono utili per la realizzazione delle Reti, anche in base alle esperienze fin qui acquisite;
- 3) i principali problemi strutturali di rilievo regionale che al momento emergono nell'attuazione delle indicazioni programmatiche.

I diversi gruppi dovranno avere a riferimento per il loro lavoro la coerenza con gli obiettivi delineati nel prosieguo del presente documento. Tale coerenza, insieme ai contenuti specifici per ciascun settore e alla individuazione delle possibili sovrapposizioni e/o necessità di collegamento con aree funzionalmente ed organizzativamente contigue, dovrà essere esplicitata nei documenti prodotti.

L'Assessorato organizzerà una apposita cabina di regia che avrà il compito di facilitare e coordinare i diversi gruppi di lavoro, anche a garanzia della coerenza con i contenuti espressi in questo documento.

1) **Obiettivi generali**

L'evoluzione del sistema H&S in un contesto di integrazione dei percorsi di cura

La Regione Emilia-Romagna ha una tradizione consolidata di relazioni collaborative fra servizi ospedalieri a diverso livello di complessità e per l'intero campo assistenziale. Il PSR 1999-2001 ha formalmente adottato il modello cosiddetto hub & spoke applicandolo alle aree di attività per le quali la concentrazione delle casistiche in centri caratterizzati da sistemi di competenze e tecnologie complessi garantisce migliori risultati clinici (cardiopatie ischemiche, traumi, grandi ustioni, malattie rare, ecc.). Tale impostazione viene ribadita dal DM 70/2015. L'ulteriore sviluppo di questo modello assistenziale, oltre alla sua estensione ai nuovi ambiti previsti dalla DGR 2040/2015, nella logica della integrazione dei percorsi e delle reti dovrà prevedere i seguenti ulteriori elementi caratterizzanti:

a. Una maggiore articolazione della fase "ascendente" del modello hub & spoke ispirata ad un modello più' dinamico, basato non sulla logica binaria semplice/complesso che contempla il pronto invio a strutture di riferimento da parte delle strutture di base, ma riconosce piuttosto una graduazione più fine della ripartizione delle responsabilità assistenziali fra i diversi livelli. Potranno ad esempio essere individuate funzioni hub anche su base provinciale o interaziendale come peraltro è già accaduto nella pratica, per alcune patologie/procedure quali ad esempio IMA/angioplastica primaria e, più recentemente, per il trattamento precoce dell'ictus;

b. Relazioni fra presidi ospedalieri a diversa complessità caratterizzate da un più equilibrato bilanciamento fra la mobilità dei pazienti e quella delle equipe assistenziali, formalizzando uno schema di collaborazione interprofessionale e interaziendale che è già diffuso in modo spontaneo in diversi settori e che presenta importanti implicazioni sulla formazione continua degli operatori e sulla diffusione delle innovazioni entro il sistema regionale, nonché sul rispetto delle preferenze dei pazienti.

c. Completamento del modello hub & spoke con una rinnovata attenzione alla sua fase "discendente", relativa cioè al

tempestivo ritorno dei pazienti trattati nei centri di eccellenza ai servizi ospedalieri e territoriali di appartenenza. Lo sviluppo di questa fase dovrebbe essere favorita dalle innovazioni introdotte nel sistema dei servizi ambulatoriali e territoriali parallelamente al processo di riordino dell'assistenza ospedaliera. Una caratteristica da esplorare con capacità di analisi dovrà inoltre riguardare, da parte della Cabina di regia, i modelli, anche budgettari, con cui affrontare le principali patologie e che determinano cronicità e ricorso plurimo ai servizi;

d. La mobilità degli operatori non interpretata esclusivamente come lo strumento per una più larga condivisione da parte del Servizio sanitario regionale di quelle competenze professionali che sono concentrate in poche aziende, ma anche come occasione di diffusione delle conoscenze per il sistema e di apprendimento sul campo per gli operatori. Essa dovrebbe quindi interessare sia operatori delle sedi hub che delle sedi spoke impegnati in programmi congiunti.

2) **Gli strumenti operativi**

L'insieme combinato dei punti precedenti permette di evidenziare uno sviluppo naturale del modello hub & spoke adottato dalla RER. Esso si configurerà non più come un sistema di relazioni fra ospedali gerarchicamente ordinati secondo due (o, raramente, più) livelli di complessità ma come un sistema multipolare e multilivello, che combina i tradizionali obiettivi di integrazione verticale che mirano alla concentrazione delle tecnologie e dei pazienti più complessi in strutture di riferimento con quelli di integrazione orizzontale su base territoriale mirati a garantire la continuità dell'assistenza. Da questo derivano una serie di implicazioni ed emergono nuove esigenze di sistema che devono essere tenute in attenta considerazione da parte dei gruppi nella elaborazione delle loro indicazioni:

a. Disegnare il profilo ottimale di allocazione dei servizi clinici ed il sistema delle loro relazioni collaborative sarà il compito fondamentale di ogni gruppo. Tuttavia, il nuovo sistema delle Reti cliniche integrate non si esaurisce nella individuazione delle vocazioni dei diversi presidi ospedalieri, aggiornate secondo il loro sviluppo e graduate in modo da mettere a frutto tutte le capacità produttive di ciascuno. Il nuovo sistema di relazioni di cura deve infatti necessariamente avvalersi anche della potenziata capacità di intervento delle strutture territoriali (Case della Salute ed OsCo in primis), con particolare attenzione alla fase discendente del modello, fino a

quella di dimissione protetta. Questa osservazione ha una rilevanza diretta anche per la composizione dei gruppi, che per svolgere appieno il proprio compito vedranno la presenza sistematica di operatori dei servizi di assistenza primaria.

b. Le reti cliniche necessitano di un'attribuzione puntuale delle responsabilità, di un'individuazione puntuale degli obiettivi e di periodiche revisioni in funzione delle innovazioni scientifiche e tecnologiche.

c. Le strutture di riferimento non rappresentano soltanto hub assistenziali ma anche hub di conoscenza e di potenziale diffusione dell'innovazione attraverso la mobilità dei loro operatori e le collaborazioni con le strutture che fungono da spoke. La valenza formativa e la funzione di diffusione delle conoscenze intrinseche ai processi di mobilità delle equipe professionali impone che la programmazione delle Reti cliniche valorizzi in modo pieno le competenze degli IRCCS così come delle Aziende Ospedaliere Universitarie. Il protocollo d'intesa sottoscritto da Regione ed Università dovrà rappresentare un punto di riferimento per il lavoro di tutti i Gruppi riguardo al tema della partecipazione diffusa alle attività di ricerca, di formazione e di formazione continua degli operatori.

d. L'evoluzione del modello hub & spoke in un contesto di integrazione dei percorsi di cura, si basa su relazioni di collaborazione essenzialmente funzionale, infra- o inter-Aziendale. I gruppi dovrebbero tuttavia considerare l'opportunità di rendere strutturali tali collaborazioni attraverso l'avvio di specifici Programmi assistenziali o, anche, la costituzione di dipartimenti infra- o inter-aziendali, quando lo suggeriscano le condizioni al contesto ovvero la peculiare complessità della funzione svolta (come ad es. nel caso dell'ipotizzato Dipartimento regionale dei trapianti d'organo).

e. L'esperienza ha mostrato come lo sviluppo di sistemi informativi comuni in ambito clinico, economico ed amministrativo rappresenti un elemento critico per il buon funzionamento dei sistemi hub & spoke. Questa esigenza si pone in termini ancora più mandatori per l'operatività delle loro forme più sofisticate di integrazione, sia per la maggiore articolazione della fase ascendente, sia per la diffusione di quella discendente fino ai servizi territoriali. Il disegno organizzativo ed i criteri di funzionamento dei diversi ambiti di attività oggetto di analisi da parte di ciascun gruppo di lavoro dovrebbero quindi essere corredate dall'indicazione dei relativi fabbisogni informativi

identificati attraverso un'attenta analisi delle fonti esistenti ad evitare duplicazioni non necessarie ed inutili frammentazioni.

f. Una difficoltà frequentemente incontrata nella attuazione dei sistemi assistenziali hub & spoke risiede nella difficoltà di conciliarli con i sistemi di remunerazione a prestazione e con gli stessi accordi di fornitura. Può infatti accadere che i sistemi tariffari ospedalieri riflettano costi di produzione dell'intero processo di assistenza per un determinato problema clinico che l'organizzazione H&S ha invece distribuito su due o più strutture appartenenti ad aziende diverse. Nei casi più semplici, è possibile o è stato possibile far fronte a questi inconvenienti attraverso un adeguamento della tariffa (ad es. abbattendone il valore complessivo del costo delle prestazioni rese presso altre strutture); in altri è necessario ricorrere a meccanismi più complessi che minano la applicabilità stessa del sistema di remunerazione a tariffa ed orientano verso accordi di fornitura a budget negoziati. E' opportuno valutare forme di finanziamento determinate sulla base del raggiungimento di specifici obiettivi qualitativi e di funzionamento. In ogni caso, il disegno delle ipotesi di funzionamento elaborato dai Gruppi di lavoro dovrebbe evidenziare le eventuali problematiche emergenti sul piano della remunerazione delle attività. Tali considerazioni andranno poi riportate ad una visione più complessiva da parte della cabina di regia.

3) I principali problemi strutturali di rilievo regionale che al momento emergono nell'attuazione delle indicazioni programmatiche

La RER è da tempo impegnata in estesi processi di integrazione e di vera e propria fusione di servizi di supporto all'attività assistenziale di carattere amministrativo e, più raramente, sanitario. Un obiettivo analogo di condivisione delle risorse e di standardizzazione dei processi può essere perseguito per quei servizi sanitari che producono "prestazioni intermedie" che entrano nella composizione di processi assistenziali di varia complessità che si sviluppano in sedi diverse (nodi) della medesima rete clinica. Lo sviluppo delle reti cliniche può quindi anche offrire l'opportunità per sviluppare una integrazione sul versante della produzione dei servizi e delle prestazioni intermedie che entrano nel processo assistenziale e che acquisiscono la funzione di "piattaforme produttive" al servizio della rete delle relazioni cliniche del settore. L'analisi dei processi produttivi propri delle diverse reti assistenziali condotta dai gruppi di lavoro potrebbe utilmente portare ad individuare le principali piattaforme professionali e tecnologiche

su cui la rete si regge, evidenziando opportunità di coordinamento e/o di vera e propria integrazione. La visione d'insieme delle risorse tecnologiche e professionali che possono essere ricondotte alla medesima piattaforma produttiva (sia quelle amministrative, come la gestione del personale e lo sviluppo dei sistemi informativi, sia quelle sanitarie, come tipicamente il laboratorio analisi, e, a talune condizioni la diagnostica per immagini, e persino le piastre operatorie) pur essendo al servizio di una molteplicità di nodi assistenziali può infatti permettere:

o l'aggregazione (funzionale o, se del caso, strutturale) di risorse tecnologiche o professionali omogenee, prevenendo duplicazioni e frammentazioni e realizzando economie di scala e di scopo;

o la gestione unitaria del coordinamento organizzativo dei diversi ambiti di produzione unitamente al governo congiunto da parte di tutte le aziende interessate delle spese di investimento e di manutenzione delle attrezzature.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/2062

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1907 del 29/11/2017

Seduta Num. 44

OMISSIS

L'assessore Segretario

Bianchi Patrizio

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi