

PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE

2009 - 2011

SOMMARIO

Premessa

Principi

Metodologia e struttura del documento

PARTE I: QUADRO DI RIFERIMENTO

1. IL CONTESTO:

1.1 Il contesto normativo

1.2 Il contesto organizzativo

- 1.2.1 La situazione di partenza: da somma di aziende a rete di conoscenze
 - 1.2.1.1 Un dovere istituzionale: il legame con la pianificazione precedente (continuità vs discontinuità)
- 1.2.2 La situazione attuale
 - 1.2.2.1 Le Aziende
 - 1.2.2.2 La rete ospedaliera
 - 1.2.2.3 I dipartimenti sanitari
 - 1.2.2.4 I Distretti
 - 1.2.2.5 I consultori
 - 1.2.2.6 Le case della salute
 - 1.2.2.7 Gli investimenti strutturali
 - 1.2.2.8 Il 118 e la gestione dell'emergenza
 - 1.2.2.9 L'Agenzia dei servizi sanitari (ARS Liguria)
- 1.2.3 Il servizio offerto

1.3 Il contesto epidemiologico

- 1.3.1 Le prospettive socio demografiche
- 1.3.2 Lo stato di salute dei cittadini liguri e le prospettive epidemiologiche

1.4 Il contesto economico-finanziario

2. I VALORI FONDANTI

2.1 Equità, appropriatezza e politica delle risorse umane

2.2 Accessibilità

2.3 Il territorio: vera sfida per il riequilibrio del sistema

3 ATTORI E STRUMENTI DEL SISTEMA:

3.1 Gli attori:

- 3.1.1 La persona
- 3.1.2 Le professioni
- 3.1.3 Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta
- 3.1.4 Società scientifiche, società civile e associazionismo
- 3.1.5 L'Università
- 3.1.6 Gli Ordini e Collegi professionali
- 3.1.7 Le conferenze dei sindaci
- 3.1.8 Le organizzazioni sindacali

3.2 Gli strumenti:

- 3.2.1 La formazione
- 3.2.2 La ricerca
- 3.2.3 L'accreditamento
 - 3.2.3.1 La normativa
 - 3.2.3.2 Evoluzione dei processi autorizzativi e nuove prospettive per il triennio
 - 3.2.3.3 L'Accreditamento istituzionale. Situazione attuale
 - 3.2.3.4 Le prospettive per il triennio in materia di accreditamento
 - 3.2.3.5 Accordi e contratti situazione attuale e prospettive nel triennio

- 3.2.4 ICT e rete dell'informazione biomedica
 - 3.2.4.1 ICT
 - 3.2.4.2 Il Sistema informativo strumento indispensabile per la tessitura delle reti integrate dei Servizi
 - 3.2.4.3 La rete dell'informazione biomedica
- 3.2.5 La comunicazione
- 3.2.6 I servizi per l'accesso alle reti (CUP)
- 3.2.7 Sistemi di valutazione delle performance

4. ARCHITETTURA DEL PIANO

4.1 Il metodo: l'organizzazione a rete

- 4.1.1 Indicazioni di metodo per la stesura del Piano sociosanitario regionale
- 4.1.2 L'organizzazione a rete in sanità: i presupposti della scelta ligure

4.2 Le reti

- 4.2.1 Reti verticali, orizzontali e di sistema: una programmazione a matrice
- 4.2.2 Metodologia di redazione: dalle evidenze alla mediazione sostenibile
 - 4.2.2.1 Prima fase: redazione delle reti orizzontali (livello delle evidenze per disciplina)
 - 4.2.2.2 Seconda fase: redazione delle reti verticali (livello delle evidenze per macroaree)
 - 4.2.2.3 Terza fase: contestualizzazione nelle aree ottimali (la mediazione politico – gestionale delle conferenze di area)
- 4.2.3 Le relazioni tra le reti: i principali link fra le reti
- 4.2.4 Elenco delle reti verticali, orizzontali e di sistema

PARTE II: GLI OBIETTIVI STRATEGICI E DI RETE

1. GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL SISTEMA

1.1 Continuità assistenziale e integrazione socio sanitaria

1.2 La risposta extraospedaliera

1.3 Tempi di attesa

1.4 Assistenza farmaceutica

- 1.4.1 Qualificazione del modello organizzativo e riordino del sistema distributivo
- 1.4.2 Governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, sicurezza ed efficacia nella gestione del farmaco
- 1.4.3 Implementazione dei monitoraggi
- 1.4.4 Obiettivi di piano

1.5 Sviluppo della ricerca

1.6 Miglioramento continuo della qualità dei servizi

1.7 Informatizzazione

2. LE RETI VERTICALI

2.1 Prevenzione

2.2 Acuzie-emergenza-urgenza

2.3 Fragilità, Cronicità e percorsi riabilitativi

- 2.3.1 Fragilità/cronicità
- 2.3.2 Riabilitazione

3. OBIETTIVI E AZIONI

PARTE III: NORME DI PIANO E PROCEDURE ATTUATIVE

1. Nuovo modello organizzativo del sistema sanitario ligure

2. Durata, validità, attuazione e monitoraggio del PSSR

2.1 Durata del PSSR e convergenza dello stralcio approvato con DCR 8/2008

2.2 Organismi preposti alla gestione del piano

2.3 Obiettivi aziendali

3. Cronologia attuativa

4. Risorse finanziarie

(ALLEGATO 1)

CRONOPROGRAMMA DELLE FASI DI ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2009-2011

PREMESSA

Alle fisiologiche modificazioni del quadro istituzionale e delle forme di organizzazione professionale, seguono inevitabilmente cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie. Variazioni che risentono anche del turnover tecnologico e delle soluzioni offerte da modelli di ricerca operativa sperimentati con successo.

Dopo anni di gravi difficoltà economiche e finanziarie, la Regione ha riportato il sistema sanitario in una situazione di equilibrio economico finanziario attraverso un processo che consente ora, per la prima volta, di pensare con serenità a una programmazione a medio lungo termine, in grado di migliorare sensibilmente l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno.

Il Piano sociosanitario della Regione Liguria 2009-2011, in particolare, si pone l'obiettivo di migliorare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo, valorizzando e dando voce alle competenze presenti nel sistema, tramite la realizzazione di una "struttura a rete".

La logica della rete rappresenta un modello organizzativo di attori diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Come superamento di questi modelli infatti, quello della rete implica il mantenimento di gradi di autonomia e scelta discrezionale da parte dei vari nodi. Nodi che nello stesso tempo lavorano secondo principi di mutualità anziché subordinazione gerarchica o aggressività opportunistica.

Le esperienze precedenti non hanno esitato in forme organizzative soddisfacenti: il modello di accentrato gerarchico, infatti, deprime lo sviluppo delle professionalità e produce una tenace resistenza al cambiamento. Per contro, il modello di mercato ha prodotto lievitazioni inusitate dei costi e contraddizioni evidenti con i principi di gestione della qualità.

I risultati sperati dell'adozione di un modello a rete sono la garanzia di uno spazio di autonomia responsabile per tutti gli attori del sistema ed il lancio di sinergie vincenti per una crescita culturale del sistema nel suo complesso. La rete infine è una risposta alle difficoltà poste dalla specializzazione e frammentazione delle conoscenze, fattori che amplificano sia i tempi che le risorse di un coordinamento orizzontale tra attività.

In un mondo in rapida evoluzione sociale, tecnologica, etnica e politica si debbono mettere in atto meccanismi operativi che permettano di integrare in maniera costruttiva le necessità e i tempi della politica con le necessità e i tempi, ovviamente diversi, dei tecnici.

PRINCIPI

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (Articolo 32 della Costituzione Italiana).

Il principio fondamentale del diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione, ha rappresentato per lungo tempo un caso unico tra le carte costituzionali europee e ha consentito un sistema sanitario pubblico di tutti e per tutti, basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni.

La tutela della salute come diritto fondamentale ha assunto nel tempo significati sempre più ampi, dalla cura della patologia alla prevenzione e alla sostenibilità del sistema, in modo tale da consentire alle generazioni future di perdurare nello sviluppo migliorando la qualità e la quantità dei servizi.

Qualità dei servizi è dunque qualità di cura, ma anche rispetto del paziente e dei familiari e umanizzazione della medicina.

Questi principi ispirano e sono il fondamento del presente Piano sociosanitario Regionale, che li declina nelle seguenti principali linee ed obiettivi strategici:

1. coniugare il ruolo di coordinamento e di regia del sistema socio sanitario della regione con una governance diffusa sul territorio;
2. costruire una struttura a reti integrate che consenta di superare il concetto di concorrenza con quello di cooperazione;
3. realizzare l'integrazione fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera;
4. sviluppare strumenti per l'appropriatezza diagnostica/terapeutica e prescrittiva;
5. sviluppare un efficace sistema informativo che leghi le attività di programmazione, gestione e controllo;
6. costruire un efficace sistema di verifica di quanto realizzato.

METODOLOGIA E STRUTTURA DEL DOCUMENTO

L'elemento di novità nell'impostazione metodologica di costruzione del piano è quello della concertazione e della partecipazione collaborativa, l'ascolto delle aspettative e delle elaborazioni culturali dei professionisti impegnati nel Servizio Sanitario ligure e la loro traduzione in pianificazione sostenibile.

La costruzione di un piano di sistema in continuo divenire, che garantisca al Servizio Sanitario Regionale ligure una visione a medio e lungo termine, ha rappresentato un'occasione di confronto da parte di operatori sanitari che da tempo hanno ipotizzato modelli di reingegnerizzazione e che hanno avuto l'opportunità di poter esprimere il punto di vista di chi opera sul campo.

A questo scopo sono stati costituiti gruppi di lavoro che hanno avuto il compito di definire, e di condividere col sistema, gli assetti essenziali delle reti per patologia o condizione.

I lavori prodotti, grazie ai quali si è giunti alla redazione del piano, rappresentano l'utile base di partenza per il prosieguo dell'attività degli stessi gruppi.

Il Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria e l'Agenzia Sanitaria Regionale avranno il compito di coordinare e supportare le varie reti, la cui tessitura realizzativa, secondo i principi del governo clinico, sarà affidata ai gruppi guida delle reti stesse.

Il Piano sanitario regionale 2009-2011 è articolato in 3 parti:

1. Parte prima: il quadro di riferimento
2. Parte seconda: gli obiettivi strategici e di rete
3. Parte terza: norme di piano e procedure attuative

I documenti relativi alle reti saranno oggetto di pubblicazione da parte dell'Agenzia Sanitaria regionale. Essi rappresentano il presupposto e la base sulla quale è stato elaborato il piano stesso. Sono nati dai professionisti che quotidianamente operano nel Servizio Sanitario e che hanno condiviso il contenuto dei diversi documenti con colleghi affini per disciplina o percorso.

Proprio per il fatto di essere frutto di un lavoro condiviso che ha coinvolto oltre 300 figure professionali del SSR diventano riferimento ed orientamento tendenziale per i prossimi anni del SSR, la cui valenza, proprio per l'elevato contributo tecnico, va oltre la responsabilità amministrativa della attuale Giunta regionale.

L'Agenzia Sanitaria Regionale curerà, altresì, la pubblicazione di un volume di raccolta degli atti normativi nazionali e regionali che potrà costituire un utile strumento di lavoro per gli operatori.

30 anni di Servizio Sanitario Nazionale

“Il 23 dicembre del 1978 con una Legge votata dall’85% del Parlamento (L. 833/78), nasce in Italia il Servizio sanitario nazionale pubblico basato sull’universalità dell’assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull’equità di accesso alle prestazioni.

Da questo momento la storia della sanità pubblica si intreccia saldamente con le fondamenta costituzionali del nostro Paese, con la sua crescita civile e democratica e il suo sviluppo economico e sociale. Questo percorso prosegue con la costituzione del sistema delle aziende per favorire l’efficienza e la managerialità della gestione (Decreto legislativo 502/93) e con la previsione dei Livelli Essenziali di Assistenza per garantire l’uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (Decreto legislativo 229/99).

Il Servizio sanitario nazionale italiano si sostanzia di valori fondamentali e di notevoli punti di forza. Tra questi spiccano il riconoscimento internazionale della sanità italiana che l’Organizzazione mondiale della sanità ha collocato al 2° posto al mondo per capacità e qualità di assistenza.

Un’assistenza di alta qualità per milioni di italiani ogni giorno dell’anno in qualsiasi condizione e in qualsiasi contesto secondo i principi di universalità, equità e solidarietà. Si tratta di una conquista straordinaria di civiltà e rappresenta un indiscutibile indice di alto sviluppo sociale e democratico per un Paese. Per noi italiani forse è scontato che sia così ma in realtà sono pochi i Paesi nel mondo a garantire un’assistenza sanitaria di questo tipo per tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione.

Questo fa del nostro sistema sanitario anche un importante comparto di attività del settore pubblico dal punto di vista finanziario ed economico, dal punto di vista occupazionale e produttivo, per il valore aggiunto in termini di know how nella ricerca scientifica e farmaceutica, nelle tecnologie e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative.

Ciò permette di garantire agli italiani una aspettativa di vita in buona salute tra le migliori in Europa, come confermano i dati Oms, tanto che sono sempre meno gli italiani che si recano all’estero per le prestazioni sanitarie poiché possiamo assicurare una delle migliori reti nazionali per l’effettuazione dei trapianti d’organo in Europa, un’assistenza pediatrica gratuita per tutti i bambini da zero a quattordici anni, una diagnostica ad alta tecnologia e un prontuario farmaceutico a carico della sanità pubblica più ricco d’Europa (oltre il 70% della spesa farmaceutica nazionale è a carico del SSN).

Inoltre, il nostro SSN svolge un’attenta e proficua attività di prevenzione attraverso 150 dipartimenti pubblici di prevenzione con oltre 10 mila operatori; in Europa siamo il Paese con uno dei livelli più elevati di copertura per le principali vaccinazioni e siamo i primi per le vaccinazioni dell’anziano contro l’influenza...Un sistema sanitario nazionale che si avvale della professionalità di 103.658 medici e 230.251 infermieri in servizio nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate; di 47.022 medici di medicina generale e di 7459 pediatri di libera scelta che hanno assistito rispettivamente ognuno una media di 1.080 adulti residenti e 1.029 bambini. Per quanto attiene all’assistenza erogata attraverso le strutture di ricovero e cura nel 2005 l’assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.222 istituti di cura pubblici e privati accreditati rispettivamente con 214.225 posti letto e 51.130 posti letto. Sono stati inoltre assistiti al proprio domicilio 396.757 pazienti, di cui l’84% di età maggiore o uguale a 65 anni e nelle strutture di Pronto soccorso sono state curate 23 milioni di persone (62.145 persone al giorno).

Il nostro servizio sanitario nazionale presenta notevoli punti di forza che lo inseriscono a pieno titolo tra i primi del mondo nonostante abbia una percentuale di spesa sanitaria totale rispetto al PIL (8,9%) inferiore a Stati Uniti (15,3%), Francia (11,1%), Germania (10,7%) e Canada (9,8%)...L’attesa di vita in salute alla nascita, calcolata dall’Organizzazione mondiale della sanità, colloca il nostro Paese al 1° posto (uomini 71 anni e donne 75 anni) davanti a Canada, Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna e Stati Uniti così come la speranza di vita alla nascita....

Un servizio sanitario di tutti e per tutti”

(L. Turco “SSN una grande istituzione al servizio della tua salute”, 2008)

PARTE I – Quadro di riferimento

1. IL CONTESTO

1.1 Il contesto normativo

L'attuale Amministrazione ha modificato e integrato la normativa preesistente, colmando lacune importanti. Sono state emanate la legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41, in materia di riordino del Servizio Sanitario Regionale, la legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 ad oggetto la promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari e la legge regionale 31 marzo 2006, n. 7, che definisce l'ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione.

Il Piano sociosanitario regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modifiche e integrazioni, rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

La l.r. 41/2006, all'articolo 5 prevede che il Piano sociosanitario regionale è approvato dopo aver acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria ed elaborato in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale.

Il Piano sociosanitario regionale della Liguria è, pertanto, conforme alle indicazioni del PSN, che vengono declinate nel contesto specifico della Regione. La Liguria rappresenta, infatti, un laboratorio d'eccezione per quanto attiene le tematiche relative agli anziani, dal Fondo per la Non Autosufficienza all'integrazione socio-sanitaria, al sistema di assistenza domiciliare integrata. La realizzazione di un'organizzazione a rete per la stesura del piano, per la realizzazione dello stesso e per la organizzazione futura della Sanità ligure è coerente con il disposto del PSN, così come la promozione del governo clinico.

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione (ticket).

I LEA sono stati individuati in prima istanza dal d.lgs. 502/1992 e resi attuali dopo le modifiche costituzionali del Titolo V (leggi costituzionali 1 e 3 del 2001), che all'articolo 117 lettera m) prevede i livelli essenziali delle prestazioni, quale diritto soggettivo uniforme per tutti i cittadini dello Stato Italiano. Il sistema sanitario ligure assicura i livelli essenziali ai cittadini della Liguria, integrando quelli sociosanitari con le prestazioni dei Comuni nell'ambito dei Distretti Sociosanitari.

I LEA sanitari e sociosanitari, quali livelli essenziali per la salute, sono stati definiti dal DPCM 29 novembre 2001 ed è in corso un loro aggiornamento.

Il DPCM 29 novembre 2001 organizza i LEA in tre grandi aree:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- assistenza distrettuale, ovvero le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, persone con dipendenza e persone con esiti di patologie psichiatriche;
- assistenza ospedaliera, tramite pronto soccorso, ricovero ordinario e day hospital.

Ai cittadini liguri, attraverso le reti, sono assicurati i livelli di assistenza indicati. La Regione,

anche avvalendosi dell'Agencia Sanitaria Regionale, manterrà un costante monitoraggio affinché i LEA siano erogati in maniera uniforme e per quelli sociosanitari, quali attività consultoriali, assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, siano conseguiti gli obiettivi già indicati nel Piano Sociale Integrato Regionale 2007/2010.

Riferimenti normativi

Leggi Regionali

L.R. 7/2006	Ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, non trasformati in fondazione
L.R.12/2006	Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari
L.R. 41/2006	Riordino del Servizio Sanitario Regionale
L.R.42/2006	Istituzione del sistema informativo regionale integrato per lo sviluppo della società dell'informazione in Liguria
L.R.24/2007	Disposizioni in materia di cremazione, affidamento e dispersione delle ceneri

Deliberazioni del Consiglio regionale-Assemblea legislativa

DCR 29/2006	Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – Linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione .
DCR 34/2007	Modernizzazione del parco ospedaliero regionale
DCR 8/2008	Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie.

Deliberazioni della Giunta regionale

DGR 1281/2005	Progettazione di un'offerta assistenziale oncologica in rete
DGR 1268/2005	Piano regionale della prevenzione 2005-2007 1° fase
DGR 58/2006	Piano regionale della prevenzione 2005-2007 2° fase
DGR 576/2006	Sperimentazioni aree di acquisto
DGR 928/2006	Programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione, potenziamento del SSR 2007-2009
DGR 1164/2006	Indirizzi alle Aziende sanitarie e ai Comuni per l'avvio dei Distretti sociosanitari
DGR 1106/2006	Indirizzi per il fondo regionale della non autosufficienza
DGR 1666/2006	Programma degli interventi di miglioramento e contenimento della spesa farmaceutica
DGR 1308/2006	Sistema regionale per la gestione del rischio clinico
DGR 42/2007	Approvazione dell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale
DGR 106/2007	Piano Regionale intramoenia
DGR 277/2007	Rete regionale di cure palliative
DGR 262/2007	Indirizzi alle Aziende sanitarie per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza
DGR 803/2007	organizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio
DGR 972/2007	piano regionale delle stabilizzazioni dei rapporti di lavoro
DGR 1235/2007	Misure organizzative per l'abbattimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie maggiormente critiche
DGR 395/2008	valorizzazione dei consultori familiari
DGR 945/2008	Direttiva inerente i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione e il funzionamento dei Dipartimenti sanitari.
DGR 969/2008	Riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera e del sistema tariffario

Documenti nazionali

28.9.2006	Patto per la Salute, Protocollo d'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome
2006	Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

1.2 Il contesto organizzativo

1.2.1 La situazione di partenza: da somma di aziende a rete di conoscenze

Le leggi di riforma degli anni '90 hanno introdotto l'aziendalizzazione della Sanità in Italia mantenendo i principi fondanti il Servizio Sanitario Nazionale: equità, competenza, qualità, alto livello tecnologico delle prestazioni rese e partecipazione dei cittadini.

Nello spirito del Legislatore le norme citate dovevano rappresentare un mezzo per rendere più efficiente il sistema attraverso l'utilizzo di metodologie aziendali.

Si è assistito ad un malinteso sviluppo di un "quasi mercato" delle prestazioni sanitarie, nel quale gli operatori hanno erroneamente interpretato la loro missione sotto forma di incremento della "produzione" e non della produttività efficiente, e, aiutati da un sistema di tariffazioni a prestazione, hanno dato vita ad un sistema di concorrenza pubblico/pubblico, oltre che pubblico/privato. Il risultato ottenuto è stato l'esatto contrario di quanto si proponeva la legge 502/1992, cioè il riequilibrio tra fondi dedicati alla sanità ospedaliera e fondi dedicati all'assistenza di base sul territorio. Le Regioni e le Aziende sanitarie locali hanno dovuto far fronte ai crescenti costi ospedalieri, lesinando risorse per lo sviluppo di una rete assistenziale sul territorio e per la prevenzione. Così, oltre ai difetti intrinseci di un sistema basato sulla "produzione", si sono aggiunte la carenza di pratiche preventive, la mancanza di informazione e formazione del cittadino e un sistema di aziende sanitarie con ampie barriere inter e intra organizzative.

Per evitare queste distorsioni, negli ultimi venti anni, nei Paesi Occidentali, si è assistito ad un'importante e sostanzialmente univoca variazione di indirizzo, sia che questi Paesi avessero sistemi di tipo assicurativo liberistico, come gli USA o la Svizzera, sia di tipo mutualistico, come la Francia o la Germania, sia infine di tipo universalistico, come il Regno Unito o l'Italia. Tale variazione di indirizzo è caratterizzata dalla formulazione, per la cura e per la prevenzione primaria e secondaria delle principali patologie a carattere di cronicità, di piani di cura personalizzati, basati sulle linee guida emanate dalle Società Scientifiche o da Organismi Nazionali accreditati (NICE in UK, Cochrane in USA, Canada), rigidamente ancorati alle prove secondo le regole della "Evidence Based Medicine", e "Evidence Based Healthcare".

Evidence-based Health Care

A partire dalla fine degli anni Ottanta, l'assistenza sanitaria basata sulle prove (Evidence-based Health Care, EbHC) è andata proponendosi all'attenzione degli operatori della Sanità internazionale come un corpo di regole metodologiche ed etiche articolato e rigoroso, fondamentale nella produzione, selezione e applicazione delle conoscenze nei diversi ambiti sanitari: in quello clinico, in quello infermieristico ed in quello della programmazione e della gestione dei sistemi e dei servizi. Sono dunque queste le tre macroaree di applicazione dei principi della EbHC: Evidence-based medicine, Evidence-based nursing ed Health Technology Assessment. (da BMV, Biblioteca Medica Virtuale)

Governo clinico

il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica (London Dept of Health, 1998)

Case Management

processo per cui un singolo medico (o altra figura professionale in casi particolari) gestisce tutti gli aspetti della cura di un paziente. E' un approccio basato sulla dignità del paziente e sulla responsabilità del professionista.

Ha preso corpo il concetto di "Case Management", inizialmente volto a garantire un livello di copertura adeguato alla tipologia di patologia o solo al semplice rischio di patologia dell'individuo da assicurare. Da questo al programmare un piano di cura omogeneo per tutti coloro che presentano lo stesso tipo di malattia il passo è stato breve. Teorizzato all'inizio degli

anni sessanta, ma applicato negli USA solo verso la fine degli anni 80, si è diffuso il concetto di "gestione di patologia" attraverso una rete di operatori sanitari, collegati tra di loro da un robusto sistema informativo, che fosse in grado di monitorare costantemente lo stato di salute dei soggetti seguiti, e soprattutto di tenere sotto controllo i costi sostenuti, con particolare attenzione sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Risulta evidente a questo punto l'inutilità di mantenere un sistema tariffario per prestazione, mentre si fa più attuale l'idea di un "costo di patologia" globale.

Il modello proposto è quello della rete o "health network", in cui i vari operatori della sanità a vari livelli di complessità svolgono ruoli definiti dalle linee guida evidence based e sono collegati tra loro da un sistema informativo. L'elemento aggiunto è quello della partecipazione attiva del paziente, adeguatamente informato e formato sulle problematiche delle sue patologie e consapevolmente partecipe della cura.

Le reti in sanità

L'evoluzione del quadro epidemiologico, i cambiamenti di natura istituzionale, l'introduzione di nuove tecnologie, la progressiva specializzazione degli attori organizzativi (professionisti e organizzazioni complesse) e la necessità di garantire l'integrazione di competenze che appaiono sempre più distribuite per dare risposta ai bisogni di assistenza, impongono la ricerca di soluzioni organizzative innovative per rispondere al crescente fabbisogno di coordinamento intra e inter-organizzativo....E' possibile identificare nella "rete" quel modello organizzativo che sottintende l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra gli attori sociali, siano essi semplici o complessi, diversi da quelli tradizionale della gerarchia e del mercato. Il modello a rete implica la presenza di attori che mantengano gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione ma che rinunciano all'opportunismo nelle loro relazioni che vengono quindi coordinate grazie alla mutualità e alla fiducia reciproca....Il modello a rete è particolarmente efficace in quelle organizzazioni in cui la conoscenza rappresenta il fattore produttivo più rilevante, dove la progettazione delle strutture deve considerare le più intense necessità di integrazione, prevedendo la creazione di contesti cooperativi in cui l'azione organizzativa sia continuamente e adeguatamente coordinata intorno alle esigenze della persona umana.... La metafora della rete può essere utile per introdurre soluzioni di coordinamento organizzativo che completano e ridefiniscono i confini della soluzione gerarchico-burocratica nelle organizzazioni sanitarie....Una rete sociale può essere concettualizzata come un insieme di nodi, come un insieme di attori sociali (individui, gruppi/unità organizzative, organizzazioni) caratterizzati da specifici elementi attributivi (sesso, età, formazione se singoli individui, oppure localizzazione geografica, dimensione, modello organizzativo se imprese) legati da connessioni che possono rappresentare legami o relazioni e/o interazioni per lo scambio di risorse...

Progettare una rete implica l'adozione di meccanismi di coordinamento organizzativo 'non-gerarchici' che possono funzionare solo se supportati da un livello di cultura organizzativa tale da stimolare partecipazione da parte degli attori e di sviluppare in ciascuno la consapevolezza del ruolo giocato nell'ambito di un sistema sempre più complesso (A. Cicchetti, D.Mascia, Mecosan 61, 2007)

Il Servizio Sanitario ligure deve trasformare e potenziare la struttura organizzativa allo scopo di accogliere,valorizzare e orientare le spinte innovative e i cambiamenti culturali e scientifici che il sistema stesso produce, ed adeguarsi al mutamento delle patologie e delle terapie.

La logica programmatoria in campo sanitario, presente da molti anni in tutti i paesi occidentali, ha prodotto risultati nel lungo periodo che si sono tradotti nel miglioramento di tutti i parametri di salute progressivamente nei decenni.

Una criticità rilevabile sia a livello nazionale che della nostra regione è la non ancora soddisfacente integrazione tra interventi sociali e sanitari e la eccessiva rigidità dei vari piani sociali e sanitari nei rispettivi periodi temporali di efficacia, molto spesso producendo adeguamenti tardivi ai bisogni in corso di continuo mutamento.

La programmazione prevista su un triennio deve contemporaneamente assumere una valenza su periodi più lunghi e questo si realizza attraverso una aumentata capacità delle istituzioni e dei loro professionisti nel leggere la realtà che li circonda e nel sapere vedere e prevedere i mutamenti continui. La globalizzazione ha prodotto accelerazioni straordinarie anche in campo

sanitario. Una moderna politica di piano deve prevedere la flessibilità sia nella programmazione che nell'utilizzo delle risorse, partendo comunque dai principi fondamentali e fondanti lo stato sociale solidaristico.

1.2.1.1 Un dovere istituzionale: il legame con la pianificazione precedente (continuità vs discontinuità)

Ogni piano sanitario, e in particolare questo che prevede meccanismi di concreta integrazione tra sociale e sanitario propriamente detto, non può prescindere dal considerare tutto quanto programmato e realizzato nel passato. Le Regioni che più hanno ottenuto in termini di organizzazione socio-sanitaria per fornire risposte alle esigenze degli utenti sono quelle che hanno saputo dare continuità con il passato nelle varie legislature, pur permettendo graduali inversioni di rotta. Elemento di continuità, sul quale si debbono impostare le scelte di programmazione sanitaria, è costituito dal rafforzamento delle risposte territoriali, del concetto di presa in carico dei pazienti e dei cittadini e della prevenzione.

L'elemento di maggiore discontinuità con il Piano Sanitario precedente è costituito dal superamento della mentalità concorrenziale sostituita da una logica di collaborazione.

Continuità

Gli elementi che dobbiamo garantire rispetto alle esperienze precedenti sono dati dall'efficienza del sistema, dai meccanismi di controllo, dagli indicatori e dai sistemi informativi

L'efficienza di produzione, particolarmente di quella ospedaliera, è stato uno degli elementi caratteristici delle passate amministrazioni. Criterio introdotto nel 1995 con l'introduzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ha subito un'ulteriore evoluzione sino ad arrivare ad elementi di particolare approfondimento quando il sistema SDO - DRG ha rappresentato il cardine dei metodi di valutazione e misurazione di tutta l'attività ospedaliera. Se da un lato questo ha generato una esasperata idea di competizione fra aziende, d'altro canto ha indotto diverse strutture a porre correttamente l'attenzione al concetto di efficienza.

Il ruolo delle aziende

Aziendalizzazione non significa che i vincoli di bilancio cambino natura e diventino obiettivi, ma che i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Piano sanitario nazionale sono assicurati dalle Regioni avvalendosi del sistema delle aziende sanitarie, nella piena riconduzione di queste nella logica programmatica aperta e non burocratica che regge l'intero Servizio sanitario nazionale. (Libro Bianco sui principi fondamentali del SSN, Luiss 2008)

Discontinuità

Segnali di cambiamento sono costituiti da un forte governo regionale (vs deregulation), da collaborazione/cooperazione¹ (vs competizione), dall'applicazione di metodologie Evidence Based Health Care. Ulteriore criterio di cambiamento è costituito dalla innovazione nei meccanismi di finanziamento inaugurata nel 2007, quando si è riusciti a stabilire ed a ripartire le quote spettanti alle varie aziende entro gennaio permettendo così dei reali bilanci di previsione.

La Regione Liguria sta perseguendo il governo dei processi. Nel recente passato invece si è prodotta una deregulation che ha condotto il sistema verso logiche di quasi mercato con la parte ospedaliera a svolgere un ruolo dominante. La conseguenza di ciò è stata l'esasperazione del concetto di competizione fra strutture pubbliche e private e fra strutture pubbliche e pubbliche, con la frammentazione dei percorsi assistenziali dettata principalmente dall'esigenza

¹ La situazione in cui sono evidenti comportamenti competitivi e contestuali atteggiamenti cooperativi delineano un contesto definibile di cooperazione (Bengtsson, Kock, 2000)

di far risaltare la capacità produttiva. La Regione Liguria promuove e introduce nel proprio Piano sociosanitario regionale il concetto di "premio alla salute", in alternativa alla sola valorizzazione della "produzione", con politiche sanitarie che premiano le Aziende e gli operatori che, attraverso la ricerca e la prevenzione, abbattano gli indici di diffusione delle malattie.

La Giunta regionale assegna le risorse annuali ad Aziende e Direttori Generali prevedendo, nell'ambito degli obiettivi di salute, indici di premialità per azioni tese a ridurre l'incidenza delle patologie.

L'Agenzia Sanitaria regionale elabora ogni due anni, progressivamente articolato anche per distretto socio sanitario, lo stato di salute della popolazione.

Gli incentivi dei Direttori generali e dei Direttori sanitari, sono, per quota da definire ogni anno, legati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L'intenzione di governo dei processi è accompagnata dalla necessità di inserire una logica di cooperazione rivolta a costituire percorsi assistenziali, a mettere in rete strutture e sistemi per garantire la continuità assistenziale per tutte le necessità e bisogni di salute che la popolazione ligure esprime.

Cooperazione/competizione

"In alcuni Paesi gli assetti organizzativi dei sistemi sanitari sono stati rivisitati anche mediante la creazione di network di aziende sanitarie pubbliche. La creazione di consorzi unici d'acquisto e di dipartimenti sanitari interaziendali, la definizione di protocolli di cura da parte di gruppi di sanitari provenienti da differenti contesti aziendali e la stesura di accordi interorganizzativi che specificano l'ambito di operatività di ogni azienda costituiscono solo alcuni esempi delle tipologie di collaborazione in atto...In molti contesti la costruzione di ambiti di cooperazione non ha comportato la totale eliminazione della competizione tra aziende sanitarie pubbliche ma ha creato le condizioni per la costituzione di cosiddetti mercati cooperativi, contesti in cui tali organizzazioni simultaneamente cooperano e competono."(A. Barretta Mecosan 61, 2007)

1.2.2 La situazione attuale

1.2.2.1 Le Aziende

Il SSR era organizzato in:

- 5 Aziende sanitarie territoriali (ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL4 Chiavarese, ASL5 Spezzina);
- 3 Aziende ospedaliere (Azienda ospedaliera Universitaria San Martino, Azienda ospedaliera Santa Corona, Azienda ospedaliera Villa Scassi);
- 2 IRCCS (IST E Giannina Gaslini)
- altri soggetti erogatori pubblici o equiparati (Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico)
- 3 aree ottimali (levante, metropolitana e ponente).

L'attuale Giunta regionale ha impostato la sua azione programmatica analizzando l'esistente, sviluppando un sistema di snellimento delle Aziende ospedaliere e potenziando le risposte residenziali e territoriali.

In questa ottica, sono state emanate le deliberazioni di riordino della rete di cura e assistenza e la l.r. 41/2006. Con questi strumenti si è chiarito l'assetto che si intende dare al SSR: un forte ruolo programmatico regionale, in stretto coordinamento con le aziende sanitarie che operano sul campo, anche attraverso il potenziamento delle procedure di governo clinico.

Il riordino del SSR, introducendo forti meccanismi di collaborazione, prevede la riduzione del numero complessivo delle aziende stesse e la realizzazione delle tre aree ottimali che assumono il ruolo di un vero e proprio "consiglio di Amministrazione". Sono stati stabiliti i modi ed i tempi delle deaziendalizzazioni di due Aziende Ospedaliere (Santa Corona e Villa Scassi) (1-01-2008) con il loro rientro amministrativo nelle rispettive ASL. Attraverso lo snellimento dell'apparato burocratico, si vogliono liberare risorse e migliorare l'architettura organizzativa per potenziare la risposta sanitaria più strettamente detta, passando da un ottica a prestazione (più competitiva) ad una logica di rete (più cooperativa). Le aziende ospedaliere che rientrano nelle rispettive ASL troveranno, nel collegamento diretto con i rispettivi territori di riferimento e, per alcune funzioni super-specialistiche (ad esempio il Centro Ustionati per Villa Scassi e

l'Unità Spinale Unipolare per Santa Corona), concrete possibilità di sviluppo integrato attraverso la piena applicazione della logica di sistema.

1.2.2.2 La rete ospedaliera

Da alcuni anni, la rete ospedaliera è interessata da interventi volti a migliorare da un lato la composizione e la dotazione organica dei posti letto e, dall'altro, la qualità e l'appropriatezza erogativa delle prestazioni. Tale progressivo miglioramento ha avuto un'accelerazione a seguito degli interventi di attuazione della deliberazione del Consiglio regionale-Assemblea legislativa 29/2006:

- la composizione della dotazione organica dei posti letto per acuti e per riabilitazione ha subito delle rilevanti variazioni nel quinquennio 2002-2007 ;
- i ricoveri ordinari per acuti sono correlati a un'attività sempre più rivolta verso la medio-alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa.

Questo andamento è evidenziato dalla riduzione dei ricoveri ordinari con contestuale abbattimento dei valori assoluti e in percentuale per le fasce 0 e 00 (prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di ricovero ordinario);

Tale effetto è legato allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e, a partire dal 2006, dei P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).

Il modello di ospedale.

Gli ospedali debbono essere identificati con le funzioni che sono in grado di svolgere. La classificazione passata che suddivideva i presidi ospedalieri in zionali, provinciali e regionali, oggi appare superata dai progressi tecnologici e dalla necessità di garantire standard di efficacia e confronto/integrazione tra specialisti.

Il moderno ospedale deve poter rispondere con la migliore efficienza alle varie esigenze della acuzie ed essere strutturato secondo modelli ad intensità di cure, con il superamento delle rigidità legate alle vecchie "Divisioni" mantenendo ben chiari per gli utenti e per gli operatori i livelli e l'individuazione dei responsabili dei vari momenti diagnostici e terapeutici.

Gli utenti debbono percepire in maniera netta la sensazione di presa in carico delle loro problematiche da parte dei professionisti.

Le aree di degenza possono essere suddivise a grandi linee tra degenze di area internistica e quelle di area chirurgica, entrambe strutturate per intensità di cure (semiintensiva, cure intermedie, riabilitazione) e collegate tra loro attraverso il sistema di emergenza-urgenza (intra e extra ospedaliera) al cui interno si inseriscono i letti di terapia intensiva. Le aree chirurgiche devono prevedere lo sviluppo di day surgery multidisciplinari. In questo modello si debbono pensare le figure di responsabili della continuità dei percorsi dei pazienti (gli "hospitalists" degli ospedali anglosassoni) e quelle dei "consultants". Gli specialisti, tra loro coordinati, debbono dare risposte agli utenti nelle varie aree di intensità fino al momento del riaffidamento degli stessi ai servizi territoriali ed ai medici di medicina generale. Le "specialità" debbono essere organizzate con numeri limitati di letti di degenza di alta intensità e con nuovi modelli di assistenza ambulatoriale e di day hospital. Si deve garantire l'approccio alla persona come un'entità unica e non come un insieme di organi ed apparati. In sintesi ciò significa riportare all'interno della struttura ospedaliera i modelli organizzativi a reti integrate enunciate nel presente piano.

1.2.2.3 I Dipartimenti Sanitari

La l.r. 41/2006, nel delineare il quadro istituzionale ed organizzativo del SSR, si pone, tra l'altro, gli obiettivi di regolamentare gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni, di definire i ruoli e le funzioni delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero, sviluppare i rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse.

Gli obiettivi indicati trovano la loro traduzione nelle seguenti norme della l.r. 41/2006:

- l'articolo 32, che individua l'articolazione dell'Azienda sanitaria locale e relative funzioni;
- gli articoli 38 e seguenti, che individuano nell'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali e ne disciplinano la composizione e le funzioni;
- il comma 5, lettera b), dell'articolo 39, così come modificato dall'articolo 3 della legge regionale 1 luglio 2008, n. 21, il quale prevede che con apposita direttiva emanata dalla Giunta regionale siano fissati i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione e il funzionamento dei dipartimenti.

Con deliberazione 1 agosto 2008, n. 945 la Giunta regionale ha provveduto a dare attuazione a quanto previsto dalla normativa regionale, emanando le opportune direttive attraverso il regolamento generale dei dipartimenti sanitari.

Nell'accezione accolta dalla direttiva, il Dipartimento rappresenta una articolazione organizzativa costituita per favorire un'azione di integrazione di Strutture organizzative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici, finalizzata ad offrire risposte integrate e multidisciplinari ai problemi clinici degli utenti, sulla base delle risorse disponibili, attraverso il migliore utilizzo delle stesse e l'efficienza delle soluzioni organizzative.

L'organizzazione dipartimentale è strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale e modello organizzativo che favorisce l'introduzione e l'attuazione di politiche di governo clinico; è altresì il contesto nel quale le competenze professionali tecniche, scientifiche e assistenziali, adeguatamente coordinate, costituiscono la risorsa principale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Possono essere creati Dipartimenti all'interno dello stesso stabilimento (presidio) e tra più stabilimenti, Dipartimenti ospedale-territorio e interaziendali.

La direttiva definisce le nozioni di dipartimento strutturale e funzionale, prevedendo che, fatti salvi specifici e motivati presupposti di natura organizzativa, le Aziende debbano costituire dipartimenti strutturali

Il Dipartimento "strutturale" (o verticale), caratterizzato dall'aggregazione di unità operative, assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti/o macrostrutture organizzative. E' dotato di autonomia gestionale costituisce centro di imputazione della contabilità analitica aziendale.

Il Dipartimento "funzionale" accorpa "orizzontalmente" le Strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi di salute. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale.

Le Aziende sono chiamate, attraverso l'emanazione di propri atti, sottoposti all'approvazione della Giunta regionale, a conformare la propria organizzazione dipartimentale alla citata direttiva, sviluppando, pur nel rispetto dell'autonomia ad esse spettante, modelli volti al razionalizzare le attività, le funzioni e la gestione.

Infatti, le strutture del Dipartimento debbono essere aggregate secondo metodologie organizzative e gestionali volte a dare risposte cliniche unitarie, tempestive, razionali e complete, perseguendo l'obiettivo di razionalizzare l'attività aziendale. Al riguardo, la direttiva esplicita le principali tipologie di aggregazione, alle quali le Aziende sono tenute ad attenersi nell'elaborazione dei propri modelli organizzativi:

- per Area Funzionale Omogenea;
- per disciplina;
- per organo;
- per distretto (es. testa - collo);
- per intensità di cure.

La Direttiva definisce gli obiettivi specifici dei dipartimenti, che sono così declinati:

1. in ambito organizzativo, il miglioramento continuo del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione, assicurando la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali concernenti le linee di sviluppo strategico;
2. in ambito clinico, l'adozione di percorsi diagnostici assistenziali, con particolare attenzione agli aspetti volti a garantire appropriatezza, continuità e misurabilità dell'out-come, sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico legale;
3. in ambito gestionale, la realizzazione di economie di scala, nel rispetto dei vincoli di bilancio aziendali, nonché degli obiettivi negoziati, con la responsabilizzazione dei diversi attori nella razionalizzazione della spesa, la ricerca dell'ottimizzazione d'uso delle risorse (spazi, attrezzature, tecnologie, personale) in particolare quelle di uso comune alle diverse Strutture componenti il Dipartimento;
4. in ambito di gestione del rischio, la condivisione delle strategie di orientamento al paziente, la gestione condivisa e coordinata di risorse e tecnologie, la responsabilizzazione dei diversi livelli operativi e gestionali;
5. in ambito di formazione, l'implementazione e il coordinamento dell'attività di studio, col fine di razionalizzare e valorizzare le risorse professionali;
6. in ambito tecnologico, favorire l'integrazione dell'uso di tecnologie in modo appropriato e condiviso, attraverso l'adozione di modalità organizzative e programmatiche comuni.
7. i dipartimenti ad attività integrata dell'Azienda ospedaliera universitaria devono concretizzare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

La direttiva definisce infine le regole di costituzione, funzionamento e modificazione degli assetti dipartimentali, nonché le modalità di nomina e di revoca dei Direttori di Dipartimento.

1.2.2.4 I Distretti

Le ll.rr. 12/2006 e 41/2006 hanno individuato, come articolazioni territoriali delle Aziende sanitarie e delle Conferenze dei Sindaci i Distretti Sociosanitari, per la erogazione delle cure primarie e dei servizi integrati. I Distretti hanno trovato una prima disciplina nella deliberazione della Giunta regionale n. 1164 dell'ottobre 2006. L'avvio dell'esperienza distrettuale peraltro è stato disomogeneo e con il Piano occorre sviluppare una coerenza dei servizi territoriali con le reti di cura ospedaliere e specialistiche, puntando a un solido sistema di prevenzione e di cure primarie che avvalorato dall'integrazione sociosanitaria risponda alla domanda dei cittadini, particolarmente di quelli fragili e non autosufficienti.

Il riordino delle attività territoriali da parte delle Aziende deve prevedere una uniformità di obiettivi anche sotto il profilo organizzativo, per garantire ai cittadini liguri i "livelli essenziali di assistenza".

In questo contesto, i Distretti provvederanno a sviluppare:

1. un accesso ben definito alle cure primarie, attraverso lo sportello integrato, in maniera da facilitare l'approccio del cittadino alla rete;
2. un sistema di cure primarie e di continuità assistenziale incentrato su un rafforzamento della presenza dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, incrementando lo sviluppo di forme associative (UTAP, ETAP, etc.) tali da garantire una continuità assistenziale clinica nel ciclo notturno e festivo;
3. la garanzia dell'integrazione sociosanitaria nei percorsi ospedale/cure intermedie/domicilio, residenza, tramite le Unità di Valutazione Multidimensionale;
4. la riorganizzazione della domiciliarità (secondo gli indirizzi regionali in materia di cure domiciliari e cure palliative), che superi disomogeneità delle prestazioni e utilizzi la circolarità di risposte: dai servizi di prossimità alle attività di ADI di diverse intensità;
5. il potenziamento per ogni ASL della residenzialità extraospedaliera per rispondere alla fase post-acuzie delle patologie invalidanti;
6. la gestione delle misure per la non autosufficienza;
7. la promozione della cooperazione tra presidi e aziende ospedaliere in relazione alle specifiche;
8. una particolare attenzione alla formazione delle liste d'attesa attivando tutte le sinergie individuate ai precedenti punti.

Sul piano delle prestazioni il Distretto dovrà assicurare:

1. interventi a favore dello sviluppo dei minori, di tutela della maternità e del nucleo familiare,
2. cure domiciliari anche per i pazienti oncologici e terminali
3. interventi per la cura e la riabilitazione degli stati di disabilità;
4. prestazioni protesiche e di carattere integrativo
5. prestazioni integrate sociosanitarie, con particolare riferimento alle misure per la non autosufficienza, alla valutazione multidimensionale, alla elaborazione del piano individualizzato, alla individuazione del case manager e alle verifiche degli outcomes;
6. collegamenti funzionali con le équipes distrettuali della Salute mentale e delle Dipendenze;
7. accesso e avvio alla residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, a favore di anziani e disabili.

1.2.2.5 I Consultori

Il Consultorio Familiare è la struttura complessa che, all'interno del Dipartimento delle Attività Distrettuali, attiva programmi di tutela della maternità, di sostegno e promozione della responsabilità genitoriale, di informazione e formazione sulle scelte procreative coscienti e responsabili, di sostegno e tutela ai problemi degli adolescenti e di prevenzione dell'aborto, particolarmente per l'area giovanile e delle donne immigrate.

Il Consultorio offre la risposta riabilitativa per i minori con disabilità di tipo fisico e psichico che va ad integrarsi con l'attività dei PDLS e con le azioni della struttura Disabili anch'essa inserita nel Dipartimento Attività Distrettuali, collegandosi anche al Dipartimento Salute Mentale. Hanno sede nel Consultorio anche le politiche integrate sociosanitarie con le amministrazioni locali e con la Scuola, per affrontare in maniera complessiva i problemi della crescita e dell'adolescenza, sia sul piano del disagio che della marginalità, nonché per tutti gli aspetti legati ai disturbi specifici di apprendimento dei minori (DSA).

Qualità e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici di carattere neonatale e perinatale sono realizzati in una sintonia e continua collaborazione tra unità consultoriali presidi e aziende ospedaliere e con i rappresentanti delle cure primarie. Quanto evidenziato, trova indicazioni nella deliberazione della Giunta regionale 305/2008 (Indirizzi per la valorizzazione attività dei Consultori familiari, per una migliore applicazione della L. 194/78, per favorire una diagnosi prenatale appropriata, ai fini della tutela del minore e della salute sessuale e riproduttiva della donna.

La Conferenza Regionale sui Consultori Familiari organizzata nel luglio 2008 ha dibattuto, analizzato e scelto come segue, lo sviluppo delle attività consultoriali nell'ambito dell'area Materno Infantile, per il 2009/2011:

1. attuazione ai livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria in materia di salute delle donne e degli adolescenti con particolare riferimento al percorso nascita, alla prevenzione dei tumori femminili, rivolgendo specifica attenzione alla popolazione immigrata;
2. effettuazione di screening nei minori di 18 mesi per individuare in maniera precoce forme di autismo e altre patologie neuropsichiatriche, coinvolgendo i PDLS;
3. consolidamento e potenziamento della risposta riabilitativa per le disabilità fisiche e psichiche;
4. garanzia sull'apertura, in numero ed in orari adeguati, di Spazi per gli Adolescenti;
5. promozione, d'intesa con le Autorità scolastiche, di attività di informazione ed educazione alla salute con particolare riferimento e alla salute sessuale e riproduttiva e alle MTS, d'intesa con i rappresentanti delle cure primarie;
6. promozione di azioni atte a sostenere la donna e la famiglia nella rimozione delle cause che possono indurre alla interruzione della gravidanza, sostenendo le maternità difficili;
7. presa in carico delle donne che intendono avvalersi della L. 194/1978, offrendo le opportunità rese disponibili dai più moderni indirizzi terapeutici;

8. garanzia sull'appropriatezza e la qualità della diagnosi prenatale;
9. garanzia sull'applicazione del DPR 396/2000 sul diritto a partorire nell'anonimato e divulgazione dei contenuti del decreto presidenziale stesso;
10. attivazione di iniziative per la qualificazione e l'aggiornamento del personale operante nell'area consultoriale e materno infantile, prevedendo una integrazione con la formazione degli operatori dei presidi sanitari, ospedalieri e delle cure primarie, anche in relazione alle problematiche dell'apprendimento.

1.2.2.6 Le case della salute

La Casa della salute è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione. Nella Casa della salute lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base con il loro studio associato, gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano; si persegue la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione sanitaria e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare ed infine si istituzionalizza la partecipazione dei cittadini che viene garantita attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di 2° livello.

Nella Casa della salute, inoltre, attraverso l'elaborazione da parte degli operatori che in essa operano, devono trovare implementazione le linee guida condivise e i percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie realizzando quella continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione oggi mancante.

Un nuovo sistema di cure primarie può realizzare quella efficace integrazione, tanto auspicata, con la rete ospedaliera che deve proseguire la sua innovazione puntando sull'alta specialità e sulla ricomposizione dei piccoli ospedali in RSA, sedi di dayhospital, day surgery polispecialistici, centri di cure primarie.

Fonte: "Un New Deal della Salute - Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini " Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (27 giugno 2006)

La Regione Liguria con le deliberazioni della Giunta regionale 16 novembre 2007, nn. 1367 e 1368, ha avviato la sperimentazione in territori particolarmente disagiati di Case per la Salute, al fine di garantire l'integrazione e la continuità assistenziale attraverso l'apporto dei servizi distrettuali, dei MMG, dei PLS e delle Farmacie. Il progetto, dell'importo complessivo di euro 1.200.000, è stato cofinanziato con euro 255.220 dal Ministero della salute, nell'ambito dei finanziamenti concessi per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale.

Il progetto, per il quale verrà richiesto cofinanziamento anche nell'ambito degli obiettivi di PSN anno 2008, prevede una realizzazione a fasi successive. Le risorse necessarie al completamento verranno stanziare in sede di riparto annuale, con priorità rispetto al finanziamento di altri progetti non cofinanziati dal Ministero.

1.2.2.7 Gli investimenti strutturali

La razionalizzazione della rete ospedaliera, mirata essenzialmente al contenimento della spesa, nasce anche da considerazioni di carattere generale, relative allo sviluppo di nuove tecnologie, all'evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche, che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno. Tali considerazioni hanno reso necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo.

E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità delle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione, nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto

ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali. Altro aspetto dell'organizzazione sanitaria è quello relativo all'integrazione ospedale territorio. Grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci la degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative e strutturali che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure, soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale a livello territoriale.

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale. Da tali considerazioni ne discende che il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

Per questi motivi la Regione ha ritenuto necessario eliminare l'obsolescenza di molte strutture ospedaliere, nel medio-lungo periodo, attraverso una strategia di modernizzazione del parco ospedaliero regionale che prevede la costruzione di 5 nuovi presidi:

- un nuovo presidio, sede di DEA di II livello, nell'area del Levante ligure (ASL 5) in sostituzione dell'attuale ospedale di La Spezia.
- un nuovo ospedale, sede di DEA, nel ponente genovese.
- un secondo monoblocco all'interno dell'Azienda ospedaliera universitaria S. Martino.
- un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del Ponente ligure (ASL 1) in sostituzione dei presidi di Imperia e Sanremo.
- un nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell'attuale struttura storica e monumentale.

1.2.2.8 Il 118 e la gestione dell'emergenza

A livello di ogni ASL il sistema 118 coordina attraverso le centrali operative gli interventi di soccorso extraospedaliero effettuati sul territorio di competenza tramite le ambulanze delle Pubbliche Assistenze e della C.R.I. convenzionate ai sensi delle deliberazioni della Giunta regionale 1446/2003 e 440/2007.

Sul territorio regionale operano 18 automediche con equipaggio medico-infermieristico a bordo, di cui 14 sulle 24 ore.

In aree geografiche disagiate e sprovviste di presidi sanitari per gli interventi di emergenza, possono essere attivate ambulanze (convenzionalmente denominate INDIA) con infermiere a bordo; al personale coinvolto deve essere garantito uno specifico percorso formativo.

Il 118, inteso nella sua duplice accezione di Centrale Operativa e di Unità Mobili, espleta ovviamente una funzione fondamentale e capillare di distribuzione e gradualizzazione delle risorse sul territorio. Infatti, accanto alle sue funzioni vocazionali di stabilizzazione e trasporto, si sono nel tempo aggiunte funzioni più complesse, in base alle quali è possibile, per casi selezionati e stratificati direttamente sul posto, stabilire dall'esterno il percorso del paziente ed iniziare un trattamento specialistico: ci si riferisce alla capillare diffusione di protocolli specifici per il paziente con infarto acuto del miocardio, con ictus potenzialmente ischemico, con politrauma.

Al sistema 118 vengono attribuite anche funzioni di coordinamento e di gestione degli accessi che appaiono sempre più imprescindibili. Le centrali operative devono essere in grado di espletare tali funzioni sia in regime di attività ordinaria (basandosi anche sulle possibili esigenze specialistiche del caso in oggetto) sia in presenza di eventi eccezionali o condizioni ad elevato afflusso, per cui sia necessario passare ad una gestione ultraterritoriale, superando ambiti di competenza distrettuale o aziendale ed attivando risposte complesse anche a distanza dalla sede dell'evento.

Il servizio di Elisoccorso regionale è realizzato in collaborazione con i Vigili del Fuoco di Genova attraverso apposita convenzione approvata dalla Giunta regionale con deliberazione 318/2009 e utilizza un aeromobile con base presso l'aeroporto di Sestri Ponente.

Entro il 2009, tenuto conto delle risorse disponibili, il servizio sarà potenziato con l'acquisizione di un secondo aeromobile da impiegarsi, sempre in collaborazione con i Vigili del Fuoco, nel territorio del Ponente ligure con base operativa presso l'aeroporto di Albenga.

1.2.2.9 L'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS Liguria)

L'Agenzia Sanitaria Regionale, ARS Liguria, dovrà produrre contributi utili alla misurabilità della pratica clinica, il sostegno dei professionisti di qualità ma anche il miglioramento della qualità dell'insieme dei professionisti. ARS Liguria lavora per la crescita dell'autostima del sistema dando strumenti per migliorarne la performance.

Tra i compiti dell'agenzia vi è l'elaborazione di studi sullo stato di salute della popolazione, con particolare riguardo a fattori quali rischio, accesso ed equità, procedure per l'accreditamento che consentano la selezione dei migliori soggetti erogatori. Agendo da collante tra i professionisti ed il management sanitario, dovrà studiare quelle cause politiche, sociali, normative, comportamentali ed ambientali che sono in grado di rendere strutturale il rischio di malattia. Al pari della medicina infatti ha i determinanti non medici di salute tra gli obiettivi primari di studio

Con questi scopi è stata istituita con la l.r. 41/2006 quale ente strumentale della Regione per svolgere attività di supporto e di consulenza tecnica all'organizzazione regionale (articolo 62 e seguenti). ARS Liguria opera in stretto coordinamento con il Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria, risponde del proprio operato alla Giunta regionale mentre questa svolge di ritorno una funzione di indirizzo e controllo.

Nel triennio di vigenza del piano l'Agenzia elaborerà dati e informazioni sulle attività del Servizio Sanitario Regionale, monitorerà i livelli di assistenza erogati e verificherà gli effetti dell'attuazione dei piani strategici ed operativi. L'agenzia svolgerà le sue attività mettendo in pratica le logiche di rete enunciate nel piano tramite proposte dirette ai professionisti e da questi elaborate e trasferite all'attenzione dell'Agenzia. A tale proposito la Direzione Generale

opererà in stretto collegamento ed in maniera coordinata con le Direzioni generali e sanitarie delle Aziende.

ARS Liguria - in partnership con gli altri attori, istituzionali e privati, impegnati sul fronte della Ricerca ed Innovazione del sistema - ha il mandato, inoltre, di studiare modelli gestionali sperimentali da verificare nella loro possibile estrapolazione all'intero territorio regionale, svolgendo così funzione di supporto per il management sanitario ligure ed avvalendosi di strumenti di ricerca operativa.

ARS Liguria dovrà produrre l'evidenza necessaria a rispondere alla domanda di fondo di quante siano le persone che trovano mantenuta o migliorata la loro salute dal sistema salute.

1.2.3 Il servizio offerto.

confronto per tipologia di ricovero anni 2006-2007

TIPOLOGIA DI RICOVERO	anno 2006	anno 2007	delta
ordinario chirurgico	72.682	70.156	-3,5%
ordinario medico	150.513	145.467	-3,4%
DH chirurgico/daysurgery	64.933	63.607	-2,0%
DH medico	88.183	84.014	-4,7%
riabilitazione	9.150	9.968	8,9%
DH riabilitazione	2.044	2.014	-1,5%

confronto per provenienza anni 2006-2007

PROVENIENZA	anno 2006	anno 2007	delta
LIGURIA	341.963	330.775	-3,3%
ALTRE REGIONI	40.784	39.844	-2,3%
ALTRO	4.758	4.607	-3,2%

confronto per fascia d'età anni 2006-2007

FASCIA ETA'	anno 2006	anno 2007	delta
0-14 aa	22.638	21.147	-6,6%
15-44 aa	35.551	33.708	-5,2%
45-64 aa	39.988	38.755	-3,1%
65-84 aa	84.008	80.598	-4,1%
>85 aa	20.785	21.236	2,2%

n.b.: solo ordinari per acuti escluso parti e neonato sano

confronto per gruppo drg anni 2006-2007

GRUPPO DRG	anno 2006	anno 2007	delta
F00 - peso <=0,65 & DRG "LEA"	14.774	13.827	-6,4%
F0 - peso <=0,65 o DRG "LEA"	35.370	33.884	-4,2%
F1 - peso >0,65 e <=0,88	38.499	36.746	-4,6%
F2 - peso >0,88 e <=1,36	57.859	55.189	-4,6%
F3 - peso >1,36 e <=2,27	38.391	38.278	-0,3%
F4 - peso >2,27	18.077	17.520	-3,1%
NEONATO SANO	8.290	8.305	0,2%
PARTO	11.935	11.874	-0,5%

n.b.: solo ordinari per acuti

confronto per durata della degenza anni 2006-2007

MDC	DESCRIZIONE	casi		degenza media		delta	delta
		anno 2006	anno 2007	anno 2006	anno 2007	casi	d.m.
N.D.	DRG ASPECIFICI O ERRATI	514	484	13,5	12,0	-5,8%	10,7%
01	SISTEMA NERVOSO	20.982	20.554	9,8	9,5	-2,0%	-2,9%
02	PATOLOGIA OCULISTICA	2.805	2.589	4,3	4,3	-7,7%	-0,2%
03	PATOLOGIA ORL	5.259	4.763	5,2	4,8	-9,4%	-7,4%
04	SISTEMA RESPIRATORIO	19.866	19.785	10,3	10,3	-0,4%	0,0%
05	SISTEMA CIRCOLATORIO	30.183	28.722	8,0	8,0	-4,8%	0,4%
06	SISTEMA DIGESTIVO	20.757	19.953	8,7	8,6	-3,9%	-1,4%
07	SISTEMA EPATOBILIARE	10.465	9.931	9,6	9,7	-5,1%	0,7%
08	MUSCOLOSCHEL. E CONNETTIVO	24.360	23.349	9,1	9,2	-4,2%	0,8%
09	SOTTOCUTANEO E MAMMELLA	5.964	5.216	7,0	7,0	12,5%	-0,4%
10	ENDOCRINO, NUTRIZ. E METAB.	4.482	4.214	6,5	6,4	-6,0%	-1,3%
11	RENE E VIE URINARIE	13.756	13.498	8,2	8,3	-1,9%	1,2%
12	RIPRODUTTIVO MASCHILE	3.574	3.280	7,3	7,0	-8,2%	-3,7%
13	RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.755	5.740	5,5	5,6	-0,3%	1,1%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	16.249	16.261	4,1	4,1	0,1%	1,1%
15	NEONATI	11.663	11.693	4,4	4,4	0,3%	0,8%
16	EMOPOIETICO E IMMUNITARIO	2.502	2.504	9,6	9,6	0,1%	-0,6%
17	TUMORI SCARS.DIFF. E MIELOPROL	5.225	4.937	10,0	10,2	-5,5%	2,4%
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASS.	3.083	3.108	10,8	11,6	0,8%	7,4%
19	MALATTIE E DISORDINI MENTALI	8.541	8.278	12,3	12,1	-3,1%	-1,2%
20	ABUSO ALCOOL E FARMACI	1.002	858	6,0	7,1	14,4%	18,5%
21	TRAUMAT. E AVVELENAMENTI	1.912	1.729	7,7	7,6	-9,6%	-0,7%
22	USTIONI	371	314	16,3	17,8	15,4%	9,0%
23	FATTORI ASPECIFICI	1.873	2.001	5,5	5,3	6,8%	-2,1%
24	TRAUMI MULTIPLI RILEVANTI	420	372	16,2	16,6	11,4%	2,4%
25	INFEZIONI DA HIV	616	597	14,9	15,0	-3,1%	0,5%
PR	PRE-MDC	1.016	893	36,7	38,7	12,1%	5,5%
TOTALE		223.195	215.623	8,4	8,3	-3,4%	-0,3%

n.b.: solo ordinari per acuti; la degenza media è calcolata escludendo i ricoveri di 1 giorno

confronto drg/pac anni 2006-2007

DRG	DESCRIZIONE	anno 2005		anno 2006			anno 2007		
		DRG		DRG	PAC	%PAC	DRG	PAC	%PAC
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.310		710	1.673	70,2%	582	1.792	75,5%
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	15.224		3.007	11.757	79,6%	1.436	12.657	89,8%
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	2.623		2.281		0,0%	1.441	487	25,3%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.300		3.019		0,0%	2.855	194	6,4%
133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	945		439	294	40,1%	404	225	35,8%
134	IPERTENSIONE	2.483		848	1.075	55,9%	811	1.224	60,1%
142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	947		612	166	21,3%	610	196	24,3%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.433		2.840	640	18,4%	2.776	686	19,8%
294	DIABETE ETA' > 35 ANNI	2.808		859	1.391	61,8%	641	1.427	69,0%
342	CIRCONCISIONE ETA' > 17 ANNI	764		249	512	67,3%	186	475	71,9%
TOTALI		34.837		14.864	17.508	54,1%	11.742	19.363	62,3%

confronto posti letto per acuti anni 2002-2005-2007

AREE	POSTI LETTO PER ACUTI						TOTALE P.L. ACUTI 2002	TOTALE P.L. ACUTI 2005	TOTALE P.L. ACUTI APRILE 2007	Scostamento 2002/2007		Scostamento 2002/2005		Scostamento 2005/2007	
	ANNO 2002		ANNO 2005		APRILE 2007					valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%
	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds									
PONENTE	1.819	210	1.600	242	1.485	266	2.029	1.842	1.751	-278	-13,7%	-187	-9,2%	-91	-4,9%
METROPOLITANA	3.716	512	3.208	621	2.824	589	4.228	3.829	3.413	-815	-19,3%	-399	-9,4%	-416	-10,9%
LEVANTE	1.225	131	1.028	169	912	163	1.356	1.197	1.075	-281	-20,7%	-159	-11,7%	-122	-10,2%
TOTALE REGIONE	6.760	853	5.840	1.029	5.221	1.018	7.613	6.869	6.239	-1374	-18,0%	-744	-9,8%	-630	-9,2%

Nel periodo 2002/2007 i posti letto per acuti sono diminuiti del 18%

confronto posti letto riabilitazione anni 2002-2005-2007

AREE	POSTI LETTO RIABILITAZIONE /CURE INTERMEDIE						TOTALE P.L. RIAB./C.I. 2002	TOTALE P.L. RIAB./C.I. 2005	TOTALE P.L. RIAB./C.I. APRILE 2007	Scostamento 2002/2007		Scostamento 2002/2005		Scostamento 2005/2007	
	ANNO 2002		ANNO 2005		APRILE 2007					valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%
	d.o.	dh	d.o.	dh	d.o.	dh									
PONENTE	70	7	128	11	213	11	77	139	224	147	191%	62	81%	85	61%
METROPOLITANA	235	5	251	5	305	12	240	256	317	77	32%	16	7%	61	24%
LEVANTE	87	8	115	11	135	16	95	126	151	56	59%	31	33%	25	20%
TOTALE REGIONE	392	20	494	27	653	39	412	521	692	280	68%	109	26%	171	33%

I posti letto di riabilitazione sono aumentati di quasi il 70% (periodo 2002-2007)

indici posti letto per 1000 abitanti - acuti e riabilitazione - aprile 2007

	Popolazione 31/12/2005	Posti letto acuti (aprile 2007)		Posti letto acuti al termine del triennio (1)		Posti letto riabilitazione/cure intermedie (aprile 2007)		Posti letto riabilitazione/cure intermedie al termine del triennio (1)	
		numero letti	indice	numero letti	indice	numero letti	indice	numero letti	indice
TOTALE REGIONE	1.610.134	6.239	3,87	6.086	3,78	692	0,43	1.448	0,90

p.l. acuti da convertire: 153

p.l. riabilitazione da attivare: 756

I posti letto per acuti sono il 3.8 per mille, e quelli di riabilitazione lo 0.43 per mille.

All'interno dei posti letto per acuti si dovrà programmare un riequilibrio che porti a diminuire il numero complessivo dei day hospital rispetto ai letti ordinari (più per le specialità mediche che chirurgiche ove invece si dovrà operare il meccanismo inverso dai letti ordinari alla day surgery) operando uno spostamento dalle attività di day hospital diagnostico verso i percorsi ambulatoriali complessi e progetti sperimentali di "day service", prendendo spunto da analoghe esperienze già realizzate in altre regioni.

Personale in servizio nel Sistema Sanitario Regionale in ruolo per ASL e aziende ospedaliere Anno 2008

	Dirigenza Medico PTA	Personale Infermieristico	Personale tecnico Riabilitativo	Ausiliari	Amministrativi	Altro personale	Totale
Aziende							
001 ASL IMPERIESE	478	1.124	232	35	235	528	2.632
002 ASL SAVONESE	523	1.208	317	52	309	550	2.959
003 ASL GENOVESE	782	1.522	388	115	634	921	4.362
004 ASL CHIAVARESE	369	737	153	108	197	246	1.810
005 ASL SPEZZINO	464	1.038	203	31	256	260	2.252
025 GALLIERA	361	614	167	82	210	262	1.696
051 EVANGELICO	53	100	18	37	36	50	294
910 S.CORONA	256	582	133	60	136	242	1.409
920 VILLA SCASSI	280	577	118	5	123	181	1.284
930 S.MARTINO	944	2.036	347	133	401	723	4.584
940 GASLINI	303	814	134	20	101	297	1.669
950 I.S.T.	178	126	70	1	76	64	515
TOTALE REGIONE	4.991	10.478	2.280	679	2.714	4.324	25.466

1.3 Il contesto epidemiologico

1.3.1 Le prospettive socio demografiche

Nonostante la sua limitata estensione territoriale (5.418,17 kmq), la Liguria è una delle regioni europee più densamente popolate con 293,700 abitanti per kmq.

Nel 2007, l'ammontare della popolazione residente era pari a 1.607.878 e risultava così strutturata:

Struttura della popolazione residente in Liguria. Dati Istat aggiornati al 1 gennaio 2007

Province	Residenti femmine	Residenti maschi	Residenti totali	Età media (aa) ¹	Tasso di Natalità ²	Mortalità ³	Saldo naturale ⁴
Imperia	113.208	104.146	217.354	46,39	7,82	12,76	-1.074
Savona	148.491	134.727	283.218	47,11	7,64	12,83	-1.470
Genova	467.510	419.584	887.094	46,95	7,47	13,25	-5.132
La Spezia	115.263	104.949	220.212	46,88	7,58	12,87	-1.167
Liguria	844.472	763.406	1.607.878	46,89	7,56	13,06	-8.843
ITALIA	30412846	28718441	59131287	42,34	9,54	9,65	-6868

¹ **Età media:** media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

² **Natalità:** rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

³ **Mortalità:** rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

⁴ **Saldo naturale:** differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità

Piramide delle età residenti regione Liguria- 1 gennaio 2007

Fonte: Istat

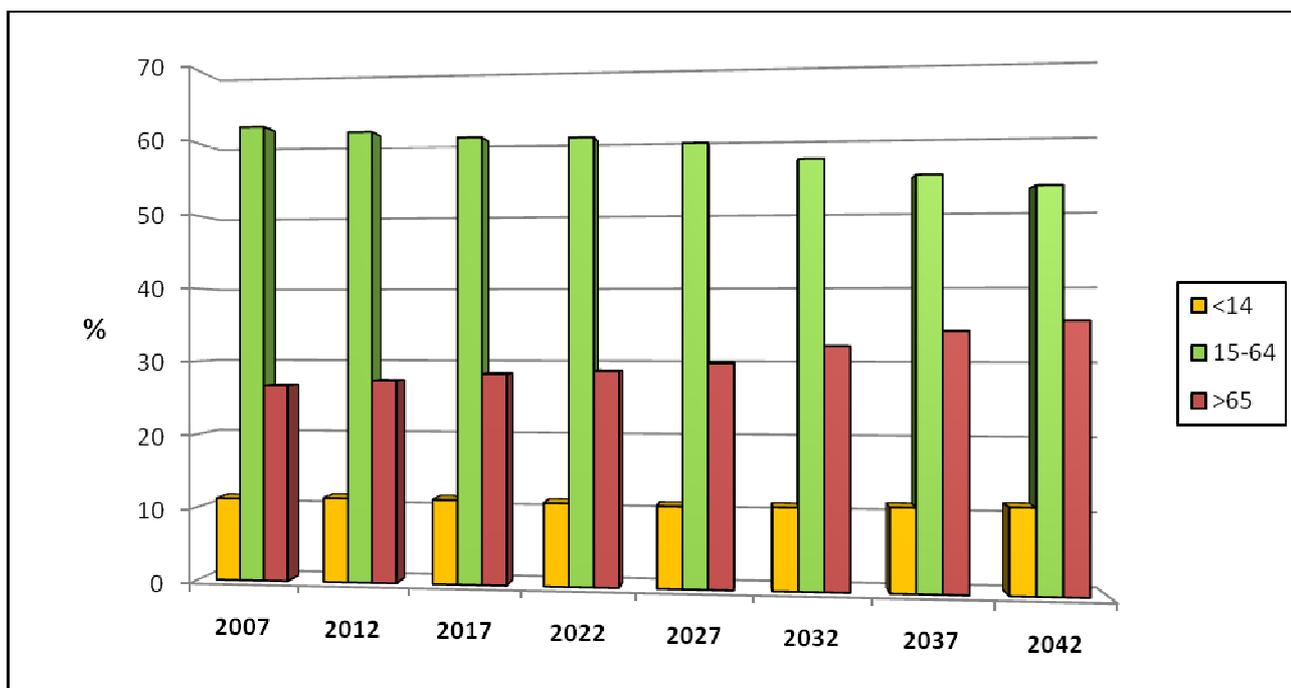


Indicatori demografici disaggregati a livello provinciale - Dati Istat aggiornati al 1 gennaio 2007

PROVINCE	INDICE DI INVECCHIAMENTO	Vecchiaia ²	Dipendenza ³	INDICE DI ANZIANI PER BAMBINO	INDICE DI CARICO DEI FIGLI PER 100 DONNE IN ETÀ FECONDA	INDICE DELLA POPOLAZIONE IN ETÀ ATTIVA	INDICE DI RICAMBIO DELLA POPOLAZIONE IN ETÀ ATTIVA	ETÀ MEDIA
Imperia	26,1	224,2	60,5	5,7	21,7	62,3	158,6	46,8
Savona	26,9	245,7	61,0	6,0	21,7	62,1	186,8	47,5
Genova	26,5	241,1	59,9	6,0	20,9	62,5	171,2	47,3
La Spezia	26,6	242,4	60,0	6,1	20,6	62,5	163,3	47,3
LIGURIA	26,5	239,7	60,2	6,0	21,1	62,4	170,9	47,3
ITALIA	19,7	139,9	51,1	3,5	23,7	66,2	108,6	42,6

Fonte: ISTAT

Previsione della popolazione ligure per macro-classi d'età – Previsioni Istat (<http://demo.istat.it/>)



1.1

1.3.2 Lo stato di salute dei cittadini liguri e le prospettive epidemiologiche

Le prospettive epidemiologiche regionali debbono tenere conto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle patologie degenerative e oncologiche, delle cronicità, ma anche della comparsa di patologie prima non rilevanti e spesso solo episodiche.

La popolazione ligure ha vissuto negli ultimi decenni un fenomeno spiccato di invecchiamento, che ha portato la nostra regione ad avere il record a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di oltre sessantacinquenni più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione europea. Contemporaneamente al progressivo invecchiamento si è spostato in avanti il concetto di popolazione "anziana" ed è comparso un nutrito numero percentuale di persone cosiddette "old-old". Questo fenomeno, destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni dovrà prevedere la capacità dei servizi sociali e sanitari di adeguarsi alle esigenze mutanti e percorsi di studio che permettano di fornire risposte efficienti e soddisfacenti per i cittadini.

Popolazione residente per condizione di salute, malattia cronica dichiarata, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista e regione - Anno 2005 (per 100 persone della stessa età, sesso e zona)

REGIONI	Stato di buona salute (a)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b)	Diabete	Iperensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteoporosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
Piemonte	70,8	34,9	17,6	43,7	3,7	14,2	5,3	15,7	5,8	2,9	7,8	2,8	3,1	39,9
Valle d'Aosta	74,1	35,2	16,1	49,4	2,0	13,5	6,3	16,5	5,5	3,5	8,3	3,9	2,8	38,9
Lombardia	72,6	36,0	17,8	47,8	4,2	13,5	6,1	15,6	6,4	4,0	9,6	3,5	2,8	40,9
Trentino-A. Adige	79,2	30,9	13,9	54,2	2,9	10,7	4,6	12,0	4,1	3,1	9,6	2,9	1,8	33,6
Veneto	71,3	38,1	18,2	46,4	3,9	14,2	6,1	16,2	5,9	3,9	9,8	3,5	3,0	43,6
Friuli-V. Giulia	70,2	37,7	18,4	41,4	4,6	14,1	5,3	18,3	5,8	4,9	7,0	3,9	3,1	37,8
Liguria	73,4	36,8	19,8	46,9	4,3	15,0	4,7	20,3	7,9	3,5	6,5	4,4	1,7	41,3
Emilia-Romagna	72,6	37,5	19,3	45,1	3,4	14,1	6,1	18,5	6,1	5,2	8,8	3,9	4,5	45,3
Toscana	72,1	37,5	20,0	43,9	4,4	13,8	6,1	19,1	7,4	4,3	9,1	4,0	2,2	40,8
Umbria	72,6	41,6	22,6	48,1	4,6	17,1	7,2	21,9	8,5	4,6	10,2	5,4	3,3	42,3
Marche	71,2	38,9	22,2	44,4	3,9	15,5	6,7	21,4	6,8	4,3	8,5	4,3	3,9	42,6
Lazio	71,5	42,0	22,8	45,6	4,7	15,8	7,8	19,6	9,4	4,3	11,2	5,1	3,7	42,3
Abruzzo	71,4	37,2	21,6	46,7	4,9	15,0	6,5	21,9	8,4	4,1	8,4	3,7	2,6	37,6
Molise	72,8	38,8	22,9	42,7	5,4	14,5	7,9	24,1	9,2	4,7	6,7	5,1	3,1	35,4
Campania	76,5	32,1	18,2	46,6	4,4	13,2	6,6	17,4	7,3	3,1	6,2	4,2	3,0	31,2
Puglia	76,9	32,9	18,0	47,2	4,8	13,7	5,4	18,2	7,4	2,9	7,2	3,3	2,0	35,1
Basilicata	72,3	39,7	21,3	45,1	5,0	15,2	9,0	21,5	6,8	3,9	10,4	3,7	4,5	36,3
Calabria	68,9	40,2	26,2	37,9	7,3	17,1	9,2	24,1	10,2	5,0	9,3	5,9	5,4	39,3
Sicilia	75,4	35,9	21,6	42,3	5,8	14,8	6,5	20,9	8,0	3,5	8,2	5,7	3,6	33,1
Sardegna	74,6	38,1	20,6	48,4	4,6	12,7	7,3	20,0	8,8	4,1	10,5	3,9	2,6	38,0
ITALIA	73,1	36,6	19,6	45,5	4,5	14,2	6,4	18,3	7,2	3,9	8,7	4,1	3,1	39,0

Fonte: ISTAT

(a) Esprimono un voto 4 o 5 in una scala da 1 a 5 ove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore.

(b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica.

(c) Inclusa asma bronchiale.

Il fenomeno del progressivo invecchiamento è accompagnato dall'aumento percentuale delle persone anziane autosufficienti, ma anche da un aumento in termini assoluti delle persone non autosufficienti alle quali deve essere garantito una soddisfacente qualità della vita.

Speranza di vita alla nascita per sesso e regione 2004-2007

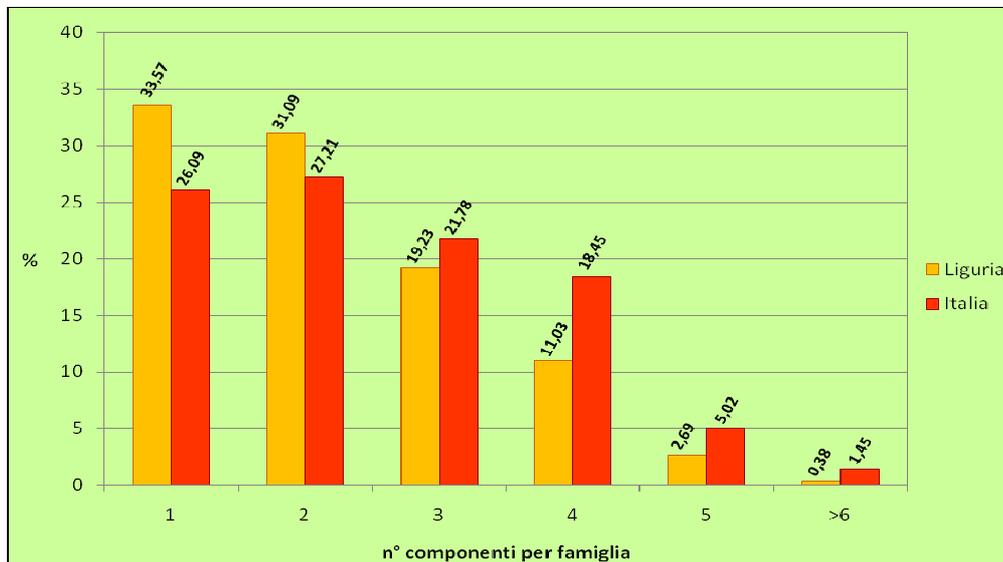
REGIONI	Speranza di vita alla nascita							
	2004		2005***		2006***		2007***	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Piemonte*	77,6	83,6	77,5	83,2	77,9	83,6	78,3	84,0
Valle d'Aosta*	77,6	83,6	77,5	83,2	77,9	83,6	78,3	84,0
Lombardia	77,9	84,1	77,9	83,8	78,3	84,2	78,7	84,3
Trentino-Alto Adige	78,0	84,4	78,3	84,3	78,5	84,6	79,1	85,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>78,1</i>	<i>84,3</i>	<i>78,2</i>	<i>84,0</i>	<i>78,7</i>	<i>84,5</i>	<i>79,4</i>	<i>85,0</i>
<i>Trento</i>	<i>77,9</i>	<i>84,5</i>	<i>78,4</i>	<i>84,6</i>	<i>78,3</i>	<i>84,6</i>	<i>78,9</i>	<i>85,1</i>
Veneto	78,1	84,5	78,1	84,3	78,6	84,7	78,9	84,6
Friuli-Venezia Giulia	77,7	83,5	77,8	83,6	78,2	83,9	78,9	84,3
Liguria	78,0	83,8	77,6	83,4	78,0	83,5	78,3	84,0
Emilia-Romagna	78,5	84,1	78,3	83,8	78,7	84,2	78,9	84,4
Toscana	78,8	84,4	78,6	84,1	79,0	84,6	79,3	84,6
Umbria	78,7	84,3	78,0	83,9	78,9	84,3	79,6	84,8
Marche	79,0	84,7	79,1	84,8	79,2	84,8	79,5	85,2
Lazio	77,4	82,9	77,6	83,0	78,1	83,6	78,7	84,1
Abruzzo**	77,8	84,2	77,9	84,0	78,3	84,3	78,6	84,6
Molise**	77,8	84,2	77,9	84,0	78,3	84,3	78,6	84,6
Campania	76,5	82,3	76,3	82,0	76,9	82,6	77,4	82,9
Puglia	78,6	83,8	78,4	83,4	78,8	83,9	79,2	84,2
Basilicata	77,9	83,0	77,7	83,2	77,9	83,6	78,4	83,7
Calabria	78,2	83,3	77,9	83,2	78,5	84,0	78,8	84,1
Sicilia	77,8	82,6	77,5	82,5	78,0	82,9	78,1	82,9
Sardegna	77,6	84,0	77,4	83,9	77,7	84,5	78,0	84,7
ITALIA	77,9	83,7	77,8	83,5	78,3	83,9	78,6	84,1
Nord	78,0	84,1	77,9	83,8	78,3	84,1	78,7	84,3
Centro	78,2	83,8	78,2	83,7	78,6	84,1	79,1	84,5
Mezzogiorno	77,7	83,1	77,4	82,9	77,9	83,4	78,2	83,6
Nord-ovest	77,8	83,9	77,8	83,6	78,1	83,9	78,6	84,2
Nord-est	78,2	84,2	78,2	84,0	78,6	84,4	78,9	84,5
Sud	77,6	83,2	77,4	82,9	77,9	83,5	78,3	83,7
Isole	77,8	83,0	77,4	82,8	77,9	83,3	78,1	83,3

* Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Valle d'Aosta

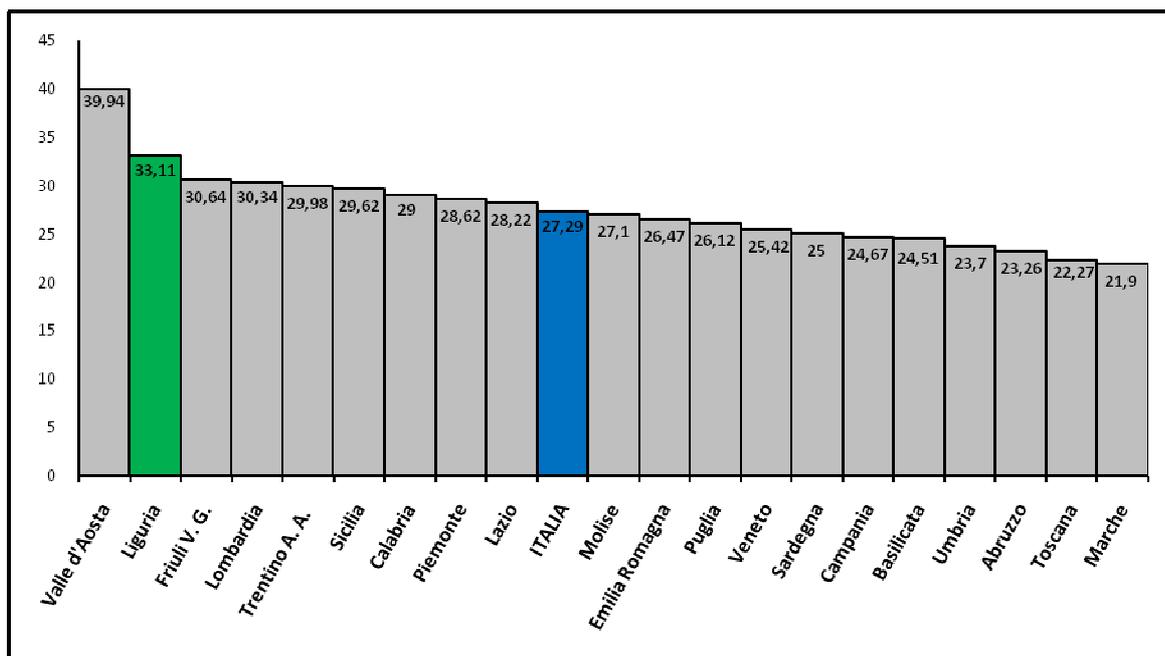
** Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise

***Stima.

Percentuale di famiglie per numero di componenti - Istat - Health for All - Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)



Percentuale di anziani soli (M+F ≥ 65 anni) per regione - Istat - Health for All - Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)



Dimissioni, giornate di degenza e degenza media per MDC(Major Diagnostic Categories) anno 2006

MDC (Major Diagnostic Categories) (b)	DIMISSIONI		GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (c)
	Numero	Percentuale		
Malattie e disturbi del sistema nervoso	21.059	9,40	187.182	9,83
Malattie e disturbi dell'occhio	2.805	1,25	10.640	4,30
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	5.268	2,35	23.588	5,18
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	19.967	8,92	193.504	10,31
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	30.364	13,56	223.726	8,05
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	20.811	9,29	163.998	8,72
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	10.493	4,69	97.008	9,63
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.385	10,89	202.517	9,13
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	5.994	2,68	35.604	7,03
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	4.512	2,02	27.734	6,53
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	13.839	6,18	105.118	8,28
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3.574	1,60	23.110	7,30
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	5.757	2,57	28.421	5,52
Gravidanza, parto e puerperio	16.249	7,26	61.368	4,10
Malattie e disturbi del periodo neonatale	11.663	5,21	50.200	4,36
Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	2.508	1,12	22.752	9,63
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente diffuse	5.236	2,34	49.849	10,02
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3.099	1,38	30.957	10,86
Malattie e disturbi mentali	8.565	3,83	92.944	12,26
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	1.017	0,45	3.483	6,12
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.914	0,85	10.997	7,67
Ustioni	371	0,17	5.480	16,34
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.897	0,85	8.997	5,55
Traumatismi multipli rilevanti	421	0,19	6.435	16,19
Infezioni da H.I.V.	617	0,28	8.632	14,91
Pre-MDC (d)	1.016	0,45	37.009	36,67
Altri Diagnosis Related Groups (D.R.G.)	515	0,23	6.320	13,56
TOTALE	223.916	100,00	1.717.573	8,41

Fonte: Regione Liguria

(a) Ricoveri per acuti in regime ordinario

(b) Maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti con riferimento alla casistica diagnostica

(c) Rapporto tra giornate di degenza relative ai dimessi nell'anno (escluse degenze 1 g) e dimessi nell'anno (escluse degenze 1g)

(d) DRG attribuiti sulla base della presenza di trapianti indipendentemente dalla diagnosi principale (trapianto di fegato, midollo osseo, polmone, simultaneo pancreas/rene, pancreas, tracheostomia)

Decessi e tassi standardizzati nella regione, per grandi gruppi di cause: - Anni 2003 e 2006

GRUPPO ICD10 ^(b)	JSE DI MORTE	Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000	
		2003	2006	2003	2006
		MASCHI			
C00-D48	Tumori	3.519	3.472	41,95	39,30
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	176	179	2,13	2,01
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	334	349	3,92	4,01
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	891	915	10,32	10,11
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	-	-
E10-E14	Diabete mellito	262	255	3,18	2,97
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	381	362	4,80	4,22
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	3.753	3.337	47,19	39,72
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	716	589	8,71	6,86
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	910	854	11,50	10,10
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	856	747	10,84	8,81
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	422	430	5,12	4,94
V01-Y89	Cause accidentali e violente	393	347	5,18	4,30
-	Altre cause	1.112	1.029	14,28	12,35
Totale		10.698	9.978	132,53	116,62
FEMMINE					
C00-D48	Tumori	2.824	2.822	21,93	21,12
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	150	170	1,10	1,18
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	340	367	2,54	2,66
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	256	247	2,08	1,96
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	466	442	3,91	3,61
E10-E14	Diabete mellito	423	399	2,74	2,45
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	636	602	4,08	3,68
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	5.407	4.673	32,80	26,45
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	615	497	4,07	3,06
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	1.472	1.263	9,02	7,34
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	653	530	3,97	3,04
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	498	446	3,40	2,96
V01-Y89	Cause accidentali e violente	446	380	3,07	2,50
-	Altre cause	1.503	1.315	10,31	8,40
Totale		12.390	11.166	82,31	70,60

I tassi standardizzati su 10.000 abitanti relativi alle cause di morte evidenziano come siano sempre le malattie del sistema circolatorio ed i tumori le principali cause di morte, ma nel tempo tendono a diminuire la loro incidenza, valutazioni analoghe si possono fare anche per i dati a livello nazionale.

RMRL- Registro Mortalità Regione Liguria

Razionale: funzione assistenziale speciale attribuita all'IST dall'Assessorato alla Salute Regione Liguria, il Registro Mortalità della Regione Liguria (RMRL) è una componente del Sistema Informativo del Assessorato alla Sanità Regione Liguria. Dal 1988 i suoi dati sono richiesti e utilizzati da Regione, Enti Locali e singoli Ricercatori per diversi tipi di studio e diverse finalità sanitarie, risultando fondamentali nella valutazione dello stato di salute della popolazione e la programmazione di interventi socio-sanitari e ambientali in Liguria.

Obiettivi RMRL: raccolta, verifica, analisi e valutazione di tutte le cause di morte dell'intera popolazione ligure (deceduti in Liguria e residenti liguri deceduti fuori dell'ambito del territorio ligure). I deceduti ammontano a circa 23000 l'anno.

Criteri di operatività: La conduzione dell'attività viene operata nel rispetto delle disposizioni di legge inerenti il trattamento dati sensibili di tipo sanitario ed è condotta in modo integrato con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione delle 5 ASL liguri, presso cui vengono depositate le schede di morte relative ai decessi dei residenti avvenuti sul (o fuori del) territorio della ASL. Ottenuto in copia tale materiale il RMRL procede ai controlli di quantità e di qualità, traduce in codici internazionali standardizzati i dati presenti sulla scheda e li inserisce in uno specifico database. Particolare cura è dedicata all'assegnazione del codice della causa di morte, che avviene utilizzando le regole di codifica dell'OMS tramite la Classificazione Internazionale dei Traumatismi e Cause di Morte. Il RMRL effettua valutazioni sistematiche sullo stato di salute della popolazione e consegna ad ogni ASL il materiale elaborato. Su richiesta specifica (autorizzata da l'Assessorato alla Sanità regionale), collabora con Enti locali, altri Assessorati regionali (es. Ambiente, Statistica) e singoli ricercatori per indagini speciali.

RTRL- Registro Tumori Regione Liguria

Razionale: funzione assistenziale speciale attribuita all'IST dall'Assessorato alla Salute Regione Liguria, il Registro Tumori della Regione Liguria (RTRL) è una componente del Sistema Informativo del Assessorato alla Sanità Regione Liguria. Dal 1986 i suoi dati sono richiesti e utilizzati da Regione, Enti Locali e singoli Ricercatori per diversi tipi di studio e diverse finalità sanitarie dell'ambito oncologico.

Obiettivi RTRL: Il RTRL raccoglie indicatori di rischio (INCIDENZA) e risultato (SOPRAVVIVENZA) nella popolazione di riferimento. La PREVALENZA (valutazione del carico di malattia, che deriva dalla combinazione delle due misure precedenti) e la MORTALITÀ vengono aggiornate periodicamente in base alle collaborazioni attive con AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumore), INT (Istituto Nazionale Tumori) di Milano e ISS (Istituto Superiore di Sanità) di Roma per la prima e con il RMRL e l'ISTAT per la seconda. La collaborazione con l'ISS porta anche alla produzione di stime regionali di incidenza, prevalenza e mortalità aggiornate.

Il RTRL segue l'andamento nel tempo e la distribuzione geografica delle patologie neoplastiche ed è, quindi, in grado di fornire all'autorità sanitaria strumenti per il "controllo" delle neoplasie e consentire la programmazione di interventi di politica sanitaria. Inoltre, fornisce informazioni utili per studi di approfondimento sulle associazioni causali con i fattori di rischio e collabora all'organizzazione degli screening e delle cure palliative e alla valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti oncologici e della loro rispondenza alle Linee Guida in Regione Liguria. Costituisce quindi un fondamentale tassello del sistema informativo sullo stato di salute regionale dal momento che fornisce indicatori sanitari che sono indispensabili per le scelte strategiche di sanità pubblica. Il RTRL fa parte della rete italiana dei registri tumori, che è riconosciuta dal Centro di Controllo delle Malattie del Ministero della Salute come strumento del SSN per in monitoraggio delle patologie neoplastiche nel nostro paese.

Criteri di operatività: Per ragioni di economicità il RTRL ha come area operativa solo la Provincia di Genova (58% circa della popolazione residente ligure), che si è provato essere comunque sufficientemente rappresentativa dell'intera popolazione regionale. Il RTRL processa annualmente i nuovi casi di tumore dei residenti nell'area (circa 8000 di cui circa 6500 tumori maligni), individuati tramite la consultazione delle documentazioni sanitarie (schede dimissione ospedaliere, cartelle cliniche, referti microscopici ed altra documentazione sanitaria). Il RTRL accede anche a fonti non sanitarie (anagrafe sanitaria e civile) per ottenere informazioni accurate sulla residenza e lo stato in vita dei soggetti affetti da neoplasia residenti nell'area geografica di propria competenza. La qualità del dato deriva dalla completezza ed esaustività della raccolta di variabili utili ai fini interpretativi e valutativi (precisa definizione topografica e microscopica, stadio, modalità di diagnosi, approccio terapeutico adottato, ecc.), per questo il RTRL adotta le strategie più opportune per ottenere una qualità informativa ottimale sia per i dati di incidenza (indicatori di qualità: % di conferme microscopiche >80%, % di DCO – casi derivanti solo da certificato di morte- <3%, corretto rapporto mortalità /incidenza per singola sede), sia per i dati di sopravvivenza (verifica della residenza anagrafica, accertamento periodico dello stato in vita in modo attivo).

COR Mesoteliomi – Centro Mesoteliomi Ligure del Registro Nazionale Mesoteliomi (RENAM)

Razionale: il mesotelioma è un tumore maligno che origina dalle cellule mesoteliali della pleura, peritoneo, pericardio e tunica vaginale del testicolo. Il mesotelioma è usualmente raro, ma in Liguria presenta una incidenza estremamente elevata. Come in altre aree europee si prevede in aumento fino al 2020.

Il COR Mesoteliomi è un registro tumori di popolazione specializzato sul mesotelioma ed è parte del Registro Nazionale Mesoteliomi (RENAM) che opera presso l'ISPESL dal 1994 (DPCM 308/2002).

Il COR E' stato il primo Registro Mesotelioma riconosciuto dall'International Association of Cancer Registries (IACR-IARC) ed è accreditato all'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

E' un componente del sistema informativo regionale ed ha una funzione assistenziale speciale attribuita all'IST dall'Assessorato alla Salute della Regione Liguria (DGR 1505, 2003).

Obiettivi del COR: il Centro Mesoteliomi ha l'obiettivo di stimare in modo tempestivo e completo in tutta la popolazione della Regione Liguria l'andamento del mesotelioma individuato come evento sentinella delle malattie correlate all' amianto (od asbesto). Tende ad identificare tutti i pazienti affetti da mesotelioma e raccoglie su uno specifico questionario ad hoc le pregresse esposizioni ambientali e professionali al cancerogeno presente nelle aree di vita e lavoro.

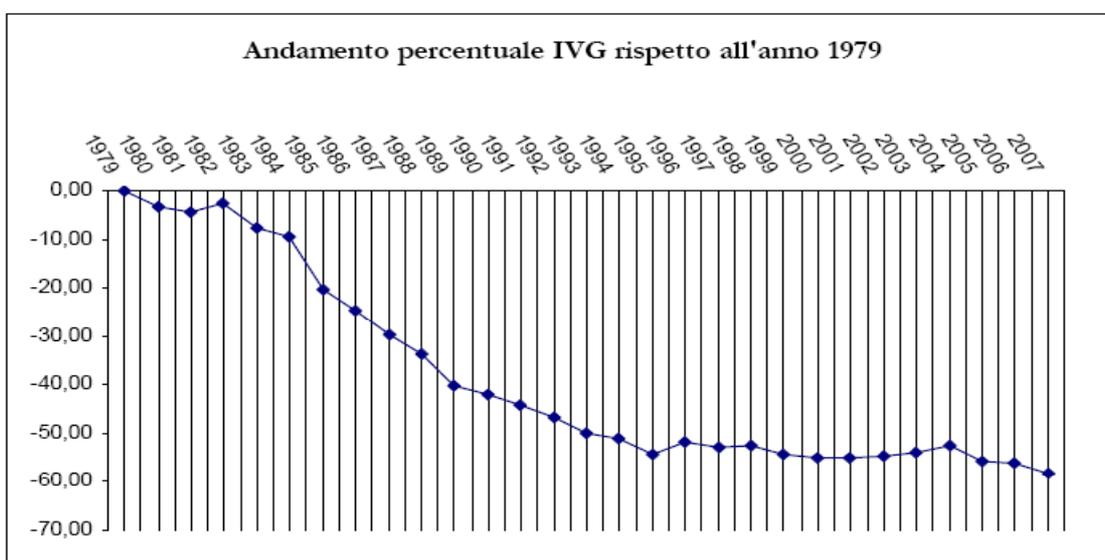
Criteri di operatività: il COR coopera con altri Centri Mesoteliomi regionali (COR), con il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (RENAM) dell'ISPESL, di cui è un componente fondatore; si confronta regolarmente con i registri tumori internazionali e nazionali (AIRTUM) e collabora con strutture scientifiche e sanitarie (ASL), patronati, Procure, associazione per la tutela dei malati, esposti ad amianto (AEA) e per specifici studi epidemiologici ad hoc. Ad oggi la banca informatizzata del Centro Mesoteliomi è costituita da oltre 2000 pazienti per i quali si sono raccolti e codificati dati demografici, geografici, temporali, eziologici e clinici.

Interruzioni volontarie di gravidanza

Le interruzioni volontarie di gravidanza notificate in Liguria nell'anno 2007 sono 3526, con un decremento del 4,7% rispetto al 2006 e del 58,2% rispetto al 1979, raggiungendo così il minimo storico. L'andamento delle IVG registra, dal 1979, anno in cui è entrata in vigore la legge n.194/1978, al 1995 una continua diminuzione del fenomeno, poi fino al 2004 si assiste ad una stabilizzazione dei casi e negli ultimi tre anni siamo in presenza di una diminuzione, particolarmente significativa nel 2007.

Per quanto riguarda le pazienti straniere, che si sono sottoposte all'intervento, l'andamento percentuale dei casi, che dal 2001 al 2004 avevano registrato un continuo aumento, nel 2005 decrescono del 4,4% rispetto all'anno precedente invertendo il trend che va a registrare un dato significativamente positivo nel 2007, scendendo a 1310 interventi pari a -6,6% rispetto all'anno precedente. Il tasso di abortività fornito dal Ministero della salute (dato dal numero degli interventi, rispetto al numero delle donne in età feconda, moltiplicato per 1000) è possibile calcolarlo fino al 2006 come dato definitivo, mentre, calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato per il 2007 che per la Liguria è pari a 10,5, per le regioni del Nord Italia è al 9,5 e per l'Italia è 9,1.

Andamento percentuale IVG 1979/2007



Andamento IVG totale, italiane, straniere (2002-2007)

Andamento IVG su pazienti italiane e straniere anni 2002-2007								
Anno	Totale interventi		Interventi su pazienti italiane			Interventi su pazienti straniere		
	Numero	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.
2002	3827	0,9	2589	67,7	-3,8	1238	32,3	12,2
2003	3893	1,7	2593	66,6	0,2	1300	33,4	5,0
2004	4003	2,8	2526	63,1	-2,6	1477	36,9	13,6
2005	3726	-6,9	2314	62,1	-8,4	1412	37,9	-4,4
2006	3700	-0,7	2297	62,1	-0,7	1403	37,9	-0,6
2007	3526	-4,7	2216	62,8	-3,5	1310	37,2	-6,6

AIDS e HIV

Il primo caso di AIDS in Liguria è stato segnalato nel 1984; da allora, sino al 30 Aprile 2008, le notifiche provenienti dalle strutture cliniche Liguri sono state 3100, di queste 2887 sono relative a persone residenti in Liguria. Utilizzando come denominatore la popolazione ligure del Censimento Nazionale del 2001 per i casi notificati dopo il 1998 e quella del censimento 1991 per i precedenti, il tasso cumulativo d'incidenza risulta pari a 174,6 casi ogni 100.000 abitanti. L'andamento dell'incidenza osservato nel corso degli anni tra i residenti liguri mostra una costante crescita sino al 1995, anno in cui si è raggiunto il picco epidemico (16,9/100.000 ab), cui fa seguito una netta e progressiva riduzione sino a 3,0 casi per 100.000 abitanti nel 2007. Per quanto riguarda il 2008, sono stati notificati 11 casi nei primi 4 mesi dell'anno. Correggendo il dato per ritardo di notifica, si può stimare che l'incidenza di AIDS alla fine dell'anno si attesterà intorno a 3-3,5 casi su 100.000 abitanti.

Fig. Casi di AIDS in residenti liguri: andamento temporale dell'incidenza annuale



La distribuzione dei casi in base al sesso e all'anno di diagnosi evidenzia la maggior diffusione dell'AIDS nella popolazione maschile rispetto a quella femminile; infatti, dagli anni '80 ad oggi, circa tre casi su quattro hanno interessato soggetti maschi.

Inoltre, stratificando per sesso e classi d'età, appare evidente come l'AIDS, dal 1985 ad oggi, abbia interessato soprattutto i soggetti di età compresa tra i 20 e i 50 anni, evidenziando un picco di maggior incidenza soprattutto nella classe 30-39, più elevato fra i maschi rispetto alle femmine; tale divario, seppur presente, risulta meno marcato nella classe 20-29 anni.

Tab. Casi di AIDS in residenti liguri: distribuzione e incidenza cumulativa per fasce di età e sesso dal 1985 AL 30/04/2008

Classi d'eta	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Inc_Tot
0-12	14	16	30	20,0	21,5	20,8
13-19	0	7	7	0,0	16,8	8,6
20-29	213	379	592	222,1	384,2	304,4
30-39	397	1126	1523	332,7	922,1	630,7
40-49	109	400	509	103,7	384,2	243,2
≥50	41	185	226	9,7	57,6	30,5
Totale	774	2113	2887	91,0	277,7	179,1

Tuttavia se fin dalla prima metà degli anni '80 la sorveglianza dell'AIDS ha rappresentato l'elemento chiave nel controllo dell'epidemia di AIDS/HIV, dando indirizzi e indicazioni per i programmi di prevenzione e per la gestione appropriata dei servizi socio-sanitari, la disponibilità delle nuove terapie antiretrovirali e un'assistenza medica avanzata hanno modificato, in modo particolare nell'ultimo decennio, le caratteristiche principali dell'epidemia. Partendo da queste evidenze, la Regione Liguria, recepite le raccomandazioni delle organizzazioni internazionali (OMS, UNAIDS, UE, ECDC) e come indicato nel Piano Sanitario Nazionale, ha istituito un proprio sistema di sorveglianza delle nuove infezioni di HIV.

Tale sistema che prevede la partecipazione attiva di diverse strutture sanitarie operanti sul territorio ligure, prevede la trasmissione, in modo criptato, di una serie di dati raccolti da tutti i soggetti con una nuova diagnosi di infezione da HIV, afferiti, a partire dal 2001, ad uno dei 9 Centri clinici ubicati sul territorio ligure, che forniscono attività assistenziale ai soggetti affetti da HIV.

Nella tabella sottostante è riportata la distribuzione per classe d'età delle nuove diagnosi da HIV notificate in Liguria, che globalmente assommano a 848 casi. Le segnalazioni hanno avuto un picco nel 2004 con 153 segnalazioni mentre sembrano essersi assestate intorno ai 110-120 casi negli anni successivi; anche nel 2008 ci si dovrebbe aggirare su questi valori visto che nei primi 4 mesi si sono avute 34 nuove diagnosi. In altre parole si può affermare che in Liguria si presentano, presso i Centri clinici, 2-3 persone alla settimana a cui è stata diagnosticata per la prima volta una positività al test anti-HIV

Le fasce d'età più interessate dal fenomeno risultano quelle 25-34 e 35-44 anni con percentuali, rispettivamente, del 28,1 e del 34,5, nei 7 anni considerati; seguono poi le classi 45-54 anni (18,0%) e gli over 55 (11,1%)

Tab. Distribuzione delle nuove diagnosi da HIV notificate in Liguria per classi d'età

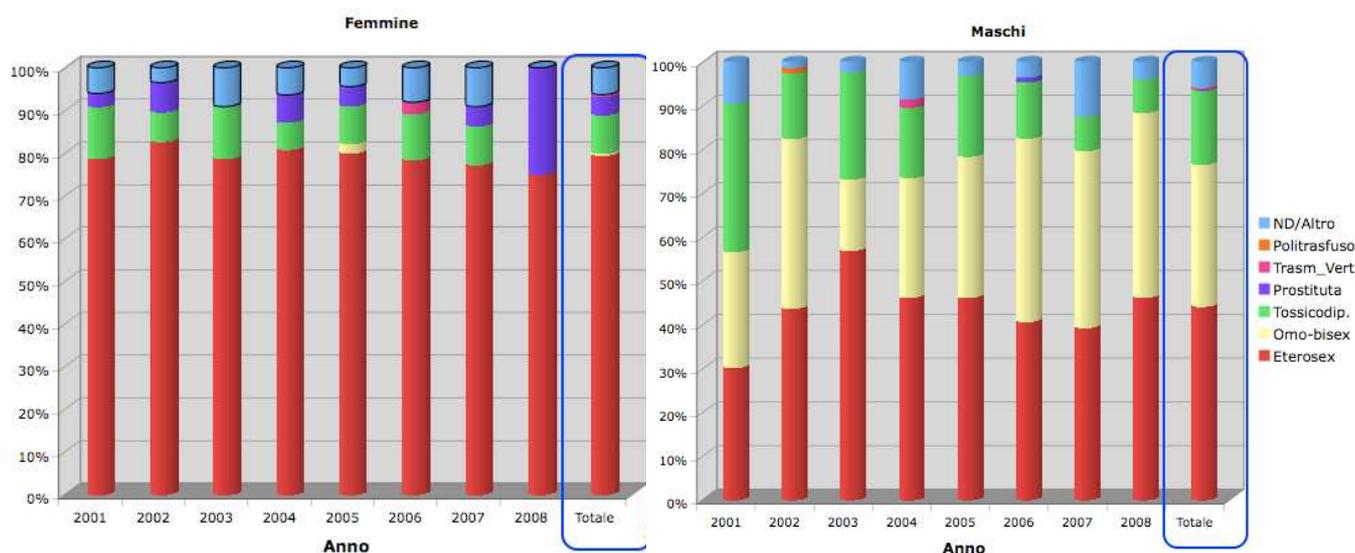
Cat_età	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
0-14			1	5	1	1	1		9
15-24	4	11	4	14	7	7	9	4	60
25-34	28	36	39	43	29	28	27	8	238
35-44	37	33	40	52	41	44	33	12	292
45-54	8	18	24	23	12	36	26	6	153
≥55	9	11	10	16	20	7	17	4	94
ND			1		1				2
Totale	86	109	119	153	111	123	113	34	848

Per quanto concerne la modalità di acquisizione dell'infezione di esposizione, i risultati ottenuti indicano come nei soggetti di sesso femminile, negli anni considerati, la trasmissione eterosessuale costituisca circa 79,5% delle nuove diagnosi, seguita dalla tossicodipendenza con valori intorno al 8,6%; globalmente, circa il 4,3% dei casi ha riguardato prostitute.

Anche negli individui di sesso maschile i contatti sessuali (eterosessuali e omo/bissessuali) rappresentano la principale categoria d'esposizione, con valori intorno al 77% del totale, seguita dal 17% circa nei tossicodipendenti per via endovenosa (IVDU). Appare evidente l'incremento della trasmissione per via sessuale, che nel 2001 costituiva circa il 56% dei casi diagnosticati mentre nel 2007 ha raggiunto valori intorno al 79.8% e nei primi 4 mesi del 2008 si attesta sul 88%. Parallelamente si è verificata una diminuzione dei casi fra i tossicodipendenti che nel 2007 costituiscono il 7,8% circa del totale.

Dall'insieme dei dati si evince come il modello di diffusione dell'HIV sia cambiato essendo diminuite le nuove diagnosi di infezione tra i tossicodipendenti ed essendo divenute preponderanti quelle a trasmissione sessuale.

La sorveglianza epidemiologica fornisce importanti indicazioni sui gruppi di popolazione a maggior rischio e consente di mirare al meglio gli interventi preventivi



Il dato immigrazione

Secondo i dati ISTAT, la popolazione straniera residente in Liguria al primo gennaio 2008 ha superato le 90.000 unità, con un'incidenza sulla popolazione totale residente nella Regione pari al 5,6% circa. E' essenziale ricordare che tali dati si riferiscono agli immigrati regolarmente presenti in Italia, sfuggono cioè ai conteggi le quote di immigrati definiti irregolari (con permesso di soggiorno scaduto) e clandestini (senza permesso di soggiorno).

I principali gruppi nazionali rappresentati sono: Ecuador (18,9%), Albania (17,5%), Marocco (10,7%), Perù (3,5%), Romania (8,7%), Cina (2,7%), Repubblica dominicana (2,5%), Ucraina (2,5%). Non si riscontrano differenze significative rispetto agli anni precedenti: permangono ai primi posti gli ecuadoregni seguiti da albanesi, marocchini e romeni; cresce la migrazione dall'Ucraina e diminuisce la presenza dei cittadini europei.

Le donne rappresentano il 52,9% delle presenze straniere e i minori il 20,8%, ciò significa che 1 straniero su 5 è minorenni. Esistono anche in Liguria squilibri tra i due sessi nelle diverse etnie di immigrati, fattore che influenza non poco il grado di integrazione di questi soggetti nella società che li ospita. Osservando la ripartizione per genere delle presenze, emerge una strutturazione differente dei flussi a seconda del paese d'origine: dall'Ecuador, dal Perù e dall'Ucraina emigrano soprattutto donne - che si inseriscono nel mercato del lavoro domestico; ben diversa è la situazione di marocchini e senegalesi, con flussi migratori connotati al maschile, seppur vi sia una lieve inversione di tendenza anche in questo senso, che sottende la comparsa di progetti migratori più stabili con ricongiungimento familiare. Ancora esigue, ma significative perché controtendenza, sono le migrazioni dal Maghreb di donne sole, giovani e non coniugate, istruite, che scelgono l'emigrazione come strada di emancipazione.

Gli stranieri giunti nella ns. regione sono per l'80% al di sotto dei 45 anni, apportando un certo contributo alla natalità, dato dall'affluenza di donne prevalentemente in età fertile, in genere caratterizzate da una più accentuata fecondità.

Una valutazione più dettagliata è ottenibile considerando separatamente la struttura delle due popolazioni, residente e straniera, e rapportandole secondo le diverse classi di età, da cui emerge un'incidenza più elevata nelle classi più giovani: in Liguria, a fronte di una media generale del 5%, si registra un'incidenza del 8,9% tra i soggetti <14 anni e del 10,7% per gli individui di età compresa tra i 15 e i 39 anni.

Popolazione straniera residente per provincia e classi di età al 1° gennaio 2008

Fonte: istat

Province	Totale stranieri residenti	Composizione percentuale per classe Età' media ¹ di età'					Incidenza percentuale della popolazione straniera sulla popolazione totale				
		0-14	15-39	40-64	≥65		0-14	15-39	40-64	≥65	Tot
Imperia	15.447	16,1	46,6	30,7	6,6	34,87	9,8	12,3	6,1	1,8	7
Savona	16.358	18,5	50,4	27,3	3,8	31,82	9,5	11,1	4,4	0,8	5,7
Genova	47.887	18	50,4	29,1	2,5	31,76	8,7	10,4	4,4	0,5	5,4
La Spezia	11.189	17,6	50,9	29,2	2,4	31,70	8,0	9,6	4,2	0,4	5
Liguria	90.881	17,7	49,8	29,1	3,4	32,30	8,9	10,7	4,6	0,7	5,6

¹ **Età media:** media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

Analizzando i motivi dei permessi di soggiorno si evince dai dati del Ministero dell'Interno (al dicembre 2005) che il lavoro costituisce la prima motivazione (59,6%), seguito dai motivi familiari (30,7%), residenza elettiva (4,4%), studio (2,1%), altro (3,2%). Anche le motivazioni del soggiorno variano significativamente in funzione della nazionalità di provenienza.

Ricorso al Servizio Sanitario Regionale

Gli stranieri iscritti all'Anagrafe sanitaria della Liguria al luglio 2008 sono 51.508, di cui 10.861 minori di 18aa, 28.753 donne e 22.755uomini.

Le strutture sanitarie della Regione Liguria hanno registrato, nell'anno 2007, 13.330 ricoveri ordinari e 7470 day hospital a favore di utenti stranieri residenti, con un'incidenza del 5,9% sui ricoveri totali e del 4,9% sui DH). Le donne straniere che hanno fatto ricorso al ricovero ordinario hanno rappresentato il 61,7% dei ricoveri ordinari e il 68,3% dei Day Hospital a favore di stranieri iscritti al SSN.[Fonte: Datawarehouse Sanitario di Regione Liguria]

Per quanto concerne l'offerta di servizi dedicati ad utenti STP, non si ha una ripartizione omogenea dei servizi dedicati sul territorio ligure: solo le Asl 4 e 5 hanno un ambulatorio ad accesso diretto che garantisce assistenza di base a stranieri senza permessi di soggiorno. E solo la Asl4 ha un servizio di pediatria per minori STP. L'ambulatorio della Asl4 è stato inaugurato nel giugno 2006 e da allora ha registrato i seguenti accessi:

giugno-dicembre 2006:	189 accessi
gennaio-dicembre 2007:	383 accessi
gennaio-ottobre 2008:	357 accessi

I dati sull'utenza rivelano una netta predominanza delle donne e una prevalenza della fascia d'età 20-29 e 30-39 anni. Le nazionalità più rappresentate sono state: Ecuador, Ucraina, Marocco, Albania.

Per quanto riguarda il servizio di pediatria, gli accessi sono stati 288 nel 2007 e 210 nel 2008 (al mese di ottobre). [Fonte: Asl4 Chiavarese, Ufficio Coordinamento Distretti]

Criticità:

Fermo restando la difficoltà ad individuare con precisione i bisogni di salute dell'utenza immigrata – a causa degli strumenti limitati di raccolta dati, della quota di immigrati irregolari che sfuggono alle indagini, ecc - è comunque possibile individuare alcune criticità all'interno del sistema sanitario ligure:

- Carenza di disposizioni normative regionali in grado di regolamentare la materia (in particolare l'accesso ai servizi da parte dei neocomunitari)
- Scarsa omogeneità sul territorio ligure tra i servizi attivati per gli stranieri temporaneamente presenti (STP)
- Carenza di progetti specifici dedicati agli utenti stranieri del SSR
- Scarsa attenzione per i bisogni di cura specifici degli utenti stranieri del SSR
- Scarsa offerta formativa per gli operatori socio-sanitari
- Mancanza di un'informazione omogenea e capillare in versione multilingue che faciliti l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione straniera
- Necessità di attuare iniziative specifiche volte a tutelare la salute materno- infantile degli stranieri e la salute dei lavoratori.

Obiettivo generale:

Migliorare l'accesso ai servizi sociosanitari e alle cure per la popolazione straniera regolarmente o temporaneamente presente sul territorio ligure, anche prevedendo di estendere alle altre Aziende sanitarie l'esperienza dell'ASL 4 relativa al servizio di pediatria per minori STP.

1.4 Il contesto economico-finanziario

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge Finanziaria 2007), all'articolo 1, comma 796, lettere a e b), in attuazione dell'Intesa Stato Regioni 5 ottobre 2006 avente ad oggetto il "Nuovo Patto sulla Salute", ha stabilito che:

- il finanziamento del SSN è fissato in 96.040 milioni di euro per l'anno 2007, in 99.082 milioni di euro per l'anno 2008 e in 102.285 milioni di euro per l'anno 2009; tali importi vengono annualmente ripartiti tra le Regioni e l'importo assegnato a ciascuna Regione viene erogato per una quota pari al 97%.; il 3% residuo viene erogato solo se la Regione dimostra l'avvenuto rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dai precedenti patti Stato-Regioni (detti adempimenti fondamentalmente riguardano la garanzia che i Livelli Essenziali di Assistenza vengano effettivamente mantenuti con un'appropriata erogazione delle prestazioni e che sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario per il rispetto del patto di stabilità);
- per il triennio 2007 – 2009 è inoltre previsto un Fondo transitorio (1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009) riservato alle Regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% a condizione che venga sottoscritto uno specifico accordo (ex art. 1. comma 180 L. 30 dicembre 2004 n. 311) con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze contenente un Piano di rientro finalizzato al raggiungimento, entro il 2010, sia dell'equilibrio economico-finanziario, che di un equilibrato assetto assistenziale in grado di garantire i LEA.

Poiché la Regione Liguria rientrava tra le Regioni aventi un disavanzo pari o superiore al 7% la Giunta regionale, con deliberazione 9 marzo 2007, n. 243, ha approvato l'accordo 6 marzo 2007 sottoscritto tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione Liguria unitamente al Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del S.S.R..

Il Piano di Rientro ha previsto un programma di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del sistema sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario incentrato sulle seguenti azioni: ridisegno rete presidi ospedalieri e riduzione posti letto; riorganizzazione personale; riduzione spesa beni e servizi; riduzione consulenze; farmaceutica convenzionata; manovra sui farmaci generici; riduzione mobilità extraregionale; tetti diagnostica privata; appropriatezza diagnostica ed erogativi.

Il Piano ha inoltre quantificato gli obiettivi di risparmio che devono essere raggiunti nel triennio 2007-2009 per complessivi 200 milioni di euro.

Quadro delle risorse finanziarie da destinare al Servizio Sanitario Regionale nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale.

Per l'anno 2009, la vigenza del Piano di Rientro garantirà la disponibilità del fondo transitorio (pari a 35 milioni di euro). L'attribuzione dello stesso è infatti oggetto di uno specifico accordo (sul quale è stata impostata l'opera di riqualificazione e razionalizzazione del S.S.R.), che come tale non può subire modificazioni unilaterali.

Per quanto riguarda l'anno 2009, peraltro, la quota di accesso della Liguria al fondo sanitario nazionale è stata ridotta rispetto al 2008 passando dal 3,038% al 3,012 %.

Per gli anni 2010 e 2011 i criteri di riparto del fondo sanitario dovranno prendere in considerazione quanto previsto in materia dalla nuova legge sul federalismo fiscale, cioè la definizione dei fabbisogni e costi standard.

2 I VALORI FONDANTI

2.1 Equità, appropriatezza e politica delle risorse umane

Per equità si intende l'assenza di disparità ricorrenti nella salute dei cittadini che possano verificarsi a causa della loro condizione: stato sociale, provenienza, età, sesso, condizione economica o di altro tipo. Si ritiene peraltro importante distinguere equità d'accesso e utilizzazione dei servizi, parametro per il quale il sistema deve impegnarsi nella definizione di una mappa.

Il sistema, peraltro, difetta al momento dei dati stratificati per condizione, dati senza i quali non si possono stabilire convenientemente gli obiettivi di salute a partire dall'esistente; il reperimento di questi dati deve costituire un impegno di ricerca. A questo proposito, perché il sistema sia pronto ad accogliere un'utenza pienamente informata e partecipi nelle scelte di salute, si dovrà lavorare duramente per un salto culturale di tutti e per un miglioramento della comunicazione tra gli attori del sistema. Questo dovrà portare ad un quadro di utilizzazione dei servizi che rifletta la mappa dei bisogni ed non riproduca semplicemente il diritto all'accesso alle prestazioni.

Le tre uguaglianze che compongono l'equità secondo l'OMS sono: uguaglianza di accesso ai servizi disponibili per bisogni uguali, uguaglianza di utilizzo dei servizi a parità di bisogni e, infine, uguaglianza nella qualità delle prestazioni erogate.

Nel perseguire gli obiettivi di equità, si consideri come nei paesi industrializzati nessun sistema sia in grado oggi di sostenere la crescita della domanda di servizi che viene dalla popolazione: l'aumento accondiscendente dell'offerta e la mancanza di meccanismi di controllo costituiscono entrambi una minaccia agli obiettivi di sostenibilità. Il sistema potrà trovare il proprio equilibrio solo considerando paritari i concetti di salute come diritto e quello di salute come responsabilità individuale.

Il Piano sociosanitario vuole costituire un contributo per risolvere l'equivoco che ha precipitato il concetto di appropriatezza nel solo significato di razionamento. Dopo aver perseguito l'obiettivo del pareggio di bilancio, il SSR deve sì continuare ad impegnarsi nella semplificazione e razionalizzazione dell'offerta, ma è ora in grado di declinare il termine di appropriatezza su quattro priorità: familiarizzare alla cultura manageriale chi è investito di responsabilità, dare al sistema un metodo di valutazione delle performance, aggiustare le necessità residenziali extraospedaliere al fattore demografico e proporre come opzione strategica preferenziale l'attenzione alle professioni.

L'attenzione alla professionalità ed alle professioni recepisce il dibattito – che coinvolge tutti i servizi sanitari dei paesi industrializzati – sul vantaggio competitivo offerto al sistema sanitario dal proprio network di professionisti rispetto a quello dato dalla tecnologia, che ha caratterizzato invece la rincorsa anarchica all'aggiornamento compiuta dalle aziende nei due decenni precedenti. Una politica moderna delle risorse umane conferisce motivazione ed autostima, facilita il dialogo con i sistemi ordinistici, risponde ai bisogni dei cittadini di incontrare professionisti "bravi", promuove la crescita culturale, rinforza gli scarsi progressi ottenuti sinora nella positivizzazione dei flussi di mobilità. E – quanto ad aggiornamento tecnologico – questo verra' correttamente orientato secondo criteri di technology assessment solo in presenza di una generazione nuova di professionisti, rigenerati nella motivazione e protagonisti del cambiamento.

Una politica delle risorse umane infine avvicina il management sanitario alla vitalità della pratica, senza la quale l'attività deliberativa e gestionale può esitare in provvedimenti iniqui.

L'attenzione alle professioni – e la loro tutela – consentirà poi di minimizzare le sciagure della medicina difensiva eletta a pratica corrente e porterà ad una maggiore radicalità nella medicina d'iniziativa, dove il sistema – non il singolo – anticipi ed organizzi la risposta ai bisogni, innanzitutto nelle condizioni di fragilità. L'accesso al ventaglio di prestazioni che si apre con il diritto all'esenzione (per età, reddito o condizione patologica) non comporta infatti i vantaggi sperati di salute se il sistema stesso rinuncia ad esercitare le necessarie funzioni di tutela e controllo.

Senza formulare percorsi diagnostico terapeutici per i malati cronici e le altre categorie fragili, lo stesso sistema pubblico che paga il riconoscimento delle fragilità incorrerebbe nel paradosso di allargare la opzioni di scelta a chi ha meno capacità di esercitarle.

2.2 Accessibilità

La composizione fisica del territorio rappresenta indubbiamente un ostacolo all'accessibilità dei cittadini liguri ai servizi sanitari. In particolare esistono molte comunità che risiedono in zone difficilmente accessibili al traffico veicolare e che presentano una struttura delle vie di accesso tale da richiedere spesso modalità alternative per garantire la tempestività degli interventi ai cittadini ivi residenti.

E' stata rafforzata la risposta per l'emergenza, aumentando il numero di auto mediche, favorendo l'acquisto di un nuovo elicottero per i Vigili del Fuoco e migliorando l'integrazione territoriale con politiche di trasporto pubblico

La struttura dell'offerta è caratterizzata da molti presidi ospedalieri di piccole dimensioni, sprovvisti in parte, delle tecnologie sanitarie necessarie a garantire risposte adeguate ai cittadini. A ulteriore Servizio Sanitario ligure è caratterizzato da una struttura dell'offerta con molti presidi testimonianza di questo sbilanciamento, poiché le risorse non sono infinite, ricordiamo la speculare carenza di posti letto relativi alla residenzialità e alla riabilitazione, e l'estrema difficoltà a costruire un sistema di cure domiciliari all'altezza del bisogno che una popolazione anziana è in grado di esprimere.

Il Piano che negli anni porterà la regione Liguria a rientrare nei parametri stabiliti a livello nazionale per l'acuzie e la riabilitazione tiene in conto che, tra i ricoveri per pazienti acuti, una notevole quota è rappresentata da cronicità riacutizzate. Occorre pertanto realizzare meccanismi e strutture (sinergie territorio/ospedale, valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, case della salute, etc.) che permettano di ridurre gli accessi e quindi le riacutizzazioni stesse con il risultato di un reale miglioramento della salute da parte degli utenti.

2.3 Il territorio: vera sfida per il riequilibrio del sistema

Le attività sociosanitarie territoriali costituiscono la chiave di volta per permettere una maggiore appropriatezza di prestazioni ospedaliere e la percezione qualitativa da parte dei cittadini del soddisfacimento dei loro bisogni. Si è abituati a parlare di bontà dei servizi sanitari considerando come tale solo la punta massima di prestazioni specialistiche, dimenticando che i cittadini apprezzano od al contrario percepiscono come insoddisfacenti i servizi sanitari in funzione della capacità di risposta ai bisogni quotidiani nella maniera più efficiente ed umanizzata possibile. E' eccellenza anche la prestazione più semplice erogata nel miglior modo possibile. In una realtà dove le persone fragili, anziane, affette da polipatologie costituiscono la maggioranza, un servizio socio-sanitario che garantisca in maniera ottimale il quotidiano realizza e trasmette una valida sensazione di presa in carico dei pazienti. Nel rapporto tra servizi territoriali delle ASL, medici di medicina generale, nuove case della salute e UTAP, e in genere con l'integrazione ospedale territorio, si gioca la sfida per la sopravvivenza del sistema socio-sanitario pubblico universalistico.

Il territorio è quindi la sede ideale per concretizzare nel lavoro di rete la continuità assistenziale attraverso le cure primarie e le attività distrettuali; in particolare, come sopra ricordato, la Medicina Generale nelle forme associative e attraverso gli istituti contrattuali che regolano l'assistenza festiva e notturna offrono una prima risposta clinica ai bisogni di salute. Va poi aggiunto, che le cure domiciliari e la residenzialità extraospedaliera e gli Hospice, supportano le fragilità (anziani, disabili persone con patologie croniche e oncologiche) nei percorsi assistenziali riabilitativi e di mantenimento dopo episodi acuti, operando anche per evitare il ricorso improprio alle cure ospedaliere.

3. ATTORI E STRUMENTI DEL SISTEMA

3.1. Gli attori

3.1.1 La persona

Il diritto alla salute inteso non come assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico mentale e sociale, costituisce uno dei cardini dell'ordinamento costituzionale italiano: la centralità della persona rappresenta quindi l'elemento caratterizzante del Sistema Sanitario nazionale e regionale.

Oltre ad una serie di diritti fondamentali esercitabili dai singoli cittadini quali la libertà di scelta del medico curante e del luogo di cura, di informazione, partecipazione, opposizione, riservatezza e di poter esprimere il proprio consenso dopo aver ottenuto una corretta informazione, la singola persona ha il diritto/dovere di essere il primo attore delle scelte che riguardano la propria salute.

Perché ciò avvenga occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari implementando da un lato i processi di informazione e comunicazione tra cittadino e operatori del Servizio Sanitario e dall'altro ascoltandone e valutandone i bisogni tramite strumenti adeguati, al fine di orientare i servizi offerti sui reali bisogni.

Più in generale i cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute in termini di promozione e tutela della stessa: scopo di tale coinvolgimento è quello di erogare cure efficaci, basate su evidenze scientifiche, garantendo il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse, ben sapendo che queste come tali non sono infinite e quindi vanno correttamente gestite.

Possedere la conoscenza, le abilità, le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria esistenza è ciò che viene abitualmente definito empowerment del cittadino: una persona cioè in grado di comprendere e scegliere, responsabile dei propri stili ed abitudini di vita, protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere.

Per conseguire tale risultato, i Servizi Sanitari debbono da un lato accertare i reali bisogni di salute e le aspettative della popolazione, dall'altro potenziare le conoscenze dei cittadini con l'obiettivo di renderli parte attiva nella gestione dei propri piani di cura e di assistenza; sviluppare l'empowerment del cittadino significa quindi fornirgli le necessarie conoscenze atte a renderlo partecipe del processo decisionale: è infatti universalmente riconosciuto che quando l'utente partecipa al processo decisionale, anche la sua soddisfazione è maggiore ed i risultati clinici migliorano poiché le decisioni prese non sono imposte, ma condivise.

La debolezza culturale in termini di salute ha sin qui condotto il consumatore in materia sanitaria ad avere una visione mitizzata dell'efficacia della medicina, attribuendo al progresso tecnologico e scientifico un ruolo chiave, che travalica e supera la volontà e l'impegno dei singoli nel mantenimento della propria salute. L'urgenza di un empowerment del cittadino quale elemento di regolazione del sistema sanitario e di migliore adeguatezza delle prestazioni e dei servizi ai bisogni, appare quindi un modello la cui applicazione risulta imprescindibile nella gestione e programmazione del Servizio Sanitario Regionale.

3.1.2 Le professioni

La partecipazione delle molteplici articolazioni professionali sanitarie nell'elaborazione del Piano sanitario regionale 2009 - 2011 costituisce una riconosciuta peculiarità del processo di pianificazione attivato in Regione Liguria. Il patrimonio di competenze che è stato profuso per la costruzione del Piano deve essere valorizzato nell'ambito della sua applicazione, al fine di consentire la massima efficacia nel rinnovamento del Servizio Sanitario Regionale, in termini di effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissi.

Oltre all'apporto dei professionisti medici e del ruolo sanitario, occorre pertanto avvalersi della collaborazione delle professioni sanitarie non mediche dell'area infermieristica, dell'area tecnica (patologia clinica, radiodiagnostica, riabilitazione, prevenzione, etc) dell'area del servizio

sociale, in modo da rappresentare complessivamente l'intera mappa delle competenze professionali a disposizione.

Non meno rilevante è l'esigenza che all'attuazione del Piano partecipino attivamente i professionisti dell'area convenzionata, ossia i Medici di Medicina generale, dell'emergenza, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali (SUMAI), per favorire i processi di continuità assistenziale e i raccordi tra ospedale e territorio, sviluppare percorsi condivisi di appropriatezza terapeutica e clinica, contribuire alla messa in rete del territorio, sviluppare la domiciliarità delle cure, potenziare le attività di prevenzione, implementare la formazione professionale continua.

Le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti, nello sviluppo della programmazione interna, al perseguimento degli obiettivi di piano, sia direttamente, sia in esecuzione delle direttive e indicazioni che saranno emanate dalla Giunta regionale o dal Dipartimento Sanità e Servizi Sociali e delle valutazioni di ordine tecnico – scientifico effettuate dall'A.S.R.. Anche la contrattazione integrativa aziendale, per quanto attiene alla definizione di strumenti di governo e gestione delle risorse umane, deve necessariamente riferirsi e tenere conto degli obiettivi di piano e delle loro declinazioni formulate dai competenti organi e uffici regionali.

3.1.3 Medicina generale e pediatria di libera scelta

Le organizzazioni sindacali e scientifiche di MMG e PLS, in accordo con le istituzioni, stanno da alcuni anni cercando di realizzare una inversione di tendenza rispetto alle criticità che avevano caratterizzato il loro lavoro fino agli anni novanta: isolamento, difficoltà di aggiornamento scientifico, insufficiente valorizzazione del ruolo da parte degli utenti.

Le società scientifica di Medicina generale e di Pediatria di Libera Scelta costituiscono un punto qualificante e se ne deve favorire il rafforzamento ed i contatti con le altre società scientifiche e ordini professionali al fine di realizzare anche nel settore fondamentale della medicina di base quella "rete" che può permettere la condivisione delle conoscenze.

Le esperienze delle medicine di gruppo (compresa la pediatria) hanno dimostrato che i cittadini desiderano ri-affidarsi al rapporto fiduciario con il Medico di Medicina generale e il Pediatra di famiglia.

Le specificità territoriali diverse tra le aree metropolitane e l'entroterra o le zone costiere impongono di considerare modelli diversificati sia di Case della Salute che di UTAP. Bisogna collegare meglio gli studi di medicina di gruppo e di pediatria per via telematica con i servizi territoriali e ospedalieri e per diffondere servizi come il CUP. Il potenziamento delle cure primarie nei loro vari aspetti consente maggiore appropriatezza e permette agli ospedali di svolgere un ruolo di secondo e terzo livello loro più consono. La programmazione regionale, anche nell'ottica del consolidamento dell'assistenza distrettuale, si pone l'obiettivo di promuovere specifici programmi e progetti assistenziali valorizzando il governo clinico, ove i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta intervengano nel campo della prevenzione, della riduzione degli accessi impropri ai Pronti soccorso, dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica e farmaceutica, della continuità dell'assistenza.

UTAP (unità territoriale di assistenza primaria)

L'UTAP è una struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse ai bisogni di salute delle persone.

È una forma organizzativa di tipo sperimentale (come la medicina di gruppo, l'associazione e la medicina in rete), su base volontaria.

Le modalità organizzative sono demandate alla contrattazione regionale.

L'inquadramento normativo deriva dal D.Lgs. 502 del 1992, art. 3 -quinquies (riordino del Servizio Sanitario Nazionale) e dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell' art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni

Gli obiettivi dell'UTAP sono:

- Dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone
- Dare risposte adeguate nel territorio ai bisogni di salute dei cittadini
- Realizzare nel territorio un' assistenza socio -sanitaria esauriente, che collabori con il secondo livello di assistenza secondo percorsi appropriati e condivisi

(Mancini, ASSIMEFAC)

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'ADI può essere definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente non autosufficienti, che hanno necessità di un'assistenza continuativa.

Il servizio, che prevede l'impiego di risorse finalizzate al concetto di domiciliarità, si sostanzia nel coordinamento del lavoro del medico di base, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti sociali e dell'aiuto domestico da parte di familiari.

L'assistenza è caratterizzata da vari gradi che dipendono dalle necessità della persona che richiede il servizio.

Il primo livello è un'assistenza a bassa intensità sanitaria correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio-assistenziali.

Il secondo livello rappresenta una media intensità assistenziale con presenza del medico ed assistenza infermieristica a domicilio, una o più volte alla settimana.

Il terzo livello è invece caratterizzato da alta intensità sanitaria con un intervento sanitario coordinato ed intensivo. Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di famiglia, dal responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni, dai servizi sociali del comune o dagli stessi familiari del paziente.

(Fonte Rapporto su Assistenza domiciliare integrata, Cittadinanzattiva)

3.1.4 Società scientifiche, Società civile e Associazionismo

Le società scientifiche fanno parte di quella pluralità di soggetti - pubblici e privati , istituzionali e no - che devono garantire la qualità, il rigore e il profilo etico delle attività di ricerca e formazione. I servizi sociosanitari liguri vi affidano un ruolo importante non solo nel coordinamento e gestione di temi afferenti la ricerca di base e finalizzata, ma anche e soprattutto nell'inclusione della ricerca operativa tra i filoni strutturati della loro attività. È auspicabile inoltre un ruolo propositivo nel coordinamento e integrazione dell'offerta formativa alle professioni, sì da evitare in modo proattivo duplicazioni, ridondanze o difetti rilevanti. In uno spirito di reciprocità, il sistema deve assicurare la massima indipendenza ed operatività alle società stesse attraverso la promozione della partnership pubblico-privato come substrato fondamentale - ed anche volano - dell'attività di ricerca

La Regione Liguria favorisce le varie forme di partecipazione dei cittadini, attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari e valorizza il ruolo del Terzo

Settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi sociosanitari. La l.r. 41/2006 prevede la Consulta regionale per la tutela del diritto alla salute, cui partecipano gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei pazienti e che ha ruolo consultivo sulle modalità di organizzazione, valutazione e erogazione dei servizi.

Il ruolo del cittadino e della società civile

"Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute. Perché questo si realizzi occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari che lo coinvolgono... E' necessario pertanto implementare i processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed operatore, finalizzati a migliorare il consenso informato, e tra cittadino ed istituzioni sanitarie ... E' inoltre necessario orientare i servizi offerti sui reali bisogni del cittadino/utente, fornire al cittadino gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione/servizio affinché sia messo nelle condizioni di esprimere le proprie volontà sul processo di cura che lo riguarda e, successivamente, di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi erogati. E' dunque opportuno sperimentare strumenti e modalità di partecipazione dei cittadini sugli indirizzi di politica sanitaria.

Le azioni di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini devono essere finalizzate a rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del proprio diritto a scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità. Più in generale i cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione della stessa e in grado di collaborare con le strutture responsabili dello sviluppo della qualità dei servizi per la salute.

Lo scopo del coinvolgimento è erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse.."(PSN 2006-2008)

Il ruolo del Terzo Settore

I soggetti del Terzo Settore sono costituiti dall'articolato universo di cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato, società di mutuo soccorso, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale.

Le modifiche introdotte dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 al d.lgs. 502/1992 avevano riservato un ruolo del tutto peculiare alle istituzioni non lucrative nella realizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari laddove nel disciplinare l'istituto dell'accreditamento viene puntualmente evidenziato lo "spazio" che a tali organismi deve essere riservato come ad uno dei tre componenti che caratterizzano, come principio fondamentale del sistema, il pluralismo erogativo (erogatori pubblici, erogatori privati profit ed erogatori privati non profit). ...E' importante che sia superata la teoria e la pratica del ricorso a tali soggetti come semplici esecutori di servizi appaltati, senza capacità progettuale e imprenditoriale, mentre vanno evidenziati i principi della "reciprocità" e dello "scambio". L'azione dei soggetti non profit produce, infatti, vantaggi reciproci per i cittadini e per l'istituzione, ed il volontariato è un bene prezioso, per il quale si rendano indispensabili regole nazionali chiare.

Agli Enti locali e alle Regioni è affidato il compito di precisare, nel campo dei servizi socio sanitari, le forme attraverso cui conseguire un coinvolgimento ampio e rappresentativo del privato non profit nei vari territori di competenza.

Va riconosciuto ed implementato, soprattutto in un Paese come il nostro che ha una antica tradizione in questo campo, il contributo di grande valore portato dal volontariato nella sua attiva collaborazione con le Istituzioni per il raggiungimento di rilevanti obiettivi di salute." (PSN 2006-2008)

3.1.5 L'Università

L'Università contribuisce, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione del Piano sanitario regionale, nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, di programmi di intervento e di modelli organizzativi delle strutture e delle attività di cui sopra.

Il Piano sociosanitario regionale ed i provvedimenti di organizzazione della rete ospedaliera promuovono l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca nell'obiettivo condiviso di promuovere la massima integrazione e collaborazione tra il sistema formativo ed il sistema sanitario, nel rispetto reciproco delle proprie competenze, al fine di perseguire i comuni obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e della qualità e del servizio sanitario pubblico.

L'integrazione tra attività di didattica, di ricerca e assistenza si realizza nell'Azienda ospedaliera integrata con l'Università (Azienda ospedaliera universitaria San Martino) e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico convenzionati, nonché nelle altre Aziende sanitarie secondo quanto stabilito dalla l.r. 41/2006 e dalle relative convenzioni.

I rapporti tra Regione e Università sono disciplinati dal Protocollo d'Intesa nel rispetto dei seguenti principi, in coerenza con il dettato del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e Università, a norma dell'art. 6 della Legge 30 novembre 1998 n. 419):

- a) la necessità di promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra SSN e Università;
- b) l'esigenza di rafforzare i processi di collaborazione e integrazione tra Università e Servizio Sanitario Regionale, sviluppando metodologie e strumenti collaborativi volti al perseguimento, in forma congiunta, degli obiettivi di qualità efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del personale medico e sanitario e al potenziamento della ricerca biomedica e clinica;
- c) l'inscindibilità e la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca;
- d) la necessità di definire le linee generali della partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale;
- e) la necessità di garantire che le prestazioni siano rispondenti alla programmazione regionale, tenuto conto degli oneri derivanti dall'essenzialità delle attività di didattica.

L'Università svolge un ruolo centrale nella formazione del personale medico e degli operatori sanitari, attraverso i corsi istituzionali (Corsi di laurea, Corsi di laurea specialistica, Corsi di specializzazione, Master di I e di II livello, Dottorati di ricerca). Tali attività devono essere orientate in modo tale da garantire la copertura del fabbisogno di personale del SSR.

L'Università collabora inoltre alle attività di formazione continua tramite specifici accordi con la Regione e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

3.1.6 Gli Ordini e Collegi professionali

Gli Ordini provinciali dei Medici, riuniti nella Federazione regionale, gli altri Ordini e i Collegi professionali concorrono a fornire pareri, per quanto riguarda gli aspetti etico-deontologici, nello studio e nell'attuazione di provvedimenti che possono riguardare il personale sanitario in modo da tutelare un corretto rapporto tra sanitari – cittadini ed istituzioni.

Gli Ordini provinciali dei Medici contribuiscono alla verifica della formazione del personale medico mediante il sistema di registrazione e verifica dei crediti formativi e promuovono corsi di etica e deontologia e organizzazione sanitaria per quanto attiene le tematiche di pertinenza deontologica per un miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie rese. Sono inoltre i depositari, per legge, dell'archivio dei professionisti.

Gli Ordini e i Collegi professionali intervengono nelle scelte della Clinical Governance fornendo rappresentanti delle categorie interessate alla Regione, su richiesta della stessa.

3.1.7 Le Conferenze dei Sindaci

Gli articoli 15 e 16 della l.r. 41/2006 definiscono composizione e funzioni delle Conferenze dei Sindaci. In particolare le Conferenze dei Sindaci contribuiscono a delineare le linee di indirizzo e di attività delle ASL e la programmazione e la modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Proprio dal confronto con le Conferenze dei Sindaci e con Federsanità sono emersi una serie di obiettivi condivisi:

OBIETTIVI	AZIONI
Rendere operativa la Conferenza Permanente Regionale, di cui all'art. 13 della l.r. 41/2006	Sviluppare un programma di argomenti e appuntamenti della Conferenza, sia nella sua articolazione regionale che per aree ottimali
Rafforzare il ruolo e le competenze delle Conferenze dei Sindaci	Emanare le linee guida per l'adozione del regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci e del Comitato di rappresentanza previste all'art. 15 della l.r. 41/2006
Estendere il dialogo tecnico ai professionisti del sociale dei Distretti Sociosanitari e del Terzo Settore	Istituire gruppi tecnici integrati sui LEA sociosanitari nelle aree: <ul style="list-style-type: none"> • minori e famiglia • adolescenza • salute mentale • dipendenze • disabilità (congenite/ acquisite) • anziani - non autosufficienza • educazione alla salute
Migliorare l'integrazione sociosanitaria a partire dall'accoglienza distrettuale	Sviluppare un sistema informativo integrato di registrazione della domanda presso gli Sportelli Integrati Sociosanitari, in grado di dialogare con i sistemi informativi (cartelle utenti) delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni

3.1.8 Organizzazioni sindacali

La Regione Liguria ritiene opportuno favorire la costruzione di un sistema di relazioni sindacali fondato sulla conoscenza reciproca della sfera di azione e autonomia propria di ciascuna parte, finalizzato al positivo sviluppo del dialogo, quale elemento fondamentale per garantire l'applicazione degli atti di programmazione regionale e segnatamente, del P.S.R. 2009/2011.

Principi del confronto regionale

Il sistema di relazioni sindacali è basato su rapporti caratterizzati dalla trasparenza e della correttezza reciproca ed è finalizzato al positivo sviluppo del dialogo tra le parti sociali. Per quanto concerne le modalità del confronto tra la Regione Liguria e le Organizzazioni sindacali, si rinvia alle disposizioni recate dai vigenti contratti collettivi.

I rapporti con le organizzazioni sindacali debbono necessariamente essere articolate secondo i modelli relazionali previsti dalla normativa vigente, di rango legislativo e contrattuale, che si sostanziano nei seguenti istituti:

- 1) informazione;
- 2) concertazione;
- 3) consultazione.

Il sistema di relazioni sindacali è basato su rapporti che dovranno avere la caratteristica della trasparenza e della correttezza reciproca. La Regione Liguria, nella conduzione delle relazioni sindacali, intende attenersi ai principi generali recati dalle linee di indirizzo di cui alla

deliberazione della Giunta regionale 1 dicembre 2006, n. 1353.

La Regione Liguria si riserva, previo confronto con le Organizzazioni sindacali, di emanare ulteriori linee di indirizzo, sulla base dell'evoluzione contrattuale nelle aree III (Dirigenza Sanitaria, Professione, Tecnica e Amministrativa), IV (Dirigenza Medica e Veterinaria) e nel comparto.

3.2 Gli strumenti

3.2.1. La formazione

Il professionista è lo strumento principe attraverso il quale si estrinseca l'erogazione del Servizio Sanitario Regionale ed è, anche sotto il profilo economico, la principale voce di spesa; attraverso la professionalità degli operatori del sistema si estrinseca la qualità dei servizi e la possibilità di cambiamento organizzativo, teso ad uno sviluppo sostenibile. Non si può prescindere dal considerare la formazione permanente come strumento cardine di crescita non solo personale del singolo professionista ma anche collettiva del sistema.

Lo sviluppo organizzativo del sistema sanitario può e deve essere governato anche attraverso una puntuale e preliminare definizione dei fabbisogni formativi del personale sanitario, connessi all'evoluzione degli assetti organizzativi.

Il fabbisogno di personale sanitario deve essere annualmente determinato e comunicato al Ministero della Salute, anche ai fini della programmazione, da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, degli accessi ai relativi corsi. L'analisi del fabbisogno si attua coinvolgendo prioritariamente le Aziende sanitarie, l'Università degli Studi di Genova, i soggetti privati, gli ordini, i collegi professionali e le associazioni rappresentative delle professioni sanitarie.

Anche nella nostra regione è presente una emergenza infermieristica per superare la quale è fondamentale adottare scelte che incentivino i giovani ad accostarsi alla professione infermieristica. Gli strumenti per invertire la tendenza devono essere di tipo culturale, organizzativo ed economico.

E' necessario infatti attuare una riorganizzazione dell'assistenza infermieristica attraverso una ridefinizione di ruoli e funzioni svolte che permetta la determinazione del fabbisogno reale e il conseguente impiego razionale. Il personale infermieristico deve essere impiegato in funzioni e ruoli che sono di propria competenza, per impedire il processo di dequalificazione e demotivazione professionale.

In questo quadro si inserisce la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) che nasce come superamento di figure relegate solo nel sanitario (OTA) ovvero nel sociale (OSA-ADEST). E' prevista la costituzione di un Osservatorio permanente per le professioni sanitarie non mediche.

Il profilo e il percorso formativo dell'OSS sono stati individuati dall'accordo del 22 febbraio 2001 tra il Ministero della Sanità, del Ministero della Solidarietà sociale e le Regioni. Con il successivo accordo Stato Regioni del 16 gennaio 2003 è stata prevista la formazione complementare in assistenza sanitaria per far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.

Affinché la formazione possa estrinsecare il proprio potenziale positivo al servizio del sistema sanitario regionale è necessario che si sviluppi secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con le priorità, le innovazioni, le strategie del sistema sanitario e con lo sviluppo professionale individuale.

La formazione ECM regionale, iniziata nell'ultimo trimestre 2006, concluderà la sua fase sperimentale nel 2008. In questa prima fase sono stati accreditati 27 Provider, di cui 10 sono Aziende Sanitarie. Per l'anno in corso sono stati effettuati/programmati, al giugno 2008, 160 interventi formativi che hanno visto o vedranno coinvolti circa 18.000 operatori.

Nel 2007, le 12 Aziende sanitarie liguri, per quanto attiene la formazione erogata sia in ambito ECM nazionale che regionale, hanno:

- speso per la formazione 2.515.022 di Euro;
- realizzato al proprio interno 725 corsi per un totale di 1.880 edizioni, 37.014 operatori coinvolti e 271.169 crediti assegnati che rappresentano circa 1/3 dei crediti richiesti al personale operante all'interno dei servizi pubblici.

Tappe essenziali della formazione continua su cui questo piano vuole maggiormente porre l'attenzione sono:

- L'analisi del fabbisogno formativo
- La valutazione della formazione
- L'organizzazione della formazione all'interno delle aziende sanitarie

Per realizzarle occorre:

- Definire delle linee guida per l'analisi del fabbisogno formativo e creare degli strumenti, a disposizione delle aziende, per realizzarli
- Inserire, nel processo formativo, la componente riguardante la valutazione dell'impatto cominciando da una sperimentazione di valutazione da realizzarsi in tutte le aziende liguri.
- Proporre un'organizzazione della formazione aziendale che veda la nomina di referenti della formazione a livello aziendale (rappresentanti di dipartimenti e professioni).

3.2.2. La Ricerca

L'attività di ricerca biomedica e sanitaria e di innovazione tecnologica per la salute costituisce, al pari dell'attività assistenziale, con la quale si integra, elemento intrinseco e fondante di ogni moderno sistema sanitario. Attraverso l'investimento in ricerca, infatti, si sviluppa un sistema di conoscenze, che tradotte in procedure e processi innovativi, sono in grado di proporre risposte ai bisogni di salute dei cittadini contribuendo al miglioramento continuo in termini di efficacia ed efficienza dell'intero sistema di salute.

In questa ottica la Regione Liguria promuove, indirizza e sostiene lo sviluppo delle attività di ricerca messe in atto dalle Aziende sanitarie liguri e dagli altri erogatori pubblici equiparati.

In particolare, pur ritenendo imprescindibile ed indispensabile l'integrazione tra le varie forme di ricerca (ricerca di base, biomedica, sanitaria, di organizzazione dei servizi), la ricerca su cui investe direttamente il SSR è prioritariamente ricerca sanitaria e biomedica traslazionale finalizzata alla produzione di informazioni utili per le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative del SSR e di valutare l'effetto di tali scelte sui processi organizzativi, sui costi e sulla qualità dell'assistenza a livello individuale e di popolazione.

La ricerca sanitaria come sopra definita, garantendo la trasferibilità dei risultati nella pratica clinica, comporta il miglioramento della qualità delle cure erogate ai cittadini sia sotto il profilo diagnostico-terapeutico che sotto il profilo procedurale.

La Regione Liguria in tal senso si integra come promotore nel sistema della ricerca regionale, nazionale e internazionale.

La valorizzazione delle attività di ricerca sino ad oggi svolte dal SSR sono avvenute soprattutto attraverso la collaborazione tra la Regione e l'Università e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. In tal senso il protocollo di intesa stipulato con l'Università ed il relativo accordo attuativo riconosce un ruolo essenziale alla ricerca per lo sviluppo dell'attività clinica e promuove l'accrescimento della ricerca clinica in specifici settori. L'istituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino ed all'interno dell'Istituto Gaslini e dell'IST nonché la possibilità di collaborazioni tra Università ed altre Aziende Sanitarie testimoniano la forte integrazione tra ricerca, assistenza e didattica e fanno emergere il ruolo istituzionale fondamentale della ricerca all'interno del SSR.

3.2.3. L'accreditamento

3.2.3.1. La normativa

L'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie sono regolati dalla legge regionale 20/1999 (che ha recepito il DPR 14/1/1997 relativo ai requisiti di autorizzazione) modificata dalla l.r. 12/2006 (in relazione al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari) e dalla l.r. 41/2006.

L'autorizzazione al funzionamento è demandata in Regione Liguria ai Comuni di ubicazione delle strutture, sia pubbliche che private. I Comuni si avvalgono, per le verifiche tecniche relative al possesso dei requisiti autorizzativi (previsti dal DPR 14/1/1997 per le strutture sanitarie e dal D.M. 308/2001 per le strutture sociosanitarie) di apposite commissioni composte da tecnici delle Aziende sanitarie.

L'accreditamento istituzionale è regolato ad oggi, dalle seguenti Deliberazioni di Giunta regionale:

- DGR n. 395/2002 che approva la procedura di presentazione dell'istanza di accreditamento e la prima versione operativa del "Manuale di accreditamento"

- contenente i requisiti di accreditamento;
- DGR 36/2003 di modifica del termine massimo del procedimento per l'accREDITAMENTO istituzionale;
 - DGR n. 1575/2003 che approva una nuova versione del "Manuale di accREDITAMENTO" e fissa nuovi termini di proroga dell'accREDITAMENTO provvisorio;
 - DGR n. 1072/2006 che approva una direttiva vincolante per le Aziende sanitarie locali che limita la possibilità di stipulare nuovi contratti o ampliare gli esistenti con le strutture private accreditate senza specifica autorizzazione della Regione;
 - DGR n. 529/2007 che provvede alla ricognizione delle strutture accreditate e provvisoriamente accreditate dell'area socio-sanitaria e approva i nuovi requisiti di accREDITAMENTO delle strutture residenziali dell'area socio-sanitaria;
 - DGR n. 784/2007 che provvede alla ricognizione delle strutture accreditate e provvisoriamente accreditate dell'area sanitaria e alla indicazione di condizioni da inserire nei contratti con le strutture private accreditate;
 - DGR n. 423/2009 che approva nuovi requisiti di accREDITAMENTO, integrativi di quelli vigenti, e le modalità di rinnovo dell'accREDITAMENTO stesso.

3.2.3.2. Evoluzione dei processi autorizzativi e nuove prospettive per il triennio

Per quanto concerne l'autorizzazione all'esercizio sono tuttora in corso i processi di adeguamento ai requisiti di autorizzazione strutturali ed impiantistici di cui al sopra citato DPR del 1997 almeno per quanto concerne le strutture residenziali ospedaliere e non.

Sono invece da considerarsi conclusi gli adeguamenti relativi a tutte le tipologie di requisiti (organizzativi, tecnologici, strutturali e impiantistici) per le strutture ambulatoriali nonché gli adeguamenti ai requisiti organizzativi e tecnologici delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie. In relazione ai processi di autorizzazione i Comuni e le Commissioni tecniche si attengono a quanto disposto dalla Regione in materia di proroga dei tempi di adeguamento ai requisiti di autorizzazione strutturali ed impiantistici delle strutture sanitarie e sociosanitarie, dalla l.r. 13/2004 recentemente rivista per quanto concerne i termini di adeguamento delle strutture residenziali, dalla l.r. 33/2008.

La complessità e la durata degli interventi da effettuare per completare il complesso degli adeguamenti previsti, che per alcune strutture ospedaliere non potrà che prevedere la costruzione di un nuovo ospedale, comporterà la necessità di prorogare i termini di adeguamento in oggi fissati alla data del 30/9/2009 dalla l.r. 13/2004 (che ha modificato l'articolo 6 della l.r. 20/1999), attraverso l'approvazione di un nuovo provvedimento di proroga.

Tale provvedimento riguarda unicamente le strutture ospedaliere a gestione pubblica o equiparata, interessate tuttora dagli interventi finanziati ai sensi dell'articolo 20 della l. 67/1998 (in ultimo deliberazioni del Consiglio regionale-Assemblea legislativa n. 34/2007 e n. 6/2009, Accordo di programma del febbraio 2009 tra Ministero della salute e Ministero dell'economia e Regione Liguria) che comprendono gli interventi finalizzati ai sopraccitati adeguamenti.

Per evitare tuttavia che i processi autorizzativi condizionassero l'avvio dell'accREDITAMENTO, è stata prevista la possibilità, per tutte le strutture pubbliche e private, debitamente autorizzate ai sensi della l.r. 20/1999, di presentare istanza di accREDITAMENTO, ma anche per tutte le strutture che, usufruendo della proroga dei termini di adeguamento, avessero presentato al soggetto competente in materia di autorizzazione (il Comune di ubicazione del presidio), nel caso di carenza dei sopraccitati requisiti minimi autorizzativi, il relativo piano di adeguamento.

L'attivazione dei percorsi di accREDITAMENTO istituzionale, di cui si tratterà successivamente, ha evidenziato inoltre la necessità di completare le disposizioni previste dalla l.r. 20/1999 in materia di autorizzazione in quanto presupposto essenziale dell'accREDITAMENTO stesso: In particolare la presenza di più commissioni tecniche di autorizzazione nell'ambito del territorio regionale e le conseguenti differenti modalità di interpretazione in materia di classificazione delle strutture e di verifica del possesso dei requisiti autorizzativi, comporta inevitabilmente l'adozione di linee guida regionali che garantiscano l'uniformità dei comportamenti in materia.

In effetti la l.r. 20/1999 prevede l'adozione, da parte della Giunta regionale, di uno schema-tipo per l'accertamento tecnico (articolo 5, comma 6, della l.r. 20/1999), la cui attuazione risulta tuttavia di una certa complessità in quanto le differenze interpretative risentono di concezioni ormai sedimentate.

In proposito si intende attivare, a livello sperimentale, nelle Commissioni tecniche attualmente esistenti, l'utilizzo di un "Manuale per l'autorizzazione" che se risulterà positivamente verificato e messo a punto, potrà essere formalmente adottato dalla Regione.

3.2.3.3. L'Accreditamento istituzionale. Situazione attuale

Ai sensi della normativa nazionale e regionale l'accREDITamento istituzionale è lo strumento che le Regioni utilizzano per preselezionare le strutture pubbliche e private per erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario. Le strutture sanitarie e sociosanitarie devono essere preventivamente autorizzate e possedere i requisiti di accREDITamento previsti dalla Regione.

I requisiti di accREDITamento sono stati definiti dalla Giunta regionale, con la DGR 1575/2003 e, per quanto attiene ai requisiti specifici delle strutture socio-sanitarie, dalla DGR 529/2007. Gli stessi sono stati impostati in un'ottica di integrazione dei requisiti autorizzativi, che attengono più agli aspetti di tipo strutturale ed impiantistico. Atteso che attendere il completamento dei lunghi ed onerosi processi di adeguamento ai requisiti autorizzativi avrebbe rinviato inevitabilmente l'attivazione dell'accREDITamento, la scelta della Regione si è appuntata su l'approfondimento dei requisiti organizzativi, sia aziendali generali che specifici per ogni tipologia di struttura, concentrando l'attenzione sui requisiti professionali del personale e sulla loro formazione, sulle procedure interne e sul miglioramento della qualità, avvalendosi, in proposito, anche di quanto era già presente da tempo in materia di certificazione della qualità (es. ISO 9000).

L'accREDITamento è la condizione necessaria ma non sufficiente per erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario in quanto quest'ultima possibilità è condizionata dalla stipula di un accordo (per le strutture pubbliche) o di un contratto (per le strutture private) con l'Azienda sanitaria locale di riferimento.

In Regione Liguria il percorso previsto per diventare soggetto erogatore di prestazioni a carico del S.S.R. (le cosiddette tre A: Autorizzazione - AccREDITamento - Accordo) è pertanto il seguente:

- autorizzazione di competenza comunale (i Comuni si avvalgono di Commissioni tecniche delle ASL);
- accREDITamento di competenza regionale (la Regione si avvale di apposita Commissione tecnica prevista dalla l.r. 20/1999 nonché dei "verificatori" (personale tecnico delle Aziende sanitarie ed ospedaliere) per i sopralluoghi nelle strutture);
- Accordo (con le strutture pubbliche) o contratto (con le strutture private) di competenza delle Aziende sanitarie locali.

L'accREDITamento istituzionale è stato avviato nel 2003 e attualmente risultano accREDITate n. 232 strutture di cui 35 pubbliche (che in realtà comprendono n. 140 sedi operative) e 197 private. Le strutture ospedaliere accREDITate sono 12, di cui 6 pubbliche e comprendono alcune delle principali strutture ospedaliere della Regione: San Martino, Galliera, Evangelico, nonché Villa Scassi, Ospedale del Tigullio e I.S.T (Istituto Scientifico Tumori). Le strutture residenziali accREDITate sono complessivamente 72 e le ambulatoriali 148.

La Regione Liguria ha impostato il processo di accREDITamento con la seguente finalità: attivare all'interno di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie presenti sul suolo regionale un percorso per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie attualmente operanti in accREDITamento provvisorio, che stimoli il raggiungimento di un diffuso e apprezzabile standard di qualità organizzativa e di conoscenza degli elementi basilari della cultura della qualità in campo sanitario.

Si è pertanto privilegiato un modello di accREDITamento che ha permesso alle strutture sanitarie di confrontarsi - sovente per la prima volta - con una procedura di verifica della qualità, senza dover affrontare costi eccessivi (fino ad oggi l'accREDITamento istituzionale non prevede costi per la sua concessione) e problematiche di difficile attuazione, piuttosto che un modello basato su parametri di eccellenza o indicatori di esito e di qualità dell'assistenza, la cui applicazione può trovare migliore accoglienza in situazioni dove i meccanismi di accREDITamento e valutazione della qualità sono da tempo sperimentati.

Tale modello, pur nella sua apparente semplicità di attuazione, ha comunque richiesto un forte impegno sia da parte delle strutture che richiedevano l'accreditamento, sia da parte della Commissione tecnica di accreditamento e dei "Verificatori", che frequentemente hanno dovuto esercitare una indispensabile funzione di consulenza e affiancamento delle strutture stesse.

Occorre anche sottolineare che per le strutture pubbliche l'accreditamento è stata anche la prima occasione per confrontarsi con percorsi di verifica esterna. Anteriormente alla l.r. 20/1999, infatti, dette strutture non erano tenute a richiedere l'autorizzazione e ciò ha comportato; rispetto alle strutture private della medesima tipologia, una scarsa attenzione all'adeguamento e alla manutenzione delle strutture stesse. Si ricorda, inoltre, che in pendenza delle proroghe di legge dei termini di adeguamento, molte procedure di autorizzazione delle strutture pubbliche devono essere ancora completate, in attesa della conclusione degli interventi di attuazione dei piani di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici.

3.2.3.4. Le prospettive per il triennio in materia di accreditamento

In oggi si intende proseguire la politica di graduale innalzamento del livello dell'accreditamento regionale approvando nuovi requisiti, che vanno ad integrare quelli vigenti, da applicarsi al momento del rinnovo degli accreditamenti istituzionali in scadenza e che vengono altresì a definire il nuovo standard di accreditamento per la Regione Liguria.

Per questo motivo si è provveduto a formulare una proposta tecnica con la collaborazione della Commissione tecnica di accreditamento e di professionisti delle aziende sanitarie ed ospedaliere e, contestualmente, a prorogare con apposita norma legislativa gli attuali accreditamenti.

Per consentire la più ampia verifica e valutazione dei nuovi requisiti dai soggetti interessati alla loro applicazione, la procedura di approvazione degli stessi prevede incontri e confronti di validazione con le Aziende sanitarie ed ospedaliere e con le Associazioni imprenditoriali private ed eventuali altri soggetti pubblici e privati.

I nuovi requisiti rispondono alle seguenti esigenze:

- rafforzare le politiche regionali in campo sanitario in materia di "Gestione del rischio clinico" attraverso specifici requisiti che consentono di mettere in atto, dal punto di vista organizzativo, gli indirizzi regionali in materia, con particolare riguardo alle aziende pubbliche e private che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti e, comunque, prestazioni chirurgiche di day surgery o specificamente comprese nei P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi);
- definire requisiti ulteriori specifici per l'accreditamento delle seguenti tipologie di strutture, prima non considerate nell'attuale sistema di accreditamento, per rendere esplicito il livello qualitativo richiesto alle stesse per operare per conto del Servizio Sanitario Regionale:
 - Centro ambulatoriale dialisi;
 - Servizio di Medicina trasfusionale;
 - Unità di medicina trasfusionale;
 - Hospice;
 - Strutture per la riabilitazione ad orientamento specialistico (riabilitazione cardiologica);
- rafforzare gli standard qualitativi dei servizi di diagnostica di laboratorio, in relazione ai processi di riorganizzazione delle strutture di laboratorio avviati con la D.G.R. 17 luglio 2007 n. 803 ad oggetto: Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio (Articolo 1, comma 796, lettera o), della l. 296/2006).

L'evoluzione futura del sistema di accreditamento presuppone le seguenti ulteriori indicazioni programmatiche in materia che, in alcuni casi, richiedono la modifica del quadro normativo previsto dalla l.r. 20/1999, per la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- superamento dell'attuale assetto organizzativo dell'accreditamento basato sulla Commissione tecnica per la verifica dei requisiti di accreditamento (articolo 13 della l.r. 20/1999) e valorizzazione del ruolo dell'Agenzia regionale Sanitaria e dei "Tecnici Verificatori";
- definizione di un elenco e delle relative competenze dei "Tecnici Verificatori" e

- individuazione delle modalità di reclutamento dei tecnici stessi;
- attivazione di una formazione continua e specifica per i "Tecnici Verificatori" con riconoscimento ECM in collaborazione con l'Università di Genova e con soggetti formatori specificamente sperimentati nell'ambito dell'accreditamento istituzionale;
- snellimento e semplificazione delle procedure relative alla concessione dell'accreditamento e al relativo rinnovo e unificazione delle procedure attualmente presenti per le strutture sanitarie e socio sanitarie;
- piena attivazione della informazione ai cittadini relativamente alle strutture accreditate private che erogano prestazioni a carico del SSR e alle tipologie di prestazioni erogate;
- attivazione di una sperimentazione per attivare forme di accreditamento di eccellenza che consentano anche il periodico e sistematico aggiornamento degli standard di accreditamento regionale e il progressivo innalzamento degli standard stessi.

In sintesi, l'accreditamento, nelle prospettive illustrate, supera il percorso di verifica del possesso dei requisiti di qualità, per selezionare e monitorare i fornitori migliori, per proporsi come sistema di garanzia dell'efficienza/efficacia dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, a favore dei cittadini.

3.2.3.5. Accordi e contratti situazione attuale e prospettive nel triennio

Il sistema dell'accreditamento trova piena esplicitazione nell'adozione, da parte delle Asl, di accordi e contratti con le strutture sanitarie accreditate. Gli accordi e i contratti sono parte essenziale dello specifico ruolo di garanzia delle ASL, che devono rispondere ai bisogni di prestazioni sanitarie ed assicurare i livelli di assistenza dei cittadini, programmando nel modo a loro più favorevole il sistema dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Oltre a quanto previsto dalla l.r. 20/1999 e dalla l.r. 41/2006, si ricorda che tale principio, ha recentemente trovato ulteriore conferma nella l. 133/2008, che ribadisce la necessità di concludere gli accordi anche con le strutture ospedaliere universitarie e con le strutture sociosanitarie non lucrative.

Pur riconoscendo la competenza delle ASL in materia contrattuale, la Giunta regionale, tenendo conto della necessità di limitare la spesa relativa alle prestazioni erogate da soggetti privati accreditati, ha approvato una direttiva vincolante (DGR n. 1072/2006) che limita la possibilità di stipulare nuovi contratti o di incrementare il costo degli stessi. Tale direttiva prevede, tuttavia, la possibilità di deroga a tale blocco nel caso di compensazione o sostituzione di prestazioni sulla base di una valutazione comparativa della qualità e dei costi, in particolare per le prestazioni non rispondenti alle esigenze assistenziali o meno adeguate all'obiettivo del contenimento della spesa o per esigenze fortemente motivate.

Gli accordi e i contratti, sono conclusi ai sensi delle linee guida in materia approvate con la deliberazione di Giunta regionale 28 novembre 2000, n. 1296.

Ulteriori indicazioni sono contenute nella DGR n. 784/2007 e dalle deliberazioni relative alle assegnazioni del Fondo Sanitario regionale e dall'accordo sul Piano di rientro (DGR n. 243 del 9 marzo 2007): i contratti devono prevedere tipologie e quantità delle prestazioni acquistate, fissazione dei tetti di spesa, e meccanismi di penalizzazione nel caso di superamento dei limiti previsti.

L'obiettivo del triennio è quello di un'organica rivisitazione degli accordi e dei contratti conclusi fra ASL e strutture sanitarie pubbliche e private; la Regione, come sopra illustrato nelle prospettive dell'accreditamento, provvederà alla maggior definizione dei requisiti di qualità (compresi anche eventuali requisiti tecnologici relativi alla strumentazione impiegata) per sopperire a eventuali carenze soprattutto sul piano del governo clinico.

Il contratto/accordo è stipulato dalla Asl competente per territorio ove è ubicata la struttura, in nome e per conto di tutti i cittadini della Regione, che possono esercitare il diritto di libera scelta della struttura di cura. Questo diritto è stato recentemente limitato dalla l. 133/2008 con l'attribuzione alla Regione della possibilità di individuare prestazioni o gruppi di prestazioni che richiedono una preventiva autorizzazione per la loro fruizione presso strutture accreditate. L'inserimento delle prestazioni accreditate nei CUP regionali avrà un'influenza positiva anche

sul contenimento delle liste d'attesa.

3.2.4. ICT e rete dell'informazione biomedica

3.2.4.1 ICT

Appare indispensabile rivisitare criticamente l'eredità lasciata dalle amministrazioni precedenti in merito ai sistemi informativi che governano le diverse aziende sanitarie. L'intuizione di creare dei sistemi informativi che garantissero la circolazione delle informazioni all'interno delle aziende sanitarie deve essere supportata, in modo sempre crescente, da progetti regionali in grado di valorizzare le architetture cooperative e di garantire la condivisione di informazioni a livello sovra-aziendale. Attualmente la Regione dispone di molti sistemi informativi sanitari che, pur avendo dimostrato un'elevata capacità di rispondere con coerenza alle necessità interne all'azienda, devono evolvere in un sistema informativo sovra-aziendale che abbia il proprio focus sull'assistito e sui suoi percorsi. Se i percorsi reali che i cittadini compiono all'interno delle aree ottimali per affrontare le proprie necessità in termini di salute sono caratterizzati da un eterogeneo utilizzo di risorse (in termini di erogatori, di tipologie di prestazioni e di complessità), i sistemi informativi sanitari liguri devono affrontare e risolvere la natura intrinsecamente sovra-aziendale che già oggi manifesta la risposta alle cronicità. È evidente che l'evoluzione da sistemi informativi aziendali a sistema informativo di area ottimale non sta avvenendo naturalmente, pertanto questa modifica nell'architettura e nella tipologia di servizi informatici destinati a diventare indispensabili in sanità dovrà essere progettata e guidata nell'ambito della realizzazione degli obiettivi di questo Piano sociosanitario.

Oltre a una nuova architettura per supportare le Reti, l'ICT in sanità dovrà accompagnare l'aumento della complessità di comunicazione che caratterizzerà il futuro ambiente di intensa interazione tra aziende, Medici di Medicina Generale e assistiti. Un ambiente in cui le conoscenze saranno disponibili in tempo reale a partire dalla disponibilità di archivi storici online dedicati alle prestazioni sanitarie. Il Fascicolo Sanitario Personale, declinato in Liguria attraverso l'esperienza del Conto Corrente Salute, si presenta come uno dei servizi da attivare in tempi brevi e da diffondere in tutta la regione. Sempre per rispondere alla crescente complessità della domanda, il sistema dell'accesso alle prestazioni della specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di ricovero in elezione, dovrà essere integrato ai sistemi dell'area ottimale e consentire accessi strutturati alle Reti.

3.2.4.2 Il Sistema informativo strumento indispensabile per la tessitura delle reti integrate dei Servizi

L'impianto organizzativo delineato all'interno del Piano sociosanitario regionale è rivolto a garantire ai cittadini utenti la massima accessibilità al Sistema, a prescindere da differenze anagrafiche, sociali, topografiche e di censo, e non ha alcuna possibilità di affermarsi se non viene accompagnato adeguatamente dallo sviluppo di soluzioni informatiche e informative rivolte a tradurre i Percorsi Diagnostico Terapeutici definiti in un Sistema Informativo Sanitario Integrato in grado di accompagnare gli operatori e i cittadini utenti nell'utilizzo del sistema. Infatti, la costruzione di questo Sistema Informativo capace di consentire informaticamente l'esistenza delle Reti, garantendo l'elaborazione dell'informazione nei nodi e la comunicazione, risponde alla necessità di offrire a tutti gli operatori del sistema uno strumento di supporto decisionale per la gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici che utilizza soluzioni clinico - organizzative già studiate e tradotte in applicazioni informatiche.

Inoltre l'esistenza del Sistema Informativo Integrato risponde alla necessità di monitoraggio di che caratterizza fortemente l'impostazione di governo che l'attuale Giunta ha voluto riservare al Dipartimento/Agenzia, e che necessita di strumenti di raccolta e gestione dei dati di attività aggregati per nodi di rete, per Percorso Diagnostico Terapeutico, per Reti Integrate.

Dal punto di vista del cittadino utente è fondamentale la disponibilità di un Sistema Informativo che permetta la conservazione dei contatti e della relativa documentazione, che abbia la possibilità di tracciare i percorsi e di rappresentare il supporto decisionale anche per lo stesso.

3.2.4.3 La rete dell'informazione biomedica

La rete dei referenti aziendali per l'informazione biomedica riunisce esperti che hanno aggiunto ai compiti storici ed istituzionali di gestione delle biblioteche cartacee, quello di organizzazione dell'offerta online.

In collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale, tale gruppo di esperti ha chiesto e ottenuto la firma di una convenzione interaziendale (27 marzo 2008) per la razionalizzazione dell'informazione biomedica che produca nel tempo:

- omogeneizzazione della qualità dell'offerta sul territorio regionale e facilitazione dell'accesso;
- razionalizzazione dei costi derivata dall'eliminazione delle duplicazioni e delle ridondanze;
- allargamento dell'offerta informativa e formativa alle professioni non mediche, tradizionalmente più in difficoltà nell'accedere a tali opportunità;
- estensione dell'offerta informativa al di fuori delle tradizionali sedi istituzionali e residenziali (territorio, ASL);
- possibilità di negoziazione con i consorzi, che nasce da principi di economia di scala;
- supporto alle attività di elaborazione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici.

3.2.5. La comunicazione

Le strategie di comunicazione in ambito sanitario si inseriscono in un contesto più ampio di cambiamento dei rapporti tra la pubblica amministrazione e i cittadini, un cambiamento rapido e necessario che si sviluppa ininterrottamente dalla prima metà degli anni novanta. I passaggi cruciali di questo percorso normativo sono rappresentati dalle leggi 142/1990 e 241/1990 sulla trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa, il decreto legislativo 29/1993 con l'istituzione degli Uffici Relazioni con il Pubblico e la distinzione fra politica e amministrazione e la legge 150/2000 che disciplina le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni. Lo sviluppo di adeguate strategie di comunicazione verso il cittadino e verso gli operatori che lavorano nell'ambito della sanità è un dovere di trasparenza posto in capo alla Pubblica Amministrazione e nel contempo, come confermato dal Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008, uno strumento necessario e determinante per il conseguimento di obiettivi legati al tema della salute. Le linee strategiche nell'ambito specifico della sanità pubblica sono state tracciate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la quale, già nel 1997, evidenziava come l'informazione fosse essenziale per ottenere una partecipazione efficace del cittadino e per attribuire maggiori poteri alle persone e alla comunità. Anche l'agenda della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità affronta il tema "comunicazione" come azione strategica per gestire il cambiamento del "patto" tra l'amministrazione e il cittadino.

L'esigenza di regolamentare e dare sistematicità all'attività di comunicazione ed informazione sanitaria ligure nasce, oltre che per rispondere ai principi della normativa vigente, dall'esigenza di supportare la fase di ridefinizione e riordino del sistema sanitario ligure.

La l.r. 41/2006, colmando un vuoto normativo perdurante dal 2000, ha ristabilito un quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale con declinazione di ruoli, responsabilità ed interazioni tra Regione, Autonomie locali, Aziende sanitarie ed altri soggetti portatori di interessi. Tra gli obiettivi della legge di riordino si sottolinea in particolare l'affermazione della centralità del ruolo della Regione Liguria che deve riassumere la regia dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale mediante l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo e la dotazione dei necessari strumenti di supporto per svolgere anche il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie. Il processo di decentramento verso la Regione del ruolo di governance del sistema sanitario implica necessariamente l'assunzione di un ruolo strategico e coordinato della comunicazione sanitaria. L'importanza di una coordinata strategia di informazione e comunicazione viene, altresì, rilevata, in due atti cardini del processo di cambiamento della sanità ligure, ovvero nella deliberazione del Consiglio regionale-Assemblea legislativa 29/2006 e nella deliberazione della Giunta regionale 9 marzo 2007, n. 243 relativa all'approvazione dell'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e il

Presidente della Regione Liguria relativo al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del S.S.R..

Se in generale non è possibile non comunicare, a maggior ragione nella sanità la comunicazione e l'informazione sono parte integrante del processo di erogazione delle prestazioni, sia per quanto riguarda il personale dei servizi sanitari che impiega circa l'80% del proprio tempo nella comunicazione verbale, sia per la Regione che si trova impegnata ad affrontare gli aspetti legati alla promozione e alla cultura della Salute. Si ritiene che la strategia più idonea debba optare per il più ampio coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo si occupano di salute e alla soddisfazione del cittadino utente nell'ambito della gestione dei diversi servizi sanitari, utilizzando un linguaggio comprensibile e una comunicazione bidirezionale, sia rispetto al cittadino utente sia rispetto all'operatore sanitario. Il modello di comunicazione che si considera più adatto al contesto sanitario ligure attuale è quello responsabile e partecipativo nel quale al centro vi sia il cittadino interlocutore che sia messo in grado di mettersi in relazione di governance consapevole quando entra in contatto con il servizio sanitario.

In questo contesto di innovazione e razionalizzazione del sistema sanitario ligure è stato elaborato e approvato con deliberazione 9 luglio 2007, 748, un piano regionale di comunicazione, educazione e promozione della salute che rappresenta lo strumento di pianificazione e integrazione delle attività, dei mezzi e dei soggetti attraverso cui l'assessorato risponde alle esigenze di favorire la promozione, l'educazione alla salute, la prevenzione e una maggiore comprensione dei percorsi organizzativi nei servizi sanitari.

Il processo di cambiamento prevede, tra l'altro, un ribaltamento culturale fondamentale ovvero il passaggio da un sistema di competizione tra le strutture sanitarie ad un principio di collaborazione che traguardi l'obiettivo di curare meglio, nel rispetto della dignità del cittadino. E di questo processo il piano di comunicazione vuole essere non solo parte integrante ma soprattutto strumento che funga da tramite nei confronti dell'esterno (cittadini, media, portatori di interessi) e dell'interno (all'interno dell'ente Regione, tra Regione e Aziende sanitarie e Istituti di ricerca, medici, pediatri e operatori del settore) e che sia espressione delle attività in tema di sanità della Giunta regionale e di quelle del Dipartimento in coordinamento, quando necessario, con le Aziende sanitarie liguri e l'Agenzia Regionale Sanitaria .

Nel corso del 2008 tra le principali attività di comunicazione della Giunta regionale in ambito sanitario si evidenziano quelle sulla riduzione dei tempi d'attesa di alcune prestazioni sanitarie, come da deliberazione 19 ottobre 2007, n. 1235 e sulla riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza.

La campagna di comunicazione sui tempi d'attesa illustra il percorso intrapreso dalla Regione per la riduzione delle attese e il miglioramento delle procedure di prenotazione e pagamento e le novità attuate tra cui la possibilità di pagare il ticket sanitario on line e prenotare la seconda visita dal medico specialista e quelle in fase di attuazione come la prenotazione delle prestazioni dal proprio medico, in tutte le farmacie, via web e la possibilità di pagare il ticket anche in farmacia.

L'altra attività dell'Assessorato su cui concentrare la comunicazione, la riorganizzazione della rete regionale, sarà presentata attraverso una serie di cartine geografiche che metteranno in evidenza i principali cambiamenti del Sistema Sanitario Regionale.

Con l'intento di fare comunicazione, ma anche educazione alla salute sono stati realizzati dei poster che informano su alcune prestazioni. Si è partiti con mammografia e MOC che si definiscono critiche anche a causa di un uso non sempre appropriato, che contribuisce ad allungare i tempi d'attesa con grave disagio per chi ne ha realmente bisogno, e si è proseguito con i reni e l'ictus con l'intento di fornire un "warning" per non sottovalutare alcune sintomatologie, che se prese in tempo possono evitare danni irreparabili.

Accanto alle priorità legate alle politiche della giunta in ambito sanitario si evidenziano le attività legate a eventi che si ripetono periodicamente come ad esempio le campagne di sensibilizzazione sulla donazione del sangue e sulla donazione degli organi rivolte ai cittadini per incrementare il numero delle donazioni, e la conduzione del portale www.liguriainformasalute.it , il portale regionale della sanità in Liguria.

Tutte le attività di comunicazione realizzate e da realizzare (le decisioni della giunta, i processi nuovi di cura o diagnosi, i servizi e le necessità del cittadino) si inseriscono in un contesto in cui assume carattere prioritario rispettare gli obiettivi della trasparenza, della valorizzazione

delle competenze e della corretta diffusione dell'informazione. Per trasparenza si intende informare correttamente i cittadini e gli operatori sulle iniziative della Regione in sinergia con la comunicazione delle aziende; favorire l'accesso del cittadino al sistema sanitario e migliorare i percorsi assistenziali; indirizzare correttamente la collettività verso i servizi erogati dalla pubblica amministrazione locale ligure, anche attraverso le aziende sanitarie e gli istituti di ricerca e prestare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili e agli effetti sulla salute generati dalle diseguaglianze socioeconomiche. Con valorizzazione delle competenze si intende definire uno stile di comunicazione da utilizzare in ogni iniziativa; fornire un'unitarietà d'immagine e d'identità del sistema sanitario ligure; valorizzare al meglio le strutture sanitarie e assistenziali liguri; coordinare le campagne di comunicazioni regionale o di area ottimale; potenziare le strategie di comunicazione attraverso una corretta pianificazione ed effettuare verifiche sulla comunicazione. Infine la corretta diffusione dell'informazione vuole promuovere gli obiettivi di salute individuati dall'Assessorato relativi alle differenti fasce di età e fasi di vita e categorie sociali; sostenere scelte consapevoli per aumentare la fiducia dei cittadini verso i servizi sanitari; diffondere la conoscenza su corretti ed appropriati percorsi assistenziali; diffondere la conoscenza sui servizi e le attività di prevenzione erogati in Liguria; favorire la cultura dell'appropriatezza; prestare attenzione alla comunicazione di crisi ed emergenza come strumento per controllare situazioni di allarme improvviso per la salute e uniformare l'accesso alle informazioni; uniformare il linguaggio e la modalità di comunicazione.

3.2.6. I servizi per l'accesso alle reti (CUP)

Il ruolo strategico del servizio CUP è stato focalizzato nelle deliberazioni della Giunta regionale in materia di organizzazione sanitaria e di governo di tempi d'attesa.

Conseguentemente sono stati condotti importanti interventi:

- adeguamento tecnologico e funzionale delle soluzioni informatiche alle strategie di innovazione del servizio
- definizione di accordi con MMG e farmacie per l'erogazione del servizio di prenotazione
- avvio degli interventi formativi per l'aumento dei punti di prenotazione
- costituzione dei primi tavoli tecnici per la definizione di linee guida per l'appropriatezza

Il principale limite del processo in corso può essere identificato nello scarso coordinamento degli interventi organizzativi e nell'assenza di una strategia organica per l'omogeneizzazione del servizio a livello regionale, in quanto la differenziazione che attualmente caratterizza i diversi ambiti geografici rischia di moltiplicare gli sforzi necessari e ridurre significativamente le possibilità di successo.

Le prossime azioni sono pertanto volte a definire e controllare processi integrati a livello regionale per:

- l'inserimento a CUP dell'intera offerta di prestazioni ambulatoriali (in regime istituzionale, di accreditamento, di libera professione)
- la diversificazione dell'offerta in base a criteri di appropriatezza ed urgenza, anche attraverso la completa suddivisione tra prime e seconde visite
- la riduzione del drop-out
- la gestione di liste d'attesa nel caso che il servizio non sia in grado di soddisfare immediatamente il bisogno
- la diversificazione e potenziamento della rete d'accesso per la prenotazione ed il pagamento ticket (Strutture erogatrici, sportelli Polifunzionali, MMG, farmacie, call center, internet..)
- l'integrazione del servizio a livello regionale (numero unico regionale)

3.2.7. Sistemi di valutazione delle performance

Un ulteriore strumento di governo che il Piano sociosanitario regionale 2009-2011 garantisce è quello della individuazione e sviluppo di indicatori di performance del sistema.

Il sistema degli indicatori consente la misurazione delle attività ed il confronto tra le prestazioni erogate al fine di passare dall'interesse necessario per l'equilibrio economico finanziario - caratterizzante l'ultima stagione - all'allocazione delle risorse secondo priorità gestionali ed

obiettivi di qualità.

A tal fine si privilegia una duplice strategia: l'informazione sui processi - tramite i Nuclei Operativi di Controllo - ed il supporto gestionale offerto alle Aziende ed ai professionisti tramite un sistema di valutazione delle performance.

Questo, sviluppato in Liguria a partire dal 2008 con la collaborazione di esperti di Management Sanitario della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, dovrà guidare le Aziende ad incontrare i bisogni dei cittadini con un'offerta adeguata.

Il principio di adeguatezza sarà soddisfatto dal giusto mix qualitativo e quantitativo di prestazioni e servizi che porti il sistema ligure a garantire ai cittadini il miglior stato di salute possibile nell'equilibrio tra garanzia dei loro diritti ed assunzione di responsabilità da parte dei cittadini stessi.

4. ARCHITETTURA DEL PIANO

4.1 Il metodo: l'organizzazione a rete

4.1.1 Indicazioni di metodo per la stesura del Piano sociosanitario regionale

Come illustrato nella parte metodologica, per la definizione del Piano, la scelta adottata dalla Regione Liguria è stata quella di coinvolgere professionisti ed operatori del sistema sanitario nell'esame delle realtà assistenziali per individuarne:

- assetti
- potenzialità
- criticità
- sviluppo.

Gruppi di professionisti hanno quindi elaborato analisi e prospettive delle diverse attività assistenziali, disegnando quattro reti verticali (prevenzione, acuzie, cronicità e riabilitazione) in cui si intersecano le reti orizzontali, quali elementi di collegamento tra le quattro aree individuate come reti verticali, costituendo la garanzia che all'interno dei processi orizzontali si assicuri la necessaria integrazione tra le diverse prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Rete significa quindi un percorso assistenziale omogeneo e fattibile, realizzato da diverse unità organizzative, anche non necessariamente collocate nella stessa sede.

Il prodotto di questo lavoro di analisi, discussione, approfondimento e di indirizzi propositivi per migliorare il sistema è inserito nel documento denominato Contributi di rete, in atti presso l'Agenzia Sanitaria Regionale che sarà utilizzato per lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e linee guida (LG) che guideranno la realizzazione degli Obiettivi di Piano di seguito elencati, per garantire la qualità del "sistema salute" nel triennio 2009/2011. I risultati attesi degli obiettivi di rete troveranno correlazione anche con gli "indicatori di performance" elaborati in collaborazione con l'Università di Pisa (Scuola Superiore S. Anna), nel progetto di valutazione comparata del servizio sanitario Ligure con quello Toscano.

Compito dell'Agenzia Sanitaria Regionale, raccordata con il Dipartimento Salute e Servizi Sociali è quello di accompagnare nella triennalità del Piano percorsi, strategie e obiettivi di miglioramento individuati dalle diverse reti, provvedendo a un loro coordinamento e ad una loro omogeneizzazione, sia attraverso modelli di analisi dell'esistente, sia con la elaborazione, insieme agli estensori dei documenti di rete, di indirizzi operativi/organizzativi (PDT e LG), che rendano omogenea, sul territorio regionale, l'offerta dei livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Il Piano sociosanitario regionale 2009-2011 si pone tre obiettivi principali:

- la reingegnerizzazione del sistema partendo dal bisogno primario del Sistema Sanitario Ligure di un sostanziale intervento di calibrazione in funzione di una risposta maggiormente adeguata e appropriata alla cronicità.
- la necessità di dare al nuovo costituendo Sistema Sanitario obiettivi triennali adeguati ai bisogni emergenti di salute espressi dalla nostra popolazione nelle 4 grandi aree della prevenzione, emergenza, cronicità e riabilitazione.
- lo sviluppo dei servizi territoriali in sinergia con le reti ospedaliere al fine di garantire la continuità assistenziale e il supporto alle fragilità/cronicità.

La costituzione di un piano di sistema che garantisca al Servizio Sanitario Regionale ligure una sopravvivenza a medio e lungo termine rappresenta un'occasione di confronto e concertazione che molti professionisti aspettano da tempo. Gli operatori della salute, dal loro punto di vista e secondo le loro prerogative, hanno analizzato il sistema e ipotizzato modelli di ristrutturazione e rifunionalizzazione che finora nessuno aveva chiesto loro di esprimere. Se esiste una presunzione in chi ha ipotizzato la redazione di questo Piano è quella di voler ascoltare e tradurre in una pianificazione realizzabile le aspettative e le elaborazioni culturali dei professionisti impegnati nel Sistema Sanitario Ligure.

4.1.2 L'organizzazione a rete in sanità: i presupposti della scelta Ligure

Negli ultimi 15 anni, contestualmente allo sviluppo di Internet e alla possibilità di diffusione delle informazioni e dei saperi molto più rapida, il mondo della sanità è stato attraversato da un movimento culturale che, trovando nella rete informatica una strada estremamente efficiente per la sua diffusione, ha cambiato, anche dal punto di vista organizzativo, l'approccio alla gestione della salute pubblica.

L'idea di superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della continuità delle cure e della condivisione dei saperi basati su prove di efficacia ha aperto il campo in diversi paesi europei a nuove architetture organizzative concepite secondo logiche a rete. Per la nostra Regione, paradigma in campo sanitario della rappresentazione nosologica delle cronicità e della conseguente necessità di approccio integrato al bisogno di salute della popolazione, questa pressione, per tanto tempo rimasta sopita, sta emergendo in modo significativo.

L'esigenza di ottimizzare l'offerta sanitaria nella nostra Regione è ben rappresentata dai diversi provvedimenti che la giunta Regionale ha assunto per il riordino della rete ospedaliera, ridondante e inadeguata rispetto ai già citati bisogni che la composizione demografica della Liguria lascia intendere.

L'idea di impostare il sistema secondo le logiche delle reti integrate dei servizi sanitari non si deve quindi solamente intendere quale strumento organizzativo e gestionale del cosiddetto governo clinico, ma come strumento di governance integrata per armonizzare i diversi aspetti (clinici, gestionali, finanziari, della comunicazione, della ricerca e della formazione) che concorrono alla qualità del Servizio Sanitario Regionale

In particolare occorre ricordare come già nella l.r. 41/2006 siano state istituite le aree ottimali, con il preciso scopo di realizzare questa organizzazione a rete che trova nel presente Piano la sua consacrazione

L'impostazione di un sistema di interazioni cooperanti fra Aziende trova nelle logiche di rete integrata dei servizi il naturale strumento operativo.

È bene ricordare come non si tratti di una mera filosofia organizzativa, ma di una volontà precisa di impostazione di relazioni fra aziende, soggetti erogatori di prestazioni, assicuratori, territorio ed ospedale, medici di medicina generale.

4.2 Le reti

4.2.1 Reti verticali e orizzontali: una programmazione a matrice

L'architettura del nuovo sistema è stata ipotizzata come un insieme di reti integrate di servizi costituite secondo due direttrici diverse che rappresentano gli assi di integrazione necessari.

1 la direttrice, "verticale", rappresenta la dimensione all'interno della quale si sviluppano le quattro aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Sistema sanitario Pubblico:

prevenzione
acuzie-emergenza-urgenza
fragilità/cronicità
riabilitazione.

2 la direttrice, "orizzontale", sulla quale si sviluppano reti cliniche o reti di condizioni che, dando origine e custodendo percorsi diagnostici e terapeutici orizzontali che attraversano le 4 aree verticali sopra citate, rappresentano le connessioni fisiche fra le quattro reti verticali appena descritte.

Le reti orizzontali sono fonte della produzione di linee guida e di indirizzi posti a fondamento del governo clinico del Servizio Sanitario Regionale e individuano le criticità del sistema.

Nella prima fase di lavoro, anche al fine di mettere in movimento e dare credito istituzionale a diverse comunità scientifiche già operanti a livello regionale, sono state individuate diverse reti orizzontali che hanno prodotto molti utili contributi secondo le indicazioni che già nel giugno

2006 erano state fornite dall'Assessorato.

Conseguentemente, sono state identificate, sia per le reti verticali sia per quelle orizzontali, modalità organizzative, obiettivi e azioni programmate che potessero rappresentare la migliore opportunità possibile per la creazione del nuovo sistema sanitario.

Disegnare l'architettura del nuovo Sistema Sanitario Regionale significa individuare i principali nodi delle reti verticali e orizzontali e le connessioni che legano questi nodi, creare una struttura in grado di presidiare in modo integrato le quattro aree a livello regionale e a livello di aree ottimali con l'obiettivo primario di offrire a tutti i cittadini residenti in Liguria un sistema che risponda al bisogno di salute e che riesca ad anticipare il bisogno di prestazioni integrate talvolta inespresso.

Questa impostazione organizzativa rappresenta una possibilità concreta di rendere disponibili ai quattro livelli cosiddetti verticali le conoscenze e le migliori prove di efficacia che le comunità scientifiche che fanno riferimento alle cosiddette reti orizzontali sono in grado di produrre. Queste prove, tradotte in Percorsi Diagnostico Terapeutici, troveranno nell'impalcatura delle reti verticali il luogo e lo spazio organizzativo per essere contestualizzate a livello regionale, mentre nelle aree ottimali troveranno la definitiva applicazione locale.

4.2.2 Metodologia di redazione: dalle evidenze alla mediazione sostenibile

La metodologia di redazione della parte di piano relativa alla costruzione del sistema è articolata in tre fasi nelle quali vengono coinvolti tre tipi di attori differenti.

4.2.2.1 Prima fase: redazione delle reti orizzontali (livello delle evidenze per disciplina)

Significato

Come già ricordato precedentemente i gruppi di lavoro delle reti orizzontali hanno prodotto materiale utilizzabile sulla base del quale è già stato possibile ipotizzare nuovi assetti. Dalla lettura dei primi documenti sono emersi i contenuti, le analisi delle tecnologie proposte, ma soprattutto le prospettive di sviluppo a medio - lungo termine che la disciplina oggetto della rete orizzontale ha proposto al sistema nel suo complesso. Sebbene alcune delle reti orizzontali individuate contengano geneticamente una propensione all'integrazione (ad esempio le reti per condizione) non è escluso che il rischio della frammentazione dell'approccio puntiforme, ancorché scientificamente corretto, si possa manifestare con questa modalità monodisciplinare della programmazione.

Attori

Gli attori di questa prima fase sono i professionisti che direttamente si sono impegnati nella disciplina, che hanno diretto contatto con le contraddizioni che il sistema presenta e che hanno maturato attraverso la loro esperienza le ipotesi di cambiamento.

Compiti

In questa prima fase oltre alla compilazione della scheda che riportiamo in allegato, al tentativo di disegnare un'ipotesi di rete per le tre conferenze di area (levante, centro e ponente), è stato richiesto ai gruppi di redazione lo sforzo di graduare le raccomandazioni riportate nei loro documenti, secondo le scale Evidence Based che vengono utilizzate in letteratura per supportare le linee guida cliniche.

Assegnazione grading

Nelle linee guida, le raccomandazioni vengono qualificate con un certo grado di Livello di prova (LDP) e di Forza della raccomandazione (FDR), espressi rispettivamente in numeri romani (da I a VI) e in lettere (da A a E). Per LDP ci si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici. Per FDR ci si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta. Esistono diversi sistemi di gradazione per le prove di efficacia e per la forza delle raccomandazioni riportati in letteratura. Il sistema adottato dal PNLG si basa sulla rielaborazione messa a punto dal Centro per la valutazione della efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS). Questo sistema ha come principale caratteristica il fatto che la forza delle raccomandazioni non si basa soltanto sul tipo di disegno di studio ma tiene conto anche di altri fattori quali la fattibilità, l'accettabilità e l'economicità dell'intervento.

Livelli di prova, Forza delle raccomandazioni: Livelli di prova

Prove di tipo I

Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.

Prove di tipo II

Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.

Prove di tipo III

Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.

Prove di tipo IV

Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.

Prove di tipo V

Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.

Prove di tipo VI

Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conferences, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.

Forza delle raccomandazioni

A

Sta a indicare una forte raccomandazione a favore dell'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.

B

Quando si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.

C

Quando esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.

D o E

Quando l'esecuzione della procedura non è raccomandata.

E

Quando si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

4.2.2.2 Seconda fase: redazione delle reti verticali (livello delle evidenze per macroaree)

Significato

La fase elaborativa delle reti verticali ha preso l'avvio dopo aver acquisito il materiale proveniente dalle reti orizzontali sostanzialmente per due ordini di motivi:

- il primo attiene alla necessità di omogeneità che il Piano richiede; in particolare, poiché i nodi delle reti orizzontali sono perlopiù gli stessi di quelle verticali, per disegnare un'architettura condivisa e credibile delle quattro grandi macroaree del Sistema è indispensabile che il lavoro delle reti orizzontali sia già stato valutato. Questa valutazione infatti ha permesso di disegnare un'organizzazione di sistema che potesse coinvolgere i diversi saperi articolati all'interno di ogni singolo nodo di rete e i legami stretti che tra i diversi nodi è opportuno realizzare.
- il secondo riguarda la necessità di garantire, attraverso la supervisione dei gruppi redazionali delle quattro reti verticali, maggiore integrazione fra i nodi delle reti come conseguenza di un'attenzione necessariamente più globale in quanto maggiormente concentrata sulle tematiche relative alle quattro macroaree. L'attenzione posta dai gruppi redazionali delle reti orizzontali alla specificità di disciplina, ancorché legittima è stata stemperata dalle necessità di integrazione che il sistema necessariamente richiede.

Attori

Attori di questa seconda fase sono stati i professionisti individuati come referenti per le quattro macroaree coadiuvati dal gruppo redazionale generale

Compiti

In questa seconda fase ai gruppi di redazione è stato richiesto di costruire un'ipotesi di rete per ognuna delle 4 macroaree e per le tre aree ottimali (levante, centro e ponente) avendo cura di garantire la graduazione delle raccomandazioni secondo le scale Evidence Based riportate più sopra.

Inoltre, ogni gruppo redazionale ha individuato, alla luce delle indicazioni di Piano Nazionale e dalla lettura del lavoro dei gruppi orizzontali, alcuni obiettivi triennali che dovranno essere coniugati all'interno delle costituenti reti.

I quattro documenti conclusivi, in ultima analisi, rappresentano la sintesi fra le bozze di reti orizzontali e le indicazioni strategico organizzative delle quattro macroaree o reti verticali individuando nuovi assetti della rete di assistenza e cura che garantiscano da un lato l'integrazione dei servizi oltre i confini aziendali e dall'altro i Livelli Essenziali dell'Assistenza secondo i principi dell'accessibilità e dell'equità e dell'appropriatezza.

4.2.2.3 Terza fase: contestualizzazione nelle aree ottimali (la mediazione politico – gestionale delle Conferenze di area)

Significato

Quest'ultima fase rappresenta il momento politico-gestionale dell'intera operazione e dovrà esitare nella mediazione più opportuna tra:

- le pressioni della comunità scientifica ligure, esplicitata nei documenti di sintesi delle quattro reti verticali e nei documenti delle reti orizzontali;
- le pressioni derivanti dagli assetti esistenti del sistema, con tutto il corredo di contraddizioni organizzative ad esso intrinseco;
- le pressioni derivanti dalla conflittualità interaziendale che non appare ancora definitivamente estinta;
- le forti pressioni di natura economica ben esplicitate nel documento di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza.

Attori

Le direzioni strategiche delle Aziende insistenti nel territorio delle tre Conferenze di area ottimale, come definite nel documento di riorganizzazione della rete di assistenza, che potranno coinvolgere i professionisti presenti nell'ambito della Conferenza, Il Dipartimento

Compiti

In quest'ultima fase si dovrà procedere alla definizione degli assetti definitivi del Sistema nelle tre conferenze di area, realizzando le necessarie mediazioni tra i documenti di sintesi che emergeranno dal lavoro della seconda fase e le diverse compatibilità ambientali.

La mediazione dovrà necessariamente tenere conto della forza delle raccomandazioni emerse dal lavoro delle precedenti fasi e della sostenibilità complessiva degli interventi proposti.

L'operazione di ridefinizione del sistema dovrà avere come elemento di fondo il tentativo di rendere equo e accessibile il SSR, avendo cura di ottimizzare l'utilizzo delle strutture esistenti individuando nella concretezza della realtà territoriale della conferenza i nodi delle reti, le loro funzioni e le relazioni da instaurare, garantendo infine i livelli di spesa attuali che, come noto, rappresentano una criticità peculiare della nostra regione.

4.2.3 Le relazioni tra le reti: i principali link tra le reti

Nell'organizzazione che è stata ipotizzata, le reti orizzontali rappresentano l'elemento di collegamento fra le quattro aree individuate come reti verticali e costituiscono la garanzia che all'interno dei processi orizzontali venga assicurata la necessaria integrazione tra le diverse fasi dell'assistenza sanitaria.

D'altro canto appare evidente come all'interno di ognuna delle quattro aree verticali lo sforzo debba essere rivolto a garantire l'omogeneità e la sostenibilità delle azioni programmate per ciascun percorso assistenziale orizzontale.

All'inizio del percorso che ha condotto alla redazione del presente piano sono stati costituiti diversi gruppi che hanno avuto il compito di definire gli assetti essenziali delle reti orizzontali

I lavori prodotti, grazie ai quali si è giunti alla redazione attuale Piano, rappresentano la base utile di partenza per il prosieguo dell'attività degli stessi gruppi. Come si desume dall'architettura di sistema che è stata fin qui disegnata, diviene necessario rendere permanente gli originali gruppi di redazione delle reti orizzontali, dar loro una veste ufficiale integrandoli con altri nomi e affidar loro il mandato di avviare la tessitura delle reti.

Questa modalità di costruzione delle reti integrate dei servizi diviene contemporaneamente strumento e fine della programmazione in conseguenza:

1. del forte coinvolgimento che la pianificazione stessa richiede agli operatori e alle professioni del Sistema Sanitario Ligure,
2. dell'importanza data alle prove di efficacia,
3. della forte spinta alla cooperazione che nel sistema ogni componente deve giocare,
4. delle inevitabili conseguenze sulla qualità dei risultati attesi e, in ultima analisi,
5. delle conseguenze di tipo economico che la messa a rete dei servizi è destinata a produrre.

4.2.4 Elenco delle reti verticali, orizzontali e di sistema

Le reti verticali

rete prevenzione
rete emergenza urgenza acuzie
rete fragilità e cronicità
rete riabilitazione

Le reti orizzontali

rete allergologica
rete anziani
rete cardiologia
rete chirurgia vascolare
rete cure palliative

rete demenze
rete Endocrinologia e malattie del ricambio
rete nutrizione clinica e dietologia
rete disabilità
rete genetica
rete malattie rare
rete malattie infettive
rete medicina complementare
rete nefrologica
rete neurologica
rete oculistica
rete odontoiatrica
rete oncologica ematologia radioterapica
rete ORL
rete ortopedica
rete neonatologia - pediatria
rete pneumologica
rete politrauma
rete psichiatria e dipendenze
rete psicologi
rete reumatologica
rete salute in carcere
rete trapianti
rete urologia
rete veterinaria
rete professioni non mediche

Le reti di sistema

rete diagnostica di laboratorio
rete farmaceutica
rete hta
rete informatica
rete radiologia
rete rischio clinico
rete trasfusionale

Nel corso del triennio sarà definita con provvedimento di Giunta la rete delle cure primarie, di cui i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta costituiscono un nodo fondamentale, che interagisca in quanto tale con le altre reti.

SCHEDE RETE VERTICALE PREVENZIONE	Struttura (nodi della rete)	Funzioni	Livello	Relazioni inter	Relazioni inter	Obiettivi
	GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA PREVENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> --> STRATEGIA --> INDIRIZZO --> CONTROLLO --> COMUNICAZ. 	REGIONALE	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA PREVENZIONE (a.ort) --> DIPARTIMENTI DELLA PREVENZIONE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello regionale)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ RIDUZIONE MORTALITÀ PERINATALE ↑ RIDUZIONE MORTALITÀ EVITABILE ↑ RIDUZIONE PATOLOGIE CORRELATE A PRATICHE ASSISTENZIALI
	GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA PREVENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> --> REALIZZAZIONE STRATEGIE E AZIONI PROGRAMMATE --> CONTROLLO PIANIFICAZ. DIPARTIMENTI PREVENZIONE / DISTRETTI 	AREA OTTIMALE	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA PREVENZIONE --> DIPARTIMENTI DELLA PREVENZIONE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello Aree Ottimali)	
	DIPARTIMENTO PREVENZIONE DISTRETTO	ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO	AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA PREVENZIONE ↑ --> GRUPPO OPERATIVO DELLA PREVENZIONE 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
	MMG PLS		TERRITORIALE	DIPARTIMENTO DISTRETTO	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	

SCHEDE RETE VERTICALE ACUZIE EMERGENZA URGENZA	Struttura (nodi della rete)	Funzioni	Livello	Relazioni intra	Relazioni inter	Obiettivi
	GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERGENZA URGENZA	<ul style="list-style-type: none"> --> STRATEGIA --> INDIRIZZO --> CONTROLLO --> COMUNICAZ. 	REGIONALE	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERGENZA URGENZA (a.ort) / GORE --> DIPARTIMENTI DELLA EMERGENZA / ACCETTAZIONE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello regionale)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ RIDUZIONE MORTALITÀ PERINATALE ↑ RIDUZIONE MORTALITÀ EVITABILE ↑ RIDUZIONE PATOLOGIE CORRELATE A PRATICHE ASSISTENZIALI
	GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERGENZA URGENZA	<ul style="list-style-type: none"> --> REALIZZAZIONE STRATEGIE E AZIONI PROGRAMMATE --> CONTROLLO PIANIFICAZIONE DIPARTIMENTI EMERGENZA / URGENZA 	AREA OTTIMALE	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERGENZA URGENZA --> DIPARTIMENTI EMERGENZA / ACCETTAZIONE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello Aree Ottimali)	
	DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO	AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERG / URG / GORE → GRUPPO OP. RETE ACUZIE / URG / GORE 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
	PRONTI SOCCORSO	ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO	AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> --> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA ACUZIE EMERG / URG / GORE --> GRUPPO OP. RETE ACUZIE / URG / GORE 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
MMG PLS		TERRITORIALE	DEA PRONTI SOCCORSO	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI		

SCHEDA RETE VERTICALE CRONICITA'	Struttura (nodi della rete)	Funzioni	Livello	Relazioni intra	Relazioni inter						
	GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA CRONICITA'	<ul style="list-style-type: none"> STRATEGIA INDIRIZZO CONTROLLO COMUNICAZ. 	REGIONALE	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA CRONICITA' DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello regionale)						
	GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA CRONICITA'	<ul style="list-style-type: none"> REALIZZAZIONE STRATEGIE E AZIONI PROGRAMMATE CONTROLLO PIANIFICAZ. DIPARTIMENTI INTERESSATI / DISTRETTI 	AREA OTTIMALE	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA CRONICITA' DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello Aree Ottimali)						
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">DISTRETTO</td> <td>CURE PRIMARIE</td> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI </td> <td rowspan="4">AZIENDA ASL</td> <td rowspan="4"> <ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA CRONICITA' DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS </td> <td rowspan="4">ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI</td> </tr> <tr> <td>ANZIANI</td> </tr> <tr> <td>CURE DOMICILIARI</td> </tr> <tr> <td>OSPEDALE PER ACUTI</td> </tr> <tr> <td>MMG / PLS</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> DISTRETTO MMG / PLS DISTRETTO OSPEDALE PER ACUTI </td> </tr> </table>	DISTRETTO	CURE PRIMARIE	<ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI 	AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA CRONICITA' DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	ANZIANI	CURE DOMICILIARI	OSPEDALE PER ACUTI	MMG / PLS
DISTRETTO	CURE PRIMARIE		<ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI 					AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA CRONICITA' DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
	ANZIANI										
	CURE DOMICILIARI										
	OSPEDALE PER ACUTI										
MMG / PLS	<ul style="list-style-type: none"> DISTRETTO MMG / PLS DISTRETTO OSPEDALE PER ACUTI 										

SCHEDA RETE VERTICALE RIABILITAZIONE	Struttura (nodi della rete)	Funzioni	Livello	Relazioni intra	Relazioni inter						
	GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA RIABILITAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> STRATEGIA INDIRIZZO CONTROLLO COMUNICAZ. 	REGIONALE	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA RIABILITAZIONE DISTRETTI OSPEDALI PER ACUTI 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello regionale) <ul style="list-style-type: none"> PEDIATRICA ONCOLOGICA ANZIANI CARDIOLOGICA DIABETE 						
	GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA RIABILITAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> REALIZZAZIONE STRATEGIE E AZIONI PROGRAMMATE CONTROLLO PIANIFICAZ. DISTRETTI 	AREA OTTIMALE	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA RIABILITAZIONE DISTRETTI OSPEDALI PER ACUTI 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello Aree Ottimali) <ul style="list-style-type: none"> PEDIATRICA ONCOLOGICA ANZIANI CARDIOLOGICA DIABETE GRAVIDANZA-MATERNITA' 						
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">DISTRETTO</td> <td>CURE PRIMARIE</td> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI </td> <td rowspan="4">AZIENDA ASL</td> <td rowspan="4"> <ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA RIABILITAZIONE DISTRETTI OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS </td> <td rowspan="4">ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI</td> </tr> <tr> <td>ANZIANI</td> </tr> <tr> <td>CURE DOMICILIARI</td> </tr> <tr> <td>OSPEDALE PER ACUTI</td> </tr> <tr> <td>MMG / PLS</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> DISTRETTO MMG / PLS DISTRETTO OSPEDALE PER ACUTI </td> </tr> </table>	DISTRETTO	CURE PRIMARIE	<ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI 	AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA RIABILITAZIONE DISTRETTI OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	ANZIANI	CURE DOMICILIARI	OSPEDALE PER ACUTI	MMG / PLS
DISTRETTO	CURE PRIMARIE		<ul style="list-style-type: none"> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI 					AZIENDA ASL	<ul style="list-style-type: none"> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA RIABILITAZIONE DISTRETTI OSPEDALI PER ACUTI MMG / PLS 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
	ANZIANI										
	CURE DOMICILIARI										
	OSPEDALE PER ACUTI										
MMG / PLS	<ul style="list-style-type: none"> DISTRETTO MMG / PLS DISTRETTO OSPEDALE PER ACUTI 										

PARTE II GLI OBIETTIVI STRATEGICI E DI RETE

1. GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL SISTEMA

Gli obiettivi strategici costituiscono le direttive offerte agli attori del sistema perché vi orientino le attività e vi si possano ispirare nel conseguimento degli obiettivi di salute.

Ciò deve essere fatto nel riconoscimento delle caratteristiche del sistema: una popolazione in transizione dal punto di vista demografico, dove un flusso migratorio povero compensa parzialmente la scarsa natalità degli autoctoni e dove il potere d'acquisto di servizi è limitato dall'incerto scenario economico.

In questo sistema si deve osservare come negli ultimi decenni la Medicina abbia agito trasformando malattie un tempo fatali in condizioni medicalizzate di lungo periodo e come l'attenzione sui determinanti non medici della salute (stili di vita, scelte informate e salubrità dell'ambiente) abbia cospicui margini di miglioramento.

Partendo dal riconoscimento che il sistema sanitario ha faticosamente riequilibrato le risorse necessarie a soddisfare il bisogno di servizi di una popolazione invecchiata (e appesantita dal carico di disabilità legato alle caratteristiche demografiche) si individuano i seguenti traguardi da raggiungere:

- A) equilibrio nella corresponsabilità tra attori principali, cioè trovare quel giusto mix normativo e strategico che proponga la salute e come diritto e come responsabilità individuale
- B) centralità delle professioni come risorsa fondante, cioè valorizzazione di una politica delle risorse umane per il rilancio dell'attrattività del sistema ligure.

A questo scopo, il presente piano persegue gli obiettivi strategici di seguito indicati, che vengono distinti fra obiettivi di sistema ed obiettivi di rete, fermo restando che, al di là della collocazione sistematica nel documento, alcuni interventi, quali quelli della comunicazione e della prevenzione, costituiscono concettualmente le basi di partenza di un fare e programmare salute di un sistema che ponga al centro del suo agire la garanzia delle condizioni di salute dei propri cittadini al fine di evitare, ritardare o minimizzare gli effetti delle malattie. Un tale sistema non può prescindere dal porsi come finalità strategica il riequilibrio delle risorse destinate ai Livelli di Assistenza, in coerenza a quanto previsto dal PSN 2006/2008 (5% all'Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 51% all'Assistenza distrettuale, 44% all'Assistenza ospedaliera) e gli obiettivi di seguito elencati devono concorrere al raggiungimento di tale finalità.

In particolare, il presente piano si pone l'obiettivo del graduale riequilibrio delle risorse destinate alle macroaree di assistenza di cui ai LEA, come indicato nella seguente tabella:

LA tendenziali anni 2009/2011

Livello	2009	2010	2011
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3.19	3.37	3.70
Assistenza distrettuale	52.13	52.13	52.00
Assistenza ospedaliera	44.68	44.50	44.30

Le azioni previste dal Piano consentiranno di accelerare il processo di avvicinamento alle percentuali previste dal Piano sanitario nazionale 2006/2008, in progressione rispetto alle previsioni della chiusura del Piano di rientro, anche se il processo di raggiungimento delle percentuali indicate dal PSN potrà essere completato solo negli anni successivi.

1.1 La continuità assistenziale e l'integrazione sociosanitaria

Uno dei risultati più evidenti del lavoro in rete è quello di garantire la continuità assistenziale, come prodotto della sinergia operativa tra le diverse prestazioni ed i servizi della rete. La

continuità si avvale di strumenti che sono identificabili nei percorsi diagnostico-terapeutici, nei protocolli operativi relativi alla continuità tra ospedale e attività distrettuali, particolarmente per le prestazioni domiciliari e residenziali e nelle linee guida che devono guidare i diversi comportamenti delle unità organizzative per raggiungere standard omogenei nella regione ai fini di garantire, nelle diverse Aziende, l'applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La continuità assistenziale è anche una modalità della medicina generale, per assicurare l'assistenza medica di base nelle 24 ore, avvalendosi degli istituti contrattuali che prevedono forme associative tra i medici e guardia medica notturna e festiva.

Un profilo di particolare rilevanza nella continuità assistenziale è assunto dall'integrazione sociosanitaria, che è rappresentata da tutte quelle azioni che collegano le prestazioni sanitarie a quelle assistenziali erogate dai Comuni singoli e dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). La Valutazione Multidimensionale e il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) sono strumenti che, oltre a concretizzare l'integrazione, assicurano anche la continuità assistenziale nel tempo, particolarmente alle persone che richiedono assistenza prolungata nel tempo.

1.2 La risposta extraospedaliera

L'epidemiologia della popolazione ligure, come più volte sottolineato nel presente piano, richiede una forte organizzazione territoriale a cui dovranno rispondere i Distretti. Concretamente, si tratta di porre in essere percorsi assistenziali e protocolli che integrino prestazioni provenienti dal sistema sanitario collegandole anche con la componente sociale, soprattutto per le fasce di popolazione definite fragili, che sommano a bisogni di salute anche l'esigenza di protezione sociale.

Nell'area distrettuale extraospedaliera trovano risposta i problemi relativi alle seguenti aree:

- materno-infantile,
- disabilità
- anziani
- non autosufficienza e patologie cronico-degenerative,
- patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcool e farmaci e patologie per infezioni da HIV
- patologie in fase terminale.

Come emerge dalle aree trattate, la risposta territoriale deve essere caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) accesso facilitato (Sportello integrato distrettuale)
- b) valutazione multidimensionale
- c) continuità assistenziale tra azioni di prevenzione, cura e di riabilitazione;
- d) integrazione sociosanitaria, disciplinata dall'articolo 3 septies del d.lgs. 229/1999 e dall'Atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001, nonché, per la parte sociosanitaria dall'allegato c) del DPCM 29 novembre 2001.

Nella tipologia delle prestazioni sanitarie integrate sono erogate

- a) prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, a carico dell'Azienda sanitaria che riguardano azioni di carattere medico, psicologico, infermieristico e riabilitativo strutturate in ambito domiciliare e residenziale (diurno o a ciclo continuativo) Queste prestazioni in relazione all'impegno e ai tempi di assistenza previsti, si articolano in:
 - trattamenti intensivi, richiedenti un elevato impegno clinico, di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative. Si effettuano in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera e a domicilio;
 - trattamenti estensivi o intermedi, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, elevata assistenza alla persona, per la prosecuzione del processo riabilitativo, con reinserimento sociale e con programmi assistenziali di medio/lungo periodo, effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera (es: RSA);

- trattamenti di lungo assistenza, o mantenimento, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale.

b) prestazioni sociali a rilievo sanitario: sono erogate dai Comuni singoli o associati negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), consistono in azioni che devono rimuovere ostacoli di natura sociale e assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione. Dette prestazioni consistono in:

- interventi di natura economica
- aiuto domestico familiare e altre forme di sostegno alla domiciliarità;
- ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali.

Il Distretto sociosanitario previsto dalle ll. rr. 12/2006 e 41/2006 è la sede ottimale di incontro tra sistema sanitario e amministrazioni locali. I Piani Distrettuali sono la sede programmatica locale a cui è assegnato il compito di realizzare le prestazioni integrate sociosanitarie.

1.3 Tempi di attesa

Premessa concettuale

I tempi di attesa costituiscono una realtà fisiologica – spesso obbligata – in un sistema basato sul welfare. La risposta immediata alla domanda di servizi (all'estremo: shopping sanitario) non è sinonimo né garanzia di salute. Una strategia sulla gestione dei tempi di attesa è adottata da tutti i paesi, sia in sistemi liberisti che basati sul welfare. In Italia, tale tematica è inquadrata da numerosi provvedimenti normativi e di pianificazione, in primis quelli riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. La Regione intende chiamare tutti gli attori interessati a collaborare per il governo dei tempi di attesa

Le alternative ai tempi di attesa sono incostituzionali o impraticabili:

- L'innalzamento di una barriera economica, anziché temporale, all'accesso
- l'aumento indiscriminato, costante ed esponenziale, della spesa sanitaria con conseguente rischio di tracollo del sistema.

Definizione

La performance del sistema salute non si misura solo dal tempo che il cittadino impiega a vedere soddisfatta la propria domanda di servizi a seguito della prenotazione. Il tempo di attesa del quale siamo - in modo diretto o indiretto responsabili - è tutto quello che intercorre tra l'insorgenza del sintomo/segno ed il soddisfacimento del quesito diagnostico/terapeutico. Nell'accezione della diagnostica strumentale è costituito nell'ordine da:

- a) Il tempo che intercorre tra l'insorgenza del sintomo e la comunicazione al curante
- b) Il tempo tra la visita del curante e la prenotazione della prestazione
- c) Il tempo tra prenotazione della prestazione e la consegna del referto a prestazione avvenuta
- d) Infine il tempo tra la consegna del referto ed il conseguente gesto diagnostico o terapeutico

Giova sottolineare come vi sia (eccessiva) enfasi solo sul terzo di questi tempi. In realtà:

- Il tempo a è materia di educazione sanitaria e strategie di comunicazione
- Il tempo b e d costituiscono materia da affrontare con emissione di linee guida e formazione continua
- Il tempo c "prepara" l'erogazione ottimale della prestazione e deve essere soggetto a monitoraggio costante perché non vada a costituire parte di quella inappropriata che si vuole combattere

I tempi di attesa possono costituire un'opportunità poiché

- consentono l'ottimale impiego delle macchine, evitandone il sottoutilizzo, favorendo il ricambio tecnologico e contribuendo alla razionalizzazione della spesa

- consentono di razionalizzare gli iter diagnostici e terapeutici, quando normati da linee guida
- consentono di ordinare l'accesso ai servizi secondo criteri di priorità clinica, non lasciandolo al caos della coda spontanea e del self service
- evitano gli episodi di malpractice derivati dalla mancanza dello "studio del caso"

I tempi di attesa sono invece un problema

- qualora riguardino servizi di emergenza urgenza;
- quando – a proposito di prestazione elettive – sono erroneamente misurati, mal gestiti, non monitorati, mal comunicati. In questo caso si trasformano in fallaci fonti di informazione sull'accesso alle prestazioni sanitarie.

Tempi di Attesa: quali risposte dal sistema

I sistemi sanitari basati sul welfare devono mantenere un osservatorio sui tempi di attesa che lavori a tempo pieno allo scopo di informare l'utenza, rilevare i tempi relativi ad ogni prestazione, monitorarne l'andamento, controllare l'applicazione delle linee guida ed i criteri convenuti di appropriatezza, segnalare le difformità a chi esercita funzioni di controllo, centralizzare le informazioni utili al legislatore perché questo deliberi le eventuali offerte aggiuntive necessarie a non compromettere la qualità del servizio

I tempi di attesa costituiscono soprattutto una tematica di comunicazione. E' auspicabile pertanto che le Associazioni di tutela dei malati siano in costante comunicazione con i tavoli strategici ed operativi. E' necessario inoltre contrastare la tendenza che fa dei tempi di attesa il punto qualificante della qualità percepita. Tale tendenza infatti va a trasferire un tema prettamente tecnico (e di politica sanitaria) sul tavolo della diatriba politica tout court (in Canada - forse il miglior sistema sanitario e probabilmente percepito come tale dai Canadesi stessi - vi sono da tempo problemi addirittura drammatici per alcune prestazioni interventistiche, per procedure salva vita e per i trapianti, con "fuga" negli USA). Il motivo di queste osservazioni è squisitamente tecnico poiché - storicamente - a fronte della rapida alternanza dei cicli elettorali, l'unico strumento in mano al politico è stato quello dell'aumento temporaneo di offerta (guadagno di consenso ma innesco di un circolo vizioso che porta all'aumento consensuale della domanda). Il trasferimento del tema dei tempi di attesa dalle preoccupazioni elettorali alla ricerca operativa - processo da definirsi a tendere anche se difficile - consentirebbe di passare da strategie a breve a quelle a lungo termine.

- La crescita della domanda nel settore pubblico e' un fatto comportamentale e culturale facilmente prevedibile nelle situazioni seguenti
- quando non vi sia barriera alcuna all'ottenimento di un servizio ("just in time")
- ove si configuri un conflitto di interessi tra erogatori impegnati in una doppia dimensione, pubblica e privata, sullo stesso territorio
- qualora il sistema pubblico abbia una insufficiente strutturazione di carriera ed un debole sistema di incentivi
- quando siano assente o insufficiente la strutturazione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici
- quando siano assenti funzioni di controllo sull' appropriatezza e - all'estremo - di richiamo disciplinare
- in presenza di più d'una delle precedenti condizioni

La risposta del sistema deve essere quindi:

- culturale (appropriatezza, linee guida, informazione all'utenza, sistema di "vasi comunicanti" tra strutture in collaborazione sul territorio)
- comportamentale (finalizzata alla modifica dei comportamenti della popolazione e degli erogatori dei servizi) tramite campagne informative ed implementazione di un controllo/supporto effettivo
- strategica (HTA, Dipartimento delle Risorse Umane per elaborazione della scala di incentivi, Direzioni Aziendali) per la eliminazione di ridondanze e duplicazioni con redistribuzione delle risorse. Nella risposta strategica hanno importanza fondamentale il rispetto di criteri di priorità, soprattutto per il primo accesso al sistema, e la elaborazione

- di standard di offerta per un determinato esame in rapporto al fattore demografico e logistico
- mediatica;
- tecnologica (rilevamento del dato, adeguamento parco macchine, obsolescenza tecnologica gestita).

La strategia sui tempi di attesa non deve essere identificata con il solo contenimento.

Comprende piuttosto :

- studio del fenomeno;
- misurazione (scelta del metodo per iniziare);
- monitoraggio (individuazione dei trend e tempestivo rilievo delle criticità);
- informazione alla popolazione, per il congruo dirottamento verso agende dedicate e per la programmazione nel tempo.

Un esame strumentale per il quale non vi siano tempi di attesa configura di fatto un sottoutilizzo della macchina o un eccesso di offerta

Una strategia di contenimento che prescindendo dalla implementazione dei primi tre elementi (misurazione, monitoraggio, comunicazione) e si basi sull'offerta aggiuntiva ha il solo impatto di privare il sistema sanitario di risorse, alimentare l'eventuale conflitto di interessi, far lievitare la domanda.

Il commitment politico sul problema tempi di attesa dovrà essere valutato su tre parametri:

- emissione di normative/leggi/indicazioni regionali
- allocazione di fondi dedicati
- costruzione del consenso attorno alla proposta del sistema di garanzie (Linee Guida, Percorsi Diagnostico Terapeutici)

Il commitment della tecnostuttura - invece - dovrà essere valutato sul recepimento delle disposizioni emesse, dal supporto tecnico all'elaborazione di linee guida, dalla capacità di autogoverno ordinistico, dal mantenimento di un profilo etico adeguato sul tema del conflitto di interessi

Analisi dell'esistente

La Giunta regionale e il Dipartimento Salute, con la deliberazione n.1235 del novembre 2007 hanno iniziato un'azione strategica sul tema delle liste di attesa, abbandonando di fatto la politica di interventi a spot che ha caratterizzato le precedenti stagioni. La deliberazione ha evidenziato preliminarmente un pool di sette macro raggruppamenti di prestazioni che assembla l'80% delle criticità esistenti ed ha inserito un metodo di valutazione da pilotare inizialmente per poi essere perfezionato. Questo - una volta portato a regime - dovrà permettere di mantenere un monitoraggio /controllo costante nel tempo sull'argomento. La deliberazione della Giunta regionale del marzo 2008 (232) ha costituito i Comitati di area ottimale, sotto il controllo della direzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, proponendo una continuità di programmazione da confermarsi negli anni a venire. Tra le osservazioni che hanno giustificato l'assunzione di un ruolo regionale più forte nel governo del sistema elenchiamo le seguenti:

- E' imperativo per il sistema regionale agire in modo proattivo-strategico anziché semplicemente reagire. E' necessario inoltre minimizzare la pur comprensibile necessità di replicare automaticamente alle circostanze ed ai solleciti di varia provenienza con aumenti estemporanei dell'offerta.
- Le iniziative intraprese dalle istituzioni regionali, tramite apposite convenzioni delibere e provvedimenti, vengono accolte in ritardo dalle aziende.
- Si è proceduto sinora a misurare entità disomogenee che debbono essere meglio definite (es, "punto di erogazione") e che quindi sono per definizione misurabili solo con approssimazioni importanti. E' necessario introdurre accanto al parametro di occupazione macchina anche quello di soddisfazione utente riproducendo di fatto la situazione di un cittadino che si rivolge all'offerta pubblica per vedere soddisfatto il bisogno di prestazioni.

- E' necessario introdurre gradualmente il criterio logistico e demografico nella definizione del bisogno, al fine di evitare un'impropria assimilazione tra prestazioni di livello primario (offerta da disporre sul territorio capillarmente) e prestazioni superspecialistiche da offrire nei soli centri di riferimento.
- Il ricambio tecnologico - gestito in passato sulla base di pratiche locali o di non comprovata razionalità - dovrà passare interamente sotto l'egida di una cultura di Technology Assessment, da introdurre e mantenere attraverso un'adeguata offerta formativa. Sul tema sarà ricercata la partecipazione corale dei vari attori, istituzionali e privati (Società Scientifiche, Ordini Professionali, Aziende, Università, Istituzioni Regionali, Industria).
- Le procedure di gestione dell'offerta delle aziende sono ancora discrezionali, non esplicite e al Centro Unico di Prenotazione non afferiscono quindi tutte le prestazioni in offerta, che di conseguenza non possono essere misurate e gestite.
- Una strategia stabile ed innovativa di comunicazione con i media e con l'utenza sarà perseguita dal Settore preposto del Dipartimento Salute, di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale.
- Non esistono meccanismi aziendali, ordinistici o scientifici in grado di arruolare i professionisti sotto una uniformità di comportamento nei percorsi diagnostico terapeutici. La valutazione delle ricadute degli eventi formativi è pertanto incerta.
- Vi è ancora insufficiente governo della domanda per priorità, con necessità di sviluppare ulteriormente la tematica dei Raggruppamenti di Assistenza Omogenei (RAO) e dei percorsi assistenziali orientati dal problema clinico anziché dalla logistica dei singoli punti di erogazione (presa in carico del sistema).
- E' altresì insufficiente la funzione di controllo.
- Permane un'insufficiente presa in carico dell'utente, con episodi di persistente "pellegrinaggio sanitario".
- Non vi sono dati obiettivi, ne' tantomeno ricerche, su quanto "costino" i tempi di attesa in termini di salute. E' necessario promuovere la cultura e l'interesse perché si studi il fenomeno con strumenti epidemiologici, in modo che si passi dall'aneddotica/sensazionalismo all'obiettività razionale. Lo scopo deve essere lo studio del tempo di attesa "come fosse un infermità", con tanto di indicatori puntuali (QALY) che combinino insieme la durata della vita residua con la qualità della stessa. Il range dei costi associati ai tempi di attesa indirizzerà il legislatore sulle priorità da affrontare.

Azioni programmatiche e tempistica

- 1) Istituzione di un tavolo permanente costituito dall'Assessore alla Salute, Direttore Generale del Dipartimento, Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria, Direttori Generali delle Aziende, Ordine dei Medici.
- 2) Istituzione di un tavolo tecnico operativo comprendente il Dipartimento Salute, l'Agenzia Regionale sanitaria, i Direttori sanitari delle aziende ed i funzionari operativi sul tema, rappresentanti del Servizio CUP, Datasiel, MMG, PLS.
- 3) Definizione dei compiti dei NOC regionali sul tema delle liste di attesa, con apposita delibera.
- 4) Realizzazione del Piano Regionale per il Governo dei tempi di attesa nel 2009, su iniziativa del Dipartimento Salute e con il supporto tecnico dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il tavolo strategico si riunirà almeno semestralmente per analizzare le criticità e svolgere azione programmatica generale. Il tavolo tecnico si riunirà mensilmente in plenaria e/o in alternativa per area ottimale per il monitoraggio della realtà, delle criticità, e delle azioni deliberate, oltre al loro impatto funzionale.

1.4 Assistenza farmaceutica

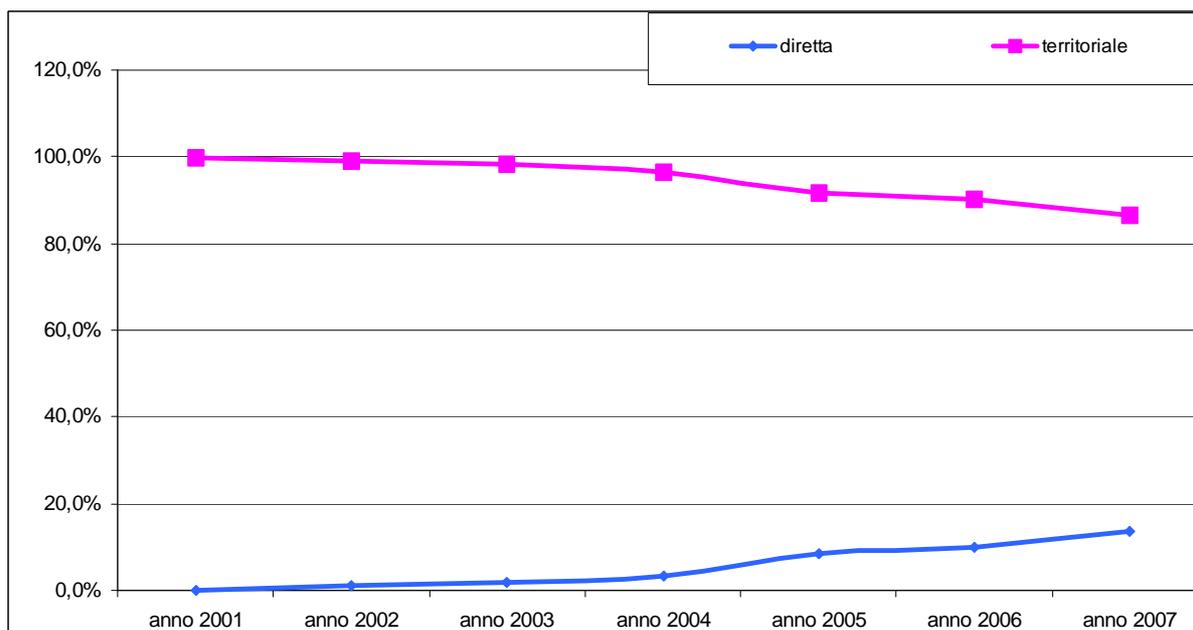
L'assistenza farmaceutica assorbe poco meno di un quinto delle risorse del fondo sanitario regionale. Non vi possono, pertanto, essere dubbi sul fatto che il corretto utilizzo di tali cospicue risorse e, quindi, le scelte inerenti il governo delle politiche del farmaco determinino

in positivo o in negativo oltre che la salute dei cittadini anche il funzionamento, la qualità ed i costi della sanità regionale sotto un duplice profilo:

- ❑ l'assorbimento di risorse non necessarie le sottrae a utilizzi diversi;
- ❑ non individuare tempestivamente o non soddisfare o soddisfare male il bisogno di cure farmacologiche comporta il verificarsi o l'aggravarsi di patologie con conseguenti spese e pressioni su altri settori (ad es.:acuzie emergenza/urgenza).

Nel periodo 2001 - 2007 l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata è di seguito riportato:

FARMACEUTICA CONVENZIONATA Quadro STORICO					
anno	totale diretta	territ. convenz.	complessivo	% su complessivo	
				diretta	territoriale
anno 2001	364.240	380.855.162	381.219.402	0,1%	99,9%
anno 2002	3.551.637	358.857.091	362.408.728	1,0%	99,0%
anno 2003	5.954.225	352.423.784	358.378.009	1,7%	98,3%
anno 2004	13.327.132	376.944.927	390.272.059	3,4%	96,6%
anno 2005	34.458.846	371.674.911	406.133.757	8,5%	91,5%
anno 2006	41.119.932	378.560.639	419.680.571	9,8%	90,2%
anno 2007	53.844.517	341.194.297	395.038.814	13,6%	86,4%



Nel periodo 2002 - 2007 l'andamento della restante spesa farmaceutica derivante dall'acquisto farmaci è di seguito riportata:

Andamento spesa relativa all'acquisto di farmaci al netto della convenzionata anni 2002 - 2007*

Anno	Spesa	Variazione %
2002	80	
2003	90	12,5
2004	122	35,5

2005	146	19,6
2006	160	9,58
2007	177	10,62

* dati al netto della spesa del Galliera

Nel 2008, l'articolo 5 del decreto legge n.129/2007, convertito in legge n.222/2007, ha modificato sia i meccanismi di definizione da parte dell'AIFA di contrattazione con le Aziende farmaceutiche dei prezzi dei farmaci, sia i tetti di riferimento entro i quali deve essere contenuta la spesa farmaceutica regionale, sostituendo al tetto del 13% dell'ammontare del fondo per quanto concerne la spesa convenzionata, il tetto del 14% dell'ammontare del fondo relativo però a tutta la spesa territoriale, ed al tetto del 3% della spesa farmaceutica residua un tetto del 2,4% relativo solo alla spesa ospedaliera, comprensivo della spesa relativa alla erogazione dei farmaci classificati Hosp2.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica della Liguria, nel 2008, si è verificato un ulteriore leggero contenimento per quanto concerne la spesa convenzionata, una sostanziale tenuta nel tetto del 14% per quanto concerne la spesa territoriale, il perdurare dello scostamento, peraltro comune a quasi tutte le Regioni per quanto concerne la spesa ospedaliera, che segna un contenuto incremento tendenziale rispetto al 2007, addebitabile all'incremento dei consumi e dei costi dei farmaci classificati Hosp2 fra i quali rientrano tutte le categorie a maggior costo e la gran parte dei farmaci innovativi. Tra le categorie più significative, comprese in questa tipologia di farmaci, si segnalano gli antineoplastici, gli antivirali, i preparati metabolici e gli immunosoppressori.

Nel Piano di Rientro di cui all'accordo Regione - Ministeri del 6 marzo 2007 la riorganizzazione della spesa farmaceutica è uno degli obiettivi volti a raggiungere il riequilibrio strutturale del sistema, che, per quanto concerne la spesa farmaceutica, certo non vuol dire mantenere inalterata la spesa negli anni, ma:

- conoscere e monitorare le dinamiche che determinano la qualità e l'entità della spesa in modo da prevederne correttamente l'evoluzione, individuare i fattori di crisi e le aree di inappropriatazza, sapere su quali di essi si può intervenire, come e con quali esiti;
- garantire la complessiva sicurezza ed efficienza nella gestione del farmaco anche in funzione del rischio clinico correlato;
- avere gli strumenti e l'organizzazione per ottimizzare le modalità di distribuzione dei farmaci.

A partire dal 2006, pertanto, si sono individuati, realizzati ed avviati gli interventi necessari per riequilibrare il sistema seguendo tre direttrici:

1. Qualificazione del modello organizzativo e riordino del sistema distributivo.
2. Governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, sicurezza ed efficienza nella gestione del farmaco.
3. Implementazione dei monitoraggi.

L'attività come sopra sinteticamente indicata è stata resa possibile, e sarà proseguita per il raggiungimento degli obiettivi che in questo settore vengono indicati come prioritari nell'arco di vigenza del piano, con la stretta collaborazione ed in sinergia fra:

- la rete farmaceutica, costituita dai servizi farmaceutici territoriali, dalle farmacie ospedaliere, dalle farmacie convenzionate;
- le quattro reti verticali;
- tutte le reti orizzontali.

1.4.1 Qualificazione del modello organizzativo e riordino del sistema distributivo

L'esigenza di garantire i livelli essenziali farmaceutici a tutti i cittadini e promuovere l'innovazione e la qualità delle cure deve necessariamente coniugarsi con un modello

organizzativo e gestionale che, valorizzando le professionalità esistenti al suo interno, consenta di raggiungere livelli di efficienza sempre maggiori.

A. Qualificazione ed integrazione del modello pubblico

Le farmacie ospedaliere ed i servizi farmaceutici territoriali delle Aziende sanitarie sono strutture al servizio del cittadino e dei sanitari, finalizzate a garantire e promuovere la salute delle persone attraverso l'uso razionale ed appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici.

Tali strutture, alla cui professionalità ed impegno sono attribuibili i risultati molto positivi raggiunti negli ultimi anni che hanno consentito il largo superamento degli obiettivi posti in materia dal piano di rientro, devono governare, con il coordinamento della Regione, il processo del farmaco nel SSR sia dal punto di vista della tutela della salute pubblica (farmacovigilanza, sicurezza e correttezza delle cure) che per ciò che riguarda l'aspetto economico.

Il sistema necessita, quindi, di una forte strutturazione pubblica per gestire il cambiamento richiesto dall'evolversi della materia ed una forte integrazione. Fin dall'inizio dell'avvio degli interventi previsti dal piano di rientro, infatti, è apparso chiaro che la contrapposizione e la competizione fra aziende, soprattutto fra quelle territoriali e quelle ospedaliere, basti pensare al livello ben poco significativo di distribuzione del primo ciclo terapeutico alle dimissioni da parte delle Aziende ospedaliere esistente sino al 2006, era un forte ostacolo alle azioni di razionalizzazione dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica e di contenimento della spesa.

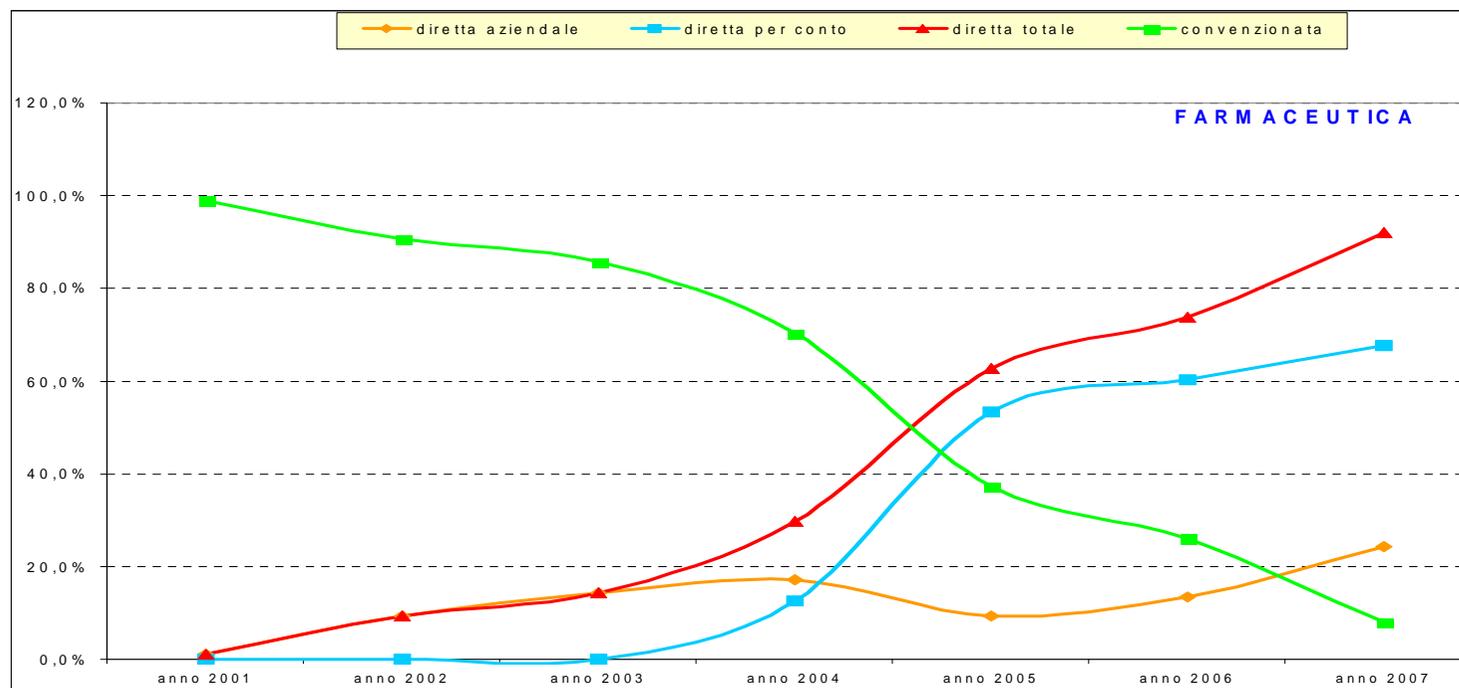
Nel corso del 2007/2008 sono state attivate, pertanto, le seguenti linee di intervento:

- ❑ avvio della costituzione di dipartimenti interaziendali per ciascuna area ottimale con il compito di:
 - organizzare un'adeguata continuità ospedale territorio;
 - razionalizzare l'uso delle risorse per sostenere le terapie innovative e garantire le cure;
 - conseguire l'integrazione funzionale con la rete delle farmacie nel territorio;
 - incrementare i livelli di sicurezza e di controllo nell'uso dei farmaci.
 - predisporre e sperimentare progetti sperimentali di integrazione e collaborazione fra le aziende.
- ❑ L'IST e l'Azienda ospedaliera San Martino hanno attivato la preparazione centralizzata degli antiblastici raggiungendo ottimi risultati sia sotto il profilo della qualità e della sicurezza dell'assistenza prestata, sia sotto il profilo del contenimento della spesa mediante l'ottimizzazione dei farmaci utilizzati;
- ❑ l'Azienda ospedaliera San Martino ha avviato nel 2007 il programma di graduale gestione, tramite la fornitura di sistemi tecnologici integrati, dei processi di prescrizione e somministrazione personalizzata del farmaco in unità posologica. Anche il Galliera ha in corso la gara per sviluppare la stessa metodologia, mentre alla ASL 3 è stato finanziato lo studio di fattibilità ed è in corso il finanziamento di analogo studio anche per la ASL 5. I risultati attesi da tali programmi sono sia di ordine clinico (riduzione degli errori di somministrazione e dei relativi eventi avversi, maggiore controllo dei profili terapeutici, controllo e tracciabilità della terapia, possibilità di integrazione dei dati relativi al trattamento terapeutico all'interno della cartella clinica) sia di ordine economici e logistici (ottimizzazione della spesa farmaceutica, riduzione dei quantitativi di magazzino generale e di reparto, riduzione del tempo infermieristico dedicato alle attività del processo farmacologico, tracciabilità totale dei farmaci dal magazzino farmaceutico al reparto/paziente).
- ❑ con deliberazione della Giunta regionale n. 1663/2007 è stato approvato il nuovo programma di farmacovigilanza attiva con il rafforzamento della rete sia a livello delle singole aziende sia con la previsione della costituzione presso l'Agenzia Sanitaria Regionale del centro regionale di farmacovigilanza e di informazione indipendente che costituirà uno dei cardini del sistema di governo della spesa farmaceutica regionale.

B. Distribuzione diretta dei farmaci

Nel periodo 2002/2007 l'andamento della distribuzione diretta dei farmaci, nella duplice forma di distribuzione aziendale e di distribuzione in nome e per conto è di seguito indicata:

FARMACEUTICA - ANDAMENTO REGIONALE DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI PHT (con eparine)						% sul totale			
ANNO	diretta aziendale	diretta per conto	diretta totale	convenzionata	totale	diretta aziendale	diretta per conto	diretta totale	convenzionata
anno 2001	364.240		364.240	33.777.504	34.141.744	1,1%	-	1,1%	98,9%
anno 2002	3.551.637		3.551.637	34.757.735	38.309.372	9,3%	-	9,3%	90,7%
anno 2003	5.954.225		5.954.225	35.891.649	41.845.874	14,2%	-	14,2%	85,8%
anno 2004	7.696.057	5.631.075	13.327.132	31.494.626	44.821.758	17,2%	12,6%	29,7%	70,3%
anno 2005	5.149.843	29.309.003	34.458.846	20.521.868	54.980.714	9,4%	53,3%	62,7%	37,3%
anno 2006	7.545.155	33.574.777	41.119.932	14.552.694	55.672.626	13,6%	60,3%	73,9%	26,1%
anno 2007	14.190.829	39.653.688	53.844.517	4.660.556	58.505.073	24,3%	67,8%	92,0%	8,0%



L'incremento della distribuzione diretta nel biennio 2006/2008, è stato uno degli elementi che hanno influito sui buoni risultati ottenuti sul versante della riduzione della spesa farmaceutica. In particolare, le Aziende sanitarie, sulla base delle direttive regionali, si sono adoperate per potenziare la distribuzione diretta da parte dei presidi aziendali e, nel frattempo, si è provveduto nel 2006 e nel 2008 a rivedere gli accordi con l'associazione delle farmacie convenzionate per la distribuzione in nome e per conto, nonché ad implementare i farmaci inseriti nella duplice via di distribuzione inserendovi le eparine a basso peso molecolare.

In sede di rinnovo della trattativa, nel 2008, la Regione ha, quindi, avuto la possibilità di far valere una maggiore forza contrattuale, addivenendo alla stipula di un accordo che si ritiene molto vantaggioso per il servizio sanitario: la deliberazione della Giunta regionale 29 luglio 2008, n. 907 formula infatti direttive alle Aziende sanitarie per il potenziamento della distribuzione diretta e nel contempo approva l'accordo con le farmacie per la distribuzione "per conto" rivedendo le modalità di determinazione dell'aggio riconosciuto per tale servizio con un risparmio per le Aziende sanitarie di circa 1 - 1,3 milioni nel 2008 e di circa 2,5 milioni nel 2009.

Si è così consolidata una perfetta duplice via di distribuzione per i farmaci del PHT: distribuzione diretta (ogniquale volta ciò sia possibile), distribuzione per conto negli altri casi, evitando possibili fughe sul canale convenzionale e si sono liberate risorse da destinare, a seguito dell'accordo di cui al punto successivo, ad incrementare i servizi resi agli assistiti ed al SSR dalle farmacie prevedendo lo svolgimento di interventi di educazione sanitaria, screening, farmacovigilanza e la possibilità delle prenotazioni di prestazioni sanitarie presso le farmacie con il CUP WEB.

C. La rete delle farmacie convenzionate

Le farmacie, ai sensi dell'articolo 54 della l.r. 41/2006 costituiscono un presidio organico al SSR e concorrono a garantire la salute dei cittadini. Il contatto frequente e diretto del farmacista con i cittadini, l'accessibilità e la presenza capillare delle farmacie sul territorio, l'esperienza professionale di cui i farmacisti sono portatori, pongono questi professionisti sanitari in posizione strategica all'interno del sistema sanitario.

L'integrazione con il SSR delle farmacie convenzionate richiede che oltre che per l'erogazione dei medicinali, le stesse si affianchino, con le proprie competenze e le risorse professionali ed organizzative che sono in grado di mettere a disposizione, al SSR anche per far fronte alla "domanda di salute" dei cittadini sia attraverso l'offerta, in modo diffuso, di ulteriori prestazioni rivolte agli assistiti, sia attraverso la partecipazione attiva ai progetti di salute di livello regionale o delle Aziende sanitarie. La presenza di un rappresentante dei farmacisti nella Commissione Terapeutica regionale, la possibilità di partecipare ai lavori delle sottocommissioni ed ai conseguenti programmi di formazione comuni con i medici è il meccanismo individuato per far sì che vi sia una piena integrazione dei farmacisti convenzionati per processo di qualificazione dell'assistenza farmaceutica regionale.

Allo scopo di garantire tale integrazione con deliberazione della Giunta regionale 1° agosto 2008, n. 946 è stato approvato un accordo quadro per lo sviluppo dell'integrazione delle farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSR che prevede una serie di servizi che le farmacie svilupperanno con la Regione e le Aziende sanitarie e che si inseriscono:

- nei processi di riordino strutturale del SSR e del governo stabile della spesa sanitaria che, come sopra evidenziato, passano anche tramite la sensibilizzazione degli assistiti sui temi dell'educazione sanitaria, della prevenzione, della aderenza alle terapie, della farmacovigilanza e, più in generale, del corretto approccio ai farmaci;
- nel miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'accesso ai servizi sanitari.

1.4.2. Governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, sicurezza ed efficacia nella gestione del farmaco

L'appropriatezza, nei suoi classici significati di Appropriata Clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di Appropriata come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse, è fortemente relazionata alla capacità del sistema di assicurare Equità di erogazione di prestazioni; è evidente, infatti, che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non

valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso aree di maggior bisogno.

Il PSN 2006-2008 all'art 3.2 La garanzia e l'aggiornamento dei LEA prevede che:

"Appropriatezza è fortemente relazionata alla capacità del sistema di assicurare Equità. L'equità non si può realizzare senza la promozione della appropriatezza".

A far data dal dicembre 2006 sotto questo profilo si è:

- istituita la Commissione Terapeutica Regionale con deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2006, n. 1666 e sono state nominate le sottocommissioni per le patologie acido correlate; il cardiovascolare, il prontuario terapeutico regionale, la pediatria, mentre sono in corso di nomina quelle relative alle patologie respiratorie, le patologie per le quali è previsto l'uso di farmaci innovativi, le patologie neuropsichiatriche, le infezioni;
- è stata approvata la metodologia per la redazione, stesura ed aggiornamento del PTR e contestualmente è stata approvata la definizione del prontuario per alcuni gruppi terapeutici. Nella definizione del prontuario è stato recepito il lavoro svolto sui farmaci oncologici dalla rete oncologica operante dal 2005;
- in particolare per quanto riguarda l'attività svolta in campo oncologico, in attuazione di quanto previsto dal piano di rientro, la rete oncologica:
 - ha attivato un Osservatorio regionale dei consumi;
 - sui farmaci innovativi del registro AIFA sta attuando un progetto dedicato che, oltre a monitorare i consumi prevede di approfondire i pattern di utilizzo, confrontando i dati del registro AIFA, relativamente alla quota di farmaci registrati, con le quantità che risultano effettivamente consumate negli ospedali;
 - sono state approvate linee guida per la diagnosi e la cura delle patologie acidocorrelate, e linee guida per l'uso delle statine e dei sartani;
 - è stato approvato il Regolamento per l'uso dei farmaci off label;
 - sono stati avviati programmi di formazione e di prevenzione dei MMG e dei farmacisti sulle raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche per la gestione delle patologie acido-correlate ed, anche in attuazione del piano di prevenzione, sulla prevenzione e la carta del rischio per le patologie cardiovascolari e le linee guida regionali in materia, nonché sul diabete.

1.4.3 Implementazione dei monitoraggi

A partire dal 2007 sono stati avviati due nuovi flussi informativi relativi alla erogazione diretta ed alla erogazione ospedaliera. Tali flussi si sono andati aggiungere ai flussi già esistenti ed attivi riguardanti la Farmaceutica: Farmaceutica Territoriale Convenzionata e Somministrazione Diretta Farmaci. I nuovi flussi sono entrambi mensili e, avviati secondo modalità di raccolte definite a livello regionale, sono stati poi modificati al fine di corrispondere ai flussi previsti dal D.M. 31 luglio 2007 che istituisce il flusso ministeriale sulla distribuzione diretta ed a quello in via di approvazione relativo alla erogazione ospedaliera. Il flusso dell'ospedaliera, infatti, non è ancora stato istituito con decreto. Il Ministero dell'economia e delle finanze vorrebbe istituirlo e farlo partire con i dati di gennaio 2009 con obbligo di invio dati entro quindici giorni del mese successivo a quello dei dati.

Data la rilevanza dell'acquisizione dei nuovi flussi informativi ai fini di una corretta gestione della spesa farmaceutica, in sede regionale si è richiesto alle aziende l'invio dei dati relativi non solo al nuovo flusso sulla diretta, già in vigore anche in sede nazionale, ma anche di quello della spesa ospedaliera. Con la deliberazione della Giunta regionale 208/2008 il mancato rispetto da parte delle Aziende sanitarie del flusso dei monitoraggi è stato indicato come causa di valutazione negativa dell'operato dei Direttori Generali.

1.4.4. Obiettivi di piano

Nell'arco di valenza del presente piano dovranno essere consolidati gli strumenti individuati per il riordino strutturale e stabile dell'assistenza farmaceutica e affinate le modalità per garantire la partecipazione attiva, la corresponsabilizzazione e la condivisione di tutti gli attori del sistema nel definire gli indirizzi che possono garantire l'efficacia delle azioni e degli interventi necessari per garantire il governo clinico della spesa relativa.

Corresponsabilizzazione perché in un sistema a risorse finite occorre che tutti coloro che a vario titolo ne usufruiscano o vi operino acquisiscano la consapevolezza degli effetti delle proprie azioni su un uso razionale delle risorse.

Condivisione perché solo l'adesione convinta, da parte di tutti i destinatari, alle scelte operate nella redazione di linee guida e protocolli terapeutici necessari a garantire, mediante una attenta valutazione costi/benefici, il corretto utilizzo delle risorse ed una equilibrata evoluzione del sistema, può consentire di raggiungere gli obiettivi posti.

In particolare sarà:

- ❑ completato e mantenuto aggiornato, il prontuario terapeutico regionale che ha la finalità di essere il naturale supporto per la continuità terapeutica ospedale territorio sia sotto il profilo prescrittivo, che sotto il profilo erogativo;
- ❑ implementato e mantenuto aggiornato il complesso delle linee guida e dei protocolli clinici per la diagnosi e la cura delle maggiori patologie tramite i lavori della Commissione Terapeutica regionale e delle relative sottocommissioni, che sono la naturale sede tecnica di confronto fra gli specialisti delle reti orizzontali, i MMG, i PLS, i farmacisti ed i farmacologi, ove con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale potranno essere tradotte ed adattate alla realtà ligure le linee guida e le indicazioni dell'OMS e degli studi internazionali più qualificati delle società scientifiche indipendenti. Appare infatti indispensabile definire validi strumenti di lavoro, condivisi da tutti gli operatori, da rendere fruibili da parte degli specialisti che operano nelle Aziende, dei MMG e dei farmacisti nello svolgimento della propria attività professionale;
- ❑ per garantire l'applicazione delle linee guida e dei protocolli terapeutici dovrà essere seguita e perfezionata la metodologia, già adottata per le linee guida sui PPI nel 2008 e prevista per il cardiovascolare ed il diabete per il 2009, che ne prevede la divulgazione con programmi di formazione dei medici e dei farmacisti, la realizzazione di audit clinici, finalizzati a verificare il recepimento e la condivisione sia dei contenuti delle linee guida, sia dell'attività formativa e le conseguenti risposte in termini di appropriatezza, la definizione di indicatori volti a valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute posti. L'obiettivo della formazione sui PPI e del conseguente audit sui MMG, ad esempio, è anche quello di un miglioramento dell'appropriatezza diagnostica ed una riduzione del numero dei ricoveri urgenti dovuti ad emorragie digestive, che dovrebbero comportare anche una riduzione di costi su altri comparti della spesa sanitaria regionale. Esperienze simili realizzate in altre realtà regionali hanno determinato, ad esempio nel campo del cardiovascolare un incremento del 30% delle dosi prescritte, una riduzione dell'8% della spesa grazie a scelte prescrittive mirate e, come riflesso assistenziale una riduzione dei ricoveri per malattie cardiovascolari.

In particolare sarà definito con uno specifico programma da svolgersi nell'arco di valenza del piano triennale, da concordare con i destinatari, che comprenderà le modalità per dare continuità alle iniziative intraprese che richiedano uno sviluppo pluriennale indispensabile per conseguire obiettivi di salute significativi e la redazione di linee guida e protocolli clinici diagnostici e/o terapeutici e prescrittivi, all'interno del quale verranno definiti anche gli aspetti collegati della educazione sanitaria e della prevenzione che risultino connessi;

- ❑ sarà avviata l'attività del Centro Regionale di Farmacovigilanza e di Informazione Indipendente, finanziato tramite i fondi della farmacovigilanza, che costituirà il naturale centro di riferimento per tutti gli operatori del settore per quanto concerne il corretto uso dei farmaci ed avrà il compito di:
 - stimolare l'attività di analisi dei processi prescrittivi a partire dalle specifiche realtà assistenziali;
 - favorire lo sviluppo di percorsi di valutazione del profilo complessivo di beneficio/rischio supportando la Commissione Terapeutica Regionale nella produzione di documenti tecnico-scientifici, linee guida, protocolli clinici nonché nella stesura e nell'aggiornamento del Prontuario terapeutico regionale;

- incrementare l'attività di farmacovigilanza, unitamente alla rete dei cif aziendali e delle farmacie convenzionate, mediante la predisposizione e la realizzazione di progetti ed interventi di farmacovigilanza attiva, quali quelli in corso sulle interazioni in pazienti anziani politrattati;
 - garantire ai cittadini ed agli operatori sanitari l'accesso ad informazioni corrette, aggiornate e rese in linguaggio fruibile e divulgare i documenti prodotti dalla Commissione Terapeutica Regionale;
 - fornire risposte su specifici quesiti inerenti farmaci e materiali sanitari;
- dovrà essere portato a compimento la costituzione dei dipartimenti farmaceutici interaziendali che dovranno per ciascuna area ottimale garantire la sinergia e l'integrazione fra le Aziende sanitarie che operano nella stessa area in relazione:
- ai processi di gestione, tramite la fornitura di sistemi tecnologici integrati, della prescrizione e somministrazione personalizzata del farmaco in unità posologica;
 - alla centralizzazione della preparazione degli antiblastici;
 - alla realizzazione degli interventi volti a migliorare la continuità delle cure ospedale territorio;
 - all'incremento dell'assistenza farmaceutica domiciliare per le cronicità.

1.5 Sviluppo della ricerca

Il presente piano intende rilanciare il ruolo della Regione nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica traslazionale con particolare riferimento ai meccanismi di governance che necessariamente devono essere presenti in relazione alla molteplicità di attori presenti nel sistema della ricerca ed innovazione.

La Regione in questa ottica intende sostenere progetti con forte vocazione per l'innovazione clinica ed organizzativa attraverso l'approvazione di bandi di ricerca sanitari finalizzati indirizzati a tutte le Aziende sanitarie e altri erogatori pubblici equiparati ed eventualmente focalizzati su specifiche e prioritarie aree di ricerca. L'attività di ricerca scaturente dall'approvazione dei bandi con il più ampio coinvolgimento dell'insieme delle Aziende può costituire un elemento propulsivo per lo sviluppo delle innovazioni sanitarie, la loro applicazione e lo sviluppo di reti tematiche e centri di eccellenza. In tale ambito assume particolare importanza la promozione della collaborazione tra il sistema pubblico e privato.

Nell'attività di ricerca sanitaria, la Regione assume funzioni di indirizzo, supporto, promozione e monitoraggio.

In particolare la funzione di indirizzo si può sviluppare attraverso l'individuazione di aree di ricerca prioritarie, in quanto strategiche per il conseguimento degli obiettivi regionali di ricerca sanitaria. L'individuazione di aree prioritarie non esclude però la promozione della ricerca su altri settori, anche nel rispetto della garanzia di autonomia delle aziende.

La funzione di supporto alle aziende nelle attività di ricerca è di massima importanza sia nella fase di redazione dei progetti che nella fase di realizzazione: è pertanto fondamentale l'organizzazione di una struttura di supporto amministrativo, di diffusione dei bandi, di intermediazione tra le aziende, con gli istituti scientifici e con i soggetti istituzionali con finalità di ricerca e l'industria privata.

La strutturazione di percorsi e strutture di riferimento chiare e nel caso dell'approvazione dei bandi la pubblicità dei criteri di selezione dei progetti e di valutazione dei risultati ottenuti dagli stessi finanziati garantisce una migliore comprensione dei sistemi di gestione e controllo degli investimenti di denaro pubblico. Gli effetti positivi includono una più ampia partecipazione dei gruppi interessati, l'espressione di un consenso (o dissenso) più consapevole ed una maggiore credibilità e fiducia nel SSR. Questo migliora la propensione dei privati ad investire insieme al settore pubblico per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La promozione si sviluppa tramite la diffusione dei bandi di ricerca regionali, nazionali, europei, il coordinamento dell'attività derivante da finanziamenti ottenuti a livello nazionale, l'organizzazione di seminari e giornate di studio.

Promozione della ricerca significa anche dare massimo risalto alle potenzialità di ricerca presenti nelle aziende sanitarie liguri, nonché incrementare le collaborazioni sinergiche che portino al raggiungimento di quella massa critica di competenze e risorse che possano competere a livello internazionale.

Inoltre, anche questo ruolo di promotore dovrebbe aiutare a porre le basi per attrarre i

ricercatori e le imprese che vogliono investire nella ricerca sanitaria ligure.

Quale ulteriore elemento caratterizzante l'iniziativa regionale, è necessario prevedere una attività specifica per monitorare i risultati della ricerca, i suoi sviluppi e gli effetti sul miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini. In tale attività funzione fondamentale viene svolta dalla Agenzia Sanitaria Regionale.

L'attività di monitoraggio si effettua attraverso la raccolta sistematica delle informazioni essenziali sulla ricerca sanitaria, sulla diffusione dei risultati nella pratica clinica e sulla diffusione di tali informazioni.

1.6 Miglioramento continuo della qualità dei servizi

La valutazione della qualità in sanità è strettamente legata ai processi di accreditamento e il miglioramento continuo della stessa ne è il presupposto. La qualità erogata e quella percepita, sono i fondamenti sui quali si basa anche l'iniziativa della regione Liguria in collaborazione con la Toscana attraverso l'utilizzo della scuola Superiore S. Anna, per valutare le performance dei servizi sanitari erogati, sia attraverso appositi indicatori a cui devono ottemperare le Aziende, che tramite valutazioni dirette dei cittadini sulla percezione del sistema sanitario.

I processi di qualità sono costantemente seguiti dalle Strutture per la Qualità delle Aziende sanitarie e ospedaliere, che annualmente effettuano questionari agli utenti per valutare la qualità dei ricoveri e dei servizi domiciliari (ADI). Dal 2009 i questionari sulla qualità saranno allargati anche alle strutture residenziali per gli anziani (RSA).

Va anche sottolineato che la maggioranza delle Aziende ha affrontato e sta affrontando processi di certificazione del sistema qualità. Tutto questo, consente di raggiungere nel triennio di vigenza del Piano, i seguenti obiettivi:

- acquisizione del "metodo qualità" come strumento per avviare nuove modalità di gestione dell'Azienda secondo l'ottica del miglioramento continuo e del gradimento esterno dei servizi da parte del cittadino;
- coinvolgimento di tutte le risorse umane dell'azienda, (a partire dall'alta direzione), per migliorare i processi operativi e di erogazione delle prestazioni, nella consapevolezza che - anche l'alta tecnologia - non può da sola garantire il soddisfacimento delle esigenze del cliente/utente, se emergono carenze negli aspetti organizzativi e di relazione.

Ed infine, processi di accreditamento e qualità sono da considerarsi elementi di garanzia per tutti i cittadini e per lo stesso sistema sanitario, perché indirizzano verso i migliori erogatori consentendo anche una forte sinergia operativa tra soggetti pubblici e privati. La Giunta regionale ha istituito la struttura complessa dei Nuclei Operativi di Controllo con l'intento di rafforzare le attività di verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

1.7 Informatizzazione

Con deliberazione 12/2006, (E-Health Liguria - Piano per la Sanità Elettronica), il Consiglio regionale ha sottolineato la valenza strategica della leva informativa e tecnologica nel supporto di processi complessi quale è quello del Sistema Sanitario Regionale, approvando il primo Piano per la Sanità Elettronica, o di E-Health, coordinato con il più generale Piano Triennale di Sviluppo della Società dell'Informazione. Sarà quindi necessario definire le strategie di convergenza tra gli obiettivi del presente Piano Sanitario Regionale e il complesso degli investimenti e dei progetti che sono stati avviati nell'ambito regionale e delle aziende sanitarie.

Il piano regionale di E-Health definisce un intervento di riorganizzazione e adeguamento della piattaforma tecnologica e un modello dei servizi informatici del Sistema Sanitario Regionale perseguendo un triplice obiettivo: sostenere il governo clinico e i processi interni alle aziende sanitarie, disporre di un quadro conoscitivo, sempre aggiornato, sull'impiego delle risorse, e di supportare l'offerta di servizi sanitari ai cittadini.

Nell'ambito di questi tre obiettivi strategici (governo clinico, governo del sistema e rete dei servizi al cittadino) sono stati definiti alcuni obiettivi specifici (dal magazzino della conoscenza al potenziamento dell'anagrafe sanitaria, dalla refertazione elettronica alla telemedicina, dai servizi on-line allo sviluppo del Fascicolo Sanitario Personale) e stabiliti principi e metodi di monitoraggio dello sviluppo del Piano di E-Health.

Le linee strategiche del Piano della Sanità Elettronica, poi evolute nell'architettura del Sistema

Informativo Integrato Regionale, istituito con la l.r. 42/2006, si traducono nella scelta di incentivare il riuso delle soluzioni applicative nelle sperimentazioni congiunte tra Aziende sanitarie e ospedaliere e all'uso di strumenti di tipo Open Source. La partecipazione congiunta di più Aziende a progetti gestionali orientati alle aree ottimali diventa l'elemento determinante proprio per la realizzazione e l'attuazione delle reti definite nel Piano sanitario.

Inoltre è necessario consolidare e valorizzare i risultati dei progetti informatici che hanno caratterizzato gli anni precedenti al fine di giungere rapidamente alla diffusione degli standard e al completamento dell'automazione dei processi aziendali fondamentali, valorizzando la logica cooperativa tra i Sistemi Informativi delle aziende sanitarie

La realizzazione delle Reti implica che i nodi che garantiscono le prestazioni specialistiche siano dotati di sistemi informatizzati integrati nei Sistemi Informativi delle Aziende e degli Enti e devono essere in grado di rendere disponibili le informazioni necessarie agli obiettivi della Rete stessa.

Inoltre il Piano di Sanità Elettronica prevede un assetto organizzativo, che è stato successivamente ripreso e integrato nell'assetto organizzativo a supporto del Sistema Informativo Integrato Regionale. Tale assetto prevede un tavolo congiunto Regione - Aziende Sanitarie (Nucleo Guida / Gruppo tecnico n.3 - ambito sanità - di supporto al Comitato di Indirizzo della l.r. 42/2006) con il compito di:

- Individuazione delle azioni a supporto dell'eventuale cambiamento organizzativo, gestionale e normativo;
- Coordinamento del piano attraverso la programmazione e il monitoraggio degli interventi;
- Verifica dello stato di attuazione delle linee strategiche e rendicontazione all'amministrazione regionale a cadenza annuale, con valutazione di eventuali interventi correttivi;
- Individuazione dei percorsi per il perseguimento degli obiettivi e delle modalità di verifica per il raggiungimento degli stessi;
- Effettuazione di attività di comunicazione con gli organi competenti della Regione, al fine di aggiornare i soggetti ai vari livelli territoriali sullo stato di avanzamento dello sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- Verifica e promozione della coerenza generale di tutte le iniziative ICT in sanità programmate a livello locale;
- Aggiornamento delle linee guida per lo sviluppo del sistema informativo sanitario regionale.

Alla luce del presente Piano Sanitario, il Nucleo Guida della Sanità Elettronica (Gruppo tecnico n.3) dovrà essere integrato dal Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale (o suo delegato) al fine di supportare e verificare l'effettiva attuazione dei principi del PSR.

In particolare, il Nucleo Guida della Sanità Elettronica, coordinandosi con le strutture di governo delle Reti previste nel Piano Sanitario, dovrà assumere la responsabilità di definire e promuovere i progetti informatici che le Aziende sanitarie, a livello di aree ottimali, dovranno realizzare per supportare l'avviamento delle reti che sono il fondamento del presente piano. La strategia che i sistemi informativi aziendali saranno tenuti a sviluppare dovrà realizzare l'interoperabilità tra i sistemi aziendali, gestire l'unicità di accesso alle reti e organizzare gli archivi anagrafici e sanitari dei cittadini che utilizzeranno i servizi delle Reti stesse, ampliare la partecipazione alla rete dei MMG e agli Istituti Accreditati.

Il Sistema Informativo che nell'area ottimale consentirà lo sviluppo dei percorsi all'interno delle Reti, dovrà implementare le regole, i protocolli specifici definiti nel progetto della Rete e garantire l'accesso coordinato dei nodi individuati. Tra i servizi a supporto delle Reti, in ogni nodo, e in coerenza con le regole stabilite dai Comitati previsti dal Piano, dovranno essere implementati gli accessi al CCS/FSP opportunamente autorizzati, attivate agende riservate per governare l'accesso ai nodi della Rete, possibilità di utilizzare pattern di prenotazioni per ridurre gli accessi dei cittadini, diffusione di e-mail riservate ai nodi della rete. Il Conto Corrente Salute / Fascicolo Sanitario Personale, essendo un sistema di archiviazione di dati sanitari riferiti agli assistiti, si configura come sistema più opportuno per memorizzare e

rendere disponibili i risultati diagnostici caratteristici di singoli nodi. Questo progetto, come stabilito all'interno della deliberazione della Giunta regionale 8/2008 (Istituzione del Centro di Competenza per la Ricerca e l'Applicazione dell'ICT in Sanità), si inquadra in un'ottica di condivisione delle informazioni sanitarie.

Tra le risultanze che il sistema informativo delle reti dovrà garantire agli organismi di controllo informazioni sanitarie di efficacia ed efficienza della rete, e informazioni necessarie di natura organizzativa ed economica per il governo del sistema, e l'analisi dell'impegno delle risorse.

Per supportare l'avviamento della nuova architettura del Sistema Informativo Integrato per la Sanità, le strutture di governo delle reti dovranno tradurre i principali percorsi per definire compiti, funzioni e ruoli all'interno del Sistema di ciascun nodo di rete. Per questo motivo è necessario che l'architettura del sistema informativo venga costruita basandosi sulle filosofie organizzative che emergono da questo Piano sanitario e quindi la pianificazione vedrà il diretto coinvolgimento dei gruppi strategici delle reti verticali. In particolare, occorrerà istituire un gruppo per la definizione dell'architettura e per il monitoraggio dei progetti di realizzazione così composto:

- 1 delegato di ogni Gruppo Strategico delle quattro reti verticali;
- 1 delegato del Comitato Regionale per la realizzazione e il monitoraggio del PSR 2008-2010;
- Il Direttore dell'ARS Liguria;
- Il Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali dell'Assessorato alla Salute;
- 2 Responsabili Sistemi Informativi delle Aziende Regionali, individuati dall'Assessorato alla Salute;
- Il Dirigente competente della direzione informatica della Regione Liguria;
- Il Dirigente competente per l'informatica del Dipartimento Salute della Regione Liguria;

In stretto raccordo con il Nucleo Guida della Sanità Elettronica, dovranno essere avviati progetti per:

- Supportare, da un punto di vista organizzativo, il processo di integrazione tra i diversi Sistemi Informativi Aziendali nell'ottica delle aree ottimali;
- Supportare, da un punto di vista organizzativo, il processo di definizione ed avviamento delle applicazioni destinate a garantire i principali percorsi di integrazione clinica della rete integrata dei Servizi disegnata nel presente piano;
- Definire le modalità organizzative, attuative, formative ed informative del CCS/FSP, il cui fine è quello di offrire la possibilità di accesso ai propri dati sanitari per tutti i cittadini utenti, attraverso l'architettura già approvata;
- Utilizzare il patrimonio informativo esistente e definire i "livelli essenziali di informazione", laddove non ancora definiti, atti a supportare i processi decisionali e particolarmente il Controllo Direzionale Regionale.

2. LE RETI VERTICALI

2.1 Prevenzione

Le prestazioni di prevenzione collettiva erogate dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali sono quelle comprese dalle seguenti discipline:

- Igiene e sanità pubblica
- Igiene degli alimenti e nutrizione
- Medicina legale;
- Prevenzione nei luoghi di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria (Igiene degli alimenti di origine animale e Sanità Animale)

Storicamente in tali ambiti sono esercitate le tradizionali azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo. Tali azioni sono poi affiancate ed incrementate da quelle di promozione della salute, realizzate implementando nuovi progetti atti a perseguire specifici obiettivi di salute. Negli ultimi decenni il peso delle malattie croniche non trasmissibili, resosi sempre più evidente e preponderate rispetto agli ambiti classici di intervento, ha fatto sì che si transitasse da un concetto di prevenzione relativo alle malattie trasmissibili ad un modello che, in quanto inerente diverse e complesse patologie, necessita di un intervento continuo durante tutto l'arco della vita. L'importanza della prevenzione di popolazione per la riduzione di rischi quali ad esempio quello cardiovascolare o di alcuni tipi di neoplasie, richiedono infatti interventi di sanità pubblica che impongono l'integrazione delle attività di prevenzione con quelle di assistenza (rete integrata della prevenzione) e la conseguente costruzione di nuovi processi. Da tali innovazioni non è esente il campo della promozione della sicurezza alimentare, ove l'adeguamento agli standard europei di controllo, basati sull'analisi del rischio secondo principi di efficacia ed imparzialità, prevede profonde mutazioni.

Le innovazioni indotte dal Piano Nazionale Prevenzione all'interno della Prevenzione e dal DPCM 4 maggio 2007 "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari"

Il Piano Nazionale della Prevenzione.

Nel corso del triennio 2005- 2007, prorogato al 2008, in base all' accordo istituzionale Stato-Regioni del marzo 2005 è stato avviato il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) e, conseguentemente, i relativi Piani Regionali (PRP). Il PNP si è presentato come un processo innovativo e adatto al sistema regionalizzato che ha avuto due principali meriti:

- rinvigorire le attività di prevenzione con risorse ad essa dedicate e vincolate
- fornire alle Aziende sanitarie di tutto il Paese, sulla base di dati epidemiologici, alcuni principali obiettivi su cui concentrare le proprie attività nel medio periodo, in una ottica di promozione e di incremento della diffusione dei programmi di prevenzione e di adesione consapevole da parte di cittadini.

Idea fondante alla base del PNP era dunque quella di riallineare aree della prevenzione in cui si rilevavano disomogeneità evidenti tra le varie regioni; le aree individuate furono quelle degli screening oncologici (cervice uterina, mammella e colon-retto), delle attività vaccinali (gestione delle anagrafi vaccinali, implementazione dell'offerta vaccinale ai gruppi a rischio e miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale), del disease management del diabete, del contrasto all'obesità, della diffusione della carta del rischio cardiovascolare, della prevenzione secondaria degli accidenti cardio e cerebrovascolari ed infine della prevenzione degli incidenti (stradali, domestici e degli infortuni sul lavoro).

Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari

Con il DPCM del 4 maggio 2007 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 22 maggio 2007, n.117) è stato approvato il documento programmatico "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", finalizzato alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini. Il documento nasce dall'esigenza di affrontare in maniera globale i fattori di rischio principali rappresentati dal tabagismo, dal consumo di alcool, da una scorretta alimentazione e dall' inattività fisica, garantendo la sostenibilità del Sistema sanitario in termini economici e di efficacia. Tale programma consente di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed

economiche, prevedendo la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati). Il progetto contempla inoltre la definizione di reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

L'aver dovuto affrontare temi di prevenzione nuovi o inusuali quali quelli rappresentati dal PNP e da Guadagnare salute, ha imposto agli operatori della prevenzione di seguire un percorso metodologico basato su alcuni passaggi fondamentali, quali quelli qui di seguito riportati:

- definizione dei bisogni di salute, con l'identificazione delle priorità di intervento;
- progettazione e attivazione delle reti sanitarie, chiamate ad agire in sinergia con le altre reti istituzionali e con chiari compiti e obiettivi da raggiungere;
- applicazione dell'appropriatezza degli interventi di prevenzione con la metodologia della Evidence Based Prevention (EBP);
- consolidamento della rete dei Dipartimenti di Prevenzione;
- consolidamento del metodo di lavoro in rete tra i Dipartimenti di Prevenzione, altri servizi (territoriali ed ospedalieri) e professionisti (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e specialisti);
- implementazione dei Sistemi di Sorveglianza dei fenomeni sui quali si intende intervenire, malattie, incidenti stradali e domestici, infortuni nei luoghi di lavoro e malattie professionali, ma anche comportamenti;
- integrazione dei diversi soggetti istituzionali (scuola, enti locali, organismi centrali quali Inail e IspeSl).

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2005-2007, prorogato poi sino a tutto il 2008 in seguito agli accordi a livello nazionale, ha rappresentato quindi un momento di crescita sia per i Dipartimenti di Prevenzione e sia per chi vuol "fare prevenzione" all'interno del SSR, avendo da un lato rappresentato un modello di programmazione e dall'altro uno strumento operativo di governo.

Gli obiettivi di Prevenzione e Promozione della Salute

"I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario. Quel che più conta è che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

Le strategie e i programmi di promozione della salute dovrebbero essere adattati ai bisogni locali e alle possibilità dei singoli paesi e regioni, in modo da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici."

Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986.

Da questa enunciazione della Carta di Ottawa appare chiaro come il peso delle politiche amministrative assuma oggi sullo stato di salute della comunità un ruolo ancor più determinante rispetto a quello delle politiche sanitarie stesse. Primo passo di chi si occupa di prevenzione è dunque quello di fornire ai policy makers il profilo di salute della popolazione di riferimento, per poi definire e proporre agli amministratori interventi di prevenzione e promozione della salute prioritari, perseguibili, sostenibili, valutabili, fondati e supportati dai criteri della EBP.

I principali problemi di salute richiedono inoltre lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nella cui realizzazione i Dipartimenti di Prevenzione rivestono certamente un ruolo centrale ma, considerata la loro complessità e multifattorialità, richiedono l'integrazione tra più attori del SSR, senza la quale l'intervento sarebbe destinato al fallimento o, quanto meno, ad una non corretta gestione delle risorse.

E' dimostrato infatti che al coinvolgimento e ad una maggiore partecipazione della comunità fanno seguito migliori risultati di un intervento, oltre che effetti sostenibili e duraturi, con ricadute positive anche sul funzionamento del sistema di salute (processo di "empowerment"

della popolazione: fornire conoscenze al fine di agevolare decisioni stabili e durature). L'integrazione tra tutti gli attori del sistema costituisce pertanto la strategia prioritaria per rendere efficaci le azioni di prevenzione, in particolare attraverso il l'ascolto ed il coinvolgimento del mondo dell'associazionismo e del terzo settore nell'attuazione delle politiche di promozione della salute e di sani stili di vita e di realizzazione di campagne di informazione e di sensibilizzazione della popolazione.

Il processo culturale e strategico del PRP 2005-2008 che, come detto, ha avuto tra i suoi principi basilari l'interazione di più attori nelle azioni di prevenzione, ha di fatto anticipato i principi ispiratori e fondanti del Piano sociosanitario regionale 2009-2011, rappresentati dalle reti e dal lavorare all'interno di una rete.

In attesa del nuovo Piano Nazionale Prevenzione 2009-2011, di cui ad oggi appaiono ben già delineati gli elementi fondanti e caratterizzanti, si possono così descrivere le modalità con cui verranno progettati e perseguiti i principali obiettivi di prevenzione e di promozione della salute:

1. verifica della compatibilità e della coerenza con altri progetti già in atto, qualora questi ultimi soddisfino in modo adeguato gli stessi obiettivi, evitando il sovrapporsi di iniziative già avviate o svolte, anche da altri soggetti, che si rivolgano ai medesimi target o trattino tematiche collegate;
2. analisi dei dati epidemiologici disponibili e loro restituzione in un'ottica integrata, in modo tale da porre a disposizione di decisori ed operatori del SSR uno strumento di conoscenza dello stato di salute e dei fattori di rischio, comportamentali e non;
3. individuazione ed implementazione di attività di prevenzione e di promozione della salute di dimostrata efficacia valutata in base ai criteri della EBP;
4. mantenimento dei sistemi di sorveglianza in essere: malattie infettive, stili ed abitudini di vita (Sistema di sorveglianza PASSI), obesità età evolutiva (Okkio alla salute), fenomeno infortunistico e malattie professionali in ambiente lavorativo (Flussi Informativi Inail-Ispesl-Regione) al fine di monitorare e valutare i programmi di prevenzione e promozione della salute realizzati o in corso d'opera.

Le attività di prevenzione così individuate dovranno essere accompagnate, ove possibile, da contestuali interventi di abolizione di attività obsolete e di non dimostrata efficacia, modificandole o sostituendole con altre supportate da prove di efficacia.

Ai fini dell'individuazione dei problemi prioritari si opererà secondo una consolidata distinzione tra:

1. patologie trasmissibili e rischi infettivi;
2. patologie non trasmissibili:
 - a) patologie croniche;
 - b) incidenti.

In base a quanto sin qui detto i progetti di prevenzione e di promozione della salute affronteranno quindi prioritariamente le seguenti tematiche:

- Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, sorveglianza dell'incidenza delle malattie trasmissibili nella popolazione, gestione delle emergenze;
- Prevenzione delle malattie trasmissibili e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
- Prevenzione infortuni in ambito lavorativo, stradali e domestici;
- Prevenzione delle patologie determinate da dipendenze e comportamenti contrari o dannosi al mantenimento di una buona salute fisica e psichica;
- Prevenzione delle patologie oncologiche;
- Prevenzione dell'esposizione, professionale e non, ad agenti biologici, chimici, fisici;
- Prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti.

Quali riferimenti importanti per la programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute sopra indicati saranno considerati il DPCM 4 maggio 2007 "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" e il DPCM 17 dicembre 2007 "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro".

Programmi di screening Oncologici – 2009-2013

La prevenzione secondaria è costituita da due componenti inscindibili: a. la diagnosi preclinica della malattia, b. Il trattamento efficace per quello stadio della malattia. L'intervento presuppone, quindi, la disponibilità di strumenti che consentano di diagnosticare la malattia durante le prime fasi del suo sviluppo (diagnosi preclinica) e di un trattamento che, in quello stadio, risulti più efficace di quanto potrebbe essere se effettuato in una fase più avanzata della malattia. Mentre nell'ambito della prevenzione cosiddetta spontanea (interazione tra l'assistito ed il proprio curante) non esistono, teoricamente, limitazioni alle procedure diagnostiche adottabili, i programmi di screening organizzati sono attuabili solo per i tumori per i quali l'efficacia dell'intervento è stata dimostrata (basata sull'evidenza), ossia i tumori mammario, cervico-vaginale e colonrettale. Inoltre, avendo come base il principio del costo-beneficio e costo-efficacia, l'intervento si rivolge specificamente alle fasce d'età per le quali i benefici hanno dimostrato di superare i costi (economici e dovuti ai potenziali danni iatrogeni). Un programma di screening di popolazione coinvolge decine di migliaia di individui, necessita della disponibilità di uno staff sanitario per l'organizzazione e l'esecuzione dei test, di strumentazione e di spazi clinici dedicati e implica di conseguenza costi economici rilevanti. Visto l'impegno di forza lavoro ed economico necessario, l'attivazione di un programma di screening deve essere preceduta da attente valutazioni economiche e organizzative. L'attuazione non può quindi prescindere dal binomio "volontà politica + disponibilità di risorse".

Il processo degli screening oncologici rappresenta un modello classico di integrazione a livello territoriale tra la rete di prevenzione (radiologia, laboratorio di patologia clinica, endoscopia, ginecologia, citopatologia) e la rete assistenziale (chirurgia, istopatologia, oncologia, radioterapia, riabilitazione).

E' necessario ricordare che lo stesso test/esame applicato in ambito clinico e di screening richiede modalità operative profondamente diverse: nel primo caso ha scopo diagnostico nel secondo ha lo scopo di selezionare in una massa di soggetti asintomatici quelli che hanno probabilità elevata di avere la malattia. Questi soggetti entreranno poi in un'iter diagnostico specifico per confermare o escludere la presenza della malattia. L'adeguata formazione degli operatori che saranno impegnati nel programma di screening rappresenta quindi un requisito irrinunciabile quando si intenda attuare un programma di screening.

E' indispensabile l'attivazione, ed il mantenimento a tempo indefinito, delle procedure di monitoraggio atte a verificare che la performance del programma in tutte le sue fasi (dall'invito della popolazione al trattamento dei casi di tumore diagnosticati) rispetti gli standard definiti a livello nazionale (indicatori ONS). Deve, infine, essere organizzato il rilevamento dell'outcome a lungo termine in quanto è il parametro che consente di quantificare correttamente i costi ed i benefici dell'intervento. Questa attività richiede quindi un modello organizzativo peculiare che prevede oltre alle figure mediche e tecniche impegnate nell'attività clinica, la figura dell'epidemiologo esperto di organizzazione e valutazione degli interventi di sanità pubblica e di un adeguato supporto informatico.

In base alla legislazione adottata in materia di screening e riassunta nel PNP 2005-2007 i tumori per i quali esistono evidenze di efficacia dello screening e i relativi interventi che devono essere attuati dalle Regioni sono i seguenti:

- a. tumore della mammella: screening mammografico biennale per le donne di età 50-69 anni.
- b. tumore della cervice uterina: pap test triennale per le donne di età 25-64 anni.
- c. tumore del colon retto: test per la ricerca del sangue occulto fecale biennale per uomini e donne di età 50-69 anni.

L'istituzione della rete oncologica ligure (deliberazione Giunta regionale 1281/2005) ha creato i presupposti per ottenere nel prossimo futuro un'integrazione tra le attività di prevenzione, diagnostica e trattamento per il carcinoma mammario e colonrettale ed il loro monitoraggio.

Stato dell'arte in Liguria e obiettivi per il quinquennio 2009 –2013

Screening mammografico

Nel luglio 2002 il programma, iniziato come fattibilità nel 2000 nella ASL3-Genovese, è stato esteso a tutta la Regione ed ha interessato le coorti di nascita 1943-1952. I problemi evidenziati nello studio di fattibilità non sono stati risolti in quanto non è stato possibile incidere sull'organizzazione delle unità di radiologia in funzione della peculiarità dell'attività

avviata. I successivi limiti introdotti al turn over del personale, in seguito al vincolo di rientro economico del settore sanitario regionale, hanno indotto ulteriore sofferenza del sistema.

Dal 2004 si è proceduto al reinvito ai round successivi delle donne che compivano i 60 anni e con l'invito delle nuove cinquantenni ci si è posti l'obiettivo di andare a copertura della fascia 50-69 nell'arco di 10 anni. La popolazione bersaglio complessiva è costituita da circa 230.000 donne.

E' stata programmata la rivalutazione degli indicatori (come proposto dall'Osservatorio Nazionale Screening e dal GISMa) con l'introduzione di nuovi indicatori (VPP e tasso di cancro d'intervallo) che saranno molto utili per meglio comprendere, rianalizzando le mammografie, quali sono le distorsioni nell'interpretazione che inducono in alcune ASL tassi di richiamo fortemente eccedenti rispetto all'atteso (20 per cento vs 5-7 per cento).

Nel 2008 è stata anche avviata una più stretta collaborazione con il Registro Tumori Ligure per facilitare sia il recupero delle diagnosi di cancro che escono dal territorio della ASL di competenza sia il recupero dei cancri d'intervallo e la valutazione dell'impatto sul programma.

Il gruppo di lavoro regionale, inoltre, inizierà a fornire indicatori alla Rete Oncologica Regionale nell'ottica di una maggior condivisione della valutazione degli standard assistenziali in Liguria.

Per il quinquennio 2009-2013 ci si attende che tutte le ASL siano in grado di offrire l'intervento alla stessa fascia di popolazione (50-69 anni) mantenendo l'intervallo di rescreeing entro i ventiquattro mesi. Contemporaneamente, si intende lavorare sugli indicatori di performance per ridurre le differenze di comportamento tra le ASL per quanto riguarda i tassi di richiamo individuando le cause di tali differenze e le conseguenze sulla popolazione screenata.

Screening per il cervico-carcinoma

Il Programma regionale di screening per il cancro della cervice uterina in Liguria approvato dall'ONS nel gennaio 2006 prevede come base di partenza un progetto relativo alla "Promozione della qualità del pap test" (progetto approvato e finanziato dalla Regione Liguria con il FSR 2004 (deliberazione della Giunta regionale 16 novembre 2004, n. 1297). Con deliberazione della Giunta regionale 7 agosto 2008, n. 1002, la Regione Liguria ha recepito le "Linee guida operative e percorsi diagnostico-terapeutici" ed il manuale operativo del software che gestisce il registro regionale dei Pap test, entrambi sviluppati nell'ambito del progetto di promozione della qualità del pap test.

Il registro ha raccolto retrospettivamente i dati dei test esaminati presso le Unità Operative di Anatomia Patologica liguri negli anni 2006-2008 e dal 1° gennaio 2009 sarà utilizzato come base su cui attivare un programma di screening organizzato mirato essenzialmente al recupero della fascia di donne che abitualmente non effettuano il test, lo effettuano ad intervalli irregolari o presso strutture che non partecipano al programma di garanzia di qualità regionale. Parallelamente, il software sarà utilizzato per la registrazione degli esami di II livello e quindi consentirà l'accesso alle informazioni online da parte delle diverse figure mediche che seguono l'iter diagnostico-terapeutico di un singolo caso anche quando questo si espleti in aziende diverse.

Il sistema consente, inoltre, l'attuazione sistematica dei controlli di qualità previsti dalle "Linee guida operative e percorsi diagnostico-terapeutici".

Nel quinquennio 2009-2013 ci si attende l'ingresso a regime del modello integrato tra screening spontaneo e screening organizzato ed il progressivo coinvolgimento, su base volontaria, di privati (convenzionati e non) nel registro e quindi nel sistema di controllo di qualità.

La popolazione bersaglio complessiva è costituita da circa 440.000 donne.

Screening per il carcinoma colonrettale

Il Programma regionale di screening per il cancro del colon retto in Liguria approvato dall'ONS nel gennaio 2006 prevede l'offerta alla popolazione di età 50-69 anni del test per la ricerca del sangue occulto fecale (test immunochimico).

In relazione all'incremento annuo atteso a livello regionale, con programma a regime, del numero di colonscopie totali indotte dalla positività del test (circa 6.000) e di esami istologici come conseguenza dell'endoscopia (circa 2.500) che nelle attuali condizioni attuali metterebbero ulteriormente in crisi un sistema già sofferente. L'intervento sarà attuato con un

meccanismo a "macchia d'olio" nelle singole ASL il cui sviluppo sarà necessariamente legato alla disponibilità di risorse locali.

La popolazione bersaglio complessiva è costituita da circa 435.000 soggetti (205.000 uomini e 230.000 donne).

Nell'ambito dell'attività di screening organizzato è previsto l'inserimento di un progetto mirato all'identificazione dei soggetti con storia familiare di primo grado per carcinoma coloretale associata ad un significativo aumento del rischio di sviluppare il tumore (almeno un consanguineo di primo grado con diagnosi di cancro coloretale effettuata entro i 55 anni d'età). Per tali soggetti, infatti, il test di screening idoneo è rappresentato dalla colonscopia totale e non dal test per la ricerca del sangue occulto fecale.⁴

Nell'ambito dell'interazione con la Rete Oncologica Regionale verrà effettuato il monitoraggio del follow up dei soggetti sottoposti a polipectomia nell'ottica di una maggior condivisione della valutazione di questo specifico indicatore che, al momento, in Liguria non appare essere unanimemente condiviso.

2.2 Acuzie-emergenza-urgenza

Il concetto di "rete integrata dei servizi sanitari", che pervade l'intero progetto di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale ligure, trova una propria immediata e concreta realizzazione nella costituzione della Rete Verticale dell'Emergenza. La condizione sanitaria dell'Emergenza, infatti, presenta caratteristiche tali per cui il proprio ipotetico percorso appare già intuitivamente delineato: a partire dalle condizioni di minor impegno, sino alle situazioni di grande severità, il percorso che dalle strutture territoriali e dai Medici di Medicina Generale giunge fino al DEA di II livello appare assolutamente logico e scarsamente opinabile. A fronte di tale intuitiva semplicità, tuttavia, numerosi appaiono gli ostacoli che si contrappongono ad una "fluida" ed agevole fruizione di tale percorso. Da un punto di vista strettamente tecnico-organizzativo, infatti, l'attuale modello appare carente sostanzialmente in due ordini di fattori:

- 1) La precisa attribuzione di competenze alle varie strutture presenti sul territorio, in particolare per quelle condizioni a bassa o nulla intensità (leggi codici bianchi) che costituiscono elemento di disturbo e causa di evitabile intasamento dei Pronto Soccorso e dei DEA, ma rispetto alle quali gli stessi utenti appaiono spesso disorientati, trovando nel Pronto Soccorso la più immediata possibilità di soluzione delle proprie problematiche, in assenza di una precisa definizione e/o conoscenza delle potenzialità delle strutture periferiche presenti sul territorio.
- 2) L'identificazione e la condivisione di un efficiente sistema di comunicazione interno alla rete dell'emergenza, che venga da un lato offerto agli operatori come possibile miglioramento e semplificazione delle procedure, e dall'altro imposto a tutti i nodi della rete come unica possibile modalità operativa, evitando particolarismi ed iniziative estemporanee che sfuggano al coordinamento delle strutture ad esso preposte.

Correggere i due importanti ordini di fattori sopra indicati di fatto significa innanzi tutto rispondere adeguatamente a quei principi ispiratori che sono stati chiaramente indicati come presupposti fondamentali dell'intera opera di riorganizzazione del Sistema Sanitario della Regione Liguria, e che sono:

- Di ordine culturale: adottare moderni concetti di clinical governance, con obiettivi fondamentali facilmente definibili in "efficienza" ed "efficacia"
- Di ordine economico: razionalizzare le risorse non già attraverso il solo contenimento delle spese, ma attraverso la ricerca dell'ottimizzazione per singola attività e l'eliminazione delle sovrapposizioni di competenze e delle ridondanze
- Di ordine organizzativo, superando particolarismi e competitività tra Aziende e, conseguentemente, agendo nelle direzioni indicate dai due punti precedenti.

Per meglio comprendere l'organizzazione della Rete Verticale dell'Emergenza bisogna innanzi tutto riconoscere le categorie di soggetti che ne fanno parte. Esse sono:

⁴ Il progetto nei dettagli è in via di definizione presso l'IST. Si sta preparando anche un'applicazione per il bando per il finanziamento di "Progetti di Ricerca Applicata ai Programmi di Screening" gestito per conto del Ministero della salute dalla Regione Abruzzo.

- a) Il Territorio: tutte quelle strutture deputate all'assistenza di base ed alla risposta alle istanze che pervengono con accesso autonomo o su chiamata non urgente (come nel caso della Continuità Assistenziale), ma alle quali possono essere attribuite caratteristiche di maggior urgenza e che dunque possono percorrere la Rete Verticale sino al livello più idoneo
- b) L'Ospedale: inteso nelle sue articolazioni di Pronto Soccorso Ospedaliero, DEA di I e II livello con associate al Pronto Soccorso le aree di Osservazione e Degenza breve (OBI e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza), che si devono interfacciare con gli altri servizi e le altre UO degenziali dei DEA e dell'Ospedale attraverso PDTA condivisi e basati sull'evidenza scientifica.
- c) Il 118: nella sua duplice funzione di risposta immediata alle urgenze sul territorio con medicalizzazione dell'intervento laddove necessario, ma anche di coordinamento generale tra tutte le strutture territoriali dell'emergenza, anche intervenendo con una gestione diretta .

Il territorio

A livello generale, in una struttura organizzata gerarchicamente per livello di gravità e complessità qual è la Rete Verticale in oggetto, il territorio (inteso come struttura di base) deve essere in grado di garantire risposte a tutte le istanze prevedibilmente meno "gravi" (codici bianchi ed in alcuni casi verdi), che siano in grado di esaurire l'intera domanda di prestazioni anche attraverso prestazioni strumentali o specialistiche eseguibili in tempo reale o in tempi brevi programmabili già durante il primo accesso. La possibilità di accedere in ogni momento ai nodi successivi della Rete viene mantenuta attraverso il contatto continuo con la Centrale Operativa del 118, ed anche la possibilità di far accompagnare il paziente dai dati sulla propria storia clinica (recente e remota) deve essere garantita attraverso l'adozione di moderni sistemi quali la cartella clinica informatizzata ed orientata per problemi e l'adozione di sistemi di comunicazione informatici oltre che telefonici.

Nell'ambito delle strutture che sul territorio costituiscono la base della rete verticale i protagonisti principali sono, come è ovvio, i Medici di Medicina Generale e le loro organizzazioni. Gli studi medici associati e le UMG in ambito urbano e le UTAP o UCP in ambito extraurbano costituiscono infatti gli organismi di riferimento quotidiano per gli utenti: prevedere nel loro ambito la possibilità di eseguire "in tempo reale" accertamenti elettrocardiografici e laboratoristici (attraverso la tecnologia del "point of care") significa mettere in grado tali organismi di identificare da subito condizioni cliniche di rilievo, meritevoli di prestazioni ulteriori, ma anche permette di fornire in tempi brevissimi risposte esaustive agli utenti, escludendo patologie di rilievo ed evitando così l'accesso alle strutture ospedaliere. Inoltre, prevedere la presenza di specialisti all'interno di alcune di tali strutture, per tempi limitati, accresce il livello delle risposte offerte.

Alle varie organizzazioni sopra citate va aggiunto il Servizio di Continuità Assistenziale il quale garantisce, su chiamata nelle ore non coperte dai Medici di Medicina Generale, un possibile intervento di base sul territorio, attraverso il filtro telefonico operato da un medico.

A livello distrettuale, poi, viene prevista la presenza di Servizi Distrettuali di Primo Intervento, supportati da operatori del 118; tale personale pur mantenendo l'operatività istituzionale del 118 sul territorio, con attrezzature e professionalità mobili e potenzialmente ad elevata intensità di intervento, possono anche garantire adeguate risposte ai casi definibili come "urgenza soggettiva" a presentazione autonoma.

Infine, sempre in ambito distrettuale, la possibilità di prestazioni specialistiche direttamente richiedibili dagli organismi sin qui descritti viene assicurata dagli Ambulatori Specialistici Distrettuali i quali vanno iscritti non solo nell'ambito della Rete Verticale dell'Emergenza, ma anche, in alcuni casi, nelle Reti Orizzontali per patologia in quanto possono rappresentare una prima porta di accesso alle stesse.

L'Ospedale

Le strutture ospedaliere facenti parte della Rete dell'Emergenza devono innanzi tutto poter soddisfare le richieste di prestazioni di emergenza/urgenza, a diversi livelli di intensità e specialità. In questo senso, dunque, va ribadito il carattere assolutamente "regionale" della

Rete proprio perché i possibili vertici di una struttura piramidale quale quella in oggetto (DEA di II livello e DEA Pediatrico di II livello) appaiono necessariamente "ultraterritoriali". Tutte le strutture ospedaliere della Rete (Pronto Soccorso Ospedaliero, DEA di I e II livello, DEA pediatrico) vengono dotate di strutture degenziali con caratteristiche di complessità crescente: le OBI vanno previste nelle Strutture di Pronto Soccorso mentre nei DEA di I e II livello il Pronto Soccorso, oltre alla osservazione breve, deve poter svolgere funzioni di degenza breve (max 72 ore). Naturalmente tra le differenti strutture ospedaliere la capacità di intervento sulle presentazioni critiche all'interno dei Pronto Soccorso non deve variare, mentre è differente la possibile risposta specialistica e multidisciplinare successiva alla prima funzione di stabilizzazione e diagnosi propria dei Pronto Soccorso: dalla presenza delle sole specialità di base negli Ospedali sedi di Pronto Soccorso si passa alla disponibilità sulle 24 ore delle strutture specialistiche più complesse per i DEA di I livello, fino alla potenziale risposta ad elevata complessità e multidisciplinarietà dei DEA di II livello, nei quali deve essere fruibile la funzione di "Trauma Team" così come la possibilità di risposta specialistica di carattere cardio-e/o neuro-chirurgico e/o di radiologia interventistica.

Il 118

Il sistema 118, inteso nella sua duplice accezione di Centrale Operativa e di Unità Mobili, espleta ovviamente una funzione fondamentale e capillare di distribuzione e gradualizzazione delle risorse sul territorio. Infatti, accanto alle sue funzioni vocazionali di stabilizzazione e trasporto, si sono nel tempo aggiunte funzioni più complesse, in base alle quali è possibile, per casi selezionati e stratificati direttamente sul posto, stabilire dall'esterno il percorso del paziente ed iniziare un trattamento specialistico: ci si riferisce alla capillare diffusione di protocolli specifici per il paziente con infarto acuto del miocardio, con ictus potenzialmente ischemico, con politrauma.

Nell'ambito della Rete Verticale dell'Emergenza, peraltro, al sistema 118 vengono attribuite anche funzioni di coordinamento e di gestione degli accessi che appaiono sempre più imprescindibili. Le centrali operative devono essere in grado di espletare tali funzioni sia in regime di attività "ordinaria" (basandosi anche sulle possibili esigenze specialistiche del caso in oggetto) sia in presenza di eventi eccezionali o condizioni ad elevato afflusso, per cui sia necessario passare ad una gestione "ultraterritoriale", superando ambiti di competenza distrettuale o aziendale ed attivando risposte complesse anche a distanza dalla sede dell'evento.

In conclusione, la costituzione della Rete Verticale dell'Emergenza della Regione Liguria si compie attraverso molteplici interventi, tra i quali i più evidenti appaiono la precisa definizione di competenze e funzioni, l'attribuzione di risorse il superamento di possibili ridondanze e sovrapposizioni, l'articolazione di un sistema di efficace comunicazione tra i nodi della rete, il superamento delle territorialità e delle particolarità delle singole Aziende. Al termine del processo in atto il percorso ottimale per un paziente in condizioni di emergenza-urgenza dovrà essere non solo, come allo stato attuale, facilmente intuibile, ma anche perfettamente percorribile, con accesso da uno qualsiasi dei nodi della Rete ed arrivo in tempi rapidi fino al nodo più idoneo rispetto alla specificità del caso, realizzando così un sistema che sia sempre più centrato sulle esigenze cliniche del singolo, piuttosto che sulla territorialità e sulle caratteristiche della singola realtà ospedaliera di provenienza.

STANDARD STRUTTURA NODI DELLA RETE	FUNZIONI	BACINO D'UTENZA - LOCALIZZAZIONI	VOLUMI MINIMI	INDICATORI DI QUALITA'	INDICATORI DI EFFICIENZA	PORTE DI ACCESSO ALLA RETE	RELAZIONI TRA NODI	TECNOLOGIE
Studi Medici Associati (Medicina di Gruppo: standard previsti dalla Convenzione Nazionale MMG) UMG (Unità di Medicina Generale) – Tre/Quattro Studi Medici Associati limitrofi, con turno di apertura anche prefestiva e festiva per 10 ore Accordo integrativo regionale	Accoglienza 10 ore per 5 giorni settimanali Casi di urgenza clinica differibile adulti e pediatrici con priorità di accesso alla visita secondo codice colore.	Sedi Urbane ad alta densità abitativa	10 – 15 accessi non programmati in orario di apertura Operatori: standard minimi previsti dalla Convenzione e dei MMG	N. operatori presenti in orario di apertura (standard ≥ 3) Presenza di personale infermieristico. Gestione informatizzata degli accessi.	N° invii a strutture emergenza ospedaliera/totale visite espletate nelle 10 h (standard 15%) n. invii a visita specialistica urgente in ambulatori distrettuali/totale visite espletate (standard 20%)	Autopresentazione e Priorità di accesso alla visita secondo codice colore.	Collegamento in telemedicina con Cardiologia Collegamento telematico e telefonico con Distretto, Pronto Soccorso , 118 e DEA	ECGrafo; Diagnostica di laboratorio on desk (POINT OF CARE); PC in rete + CUP WEB; Set chirurgico per medicazioni, suture e bendaggi funzionali; Farmaci; Defibrillatore semiautomatico/manuale; pulsossimetro Cartella clinica informatizzata
Servizi di Continuità Assistenziale	Interventi a domicilio su chiamata in orari non coperti (notturno, prefestivo e festivo)	1 medico per aree definite dalle Aziende secondo valutazioni relative a: zone urbane/rurali/ turistiche distanza di collegamento tra nodi	Non prevedibili	Tempo di intervento dalla chiamata < 45 min. Viste effettuate dopo filtro/totale chiamate. Standard 50% Relazione su modulistica predisposta. Standard 100% delle visite eseguite	N° invii a strutture emergenza ospedaliera/totale visite eseguite (standard < 20%) N°. invii a visita specialistica urgente in ambulatori distrettuali/totale visite espletate (standard 20%)	Centrale telefonica con Medico Filtro o Centrale 118	118	Farmaci per urgenze. Defibrillatore semiautomatico. Telefono cellulare. Penna ottica per trasferimento successivo dati registrati.

STANDARD STRUTTURA NODI DELLA RETE	FUNZIONI	BACINO D'UTENZA - LOCALIZZAZIONE	VOLUMI MINIMI	INDICATORI DI QUALITA'	INDICATORI DI EFFICIENZA	PORTE DI ACCESSO ALLA RETE	RELAZIONI TRA NODI	TECNOLOGIE
Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) o Unità di Cure Primarie (UCP) Accordi regionali/aziendali	Accoglienza 12 ore diurne per sette giorni	Sedi extraurbane a bassa densità abitativa e ampio territorio	15 – 20 accessi non programmati in orario di apertura Operatori: standard minimi previsti dalla Convenzione dei MMG	N. operatori presenti in orario di apertura (standard ≥ 3) Presenza di personale infermieristico. Gestione informatizzata degli accessi	N° invii a strutture emergenza ospedaliera/totale visite espletate nelle 10 h (standard 15%) n. invii a visita specialistica urgente in ambulatori distrettuali/totale visite espletate (standard 20%)	Autopresentazione e Priorità di accesso alla visita secondo codice colore	Collegamento in telemedicina con Cardiologia Collegamento telematico e telefonico con Distretto, Pronto Soccorso, 118 e DEA	ECGrafo; Diagnostica di laboratorio on desk (POINT OF CARE); PC in rete + CUP WEB; Set chirurgico per medicazioni, suture e bendaggi funzionali; Farmaci; Defibrillatore semiautomatico/manuale; pulsossimetro Cartella clinica informatizzata Presenza di specialisti in orari programmati (elemento da inserire in convenzione)
Ambulatori Specialistici Distrettuali Punti di accesso DSM	Su richiesta delle strutture territoriali: disponibilità di almeno 2 visite extra time per le branche specialistiche previste	Minimo 1 x distretto	2 accessi giornalieri per specialista oltre ai programmati (dal lunedì al venerdì)	Agenda CUP	N° visite specialistiche urgenti / N° totale visite (Standard 20%)	Richiesta su modulistica SSN di visita urgente da strutture di I livello. Rinvio ai richiedenti con referto.	Collegamenti telefonici e telematici CUP, UMG, UTAP, Ambulatori e UO Ospedaliere; DSM; PS, 118 e DEA	Attrezzature relative a specialità (Compreso Imaging) Point of Care PC in rete + CUP WEB
Servizi di Primo Intervento	Funzioni di Primo Intervento h 12 – 24 X 7 giorni (Corrisponde agli "Walk in Centers" del Servizio Sanitario Britannico)	Possono essere localizzati a livello distrettuale o di polo ospedaliero. Automedica in sede e coordinamento attivo con operatori 118	Media fino a 50 accessi giornalieri	N operatori formati BLS/ALS totale operatori (standard 100%) Linee guida/PDPA condivisi con DEA Gestione informatizzata degli accessi in rete con sistemi ospedalieri di emergenza	N° invii a strutture emergenza ospedaliera/totale visite effettuate (standard 25%) N° invii a visita specialistica urgente in ambulatori distrettuali/totale visite effettuati (standard 20%)	Accesso per autopresentazione in urgenza soggettiva Con ambulanza coordinata e inviata dal 118	Collegamenti telefonici e telematici CUP, Amb polispecialistici; UMG,UTAP; UO Ospedaliere. DSM; PS , 118 e DEA	Point of Care; materiale medicazione; farmaci; PC in rete + CUP WEB; defibrillatore semiautomatico/manuale Accesso preferenziale alle visite specialistiche urgenti nelle sedi territoriali

STANDARD STRUTTURA NODI DELLA RETE	FUNZIONI	BACINO D'UTENZA LOCALIZZAZIONI	VOLUMI MINIMI	INDICATORI DI QUALITA'	INDICATORI DI EFFICIENZA	PORTE DI ACCESSO ALLA RETE	RELAZIONI TRA NODI	TECNOLOGIE
Pronto Soccorso Ospedaliero dotato di OBI H 24	Accoglienza H 24 delle emergenze e urgenze. (autopresentazione o 118)	Presso Presidi Ospedalieri per acuti dotati di UO di Medicina interna, Chirurgia Generale e Anestesia, con Servizi funzionanti di Radiologia .	Di norma 20.000 accessi anno.	Indicatori PDTA Tempi di accessi alle cure secondo i diversi codici colori (Standard della letteratura del settore) Audit con i MMG	Rapporto ricoveri urgenti/accessi < 20% N° di riaccessi non pianificati a 24 e a 48 ore (indicatore con standard da definire)	Autopresentazione Con 118	Collegamento telefonico e telematico con tutti gli altri nodi della rete	Secondo quanto previsto dal manuale di accreditamento Regione Liguria Sistemi di telemedicina Strumenti di archiviazione e controllo dei sistemi di collegamento audio
DEA I livello Pronto soccorso dotato di OBI H 24 e di letti di degenza breve.	Accoglienza H 24 delle emergenze e urgenze	Presidio ASL 1 Presidio ASL 2 Levante e Val Bormida; Presidio ASL 3; Presidio Galliera; Presidio ASL 4 dotati di UO secondo termini di legge.	Di norma 50.000 accessi anno	Indicatori PDTA Tempi di accessi alle cure secondo i diversi codici colori (Standard della letteratura del settore) Audit con i MMG	Rapporto ricoveri urgenti/accessi < 20% N° di riaccessi non pianificati a 24 e a 48 ore (indicatore con standard da definire) N codici gialli e rossi/totale accessi anno (standard benchmark regionale)	Autopresentazione Con 118	Collegamento telefonico e telematico con tutti gli altri nodi della rete Collegamento CENTRALE 118	Servizi Diagnostici di Laboratorio e Immagini H 24 Secondo quanto previsto dal manuale di accreditamento Regione Liguria Sistemi di telemedicina Strumenti di archiviazione e controllo dei sistemi di collegamento audio
DEA II Livello Pronto soccorso dotato di OBI H 24 e di letti di degenza breve.	Accoglienza H 24 delle emergenze e urgenze	Presidio ASL 2 Ponente Presidio Azienda ospedaliera universitaria S. Martino Presidio ASL 5 dotati di UO secondo termini di legge.	Da 50mila a 120mila accessi anno	Indicatori PDTA Tempi di accessi alle cure secondo i diversi codici colori (Standard della letteratura del settore) Audit con i MMG	Rapporto ricoveri urgenti/accessi < 20% N codici gialli e rossi/totale accessi anno (standard benchmark regionale) N° politraumi/totale politraumi dell'area (standard 100%)	Autopresentazione Con 118	Collegamento telefonico e telematico con tutti gli altri nodi della rete Collegamento CENTRALE 118	Servizi Diagnostici di Laboratorio e Immagini H 24 UO Trauma Center o Trauma Team Radiologia Interventistica Secondo quanto previsto dal manuale di accreditamento Regione Liguria Sistemi di telemedicina Strumenti di archiviazione e controllo dei sistemi di collegamento audio

STANDARD STRUTTURA NODI DELLA RETE	FUNZIONI	BACINO D'UTENZA LOCALIZZAZIONI	VOLUMI MINIMI	INDICATORI DI QUALITA'	INDICATORI DI EFFICIENZA	PORTE DI ACCESSO ALLA RETE	RELAZIONI TRA NODI	TECNOLOGIE
DEA II Livello Pediatrico	Accoglienza H 24 delle emergenze e urgenze	Uno per tutta la Regione e a valenza anche pluriregionale (Gaslini)	Minimo 30mila	Indicatori PDTA Relazioni PLS	Tassi di ricovero < 12%. num cod gialli e rossi / totale accessi anno (min 7%). Cod bianchi / tot accessi inferiore a 15%. Num. Politraumi / totale politraumi entro 14 anni (100%). Riaccessi entro 72 ore per la stessa patologia inferiore al 7%.	Autopresentazione Con 118	Collegamento telefonico e telematico con tutti gli altri nodi della rete COLLEGAMENTO CENTRALE 118	Tutte le UO di area pediatrica
118	Funzioni di coordinamento generale tra tutte le strutture dell'emergenza Funzione di trasporto fisico alle strutture Ospedaliere Trasporto protetto tra i nodi. Auto mediche Supporto Primo Intervento distrettuale Protocolli specifici STEMI - STROKE - Neurochirurgie	Di norma Provinciale	Non rilevante	N operatori formati BLS ALS / totale operatori (standard 100%) N. operatori medici formati in PTC A o PHTLS (Standard 100%) N. Operatori formati elisoccorso (standard 100%)	Percentuale di intervento in codice rosso in aerea urbana con tempo di intervento relativamente elevato (compreso fra 8 - 10 minuti < 15%, compreso fra 11 e 15 < 5%, superiore a 15 minuti < 2%) Percentuale di sovrastima rispetto al rientro (< 30%)	Chiamata diretta Chiamata da strutture territoriali Servizi Interni al sistema	Coordinamento Prefettura FFO VVF SASL ARPAL FFS COA	Automediche (in media una per distretto sanitario) INDIA Elisoccorso

2.3. Fragilità, cronicità e percorsi riabilitativi

2.3.1 Fragilità/cronicità

La descrizione dei contenuti delle reti verticali e orizzontali ha già illustrato ampiamente il tema della riabilitazione. Nella fattispecie del Piano, se si esclude l'attività riabilitativa legata al recupero in fase post-acuta degli esiti di patologie internistiche, neurologiche, ortopediche, cardio e cerebro-vascolari, etc., entrano nell'area riabilitativa quelle forme di lungo assistenza (cronicità) oggi meglio individuate come "fragilità", per la componente di instabilità clinica e di comorbidità. In questi termini i diversi gruppi del Piano che hanno dibattuto le tematiche della riabilitazione, della disabilità, degli anziani e della cronicità hanno concordato, per queste fasce di popolazione, su "percorsi terapeutici" omogenei, che incrociano in maniera simile i diversi punti delle attuali reti assistenziali per configurarsi in una unica rete che risponda a tutte le categorie fragili.

La rete FRAGILITA'/CRONICITA', raggruppa aree di patologie/fragilità (già declinate puntualmente nelle reti orizzontali), caratterizzate da condizioni omogenee di instabilità clinica e di polipatologia, che richiedono processi assistenziali e prestazioni simili:

- demenze
- anziani ad elevata comorbidità
- esiti di patologie dell'età evolutiva (disabilità)
- menomazioni perduranti da esiti di eventi morbosi acuti (cronicità)
- cure palliative

I criteri che hanno guidato il raccordo in unica rete delle aree patologiche sopra indicate si fondano su un'epidemiologia fortemente caratterizzata dalla lungo-assistenza e dalla necessità di forti supporti protettivi di tipo familiare, domiciliare o residenziale. Gli attori istituzionali: ASL, Aziende ospedaliere e Distretti Sociosanitari con la partecipazione attiva dei Comuni associati, si avvalgono delle competenze di cura della famiglia e di apporti forniti da Terzo Settore e dal Volontariato. Per tutte le strutture di degenza riconducibili alla rete cronicità (oncologia etc...) si prevede la definizione di piani per potenziare una specifica assistenza anche nelle ore notturne, attraverso l'impiego di operatori sociosanitari, adeguatamente formati e impiegati anche attraverso organizzazioni terze, in condizioni di lavoro regolare e trasparente, adottando un apposito provvedimento regionale che definisce le modalità di accesso. Gli uffici formazione curano la possibilità di accedere ai corsi per operatore sociosanitario di personale in mobilità o in Cassa integrazione guadagni.

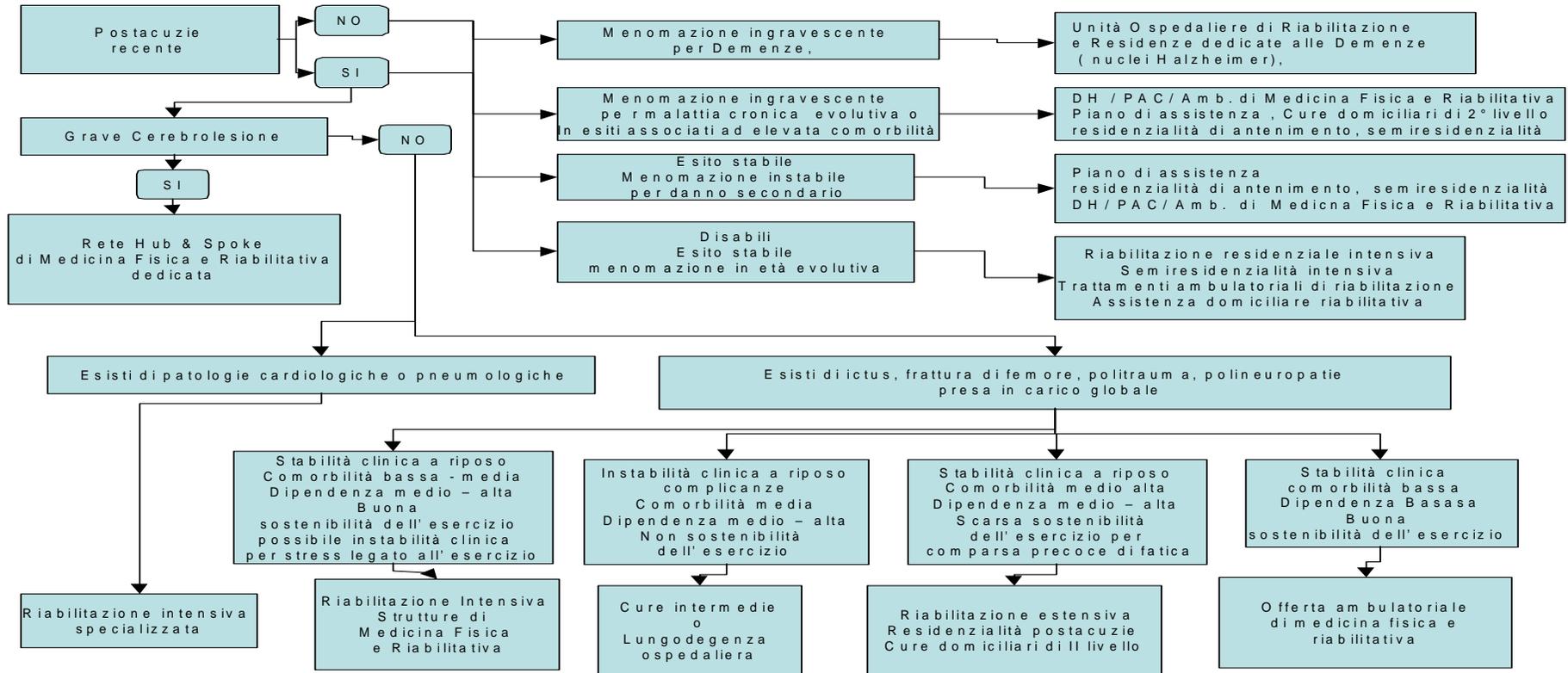
Sono presenti per questa categorie di persone elevate quote di inappropriata nei ricoveri ospedalieri con prolungamento dei tempi di degenza ed emerge la necessità di collegamenti sulle pratiche assistenziali tra i Presidi Ospedalieri (e Aziende ospedaliere) e servizi Distrettuali Sociosanitari da realizzarsi tramite PDT e Linee Guida. Un ruolo "forte" è assegnato alla continuità assistenziale.

Gli schemi seguenti, illustrano i diversi nodi della rete ed i percorsi più idonei per offrire prestazioni appropriate e continuità assistenziale.

2. 3.2 Riabilitazione

AREE PATOLOGICHE	PREVENZIONE	ACUZIE/ EMERGENZA	RIABILITAZIONE	CRONICITA'
MALATTIE CRONICHE EVOLUTIVE (esempio Morbo di Parkinson, sclerosi multipla, artrite reumatoide)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale - Accesso integrato distrettuale - Valutazione multidimensionale - Sorveglianza sanitaria delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cure domiciliari di 2° livello - Continuità assistenziale - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti (UVGO), nursing geriatrico 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacchetti di offerta Ambulatoriale o DH di Medicina Fisica e Riabilitativa - Cure intermedie - Residenzialità post-acuzie - Cure domiciliari di 2° livello 	<ul style="list-style-type: none"> - Cure intermedie - Piano di assistenza - Cure domiciliari prestazionali e di primo e secondo livello - Residenzialità di mantenimento (RSA, RP) con priorità a mantenimento
DEMENZE	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale e interventi preventivi dello specialista - Accesso integrato distrettuale - Valutazione multidimensionale - Sorveglianza sanitaria delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità - Iniziative delle associazioni di settore 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cure domiciliari di elevata intensità - Continuità assistenziale (UVGO) - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti (Neurologia, Medicina) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unità ospedaliere di riabilitazione - Residenzialità dedicata (nuclei Alzheimer) - Cure domiciliari di 2° livello - Cure intermedie 	<ul style="list-style-type: none"> - Cure intermedie - Piano di Assistenza - Cure domiciliari prestazionali e di primo e secondo livello - Residenzialità dedicata e di mantenimento - Semiresidenzialità (2° livello) - Misure per la Non Autosufficienza
ANZIANI CON ELEVATA COMORBILITÀ	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale e delle Cure Primarie - Accesso integrato distrettuale - Valutazione multidimensionale - Sorveglianza sanitaria delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità - Iniziative delle associazioni di volontariato 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cure domiciliari di elevata intensità - Continuità assistenziale (UVGO), nursing geriatrico - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti (Neurologia, Geriatria, Medicina) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unità ospedaliere di Medicina Fisica e Riabilitativa - Residenzialità post-acuzie - Cure domiciliari di 2° livello 	<ul style="list-style-type: none"> - Cure intermedie - Piano di assistenza - Cure domiciliari prestazionali e di primo e secondo livello - Residenzialità di mantenimento (RSA, RP) / Semiresidenzialità - Misure per la Non Autosufficienza
DISABILITÀ ESITI DI PATOLOGIE DI PATOLOGIE DELL'ETA' EVOLUTIVA (Es. paralisi cerebrale infantile, distrofia muscolare)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale e Pediatria di libera scelta - Accesso distrettuale - Valutazione multidimensionale - Individuazione delle persone a rischio nei servizi della prima infanzia e servizi scolastici - Sostegno sociosanitario nei servizi della prima infanzia e servizi scolastici - Family-centered care 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale e specialistica - Continuità assistenziale - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Riabilitazione residenziale intensiva - Semiresidenzialità intensiva - Trattamenti ambulatoriali di riabilitazione - Assistenza domiciliare riabilitativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Piano di Assistenza - Riabilitazione residenziale estensiva - Riabilitazione residenziale socioriabilitativa - Semiresidenzialità - Assistenza domiciliare socioriabilitativa - Misure per la Non Autosufficienza
CURE PALLIATIVE	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale - Accesso alla rete oncologica - Individuazione delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità - Iniziative delle associazioni di settore 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale e specialistica - Continuità assistenziale - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere oncologiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospice - Cure domiciliari oncologiche riabilitative 	<ul style="list-style-type: none"> - Piano di assistenza - Hospice - Cure intermedie - Cure domiciliari oncologiche e palliative - Residenzialità di mantenimento
ESITO DI EVENTO MORBOSO ACUTO (Es: esito di trauma, amputazione, esito di ictus)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi d Medicina Generale - Accesso integrato distrettuale - Individuazione e sorveglianza delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale e specialistica - Continuità assistenziale - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere di alta specializzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Unità ospedaliere di Medicina Fisica e Riabilitativa - DH di Medicina Fisica e Riabilitativa - Cure intermedie - Residenzialità post-acuzie a carattere riabilitativo - Cure domiciliari 2° livello con funzioni riabilitative 	<ul style="list-style-type: none"> - Piano di assistenza - Cure domiciliari di 2° livello - Residenzialità di mantenimento (RSA) - Semiresidenzialità

Rete riabilitativa per le fragilità : i percorsi



Stabilità clinica: la capacità di rimanere autonomamente in equilibrio funzionale

Comorbilità: il numero di patologie, anche non gravi, che coesistono nello stesso soggetto e abbassano la sua capacità di sopravvivere a condizioni di stress

Dipendenza: il numero di funzioni di autonomia transitoriamente o definitivamente perdute

Menomazione: danno ad una parte del corpo

Disabilità: perdita della capacità di fare compensando il danno

Danno secondario: decadimento delle strutture corporee per sovraccarico o cattivo uso richiesto dal compenso al danno

Riabilitazione intensiva: almeno tre ore al giorno di attività

Riabilitazione estensiva: almeno un ora al giorno di attività

Sostenibilità dell'esercizio: capacità di tollerare la fatica legata all'esercizio di recupero

Presenza in carico globale: organizzazione dell'intervento nelle aree della Stabilità internistica, Funzioni vitali di base, funzioni sensomotorie, Mobilità e trasferimenti, Autonomia e Cura della persona, Riadattamento e Reinserimento sociale, Competenze cognitive comportamentali, Competenze comunicativo relazionali.

3. OBIETTIVI E AZIONI

Dai documenti elaborati dai Gruppi di Piano sono stati sintetizzati gli obiettivi da raggiungere nel triennio di vigenza della pianificazione sanitaria, i risultati attesi e una prima indicazione delle risorse necessarie al loro conseguimento, fermo restando che queste ultime troveranno ulteriore specificazione anche nei riparti finanziari di esercizio.

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
PREVENZIONE	Attuazione PNP/PRP 2009-2011 Incremento Controllo e Vigilanza Luoghi di Lavoro Mantenimento sistemi di sorveglianza (MM. INF, PASSI, Obesità Infantile, Infortunistica etc) Stato di Salute Popolazione a cura dell'ARS	Elaborazione dei documenti relativi Monitoraggio dati + Redazione Report Monitoraggio dati + Redazione Report Elaborazione Relazione Biennale con aggiornamento annuale Stato di Salute Popolazione	Applicazione Indicazioni Nazionali su Riparto FSR Finanziamento obiettivi di Piano
	Screening mammografico offerta dell'intervento popolazione 50-69 aa con intervallo re screening = 24 mesi Screening cervico carcinoma - modello integrato tra screening spontaneo e screening organizzato a regime - progressivo coinvolgimento, su base volontaria, di privati (convenzionati e non) nel registro Screening carcinoma colon rettale - Iniziale attivazione in tutte le ASL nella popolazione di riferimento (50-69 aa) test per la ricerca del sangue occulto fecale - progetto mirato all'identificazione dei soggetti con storia familiare di primo grado per carcinoma colon rettale tramite colonscopia totale	Interventi attivati e/o incrementati in tutte le ASL monitorati mediante gli specifici indicatori dell'Osservatorio Nazionale Screening	

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
EMERGENZA ACUZIE	<p>Assetto appropriato dei livelli della rete in relazione ai bacini territoriali di afferenza e ai livelli di complessità clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 118 - Dipartimenti ospedalieri Emergenza/Urgenza, ivi compresa l'area pediatrica; - Servizi territoriali di emergenza (Ambulatori Distrettuali di primo intervento, Medicina Generale Associata, UTAP, UMG, Servizi di Continuità Assistenziale). 	<ul style="list-style-type: none"> - Collegamenti logistici e telematici tra i nodi della rete - Organizzazione della risposta multidisciplinare alle prevalenti patologie di emergenza (IMA, STROKE, Politrauma, etc) - Tempi di accoglienza e rapporto operatori /apertura sedi secondo indirizzi nazionali e regionali - Valutazione codici di accesso PS per verifica appropriatezza - PDT e LG 	<p>FSR Finanziamento obiettivi di Piano</p>
CRONICITA'	<p>Sinergia nella comunicazione e nell'operatività tra ospedali e Distretti Sinergia nei trasferimenti tra i diversi nodi della rete Dotazione Cure Intermedie</p>	<p>Tempi di attesa</p> <p>Tempi di attesa</p>	<p>Finanziamento obiettivi di Piano per Incremento assistenza domiciliare e residenziale extraospedaliera</p>
RIABILITAZIONE	<p>Realizzazione rete di Medicina Riabilitativa per "gravi cerebro lesioni" utilizzando modello "hub and spoke gravi cerebrolesioni" a partire dalle strutture regionali di Medicina Riabilitativa già operative sulle "gravi cerebrolesioni". Revisione codici classificazione tipologia riabilitativa (Cod 56 e 75) sulla base di precisi indicatori di complessità assistenziale e consumo di risorse. Registro gravi cerebro lesioni.</p> <p>Sinergia nei trasferimenti dall'acuzie ai nodi della rete riabilitativa ospedalieri / residenziali extra-ospedalieri / domiciliari in base alla precisa definizione dei mandati clinici assegnati all' area di Medicina Riabilitativa e all' area Geriatrica e dell' utilizzo di indicatori di appropriatezza .</p>	<p>Individuazione PL appropriati per gravi cerebrolesioni</p> <p>Documento di revisione codici riabilitativi</p> <p>Predisposizione registro</p> <p>PDT, LG</p> <p>Tempi di attesa</p>	<p>FSR Finanziamento obiettivi di Piano</p> <p>Finanziamento obiettivi di Piano per incremento assistenza domiciliare e residenziale extraospedaliera</p>

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
ALLERGOLOGIA	Appropriatezza dei livelli di risposta alle patologie allergiche anche attraverso emanazione di LG e protocolli operativi	Elaborazione Documenti e LG	FSR
ANZIANI	Diffusione della valutazione multidimensionale per l'accesso alla domiciliarità e residenzialità, utilizzando metodologie validate dal Ministero Salute Potenziamento ADI e residenzialità	Copertura in tutti i Distretti di UVM Rapporto domanda/anziani assistiti	Finanziamento obiettivi di Piano per Incremento assistenza domiciliare e residenziale extraospedaliera
CARDIOLOGIA	Sviluppo piano regionale prevenzione Organizzazione Rete "Hub and Spoke" per Cardiologia e Cardiochirurgia Integrazione con funzioni ambulatoriali extraospedaliere, inclusi i MMG, sulle malattie non trasmissibili e derivate dagli stili di vita per la riduzione degli accessi al PS di pazienti scompensati	SDO <ul style="list-style-type: none"> • % di re- ricoveri, • % di IMA soccorsi dal 118 PDT , LG	Finanziamento obiettivi di Piano
CHIRURGIA VASCOLARE	Razionalizzazione dell'offerta sulla base dei volumi di attività in rapporto ai bisogni epidemiologici Riduzione degli interventi per aneurisma dell'aorta eseguiti in regime d'urgenza, con valutazione costo/beneficio per avvio programma di screening ecografico teso alla riduzione degli interventi Riduzione tempi di attesa ecocolordoppler TSA, incluso l'approvazione di LG regionali (GIUV) e requisiti minimi di refertazione. - 3 mesi (max), 1 settimana (min) (attualmente 6 mesi max, 1 mese min) sull'area metropolitana genovese tempi di invio al trattamento dopo TIA (entro 3 settimane nel 30% dei casi). Attualmente: 10%	Incidenza % da analisi SDO Analisi dati SDO Analisi flussi informativi specialistica ambulatoriale	FSR Finanziamenti abbattimento tempi di attesa

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
CURE PALLIATIVE	<p>Completamento reti locali di cure palliative</p> <p>Consolidamento reti locali di cure palliative</p> <p>Valutazione dei bisogni cure palliative per pazienti non oncologici</p> <p>Avvio e completamento programma di formazione personale delle reti</p>	<p>Rapporto operatori/pazienti Numero pazienti seguiti</p> <p>Rapporto operatori/pazienti Numero pazienti seguiti</p> <p>Rapporto operatori/pazienti Numero pazienti seguiti</p> <p>ECM</p>	Finanziamento obiettivi di Piano
DEMENZE	<p>Riorganizzazione unità di valutazione Alzheimer (UVA)</p> <p>Collegamento UVA con PS</p> <p>Sostegno e potenziamento delle conoscenze dei caregiver</p>	<p>SDO (riduzione ricoveri ospedalieri per demenza)</p> <p>SDO (rapporto tra pazienti inviati e autopresentati)</p>	Finanziamento obiettivi di Piano per Incremento assistenza domiciliare e residenziale extraospedaliera
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	<p>Sviluppo Piano Regionale Prevenzione (Progetto IGEA) e DPCM 4/5/2007</p> <p>Sviluppo Piano Regionale Prevenzione e DPCM 4/5/2007 "Guadagnare Salute"</p> <p>Integrazione con funzioni ambulatoriali extraospedaliere sulle malattie non trasmissibili e derivate dagli stili di vita per la riduzione degli accessi al PS di pazienti scompensati.</p> <p>Collegamento con le reti (Anziani, Alzheimer, Disabili, Cure Palliative)</p>	<p>Documenti di piano Sistema di sorveglianza "PASSI"</p> <p>PDT E LG</p> <p>PDT approvati e LG N. eventi formativi</p>	FSR Finanziamento obiettivi di Piano

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
NUTRIZIONE CLINICA E DIETOLOGIA	<p>Mappatura dei servizi di dietetica e nutrizione clinica</p> <p>Coordinamento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di situazioni patologiche, anche gravi, legate allo stato di nutrizione</p> <p>Sensibilizzazione alla sorveglianza nutrizionale degli operatori sanitari e assistenziali</p>	Miglioramento dello stato nutrizionale e/o della qualità di vita	FSR
DISABILITA'	<p>Sinergia di servizi tra minori ed età adulta</p> <p>Supporto del servizio sanitario ai "progetti di vita indipendente"</p> <p>Assistenza odontoiatrica domiciliare mirata per la disabilità</p>	<p>Tempi di attesa</p> <p>Formalizzazione di almeno due progetti</p> <p>Tempi di attesa</p>	<p>FSR</p> <p>Finanziamento obiettivi di Piano</p>
GASTROENTEROLOGIA	<p>Codificare i percorsi diagnostico terapeutici della patologie acido correlate</p> <p>Attivare percorsi di diagnosi precoce dell'epatocarcinoma nei pazienti con cirrosi HBV, HCV o alcool correlate.</p> <p>Collegamento organico con le attività di screening del carcinoma del colon retto</p>	<p>Riduzione dei ricoveri per emorragia digestiva da mancata protezione gastroduodenale</p> <p>Aumento dell'appropriatezza delle richieste di endoscopia digestiva, con possibile riduzione delle liste di attesa</p> <p>Codifica di un PDT per un accesso facilitato dei soggetti a rischio</p> <p>Attivazione procedure di screening</p>	
GENETICA	Coordinamento regolamentato delle strutture operanti nell'ambito della genetica	Coordinamento operativo e collaborazione con rete malattie rare, con supporto ai caregiver	Finanziamento obiettivi di Piano
MALATTIE RARE	Individuazione presidi di riferimento malattie rare	Documento (DGR) o Statuto Registro malattie rare Definizione percorsi assistenziali sulle malattie rare rilevanti	Finanziamento obiettivi di Piano

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
INFETTIVOLOGIA	<p>Sviluppo e mantenimento di sistemi di sorveglianza rivolti sia a patologie consolidate che emergenti</p> <p>Coordinamento delle reti territoriali ed ospedaliere per l'appropriato follow up dei pazienti (es tubercolosi e DOTS)</p> <p>Creazione e mantenimento di eccellenze clinico assistenziali nella gestione di tematiche "di sistema": ospite immuno-compromesso, infezioni nosocomiali e farmaco-resistenze</p>	Inserimento delle tematiche infettivologiche negli obiettivi di "salute pubblica"	FSR
MEDICINA COMPLEMENTARE	<p>Censimento esperienze di MC nell'offerta del SSR</p> <p>Nuove progettualità per sperimentare integrazione MC nelle pratiche clinico-assistenziali con inserimento elementi valutativi</p> <p>Censimento processi formativi</p>	PDT e LG	Finanziamento obiettivi di Piano
NEFROLOGIA	<p>Realizzazione registro regionale malattie renali croniche</p> <p>Adeguamento offerta dialitica (e omogeneizzazione tra le strutture regionali) dopo rivalutazione fabbisogno</p> <p>Programma annuale informatizzazione (da inserire nel programma generale di informatizzazione)</p>	<p>Formalizzazione istituzione registro regionale</p> <p>Rapporto pazienti/posti letto. Gold Standard: 3.8</p>	Finanziamento obiettivi di Piano
NEUROLOGIA	<p>Diffusione omogenea delle "stroke units" e collegamento "hub and spoke" in tema di traumi cranici</p> <p>Armonizzazione con le reti territoriali/distrettuali in tema di malattie neurologiche croniche (Sclerosi Multipla, Parkinson, Demenze etc) con sostegno ai caregiver</p>	<p>PDT e linee guida approvati</p> <p>PDT e LG approvate</p>	<p>Finanziamento obiettivi di Piano</p> <p>FSR</p>

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
OCULISTICA	Elaborazione di criteri di priorità all'accesso (chirurgia e diagnostica strumentale) Sviluppo di funzioni di sorveglianza sulle patologie prevalenti di interesse oculistico con coinvolgimento di tutte le figure professionali di intercettazione delle patologie	PDT e LG approvate Tempi di attesa	FSR
ODONTOIATRIA	Promozione di forme di odontoiatria sociale Definizione di percorsi odontoiatrici per: urgenze, competenze ospedale/ territorio, competenze odontoiatria /maxillo-facciale Consolidamento esperienze odontoiatria disabili (cfr. rete disabilità)	Numero di accessi PDT e LG approvati	Fondo Sociale Finanziamento obiettivi di Piano
ONCOLOGICA EMATOLOGICA e RADIOTERAPICA	Costituzione coordinamento operativo regionale oncologico Accesso ai nuovi farmaci e nuove tecnologie diagnostiche PS nei più importanti ospedali della regione	PDT	FSR Finanziamento obiettivi di Piano
ORL	Sviluppo di una rete audiologica sul territorio regionale che implementi percorsi diagnostici e riabilitativi garantiti (screening audiologico neonatale) Impulso alla chirurgia complessa ed oncologica ORL in collaborazione con altre reti specialistiche	competenze riabilitative per audiolesi nei poli aziendali LG Diminuzione flussi mobilità extraregionale	FSR

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
ORTOPEDIA	<p>Indicazioni regionali affezioni artrosico-degenerative;</p> <p>Intervento su pazienti eligibili con fratture femore prossimale entro 48 ore (correlazione rete riabilitazione, fragilità)</p> <p>Formazione MMG e Specialisti</p>	<p>LG</p> <p>analisi SDO % di esecuzione trattamenti su fratture nelle 48 ore, su totale fratture</p> <p>Programma formativo</p>	Finanziamento obiettivi di Piano
NEONATOLOGIA E PEDIATRIA	<p>Coordinamento percorso nascita e rete bambino-madre</p> <p>Regolamentazione della gestione unica - all'interno del sistema 118 - delle funzioni di trasporto (neonatale di urgenza, neonatale differibile, pediatrico) in collegamento con rete emergenza urgenza</p> <p>Realizzazione trauma center infantile con collegamento di telemedicina</p>	<p>Linee guida</p> <p>Documento di formalizzazione LG</p> <p>LG trauma cranico infantile</p>	<p>Finanziamento obiettivi di Piano</p> <p>Finanziamento obiettivi di Piano</p> <p>Finanziamento obiettivi di Piano nazionale</p>
PNEUMOLOGIA	<p>Definizione di indirizzi sulle grosse aree tematiche: K polmonari, BPCO, Asma, IRC, disturbi respiratori sonno-correlati, etc.</p> <p>Coordinamento con le competenze infettivologiche nel follow up dei pazienti con tubercolosi (DOTS)</p> <p>Terapia semi intensiva, ambulatoriale extra ospedaliera e domiciliare secondo modello "hub and spoke"</p>	<p>PDT e LG approvate</p> <p>PDT e LG approvate</p> <p>PDT e LG approvate</p>	Finanziamento obiettivi di Piano

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
POLITRAUMA	<p>Percorso clinico integrato intra ospedaliero</p> <p>Regolamentazione dei rapporti tra i nodi della rete</p> <p>Dotazione di trauma service o trauma team intra ospedaliero per continuità clinico assistenziali e coordinamento attività connesse ai traumatizzati maggiori</p>	<p>PDT</p> <p>Manuale di rete</p> <p>PDT</p>	FSR
PSICHIATRIA E DIPENDENZE	<p>Indirizzi per unificazione S.M e SERT</p> <p>Individuazione di "posti" per minori/adolescenti necessitanti di ricovero ospedaliero specialistico in almeno tre aree ottimali: metropolitana, ponente, levante</p> <p>Indirizzi per interventi di psicologia clinica</p> <p>Struttura NPI in tutte le ASL</p> <p>Governance clinica nei percorsi assistenziali minori/adolescenti/adulti</p>	<p>Emanazione atti</p> <p>Numero posti individuati</p> <p>LG</p> <p>Evidenza strutture NPI con razionalizzazione situazioni esistenti</p> <p>Indirizzi organizzativi</p>	FSR

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
PSICOLOGIA	Realizzazione di un censimento dell'offerta di prestazioni psicologiche all'interno del SSR Costruire uniformità di offerta articolando gli interventi, in relazione al fabbisogno, nelle aree di: Psicologia Clinica, Psicologia della Salute, Psicologia di Comunità. Informazione alla popolazione e ai servizi sull'offerta psicologica	Realizzazione censimento in collaborazione con ARS Organicità delle prestazioni rese valutando liste di attesa Diffusione dell'informazione	Finanziamento obiettivi di Piano
REUMATOLOGIA	Integrazione dei servizi di degenza con funzioni ambulatoriali extraospedaliere sulle malattie reumatologiche finalizzati ad attività di prevenzione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici	Redazione di LG ed eventi formativi	FSR
SALUTE IN CARCERE	Regolamentazione offerta assistenziale in carcere a seguito trasferimento da Ministero Giustizia Osservanza modelli infettivologici Interventi per tossicodipendenti e comorbidità	Indirizzi regionali LG PDT	Finanziamenti finalizzati nazionali
TRAPIANTI	È in corso una revisione della normativa che potrebbe comportare anche l'abrogazione della legge regionale in materia attualmente vigente. È allo studio l'adozione di una direttiva di Giunta al fine di assicurare l'osservanza della norma nazionale		
UROLOGIA	Sviluppo e mantenimento di sistemi di sorveglianza per la diagnosi precoce delle neoplasie prostatiche e vescicali con linee guida che definiscano le prestazioni attese ad ogni livello del sistema, da quello territoriale a quello specialistico ospedaliero.	Uniformità di pratiche assistenziali ai diversi livelli del sistema di riferimento sul territorio regionale Aumento attrattività regionale del sistema	FSR

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
VETERINARIA	<p>Attuazione Piano di eradicazione della tubercolosi e della brucellosi bovina</p> <p>Razionalizzazione, consolidamento e coordinamento dei controlli ufficiali sulla base della valutazione del rischio e delle attività analitiche</p> <p>Consolidamento del sistema informativo integrato previsto dal PDI (Piano dipartimentale integrato)</p>	<p>% di allevamenti bovini controllati dalle AASSLL</p> <p>N° controlli ufficiali previsti nel PDI</p> <p>N° eventi tossinfettivi correlati</p> <p>N° strutture di filiera oggetto di controllo</p> <p>N° interventi effettuati/programmati</p>	FSR
PROFESSIONI NON MEDICHE	<p>Stabilizzare e rendere uniforme all'interno delle reti il ruolo delle professioni non mediche (infermieri, ostetrici, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, logopedisti, ortottisti e altre figure professionali di carattere ospedaliero e non)</p> <p>Valorizzare i ruoli delle professioni sociali per gli aspetti di ascolto, orientamento, consulenza e sostegno dei nuclei familiari e delle persone con fragilità per facilitare la fruizione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed il "bilancio di salute" da parte del cittadino;</p> <p>Valorizzare il ruolo terapeutico e di accompagnamento nei processi preventivi e riabilitativi per le professioni non mediche a contenuto sanitario</p>	<p>Rispetto della normativa sugli assetti organizzativi per le professioni non mediche e introduzione di forme di coordinamento per funzioni omogenee</p> <p>Punti di accesso alla rete territoriale e sedi di counseling in ambito ospedaliero ;</p> <p>Regolamentazione rapporti Ospedale /Distretto</p> <p>Fruizione agevolata delle prestazioni sociosanitarie</p> <p>Mappatura sull'impiego inappropriato della professione infermieristica e delle professioni riabilitative.</p>	Finanziamento obiettivi di Piano

RETI DI SISTEMA

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	Miglioramento dell'efficienza dei Servizi di Laboratorio attraverso lo sviluppo delle reti informatiche, delle dotazioni diagnostico/strumentali e della specializzazione del personale Adozione di linee guida multidisciplinari condivise ed implementazione dei percorsi diagnostico/terapeutici	LG Miglioramento della qualità delle prestazioni Miglioramento della fruibilità dei risultati Miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e prescrittiva	FSR
HTA	L'obiettivo della rete è quello di creare una cultura specifica di HTA	Elaborazione di una delibera che definisca e coordini gli attori regionali in tema di HTA in riferimento ad obiettivi di qualità e razionalizzazione	FSR
INFORMATICA	Evoluzione delle reti informative aziendali in un sistema informativo sovraziendale che consenta l'implementazione coerente delle applicazioni a livello regionale	Piano di Sanità Elettronica, Fascicolo Sanitario Personale, Anagrafe Sanitaria, Refertazione Elettronica,	Fondo F.I.R. Accordi di programma quadro per lo sviluppo della società dell'informazione Fondi per i servizi della banda larga
RISCHIO CLINICO	Uniformare l'approccio alla gestione del rischio e diffondere tra gli operatori la conoscenza degli strumenti di gestione del rischio (Audit, Root Causes Analysis, Failure Mode Effect Analysis, C.A etc)	scheda unificata di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, predisposizione di un flusso di dati integrato in un database regionale	FSR
CENTRI TRASFUSIONALI	Aumento dell'indice di donazione all'interno di un sistema garantito dalla cultura di buon uso del sangue	Predisposizione e Adozione Linee Guida aziendali	FSR

Denominazione rete	Obiettivi del triennio 2009/2011	Risultati attesi	Risorse necessarie
FARMACEUTICA	<p>Completamento e aggiornamento PTR ospedale/territorio</p> <p>Implementazione e divulgazione linee guida e protocolli clinici</p> <p>Piano triennale di azioni e monitoraggi per l'appropriatezza</p> <p>Operatività Centro regionale di farmacovigilanza e informazione indipendente</p> <p>Operatività Dipartimenti Farmaceutici interaziendali</p>	<p>Documento PTR - ospedale/territorio</p> <p>Elaborazione documenti relativi</p> <p>Incremento interventi farmacovigilanza divulgazione, informazione e linee guida</p> <p>Miglioramento degli indicatori dell'appropriatezza prescrittiva indicati</p> <p>Razionalizzazione processi di gestione e distribuzione dei farmaci</p>	Fondi a disposizione del sistema sanitario regionale
RADIOLOGIA	<p>Sviluppo di competenze "super specialistiche" orientate alla patologia d'organo per creazione e mantenimento "eccellenze regionali"</p> <p>Aumento dell'attrattività regionale del sistema (centri di eccellenza) con acquisizione di tecnologie attraverso percorsi di technology assessment e collaborazione/partnership con altri specialisti</p>	<p>Miglioramento qualità delle prestazioni</p> <p>Diminuzione dei flussi di mobilità interregionale</p>	FSR

Note:

1. SDO = schede di dimissione ospedaliera
2. PDT = percorsi diagnostici terapeutici
3. LG = Linee Guida
4. Hub and spoke = concetto di rete per significare il raccordo tra diversi livelli di complessità sanitaria interconnessi
5. FSR : Finanziamenti da reperirsi nel riparto aziendale con azioni di riorganizzazione e razionalizzazione delle attività

Finanziamento Obiettivi di Piano: da tradursi in azioni di Piano con finanziamenti finalizzati

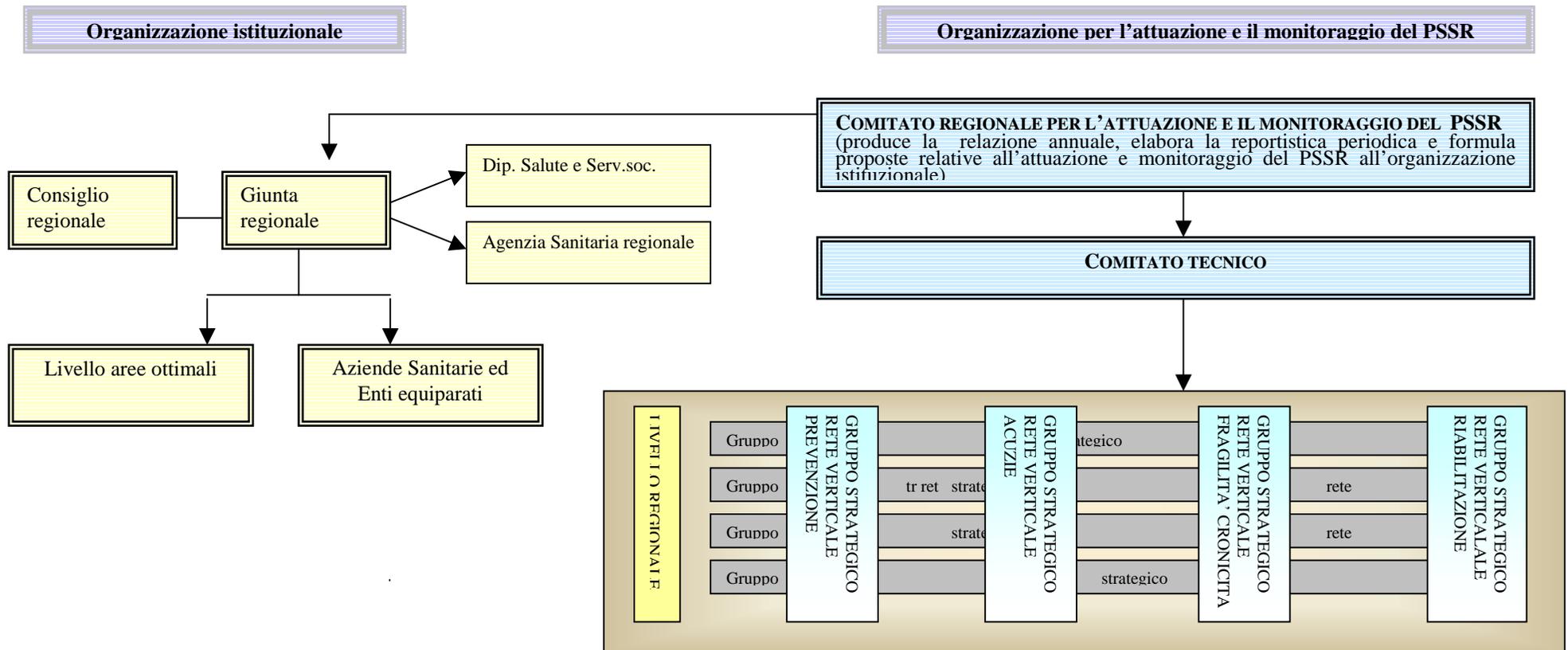
Considerazioni conclusive

L'esposizione degli obiettivi emergenti delle reti ha messo in evidenza anche la necessità di integrazione, per aree omogenee, delle reti orizzontali descritte. Nel sottolineare comunque che nello sviluppo delle reti verticali si concretizza già l'integrazione delle diverse azioni di carattere preventivo, di cura e di riabilitazione, verso la completa risoluzione della patologia o con azioni di mantenimento delle migliori condizioni di salute acquisibili (cronicità/lungo-assistenza), a titolo esemplificativo e per una area di criticità dell'epidemiologia regionale, composta da un'alta percentuale di popolazione anziana, si rimanda allo schema di raccordo tra reti orizzontali nella rete per le fragilità di cui al paragrafo 2.3.2.

PARTE III

NORME DI PIANO E PROCEDURE ATTUATIVE

1. Nuovo modello organizzativo del sistema sanitario ligure



2. Durata, validità attuazione e monitoraggio del PSSR

2.1 Durata del PSSR e convergenza dello stralcio approvato con DCR 8/2008

Il presente PSSR ha durata e validità per il triennio 2009-2011.

Lo stralcio, approvato con la deliberazione del Consiglio regionale – Assemblea legislativa 8/2008, prefigura lo sviluppo della rete di cura ed assistenza nel triennio 2008 –2010.

Appare, pertanto, necessario, riallineare al 31 dicembre 2011 la durata della validità del suddetto stralcio.

La Giunta regionale e le Aziende sanitarie e gli enti equiparati stanno procedendo alla attuazione delle previsioni della deliberazione del Consiglio regionale – Assemblea legislativa 8/2008 anche mediante fasi intermedie in cui vengono adottate e sperimentate soluzioni che tengono conto delle dinamiche proprie di ogni processo di cambiamento di realtà organizzative complesse ed interrelate che richiedono, accanto ad un costante monitoraggio degli effetti prodotti dalle soluzioni attuate, anche tempestivi adattamenti.

Alla luce di quanto sopra, tenuto conto degli slittamenti derivanti dalla riduzione delle risorse economiche prevista in sede di riparto del fondo sanitario nazionale 2009, nonché a seguito della valutazione dei risultati conseguiti dalle operazioni transitorie in corso di attuazione e/o di mutamento della condizioni previsionali, si demanda alla Giunta regionale la facoltà di governare il processo attuativo della deliberazione del Consiglio regionale – Assemblea legislativa 8/2008 anche operando specifici e limitati adattamenti di numero di unità operative e collocazione di specialità, al fine di mantenere ed incrementare la qualità della rete di cura ed assistenza, nel rispetto del quadro complessivo delineato dalla deliberazione del Consiglio regionale – Assemblea legislativa 8/2008 e dei vincoli derivanti dal Piano di rientro di cui all'accordo 6 marzo 2007.

Fino all'approvazione del successivo Piano sociosanitario regionale le disposizioni del presente Piano mantengono piena validità.

2.2 Organismi preposti alla gestione del piano

Come perno per l'attuazione del PSSR vengono individuati i seguenti organismi:

- Comitato Regionale per la realizzazione e il monitoraggio del PSSR 2009-2011;
- Comitato tecnico di supporto.

Il Comitato Regionale per l'attuazione e il monitoraggio del PSSR 2009-2011 è composto da:

- Assessore , che lo presiede;
- Direttore Dipartimento Salute;
- Direttore ARS Liguria;
- Direttori Generali Aziende sanitarie

Il Comitato provvede a:

- a. proporre alla Giunta la scelta delle priorità annuali degli obiettivi di Piano;
- b. esaminare i risultati dei monitoraggi intermedi;
- c. approvare la relazione annuale da presentare alla Giunta ed al Consiglio

regionale sullo stato di attuazione del PSSR 2009-2011 sulla base della documentazione predisposta dal Dipartimento Salute e servizi sociali e dall'Agencia Sanitaria Regionale.

Il Comitato si avvale di un Comitato tecnico costituito da:

- coordinatori dei quattro gruppi strategici delle aree verticali;
- direttori sanitari delle aziende;
- strutture del Dipartimento Salute e dell'Agencia Sanitaria Regionale;

che svolge le seguenti attività:

- monitoraggio dello stato di realizzazione della rete integrata dei Servizi Sanitari
- monitoraggio degli indicatori relativi agli obiettivi e alle Azioni programmate su base regionale coerentemente con la valutazione delle performance effettuata a seguito della convenzione con la Scuola Superiore S. Anna di Pisa anche con riferimento all'obiettivo del riequilibrio delle risorse destinate ai Livelli di Assistenza, in coerenza a quanto previsto dal PSN 2006/2008;
 - individuazione delle principali criticità nella realizzazione di obiettivi;
 - verifica delle azioni programmate;
 - tessitura della rete integrata dei servizi;
 - Definizione delle strategie di comunicazione dei risultati della pianificazione sanitaria.

2.3 Obiettivi Aziendali

L'articolo 6 della l.r. 41/2006 prevede che la Giunta regionale approvi i programmi di intervento ed i progetti obiettivo in attuazione del Piano.

La stessa legge agli articoli 30 e 31 prevede che le Aziende sanitarie, contestualmente all'approvazione del bilancio pluriennale di previsione, adottino nel rispetto della programmazione regionale il piano strategico aziendale di durata triennale e il piano attuativo annuale.

All'inizio di ognuno dei tre anni di vigenza del Piano sociosanitario 2009-2011 la pianificazione Regionale si concretizza, pertanto, in una pianificazione periferica Aziendale, condivisa al livello di Area Ottimale, che vincola le Aziende sia del punto di vista degli assetti delle reti integrate dei servizi sia per quel che attiene gli Obiettivi e le Azioni programmate che si prevede debbano realizzarsi.

La pianificazione periferica verrà definita mediante il confronto delle diverse componenti a livello di area ottimale e diventerà il metro di misura dell'azione delle Direzioni Strategiche delle Aziende che insistono sul territorio dell'area ottimale.

3. Cronologia attuativa

- Entro sessanta giorni dalla approvazione del piano da parte del Consiglio verrà adottata la delibera della Giunta regionale costitutiva dei gruppi delle reti verticali di dimensione regionale, del Comitato regionale per l'attuazione e il monitoraggio del PSSR, dei gruppi delle reti orizzontali e di sistema.
- Entro centoventi giorni dalla approvazione del piano da parte del Consiglio verrà attivato il Comitato regionale di attuazione e monitoraggio del PSSR che, sulla base delle regole stabilite, inizierà le riunioni trimestrali di monitoraggio.

4. Risorse finanziarie

Per ognuno dei tre anni di vigenza del Piano, saranno destinate risorse del Fondo sanitario regionale, per la realizzazione degli obiettivi strategici e di rete, così come specificati nella parte seconda del documento.

Poiché gli obiettivi strategici sono in linea con gli obiettivi di carattere prioritario e rilievo nazionale individuati dal Piano sanitario nazionale, gli obiettivi stessi saranno perseguiti anche attraverso l'attuazione di progetti che potranno beneficiare delle risorse annualmente destinate dal Ministero della salute ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e saranno altresì cofinanziabili dal Ministero della salute stesso ai sensi della legge 27 dicembre 2007, n. 296 "Finanziaria 2007".

Per ciascuno degli anni presi a riferimento, in sede di riparto delle risorse, verranno individuate le priorità fra gli obiettivi di piano da perseguire in modo, nell'arco del triennio, da consentire l'evolversi armonico del sistema.

A partire dall'anno 2009, il Comitato tecnico provvederà, ai fini della definizione del riparto, a formulare le proposte relative agli obiettivi, al planning del triennio e ai relativi indicatori utilizzando i dati derivanti dai flussi informativi esistenti e gli indicatori definiti con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il supporto metodologico fornito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa verrà utilizzato anche al fine di monitorare il graduale perseguimento, nel corso del triennio, dell'obiettivo del riequilibrio delle risorse finanziarie destinate ai livelli di assistenza, in coerenza con quanto previsto dal PSN 2006/2008.

Per quanto concerne l'assistenza farmaceutica e lo sviluppo del governo clinico dei processi di diagnosi e terapia, alla realizzazione degli obiettivi individuati come strategici verrà destinata parte delle risorse risparmiate in seguito agli interventi di riqualificazione della spesa stessa. Si intende infatti instaurare un circuito virtuoso che consenta, tramite i risparmi realizzati, di finanziare ulteriori interventi di formazione, implementazione ed applicazione di linee guida in materia di appropriatezza prescrittiva.

Con riferimento agli anni 2010 e 2011, è attualmente impossibile stimare le risorse che verranno assegnate alla Regione Liguria in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale, in considerazione del nuovo Patto per la Salute e dei nuovi criteri basati sui costi standard attualmente allo studio della competente Commissione, cui si conformeranno i provvedimenti attuativi del Piano sociosanitario, adottati dalla Giunta regionale.

Alle risorse del fondo sanitario vanno, peraltro, aggiunti i finanziamenti provenienti da altri comparti e, in particolare, i fondi già stanziati e, in parte, in corso di utilizzazione, finalizzati all'informatizzazione del sistema sanitario ligure, pari a circa 5 milioni di euro.

Vanno altresì conteggiate le risorse del fondo sociale destinate alla non autosufficienza, pari a circa 20 milioni di euro, per l'anno 2009, comprensive di finanziamenti provenienti dallo Stato e finanziamenti regionali. Allo stato attuale non è possibile stimare l'ammontare dei finanziamenti per gli anni successivi, ma è ipotizzabile il sostanziale mantenimento degli stessi.

Quadro riassuntivo dei finanziamenti per gli obiettivi e le azioni individuate nel Piano sociosanitario regionale

	2009	2010	2011
Obiettivi strategici¹	Euro 8.500.000		
Obiettivi del piano sanitario²	Euro 42.700.000 circa	Euro 42.700.000 circa	Euro 42.700.000 circa
Farmacovigilanza e finanziamento Centro di informazione indipendente del farmaco³	Euro 900.000	Euro 700.000	Euro 700.000
Piano triennale appropriatezza	Euro 3.000.000	Euro 3.000.000	Euro 3.000.000
Fondi per l'informatizzazione del SSR	Euro 5 milioni		
Fondo sociale	Euro 20 milioni		

- 1 Risorse stimate per il perseguimento degli obiettivi strategici in materia di riduzione dei tempi di attesa e per il recupero della mobilità passiva, cui devono essere aggiunte le risorse che saranno destinate all'incremento della residenzialità da definirsi con il provvedimento di riparto 2009.
- 2 La progettualità relativa agli obiettivi del piano sociosanitario regionale si attua in coerenza con le linee di indirizzo individuate dal Ministero nell'ambito degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale del PSN e beneficia dei finanziamenti dedicati, che si stimano costanti nel triennio.
- 3 Le risorse sono costituite dai fondi impegnati con DGR 1786/2008 e dai fondi statali annualmente destinati agli interventi in materia di farmacovigilanza per i quali si stima, anche per gli anni 2009-2011, un ammontare pari a quello stanziato nell'anno 2008.