

REPUBBLICA ITALIANA



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

PUBBLICATO DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE - ASSEMBLEA
LEGISLATIVA DELLA LIGURIA - VIA FIESCHI 15 - GENOVA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010-54.851

Redazione: Tel. 010 5485663 - 4974 - 4038

PARTE SECONDA

Atti di cui all'art. 4 della Legge Regionale 24 dicembre 2004, n. 32 e ss.mm. e ii.

SOMMARIO

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE ASSEMBLEA LE-
GISLATIVA DELLA LIGURIA 05/12/2017 N. 21**

Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019 pag. 2

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA
05/12/2017 N. 21****Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019.****IL CONSIGLIO REGIONALE
ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA**

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni;
- il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419) e successive modificazioni e integrazioni;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);

Richiamate le leggi regionali:

- 20 gennaio 2005, n. 1 (Disciplina dei rapporti fra la regione Liguria e l'Università degli Studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e successive modificazioni e integrazioni;
- 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e successive modificazioni e integrazioni;
- 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e, in particolare, l'articolo 5 (Piano sociosanitario regionale) e successive modificazioni e integrazioni;
- 27 dicembre 2016, n. 34 (Legge di stabilità della Regione Liguria per l'anno finanziario 2017" e, in particolare, l'articolo 5 (Piano di efficientamento del Servizio Sanitario Regionale) e successive modificazioni e integrazioni;

Dato atto che la riforma del Servizio Sanitario Regionale, avviato con la stesura del Libro Bianco, ha trovato concreta attuazione con le leggi regionali:

- 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria) e successive modificazioni e integrazioni;
- 18 novembre 2016, n. 27 (Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria));
- 11 maggio 2017, n. 9 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private);

Visti i seguenti provvedimenti nazionali di programmazione e pianificazione sanitaria e sociosanitaria:

1. i Piani Sanitari Nazionali 1998-2000, 2001-2003, 2003-2005, 2006-2008;

2. il “Patto per la salute 2010-2012” (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome in data 3 dicembre 2009) e il “Patto per la salute 2014-2016” (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome in data 10 luglio 2014);
3. il “Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018” (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome in data 13 novembre 2014 nonché il documento di indirizzo per l’attuazione delle linee di supporto centrali (decreto ministeriale 25 gennaio 2016);
4. il “Piano della Prevenzione vaccinale 2017-2019” (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 19 gennaio 2017);
5. il “Programma nazionale della ricerca sanitaria 2014-2016” (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 16 ottobre 2014);

Visto, altresì, il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera);

Visto, in particolare, l’articolo 3 della citata l.r. 17/2016 e successive modificazioni e integrazioni che, tra l’altro, attribuisce ad A.Li.Sa. la funzione di “produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione”;

Visto il “Documento relativo al Piano Socio- Sanitario regionale 2017-2019” predisposto da A.Li.Sa. così composto:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2017/2019;
- Appendice tecnica di contesto socio-demografico (Allegato 1);
- Appendice tecnica del personale del Sistema Sanitario Ligure (Allegato 2);
- Appendice tecnica di contesto demografico-epidemiologico (Allegato 3).

Vista la proposta di deliberazione della Giunta regionale 4 agosto 2017, n. 21 (Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019);

Visto il parere favorevole espresso formalmente dall’Università degli Studi di Genova, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2011 nonché in ottemperanza al vigente Protocollo generale d’Intesa Regione/Università sottoscritto il 4 aprile 2017;

Visto, altresì, il parere favorevole espresso in data 16 ottobre 2017 dalla Conferenza Permanente per la programmazione sociosanitaria, ai sensi degli articoli 5 e 13 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni;

Considerato che la II Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 26 dello Statuto e 83, comma 1, del Regolamento interno ha esaminato preventivamente la suddetta proposta di deliberazione della Giunta regionale nella seduta del 22 novembre 2017;

Visti gli emendamenti proposti dalla suddetta Commissione e quelli approvati in sede di discussione in Aula;

DELIBERA

di approvare il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019 di cui al documento allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale, così composto:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2017/2019;
- Appendice tecnica di contesto socio-demografico (Allegato 1);
- Appendice tecnica del personale del Sistema Sanitario Ligure (Allegato 2);
- Appendice tecnica di contesto demografico-epidemiologico (Allegato 3).

IL PRESIDENTE
Francesco Bruzzone

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
Claudio Muzio

(segue allegato)

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Sommario

Principi, valori e struttura del Piano Sociosanitario Regionale 2017-19	
1. Obiettivi del Piano Sociosanitario Regionale alla luce del quadro demografico, epidemiologico e dei bisogni di salute della popolazione	
1.1 Il contesto demografico ed epidemiologico	
1.2 La gestione della cronicità e della fragilità	
1.3 La presa in carico e la continuità del percorso del paziente	
1.4 I driver dell'appropriatezza	
1.5 Il contenimento dei tempi di attesa	
1.6 Il governo della mobilità passiva	
1.7 Il consolidamento del governo clinico	
1.8 Lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria	
2. La sostenibilità economico/finanziaria: piano di efficientamento	
2.1 Scenario nazionale e vincoli economici	
2.2 Strategia regionale ed obiettivi economici	
2.3 Piano di efficientamento	
2.4 L'assegnazione della funzione della GSA ad A.Li.Sa.	
2.5 Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze	
3. La riforma sanitaria e gli strumenti di governance	
3.1 Il sistema di governo e la programmazione sanitaria e sociosanitaria	
3.2 Dalle reti ai Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)	
3.3 Il percorso operativo per l'implementazione degli strumenti di governance	
3.4 Il sistema autorizzativo e l'accreditamento	
3.5 Il rischio clinico	
3.5.1 La vision di sistema	
3.5.2 Gestione del rischio clinico	
3.5.3 Gestione diretta delle richieste risarcitorie per ipotesi di responsabilità civile sanitaria	
3.6 La governance del controllo delle nuove tecnologie: l'implementazione dell'Health Technology Assessment (HTA)	
3.7 La governance all'acquisizione di beni e servizi sanitari	

3.8 Sistema informativo socio-sanitario regionale e l'information communication technology (ICT)	
3.9 La politica per la valorizzazione delle risorse umane	
3.9.1 Il personale del SSR	
3.9.2 La formazione	
4. Programmazione e linee di intervento	
4.1 Partnership pubblico-privato	
4.2 La prevenzione	
4.2.1 Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018	
4.2.2 Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019	
4.2.3 Gli screening oncologici	
4.2.4 Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antibiotico-resistenza	
4.2.5 I servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	
4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera	
4.4 Le strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio	
4.4.1 DIAR dell'Emergenza Urgenza	
4.4.2 DIAR Medicina trasfusionale	
4.4.3 DIAR Medicina di laboratorio	
4.5 La presa in carico globale del paziente: l'accordo regionale con la Medicina Generale sul programma di gestione delle patologie croniche	
4.6 L'assistenza sociosanitaria	
4.6.1 Cure domiciliari, dimissioni protette e cure palliative	
4.6.2 Disabilità e non autosufficienza	
4.6.3 Salute Mentale	
4.6.4 Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	
4.6.5 Residenzialità psichiatrica per adulti e per minori	
4.6.6 Dipendenze	
4.6.7 Interventi contro HIV/AIDS	
4.6.8 Assistenza Consultoriale	
4.7 Medicina penitenziaria	
4.8 L'assistenza specialistica territoriale	
4.9 L'assistenza farmaceutica	
4.9.1 Accesso, sostenibilità e governo della spesa	
4.9.2 Il governo dell'appropriatezza	
4.9.3 Le regole del sistema: novità nel finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e del Fondo Sanitario Regionale (FSR)	

- 4.10 Le malattie rare.....**
- 5. La ricerca, l'innovazione, lo sviluppo e la didattica**
 - 5.1 Ricerca, innovazione e sviluppo.....**
 - 5.2 Didattica.....**
- 6. La Comunicazione.....**
- 7. Etica, trasparenza, privacy, anticorruzione.....**
 - 7.1 Promozione dell'etica pubblica, della trasparenza e prevenzione dell'anticorruzione: vision e percorso in atto.....**
 - 7.2 La privacy: evoluzione e recepimento della normativa.....**
- Riferimenti Normativi**

Principi, valori e struttura del Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

La riforma del titolo V della Costituzione approvata con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, affidando la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, ha delineato un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di responsabilità, ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Le potestà legislative, programmatiche ed organizzative affidate alle Regioni hanno permesso lo sviluppo di modelli organizzativi originali, con diversi approcci all'articolazione del complesso sistema di relazioni esistente tra le strutture volte alla programmazione, all'erogazione delle prestazioni e organismi di controllo, alla configurazione dell'offerta, all'integrazione tra le componenti sanitaria e sociosanitaria.

Il Piano Sociosanitario Regionale 2017-19 (PSR 2017-19) è il nuovo documento di programmazione predisposto successivamente alla riconfigurazione dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, disegnata dalle Leggi di riforma n.17/2016 e 27/2016. I risultati del referendum costituzionale del 4 dicembre 2016 sulla revisione del titolo V della parte II della Costituzione, hanno sancito la volontà popolare di mantenere le attuali competenze legislative in ambito sanitario in capo alle Regioni, dando più ampio respiro alla programmazione regionale, descritta nel presente Piano.

Il Piano nasce dall'analisi delle mutate condizioni socioeconomiche e demografiche avvenute nel nostro territorio – invecchiamento della popolazione, incremento della fragilità sociosanitaria e della cronicità, riduzione della natalità, impoverimento delle famiglie numerose – e delle criticità legate alla sostenibilità dei sistemi sanitari di tipo universalistico, individuando le risposte di tipo organizzativo, gli obiettivi, le strategie e le azioni per far fronte a queste sfide.

Il percorso che ha portato alla stesura del Piano si basa sulle modalità partecipative di condivisione responsabile che hanno caratterizzato la valutazione dei bisogni e dei processi, la definizione di obiettivi, le proposte di tecniche di monitoraggio e valutazione e che hanno trovato dapprima nel libro bianco e successivamente negli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017" momenti fondanti. L'applicazione dei principi e delle azioni descritti nel Piano prevedrà un continuum metodologico con l'iter di riforma in atto e il potenziamento di un percorso di

condivisione con gli attori coinvolti e la partecipazione attiva della Conferenza dei Sindaci ed i rappresentanti del Terzo Settore.

Il Piano intende affermare una idea di welfare improntato sulla libertà di scelta nell'accesso al servizio sanitario, sulla presa in carico globale del cittadino e sulla continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale, secondo criteri di uniformità ed equità su tutto il territorio regionale.

Il nuovo Piano Sociosanitario Regionale, introduce importanti elementi di novità. In primis, l'introduzione di figure e modelli organizzativi volti al rafforzamento dei percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico, e al potenziamento della governance al fine di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale.

Il sistema sanitario disegnato dalle leggi di riforma necessariamente tende verso due direttrici: da un lato utilizzare nuovi strumenti per il governo della domanda e dei servizi, con l'obiettivo di conciliare la libera scelta individuale e l'appropriatezza erogativa, dovendo spesso adottare scelte di priorità, e dall'altro, ricorrere alla via della razionalizzazione dell'offerta e all'efficientamento del sistema. La costituzione di (i) A.Li.Sa., a cui sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo della aziende regionali, (ii) l'introduzione della figura del Direttore Sociosanitario, regista del rafforzamento dell'attività assistenziale territoriale e delle risposte, necessariamente univoche e unitarie, ai bisogni sociosanitari e di protezione sociale e (iii) la creazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), strutture orizzontali di governo clinico finalizzate a supportare la programmazione strategica, sono le azioni che hanno permesso di proporre gli strumenti di tipo organizzativo che si muovono in queste direzioni.

La rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende, concretizzata nel Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.) che si concretizzerà nel corso del 2017, costituisce un importante passo verso l'obiettivo della presa in carico globale dell'individuo, garantendo equità e facilità di accesso alle cure, e rappresenta un elemento indispensabile per il governo delle strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio.

Un secondo elemento innovativo di grande importanza è rappresentato dal disegno di una architettura organizzativa basata su una più spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e governance, erogazione e controllo. Centrale è il ruolo della programmazione sanitaria e sociosanitaria, driver per il governo della domanda

basato sulle evidenze e su una puntuale analisi dei bisogni dei cittadini. Il modello prevede una forte integrazione dell'offerta pubblica con erogatori privati accreditati strettamente vincolata alla programmazione regionale, garantendo la libertà di scelta del cittadino e consentendo di implementare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione.

Il documento è strutturato in sette capitoli e ripercorre, all'interno del percorso elaborativo, gli obiettivi, le criticità, le risposte organizzative e gli strumenti introdotti o in via di introduzione nel percorso di riforma. La prima parte del testo è dedicata alla descrizione degli obiettivi alla luce dei bisogni di salute della popolazione e delle molteplici sfide organizzative e assistenziali che il sistema sanitario regionale è chiamato ad affrontare nell'attuale quadro demografico e epidemiologico e del presente contesto normativo e finanziario. Nella seconda parte del documento sono definiti gli strumenti di governance, di programmazione, di indirizzo e di gestione, chiariti e specificati i modelli organizzativi, i sistemi autorizzativi, di controllo e accreditamento previsti ed il percorso della loro implementazione.

La descrizione delle linee di intervento fa riferimento nella sua declinazione alle strutture orizzontali, potenziate dalla riforma, e ai percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio, che trovano nei Dipartimenti Interaziendali Regionali gli strumenti di coordinamento e governo, alle direttrici verticali della matrice organizzativa di sistema all'interno della quale si sviluppano le aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Sistema Sociosanitario ligure, ai momenti e ad alcuni attori dell'erogazione dell'offerta.

Alcuni dei numerosi temi che trasversalmente permeano gli obiettivi, le strategie e le azioni descritti nel Piano meritano capitoli ad hoc nell'ultima parte del documento: la centralità dell'etica, la spinta alla ricerca, all'innovazione e allo sviluppo, il ruolo della didattica e l'importanza degli aspetti comunicativi sono elementi cardine dell'azione di governance e del Piano presentato.

1. Obiettivi del Piano Sociosanitario Regionale alla luce del quadro demografico, epidemiologico e dei bisogni di salute della popolazione

1.1 Il contesto demografico ed epidemiologico

Il territorio della Regione Liguria copre un'area di kmq 5.424, ed è una delle regioni europee più densamente popolate con oltre 288 abitanti per kmq. Sul suo territorio insistono 234 comuni.

Dal punto di vista sociosanitario, la Liguria è organizzata in 5 Aziende Sociosanitarie territoriali e 19 Distretti Sanitari (Tabella 1 dell'appendice tecnica di contesto demografico-epidemiologico, Allegato 1). L'offerta comprende, inoltre, 2 I.R.C.S.S. (Ospedale Policlinico San Martino e Istituto G. Gaslini), 2 Enti Ospedalieri convenzionati (E.O. Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale), 6 istituti di ricovero privati accreditati, 71 istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall'art. 26 della legge 833/78 e 378 strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate con attività ambulatoriale o assistenziale psichiatrica, idrotermale, per anziani, per disabili fisici o psichici, per pazienti terminali, per tossicodipendenti o per pazienti con AIDS. La popolazione stimata al 1 gennaio 2017 ammonta a 1.564.200 abitanti, mentre i soggetti iscritti all'anagrafe sanitaria regionale alla stessa data erano 1.574.630 (Tabella 2 dell'allegato 1).

La distribuzione della popolazione per fascia d'età, illustrata dalla "piramide per età" in Figura 1 dell'appendice tecnica di contesto demografico-epidemiologico, presenta, come per la maggioranza delle popolazioni residenti in Paesi ad elevato standard socio-economico, una base più ristretta rispetto alla parte centrale, per effetto della denatalità che ha eroso la consistenza quantitativa delle nuove generazioni. La crescente longevità sta, invece, producendo una espansione del vertice.

La piramide è una fotografia della struttura della popolazione, che conserva tracce delle dinamiche di natalità e mortalità osservate nei decenni scorsi e di eventi che hanno alterato congiunturalmente i comportamenti demografici: sulla piramide della popolazione ligure è possibile, ad esempio, rintracciare l'effetto del baby boom, la denatalità recente, ma anche l'impatto della seconda guerra mondiale.

Diverso il profilo della piramide della popolazione straniera (Figura 2), con una più spiccata prevalenza di individui di sesso femminile e di soggetti di età compresa tra i 30 e 50 anni e una più marcata progressiva riduzione dell'ampiezza delle classi all'aumentare dell'età. Il profilo appare diverso nei due sessi: la differenza è imputabile a rapporti di mascolinità elevati nelle prime classi di età, in particolare tra 17 e 20 anni, e bassi nelle fasce d'età che includono individui over45.

Il confronto con la popolazione italiana mette in luce come, nella popolazione ligure, i fenomeni della denatalità, del concepimento in età avanzata e dell'invecchiamento siano particolarmente spiccati: la prevalenza della popolazione residente in Liguria nella fascia 0-4 anni è inferiore del 29% rispetto al dato nazionale, mentre nelle classi over65 e over75 è superiore del 26% e 34% (Figura 3). Rispetto alla distribuzione nazionale, quindi, sono residenti nella nostra regione più di 120.000 adulti con età superiore a 65 anni, di cui più di 90.000 over75.

L'analisi della distribuzione per classe d'età nelle diverse ASL mette in luce un quadro abbastanza omogeneo, sebbene la prevalenza delle fasce d'età più avanzate sia più elevata nelle ASL 2 e 4 (Figura 4).

Il trend dei dati di natalità e di fecondità mostrano un tasso in continua diminuzione nell'ultimo decennio (Figura 5 e 6), sebbene le differenze con il dato nazionale sia in diminuzione per entrambi gli indicatori. Il tasso di fecondità mostra tendenze diverse nella popolazione italiana e straniera: il numero di figli per le madri di nazionalità italiana è in lieve incremento passando da 1,02 nel 2002 a 1,17 nel 2015; al contrario il trend del dato relativo alle donne straniere è in diminuzione con un tasso che si è ridotto da 2,69 a 1,96 nello stesso periodo, evidenziando un avvicinamento al modello familiare della popolazione di origine italiana.

L'età media delle madri al parto mostra una tendenza al progressivo aumento in Liguria e in Italia e dati ormai coincidenti nell'ultimo biennio con un'età pari a 31,7-31,8 anni (Figura 7).

Numerosi indicatori demografici, riportati in allegato (Figure 8-12) - indice di vecchiaia, indice di dipendenza strutturale, indice di dipendenza giovanile, indice di dipendenza degli anziani, età media della popolazione - sono concordi nell'evidenziare il progressivo invecchiamento della popolazione, lo squilibrio tra la componente adulto-giovanile e quella senile ed il carico sociale

ed economico teorico della popolazione in età attiva. L'età media della popolazione ligure, la più elevata tra le Regioni italiane, mostra una tendenza alla costante crescita, raggiungendo nel 2016 il valore di 48,5 anni, sebbene la differenza tra il dato regionale e nazionale si stia progressivamente riducendo. Il pattern epidemiologico sopradescritto si concretizza in un saldo naturale costantemente negativo nell'ultimo decennio (Figura 13) e in un tasso di variazione della popolazione che, per l'anno 2016, si attesta a -4,4/1000 residenti.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è accompagnato da due fenomeni di grande interesse per la ricaduta sul Sistema Sociosanitario Regionale: da un lato si è spostato in avanti il concetto di popolazione "anziana" ed è aumentata la proporzione di individui autosufficienti nelle diverse classi d'età, dall'altro è aumentata la proporzione di "grandi vecchi" con età superiore a 85 anni. Il fenomeno epidemiologico dell'invecchiamento della popolazione si riflette nel crescente impatto delle patologie croniche osservato. In particolare, nella popolazione ligure dal 2012 ad oggi si è ridotta del 9% la proporzione dei soggetti che non presentavano comorbidità, mentre è aumentata la prevalenza di patologie croniche (Figura 15). Tale incremento è risultato particolarmente rilevante tra coloro che presentavano contemporaneamente tre, quattro e più di quattro patologie croniche (+10%, +18,8% e +33,8%, rispettivamente) e che esprimono, pertanto, bisogni di salute più complessi. La valutazione dell'impatto delle singole patologie nell'anno 2016 ha evidenziato come le cardiovasculopatie, seguite dalle gastroenteropatie, le malattie endocrine e metaboliche, le patologie croniche a carico dell'apparato respiratorio, le neoplasie e il diabete siano maggiormente rappresentate e mostrino un andamento chiaramente correlato all'aumentare dell'età, eccezion fatta per le broncopneumopatie, tra cui l'asma, che presentano un impatto rilevante anche in età pediatrica (Figure 21-28). Un aspetto importante riguarda inoltre il crescente impatto sociale relativo al costante incremento delle malattie dell'apparato visivo tipicamente correlate all'invecchiamento come la cataratta, il glaucoma, la degenerazione maculare legata all'età e le malattie vascolari della retina (retinopatia diabetica e trombosi venose retiniche) che portano ad una condizione visiva denominata vista fragile che può evolvere in ipovisione e cecità se non curate e gestite. Relativamente alle patologie neoplastiche, alle gastroenteropatie, e alle

malattie endocrine e metaboliche è stato osservato un andamento in aumento in età più precoce rispetto alle altre sopracitate patologie; tale evidenza, in particolare riferita alle patologie neoplastiche, comporta rilevanti ricadute sia dal punto di vista sociosanitario sia dal punto di vista economico. L'elevata prevalenza di pazienti in fase di remissione anche nelle fasce d'età più avanzate, dimostra, tuttavia, l'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici implementati. L'insufficienza renale cronica, il diabete, le patologie cardiovascolari e le patologie neurologiche, invece, risultano particolarmente rilevanti nei soggetti anziani che, come sopra evidenziato, rappresentano una quota sempre più significativa della popolazione ligure. Questo pattern, destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni, determina la necessità da parte dei servizi sociosanitari e sociali di adeguarsi alle mutate esigenze e lo sviluppo di nuovi modelli in grado di fornire risposte efficienti e soddisfacenti per i cittadini.

Si rimanda all'allegato 2 per gli approfondimenti degli aspetti di contesto sociosanitario.

Relativamente all'impatto delle disabilità, ad oggi non risultano disponibili stime attendibili a causa della spesso impropria adozione dei concetti di "disabilità", "non autosufficienza" e "invalidità civile". Mentre, infatti, i primi due concetti si riferiscono a condizioni cliniche della persona, il terzo sottintende una classificazione amministrativa per la quale l'INPS rende disponibili periodicamente dati attendibili ma che include, oltre alle prime due, anche molte altre condizioni (i.e. pazienti oncologici o con patologie croniche) che non sono necessariamente disabili o non autosufficienti dal punto di vista funzionale bio-psico-sociale. Pertanto la "categoria" dell'invalidità civile è omnicomprensiva e come tale non aiuta a delimitare e studiare il fenomeno delle persone anziane, adulte e minori con disabilità che necessitano di percorsi di presa in carico e accompagnamento di lungo periodo sulla base di un "progetto di vita" personalizzato.

Il Ministero della Salute definisce "non autosufficienti" gli anziani over-65 non più autonomi, mentre con il termine "disabilità" si riferisce alle persone under-65 con disabilità congenite o acquisite in età infantile o adulta. Per esigenza di coerenza con i documenti e i dati ministeriali, al fine del presente Piano, si assumono le suddette definizioni, ancorché concettualmente sinonimi in quanto riferiti all'impossibilità della persona di svolgere le ordinarie attività

della vita quotidiana a seguito di una “menomazione”, indipendentemente dall’età.

Ulteriore criticità sotto il profilo della disponibilità di dati, è rappresentata dalla difficoltà di acquisire informazioni relative ai disabili minorenni distinte da quelli relativi ai soggetti adulti. Mentre nel primo caso, attraverso il sistema nazionale informativo scolastico, si dispone di un set di dati utili alla programmazione sociosanitaria, superata la maggiore età, o comunque concluso il ciclo di studi, le informazioni relative alle persone disabili adulte (18-64 anni) si frammentano in diversi flussi e sistemi informativi (scolastico, sociale, sanitario, previdenziale), tanto da rendere particolarmente critica una stima corretta, se non facendo riferimento alla fonte informativa rappresentata dall’INPS, che presenta i sopracitati limiti.

Alla luce di quanto sopraesposto, si riportano in allegato 2 alcuni dati relativi alla popolazione scolastica disabile a livello nazionale, nonché alcuni dati rilevati a livello regionale da A.Li.Sa, per il tramite delle Aziende Liguri Sanitarie, relativi alle persone disabili in carico al Sistema Socio-Sanitario Regionale.

Il dato di maggior rilevanza epidemiologica descritto nel paragrafo sul contesto epidemiologico e rappresentato dal progressivo invecchiamento della popolazione ligure, si ripercuote anche sui quadri di fragilità sociosanitaria, determinando l’aumento dell’età media anche dei pazienti con disabilità congenita o acquisita in età infantile. In particolare, l’aspettativa di vita dei pazienti con Sindrome di Down, è passata da 12 anni negli anni Venti, a 18 anni nel 1960 fino a raggiungere recentemente 60 anni¹.

Gli studi condotti hanno evidenziato, inoltre, che i pazienti con Sindrome di Down presentano un aumentato rischio di sviluppo di demenze quali la Malattia di Alzheimer, con una prevalenza pari 60% oltre i 60 anni^{2,3,4}. Sebbene il dato sia di difficile interpretazione per le difficoltà di diagnosi precoce e la mancanza di standardizzazione dei criteri di valutazione, il decorso della patologia in questa tipologia di pazienti presenta un’evoluzione

¹ Ballard C et al., Dementia in Down's syndrome. *Lancet Neurol* 2016;15(6):622-36

² Margallo-Lana ML et al., Fifteen-year follow-up of 92 hospitalized adults with Down's syndrome: incidence of cognitive decline, its relationship to age and neuropathology. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51: 463 –77.

³ Tyrrell J et al. Dementia in people with Down's syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 1168 –74.

⁴ Visser FE et al. Prospective study of the prevalence of Alzheimer-type dementia in institutionalized individuals with Down syndrome. *Am J Ment Retard* 1997; 101: 400 –12

più rapida rispetto alla popolazione con altri tipi di disabilità o alla popolazione generale, passando da 5-8 anni nei pazienti con trisomia 21 a 7-20 anni nelle popolazioni di riferimento^{5,6}.

L'invecchiamento delle persone disabili è un fenomeno relativamente recente: già nel 2007, uno studio del National Intellectual Disability condotto in Irlanda ha evidenziato che la percentuale di persone con disabilità intellettiva di età maggiore di 35 anni e 55 anni è cresciuta rispettivamente del 30% e dell'11% in 30 anni⁷.

Il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta come l'età mediana dei pazienti con disabilità nei Paesi ad elevato income sia cresciuta da 29 anni negli anni '50, a 31,1 nel 1975 e a 38,6 nel 2005. La proiezione riguardante il dato nel 2050 stima un'età mediana pari 45,7.⁸

Alle evidenze soprariportate si aggiunge l'osservazione relativa alle maggiori aspettative di inclusione sociale da parte dei genitori di giovani disabili e che, pertanto, avanzano numerose richieste di interventi mirati ad autonomia di vita, inserimento lavorativo e partecipazione ad attività di tempo libero che implicano una rinnovata concezione della rete di offerta.

1.2 La gestione della cronicità e della fragilità

La risposta alla cronicità rappresenta una delle grandi sfide a cui il Sistema Sociosanitario Regionale è chiamato a rispondere sia in tema di qualità di offerta ai bisogni del cittadino, sia in termini di sostenibilità di sistema. Le risorse assorbite dalla cronicità e dalle condizioni di fragilità sono in costante aumento, sia per fattori i demo-epidemiologici descritti nel precedente paragrafo, sia per le sempre migliori performance sanitarie del percorso del paziente cronico - la diagnosi di malattia in fase precoce, la migliore gestione delle complicanze e la disponibilità di tecnologie e di terapie innovative ad elevato costo -, che hanno portato all'aumento della prevalenza di pazienti con bisogni assistenziali complessi.

⁵ Coppus A et al. Dementia and mortality in persons with Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2006;50: 768 –77.

⁶ Holland AJ et al., Incidence and course of dementia in people with Down's syndrome: findings from a population-based study. *J Intellect Disabil Res* 2000;44:138 –46.

⁷ Mc Guire BE et al., Lifestyle and health behavior of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2007;51:497-510

⁸ World Health Organization. World report on disability 2011. Disponibile al sito: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

La risposta ad un quadro così complesso impone la progettazione di nuovi modelli di management della cronicità per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale e la necessità di una revisione critica dei percorsi assistenziali esistenti.

Esperienze internazionali e nazionali hanno evidenziato come la cronicità richieda modalità di intervento specifiche che garantiscano continuità delle cure attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari, e la personalizzazione dei percorsi di cura, in relazione alla complessità e ai bisogni individuali.

Il radicale cambiamento di approccio deve prevedere azioni ed interventi in tutte le fasi sia del management di popolazione (Population Health Management), sia del percorso del paziente cronico.

La definizione del bisogno del paziente cronico non può prescindere dalla definizione del quadro epidemiologico e delle previsioni di impatto nei prossimi anni. A.Li.Sa. ha proceduto a raffinare alcuni strumenti informativi già in uso in Liguria e attivi in altre Regioni, come la Banca Dati Assistiti (BDA), per l'identificazione dei pazienti cronici e la loro classificazione in relazione alla severità clinica, al fine di orientare l'erogazione dei servizi in base alle effettive necessità assistenziali, di definire e monitorare in modo chiaro i percorsi dei pazienti. Obiettivo a medio termine sarà quello di orientare il sistema informativo regionale allo sviluppo di indicatori volti ad esplorare le dimensioni non solo della complessità medica, ma anche della disabilità e della vulnerabilità ed eventualmente di altri fattori che definiscono la fragilità.⁹

Si rimanda al paragrafo su "Sistema informativo socio-sanitario regionale e l'information communication technology (ICT)" per i dovuti approfondimenti tecnici.

Le strategie e i modelli organizzativi proposti per il contrasto e la sostenibilità della cronicità e della fragilità non si esauriscono in questo paragrafo, ma al fine di mantenere coerenza tra il percorso elaborativo del documento e programmazione ed in considerazione della trasversalità di queste condizioni, sono approfonditi negli specifici paragrafi riguardanti sia gli strumenti di governance, sia le linee di intervento. Si riportano di seguito alcuni macro

⁹ NIH. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making. JAGS 2008;36: 342-347, April 2008.

obiettivi che costituiscono elementi caratterizzanti delle azioni in questo ambito:

- Affinamento di un sistema epidemiologico-informativo per rilevare le dinamiche della domanda/offerta territoriale, orientare l'erogazione dei servizi in base alle effettive necessità assistenziali e definire e monitorare i percorsi
- Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, in accordo con il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
- Piena integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali e sviluppo di modelli volti a favorire il controllo operativo e a permettere la verifica dell'efficacia e dell'efficienza della rete.
- Contrasto alla frammentazione del percorso del paziente/cittadino cronico o fragile
- Potenziamento dell'empowerment del paziente e del self management
- Sviluppo di nuovi modelli per il coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Perseguimento della massima flessibilità nelle risposte e della prossimità nella gestione

1.3 La presa in carico e la continuità del percorso del paziente

Il concetto di presa in carico proposto nel presente piano supera l'accezione tipica del mondo anglosassone, in cui i termini admission (ammissione, accettazione) e taking charge (presa in carico) utilizzati, rispettivamente, in ambito ospedaliero e territoriale mantengono una prerogativa amministrativa e di controllo.

La presa in carico globale ed integrata, che il modello ligure vuole proporre, presenta sia un cambiamento di approccio focalizzato ai bisogni del cittadino e del paziente e sulla sua partecipazione alle decisioni assistenziali, sia connotazioni di tipo organizzativo con una profonda trasformazione delle relazioni sistemiche fra strutture e attori.

La presenza in Liguria di un unico Assessorato che ricomprende al proprio interno sia la delega alla sanità che ai servizi sociali, garantisce quell'integrazione istituzionale che costituisce la premessa imprescindibile per

l'unicità di governo tra sistema sociale e sanitario, e che consente di migliorare l'efficacia degli interventi e moltiplicare gli effetti della spesa pubblica per la salute della popolazione.

L'aspetto centrale del processo risiede nella tutela della continuità del percorso di cura e "di prendersi cura" in un contesto di condivisione di informazioni e di responsabilità orientato alla cura globale, attraverso i livelli di assistenza previsti dal modello piramidale già illustrato nel documento sugli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie". La risposta organizzativa si basa sul potenziamento dei processi orizzontali tra diverse strutture, e livelli di erogazione atti a garantire alla persona la necessaria integrazione e continuità di cura.

La presa in carico si articola in un percorso che ha il suo inizio nel momento dell'accoglienza che si declina, in ambito sanitario, non solo nell'individuazione della struttura ma anche del soggetto relazionale (medico tutor, infermiere di processo) che è garante del percorso e della sua continuità. In quest'ambito, è in corso un processo di riorganizzazione della modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali di primo e secondo livello volto a garantire la massima trasparenza e la presa in carico diagnostico-terapeutica.

Nel percorso verso una sempre maggiore integrazione della presa in carico globale del paziente, è in atto il potenziamento del modello rappresentato dalle Casa della Salute, punto di incontro della risposta sanitaria e sociosanitaria ai bisogni dei cittadini. In tale contesto avviene l'integrazione delle attività distrettuali - specialistica ambulatoriale, punti prelievo, prenotazione CUP, diagnostica di base, riabilitazione, servizio di continuità assistenziale, ecc. -, delle cure primarie e di prevenzione.

Per quanto riguarda i bisogni sociosanitari, l'accoglienza implica l'attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) a livello distrettuale, la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e conseguentemente l'articolazione di pacchetti assistenziali.

Elemento cardine del processo è il "passaggio in carico" del paziente da un setting all'altro. Il potenziamento, ad esempio, dell'attività di pianificazione della dimissione ospedaliera e dell'interazione con i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale, favorendo partnership tra famiglia e caregiver, è una delle azioni-chiave per l'implementazione della presa in

carico del percorso ospedale-territorio, in cui esistono ampi spazi di miglioramento.

La regia del percorso assume un rilievo centrale dovendo garantire il dialogo ed il coordinamento fra gli attori del sistema - ASL, Comuni, medicina generale, medicina ospedaliera e specialistica – e che non può prescindere dall'attività di monitoraggio della qualità e degli esiti conseguiti. La sinergia tra attività di coordinamento, controllo, e sistemi informativi assume pertanto particolare rilevanza, sia in considerazione della necessità di informazioni inerenti i bisogni di salute della popolazione, le fasi del processo erogativo nell'ambito dei percorsi di cura, e la valutazione degli outcome, sia in considerazione della mobilità extra-aziendale degli assistiti.

In particolare, le attività dei sistemi informativi nell'ambito della presa in carico del paziente e del governo dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) garantiscono:

- l'implementazione del nuovo sistema unico di prenotazione (CUP), per la cui descrizione si rimanda al paragrafo 1.4
- l'analisi dell'impatto sanitario ed economico delle patologie croniche e dei profili di rischio dei soggetti residenti in Liguria per la corretta valutazione dei bisogni di salute e il disegno di percorsi assistenziali appropriati attraverso il flusso della BDA;
- la gestione operativa del workflow dei PDTA e dei Programmi Assistenziali Individualizzati (PAI), al fine di monitorare in tempo reale gli accessi degli assistiti, le prestazioni erogate, le prenotazioni delle visite successive;
- l'integrazione in tempo reale dei dati ottenuti attraverso i flussi informativi routinari (i.e. specialistica ambulatoriale, farmaceutica, etc.), nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e nelle cartelle cliniche informatizzate nelle varie fasi in cui si sviluppa il percorso.

1.4 I driver dell'appropriatezza

L'appropriatezza professionale e organizzativa, ovvero l'aderenza dei processi clinici e organizzativi a standard di riferimento, rappresentano una dimensione fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. L'erogazione di interventi sanitari di efficacia provata, forniti nel momento corretto del percorso assistenziale e per una durata adeguata, utilizzando un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting

assistenziale ed ai professionisti coinvolti, non solo garantiscono i migliori risultati per il paziente, ma assicurano la migliore risposta alla sfida della sostenibilità di sistema.

Il governo del percorso di cura e dell'organizzazione a rete sono gli elementi centrali del perseguimento sia dell'appropriatezza clinica sia dell'appropriatezza organizzativa.

Dal sistema di valutazione delle performance¹⁰, il quadro nella nostra Regione appare piuttosto eterogeneo: emergono buone prestazioni da parte del Sistema Sociosanitario ligure relativamente alle dimensioni dell'appropriatezza chirurgica, di contro, si rilevano ampi margini di miglioramento, sebbene il quadro mostri una tendenza positiva nel biennio 2014-2015, per quanto riguarda le dimensioni dell'appropriatezza medica. La valutazione di alcuni indicatori, ad esempio la proporzione (%) di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni evidenzia una sub-ottimale integrazione del livello di erogazione di prestazioni ospedaliere e territoriali e del percorso integrato di cura. La risposta a questa criticità, rilevabile da altri indicatori, si concretizza negli interventi previsti per la presa in carico globale e la continuità del percorso del paziente descritti nel presente Piano. Analogamente, l'appropriatezza prescrittiva terapeutica e diagnostica, sebbene con un trend di sostanziale miglioramento, presenta alcuni ambiti di criticità per il servizio sanitario ligure.

A fronte delle buone performance in alcuni settori assistenziali e del generale trend di miglioramento osservato negli ultimi anni, un obiettivo prioritario della Regione Liguria rimane la promozione dell'appropriatezza professionale e organizzativa in tutti gli ambiti del Servizio Sanitario Regionale, al fine di rendere più efficaci i processi di diagnosi e cura a cui è sottoposto il paziente, riducendo al contempo i tempi di attesa e l'utilizzo inefficiente delle risorse umane, economiche e tecnologiche. Pertanto, l'appropriatezza rappresenta uno degli elementi cardine del processo di riforma del Sistema Sociosanitario da perseguirsi attraverso una più efficace azione di programmazione dei servizi sociosanitari e la riconfigurazione dei percorsi assistenziali e di cura.

Le azioni previste al fine di garantire un attento monitoraggio dell'appropriatezza nelle sue varie declinazioni - prescrittiva, preventiva,

¹⁰ Scuola Superiore sant'Anna, Istituto di Management, Laboratorio Management e Sanità. Il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali. Report 2015. ISBN 9788899244064.

diagnostica, terapeutica, organizzativa, economica - e un suo costante miglioramento sono sinotticamente sintetizzate di seguito:

- La definizione di un pannello di indicatori - e dei flussi di dati atti a fornire con semplicità e tempestività misura di tali indicatori – per il monitoraggio delle diverse dimensioni dell’appropriatezza, ad integrazione degli indicatori già in uso nell’ambito del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali. L’implementazione di questo sistema di sorveglianza si integra con l’affinamento del sistema epidemiologico-informativo in atto, volto a rilevare le dinamiche della domanda/offerta territoriale
- Il monitoraggio e il trasferimento delle funzioni in regime di ricovero ordinario (es. monitoraggio dei ricoveri per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza) o diurno verso il più corretto setting di erogazione (es. regime ambulatoriale, assistenza domiciliare).
- La definizione e condivisione dei percorsi integrati di diagnosi e cura, la capillarizzazione delle linee guida, protocolli e procedure impiegate e la valutazione del loro stato di applicazione attraverso l’utilizzo sistematico dell’audit clinico, con particolare riguardo all’ambito oncologico. Il DIAR rappresenta l’unità organizzativa in grado di fornire la risposta alla gestione sia dell’integrazione intra e inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza, sia della condivisione dei percorsi, costituendo quindi, un driver di grande importanza nella spinta all’implementazione dell’appropriatezza.
- L’implementazione del monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva sia in ambito diagnostico che terapeutico, con particolare riferimento alle classi di farmaci per cui sono state ravvisate criticità e a specifiche procedure diagnostiche a potenziale rischio di inappropriatazza quali, risonanza magnetica muscolo scheletrica, dosaggio di bio-marcatori tumorali, ecografie mammarie effettuate al di fuori dei percorsi gestiti di screening e/o follow-up.
- Interventi specifici in alcuni ambiti in cui sono emerse criticità dal sistema di valutazione delle performance, quale, il ricorso al parto cesareo nelle donne primipare, con parto a termine non gemellare e bambino in posizione di vertice.

1.5 Il contenimento dei tempi di attesa

Il governo dei tempi di attesa rappresenta uno degli obiettivi prioritari individuati a livello ministeriale e recepiti a livello regionale sia attraverso il Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DGR n.545 del 20/05/2011), sia nelle linee di indirizzo regionali (Del. A.Li.Sa. N.1 del 12/01/2017).

In tale contesto, la disponibilità dei dati ottenuti attraverso la BDA consente un'attenta analisi dei bisogni di salute dei residenti liguri che necessitano livelli crescenti di complessità assistenziale e la conseguente programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari in termini di strutturazione di PDTA e PAI in grado di garantire la tempestiva presa in carico dei pazienti e la conseguente erogazione di prestazioni specialistiche appropriate.

Tra le azioni in fase di implementazione per il governo della presa in carico, assume particolare rilevanza anche la revisione del sistema CUP a valenza regionale e l'utilizzo del catalogo unico regionale delle prestazioni prescrivibili ed erogabili, con l'obiettivo di semplificare, razionalizzare e controllare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali secondo i principi di equità e trasparenza. Tale sistema garantisce l'accesso alle agende di prenotazione di prestazioni specialistiche di tutta la regione da ogni punto della rete e consente pertanto all'assistito di poter prenotare e pagare le prestazioni da ogni punto di accesso. Dal punto di vista dei livelli di interazione tra specialista e assistito, è stata prevista una configurazione del sistema CUP su due livelli:

- Il primo è rappresentato dalla prenotazione delle prestazioni previste in occasione del primo "contatto" con il SSR, attraverso la "prima visita specialistica" o la conduzione di indagini diagnostiche prescritte dal MMG per il primo inquadramento diagnostico. A tal fine, è stata progettata una rete di accesso per la prenotazione delle prestazioni di primo livello multicanale, composta dagli sportelli ASL, call center, ambulatori dei MMG, farmacie, studi specialistici ospedalieri e territoriali, sito web accessibile da parte del cittadino.
- Il secondo è quello funzionale alla presa in carico dell'assistito da parte della struttura sanitaria specialistica e all'attivazione dei PDTA e PAI personalizzati, al fine di ottenere l'approfondimento diagnostico o condurre attività di controllo/follow-up. La prenotazione di prestazioni di elevata specializzazione è gestita unicamente dal centro specialistico e prevede un sistema di agende informatizzato specifico dell'azienda che

ha effettuato la presa in carico, fortemente integrato con i sistemi regionali di gestione della prescrizione elettronica. Tale sistema consente pertanto l'attivazione di canali di accesso specifici e preferenziali per i pazienti con pluri-cronicità, e la programmazione delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Risulta pertanto evidente come la predisposizione di un canale dedicato alle prestazioni programmate, consenta il miglioramento della risposta del sistema alle prestazioni in classe di priorità urgente, che, seppur non rappresentino una criticità a livello regionale, devono essere garantite e correttamente governate.

1.6 Il governo della mobilità passiva

La mobilità sanitaria rappresenta una duplice criticità per sistema sanitario: viene percepita dal cittadino come una carenza del sistema nel rispondere a un suo bisogno sanitario e rappresenta per le strutture di programmazione, indirizzo e controllo dell'attività sanitaria e sociosanitaria una forma di assistenza non adeguatamente governata.

La presenza di domanda sanitaria inevasa offre l'opportunità di riconsiderare l'offerta nei confronti di specifici bisogni sanitari dei cittadini e di rimodulare la rete assistenziale al fine di garantire, a tutti i cittadini, l'accesso a cure efficaci all'interno del territorio regionale, secondo il principio di prossimità, che deve essere garantito in un modello di presa in carico efficace.

L'analisi dei dati di mobilità passiva extraregionale mostra la presenza nell'ultimo lustro (2012-16) di un saldo negativo che nel periodo ha oscillato tra il 2 e il 2,2% del Fondo Sanitario Regionale. Il saldo negativo osservato è in gran parte riconducibile agli ambiti ospedaliero, della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica. Un impatto rilevante è rappresentato dalla mobilità per prestazioni ortopediche e cardiovascolari, pari, rispettivamente al 32% ed al 15,6% della spesa complessiva per mobilità passiva.

Si rimanda ai documenti di programmazione annuale per la descrizione dell'analisi di contesto del fenomeno.

Gli interventi di contrasto alla mobilità passiva sono strettamente correlati al miglioramento dell'offerta descritte nel piano. Per quanto riguarda le prestazioni di bassa e media specializzazione, il modello di presa in carico globale dei pazienti, il rafforzamento dell'organizzazione della continuità assistenziale e dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, il

contenimento dei tempi d'attesa ed le azioni descritte per perseguimento dell'appropriatezza sono interventi che potranno concorrere alla riduzione della mobilità sanitaria extraregionale.

Per alcune forme di domanda caratterizzate da elevata complessità, che sembrano non trovare una completa risposta all'interno del contesto regionale, il potenziamento dei centri di eccellenza già presenti sul nostro territorio e del loro ruolo all'interno della rete, grazie al consolidamento di strategie hub and spoke e forme di governo clinico più efficaci, previste, ad esempio, dall'introduzione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali, potrà implementare le capacità attrattive in ambito regionale ed extraregionale.

Le strutture sanitarie private accreditate, nell'ambito dei rapporti di committenza basati sulla programmazione regionale, rappresentano un'opportunità nel dare risposta alle aree di criticità e offrire la possibilità di incrementare la mobilità attiva così come il perfezionamento di accordi interregionali sulla mobilità sanitaria.

1.7 Il consolidamento del governo clinico

La reingegnerizzazione del Sistema Sociosanitario ligure disegnata dal precedente Piano Sociosanitario ha portato allo sviluppo di una organizzazione a rete che ha rappresentato il centro di coordinamento tecnico professionale e un modello di condivisione culturale. Questa architettura si basa, in alcuni ambiti, su un'elevata intensità di integrazione tra i nodi della rete da un punto di vista tecnico. Il presente piano propone un modello di integrazione più consolidata che prevede il coordinamento tra le strutture reciprocamente autonome che contribuiscono ai diversi livelli di assistenza ed al percorso del paziente. Il coordinamento si basa essenzialmente sulla definizione di meccanismi per la gestione del passaggio del mandato di cura tra i diversi setting e per la condivisione dell'informazione, al fine di ridurre la frammentazione e la discontinuità all'interno del sistema e tra le diverse unità. Il modello, quindi, tende a forme più avanzate di integrazione e di governance basate su unicità di responsabilità, risorse e finanziamenti all'interno di un unico quadro organizzativo.

Le leggi di riforma propongono un modello di governo clinico più fortemente integrato con la programmazione regionale, funzione in capo ad A.Li.Sa., ed in grado di garantire la massima continuità e omogeneità assistenziale.

In considerazione della complessità delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione ligure descritte nel paragrafo relativo al contesto epidemiologico del presente PSSR, il progresso tecnologico che impone un costante aggiornamento degli strumenti di diagnosi e cura, il limite rappresentato dalle risorse economico-finanziario a disposizione e la conseguente necessità di governare la sostenibilità del sistema, l'attività di programmazione assume infatti un ruolo strategico rilevante e si pone quale garante di equità ed integrazione nell'ambito dell'offerta assistenziale. Essa comporta l'esigenza di implementare flussi informativi sistematici e capillari che consentano di condurre un'analisi puntuale dei bisogni assistenziali dei cittadini liguri e di definire le linee di indirizzo, le azioni e gli obiettivi strategici che le strutture sanitarie dovranno porre in essere per ottenere risposte appropriate ed efficaci ai sopracitati bisogni sanitari. L'attività di programmazione non si esaurisce tuttavia in questi ambiti ma assume rilevanza anche nella fase di controllo che rappresenta il momento deputato al monitoraggio e alla verifica sia del raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati sia del rispetto degli standard previsti attraverso l'elaborazione e la valutazione di indicatori specifici.

La struttura in cui si perpetra l'integrazione tra governo clinico e programmazione è il Dipartimento Interaziendale Regionale, ma l'istituzione della figura del Direttore Sociosanitario, l'articolazione delle ASL nell'area territoriale e ospedaliera, la rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende Sociosanitarie concorrono al consolidamento del governo clinico. Si rimanda al capitolo su "La riforma sanitaria e gli strumenti di governance" per gli approfondimenti di questi aspetti.

1.8 Lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria

Il nuovo contesto delineato dall'Amministrazione regionale che ha visto l'accorpamento dei due precedenti Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali in un Assessorato unico, costituisce non solo un elemento di grande innovazione per la storia ligure, ma rappresenta soprattutto la condizione politico-istituzionale necessaria per lo sviluppo di politiche e interventi realmente integrati attraverso il superamento di storiche divisioni sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo economico-finanziario.

Il nuovo assetto e l'istituzione di A.Li.Sa. con la Legge regionale 17/2016, rappresentano, infatti, il primo passo per una riforma di sistema nei settori ad

elevata integrazione sociosanitaria quali disabilità, anziani, salute mentale, dipendenze e minori e famiglia. È stata, infatti, attribuita ad A.Li.Sa. la competenza di tali materie, per tutti gli aspetti sanitari e sociosanitari, mantenendo in capo al Dipartimento regionale le potestà socio-assistenziali e socio-educative, laddove presenti in relazione alle suddette materie.

E', pertanto, necessario precisare che il presente Piano comprende la nuova programmazione sociosanitaria, in precedenza demandata al Piano Sociale Integrato Regionale dalla vigente Legge regionale 12/2006 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari – articoli 25 e 62). Quest'ultimo, approvato con DCR 18/2013, è attualmente in prorogatio e tale resta per le materie esclusivamente socio-assistenziali e socio-educative, mentre è da considerarsi superato per le materie sociosanitarie oggetto del presente nuovo Piano.

La vocazione sociosanitaria è quella di organizzare e garantire alle persone risposte a quei bisogni complessi (multidimensionali, cronici che richiedono interventi di lungo periodo, ad elevato impatto assistenziale da parte della famiglia) che non possono essere nettamente distinti tra sociale e sanitario e soprattutto per i quali i cittadini devono trovare risposte univoche e integrate in un unico soggetto interlocutore attraverso percorsi di presa in carico globale, piuttosto che la somma di diverse prestazioni.

In tal senso le politiche sociosanitarie rappresentano il driver per il superamento della frammentazione tra assistenza sociale e sanità, ospedale e territorio, cure formali e cure informali, favorendo lo sviluppo di percorsi orizzontali.

Nell'ambito sociosanitario si riscontrano oggi molte criticità derivanti dal fatto che l'attuale modello di servizi è risalente a 15-20 anni fa e necessita di essere attualizzato in base alle trasformazioni intervenute sia sotto il profilo demografico, sia del fabbisogno assistenziale, con particolare riguardo alla Long Term Care (LTC) e ai servizi/interventi di prevenzione della fragilità. È necessario perseguire alcune strategie migliorative all'attuale assetto dei servizi sociosanitari volte a:

- Rendere i servizi maggiormente rispondenti alla significativa modifica del quadro epidemiologico caratterizzato da: allungamento della vita con conseguente incremento del fabbisogno assistenziale delle persone anziane non autosufficienti, incremento di prevalenza di

disabilità acquisite in età adulta (es. malattie neurodegenerative, quadri post-traumatici e post-anossici, esiti tumorali), aumento delle patologie psichiatriche in età adolescenziale e giovanile a partire dai disturbi alimentari, aumento e diversificazione delle forme di dipendenza patologica, aumento di macro-diagnosi di disabilità intellettiva nei bambini. Tale incremento si registra nonostante i significativi progressi della medicina in quanto da un lato aumentano le diagnosi di autismo in età infantile e dei disturbi specifici dell'apprendimento, dall'altro la migliore assistenza in gravidanza e nelle fasi neonatale e infantile consente una maggiore sopravvivenza di bambini molto gravi. Maggiori dettagli sono contenuti nell'analisi di contesto e nell'appendice tecnica di contesto demografico-epidemiologico.

- Potenziare e valorizzare le competenze del personale medico e non medico operante nei servizi territoriali socio-sanitari al fine di garantire ai cittadini interventi maggiormente efficienti ed efficaci
- Superare l'eccessiva eterogeneità organizzativa e di orientamento operativo che vede ancora prevalere, in alcuni casi, l'approccio prestazionale piuttosto che progettuale e di presa in carico/accompagnamento nel tempo, basato quasi esclusivamente sulla valutazione clinica-diagnostica piuttosto che sull'inquadramento biopsicosociale come richiesto anche dalle recenti disposizioni comunitarie ed europee in materia di ICF.
- Promuovere risposte e modelli innovativi di servizi capaci di integrare la rete di offerta oggi prevalentemente orientata all'erogazione di prestazioni ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali secondo schemi di tipo "tradizionale".
- Potenziare i percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e tra i diversi segmenti territoriali anche attraverso l'implementazione dei PDTA, sulla scorta di quello già approvato in materia di demenze, e il potenziamento dei percorsi di dimissione protetta dall'ospedale.
- Ricomporre la frammentazione tra fonti di finanziamento a "canne d'organo" dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza nella logica del "budget di salute socio-sanitario" volto a finanziare

l'insieme integrato degli interventi sanitari, sociosanitari tutelari e familiari previsti nel PAI a cui il cittadino contribuisce attivamente esercitando il diritto di autodeterminazione e libera scelta sui percorsi di cura e assistenza.

- Introdurre un sistema di valutazione della persona non autosufficiente e del suo fabbisogno assistenziale con criteri univoci ed omogenei in tutta la Regione supportato dal sistema informatico
- Sviluppare il Sistema Informativo Sociosanitario a supporto della programmazione, controllo e gestione dei servizi attraverso la ricomposizione degli attuali strumenti di raccolta dati verso la progressiva costruzione di flussi informativi.

2. La sostenibilità economico/finanziaria: piano di efficientamento

2.1 Scenario nazionale e vincoli economici

Lo scenario di rallentamento economico degli ultimi anni ha comportato sensibili restrizioni sul bilancio pubblico, che si sono tradotte in una riduzione delle risorse sanitarie a disposizione, a fronte dei crescenti fabbisogni assistenziali, nonché dell'incremento dei costi (farmaci, dispositivi medici, ecc).

Nonostante, infatti, le ridotte dimensioni della spesa sanitaria (in valore assoluto e in rapporto al P.I.L.) rispetto agli altri paesi europei, il fondo sanitario nazionale ha subito negli anni, costanti e rilevanti riduzioni in termini relativi, con il rischio di compromettere sensibilmente il livello qualitativo e quantitativo dei servizi erogati ai cittadini.

Per quanto riguarda il triennio 2017-2019, la Legge n.232 del 11.12.2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" ha definito le risorse del fondo sanitario secondo il seguente prospetto:

FONDO SANITARIO NAZIONALE

2017	2018	2019
113 miliardi	114 miliardi	115 miliardi

L'accordo tra le Regioni sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (sebbene sia ancora in corso di formalizzazione l'Intesa Stato Regioni) ha definito il fabbisogno per la Regione Liguria in 3.053,7 milioni di euro.

La distribuzione delle risorse tra le Regioni risente peraltro di un'inadeguata pesatura del fattore età sulle diverse componenti della spesa sanitaria; le fasce di età, infatti, vengono prese in considerazione solo per il livello di assistenza ospedaliera e specialistica pari a circa il 35% del fondo complessivo.

A fronte del trend sulle risorse economiche, si devono aggiungere una serie di vincoli economici posti dalla normativa nazionale.

Innanzitutto la Legge n. 208/15 (stabilità 2016), come modificata dalla Legge n. 232/16 (legge di bilancio 2017), obbliga le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, nonché le aziende sanitarie locali, per quanto riguarda i presidi a gestione diretta a presentare un piano di rientro al verificarsi di una od entrambe delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo quanto definito dal DM 21.6.2016

Inoltre ci sono una serie di vincoli imposti dalla spending review; Il decreto legge n. 95/2012, oltre a prorogare fino all'anno 2020 il vincolo sul personale prevedendo un tetto di spesa pari al valore 2004 ridotto del 1,4%, ha anche definito alcune regole in materia di acquisto di beni e servizi andando a ridefinire il ruolo dei prezzi di riferimento stabiliti dall'Osservatorio dei contratti pubblici costituito nell'ambito della A.V.C.P.

Tali prezzi di riferimento diventano dei parametri per la ridefinizione dei contratti in essere in quanto, qualora sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto.

Se da un lato questi vincoli normativi sulla spesa sanitaria spingono giustamente verso un efficientamento del sistema, dall'altro esistono una serie di fattori che determinano inevitabilmente una crescita nella spesa.

Innanzitutto la definizione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (D.P.C.M del 12.1.2017) ha ampliato il numero e la tipologia delle prestazioni a carico del S.S.N.

In particolare il Decreto sui LEA, oltre a descrivere con maggiore livello di dettaglio alcune prestazioni già considerate nei "vecchi" LEA, ridefinisce ed aggiorna gli elenchi delle malattie rare e di quelle croniche con diritto all'esenzione, innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e della protesica, introduce nuovi vaccini estendendo le categorie di beneficiari.

L'impatto economico di tali attività resta peraltro condizionato ad una serie di aspetti definiti nel decreto stesso.

Le Regioni dovranno infatti, tramite un accordo Stato-Regioni, definire criteri uniformi, per l'individuazione dei limiti e delle modalità con cui dovranno essere erogate tali prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza.

Inoltre, devono ancora essere definite le tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e dei dispositivi protesici che avranno, ovviamente, un impatto diretto sulla spesa.

Oltre ai nuovi LEA un'altra componente che andrà ad impattare notevolmente dal lato della spesa è quella dei farmaci innovativi ad alto costo.

Il trend degli ultimi anni ha infatti evidenziato un crescente utilizzo dei farmaci oncologici ed anti epatite con conseguente ricadute in termini economici.

2.2 Strategia regionale ed obiettivi economici

In questo contesto economico di forte criticità uno degli obiettivi prioritari è senza dubbio quello di rafforzare la governance regionale sul sistema sanitario ligure.

La Legge regionale n.17/2016 ha costituito l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa) con funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale.

A tal proposito sarà prioritario attuare politiche di efficientamento del sistema sanitario che dovranno portare una riduzione dei costi mantenendo o implementando la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

In questo senso sono state date alle Aziende Sanitarie una serie di indirizzi e disposizioni in materia di assunzioni di personale.

La DGR n. 331/2017 ha fissato un tetto economico al costo del personale inclusivo delle diverse tipologie di contratto (indeterminato, determinato, convenzionato etc.). E' previsto che le Aziende presentino specifici piani di assunzione/cessazione di personale che verranno valutati da A.Li.Sa sia sotto il profilo della sostenibilità economica, che su quello della coerenza con le politiche di programmazione sanitaria regionale. Tali piano verranno approvati dalla Regione fatta eccezione per le assunzioni relative ai direttori di struttura complessa che dovranno essere autorizzate singolarmente.

La strategia regionale di controllo sulla spesa viene attuata anche tramite l'analisi ed il monitoraggio delle diverse voci di costo ricomprese nei modelli di conto economico (CE) che le Aziende redigono mensilmente.

A fianco di tali politiche di contenimento sui costi si prevede una profonda rivisitazione dei criteri di distribuzione delle risorse tra le aziende sanitarie.

Il punto di partenza sarà l'individuazione delle funzioni non tariffabili in quanto, ai sensi del Decreto Legislativo n.502/1992 e ss.mm.ii., le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate in base alle tariffe, per quanto riguarda l'attività di assistenza ospedaliera e specialistica, e in base a specifiche funzioni, per le altre attività assistenziali non direttamente tariffabili.

La definizione di tali funzioni, la cui remunerazione dovrà basarsi sul costo standard di produzione, sarà una delle chiavi del percorso di efficientamento delle aziende ospedaliere anche alla luce delle esigenze di mantenimento dell'equilibrio economico imposte dalla normativa sui piani di rientro.

In questo ambito con DGR 500 del 30.6.2017 la Giunta ha approvato il documento tecnico presentato da A.Li.Sa. inerente l'individuazione di un primo gruppo di funzioni assistenziali (anno 2017) ex art. 8-sexies del D.Lgs 502/1992.

I criteri di finanziamento terranno conto anche degli aspetti inerenti i consumi sanitari delle diverse aziende sanitarie al fine di convergere verso un costo standard regionale riducendo i gap di efficienza esistenti tra le diverse aziende territoriali.

2.3 Piano di efficientamento

La Legge regionale n. 34/2016, art.5., ha definito il piano di efficientamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2017/2019 prevedendo una

progressiva riduzione delle perdite totali rispetto al risultato dell'esercizio 2015, rispettivamente di 30 milioni di euro per il 2017, 45 milioni di euro per il 2018 e 60 milioni di euro per il 2019.

Il risultato d'esercizio 2015 risultante dal conto economico (CE) consuntivo ammonta a circa 94 milioni di euro per cui gli obiettivi di riduzione del disavanzo per il triennio oggetto del piano possono essere riepilogati in questo modo:

Anno di riferimento	2017	2018	2019
Perdita d'esercizio (milioni di euro) ex LR 34/2016	-64	-49	-34

Per il raggiungimento di tali risultati sono state programmate una serie di azioni di razionalizzazione e contenimento - nell'ambito del quadro di riferimento di cui alla DGR 6/2017 - che permetteranno di contenere la spesa senza peraltro ridurre la quantità e la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Innanzitutto con la DGR n.331/2017, integrata dalla DGR n.521/17, è stato disciplinato il processo di assunzione da parte delle Aziende, Enti ed Istituti del Sistema Sociosanitario Regionale definendo una specifica procedura per la richiesta e la concessione delle autorizzazioni ad assumere.

In particolare è stato previsto per ogni azienda un limite di costo del personale inclusivo delle diverse tipologie: tempo determinato, tempo indeterminato, contratti di lavoro flessibile, specialisti ambulatoriali convenzionati.

Inoltre è stato stabilito l'invio da parte delle aziende di un piano relativo ad assunzioni e cessazioni che viene sottoposto a valutazione da parte di A.Li.Sa. sia sotto il profilo della compatibilità finanziaria, che da quello della coerenza con gli indirizzi programmatori regionali.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica è prevista un'attività di controllo e monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (in particolare farmaci oncologici e per l'epatite C) nonché un'intensificazione della promozione sul territorio dei farmaci a brevetto scaduto.

La perdita del brevetto di alcuni farmaci biotecnologici ha, infatti, comportato l'introduzione sul mercato di nuovi farmaci biosimilari, con analoghe garanzie di qualità, il cui utilizzo comporterà una razionalizzazione delle risorse per il sistema. L'utilizzo di una procedura di acquisto centralizzata comporterà ulteriori riduzioni di spesa.

Un'altra azione di rilevanza strategica ha visto l'approvazione di un programma operativo, e delle relative modalità applicative, in materia di attività contrattuale con i soggetti erogatori privati e le aziende pubbliche di servizi alla persona (a.s.p). In particolare sono stati elaborati degli schemi tipo di contratto, inclusivi di schede di budget ed indicatori di qualità assistenziale, per le diverse tipologie di acquisto di prestazioni sia di natura sanitaria (ospedaliera e specialistica), che socio sanitaria (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani, disabili, psichiatrici, dipendenze ed aids).

E' l'inizio di un percorso che porterà a definire in maniera più organica l'offerta assistenziale complessiva regionale al fine di garantire una più equa distribuzione di tale tipologia di prestazioni.

La riorganizzazione della rete di offerta punterà ad una maggiore efficienza erogativa anche in relazioni alle dimensioni dei singoli erogatori.

Tutte queste azioni permetteranno di evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni nell'offerta assistenziale garantendo razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse.

I dati rilevati dal percorso di monitoraggio sull'andamento economico di sistema relativi alla prima parte dell'anno 2017 consentono di evidenziare che, le azioni poste in campo nell'ottica delle linee esposte, riscontrano risultati positivi ai fini del rispetto degli obiettivi prefissati.

2.4 L'assegnazione della funzione della GSA ad A.Li.Sa.

La legge regionale n. 17 del 2016 istitutiva di A.Li.Sa. all'art. 3 assegna, a decorrere dal 1/1/2017, le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) alla nuova azienda; le conferisce inoltre la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale come definite dall'art. 20 del D.Lgs 118/2011.

Conseguentemente la norma precisa altresì che sono compiti di A.Li.Sa. gli adempimenti inerenti la tenuta delle scritture contabili della GSA nonché, in correlazione alla responsabilità postale in capo, alla redazione del bilancio preventivo e consuntivo.

Di competenza di A.Li.Sa. ed in correlazione alle funzioni di coordinamento, indirizzo e governance risulta anche la redazione del bilancio consolidato del SSR.

L'impostazione voluta dalla riforma del sistema sanitario ligure è del tutto innovativa rispetto al panorama nazionale; infatti essendo A.Li.Sa. un soggetto del SSR con personalità giuridica ed autonomia contabile, potrà, una volta a regime, favorire una gestione dei trasferimenti verso le Aziende del sistema ed i terzi più veloce, grazie anche al regime di contabilità economico-patrimoniale cui è sottoposta.

2.5 Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze

Nell'ambito dell'innovazione istituzionale e organizzativa avviata dalla Regione Liguria, che ha visto la costituzione di A.Li.Sa., è avvenuta l'assegnazione da parte della Regione alla nuova Azienda Ligure della quota regionale del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNNA), passo fondamentale e concreto a supporto della programmazione sociosanitaria integrata e della gestione delle misure per il mantenimento a casa delle persone non autosufficienti.

Il FNNA è stato istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel 2006 (Legge Finanziaria 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264) per garantire alle persone con grave e gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) a sostegno di una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione. Il FNNA è diventato "strutturale" dal 2015 con la Legge 190/2014/Legge di Stabilità 2015), consentendo così una reale programmazione, con uno stanziamento per la Liguria previsto a partire dal 2016 di circa 13 milioni di euro all'anno.

Gli interventi finanziati dal Fondo corrispondono, ai macro-livelli ed obiettivi di servizio nazionali relativi alla disabilità e non autosufficienza, primo passo intrapreso per la definizione del LEPS di cui il sistema nazionale sociosanitario e sociale è tuttora privo.

La sfida per A.Li.Sa. nel prossimo triennio è quindi rappresentata dall'opportunità, nei limiti degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza - ancora in fase di stesura -, di procedere alla pianificazione economico-finanziaria in modo coerente ed integrato

degli interventi sociosanitari finanziabili con il FSN e con il FNNA attraverso la definizione dei percorsi assistenziali, delle modalità di accesso nonché delle priorità di intervento a sostegno del mantenimento a casa delle persone disabili e degli anziani non autosufficienti.

3. La riforma sanitaria e gli strumenti di governance

3.1 Il sistema di governo e la programmazione sanitaria e sociosanitaria

La risposta di Regione Liguria al costante aumento dei bisogni sanitari correlati alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione ligure e alle criticità legate alla sostenibilità di sistema, si è concretizzata in una riforma sostanziale del sistema sociosanitario regionale improntata ai principi di equità, efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria.

L'obiettivo dell'efficientamento, punto d'incontro tra la tensione al miglioramento qualitativo dell'offerta e la sostenibilità, è indissolubilmente correlato alla necessità di implementazione di governance di un sistema complesso che garantisca omogeneità e standardizzazione di risposte assistenziali a tutti i cittadini liguri secondo il criterio di equità di accesso alle cure, di una presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Operando in questa direzione, sono state unificate e centralizzate in un unico soggetto - l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) – rilevanti compiti e responsabilità ed, in particolare, le funzioni di programmazione operativa e di governo delle Aziende Sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale, nonché la responsabilità della gestione sanitaria accentrata (GSA) prevista dal D.Lgs. 23/11/2011 n. 118. A.Li.Sa., inoltre, recepisce le linee di indirizzo strategico dalla Giunta, che esercita funzioni di vigilanza e controllo.

Nell'ambito della spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e governance, erogazione e controllo, principio fondante del processo di riforma normato e definito attraverso le ll.rr. 29/7/2016 n. 17 e 18/11/2016, n. 27, A.Li.Sa. assume, pertanto, un ruolo strategico rispetto alle funzioni di governo dell'offerta sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata accreditata, accentrando su di sé il momento della valutazione dei bisogni e della domanda di salute, la funzione programmatoria ed il monitoraggio delle performance.

A.Li.Sa., partendo dall'analisi dei bisogni e della domanda di salute, garantisce un'appropriata e adeguata erogazione dei L.E.A. e l'efficiente utilizzo delle risorse, anche attraverso l'elaborazione di modelli di presa in

carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari e sociosanitari. In particolare, per quanto riguarda la funzione di governo dell'offerta, A.Li.Sa. sovrintende e regola i processi autorizzativi, di accreditamento, di negoziazione, gli accordi e i contratti con le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni. A.Li.Sa. si pone, inoltre, quale garante di una sanità di eccellenza attraverso funzioni di verifica dell'andamento generale delle Aziende, Istituti ed Enti del Sistema Sociosanitario Regionale e di monitoraggio delle prestazioni erogate dal Sistema Sociosanitario Regionale che devono rispondere a elevati criteri di appropriatezza e qualità. Le funzioni di indirizzo e di coordinamento affidate ad A.Li.Sa. si declinano, quindi, nell'ambito delle risorse umane, tecnologiche, economico-finanziarie e della progettazione di modelli organizzativi innovativi.

La presa in carico globale e la continuità del percorso del paziente costituisce uno degli obiettivi primari di sistema previsti dal presente piano. Le leggi di riforma individuano figure e strumenti organizzativi precipuamente volti a perseguire la piena integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, lo sviluppo di modelli volti a favorire il controllo operativo e a permettere la verifica dell'efficacia e dell'efficienza della rete e a contrastare la frammentazione del percorso del paziente ed il supporto al cittadino.

L'istituzione della figura del Direttore Sociosanitario e l'articolazione delle ASL in due aree "area territoriale" e "area ospedaliera" concorrono a realizzare e a favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie.

Il Direttore Sociosanitario, responsabile delle politiche sociali e socio-sanitarie dell'Azienda, promuove un approccio integrato a livello istituzionale e organizzativo nella gestione dell'area della non autosufficienza e della marginalità, della disabilità e della vulnerabilità.

La riforma del Sistema Sociosanitario Regionale, infine, prevede tra i suoi strumenti di governo clinico per l'integrazione e la standardizzazione dei processi, il miglioramento della qualità, l'efficientamento delle attività e l'appropriatezza delle prestazioni, l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), a cui è dedicato il paragrafo seguente.

3.2 Dalle reti ai Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)

La necessità di superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e

della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi evidence-based ha portato a sperimentare modelli organizzativi a rete, basati sulla condivisione di approcci professionali e la definizione di modalità organizzate di relazione tra strutture di offerta. Gli ultimi due decenni sono stati caratterizzati dall'intensificazione dell'affermazione di questo modello organizzativo in numerosi sistemi sanitari europei, sia del mondo anglosassone^{11,12}, che latino.^{13,14}

Le prime forme di rete presentavano configurazioni basate su relazioni deboli con condivisione di comportamenti in ambito clinico e sociale che non coinvolgevano formalmente l'organizzazione di sistema.

L'evoluzione dell'architettura organizzativa delle reti ha permesso il passaggio dalle reti cliniche ("managed clinical networks"), basate sulla collaborazione di pratiche e routine organizzative, supportate da riferimenti ed azioni istituzionali, e da sistemi operativi di supporto a forme ad più elevata complessità, i "managed care networks", caratterizzati da reti cliniche che forniscono quel "micro-contesto" in cui si sviluppano alleanze tra più comunità professionali che rafforzano la rete ospedaliera e l'integrazione di questa con l'assistenza territoriale.

Nel precedente Piano Sociosanitario 2009-2011, la Liguria ha proposto un sistema basato sulle reti integrate dei servizi sanitari, strumento organizzativo e gestionale di governo clinico con l'obiettivo di una governance integrata in grado di armonizzare i diversi ambiti del Sistema Sociosanitario. L'architettura del sistema proposto prevedeva l'integrazione di servizi costituiti secondo una logica a matrice seguendo (i) la direttrice "verticale", che rappresenta la dimensione all'interno della quale si sviluppano le macroaree tematiche – prevenzione, acuzie emergenza urgenza, fragilità e cronicità, riabilitazione e (ii) la direttrice, "orizzontale", sulla quale si sviluppano le reti cliniche e i percorsi diagnostici e terapeutici orizzontali che attraversano le 4 aree verticali.

Le leggi di riforma hanno disegnato un profondo cambiamento della architettura mirando a potenziare l'integrazione orizzontale dell'organizzazione

¹¹ Wood, K. et al., The development of integrated health care models in Scotland. *International Journal of Integrated Care* 2001; 1:1

¹² Wilkin D., Primary care groups: Tackling organisational change in the new NHS. *British Medical Journal* 2001; 322:1464-1467

¹³ Larizgoitia I., et al., Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*, 1997:41:121-137

¹⁴ Cichetti A. *La Progettazione Organizzativa. Principi, strumenti e applicazione nelle organizzazioni sanitarie*. 2004. Franco Angeli/Sanità, Milano

a matrice e a rafforzarne il governo. Il modello organizzativo persegue, quindi, un unitario modello assistenziale in cui insiste la rete clinica e la triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di governance sul territorio regionale. Questo modello di piena integrazione si basa su una radicale riconfigurazione del sistema di erogazione con integrazione delle responsabilità, delle risorse e dei finanziamenti all'interno di un unico quadro organizzativo. In ragione del potenziamento della configurazione orizzontale del sistema, l'obiettivo è consentire la gestione interna dell'intero percorso assistenziale del paziente.

La nuova struttura organizzativa si propone di superare le problematiche legate alla gestione dell'integrazione tra i diversi nodi della rete e di garantire il continuum assistenziale, garantendo la gestione delle interdipendenze sia a livello intra-Aziendale, come quelle intercorrenti ad esempio tra le diverse Unità Operative afferenti ad un unico Dipartimento o a differenti Dipartimenti, andando ad integrare modelli già esistenti come i Disease Management Team, sia a livello inter-Aziendale, rafforzando la continuità di percorsi e modelli tra professionisti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, ecc.) e tra Aziende.

Il governo di queste relazioni è principio imprescindibile per l'adozione di efficaci modelli hub and spoke potenzialmente adottabili in molti ambiti.

La Deliberazione di Giunta Regionale n.104/2017 individua nel Dipartimento Interaziendale Regionale l'unità organizzativa in grado di fornire la risposta alla gestione delle integrazioni intra e inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie.

Esso rappresenta, inoltre, il centro di coordinamento tecnico professionale ed è lo strumento di governo e della programmazione strategica regionale. Al Dipartimento Aziendale Interaziendale sono demandati:

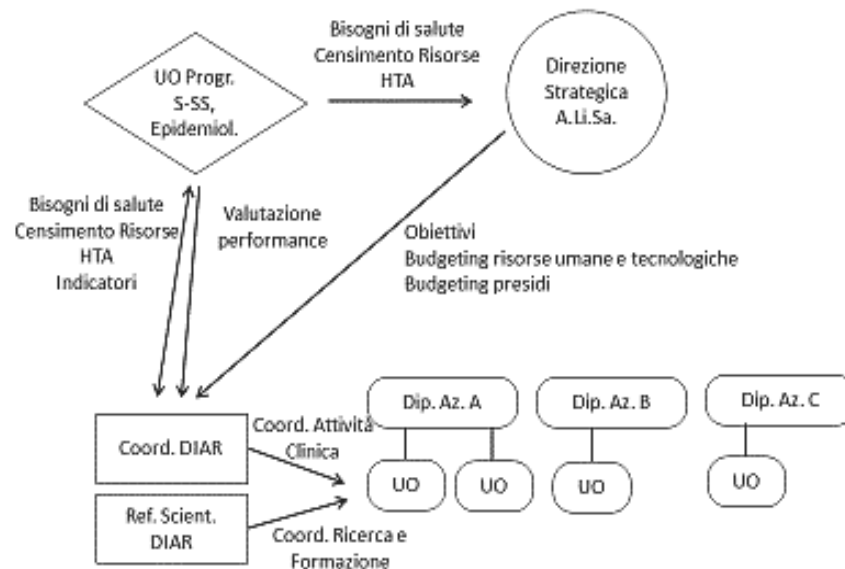
- (i) il governo clinico ed il coordinamento tra le unità appartenenti ad aziende sanitarie diverse, favorendo la condivisione dei percorsi del paziente secondo logiche di rete
- (ii) la programmazione ed il coordinamento organizzativo e tecnico delle attività, mediante la condivisione di linee guida e protocolli
- (iii) la formazione del personale
- (iv) la valutazione delle performance.

Gli obiettivi che si pone questo nuovo modello sono da un lato di

implementare i vantaggi offerti dall'organizzazione a rete, i.e. paziente al centro del percorso e dell'organizzazione, miglioramento dell'accesso alla cura, gestione più efficiente delle risorse umane e tecnologiche, riduzione dei confini professionali e organizzativi, condivisione dei percorsi evidence-based, dall'altro garantire una più forte governance di sistema.

Il Governo ed il coordinamento del processo è garantito ad un duplice livello: a livello regionale la Direzione Strategica di A.Li.Sa., supportata dalla Programmazione Regionale, recepisce i bisogni di salute e la domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria e individua gli obiettivi dei DIAR. A questo livello avviene l'attività di valutazione degli indicatori di aderenza, di processo e di esito dell'attività dipartimentale e il governo dell'introduzione di nuove risorse sia di tipo umano, sia tecnologico. Il governo delle tecnologie prevede, quindi, da un lato l'impiego degli strumenti più rigorosi per la valutazione dell'appropriatezza garantiti dall'Health Technology Assessment (HTA), e dall'altro lo sviluppo programmato, omogeneo e controllato degli investimenti tecnologici, basato su scelte strategiche e su disegni unitari sul territorio regionale.

Figura. Funzionigramma del Dipartimento Interaziendale Regionale



Il secondo nodo di governo è rappresentato dai Comitati dei DIAR e dai Direttori degli stessi, chiamati a svolgere funzioni di coordinamento ed interfaccia con la Direzione Strategica di A.Li.Sa. A questo livello si declinano le funzioni di governo clinico ed il coordinamento tra le unità appartenenti al DIAR:

- (i) La stesura e condivisione dei percorsi integrati di diagnosi e cura
- (ii) La condivisione di linee guida, protocolli e procedure impiegate
- (iii) L'individuazione e recepimento degli obiettivi sanitari e sociosanitari e degli indicatori di compliance, processo ed esito dei percorsi di diagnosi e cura più rilevanti
- (iv) L'individuazione del bisogno formativo dei professionisti afferenti al DIAR
- (v) La proposta ed il coordinamento in ambito di ricerca.

3.3 Il percorso operativo per l'implementazione degli strumenti di governance

La legge di riforma che hanno attribuito ad A.Li.Sa. funzioni di programmazione operativa e di governance delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Sistema Sociosanitario Regionale, rimodulato la mission delle Aziende Sociosanitarie ed istituito il DIAR, non possono prescindere da interventi di riorganizzazione strutturale delle Aziende e da una continua attività di monitoraggio e controllo in un'ottica di miglioramento organizzativo e delle performance.

La rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende Sociosanitarie liguri e degli altri Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale ha l'obiettivo di promuovere e favorire omogeneità e standardizzazione della risposta assistenziale sul territorio regionale.

Questa azione è (i) presupposto di equità di accesso alle cure, (ii) elemento indispensabile per la costruzione ed il governo delle strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio e (iii) requisito imprescindibile per esercitare un'efficace attività di verifica e controllo.

La Deliberazione della Giunta Regionale n.7/2017 ha indicato i principi ed i criteri che le Aziende Sociosanitarie hanno seguito per rivedere la propria organizzazione rispetto a una mission aziendale incentrata sulla promozione della tutela degli assistiti e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e socio sanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali. Il Processo Organizzativo Aziendale (POA), che si concretizzerà nel corso del 2017, costituisce un importante passo verso l'obiettivo della presa in carico globale dell'individuo, principio fondante del Piano. La capacità delle Aziende Sociosanitarie di rimodulare i propri assetti organizzativi in relazione alla peculiarità della popolazione ligure, caratterizzata da rilevanti bisogni di "cronicità" e "fragilità", potrà essere misurata, in particolare, attraverso le modalità innovative di presa in carico della persona cronica o fragile adottate ed i modelli organizzativi sviluppati per assicurare l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie.

Parallelamente alla riorganizzazione dell'architettura organizzativa aziendale, l'attività di miglioramento delle performance di sistema si fonda sull'implementazione, l'integrazione e il coordinamento di un sistema di indicatori in grado di monitorare l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità e la

sicurezza delle prestazioni sanitarie nonché la qualità percepita da parte del paziente/utente.

Si rimanda al paragrafo su “controlli sulle attività sanitarie e sociosanitarie, verifica dei risultati, il sistema dei controlli-qualità ed efficacia” per gli approfondimenti sull’implementazione del sistema di valutazione attualmente esistente e sulla sua integrazione con il sistema incentivante per la direzione aziendale e il sistema di budget delle singole aziende.

3.4 Il sistema autorizzativo e l’accreditamento

E’ in atto una profonda riforma del sistema accreditamento, autorizzazione e contrattualizzazione delle unità di offerta sanitarie e sociosanitarie, sia con il perfezionamento dei criteri e dei requisiti di accreditamento, sia con l’attuazione del programma operativo integrato delle indicazioni programmatiche, che indica le competenze di A.Li.Sa. e delle ASL nella stipula e gestione dei contratti, le modalità di determinazione dei budget e del funzionamento della “Regressione tariffaria” per tipologia di attività.

La vigente Legge Regionale 20/99 disciplina le procedure per l’autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ne definisce le modalità di accreditamento.

L’autorizzazione è attualmente appannaggio dei Comuni e delle Commissioni delle ASL per l’espressione dei pareri tecnici, mentre l’accreditamento istituzionale, di competenza prima di una Commissione tecnica di esperti e poi di ARS Liguria, rientra ora tra le funzioni di A.Li.Sa. nella quale opera l’Organismo Tecnicamente Accreditante- O.T.A. (così come indicato dalle Intese Stato-Regioni del 2012 e del 2015) che svolge l’istruttoria per l’espressione del parere tecnico finalizzato al rilascio/rinnovo di accreditamento da parte della Regione Liguria.

Negli anni di vigenza della Legge Regionale 20/99 sono emerse numerose criticità della normativa stessa che hanno spesso portato a difficoltà interpretative e a disomogeneità applicative nell’ambito regionale. Inoltre, ad oggi, in base all’attuale normativa, il profilo autorizzativo non si discosta in modo chiaro da quello di accreditamento, creando commistione tra requisiti di tipo autorizzativo (requisiti strutturali e impiantistici) e requisiti di accreditamento, questi ultimi finalizzati a valutare la qualità dell’organizzazione e delle prestazioni erogate dalle singole strutture.

La nuova legge regionale 11 maggio 2017, n. 9 avente ad oggetto “Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, pubbliche e private”, che sostituirà la legge regionale 20/1999, assegna ad A.Li.Sa. un ruolo fondamentale nel percorso di autorizzazione e di accreditamento sia in qualità di soggetto tecnico che propone alla Giunta Regionale le procedure ed i requisiti per autorizzazione e per accreditamento, sia come soggetto che governa direttamente entrambi i percorsi. Questo aspetto, che rappresenta una novità soprattutto in campo di autorizzazione, permetterà di raggiungere quel livello di omogeneità applicativa della norma e dei requisiti ad oggi carente nella Regione Liguria.

Questa nuova e diversa impostazione dell'attività presuppone tuttavia uno sforzo organizzativo da parte di A.Li.Sa.: gli operatori, sia interni ad A.Li.Sa. che appartenenti alle ASL, da coinvolgere nel percorso autorizzativo, dovranno essere adeguatamente formati al fine di poter svolgere in modo efficiente ed efficace il loro ruolo; a tale proposito la riproduzione del modello operativo dell'O.T.A. per l'accredimento rappresenta il gold standard.

In tema di accreditamento sarà introdotta una preliminare valutazione in termini di programmazione sanitaria regionale basata sui reali fabbisogni della popolazione al fine di soddisfare in modo efficace il bisogno dei cittadini nell'ambito del territorio ligure e contenere le fughe extra-regione.

Il percorso applicativo della nuova normativa, prevede l'approvazione di tre documenti tecnici: (i) Regolamentazione del percorso di autorizzazione e accreditamento (soggetti deputati al ricevimento delle domande e modalità di presentazione delle stesse, elenchi dei documenti necessari); (ii) Manuale dei requisiti per l'autorizzazione; (iii) Manuale dei requisiti per l'accredimento, come recepimento delle Intese Stato-Regioni del 2012 e del 2015.

Tra gli aspetti innovativi introdotti dalla nuova normativa regionale, si sottolineano:

- l'introduzione del concetto di libera scelta del luogo di cura e assistenza da parte dei cittadini;
- la promozione della qualità dei servizi ;
- una classificazione aggiornata delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali maggiormente aderente ai cambiamenti dei luoghi di cura e alle tipologie di setting assistenziale ;

- l'autorizzazione per gli studi medici e odontoiatrici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente;
- l'autorizzazione per nuove forme di erogazione di prestazioni e servizi , anche da parte dei soggetti privati, al fine di rispondere in modo adeguato ed efficace ai bisogni della popolazione ligure (es: assistenza domiciliare di tipo sanitario e sociosanitario);
- l'individuazione di un unico soggetto regionale, A.Li.Sa., in capo al quale è demandato il compito di espressione del parere tecnico- sanitario nel procedimento autorizzativo al fine di raggiungere livelli di omogeneità applicativa delle norme e dei requisiti autorizzativi;
- l'accentramento e coordinamento, sotto la regia ad A.Li.Sa., dell'attività di controllo e vigilanza sulle strutture autorizzate;
- la netta distinzione dei requisiti di autorizzazione da quelli di accreditamento.

3.5 Il rischio clinico

3.5.1 La vision di sistema

L'attività di Gestione del Rischio Clinico rappresenta, nel nostro Sistema Sanitario come nei Sistemi Sanitari più evoluti, il pilastro fondamentale per il Governo Clinico inteso come la strategia mediante la quale le organizzazioni si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

Già nel 1983 l'OMS definisce la gestione della rischiosità uno fra i quattro pilastri del Sistema Qualità in Sanità, definendola letteralmente "la lezione imparata dagli errori".

Come spesso accade nel nostro Sistema, con il passare degli anni, diversi attori e professionisti hanno cercato di dare un'impronta particolare alla gestione della rischiosità complessiva del S.S.N. Infatti:

- i Medici Legali hanno evidenziato gli aspetti legati al contenzioso,
- i Medici del Lavoro hanno reso maggiormente evidente il problema rischiosità ambientale,

- i Dirigenti dei Servizi di Prevenzione e Protezione hanno puntato sui comportamenti degli operatori e sulle strutture e infrastrutture del Sistema Sanitario,
- gli Igienisti spesso si sono orientati alla gestione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali
- i Farmacisti ai sistemi di farmaco e dispositivo vigilanza,
- gli Ingegneri Biomedici ai rischi derivanti dagli usi delle apparecchiature medicali,
- gli psicologi ai problemi della comunicazione e del ben - essere lavorativo,
- gli stessi Risk manager, di più recente creazione, si sono orientati agli aspetti tecnici della prevenzione della rischio e all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali.

Tutto ciò, oggettivamente, ha giovato all'intero sistema, portando un notevole contributo culturale alla sua crescita e in particolare alla crescita del sistema sanitario Ligure.

Ha, d'altro canto, generato una certa estemporaneità nella gestione complessiva a causa di una carenza di coordinamento che non ha permesso quella sistematicità di approccio alla prevenzione del rischio auspicata da diverse parti.

La Legge di Stabilità del 2016 Art. 1 comma 538 – 540 introduce il concetto di rischio sanitario con l'intenzione di dare alla figura del Risk manager il ruolo di sintesi tra i vari aspetti in cui, negli anni, si è dispersa l'attività di gestione del rischio.

Sempre nel 2015, e certamente con l'intento di garantire sistemicità alla gestione del rischio, con l'uscita dell'ultima versione della norma ISO 9001, compare il concetto di "Risk Based Thinking".

L'idea forte che la norma ISO introduce e che raccoglie anni di elaborazione culturale, anche nel mondo della sanità, è quella di accomunare il concetto di gestione della rischio con quello di ingegnerizzazione dei processi.

In altre parole il processo, in sanità come nelle altre attività umane, deve diventare lo strumento di prevenzione proattiva del rischio (sanitario).

In questa direzione Regione Liguria si è orientata chiedendo alle Aziende e agli Istituti del Sistema di applicare lo strumento CARMINA per la gestione sistemica ed organica della rischiosità del Sistema¹⁵.

Il CARMINA rappresenta il risultato del progetto “La gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: definizione di standard minimi per le organizzazioni sanitarie italiane”, dell’area progettuale del programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm), per l’anno 2010, approvato con decreto ministeriale del 2.3.2010 e individuato nell’ambito inerente l’area “Sostegno a progetti strategici di interesse nazionale”, Linea Progettuale n. 37.

È uno strumento di autovalutazione applicato alle sette aree di interesse nella gestione del rischio sanitario di seguito riportate:

1. Governance, Consapevolezza e Misurazione
2. Comunicazione
3. Conoscenze e Abilità
4. Ambiente e Contesto Sicuri
5. Processi Assistenziali
6. Gestione dell’Evento Avverso
7. Imparare dall’esperienza

Le sette aree si articolano in 52 items che rappresentano altrettanti standard volti a misurare il livello di sicurezza delle strutture.

Questo strumento permette di integrare tutte le componenti che, a vario titolo, nelle Aziende – Istituti e in A.Li.Sa. stanno lavorando per ridurre la rischiosità complessiva del Sistema; inoltre lo strumento permetterà una valutazione comparata dei livelli di sicurezza delle diverse strutture che compongono il Sistema Sanitario Ligure.

Regione Liguria ha, inoltre, avviato un programma di Audit Clinici pluriennale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

La strategia adottata è quella di costituire, su base regionale, un gruppo di 30 Clinical Audit Facilitators (C.A.F.) in grado di accompagnare il Sistema Sociosanitario Regionale nella realizzazione della pianificazione triennale.

¹⁵ Tricarico p., Tardivo S., Sotgiu G., Moretti F., Poletti P., Fiore A., Monturano M., Mura I., Privitera G., Brusaferrò S. Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach (CARMINA) [IJHCQA-11-2015-0140](#)

3.5.2 Gestione del rischio clinico

La Regione Liguria ha configurato la gestione del rischio clinico come un sistema sinergico e interagente di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

Il sistema di gestione del Rischio Clinico è articolato su due livelli: uno regionale, che è governato dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, composta dai rappresentanti delle Aziende e da Regione/A.Li.Sa, che costituisce lo strumento per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio all'interno delle strutture sanitarie e uno aziendale, rappresentato dalle Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.), che sono la struttura organizzativa attraverso la quale l'Azienda applica le indicazioni della Commissione.

La Commissione Regionale di Coordinamento ha definito programmi di interventi comuni da adottarsi a livello delle aziende sanitarie: realizzazione di percorsi formativi, attivazione di progetti di buona pratica clinico – organizzativa, adozione di una scheda unica (incident reporting) per la rilevazione degli eventi avversi, avvio del sistema informativo degli errori in Sanità (SIMES, istituito con DM 11/12/2009), adozione dello strumento CARMINA (obiettivo ai Direttori Generali per l'anno 2016), indicazioni per la prevenzione delle cadute, sia nelle strutture del SSR che quelle socio sanitarie private accreditate e contrattualizzate con le Aziende e le case di cura convenzionate.

Attenzione particolare deve essere rivolta all'implementazione del progetto CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach), strumento che si propone di sviluppare una serie di indicatori in grado di rappresentare le performance delle organizzazioni sanitarie in materia di gestione del rischio clinico, fornendo altresì una guida per l'implementazione nel tempo e azioni di benchmarking.

Le Aziende, a seguito degli esiti risultanti dall'adozione di CARMINA, dovranno produrre i piani di miglioramento per quelle aree da implementare e quelle da riparametrare.

Per realizzare quanto sopra si procederà alla predisposizione di un quadro sinottico, che permetta di confrontare le Aziende su ciascuna delle aree previste da CARMINA.

La Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico organizzerà incontri specifici, uno per ogni area, con l'obiettivo di condividere e individuare standard minimi rispetto ai quali definire obiettivi di miglioramento, diversi per ogni azienda. Le indicazioni delle azioni correttive da mettere in atto saranno comunicate alle direzioni aziendali.

3.5.3 Gestione diretta delle richieste risarcitorie per ipotesi di responsabilità civile sanitaria

L'esperienza della Regione Liguria, dopo l'approvazione della Legge Regionale n. 28 del 26/10/2011, ha mostrato un numero di richieste risarcitorie annuali per ipotesi di responsabilità professionale sanitaria pressoché costante.

Il tasso dei sinistri liquidati nel primo biennio è stato di circa il 40%, grosso modo identico a quello dei sinistri respinti. La tendenza successiva mostra un andamento sovrapponibile, anche se qualche dato dovrà essere consolidato da un'osservazione più prolungata (verosimilmente al decennio di attività della norma). Tale valore è però solo indicativo, in quanto almeno una parte dei sinistri respinti è ancora da considerarsi aperto e, dunque, necessita di una valutazione della cifra da riservare, nella presunzione della sussistenza di un'ipotesi risarcitoria. Tutto ciò, a causa della possibilità che il richiedente si rivolga alla magistratura civile nel tentativo di veder accolta una richiesta di risarcimento attraverso una lite giudiziaria.

Il tasso di sinistri "senza seguito", vale a dire quelli respinti e per i quali sono trascorsi almeno 18 mesi senza che si sia pervenuti ad un'azione giudiziale, è - invece - destinato ad aumentare col passare del tempo.

Per i sinistri "riservati" (vale a dire quelli per cui si fa una valutazione di spesa potenziale essendo costituiti sia dai sinistri destinati ad essere liquidati, sia da quelli respinti per i quali è previsto un periodo di attesa), inoltre, è prevista una cosiddetta "riserva" economica di massima, periodicamente riconsiderata.

Dal momento che nel corso del tempo anche il numero dei sinistri liquidati (che attualmente sono riservati) è destinato ad aumentare, il valore delle

riserve nei sinistri trattati subirà delle variazioni in diminuzione ed aumenterà il numero dei sinistri respinti, azzerando così in prospettiva la riserva.

In questo contesto, a fronte del rischio di pervenire ad una eccedenza di importi da liquidare rispetto al finanziamento del Fondo, la Regione Liguria si potrà avvalere della facoltà - ove ritenuto di maggior tutela per i conti pubblici - di prevedere una copertura assicurativa di "secondo rischio" attraverso un meccanismo di franchigia aggregata per i risarcimenti eccedenti il fondo stanziato.

Relativamente alla sinistrosità, per gli esborsi superiori a 150.000 euro la gestione del sinistro, ex legge regionale 28/2011, è affidata al Comitato Regionale Sinistri (che ha, comunque, anche facoltà di intervenire nella gestione di tutti i sinistri con la funzione di "second opinion") nella convinzione che una rapida definizione stragiudiziale della vertenza possa consentire di ridurre sensibilmente la richiesta di partenza e di contenere allo stesso tempo le spese derivate.

Uno degli scopi principali del Comitato Regionale Sinistri è anche quello di pervenire ad un'analisi sempre più approfondita della sinistrosità finalizzata alla prevenzione del rischio, nonché all'elaborazione di strategie difensive uniformi per le diverse realtà locali.

A questo proposito, l'impegno a garantire un più efficace sistema di prevenzione non può che passare attraverso un'adeguata Gestione del Rischio Clinico che, in prospettiva, può consentire una migliore tutela del cittadino/utente, nonché una più adeguata gestione economica conseguente ad un contenimento dei costi, frutto dell'elaborazione di strumenti volti a scongiurare la ripetizione di comportamenti a rischio.

Strumenti idonei per ottenere un'azione efficace, in tal senso, possono essere individuati in:

- centralizzazione organizzativa e gestionale della valutazione del contenzioso (anche per importi inferiori ai 150.000 euro) da parte di un unico Servizio di Medicina Legale, individuato da A.Li.Sa, affinché si superino modalità operative e valutative differenti tra le diverse realtà locali; definendo uniformi comportamenti - sia dal punto di vista strategico, sia da quello valutativo - secondo le Linee Guida dettate dalla Commissione Regionale Sinistri e fatte proprie dalla Regione Liguria

mediante la diffusione di comuni indirizzi per la classificazione e lo studio dei diversi sinistri;

- identificazione delle buone pratiche per la gestione del rischio clinico, inserendo la valutazione dell'efficacia della loro azione tra gli obiettivi per la valutazione delle performance dei Direttori Generali Aziendali.

Tutto ciò, nel pieno rispetto della Legge 24/2017 (nonché dei futuri relativi decreti attuativi) che (i) all'articolo 10, comma 1, in tema di obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie, prevede il concetto delle "analoghe misure" per la copertura assicurativa nell'ambito della responsabilità civile, (ii) all'articolo 10, comma 6, definisce i requisiti minimi di garanzia, ivi compresa l'assunzione diretta del rischio è la creazione di un adeguato fondo, (iii) all'articolo 10, comma 7, demanda ad un decreto attuativo da emanare entro 120 giorni l'individuazione dei dati relativi alle polizze e ad altre analoghe misure.

Sempre nell'ambito della gestione della sinistrosità, poi, è prevista l'istituzione - ai sensi dell'art. 2 comma 4 della suddetta Legge 24/2017 e dei futuri decreti attuativi - di un Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente. In modo da raccogliere, dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso. Tale centro, dovrà trasmettere annualmente all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, di cui all'articolo 3 della medesima normativa, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale.

3.6 La governance del controllo delle nuove tecnologie: l'implementazione dell'Health Technology Assessment (HTA)

L'HTA si basa su attività scientifiche multidisciplinari rivolte alla continua valutazione dell'efficacia, della sicurezza, delle risorse necessarie e dell'impatto complessivo delle tecnologie sanitarie. Si propone di valutare l'efficacia degli interventi sanitari, l'appropriatezza e l'efficienza con cui sono realizzati, i rapporti tra i costi ed i benefici, le implicazioni che essi comportano nel paziente e nel suo sistema di valori, nelle strutture organizzative del sistema sanitario regionale, sulla sostenibilità economica, fornendo ai decisori valutazioni tecniche quanto più possibile oggettive, necessarie per scelte

razionali e trasparenti e risultando strumento essenziale della Clinical Governance.

Regione Liguria ha precocemente recepito l'importanza di questo strumento di governo: la dCR n. 22 del 30/09/2009 ad oggetto "Piano socio-sanitario regionale 2009-2011", istituiva, tra le altre, la rete HTA; la DGR 225/2011 ne precisava le modalità di funzionamento.

Il 10 giugno 2016 la giunta ha adottato la delibera n.531 ad oggetto "Disposizioni relative alla rete regionale di Health Technology assessment (HTA)": la deliberazione stabilisce che le aziende, Enti ed Istituti del Sistema Sociosanitario Regionale debbano stimolare ed incrementare l'utilizzo dell'HTA come strumento di governo clinico regionale. In particolare, chiede che siano impartite disposizioni stringenti agli uffici competenti circa l'attuazione del percorso HTA ogni qual volta vi sia un'acquisizione di una nuova tecnologia. Lascia facoltà alla rete HTA di richiedere alle aziende sanitarie gli atti a supporto delle decisioni e degli acquisti inerenti nuove tecnologie; stabilisce che i criteri di obsolescenza ed appropriatezza allocativa definiti per le grandi apparecchiature, secondo le deliberazioni di individuazione dei criteri per una appropriata allocazione delle attrezzature, devono essere presi in considerazione dalle Aziende Sanitarie oltre che per le proprie acquisizioni, anche in occasione di sottoscrizione di eventuali contratti con soggetti erogatori privati, ancorché autorizzati, allo scopo di adeguare l'offerta al fabbisogno.

L'obiettivo prioritario della rete è quello di introdurre ed implementare l'HTA nel Sistema Sociosanitario Regionale, quale componente fondamentale all'interno dei processi decisionali.

Gli obiettivi specifici della rete includono:

- rappresentare un punto aggregante, di coordinamento e formazione delle diverse professionalità coinvolte nei processi di HTA, in modo da facilitare lo scambio di informazioni e ridurre le difficoltà legate a linguaggi professionali differenti;
- supportare operativamente l'applicazione dell'HTA a livello locale e regionale
- costruire uno strumento per rendere accessibili e fruibili nell'ambito del Sistema Sociosanitario Regionale le valutazioni di HTA e le linee guida disponibili a livello locale, nazionale ed internazionale;

- condurre specifiche analisi e valutazioni in relazione a tecnologie nuove o consolidate, in ordine all'attività di programmazione del Sistema Sociosanitario Regionale.

La rete HTA sviluppa quattro linee principali:

- A. La valutazione delle richieste di mini HTA da parte delle Aziende, evase dalla segreteria scientifica. Mediamente pervengono circa 20 richieste/anno.
- B. L'analisi delle grandi apparecchiature, che ha permesso lo sviluppo di un percorso iniziato dalla Rete Regionale HTA di individuazione dei criteri per una appropriata allocazione di alcune grandi apparecchiature che ha riguardato inizialmente Acceleratori Lineari, TC, Risonanze Magnetiche, Ecografi, Mammografi e VABB, e le apparecchiature angiografiche digitali. La definizione di obsolescenza è stata declinata nelle sue componenti tecnica, funzionale ed economica.
- C. Il fabbisogno regionale. E' stato analizzato il fabbisogno di grandi apparecchiature per gli anni 2016-2017-2018. Tale percorso deve essere consolidato, formalizzato e portato a termine con l'espletamento delle gare regionali necessarie.
- D. Collaborazione con la Centrale Regionale per gli Acquisti (CRA). La rete ligure HTA coadiuva la CRA esprimendosi, dopo dialogo tecnico, in merito alla richiesta, da parte delle commissioni, di inserire lotti "in esclusiva" all'interno di gare regionali

Le azioni di implementazione previste riguardano in particolare (i) le risorse umane afferenti alla segreteria scientifica al fine di analizzare e rispondere tempestivamente e con competenza alle richieste mini-HTA pervenute, (ii) un'attenta e sistematica valutazione del fabbisogno di grandi apparecchiature e le relative strategie di acquisizione e (iii) azioni di sensibilizzazione e formazione rivolte alle aziende sanitarie in materia di HTA.

3.7 La governance all'acquisizione di beni e servizi sanitari

La Centrale Regionale di Acquisto della Liguria nasce con Legge Regionale 3 aprile 2007, n. 14, quale centrale di committenza ai sensi del D. Lgs. 12.4.2006, n. 163. Con la Legge Regionale 29 dicembre 2014, n. 41 sono state ridefinite le competenze della Centrale che provvede in via esclusiva, per

conto delle aziende ed enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale, nonché delle A.S.P. e degli altri enti pubblici, all'acquisizione di beni e servizi sanitari. A seguito dell'approvazione della legge regionale 29 luglio 2016 n. 17, l'Agenzia Sanitaria Regionale è stata soppressa e le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto sono svolte a partire dal 1 ottobre 2016 dalla neocostituita A.Li.Sa., fino alla revisione della normativa regionale in materia di centrali di committenza.

La Centrale Regionale di Acquisto, oggi Area Centrale Acquisti, è stata costituita con la mission di migliorare e innovare la gestione degli approvvigionamenti del Sistema Sociosanitario Regionale mediante:

- lo sviluppo di processi centralizzati e standardizzati;
- il raggiungimento di sinergie ed economie di scala;
- l'accesso a competenze specialistiche;
- l'utilizzo di tecnologie avanzate;
- la partnership con soggetti strategici del settore.

La riorganizzazione del Sistema sanitario ha fortemente favorito il percorso di accentramento e il raggiungimento degli obiettivi strategici soprariportati: il volume di attività dell'Area Centrale Acquisti di A.Li.Sa. ha mostrato una spiccata tendenza alla crescita nell'ultimo lustro, raggiungendo nell'anno 2016 le 90 procedure in istruttoria a qualsiasi livello e grado di avanzamento, ed un valore delle procedure indette pari a € 1.219.324.711, e di quelle aggiudicate di € 1.139.436.053.

Con il programma per il biennio 2017/18 l'Area Centrale Acquisti riuscirà a garantire una copertura a livello di procedure di acquisto superiore al 90% per le forniture ed i servizi standardizzabili.

La programmazione a medio termine non potrà prescindere dalla creazione di un sistema di magazzini centralizzati sia economici, sia farmaceutici. Sono già avviati studi di fattibilità per rendere accessibili da remoto i gestionali di magazzino e contabilità dei diversi Enti del Sistema Sociosanitario Regionale. La possibilità di accedere direttamente ai dati contabili e di magazzino delle diverse realtà garantirebbe un'ottimizzazione dei tempi di acquisizione delle informazioni ed un'analisi dei dati più immediata ed analitica. E' previsto, inoltre, di avviare una codifica unica di magazzino che rappresenterebbe un'attività prodromica alla logistica accentrata regionale (magazzino unico).

Il programma per il biennio 2017/2018, attualmente in itinere, dovrà essere integrato con le proposte di ulteriori procedure inviate dalle singole Aziende del Sistema Sociosanitario Regionale. Al netto delle gare in embrione, si prevede la gestione, per il solo 2017, di ben 108 procedure fra le quali alcune di altissima complessità e fortemente impattanti sui destinatari delle forniture e dei servizi oggetto degli appalti.

Le opportunità di miglioramento che si prospettano nel prossimo biennio, con l'obiettivo dell'efficientamento complessivo delle procedure di acquisizione, riguardano principalmente:

- il collegamento con le diverse aziende. Il ruolo della C.R.A. è stato “istituzionalmente” rafforzato, ma alcune problematiche non sono risolte, prima fra tutte le difficoltà per ottenere i dati necessari alla preparazione ed all'indizione delle procedure di gara (consumi, spesa, fabbisogni...). L'istituzione della figura del referente aziendale sarà centrale nel garantire il collegamento tra A.Li.Sa. e le Aziende liguri;
- la standardizzazione della gestione delle procedure di gara attualmente critica per le specificità delle diverse Aziende;
- la gestione delle procedure atte a garantire la fornitura dei prodotti e dei servizi necessari nel periodo transitorio in attesa delle nuove aggiudicazioni;
- la riduzione dei tempi di pagamento delle forniture
- un rapporto di collaborazione più efficace tra la programmazione degli acquisti e quella strategica di A.Li.Sa. Un primo passo importante è stato l'avvio del tavolo con oggetto la valutazione mediante H.T.A. per gli acquisti delle alte tecnologie;
- l'implementazione delle attività di governance relativamente agli elettromedicali.

3.8 Sistema informativo socio-sanitario regionale e l'information communication technology (ICT).

Il Sistema Informativo Socio-Sanitario ligure è costituito dall'insieme delle soluzioni che sono operative nelle aziende sanitarie, negli enti ospedalieri, nel livello regionale, nella Medicina Generale e nelle altre realtà socio-sanitarie pubbliche e private che operano sul territorio regionale. Si tratta di un sistema che, per tradizione, è caratterizzato da una forte autonomia degli erogatori che

si relazionano con il sistema centrale della Regione quasi esclusivamente attraverso un sistema di flussi di attività. Dal punto di vista informatico ci si trova di fronte a un'architettura sviluppata alla fine degli anni Novanta per rafforzare l'efficacia dei processi operativi a livello aziendale e che oggi dimostra tutti i suoi limiti in termini di efficacia, economicità e potenzialità di integrazione. Il risultato è un insieme di sistemi basati su soluzioni applicative diverse tra loro, alcune acquisite sul mercato e altre sviluppate in autonomia, dove sono presenti pochi modelli di sistemi a elevata integrazione (ERP), amministrativi o sanitari. La gestione di questi sistemi informativi viene realizzata attraverso l'integrazione di supporti professionali esterni (provenienti dalla società regionale di informatica, Liguria Digitale, e dalle aziende fornitrici delle soluzioni applicative) con personale dipendente SSN. In generale, molte risorse economiche sono impiegate nella manutenzione delle architetture esistenti basate, in alcuni casi, su soluzioni tecnologicamente sorpassate. Inoltre, all'interno di una architettura che vede una serie di centri elaborazione dati attestati soprattutto nelle sedi di ASL e ospedali, non sono completamente sviluppati sistemi di disaster recovery e di archiviazione certificata necessari a garantire la continuità operativa delle competenze sanitarie e amministrative. Il livello centrale dedicato alla sanità, corrispondente a quello regionale, si è tradizionalmente limitato a controllare il trasferimento dei flussi informativi dagli erogatori verso i ministeri e a gestire alcuni progetti ICT, come l'introduzione della Prescrizione Dematerializzata (Dema) e del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino (FSE), mentre il governo di una serie di applicazioni strategiche centralizzate è stato delegato ad aziende capofila, come nel caso del sistema dell'emergenza, che faceva capo al servizio 118, e del sistema dedicato ai centri trasfusionali. Dal punto di vista dei sistemi di supporto decisionale è operativo un data warehouse strutturato sul livello del controllo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sul livello della BDA, dedicata al monitoraggio delle patologie croniche e dei percorsi diagnostico-terapeutici. Si tratta di un'applicazione basata sulla re-ingegnerizzazione dei flussi informativi capace di generare e distribuire i dati di produzione di aziende ed enti ospedalieri e, attraverso una logica di riaccorpamento, anonimizzare e integrare i dati dei percorsi sanitari degli assistiti. Differente è la realtà del Sistema Informativo Socio Sanitario che, per sua natura, si sviluppa all'interno di un sistema di relazioni preesistenti tra servizi

alla persona garantiti dai comuni in forte integrazione con le strutture territoriali delle ASL. L'immagine che ne abbiamo oggi descrive un sistema in evoluzione a forte regia regionale, fortemente finalizzato a ridurre le differenziazioni tra le aziende sanitarie e capace di gestire i rapporti con il mondo delle strutture del privato convenzionato. Le molte soluzioni informatiche realizzate hanno l'obiettivo strategico di creare una rete tra comuni, aziende sanitarie, erogatori privati convenzionati e INPS.

Gli erogatori privati accreditati forniscono mensilmente le risultanze delle prestazioni erogate in convenzione con il SSN, mentre le prestazioni effettuate in regime completamente privato non sono recepite dai sistemi regionali. Analogamente viene acquisito il flusso relativo alle attività effettuate in regime di libera professione.

Criticità

Il sistema informativo esistente è quindi caratterizzato da radicate autonomie degli erogatori del SSN, mancanza di una strategia regionale nelle scelte applicative delle aziende e degli enti ospedalieri, integrazioni limitate e complesse, ritardo nell'avviamento dei progetti strategici dell'ICT in sanità, parziale isolamento della Medicina Generale, esclusione della sanità privata. Ne consegue che non esiste un supporto tecnologico e informativo in grado di supportare tutti quei modelli assistenziali che analizzano lo sviluppo temporale e vedono l'assistito al centro del sistema sanitario. Modelli assistenziali che oggi diamo per scontati, come i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) o sistemi di presa in carico, sono allo stato embrionale per la mancanza di una piattaforma informatica regionale in grado di condividere l'informazione tra diverse aziende e ospedali a cui l'assistito accede. La necessità di avere a disposizione piattaforme informatiche di questo tipo consentirebbe di rappresentare il modo naturale in cui l'assistito usufruisce della sanità, soprattutto nell'area metropolitana genovese, dove sono presenti un gran numero di erogatori pubblici e privati. Il ritardo nell'affrontare l'intrinseca natura reticolare del percorso del paziente (attraverso MMG, specialisti, diagnostica strumentale, pronto soccorso, ospedale, riabilitazione, cure domiciliari, etc.) è forse la maggiore criticità del Sistema Informativo Socio-Sanitario ligure.

Se il Piano Socio Sanitario Regionale 2009-2011 aveva individuato nelle reti il cardine del modello sanitario, è evidente che lo sviluppo del Sistema

Informativo regionale non è stato adeguato alla necessità e non sono state complessivamente attivate le architetture in grado di garantire la condivisione di informazioni a livello sovra-aziendale a supporto dei percorsi.

Azioni Programmate

L'istituzione dell'A.Li.Sa. modifica profondamente i processi di scambio delle informazioni esistenti attraverso la creazione di un livello di aggregazione sovra-aziendale con compiti di monitoraggio e controllo dell'intera attività sanitaria e sociosanitaria. L'architettura informatica che ne consegue discende direttamente dalle finalità strategiche attribuite ad Alisa ed espresse all'articolo 2 della L.R. 17 del 29 luglio 2016, soprattutto riguardo alla rilevazione continua dei dati, all'organizzazione e consolidamento delle reti, allo sviluppo dei PDTA e all'elaborazione dei modelli di presa in carico.

Sulla base delle finalità strategiche, Alisa dovrà prioritariamente intervenire per realizzare una nuova architettura con gli obiettivi di raggiungere una maggiore connessione tra sistemi informativi della sanità pubblici e privati, elevare il livello di condivisione delle informazioni relative all'assistito nell'ambito di nuovi trattamenti dei dati, gestire per il livello regionale una serie di servizi informatici rivolti ad ASL e ospedali, semplificare e razionalizzare le procedure di accesso alle prestazioni, creare sviluppare un sistema di governo in grado di monitorare e controllare i percorsi dei pazienti. La struttura di popolazione della Liguria richiede infatti immediati interventi informatici per affiancare e semplificare il lavoro multidisciplinare che caratterizza l'assistenza ai cittadini con cronicità e in età avanzata (maggiori di 75 anni). La realtà degli assistiti anziani, mediamente affetti da più patologie croniche, è caratterizzata da prestazioni erogate da diversi livelli di complessità (MMG, specialisti, ospedale) e da aziende ed enti diversi, che lavorano in tempi e luoghi diversi sullo stesso assistito con estreme difficoltà informative. Il nuovo Sistema Informativo Socio- Sanitario diretto da Alisa, proprio dovendo affrontare la specificità della demografia ligure, dovrà porsi rispetto alle altre regioni italiane come avanguardia tecnologica del supporto ICT alla popolazione anziana e nell'affrontare le tematiche dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

Il triennio dovrà essere caratterizzato dalla realizzazione dei seguenti progetti:

- Fascicolo Sanitario Elettronico. Già avviato in tutta la Liguria per il laboratorio di analisi e per la diagnostica delle immagini, consente al cittadino di disporre di referti firmati digitalmente e di dividerli con i

professionisti sulla base di piani di accesso stabiliti dalla normativa. Nel triennio di attuazione del presente Piano Socio Sanitario dovrà incrementare il numero dei documenti gestiti (Scheda Dimissione Ospedaliera, lettera di dimissione ospedaliera, referto di Pronto Soccorso, Piano Terapeutico, Terapia Farmacologica, Consensi ai sensi della tutela dei dati personali, documenti relativi a esenzioni per patologia e reddito, prescrizioni specialistiche e farmaceutiche e tutti i documenti sanitari individuati dalla normativa) e gestire la documentazione necessaria ai PAI (consenso al trattamento, Patto di cura, etc.). Sulla base della gestione dei PDTA e dei PAI, il FSE di presenta come strumento operativo indispensabile e determinante.

- Centro Unico di Prenotazione Regionale. Il sistema ligure si caratterizzerà per due livelli di presa in carico dell'assistito. Il primo, sostanzialmente rivolto alle necessità della Medicina Generale e unico dal punto di vista regionale, esporrà agende pubbliche e prenotabili da ogni parte della Regione. Il secondo sarà caratterizzato dalla presa in carico dell'assistito da parte delle strutture che gestiscono le prestazioni specialistiche e sarà attivato completamente dalle aziende stesse. Analogamente, gli assistiti che avranno concordato un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) per affrontare le patologie croniche avranno accesso a piani riservati di diagnostica e di visite specialistiche.
- Gestione dei Piani Assistenziali Individuali. Sarà attivato su tutta la Regione una piattaforma dedicata alla gestione dei PAI. L'applicazione gestisce le informazioni necessarie alla gestione del piano individuale sulla base dell'adesione volontaria dell'assistito a questo modello assistenziale. L'accesso da parte di MMG e specialisti di ogni struttura avverrà attraverso l'applicazione e relativamente al caso specifico, consentirà la consultazione dei dati relativi e di integrare le informazioni sulla base di visite ed esami effettuati. Questa piattaforma è la risposta tecnologica alla necessità di condivisione in tempo reale di informazioni tra MMG e specialisti relativamente alle policronicità e si configura come un sistema di integrazione tra FSE, CUP, cartella clinica specialistica.
- Semplificazione del sistema applicativo. Attraverso l'attuazione di ricerche di mercato a carattere regionale, i sistemi delle aziende sanitarie si evolveranno verso soluzioni applicative condivise per la

gestione delle principali aree amministrative e sanitarie. Nel triennio di riferimento del Piano, attraverso la direzione di Alisa, dovranno trovare una soluzione unica regionale le gestioni informatiche del personale, del bilancio e contabilità, dei documenti, del sistema ospedaliero e del pronto soccorso, del laboratorio di analisi e l'anatomia patologica, della diagnostica per immagini e del dipartimento di prevenzione. Nell'ambito della condivisione a livello regionale delle applicazioni sarà avviato il Sistema di Sorveglianza della Malattie Infettive.

- Sistema di governo regionale. Dovrà essere prioritariamente intrapresa un'azione volta ad aumentare la tempestività, la qualità e la completezza della banca dati a disposizione del supporto decisionale regionale, estendendo l'area di interesse alle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private. Progetti speciali avranno come obiettivo la creazione di una banca dati centralizzata e georeferenziata delle strutture sanitarie liguri, la gestione dei nomenclatori necessari alla condivisione delle informazioni (Banca dati del farmaco, LOINC, ...), lo sviluppo del sistema di gestione della prescrizione dematerializzata (DEMA) attraverso la registrazione negli archivi centrali delle informazioni di prescrizione, prenotazione, erogazione e pagamento. La Banca Dati Assistito (BDA) raggiungerà il suo completamento realizzando un sistema di valutazione dell'impatto delle policronicità sul Sistema Socio Sanitario Regionale da affiancare alla gestione dei PAI e si porrà come sistema di riferimento per i registri di patologia stabiliti dalla normativa. In coordinamento con il Profilo di Salute della popolazione ligure, sarà attivato un ambiente condiviso con aziende, enti ospedalieri e strutture private dedicato alla condivisione dei dati e al monitoraggio degli obiettivi. Attenzione speciale sarà portata alla valutazione del sistema sociosanitario ligure da parte dei due principali progetti italiani dedicati allo sviluppo di indicatori di processo e di esito (Network delle Regioni del Laboratorio MeS – Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Piano Nazionale Esiti di Agenas).
- Il Sistema Informativo Socio Sanitario. Il Sistema prosegue nella sua azione di estensione e innovazione dell'informatizzazione verso nuove aree di intervento, attraverso l'integrazione e il coinvolgimento di tutti gli enti e i professionisti del territorio. In particolare nel periodo di

riferimento del Piano Socio-Sanitario avvierà soluzioni tecnologiche e informatiche finalizzate a supportare i principali modelli di assistenza socio-sanitaria:

- Mappatura delle strutture sociosanitarie, sociali e sanitarie pubbliche e private accreditate operative dell'ambito socio-sanitario
 - Mantenimento a casa delle persone non autosufficienti
 - Messa in rete di tutte le strutture sociosanitarie e sociali regionali ai fini della gestione congiunta dei degli ospiti e dei loro movimenti, attraverso la comunicazione della disponibilità dei posti e la visualizzazione delle liste di attesa per la residenzialità.
 - Integrazione tra Sistemi Informativi Ospedalieri e Sportello Polifunzionale per la gestione delle dimissioni protette.
 - Implementazione dell'albo degli amministratori di sostegno
 - Costruzione della cartella sociosanitaria integrata con mappa digitale dei percorsi di cura integrati.
- L'integrazione con la Medicina Generale e le strutture private. Nell'ambito delle convenzioni e delle attività di condivisione delle informazioni, a seguito di specifici consensi in termini di tutela dei dati personali, saranno attuati interventi per consentire l'interoperabilità attraverso la messa a disposizioni di web services.

3.9 La politica per la valorizzazione delle risorse umane

3.9.1 Il personale del SSR

La composizione del personale afferente al Sistema Sanitario ligure negli ultimi tre anni è riportata in appendice tecnica (Allegato 3). Emerge una complessiva diminuzione di circa 500 unità, che ormai ha raggiunto una certa stabilità.

La diminuzione ha riguardato in maniera significativa il personale del comparto amministrativo, il personale infermieristico, i dirigenti sanitari (non medici) e, in misura minore, il personale della prevenzione e gli operatori tecnici.

Significativo è anche l'aumento del numero di personale assunto a tempo determinato, più che raddoppiato nel periodo considerato. Il caso riguarda principalmente gli infermieri e, in minor misura, i medici.

Ciò è dovuto a diversi fattori, tra i quali vale la pena evidenziare i seguenti:

- Necessità di sostituzione temporanea di personale in malattia, in aspettativa o in maternità;
- Assunzioni “more concorso”.

Premesso che si tratta di situazioni in larga misura fisiologiche, si segnala che l'ultimo aspetto (assunzioni more concorso) potrà essere risolto con la conclusione, prevista entro la fine del 2017, dei concorsi per CPS – Infermiere Professionale banditi nelle tre aree ottimali, che consentiranno finalmente di avere a disposizione cospicue graduatorie per assunzioni a tempo indeterminato.

Va anche evidenziato che le azioni tese a ridurre in generale il fenomeno dell'utilizzo di contratti temporanei o “flessibili” per posizioni lavorative stabili, ed in particolare il ricorso al lavoro interinale, stanno cominciando a mostrare alcuni risultati, in quanto negli ultimi mesi si riscontra un dato in netta diminuzione.

Il fenomeno dell'utilizzo dei contratti interinali riguarda sostanzialmente 3 tipologie di personale, ossia infermieri, operatori tecnici e collaboratori/coadiutori amministrativi, ed è quindi strettamente legato alla oggettiva difficoltà di espletare concorsi per assunzioni a tempo indeterminato o anche selezioni per assegnazione di contratti a tempo determinato, difficoltà dovute in primis alla grande platea di potenziali partecipanti a dette procedure per profili fungibili.

Proprio queste considerazioni, unite alla altrettanto oggettiva necessità di operare un complessivo ringiovanimento del personale del SSR, rendono opportuna la programmazione di iniziative organizzative che, gradualmente ma comunque in tempi brevi, portino alla centralizzazione - presso A. Li. Sa. - della titolarità delle procedure concorsuali, come già avviene in altre Regioni.

Si segnala infine che le Regioni hanno avanzato al Ministero della Salute la proposta di aggiornare la normativa in materia di concorsi, adeguandola alle attuali situazioni di fatto, che contemplano ad esempio la gestione di graduatorie condivise e le partecipazioni “di massa” a determinate procedure.

Le modalità di assunzione

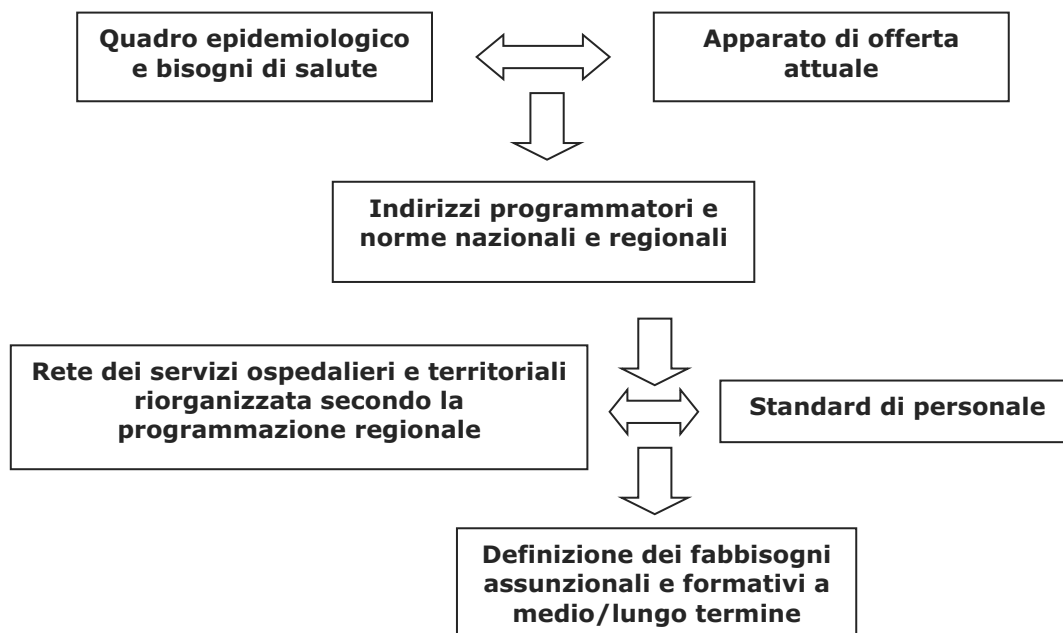
In forza delle legge regionale n. 22/2010, ogni assunzione di personale da parte delle Aziende, Enti ed istituti del SSR deve essere preventivamente

autorizzata dalla Regione. Le modalità attuative di detta norma sono ora regolate dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 331 del 28 Aprile 2017. In particolare sono state messe a punto modalità che contemperino l'autonomia e la responsabilità aziendale con il controllo regionale, esercitato a livello programmatico e finanziario da A.Li.Sa., ed a livello giuridico-amministrativo dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

Le aziende sono infatti ora chiamate a formulare un piano annuale delle proprie assunzioni, conforme agli indirizzi programmatori regionali e compatibile con le risorse disponibili, mediante la fissazione di un tetto di spesa. Una volta approvato il piano, sarà possibile procedere alle assunzioni senza ulteriori provvedimenti regionali.

Al fine di migliorare la capacità di controllo da parte di A. Li. Sa. e Regione, anche allo scopo di mettere a disposizione di detti soggetti adeguati strumenti per la valutazione dei piani assunzionali delle Aziende, sarebbe necessario poter contare su standard organizzativi validati, sia per quanto riguarda i servizi ospedalieri che quelli territoriali. Ciò consentirebbe da un lato di dimensionare nella maniera ottimale il personale del SSR, in funzione della programmazione della rete dei servizi, e dall'altro – unitamente alle previsioni epidemiologiche - di programmare il fabbisogno di professioni sanitarie ed amministrative a medio e lungo termine, garantendo anche l'attivazione tempestiva dei necessari percorsi formativi.

Si riporta di seguito lo schema il percorso per la definizione dei fabbisogni assunzionali



In assenza di tali standard organizzativi, la cui emanazione compete al livello nazionale, è possibile adottare metodiche che consentano la comparazione della produzione con le risorse umane utilizzate, in modo da adeguare le performance delle varie Aziende alle *best practice* a livello regionale.

3.9.2 La formazione

La valorizzazione delle risorse umane è una condizione necessaria per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dalla programmazione regionale e il coinvolgimento nei diversi processi di integrazione di tutti i professionisti operanti nei diversi settori costituisce strumento principe per consentire il raggiungimento di tali obiettivi.

L'attuazione di una politica che mira al miglioramento continuo del sistema presuppone lo sviluppo di adeguate azioni che consentano la crescita professionale, tra le quali la formazione e l'aggiornamento del personale si configurano quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti degli operatori sanitari,

con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Gli organismi di governo dell'ECM sono rappresentati dalla Consulta Regionale per la Formazione in Sanità, dalla Commissione Regionale ECM e dall'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione continua in medicina.

Con l'approvazione del nuovo Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017: "La formazione continua nel settore salute", si rende necessario procedere alla ridefinizione dei suddetti organismi e dell'intera governance che sottende alla piena operatività dell'Accordo medesimo.

Il modello di governance deve orientarsi principalmente sui seguenti obiettivi:

- Implementazione dell'analisi del fabbisogno formativo, attraverso la definizione di linee guida, finalizzate anche alla predisposizione di un piano strategico pluriennale, articolato in obiettivi formativi annuali;
- sperimentazione di modelli di valutazione della formazione, in termini di ricaduta sui comportamenti dei professionisti e sulla qualità dell'assistenza erogata;
- ridefinizione di modelli organizzativi per la gestione delle attività formative all'interno delle Aziende sanitarie; in particolare, è da valorizzare la realizzazione di una piattaforma unica per la FAD, fruibile per tutte le Aziende.

Un importante strumento che contribuisce alla crescita professionale degli operatori della sanità è rappresentato da Infor_Biomed, rete ligure per le risorse informative biomediche. Attraverso tale rete si attua la condivisione delle risorse elettroniche (periodici e banche dati) acquistate da A.Li.Sa. per tutte le Aziende aderenti.

Al fine di una ottimale fruizione delle suddette risorse si rende necessario implementare l'attuale sito web dedicato, nonché porre in essere azioni finalizzate alla conoscenza e all'utilizzo dello strumento, anche attraverso specifiche attività formative.

4. Programmazione e linee di intervento

4.1 Partnership pubblico-privato

La modulazione del rapporto tra la componente pubblica e quella privata in ambito sanitario si è espressa con modalità differenti nelle Regioni italiane, soprattutto in virtù dell'eterogeneità dei modelli organizzativi proposti successivamente alla riforma del Titolo V della Costituzione, operata mediante la legge costituzionale n. 3 del 2001.

Precedentemente, il D.Lgs. n. 229 del 1999, di modifica del D.Lgs. n. 502/92, aveva disciplinato la materia, delineando un complesso sistema, cosiddetto delle "quattro A" - autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, accreditamento, accordi contrattuali -, che traccia uno stretto rapporto tra la programmazione regionale e il processo di autorizzazione/accreditamento/contratti.

La legge n. 133 del 2008, all'art. 79, contiene una serie di disposizioni dirette a modificare ed integrare alcuni aspetti del sistema dell'accREDITAMENTO e degli accordi contrattuali delineato dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i.: (i) la determinazione del fabbisogno sulla base dei costi standard, (ii) la possibilità per le Regioni di individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per le quali stabilire una preventiva autorizzazione all'erogazione delle stesse e (iii) la sospensione dell'accREDITAMENTO in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali.

Regione Liguria, proponendo il disegno di una architettura organizzativa basata su una spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo, governance e controllo da una parte e di erogazione dall'altra, supera il modello integrato in cui non vi è divisione tra funzione di committenza ed erogazione delle cure a favore di una funzione di finanziamento e regolazione a componente pubblica e di erogazione garantita da altri soggetti indifferentemente pubblici o privati.

Questo modello, "associativo" o "istituzionale separato", è caratterizzato da un forte indirizzo regionale e da interazioni con soggetti erogatori definite da rapporti di tipo contrattuale. La titolarità delle scelte strategiche e programmatiche, nonché di gestione complessiva e dell'attività di controllo sono appannaggio della componente pubblica. In particolare, la costituzione di A.Li.Sa., a cui sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento,

indirizzò e controllo della aziende regionali, assume un ruolo centrale nel garantire il governo della domanda basato su una puntuale analisi dei bisogni dei cittadini e dell'offerta garantita dal sistema. Il modello ligure prevede, quindi, una forte co-presenza dell'offerta pubblica e di erogatori privati accreditati, strettamente vincolata alla programmazione regionale, garantendo la libertà di scelta del cittadino e consentendo di implementare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione.

La profonda riforma del sistema di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle unità di offerta sanitarie e sociosanitarie costituisce il motore di questo nuovo rapporto pubblico-privato: il perfezionamento dei criteri e dei requisiti di accreditamento, l'attuazione del programma operativo, che indica le competenze di A.Li.Sa. e delle ASL nella stipula e gestione dei contratti, le modalità di determinazione dei budget e del funzionamento della "Regressione tariffaria" per tipologia di attività sono i momenti di questo processo, descritto nel paragrafo "3.4 Il sistema autorizzativo e l'accreditamento". In particolare, gli accordi contrattuali costituiscono lo strumento necessario alla fornitura di prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico. Attraverso gli accordi contrattuali, infatti, si procede all'individuazione dei volumi di prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale e del volume di spesa per singola struttura. Il rimborso delle prestazioni erogate avviene facendo riferimento a tetti massimi di spesa stabiliti a priori in fase di contrattazione.

4.2 La prevenzione

Le prestazioni di prevenzione collettiva erogate dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sociosanitarie 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, Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti).

4.2.1 Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018

Le azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo, sono affiancate da quelle di promozione della salute dettate dalle priorità individuate mediante i dati dei sistemi di sorveglianza oppure quali obiettivi di specifici programmi, quali quelli dettati dal PNP. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha reso preponderante il peso delle malattie croniche non trasmissibili rispetto agli ambiti classici di intervento, quali quelli relativi alle patologie trasmissibili e, di conseguenza, l'attenzione si è rivolta verso i fattori di rischio modificabili come gli stili e le abitudini di vita.

Il PNP, che trae le sue origini nel 2005 per poi essere riedito sino ai giorni nostri, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese avendo rigenerato le attività di prevenzione e avendo fornito ai Sistemi Sanitari Regionali degli obiettivi condivisi, basati su dati epidemiologici su cui concentrare le proprie attività, in un'ottica di promozione e di incremento della diffusione dei programmi di prevenzione e di adesione consapevole da parte di cittadini.

L'attuale Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 pone tra i suoi obiettivi la realizzazione di una pianificazione regionale delle attività di prevenzione e promozione della salute coordinata e coerente con le altre politiche. La partecipazione di tutti i soggetti interessati e la trasformazione degli interventi di prevenzione da meri adempimenti normativi a realizzazione di programmi di misure di prevenzione rappresentano i cardini principali di tale atto programmatico. A questi si aggiunge il potenziamento delle 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 fornirgli le necessarie conoscenze atte a renderlo partecipe del processo decisionale: è universalmente riconosciuto che quando l'utente partecipa attivamente a tale processo decisionale, la sua soddisfazione è maggiore ed i risultati clinici migliorano, poiché le decisioni prese non sono imposte, ma condivise.

Quanto indicato dal precedente Piano Sanitario Regionale (PSR) e dal più recente Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR) 2013-2015 in tema di prevenzione e promozione della salute è stato sin qui realizzato, quanto meno per gli aspetti contenuti nel PRP, oggetto di certificazione da parte del

Ministero della Salute, che ha riconosciuto il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano Nazionale.

L'aver dovuto affrontare temi di prevenzione nuovi o inusuali quali quelli rappresentati dai PNP succedutisi negli anni, ha imposto agli operatori della prevenzione una modifica sostanziale dell'approccio metodologico basato su alcuni passaggi fondamentali, quali:

- la definizione dei bisogni di salute, con l'identificazione delle priorità di intervento (realizzazione di un profilo di salute regionale e aziendale)
- l'applicazione dell'appropriatezza degli interventi di prevenzione con la metodologia della Evidence Based Prevention (EBP)
- il mantenimento dei Sistemi di Sorveglianza su stili, abitudini di vita e stato di salute nelle varie fasi della vita (Okkio alla salute, HBSC, PASSI e PASSI d'Argento)
- l'integrazione dei diversi soggetti istituzionali (scuola, enti locali, organismi centrali quali ISTAT, Inail e Ispesl)

Ad integrazione delle azioni descritte nel PNP 2014-18, Regione Liguria intende procedere all'implementazione dei sistemi di sorveglianza specifici, già attivi nella nostra Regione. Rappresenta una priorità il potenziamento del Registro Tumori e Mesoteliomi, la cui area di copertura sarà estesa a tutto il territorio regionale per la sua valenza nel raccogliere elaborare e divulgare dati di incidenza, prevalenza, mortalità, sopravvivenza e offrire ulteriori possibilità di prevenzione e diagnosi precoce per malattie ad alto impatto, quali le patologie neoplastiche.

4.2.2 Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019

Al PNP è stato recentemente affiancato un altro rilevante atto programmatico quale il PNPV 2017-2019 che ha tra i suoi obiettivi principali da un lato rendere omogenea l'offerta vaccinale sul territorio nazionale e dall'altro contrastare il diffuso e crescente senso di sfiducia nei confronti delle vaccinazioni. Il PNPV nasce in attuazione del Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020, che prevede che tutti i Paesi riconoscano le vaccinazioni come una priorità, che i singoli individui ne comprendano il valore e che i benefici generati da esse siano equamente estesi a tutta la popolazione.

Il PNPV 2017-2019 è stato recepito con DGR n. 284 del 07/04/2017; con tale atto formale si è definito il nuovo calendario vaccinale regionale. Se per molte Regioni le indicazioni del PNPV hanno rappresentato un'assoluta novità, altrettanto non si può dire per la Liguria, che sin dal 2015 aveva provveduto ad ampliare la propria offerta vaccinale, anticipando di fatto le indicazioni nazionali.

4.2.3 Gli screening oncologici

Nel corso dell'ultimo quinquennio sono stati compiuti dalle Aziende liguri importanti passi avanti nel campo degli screening oncologici, anche se molto lavoro è ancora da compiere per raggiungere livelli di estensione/adesione in linea con gli standard nazionali. Gli obiettivi dei programmi di screening oncologici sono indicati dal PRP 2014-2018 e sono così definiti:

- consolidare l'estensione degli inviti al 100% delle tre popolazioni bersaglio migliorando i modelli informativi
- migliorare l'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening
- ridurre la quota di soggetti che, invitati dallo screening, scelgono di effettuare gli esami in setting clinico
- identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
- riordinare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA.

L'analisi di contesto della situazione degli screening oncologici è abitualmente condotta utilizzando i dati inviati annualmente all'Osservatorio Nazionale Screening; ottimi risultati in termini di estensione si rilevano per lo screening mammografico, buoni per quello per cervico-carcinoma, discreti per lo screening del carcinoma coloretale. Relativamente all'adesione all'invito si rileva, invece, come questa risulti migliorabile sia per lo screening mammografico (54%) sia per quello coloretale (41%). I dati forniti dal sistema di sorveglianza PASSI confermano una graduale e costante riduzione del cosiddetto screening spontaneo che per quello mammografico è passato dal 41% del 2009 al 26% del 2015 e per quello cervicouterino dal 71% del 2009 al 57% registrato nel 2015.

Con DGR n. 114 del 13/02/2015 è stato formalizzato il protocollo operativo sullo screening della cervice uterina che prevede l'utilizzo del test HPV DNA

quale test di screening primario nella fascia di età 30-64 anni. Inoltre, con Delibera A.Li.Sa. n.17 del 19/12/2016, sono state fornite alle Aziende le indicazioni operative per il programma di screening coloretale per gli aspetti relativi alla refertazione anatomopatologica e l'esecuzione della colonscopia. Infine, considerata la realizzazione di una Rete di Centri di Senologia/Breast Unit (DGR n. 54/2015), con la quale si punta alla gestione delle neoplasie mammarie con una metodologia basata sull'approccio integrato alla malattia (Disease Management), con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici e la qualità dei servizi offerti all'utente, i soggetti il cui esito dello screening mammografico preveda un approfondimento diagnostico invasivo di 3° livello, dovranno essere sottoposti ad una valutazione delle Breast Unit in caso di positività.

4.2.4 Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antibiotico-resistenza

La sorveglianza ed il controllo delle ICA rappresentano azioni centrali al fine di garantire la massima sicurezza del paziente nei diversi setting assistenziali. Con Determina di ARS n. 58 del 19/05/2014 è stata ridefinita la Commissione Regionale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO); successivamente, con DGR n. 529 del 27/03/2015, sono state disciplinate le attività in materia di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (linee di indirizzo regionali e messa a regime di sistemi di sorveglianza). Il PRP 2014-2018, in ossequio alle direttive nazionali, prevede azioni specifiche per la prevenzione e controllo delle ICA e del fenomeno della resistenza agli antimicrobici conseguente all'inappropriato utilizzo dell'antibioticoterapia.

4.2.5 I servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

I servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) contribuiscono a realizzare condizioni di lavoro sicure e igieniche per la salute di chi lavora mediante attività di informazione, indirizzo, assistenza e controllo. Le attività svolte dai servizi PSAL riguardano in generale:

- informazione, formazione ed assistenza rivolta all'utenza;
- vigilanza nei luoghi di lavoro sul rispetto delle condizioni di sicurezza e igiene del lavoro;
- indagini infortuni e malattie professionali;

- autorizzazioni, pareri e/o nulla osta, previsti da leggi, relativi a problemi di igiene e sicurezza del lavoro (autorizzazioni all'uso di seminterrati e interrati, nulla osta all'esercizio di attività, piani di bonifica amianto ecc.) formulazione pareri per nuovi insediamenti produttivi e strutture sanitarie L.R. 20/99;
- controllo del sistema di prevenzione aziendale ed attuazione del D.Lgs 81/2008;
- controllo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori attuata dai medici competenti delle imprese.

Nell'ottica di proporre un nuovo sistema di gestione che veda una maggiore integrazione regionale sia nelle azioni, sia in fase programmatica, si ritiene opportuno proseguire il percorso di integrazione tra le Unità Operative presenti nelle diverse Aziende e implementare l'attuale organizzazione, formalizzando le attività dei gruppi di lavoro regionali.

Un siffatto sistema gestionale, da implementare nel dettaglio, può rispondere all'esigenza di dare una risposta organizzativa in tempi brevi, ma articolata e operativa. In tal modo il sistema, pur centralizzando le scelte programmatiche a livello regionale, consentirebbe di mantenere un rapporto diretto con le strutture territoriali verso le quali esercita anche una sorta di supervisione, necessaria ad evitare distorsioni applicative senza rinunciare alla conoscenza diretta di specificità periferiche.

Sulla base degli obiettivi del P.R.P. 2014-2018, delle attività in essere e delle azioni a livello nazionale, le priorità da sviluppare nel biennio 2017/2018 riguardano in particolare:

- La definizione di linee guida regionali per l'attività di vigilanza, al fine di rendere omogenee le modalità di controllo e di assistenza sul territorio regionale, proseguendo nella direzione già segnata con l'adozione del verbale di accesso, unico per tutte le ASL, approvato con Decreto del Direttore generale Sanità n.359/2015. Sarà, quindi, indispensabile il contributo diretto dei direttori delle SC PSAL ed il supporto tecnico dei gruppi regionali in particolare quello edilizia, che si sta occupando della definizione delle linee guida specifiche per l'edilizia sulla base di quelle nazionali.
- L'avvio sperimentale di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) in settori specifici. Gli obiettivi 7 e 8 del PRP richiedono infatti espressamente di

promuovere sul territorio una vigilanza coordinata con gli altri enti e di favorire anche un'attività di prevenzione con azioni volte a supportare le imprese. Tali attività di assistenza sono in qualche modo già realizzate nell'ambito delle PSAL, in alcuni casi in modo più strutturato con sportelli dedicati, in altri con azioni occasionali. I PMP già avviati in altre realtà regionali rappresentano senz'altro una modalità utile per garantire tali percorsi. Per informare e sensibilizzare le UUOO PSAL liguri sul tema, si intende organizzare a eventi formativi e momenti di condivisione con rappresentanti di realtà che hanno già sperimentato tali percorsi.

- Sviluppo delle azioni previste nell'ambito dell'Accordo quadro in tema di salute e sicurezza nei porti liguri. L'Accordo che vede coinvolte oltre Regione, la Direzione marittima, le Autorità di sistema portuali liguri, INAIL, USMAF, DIL, VVFF, e le OO.SS., rappresenta un'opportunità unica per definire e concordare attività in uno dei settori, quello dei porti, particolarmente importante per la realtà ligure e certamente uno dei più a rischio sotto il profilo della sicurezza dei lavoratori per la sua complessità lavorativa. E' necessario quindi garantire, attraverso il supporto del gruppo regionale porti, la più ampia operatività al tavolo di lavoro previsto nell'accordo, tenuto altresì conto che lo stesso Accordo è ricompreso tra le azioni del PRP. Inoltre, la Liguria si è riproposta quale capofila del gruppo Porti a livello interregionale. Tale tavolo si raccorda inoltre con le attività del Protocollo sulla pesca ove sono presenti molti dei soggetti già presenti in quello dei Porti.
- Implementazione ed utilizzo dei sistemi informativi esistenti in tema di sicurezza dei lavoratori quali Flussi, Informo ecc., per la programmazione delle attività. Sono stati istituiti appositi gruppi regionali in materia che elaborano i dati e trasmettono a livello centrale i materiali richiesti dai sistemi. Permane la difficoltà di circuitare i dati disponibili sulle malattie professionali e sugli infortuni affinché siano utilizzati per definire le relative azioni di programmazione e di prevenzione sia a livello regionale che locale. Obiettivo futuro quindi è quello di partire dalla conoscenza dei fenomeni a livello territoriale e definire le politiche più idonee per arginare e dare risoluzione alle criticità evidenziate.
- Attività di informazione in tema di sicurezza dei lavoratori nelle scuole attraverso nuovi strumenti multimediali. Avvio di attività in collaborazione

con l'Università di Genova e l'Ufficio scolastico regionale, sulla base dei protocolli stipulati a inizio anno, anche per dare risposta al problema dell'alternanza scuola-lavoro.

4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

La riprogettazione della rete ospedaliera ligure costituisce la risposta organizzativa strategica alle numerose sfide legate ai cambiamenti in ambito epidemiologico, normativo, economico-finanziario ed è elemento costitutivo della riorganizzazione di sistema proposta dalle leggi di riforma. Se da un lato le recenti normative e la contrazione di risorse destinante al Servizio Sanitario Regionale impongono un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa e congruità dimensionale, il presente Piano arricchisce le finalità delle direttive nazionali con obiettivi legati all'efficienza gestionale di sistema e al miglioramento dell'offerta alla luce dei reali bisogni dei cittadini, promuovendo una governance della mobilità passiva e favorendo il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio. Il raggiungimento degli obiettivi soprariportati non può prescindere da un upgrading sia organizzativo, sia tecnologico.

I principi della riorganizzazione, si muovono nelle direzioni di migliorare l'organizzazione di sistema e implementare l'offerta sia in termini di tecnologia, sia di logistica. Quest'ultimo aspetto rappresenta una priorità alla luce di un patrimonio edilizio sanitario complessivamente vetusto e di layout ospedalieri che rappresentano un ostacolo all'applicazione di nuovi modelli organizzativi - i.e. ospedale per intensità di cura, aree omogenee di attività - all'ottimizzazione dei percorsi, all'impiego di nuove tecnologie e all'efficientamento dell'attività (DGR 384 del 19/5/2017, ad oggetto "Programmazione del rinnovo del parco ospedaliero ligure-indirizzi operativi"). Risulta pertanto un obiettivo strategico migliorare l'offerta per rispondere alle esigenze di massima sicurezza ed elevato comfort del paziente e di rinnovamento tecnologico mediante **la costruzione di 3 nuovi ospedali** ad elevata innovazione tecnologica, che assumeranno ruolo di riferimento nelle 3 aree ottimali regionali ed andranno integrare la rete ospedaliera regionale:

- Ospedale del Ponente dell'area metropolitana genovese
- Ospedale Unico ad Arma di Taggia
- Ospedale di La Spezia – Felettino

La realizzazione di strutture, che saranno il riferimento per l'attività ad elevata intensità e complessità, consentirà la conversione di alcuni stabilimenti ed il potenziamento e la capillarizzazione dell'offerta dell'attività ad elevata integrazione territoriale.

Il panorama del rinnovo del parco ospedaliero regionale è completato dalla costruzione del nuovo ospedale Galliera.

I programmi di edilizia sanitaria, finalizzati all'adeguamento e al potenziamento delle strutture pubbliche che costituiscono la rete ospedaliera regionale, non si limitano ai sopracitati progetti, ma prevedono attività di riqualificazione, ristrutturazioni e adeguamenti necessari alla riorganizzazione e al mantenimento degli standard di sicurezza normativi, i.e. riqualificazione funzionale e strutturale dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, adeguamento funzionale dell'Ospedale Policlinico San Martino (DGR 384 del 19/5/2017).

Sinotticamente, si riportano di seguito i principi e gli elementi fondanti del processo di riorganizzazione della rete:

- **Specializzazione della vocazione delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità;** l'obiettivo è tendere ad **“ospedali e professionisti ad alti volumi”** e dare concreta attuazione al modello hub and spoke, in particolare per i percorsi ad elevata complessità. Il Dipartimento Interaziendale Regionale, fulcro del governo clinico e della capillarizzazione di percorsi integrati di cura evidence-based e condivisi su tutto il territorio regionale, rappresenta lo strumento per la concentrazione nella fase ospedaliera della massima intensità di cura e dell'alta tecnologia. Si rimanda al paragrafo sul ruolo delle diverse Aziende e stabilimenti ospedalieri per la descrizione del quadro regionale e gli approfondimenti necessari
- **Spiccata integrazione tra i centri di riferimento a vocazione oncologica, cardiocirurgica, neurologica.** Il piano di riorganizzazione delle rete prevede, oltre al consolidamento del modello hub and spoke, un rafforzamento del coordinamento funzionale tra le strutture centro di riferimento in ambito regionale al fine di garantire maggiore plasticità e flessibilità del sistema e orientare verso la citata concentrazione della casistica. La rafforzata governance delle strutture orizzontali, garantita da

A.Li.Sa. e dal Dipartimento Interaziendale Regionale, mira a favorire questi processi di integrazione tra poli ad attività omogenea.

- **Riorganizzazione e potenziamento del sistema emergenza/urgenza**, secondo un'organizzazione basata su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello hub and spoke, e dimensionata secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità, il rilevante flusso turistico. L'articolazione dell'offerta delle specialità ad elevata complessità è stata formulata sulla base dei volumi minimi di attività e sulla tempestività della risposta tempo dipendente. La presenza di nodi del sistema emergenza/urgenza in aree disagiate ed una maggiore capillarità consentono la copertura di aree periferiche ad elevata prevalenza di popolazione anziana e l'ottimale risposta a patologie complesse.

Complessivamente, l'offerta del sistema emergenza/urgenza nell'area corrispondente ai territori delle ASL 3 e 4, ove si verificano le condizioni di sostenibilità potrà prevedere 3 Punti di Primo Intervento nel territorio di ASL 3 e 1 Punto di Primo Intervento nel territorio di ASL 4 in grado di garantire in aree non coperte da altre strutture della rete dell'emergenza il trattamento di patologie a bassa gravità che non richiedono assistenza ospedaliera, 2 Pronto Soccorso (PS, n. =1 nel territorio di ASL 3 e n.=1 nel territorio di ASL 4), 3 Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione di primo livello (DEA I livello, n.=2 nel territorio di ASL 3 e 1 in ASL 4) e 2 DEA II livello, uno pediatrico e uno dell'adulto, nel territorio di ASL 3. Qualora non si verificassero le condizioni di sostenibilità sopraindicate, permane l'attuale funzione di Punto di Primo Intervento di Rapallo. Alla luce della riconfigurazione descritta più avanti, il DEA I livello del Ponente cittadino sarà parte integrante dell'"Ospedale del Ponente". Nell'area ottimale regionale di Ponente, corrispondente ai territori della ASL 1 e 2, è prevista la trasformazione dei PPI in PS (n.=1 in ASL 1, 2 in ASL 2) coerentemente con le raccomandazioni espresse nel DM 70/2015. Sono nodi del sistema emergenza/urgenza un DEA I livello in ASL 1, presso l'Ospedale Unico ad Arma di Taggia, ed in ASL2 (Ospedale San Paolo a Savona) e un DEA II livello (Ospedale Santa Corona a Pietra Ligure) in ASL 2. In ASL 5, il sistema è costituito da un PPI, un PS e un DEA I livello presso il nuovo Ospedale di La Spezia – Felettino.

Nell'ambito del potenziamento del sistema emergenza/urgenza è prevista l'implementazione dei posti letto di medicina d'urgenza al fine di garantire un'adeguata separazione dei percorsi di elezione e d'urgenza/emergenza. Questa intersezione rappresenta per gli hub regionali una delle principali limitazioni allo sviluppo di aree di eccellenza che si realizzano sui percorsi elettivi e che consentono il contrasto alla mobilità passiva e l'implementazione dei fenomeni di attrazione.

- **Stringente coerenza tra livelli di complessità crescente del sistema emergenza/urgenza e dotazione di specialità dell'ospedale.** Recependo i dettami normativi e coerentemente al processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza, adeguamento qualitativo e congruità dimensionale, la riorganizzazione del sistema emergenza/urgenza e dell'attività in elezione sono coerenti con i livelli gerarchici di complessità, l'intensità di cura garantita, la dotazione di specialità e i bacini d'utenza delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti.
- **Mantenimento della dotazione di posti letto per acuti ed implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità.** L'obiettivo dell'incremento di offerta è rispondere al fabbisogno di presa in carico di soggetti fragili e anziani nella fase di dimissione post-acuzie alla luce dell'attuale dotazione sottodimensionata rispetto agli standard nazionali fissati dal DM 70/2015 e dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Gli ambiti di implementazione dell'offerta riguardano la riabilitazione funzionale ortopedica, neurologica e cardiologica. E' prevista l'attivazione di 2 poli di riferimenti di riabilitazione intensiva ad Alta Specializzazione per pazienti che hanno subito gravi lesioni cerebrali (traumi cranici, emorragie e infarti cerebrali o anossie da arresto cardiaco o da annegamento, ecc.) nel territorio delle ASL 3 e 5.
- **Il percorso verso l'autentica integrazione ospedale-territorio: implementazione dell'attività ambulatoriale e territoriale, potenziamento dei reparti a media-bassa intensità, sperimentazione di nuovi modelli organizzativi volti alla gestione integrata dei percorsi.** La riorganizzazione della rete mira a favorire i punti di

integrazione più “naturali” dell’ospedale con il territorio dalla specialistica ambulatoriale, alle strutture intermedie ospedale-territorio - day service, care- e case-management – o caratterizzate da bassa intensità di cura, al regime di assistenza domiciliare o residenziale. Quest’azione, centrale nello riequilibrio tra funzione territoriale e mission ospedaliera, è coerente con gli obiettivi strategici del piano della presa in carico globale del paziente, della continuità del percorso integrato di cura, dell’implementazione dell’appropriatezza del setting erogativo. La riorganizzazione della rete vede fortemente potenziata l’offerta legata alle attività riabilitative post-acuzie e ad elevata integrazione territoriale ed è caratterizzata dall’introduzione di strutture intermedie ospedale-territorio o caratterizzate da bassa intensità anche con spiccate caratteristiche innovative, i.e. reparti a gestione infermieristica.

Si riportano di seguito, al fine di comprendere meglio la vision della riorganizzazione della rete ospedaliera, i ruoli che le strutture ospedaliere avranno al suo interno e i gli elementi chiave dell’offerta. L’ordine proposto considera l’ambito territoriale e livelli di complessità decrescente nel sistema emergenza/urgenza:

Ambito territoriale	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza/urgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 1	Ospedale Unico, Arma di Taggia	DEA I livello	- ospedale di riferimento del territorio dell'ASL1 - fulcro dell'attività in elezione
ASL 1	Bordighera	Pronto Soccorso	- specialità ad ampia diffusione territoriale ¹ - attività riabilitative e ad elevata integrazione territoriale
ASL 1	Imperia e Sanremo		- riferimenti per l'attività ambulatoriale - attività ad elevata integrazione territoriale e riabilitazione - sperimentazione di nuovi modelli organizzativi
ASL 2	Pietra Ligure	DEA II livello	- alta vocazione ortopedica, neurochirurgica e riabilitativa (presenza di unità spinale) - forte sinergia con l'IRCCS regionale per la Neurologia (Osp. Policlinico San Martino)
ASL 2	Savona	DEA I livello	- ospedale di riferimento del territorio dell'ASL2
ASL 2	Albenga	Pronto Soccorso	- attività di elezione a media complessità - specialità ad ampia diffusione territoriale ¹
ASL 2	Cairo Montenotte	Pronto Soccorso	- ospedale di riferimento per il Distretto delle Bormide (ospedale area disagiata) - specialità ad ampia diffusione territoriale ¹ - attività ad elevata integrazione territoriale

ASL 3	Genova, Istituto G. Gaslini	DEA II livello pediatrico	- hub regionale pediatrico per soggetti fino a 18 anni ²
ASL 3	Genova, Ospedale Policlinico San Martino	DEA II livello Centro Grandi Ustionati	- hub regionale per l'adulto - ospedale di riferimento del Levante cittadino - alta vocazione in Oncologia, Neurologia, Cardiochirurgia - riferimento per la formazione universitaria
ASL 3	Erzelli	DEA I livello	- ospedale di riferimento del Ponente cittadino - alta vocazione oncologica - forte sinergia con Villa Scassi
ASL 3	Genova, E.O. Ospedali Galliera	DEA I livello	- alta vocazione in Geriatria e Ortopedia - riferimento per l'attività ambulatoriale del centro cittadino
ASL 3	Genova, Ospedale Evangelico Internazionale	Pronto Soccorso	- specialità ad ampia diffusione territoriale ¹ - attività di elezione a media complessità
ASL 3	Genova, Micone e Gallino	Punti di Primo Intervento	- attività riabilitative e ad elevata integrazione territoriale
ASL 3	Genova, Villa Scassi	Punto di Primo Intervento	- riferimento per l'attività ambulatoriale del Ponente cittadino - medicina a media intensità e reparti a gestione infermieristica (con attività diagnostica di base) - attività ad elevata integrazione territoriale - polo riabilitativo ad elevata complessità - Hospice e cure palliative

ASL 3	Arenzano		<ul style="list-style-type: none"> - attività riabilitativa - attività ad elevata integrazione territoriale
ASL 4	Lavagna	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - ospedale di riferimento dell'ASL 4 e dei distretti Chiavarese, Tigullio e Tigullio occidentale³ - concentrazione delle specialità a supporto del DEA I attualmente in altri stabilimenti
ASL 4	Rapallo	Punto di Primo Intervento/Pronto Soccorso, nel caso in cui si verificano le condizioni di sostenibilità di cui paragrafo 4.3, pagina 79	<ul style="list-style-type: none"> - presidio specialistico ad indirizzo ortopedico - attività ad elevata integrazione territoriale
ASL 4	Sestri Levante		<ul style="list-style-type: none"> - medicina a media intensità e reparti a gestione infermieristica - attività riabilitativa - attività ad elevata integrazione territoriale
ASL 5	La Spezia	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - ospedale di riferimento del territorio dell'ASL 5 - polo riabilitativo ad elevata complessità
ASL 5	Sarzana	Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> - specialità ad ampia diffusione territoriale¹ - riferimento per l'attività ambulatoriale - attività ad elevata integrazione territoriale e riabilitazione - sperimentazione di nuovi modelli organizzativi
ASL 5	Levanto	Punto di Primo Intervento	<ul style="list-style-type: none"> - attività a media intensità e ad elevata integrazione territoriale

Legenda:

¹ Specialità definite dal DM70/2015: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

Sono in itinere valutazioni riguardanti l'individuazione di un polo ad attività cardiocirurgica nel territorio dell'ASL4.

² Ad accezione delle attività di emergenza/urgenza, ortopedia e psichiatria (età massima 14 anni).

³ Così come attualmente composto.

4.4 Le strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio

Le ragioni che hanno spinto a disegnare e concretizzare il percorso di evoluzione dalle reti ai Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), la mission e il modello di governance di queste strutture sono stati approfonditi nei primi paragrafi del capitolo sulla riforma sanitaria e gli strumenti di governance.

La costituzione dei DIAR di Emergenza/Urgenza, Trasfusionale, dei Laboratori, di Oncoematologia, Cardiovascolare, di Neuroscienze, Chirurgico, Materno infantile, Geriatrico, Internistico è stata individuata quale priorità in prima attuazione delle previsioni di cui all'art. 40 bis, comma 6 della citata l.r. 41/2006 (DGR 104/2017). Di seguito sono descritti, a titolo di esempio gli obiettivi, il ruolo, il processo di riorganizzazione di alcuni DIAR. Il carattere non esaustivo è riconducibile al processo di continuo miglioramento e di condivisione con gli stakeholder che caratterizza questa fase di riforma.

Il processo di potenziamento delle strutture orizzontali non si esaurisce con la creazione dei DIAR, ma si concretizza con una serie di interventi a supporto delle reti di patologia. L'attivazione della rete di Breast Unit (DGR 1244/2015 e 622/2016), centri specializzati per la prevenzione, la diagnosi e la cura del tumore al seno, rientra in questo percorso che ha portato all'identificazione dei 5 centri di riferimento di seguito riportati:

- Centro di senologia afferente all'Ospedale Policlinico S. Martino, che prevede un percorso unitario di screening con ASL 3
- Centro di senologia afferente all'ASL 1
- Centro di senologia afferente all'ASL 2

- Centro di senologia afferente all'ASL 3, a cui afferisce la casistica chirurgica dell'Ospedale Evangelico
- Centro di senologia del Levante per l'area ottimale corrispondente al territorio dell'ASL 4 e ASL 5

4.4.1 DIAR dell'Emergenza Urgenza

La necessità di istituire un Dipartimento Interaziendale Regionale dell'Emergenza Urgenza (DIAREU), scaturisce dalla necessità di contrastare la disomogeneità organizzativa tra le varie tipologie di strutture che agiscono in questo ambito, di implementare l'impiego e la condivisione di protocolli operativi e di migliorare la governance di centralizzazione e decentralizzazione dei percorsi presso la struttura ospedaliera più idonea secondo modelli hub and spoke già in essere.

Le strutture del DIAREU costituiscono una rete funzionalmente differenziata in grado di rispondere alle necessità di intervento in emergenza-urgenza per assicurare a tutti i pazienti un'assistenza tempestiva ed efficace e la continuità di percorso dal territorio sino alla loro definitiva collocazione.

Il Dipartimento integra tutte le unità operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza, Anestesia e Rianimazione, e Punti di Primo Intervento del Servizio Sanitario Regionale Ligure.

Il DIAREU deve avere delle strette connessioni con le Direzioni Sanitarie e il Dipartimento Interaziendale di emergenza Sanitaria Territoriale (118). Al fine di garantire una risposta integrata alle emergenze, Regione Liguria, ai sensi della DGR n° 813 del 5/9/2016, ha avviato l'attuazione del servizio "112 numero unico europeo di emergenza", secondo il modello della centrale unica di risposta che integra le funzioni precedentemente assegnate al "118 soccorso sanitario".

I principali obiettivi del Dipartimento sono:

- Rafforzare il modello di funzionamento della rete ad alta integrazione tra tutte le componenti del sistema emergenza-urgenza extra- ed intra-ospedaliero;
- Impiegare in modo coordinato e sinergico le professionalità necessarie ad ottenere la migliore valutazione, stabilizzazione e terapia possibili per tutti i pazienti;

- Applicare omogeneamente sul territorio regionale linee guida diagnostico-terapeutiche gold standard, creare procedure condivise e definire percorsi assistenziali prestabiliti a livello regionale;
- Implementare una formazione, aggiornamento e addestramento interdisciplinare specifici e continui, per il mantenimento di elevati livelli di clinical competence;
- Gestire in modo razionale le risorse disponibili, da attribuire alle varie articolazioni organizzative in funzione delle loro reali necessità e al bisogno sanitario;
- Coordinare i posti letto intensivi regionali coerentemente al modello hub and spoke in modo da garantire centralizzazione e decentralizzazione dei casi clinici con una più fluida movimentazione dei pazienti. Sulla scorta del modello di telemedicina - attivo nell'area metropolitana genovese - per il consulto neurochirurgico, il DIAREU potrebbe rappresentare la piattaforma sulla quale organizzare un modello che coinvolga tutta la regione al fine di ottenere una valutazione dei casi clinici in prima istanza su immagini e dati ed evitare trasferimenti non opportuni e spesso critici. Tale coordinamento garantirà risposte rapide ed appropriate ai casi che necessitano di centralizzazione senza generare momenti critici nella gestione dell'ordinario nelle singole realtà ospedaliere.

4.4.2 DIAR Medicina trasfusionale

Attualmente il modello organizzativo delle attività trasfusionali prevede una Struttura Trasfusionale per ogni grande ospedale. Oggi, quindi, sul territorio ligure sono presenti in tutto 8 Strutture Trasfusionali: una Struttura Trasfusionale per ogni ASL, una per l'IRCCS G. Gaslini, una per il Ospedale Policlinico San Martino e una presso l'E.O. Ospedali Galliera. Sette sono strutture complesse, mentre una (quella del Galliera), è struttura semplice dipartimentale.

La DGR 708 del 2013 ha riformato due aspetti:

- l'accentramento delle attività di validazione del sangue in un unico polo regionale (Ospedale Policlinico San Martino)
- la lavorazione del sangue in una unica Banca del Sangue, organizzata su due poli (Ospedale Policlinico San Martino e ASL 2 "Savonese").

Entro la fine di settembre 2017 terminerà la realizzazione di quanto previsto in DGR 708/2013.

Il percorso di accentramento e omogeneizzazione ha condotto, negli ultimi anni, a un'elevata integrazione delle tecnologie e all'adozione di un sistema informatico comune a tutte le Strutture Trasfusionali, ad eccezione di ASL 5 "Spezzino", che permette lo scambio di informazioni e la gestione centralizzata dei flussi informativi da parte del Centro Regionale Sangue. Entro il settembre 2017 si realizzerà anche l'ultima integrazione informatica con la possibilità di scambiarsi informazioni tra tutte le strutture trasfusionali aumentando in modo significativo la sicurezza trasfusionale.

L'organizzazione trasfusionale regionale è coordinata dal Centro Regionale Sangue (CRS), allocato presso la Struttura Trasfusionale di Ospedale Policlinico San Martino, e si avvale della collaborazione delle Associazioni/Federazioni dei Donatori Volontari di Sangue, che effettuano circa il 50% della raccolta di sangue sul territorio regionale.

La Regione Liguria è da anni autosufficiente per il fabbisogno trasfusionale di emocomponenti labili, pur con significative differenze tra le aziende, e contribuisce in modo marginale e occasionale all'autosufficienza nazionale.

Per quanto riguarda, invece, la gestione dei farmaci emoderivati che vengono prodotti dal plasma, la nostra regione non è completamente autosufficiente, dovendo approvvigionarsi in modo significativo sul mercato libero.

Dal punto di vista organizzativo e economico-finanziario, il modello attuale prevede che ogni Struttura Trasfusionale dipenda dal Direttore Generale della propria Azienda, mentre il Centro Regionale Sangue svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio a favore di tutto il sistema trasfusionale, così come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 13 Ottobre 2011, recepito da Regione Liguria con DGR 586 del 18 Maggio 2012.

Tutta la gestione economica degli emoderivati è accentrata sul Policlinico Ospedale San Martino che riceve un finanziamento ad hoc di circa € 3.500.000 all'anno.

Oltre a questo finanziamento la nostra Regione acquista sul libero mercato emoderivati per oltre € 2.400.000 e altri emoderivati da parte del CRAT per un importo pari a € 543.000.

Da quanto sopra appare evidente che la non autosufficienza in plasma, per la produzione di emoderivati, assume non solo valenza strategica nell'ambito

dell'autosufficienza nazionale ma anche estrema rilevanza economica, cubando oltre € 6.500.000.

La mission del DIAR è, quindi, quella di:

- garantire le attività di produzione degli emocomponenti e le attività di servizio per la assegnazione del sangue ai pazienti, al fine di perseguire l'autosufficienza di emocomponenti labili e di plasmaderivati, mantenendo costantemente monitorati gli standard di sicurezza e qualità del sangue.
- governare la domanda e l'offerta sanitaria. Il Centro Regionale Sangue (C.R.S.) monitora da anni l'uso degli emocomponenti e degli emoderivati sul territorio regionale. Per quanto attiene agli emocomponenti labili, il consumo di emazie è negli standard nazionali, mentre il consumo di concentrati piastrinici è al di sopra degli standard, in conseguenza dell'alta specializzazione in ambito ematologico del Ospedale Policlinico San Martino. L'utilizzo di Immunoglobuline endovenose è nel range raccomandato dalle linee guida internazionali.

Per quanto riguarda il consumo regionale di plasma, pari a ml 1.717/1.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di ml 1.600/1.000 abitanti, esso supera di oltre il 7% la media nazionale. Parimenti, il consumo di plasmaderivati è superiore all'atteso.

Il CRS, con le diverse strutture trasfusionali coinvolte, ha iniziato un processo di monitoraggio dei consumi di plasma per rientrare negli standard nazionali ed avviato un piano di rientro, assegnato dal Centro Nazionale Sangue, riguardante l'utilizzo di plasmaderivati.

- Implementare l'appropriatezza. Per quanto attiene al consumo di emocomponenti labili si deve proseguire sull'attuale modello di verifica totale di ogni richiesta di sangue da parte dei medici dei servizi trasfusionali attenendosi rigorosamente alle linee guida internazionali. Particolare attenzione deve essere posta nell'assegnazione del plasma fresco congelato al fine di ricondurre i consumi all'interno delle medie nazionali aumentando in tal modo il plasma che può essere avviato alla produzione di farmaci plasmaderivati. Si devono attivare dei programmi di Patient Blood Management in collaborazione con i Servizi di Anestesia al fine di ridurre il consumo di emazie nel periodo peri-operatorio. Questo rappresenta un obiettivo strategico in quanto la nostra Regione è al limite dell'autosufficienza di emazie e questo non permette di avviare alla

donazione di plasma nessun donatore di sangue intero. A seguito dell'accentramento delle lavorazioni del sangue sui due poli si sono liberate delle risorse all'interno di molti servizi trasfusionali regionali. La distribuzione dei farmaci plasmaderivati attualmente avviene con modalità differenti nelle diverse ASL: assicurare che i farmaci plasmaderivati vengano distribuiti direttamente ed esclusivamente dalle strutture trasfusionali a fronte di richiesta individuale e motivata e la loro tracciabilità mediante l'applicativo informatico dedicato, rappresentano obiettivi organizzativi imprescindibili al fine di garantire l'autosufficienza dei plasmaderivati.

Per quanto riguarda il percorso di implementazione dell'appropriatezza, il DIAR dovrà verificare trimestralmente il consumo del plasma ad uso clinico, ricercare le cause di eventuale superamento degli standard ed adottare le strategie volte a ridurne i consumi.

4.4.3 DIAR Medicina di laboratorio

L'evoluzione tecnologica della diagnostica di Laboratorio ha permesso lo sviluppo di test sempre più sofisticati ed allo stesso tempo automatizzabili e quindi di esecuzione sempre più rapida.

Ciò ha permesso, da un lato, la diffusione di test un tempo reputati altamente specialistici, dall'altro la loro esecuzione presso centri di produzione di piccole dimensioni o con basso livello di specializzazione.

Questo aspetto, solo apparentemente positivo, ha determinato una aumentata capacità del Laboratorio di gestire l'appropriatezza di richiesta, la qualità e l'interpretazione del risultato.

Tale evidenza non può che essere legato ad un'esperienza continua e consolidata fatta di conoscenza e di evidenze, che non può essere patrimonio di tutti soprattutto se si fa riferimento agli ambiti specialistici.

Conseguentemente, è aumentata la possibilità del singolo centro di produrre un numero elevato di test ma, contestualmente, forte appare, a questo punto, la necessità di una produzione in efficienza in cui il ruolo del consolidamento risulti di primaria importanza ed in cui la concentrazione dell'attività produttiva in meno Centri, con il ricorso a meglio adeguate dotazioni di risorse umane e strumentali, svolga un ruolo di primaria importanza. Concentrazione che non può essere relativa soltanto alla "grande routine" ma che, ancor più, risulta

necessaria per i cosiddetti “test rari” e per le specialistiche di settore dove i costi legati alle singole metodiche e le competenze del professionista appaiono di estrema rilevanza.

Evidentemente, non può prescindere dal ruolo sempre più importante che rivestono le tecnologie informatiche con le applicazioni di trasmissione del dato, delle immagini, del processo di validazione/firma ed in ultima analisi di trasmissione del referto anche presso il sito dell’utente richiedente. In questo ambito un ruolo fondamentale dal DIAR dovrà essere giocato nell’ambito della gestione “centralizzata” dell’urgenza

D’altro canto non si può non constatare come il processo di riorganizzazione della rete laboratoristica di Regione Liguria, avviato con il DGR 1439 del 2007, ha permesso ad oggi una profonda revisione dell’attività di Medicina di Laboratorio nell’ambito delle singole ASL o Aziende anche se, a tutt’oggi, non tutti i processi sono stati completati. Appare, quindi, necessario ora procedere al suo completamento, attraverso l’effettiva razionalizzazione Aziendale e la necessaria integrazione interaziendale dei centri di produzione di Macroarea ed in ultima analisi di tutta la Regione.

Obiettivo primario quindi del DIAR è, il consolidamento dei servizi di diagnostica in vitro, attraverso la gestione in rete delle attività di Medicina di Laboratorio, al fine di garantire all’utenza la migliore qualità analitica disponibile e la massima fruibilità territoriale, anche di prestazioni ad alta specializzazione, indipendentemente dalla sede di produzione del dato analitico.

Saranno identificate le attività che risiederanno a livello della singola ASL/Azienda, o di laboratorio centrale di riferimento di Macroarea o regionale. Ciò dovrà generare un processo virtuoso di monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva e la conseguente uniformità ed equità di gestione del quesito diagnostico anche attraverso la imprescindibile interconnessione tra la rete dei laboratori, i MMG ed i medici prescrittori in genere con il fine ultimo del miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva e della corretta interpretazione clinica dei risultati.

Si dovrà superare l’attuale mancanza di una “reale” interconnessione dei diversi Laboratori ed arrivare, comunque, ad un Sistema Informatico Unico che consenta la creazione di una rete organica tra gli stessi creando di fatto un unico laboratorio logico Regionale.

Quanto sopra, associato anche alla necessaria centralizzazione di tutte le procedure di acquisizione del settore presso la CRA, dovrà portare alla realizzazione di economie di scala attraverso la riduzione della spesa corrente per acquisti/noleggi di strumenti, reagenti, controlli, calibratori e di quant'altro necessario alla produzione del singolo dato, nonché una migliore allocazione delle risorse tecniche e professionali coinvolte nel processo produttivo.

Tale percorso che avrà come elemento fondamentale il concetto di Hub e Spoke prima a livello Aziendale ma con la prospettiva obbligata di estensione sia a livello di Macroarea che a livello Regionale, dovrà avvenire ad isorisorse, mantenendo o migliorando la qualità delle prestazioni svolte, salvaguardando le professionalità esistenti, qualora non in contrasto con il piano di riorganizzazione, creando percorsi diagnostici, di primo e secondo livello, chiari e con chiara evidenza dei Centri esecutori. Contestualmente all'utente verrà, sostanzialmente e significativamente, migliorato il servizio avendo, lo stesso, la disponibilità, al contrario di quanto accade oggi, presso ogni singolo Centro Prelievo della totalità dell'offerta della diagnostica di Regione Liguria.

In questa prospettiva il DIAR dovrà obbligatoriamente proporre progettualità riorganizzative che abbiano come elemento portante un Sistema Informatico Unico che permetta la realizzazione di quanto sopra espresso.

Il DIAR, inoltre, dovrà stabilire procedure di gestione omogenea dei punti prelievo, sia in termini di approvvigionamento dei sistemi di prelievo (gara regionale CRA) che di modalità di gestione del processo di prenotazione - accettazione-preparazione -prelievo-trasporto-restituzione del referto.

Dovrà creare, gestire e controllare la logistica del trasporto dei campioni biologici che dovrà essere espletata con modalità uniformi, secondo le necessità del progetto ed in accordo con le normative di riferimento.

Dovrà rilevare e monitorare la produttività del singolo centro verificandone l'adeguatezza agli item di appropriatezza e di efficienza di produzione rispetto agli obiettivi oggetto del DIAR e valutandone in maniera comparativa gli aspetti economici al fine di traguardare l'obiettivo dei costi standard.

Dovrà collaborare con la C.R.A., obbligatoriamente e tempestivamente, fornendo le competenze tecnico scientifiche necessarie alla stessa con il fine dell'allestimento dei diversi capitolati di gara e del contributo alla formazione della commissione giudicante le offerte relative, con l'obiettivo ultimo, oltre che di migliorare i costi di fornitura, di uniformare le strumentazioni e le

diagnostiche a disposizione, permettendo, in questa maniera, l'intercambiabilità delle risorse tutte.

Dovrà concordare ed unificare nei diversi servizi l'utilizzo delle matrici biologiche da impiegare per le diverse prestazioni diagnostiche e delle unità di misura in cui il dato è espresso, nonché i valori di normalità indicati sul referto e calcolati in base alla popolazione residente, a garanzia della uniformità e fruibilità del dato analitico, della qualità dello stesso, ed in conformità con le linee guida proposte dalle società scientifiche di Medicina di Laboratorio.

4.5 La presa in carico globale del paziente: l'accordo regionale con la Medicina Generale sul programma di gestione delle patologie croniche

In ottemperanza a quanto stabilito dal Piano Nazionale Cronicità, è stato stipulato un accordo regionale tra A.Li.Sa. e la Medicina Generale, con l'obiettivo strategico di ottenere l'efficace presa in carico dei pazienti con una o più patologie croniche. Il modello di presa in carico prevede l'interazione tra Medici di Medicina Generale (MMG) e Specialisti secondo le rispettive competenze ed il proprio ruolo. Il modello, attraverso il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), prevede la gestione integrata dei pazienti per la prevenzione, la cura ed il monitoraggio delle patologie croniche. I caregiver, sulla base dello stato di salute dell'assistito e con la sua collaborazione definiscono un piano di interventi costituito da visite presso il MMG, esame diagnostici, visite specialistiche, terapie e follow-up disegnati in relazione ai bisogni assistenziali dei pazienti. Il PAI sarà attuato attraverso la stratificazione per classi di intensità di cura, mantenendo come punto di riferimento il programma di assistenza concordato per il singolo paziente. La documentazione clinica sarà inserita nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Gli obiettivi specifici del programma sono:

- la diagnosi precoce delle malattie croniche al fine di prevenire le possibili complicanze;
- la promozione della partecipazione attiva del paziente alla gestione della propria malattia (empowerment);
- l'ottimizzazione e la razionalizzazione dell'accesso agli ambulatori specialistici

- la standardizzazione e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e dei percorsi integrati di cura (PIC).

Il modello di presa in carico sarà inizialmente applicato ai pazienti con diabete e broncopneumopatia cronico-ostruttiva; il cronoprogramma di Gandt del progetto prevede l'arruolamento dei pazienti con ipertensione, insufficienza renale cronica e malattie renali croniche nel 2018 e malattie infiammatorie intestinali, artrite reumatoide e connettivopatie croniche nel 2019. Sarà condotta una rivalutazione annuale dell'ordine di priorità per l'inserimento delle patologie croniche nel programma, sulla base dei dati di monitoraggio regionale.

Sono di seguito riportate le azioni previste per l'implementazione del programma:

- presentazione di manifestazione di interesse da parte dei MMG a partecipare al programma e conseguente trasmissione da parte di A.Li.Sa. dei dati relativi agli assistiti che presentano patologie croniche, ottenuti sulla base di specifici profili di consumo, risorse sanitarie e certificazioni;
- arruolamento dei pazienti cronici da parte del MMG nel programma di follow-up adeguato al livello di complessità della malattia secondo le linee guida regionali emanate dalle società scientifiche della Medicina Generale, in collaborazione con le reti specialistiche regionali.

Annualmente, le società scientifiche della Medicina Generale e le reti specialistiche dovranno predisporre per ogni singola patologia cronica percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) aggiornati, elaborare indicatori di processo e/o di risultato e realizzare, in collaborazione con le ASL corsi di aggiornamento sulle tematiche inerenti le patologie croniche rivolti agli MMG.

4.6 L'assistenza sociosanitaria

4.6.1 Cure domiciliari, dimissioni protette e cure palliative

I principali obiettivi delle cure domiciliari sono l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o altra struttura residenziale, garantire la continuità della presa in carico, fornire supporto alla famiglia, consentire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazione. Il setting domiciliare è quello che meglio si presta alla promozione dell'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di far fronte alla condizione di patologia, sviluppando le sue

capacità di autocura e di mantenimento dell'autodeterminazione. La sfida della cronicità impone il superamento dei confini istituzionali tra servizi sociali e sanitari, promuovendo:

- L'obiettivo primario del mantenimento a domicilio delle persone affette da patologie croniche, col supporto di cure capaci di risposte flessibili e multidisciplinari
- La realizzazione di un'assistenza domiciliare sociosanitaria effettivamente integrata
- La sperimentazione, in ordine ai suddetti obiettivi, di modelli organizzativi che consentano la presa in carico proattiva delle persone in condizioni di fragilità, anche prima dell'espressione conclamata del bisogno sanitario emergente.

Riguardo a quest'ultimo intento, è in avanzata sperimentazione l'utilizzo della figura di infermiere di comunità, nata con l'adesione al progetto europeo delle aree alpine denominato CONSENSO, e particolarmente utile nelle aree interne regionali. Si tratta di un tipo di intervento proattivo sulla popolazione anziana e/o fragile, che comprende anche l'educazione sanitaria e l'empowerment del paziente.

Per dimissione protetta si intende il percorso organizzato di accompagnamento di un paziente dal setting ospedaliero a quello domiciliare o altro, che si applica generalmente a pazienti "fragili" e/o complessi in quanto richiedono l'attivazione di più interventi coordinati tra loro. In relazione a tale processo, è in corso la definizione di una procedura operativa omogenea su tutto il territorio regionale volto a garantire risposte flessibili, differenziate, continuative e integrate all'interno dello stesso settore sanitario e tra questo e quello sociale, tali da assicurare un percorso assistenziale programmato. Si è consolidata l'esperienza ligure del progetto "Meglio a Casa" che offre, in modo gratuito, per un mese l'intervento da parte di un assistente familiare al domicilio della persona al momento della dimissione ospedaliera, con la sua estensione a tutti gli ospedali della Regione. L'Ulteriore sviluppo prevede l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari per i pazienti inseriti nel progetto Meglio a Casa e per tutti gli altri in dimissione dall'ospedale in condizioni di criticità, con il relativo invio al MMG della lettera di dimissione al fine di renderlo il più possibile informato sulla situazione del suo paziente nella delicata fase del rientro al domicilio.

Le cure palliative vanno intese come un approccio integrato, in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, nel quale il setting domiciliare è visto come principale e ottimale condizione in cui erogare le cure, quello che meglio permette al paziente di mantenere una certa qualità di vita.

Le cure palliative, per dare una risposta ai bisogni del malato e della famiglia, incluso il supporto durante il lutto, richiedono l'intervento integrato in équipe di diverse figure professionali competenti: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali e OSS. La multidisciplinarietà diventa presupposto imprescindibile per un'assistenza di qualità e per la possibilità di fornire un intervento efficace.

Il quadro regionale attuale ci dice che si può fare ancora molto per migliorare gli standard di qualità che le attuali conoscenze nel campo delle cure palliative permetterebbero.

E' necessario garantire il raccordo tra dimissioni protette e cure palliative con un forte coinvolgimento del MMG.

4.6.2 Disabilità e non autosufficienza

L'assistenza alle persone disabili e anziane non autosufficienti ha subito negli ultimi tempi un'evoluzione che si è concretizzata nel passaggio dal "curare" al "prendersi cura" della persona, nella complessità e globalità dei suoi bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. In quest'ottica si parla di assistenza integrata sociosanitaria per indicare l'insieme degli interventi rivolti alle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali, necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto di altri.

In quest'ambito la peculiarità consiste nelle cure di lungo periodo (Long Term Care LTC) caratterizzate dalla durata nel tempo del bisogno di cura che implica la modifica dell'organizzazione di vita della persona stessa e della sua famiglia e in cui non è possibile scindere la componente sociale da quella sanitaria degli interventi messi in atto. Tale percorso di presa in carico di lungo periodo non può prescindere dalla presenza della famiglia o di altre reti

informali in grado di garantire sostegno, adeguata disponibilità di presenza e comfort ambientale al domicilio in modo tale da creare le condizioni per gli interventi sanitari, quali ad esempio le Cure Domiciliari, e sociali finalizzati a specifici obiettivi di salute e assistenza.

Nell'ambito della Long Term Care, si collocano a pieno titolo le misure sociosanitarie finalizzate al mantenimento a casa delle persone disabili e degli anziani non autosufficienti finanziate con il FNNA di cui al precedente cap. 2. Rientrano in questa categoria i Progetti di vita indipendente per l'inclusione sociale, nonché gli assegni di cura per disabili gravi e gravissimi assistiti a domicilio da personale assistenziale e/o educativo assunto dalla famiglia per integrare la propria rete assistenziale.

Laddove la persona sia in grado di autodeterminarsi, le è garantita la libertà di scelta, su base di uguaglianza con gli altri, delle forme e delle modalità di fruizione dei servizi attivabili a fronte del progetto individualizzato di assistenza. Quest'ultimo viene redatto con la diretta partecipazione del destinatario e/o della sua famiglia e comprende l'articolazione degli interventi sia sociali che sanitari nonché gli obiettivi di salute e assistenza che si intendono perseguire.

Un nodo strategico all'interno della rete individuale della persona che facilita il pieno accesso ai servizi e la partecipazione al proprio progetto individuale di assistenza, è rappresentato dalla figura dell'Amministratore di Sostegno (AdS). Quest'ultimo ha infatti la funzione di integrare l'offerta dei servizi sociosanitari con la protezione giuridica, quale "garante" dell'autodeterminazione della persona e del suo progetto di vita individualizzato, agendo secondo le aspirazioni e i desideri della persona stessa. E' obiettivo dell'Amministrazione avviare e promuovere innovazioni e sperimentazioni pilota su tutto il territorio regionale, al fine di garantire risposte ed interventi omogenei in tema di protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno.

Tra le misure sociosanitarie finalizzate al mantenimento a casa meritano un'attenzione particolare i Progetti di Vita Indipendente e gli interventi per le Gravissime Disabilità.

Per Vita Indipendente si intendono tutti quei percorsi volti all'emancipazione della persona disabile adulta attraverso l'abitare in autonomia, l'inclusione lavorativa, la gestione del proprio tempo libero, anche attraverso la figura

dell'“assistente personale”. Di particolare rilievo sono le sperimentazioni in atto relative a forme di convivenza tra giovani disabili che rappresentano “laboratori didattici” di apprendimento delle autonomie cui si intende dare ulteriore sviluppo quale primo segmento di una filiera di servizi maggiormente flessibile e personalizzata, obiettivo da perseguire nel triennio.

Per quanto riguarda le Gravissime Disabilità si tratta di assistenza indiretta attraverso cui la famiglia può provvedere all'acquisto di prestazioni e servizi socioassistenziali domiciliari.

L'introduzione delle nuove misure assistenziali di mantenimento a casa delle persone disabili e anziane non autosufficienti combinata con le trasformazioni epidemiologiche e socioeconomiche della popolazione, rende non più rinviabile la revisione e l'ampliamento della filiera d'offerta sperimentando nuove modalità di accoglienza e garantendo maggiore flessibilità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sostenibilità dei servizi. L'obiettivo del triennio è quindi quello di superare le attuali caratteristiche di frammentarietà e verticalizzazione dei servizi con una maggiore prossimità al territorio per facilitare l'accompagnamento della persona che esprime bisogni che evolvono progressivamente da “leggeri” di tutela a bisogni di cura sempre maggiori e più complessi. Si sta avviando, pertanto, un processo di innovazione nelle politiche sociosanitarie secondo la logica di filiera articolata in diversi segmenti, strettamente interconnessi tra loro in modo da consentire, dove necessario, il passaggio flessibile da un segmento all'altro e organizzati in modo tale da non prefigurare percorsi rigidi bensì opportunità di accesso a qualunque segmento della filiera sulla base del bisogno e della fase di vita della persona.

L'obiettivo che si persegue è pertanto quello di una riorganizzazione del sistema di offerta e del relativo sistema tariffario, connessi con l'approvazione della nuova legge regionale sull'autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di cui al capitolo 3.4. e con il nuovo modello di contrattualistica con i fornitori pubblici e privati accreditati.

Tra le azioni iscritte nell'agenda regionale meritano di essere citate, l'organizzazione delle strutture residenziali sulla base del case-mix, la revisione della rete dei Centri Diurni per anziani per persone con disturbi cognitivi, la sperimentazione di Alloggi Protetti, con particolare riferimento ad anziani soli con figli portatori di disabilità, la sperimentazione dell'”RSA Aperta

“ per l'erogazione di servizi di cura e assistenziali a domicilio e ambulatoriali, nonché per l'accoglienza diurna di piccoli numeri di persone che, durante la giornata, fruiscono delle attività e delle prestazioni offerte dalla struttura.

Un aspetto fortemente innovativo introdotto dalla recente legge 112/2016 è rappresentato dal Dopo di Noi con cui si intendono servizi di accoglienza e assistenza in forma residenziale in piccole unità abitative di persone disabili rimaste prive del sostegno familiare, alla cui realizzazione concorrono attivamente le stesse famiglie con proprie risorse economiche attraverso i trust e altre forme di mutualità.

4.6.3 Salute Mentale

In un contesto di particolare complessità come quello della Salute Mentale, fortemente influenzato dai cambiamenti culturali e sociodemografici, si rende necessaria la definizione di percorsi assistenziali e modelli organizzativi in grado di rispondere alle nuove esigenze e alle patologie emergenti.

In base alle priorità di salute mentale, individuate dal Piano di azioni per la Salute Mentale recentemente recepito da Regione Liguria, e ad integrazione dell'assistenza offerta dai servizi cosiddetti generalisti, appare fondamentale lo sviluppo di percorsi terapeutici ospedalieri e ambulatoriali ad intensità di cura e ad alta specializzazione, differenziati per tipologia di disturbo, fase della malattia e fase della vita.

Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014 (recepito con DGR 268/2015) sul documento concernente “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale e per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità” si propone di approfondire alcuni obiettivi prioritari dedicati all'individuazione di percorsi di cura relativamente ad alcuni raggruppamenti psicopatologici gravi: i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Ciò in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna circa due terzi delle risorse di budget dei servizi sanitari e sociosanitari.

Pertanto, in applicazione al suddetto Accordo recepito con DGR 268/2015, si rende necessaria la ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi psichiatrici

maggiori, anche attraverso il monitoraggio – con specifici indicatori - dei relativi PDTA, sulla base delle indicazioni previste dall'Intesa CU del 2014.

4.6.4 Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

La riorganizzazione dei servizi di NPIA avviata con la DGR 161/2016 si è resa necessaria in relazione ai crescenti bisogni della popolazione infantile e adolescenziale, caratterizzata da un'elevata prevalenza ed incidenza di disturbi emotivi, dell'apprendimento e disturbi psicopatologici in fase di esordio, come peraltro evidenziato dal trend in aumento del tasso di suicidi e dell'uso di sostanze fra gli adolescenti. Tali bisogni non trovano oggi sul territorio risposte uniformi nei tempi e nei modi, essendo in molte aree presente una frammentazione del servizio. Il primo obiettivo indicato è stato quindi quello della strutturazione di un servizio di NPIA dedicato in ogni ASL. La definizione dei PDTA per garantire la continuità assistenziale nel passaggio all'età adulta dovrà essere una delle priorità d'intervento per i riorganizzati servizi. In questo senso si proseguirà con il lavoro in corso attraverso un tavolo di coordinamento a livello centrale per una risposta uniforme ed efficiente.

In relazione a ciò, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale d'Azioni per la Salute Mentale (PANSM) 2013-2015, deve essere sviluppata una forte integrazione con i Servizi per adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

In questo quadro si inserisce anche la presa in carico dei pazienti autistici, secondo quanto disposto dalla L. 18 agosto 2015, n. 134 ("Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie"), che prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico, tenuto conto anche del recente loro inserimento nei LEA.

Al fine di rispondere alle esigenze ed ai bisogni legati a questa patologia, la Regione Liguria ha rinnovato il Tavolo regionale autismo, gruppo di lavoro formato da esperti della materia che ha come obiettivo principale quello di rispondere alle continue istanze delle famiglie connesse alle tematiche socio-sanitarie, coinvolgendo laddove necessario gli esperti competenti.

Per supportare questo tavolo, è attiva sia una rete specialistica sull'autismo, composta dai referenti tecnici territoriali in materia, sia il Tavolo di coordinamento relativamente al percorso di riorganizzazione dei servizi di NPIA di cui sopra.

Obiettivo prioritario è la promozione di una maggiore continuità assistenziale ed una presa in carico integrata multi professionale, in considerazione della complessità e della gravità del quadro clinico che i disturbi dello spettro autistico rappresentano. Inoltre, specie in alcune aree territoriali l'obiettivo strategico è la tempestività dell'intervento riabilitativo con l'abbattimento delle liste di attesa. E' fondamentale che interventi specifici, competenze cliniche ed interventi abilitativi/ riabilitativi e di supporto per il paziente e per la sua famiglia siano costruiti su buone prassi, definendo percorsi comuni di presa in carico e cura dei minori, in particolare nella fase di passaggio all'età adulta.

4.6.5 Residenzialità psichiatrica per adulti e per minori

E' necessario dare piena attuazione sia all'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013, che a quello sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014. Il primo, recepito con DGR n. 1719/2013, riguarda "Le strutture residenziali psichiatriche" e fornisce indirizzi omogenei sul territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità e tempi massimi di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni.

Il secondo, recepito con DGR 269/2015, inerisce "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" e fornisce indirizzi omogenei sul territorio nazionale, in relazione alla realizzazione di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva che garantisca, in particolare, una diagnosi precoce, degli interventi tempestivi con tempi definiti, l'appropriatezza dei percorsi di cura, nonché la continuità terapeutica.

Le azioni prioritarie dei due documenti sono il contrasto alle nuove forme di istituzionalizzazione e la centralità, soprattutto nell'area dei minori, della

territorialità dell'intervento, per mantenere e favorire un rapporto stabile con il proprio ambiente socio-famigliare.

4.6.6 Dipendenze

Dal 2009 ad oggi sono state sintetizzate ed introdotte sul mercato oltre 700 nuove sostanze psicoattive, vale a dire nuove molecole create in laboratorio, che hanno generato la diffusione ed il consumo di nuove sostanze che possono provocare gravi danni alla persona. Le caratteristiche chimiche di tali sostanze sono divulgate puntualmente tramite il "Sistema Nazionale di allerta precoce e risposta rapida per le droghe" dell'Istituto Superiore di Sanità e del Dipartimento Politiche Antidroga.

La specifica reportistica delle nuove sostanze psicoattive, periodicamente ricevuta in questi anni, ci permette, tramite il supporto dell'Istituto di Macromolecole del CNR di Genova, di realizzare un report specifico ad uso informativo e divulgativo sul danno metabolico provocato dalle sostanze sopracitate. Tale reportistica consente di fornire informazioni aggiornate agli operatori dei servizi delle Dipendenze sia sulle caratteristiche chimiche delle nuove sostanze psicoattive, sia sul danno metabolico conseguente al consumo, con acquisizione di specifiche competenze da parte dei suddetti operatori.

L'obiettivo della stesura di un report è disseminare le informazioni a tutta la popolazione, attraverso le azioni necessarie, condivise con gli operatori delle dipendenze.

Particolare attenzione va posta al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), fenomeno relativamente recente, ma che oggi ha raggiunto caratteristiche di emergenza: la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3 al 3,8% della popolazione generale e si stima che i giocatori d'azzardo patologici siano intorno all'1,6%. Le fasce di popolazione maggiormente interessate sono i giovani e gli anziani. Ad oggi sono circa 400 i soggetti in carico, ma il fenomeno è sottostimato ed è destinato ad aumentare. A tale dipendenza è stato dedicato uno specifico Piano d'azione nazionale 2013/2015 e di recente è stata inserita nei nuovi LEA (D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato in G.U. n. 65 del 18/03/2017).

In previsione delle attività finanziate con il fondo straordinario del Ministero della Salute D.M. 208/2016, saranno implementate attività di informazione,

prevenzione rivolte alla popolazione generale, nonché l'incremento dell'offerta di cura e presa in carico dei soggetti dipendenti patologici da gioco d'azzardo. Dovranno proseguire le attività di monitoraggio dei soggetti in carico ai Sert e le attività di prevenzione del consumo di alcol, cannabinoidi e sostanze illecite, soprattutto tra i giovani, oltre a proseguire la campagna informativa sul rischio di sostanze dopanti.

4.6.7 Interventi contro HIV/AIDS

Gli obiettivi definiti dalla legge 135/90 riguardo l'assistenza, la definizione e la realizzazione della rete di interventi e formazione sono stati in larga misura realizzati e hanno consentito di affrontare l'emergenza AIDS e di seguirne gli sviluppi nel tempo. Ad oggi si notano profonde variazioni non solo in termini epidemiologici, ma anche per quanto attiene alla realtà socio-assistenziale. Rimangono ancora questioni irrisolte, prima fra tutte il persistere della diffusione dell'infezione, che colloca la nostra regione fra quelle con il più alto tasso di incidenza.

Riguardo al contenuto e alle indicazioni del Piano Nazionale di interventi contro HIV/AIDS, in via di approvazione, la nostra regione è in gran parte allineata. Occorre però attivare campagne di informazione ed eseguire i test soprattutto nei giovani, negli immigrati. E' fondamentale attivare o implementare la collaborazione con gli operatori dei centri per le IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse), creando sinergismi tra infettivologi, dermatologi, urologi, proctologi e ginecologi, che sono i professionisti ai quali le persone si rivolgono per la comparsa della sintomatologia clinica.

Altro obiettivo è quello del coinvolgimento di endocrinologi, ortopedici, geriatri e cardiologi, tenuto conto che l'età media dei pazienti è intorno ai 50 anni, con un invecchiamento precoce rispetto ai coetanei, causato dall'infiammazione cronica, determinata da un'infezione virale persistente, anche se controllata farmacologicamente. Resta fermo il ruolo degli infettivologi nella gestione diretta dei pazienti e nella regia della interazione con tutti i succitati specialisti. Occorre inoltre attivare programmi di tutela dei diritti sociali e dei lavoratori, nonché di lotta allo stigma, tramite indagini mirate ai bisogni delle persone con infezione da HIV e campagne informative.

Quindi, in linea con il Piano nazionale, gli obiettivi prioritari degli interventi sono:

- Delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni. Facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso. Garantire a tutti l'accesso alle cure
- Favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento
- Migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone con HIV/AIDS
- Coordinare i piani di intervento sul territorio regionale
- Tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone con HIV/AIDS
- Promuovere la lotta allo stigma
- Promuovere il coinvolgimento attivo della popolazione chiave.

4.6.8 Assistenza Consultoriale

Il Consultorio familiare vuole essere un punto di risposta alle problematiche che la famiglia può incontrare in tutte le fasi del ciclo di vita.

La tutela della salute in ambito consultoriale costituisce un impegno di valenza strategica del sistema socio-sanitario ligure per il riflesso che gli interventi di promozione della salute e di cura in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Il rapido cambiamento del contesto socioeconomico e la stratificazione dei bisogni ha avuto un notevole impatto sui servizi consultoriali, che devono rispondere in maniera flessibile ai nuovi bisogni emergenti, rimodulando invece quelli a cui il sistema ha già da tempo risposto.

Inoltre, nella realtà ligure i Consultori familiari sono collocati all'interno di strutture organizzative differenti a seconda delle ASL, generando differenti modalità di efficienza organizzativa. Al fine di ricomporre la frammentazione organizzativa, è indispensabile procedere individuando un modello di facile accesso e garante di LEA uniformi per tutta la cittadinanza ligure, attraverso una forte collaborazione e sinergia volta ad assicurare alle persone e alle famiglie un percorso di accompagnamento, di sostegno, di presa in carico, lungo tutto l'arco delle fasi evolutive tra i generi e le generazioni.

E' necessaria pertanto la riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture sociosanitarie territoriali in modo tale che, si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità, e si contraggano eventuali dispersioni di risorse finanziarie e umane.

Il modello organizzativo deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale, la forte integrazione sociosanitaria e la razionalizzazione della risposta specialistica ospedaliera. Il Consultorio deve assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati condivisi e l'identificazione delle équipes professionali. La gestione integrata dei percorsi richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia.

Un primo importante elemento di analisi per fornire indirizzi alla riqualificazione dei servizi consultoriali sarà la redazione di un programma regionale annuale sull'attività consultoriale basato sui dati di monitoraggio, utile per avere un quadro sempre aggiornato che delinei aspetti qualitativi e quantitativi relativi al funzionamento dei servizi consultoriali, rispondendo in tal modo all'attuale carenza di elementi programmatori che leghino l'elaborazione dell'offerta alla nuova domanda.

I consultori familiari devono pertanto revisionare l'attuale offerta dei servizi, potenziando le azioni di supporto alla donna, ai minori, alle relazioni di coppia e quelle relative alla genitorialità nelle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia, promuovendo altresì interventi volti a favorire la natalità, rafforzando e diffondendo buone pratiche per meglio intercettare i bisogni legati al benessere integrale della persona.

In particolare il Consultorio Familiare è il servizio deputato elettivamente a seguire le gravidanze a basso rischio e a fornire l'assistenza alle puerpere, anche con progettazioni personalizzate come visite domiciliari ed altre prestazioni dedicate al dopo nascita. Secondo quanto stabilito nella DGR 161/2016, sono state analizzate le criticità e le risorse disponibili per l'assistenza alla gravidanza nei consultori per definire la riorganizzazione da realizzare per ottenere l'aumento dell'offerta messa a disposizione del territorio su questi servizi.

A fronte di questo, Regione Liguria promuove la messa a sistema di iniziative di supporto al percorso nascita volte a:

- Rafforzare équipe integrate sociosanitarie al fine di sviluppare interventi integrati, tempestivi ed appropriati garantendo un approccio interdisciplinare alle presa in carico della persona;

- Attuare iniziative volte ad “accompagnare” la madre (e la famiglia) nel percorso gravidanza-nascita-primi mesi di vita del bambino attraverso azioni di sostegno alla vita quotidiana, che possano anche intercettare situazioni di rischio o di emergenza e garantire il collegamento tra i servizi territoriali e ospedalieri.
- Sostenere la natalità, attraverso l'intervento integrato dei servizi territoriali, ospedalieri e degli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute.

4.7 Medicina penitenziaria

Con il D.Lgs. 230/1999 è stato avviato il processo di trasferimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ossia dell'attribuzione al Ministero della Salute delle competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dei SSR negli Istituti penitenziari, alle Aziende Sanitarie la gestione ed il controllo dei servizi sanitari negli Istituti penitenziari. Il processo trova fondamento in principi costituzionali quali la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria (art. 117) e la territorialità della pena (art. 27), che hanno, pertanto, un valore giuridico ed insieme un valore etico, orientando gli ordinamenti (sanitario, giudiziario e penitenziario) alla cura e al reinserimento sociale degli autori di reato.

Ne consegue che ogni Regione è responsabile della tutela della salute delle persone residenti nel proprio territorio, anche detenute, con diritto alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

La riforma è divenuta operativa con il DPCM 1 aprile 2008 che disciplina il trasferimento delle risorse di personale e strumentali e definisce le linee di indirizzo per la tutela della salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Si è trattato di un processo complesso e ad oggi non completamente consolidato, che richiede una riflessione anche sul piano della cultura dei servizi poiché si tratta di un trasferimento di funzioni tra organizzazioni non

omologhe, che per il SSN - articolato a più livelli, differenziato tra le Regioni e spesso tra le Aziende sanitarie della stessa regione poiché implica l'assicurazione agli autori di reato all'accesso ai diversi servizi sanitari della rete assistenziale nell'ambito dei vincoli determinati dalle prescrizioni degli ordinamenti giudiziario e penitenziario, antecedenti e non armonizzati con la riforma della sanità penitenziaria. È presumibilmente anche a causa di questa "asimmetria" che ad oggi non esistono flussi, indicatori, classificazioni nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale e neppure un flusso informativo nazionale dedicato alla salute in carcere, con le conseguenti difficoltà nel valutare e programmare le necessarie risorse e attività.

Dal 2014 ad oggi la Regione Liguria ha organizzato una serie di incontri di approfondimento tra il competente Settore regionale, Rappresentanti della Magistratura e Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali per le attività specifiche dell'Unità funzionale di psichiatria forense, con le necessarie competenze anche giuridiche, nell'ambito di ciascun Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, come interfaccia tra il sistema sanitario ed il sistema giudiziario e a supporto dei servizi psichiatrici territoriali che hanno in carico autori di reato, siano essi in carcere o sul territorio.

Sulla base di tale accordo è prevista l'implementazione dell'assistenza per la salute mentale in carcere presso la struttura detentiva di Genova Marassi, con funzione regionale, anche al fine di ridurre gli ingressi impropri nella R.E.M.S. provvisoria di Genova Prà e, successivamente, in quella definitiva di Calice al Cornoviglio.

Obiettivi:

- 1) Redazione di un Piano Triennale della Salute in Carcere.
- 2) Istituzione della Rete Regionale della Salute in carcere, così come previsto dall'Accordo C.U. 22.01.2015: Linee guida erogazione assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti.
- 3) Monitoraggio delle attività della REMS provvisoria di Genova Prà.
- 4) Monitoraggio delle attività correlate all'apertura della REMS definitiva di Calice al Cornoviglio e predisposizione di indicazioni programmatiche a sostegno delle attività della ASL5 per l'attivazione della stessa.
- 5) Organizzazione di programmi formativi di base e di aggiornamento rivolti agli operatori coinvolti nell'intero sistema.

- 6) Implementazione e monitoraggio delle attività di collaborazione tra la Magistratura e le Unità Funzionali di Psichiatria Forense (UFPPF).

4.8 L'assistenza specialistica territoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Territoriale comprende le prestazioni sanitarie erogate a livello ambulatoriale e inserite dal DPCM avente ad oggetto i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 12/01/2017 (Pubblicato in G.U. n°65 del 18/03/2017) nell'Area delle attività distrettuali.

Le attività di specialistica territoriale sono in gran parte svolte all'interno delle strutture poliambulatoriali distrettuali dove sono presenti, in modo differenziato, tutte le branche specialistiche.

Il tema della specialistica territoriale non può essere analizzato senza correlarlo ad altre tematiche fondamentali nell'assistenza territoriale, come quelle dei tempi di attesa, delle prenotazioni CUP, dei LEA e, soprattutto, del modello di organizzazione distrettuale.

Nella Regione Liguria, l'assistenza specialistica territoriale è, nella maggior parte dei casi, erogata da medici specialisti con contratto SUMAI, quindi con rapporto di lavoro convenzionato con quantità di ore variabile in relazione al fabbisogno stabilito dall'Azienda. I medici SUMAI che operano presso le strutture delle AA.SS.LL. liguri sono circa 450.

A questi occorre aggiungere il personale di supporto infermieristico e ausiliario che opera nei poliambulatori territoriali.

E' necessario rilevare che parte del personale medico operante con contratto SUMAI si trova nella fascia d'età 64-70 anni, quindi vicino al pensionamento. Soprattutto nelle branche ortopedia e ginecologia si verifica questa situazione, che sommata alla difficoltà di reperire questi specialisti sul mercato, determina carenze che provocano criticità legate alle sostituzioni degli stessi con ricadute sui tempi d'attesa. Criticità determinate anche dalle norme presenti nel contratto SUMAI, che non agevolano la sostituzione dello specialista per assenza improvvisa (Legge 104, formazione, malattia ecc.).

Un altro elemento da considerare nell'affrontare le tematiche relative a questo personale è di tipo gestionale. Non esiste un modello unico tra tutte le AA.SS.LL. liguri nel definire da quale struttura debbano essere "governati". In alcune realtà hanno un riferimento nel Dipartimento Aziendale specifico, ma nella gran parte non hanno una struttura di "appartenenza" tecnico-scientifica.

La non “appartenenza” ad una precisa struttura tecnico-scientifica non facilita la partecipazione e l'integrazione a processi complessi come i percorsi per la cronicità, in cui è indispensabile l'apporto di questi professionisti a livello territoriale.

Se da una parte è dunque necessario un preciso riferimento tecnico-scientifico di questi professionisti ad una struttura, sia questa un Dipartimento o una struttura complessa, dall'altra occorre che tutta l'attività clinica sia sottoposta al governo dell'organizzazione distrettuale, che deve verificare i fabbisogni del proprio territorio, i tempi d'attesa, la maggiore o minore saturazione delle singole agende, le carenze o i surplus di personale medico ed infermieristico, programmando così gli interventi necessari.

Negli ultimi anni si è rilevato una costante diminuzione della produttività nelle strutture ambulatoriali territoriali di tutta la regione Liguria.

Ciò può essere imputato a vari fattori:

- Un maggior ricorso da parte dei cittadini all'assistenza privata, in quanto si è registrato l'arrivo sul mercato sanitario di molti gestori privati.
- Offerta da parte dei gestori privati di prestazioni allo stesso costo di quelle erogate dal pubblico.
- Minor tempo d'attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali territoriali da parte dei gestori privati.

Nonostante ciò, permangono criticità nei tempi d'attesa, soprattutto in branche specialistiche come cardiologia, oculistica, ortopedia e nella diagnostica per immagini.

Direttamente correlata a queste tematiche è la qualità delle strumentazioni utilizzate negli ambulatori specialistici distrettuali. Spesso risultano obsolete e necessitano di continua manutenzione, non fornendo prestazioni appropriate. Ciò a volte determina un'interruzione nell'erogazione delle prestazioni che va ad aggravare i tempi d'attesa. E' necessario un continuo monitoraggio da parte dell'Azienda sullo stato delle dotazioni strumentali della specialistica ambulatoriale che permetta di attuare i necessari interventi al fine di evitare criticità nelle risposte al cittadino.

La previsione di un sempre maggiore passaggio di prestazioni sanitarie dal regime ospedaliero o Day-Hospital a quello ambulatoriale (come previsto dal Decreto sui nuovi LEA) impone ad ogni Azienda un'attenta programmazione

che, partendo da un'analisi dei bisogni di quel territorio (ad esempio attraverso il PAT), arrivi a determinare il fabbisogno di professionisti e strumentazioni.

Maggiore attenzione va posta anche sul processo di chiusura/apertura delle agende di prenotazione e saturazione delle stesse. La normativa impone di non chiudere mai le agende (salvo giustificato motivo che deve essere comunicato), ma occorre monitorare costantemente l'attività (soprattutto da parte dei Distretti), al fine di evitare chiusure inappropriate; stessa cosa dicasi per la saturazione delle agende.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Specialistica Convenzionata prevede un'organizzazione della specialistica territoriale centrato sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come per la Medicina Generale. Ipotizzando che per ogni distretto sia possibile individuare una o due AFT della specialistica con relativo responsabile (come prevede l'accordo nazionale), questa diventa il riferimento per le AFT della Medicina Generale di quel territorio.

Tale prospettiva organizzativa potrebbe permettere di superare alcune criticità esposte precedentemente, come ad esempio:

- Maggiore comunicazione con la Medicina Generale nella presa in carico del paziente;
- Integrazione nei processi complessi come i PDTA con ruoli di responsabilità;
- Inserimento fattivo nell'organizzazione territoriale con superamento di un ruolo solo "consulenziale"

Tutto ciò attraverso un'azione governata dall'organizzazione distrettuale.

L'inserimento del Medico specialista ambulatoriale in processi di maggiore integrazione permette anche di programmare a livello regionale con più appropriatezza le caratteristiche e i percorsi da garantire nelle case della salute.

4.9 L'assistenza farmaceutica

4.9.1 Accesso, sostenibilità e governo della spesa

Nell'attuale scenario la sfida in cui la nostra Regione è impegnata è quella di coniugare la garanzia dell'accesso alle terapie innovative rese disponibili negli ultimi anni con la sostenibilità.

Infatti, come è noto, recentemente sono stati resi disponibili farmaci innovativi che hanno permesso di migliorare la qualità delle cure in alcune aree terapeutiche; tuttavia, l'elevato costo delle nuove terapie impegna i servizi sanitari per assicurare l'accesso a tali terapie. La formula adottata è stata quella di:

- Promuovere la appropriatezza clinico-gestionale;
- Monitorare la spesa;
- Favorire condivisione delle informazioni e la formazione tra gli attori del sistema.

Il contesto attuale: incremento della spesa farmaceutica

A partire dal 2015, il trend di riduzione della spesa farmaceutica regionale registrato negli anni precedenti ha subito una inversione; come viene sinteticamente riportato nella tabella di seguito riportata, si è registrato un importante incremento della spesa ospedaliera e della diretta contenuto, ma non compensato, dalla parallela progressiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata.

Infatti, tra il 2014 ed il 2016, la spesa regionale per farmaci utilizzati in ospedale o distribuiti direttamente dalle strutture pubbliche o distribuiti dalle farmacie convenzionate in nome e per conto del SSR ha registrato un aumento del 37% mentre l'aumento complessivo si è assestato sul 18%.

In generale l'incremento registrato è massimamente attribuibile all'introduzione dei nuovi farmaci utilizzati per:

- trattamento dell'epatite C;
- trattamento delle patologie oncologiche;
- trattamento delle patologie autoimmuni (reumatologiche, dermatologiche e croniche intestinali);
- trattamento della sclerosi multipla;
- trattamento delle patologie cardiovascolari (NAO).

Spesa Farmaceutica Regione Liguria (€)				
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Differenza 2016-2014 (%)
OSPEDALIERA	113.885.491	128.503.466	135.103.139	21.217.648 (19%)
DIRETTA	143.366.712	199.868.839	228.441.111	85.074.399 (59%)

PER CONTO	23.085.583	21.306.690	21.373.407	-1.712.176 (-7%)
Sub totale	280.337.786	349.678.995	384.917.657	104.579.871 (37%)
CONVENZIONATA	224.258.178	218.752.769	211.101.705	-13.156.473 (-6%)
TOTALE	504.595.964	568.431.764	596.019.362	91.423.398 (18%)

Incremento della spesa farmaceutica atteso

Già a partire dall'anno in corso e nei prossimi anni ci dovremo attendere un ulteriore incremento di spesa dovuto principalmente a:

- farmaci antiepatite: introduzione di nuove molecole ed estensione dei criteri di eleggibilità dei pazienti;
- farmaci oncologici: introduzione di altri farmaci oncologici target (per es: nindetanib, blinatumumab, elotuzumab), dei nuovi farmaci immuno-oncologici, con introduzione di nuove molecole (per esempio: durvalumab, atezolizumab, avelumab) ed estensione delle indicazioni delle molecole già disponibili (per esempio: nivolumab, pembrolizumab).
- introduzione di farmaci con meccanismi innovativi rivolti ad altre aree terapeutiche, quali quella cardiovascolare e quella delle malattie rare, nonché l'introduzione nella pratica medica delle nuove terapie geniche.

In generale si tratta di terapie molto costose, sottoposte da AIFA a registro di monitoraggio, che dovranno essere attentamente valutate nei prossimi anni, dal punto di vista dell'efficacia, della tollerabilità e dei costi.

4.9.2 Il governo dell'appropriatezza

Farmaci ad alto costo e registri di monitoraggio AIFA

I registri di monitoraggio AIFA sono un potente strumento a supporto dell'appropriatezza e della sostenibilità dell'utilizzo dei nuovi farmaci ad alto costo.

A partire dal 2013 la normativa nazionale ha assegnato alle Regioni il governo della prescrizione dei farmaci ad alto costo tramite l'individuazione dei centri prescrittori e l'attivazione delle procedure informatiche che regolano l'eleggibilità dei pazienti arruolabili ai nuovi trattamenti nonché il monitoraggio degli stessi dal punto di vista dell'efficacia e della sicurezza.

Tutti i farmaci innovativi e di recente introduzione in commercio quali i nuovi farmaci oncologici, gli immunomodulatori, i nuovi anticoagulanti orali, alcuni farmaci orfani per la cura delle patologie rare, i farmaci per l'epatite C, le terapie per la degenerazione maculare, i nuovi farmaci ipolipidizzanti (gli

anti PCSK9) sono soggetti al monitoraggio da parte di AIFA; a dicembre 2016 sono in totale 105 i farmaci gestiti a registro AIFA e 188 le diverse indicazioni. I dati di attività relativi agli anni 2013-2016 indicano che globalmente sono stati avviati 17.885 trattamenti ed effettuate 98.159 prescrizioni a livello regionale.

Relativamente alla sostenibilità, l'aderenza alle disposizioni AIFA e la completa compilazione dei registri stessi sono le condizioni necessarie per l'accesso ai rimborsi previsti.

L'attività svolta in questi anni prima da Regione Liguria, poi da ARS e attualmente da A.Li.Sa. è stata finalizzata a:

- creare una rete con l'attivo coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie, dei Medici prescrittori e dei Farmacisti pubblici;
- fornire specifiche linee di indirizzo per promuovere l'aderenza alle disposizioni AIFA;
- realizzare attività di formazione ad hoc, con la partecipazione dei Dirigenti AIFA responsabili dei Registri AIFA.

Piani terapeutici web based

Allo scopo di assicurare l'appropriatezza diagnostico-assistenziale, AIFA ha previsto che alcuni medicinali compresi in fascia A siano prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) soltanto per determinate indicazioni specificate nelle "note AIFA" e siano erogati solo sulla base della Diagnosi e del Piano Terapeutico formulati da Centri specialistici individuati dalle Regioni. I medici specialisti abilitati alla redazione dei Piani Terapeutici devono svolgere la propria attività presso i Centri Specialistici delle Aziende, Enti Ospedalieri, IRCCS Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e Policlinici Regionali.

A partire dal 2011 (DGR 759 del 5/7/2011) la Regione Liguria ha stabilito di informatizzare i Piani Terapeutici previsti dalla normativa vigente. Questo modello gestionale consente di assicurare il governo delle prescrizioni e l'appropriatezza perché solo i Medici autorizzati possono effettuare la prescrizione del piano terapeutico; la prescrizione dei farmaci specialistici è limitata alle sole indicazioni rimborsabili; è possibile effettuare il controllo tra il prescritto e l'erogato; il repository dei Piani terapeutici viene aggiornato centralmente e gli aggiornamenti vengono inviati alle Aziende sanitarie ed agli

enti della Regione. Le aziende sanitarie possono consultare via web i piani terapeutici dei loro assistiti.

Attualmente sono registrati sull'applicativo informatico regionale tutti i farmaci per i quali la normativa vigente prevede il Piano Terapeutico.

Dal 2011 al marzo 2017 sono stati in totale attivati 178 piani terapeutici informatizzati.

Farmacovigilanza

A partire dal 2014 con la D.G.R. 1645/2014, è stato approvato il nuovo programma di farmacovigilanza attiva, con il rafforzamento della rete a livello delle singole aziende e del Centro Regionale di Farmacovigilanza e di Informazione indipendente del Farmaco (CRIFF).

Annualmente vengono elaborati dagli enti e alle aziende sanitarie progetti di farmacovigilanza attiva finanziati da AIFA volti a migliorare l'utilizzo dei farmaci nei diversi setting assistenziali e approfondire il profilo di safety.

Il monitoraggio dei dati

I flussi ministeriali erogazione diretta ed erogazione ospedaliera

Con il DM 31 luglio 2007 pubblicato in G.U. 229 del 2/10/07 e successive integrazioni e con il DM 4 febbraio 2009, sono stati istituiti i flussi informativi per il monitoraggio dei consumi dei farmaci distribuiti attraverso il canale della erogazione diretta e, successivamente, quello ospedaliero.

Tali dati costituiscono un importante patrimonio per assicurare il monitoraggio della spesa e la tracciabilità dei consumi e delle prescrizioni.

Regione Liguria è sempre stata adempiente nel rispettare gli obblighi relativi alla sottomissione dei dati e alle verifiche della qualità degli stessi (adempimenti LEA).

Le informazioni richieste presenti sulle base dati delle Aziende sanitarie vengono inviate con periodicità sistematica a Regione Liguria tramite flussi standardizzati e secondo regole condivise tramite documenti di Specifiche Tecniche e disciplinate dalle normative nazionali o regionali; tali dati vengono quindi processati e inviati ad NSIS.

Il monitoraggio dei dati: lo strumento datawarehouse (DWH)

Il DWH sanitario di Regione Liguria si inserisce all'interno del Sistema di Governo di Regione Liguria ed ha l'obiettivo di supportare l'attività di controllo,

programmazione e governo in Sanità, avvalendosi di una sempre più consolidata cultura nell'utilizzo dei dati e della standardizzazione dei flussi informativi.

Il DWH di Regione Liguria è un'applicazione web con accesso riservato al personale autorizzato, finalizzata a rendere fruibile a tutti gli operatori il patrimonio informativo disponibile presso la Regione; in particolare, per quanto riguarda la farmaceutica, permette l'effettuazione di molteplici elaborazioni ed approfondimenti necessari al monitoraggio dei consumi e dell'appropriatezza.

Formazione

Al fine di assicurare la formazione e l'aggiornamento dei sanitari e la sensibilizzazione sui temi ritenuti cruciali per assicurare la sicurezza, l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, nel corso degli ultimi anni, in collaborazione con SIFO (Società italiana dei Farmacisti Ospedalieri), sono stati realizzati corsi di aggiornamento rivolti ai sanitari della regione sui diversi temi; tra i più salienti si riportano: le Malattie rare, i Farmaci oncologici, i Registri AIFA, i Gas medicali, i Dispositivi Medici ed l'utilizzo Repertorio, Farmaci Biologici, Farmaci per il trattamento della Epatite.

4.9.3 Le regole del sistema: novità nel finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e del Fondo Sanitario Regionale (FSR)

Nuovi tetti

La normativa vigente in materia di tetti di spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale è stata recentemente modificata dalla legge di bilancio per l'anno 2017 (art. 1, commi 398 e 399, della L. 232 del 11/12/2016): in particolare è stato confermato il tetto complessivo pari al 14,85% del FSN (in vigore dal 2013), ma sono stati modificati la denominazione, la composizione ed anche il singolo valore dei due tetti.

In particolare, il nuovo sistema di tetti che da quest'anno governa la spesa farmaceutica prevede:

- la spesa farmaceutica ospedaliera è stata ridenominata “spesa per acquisti diretti” e ora comprende anche il valore dei farmaci di classe A

- che vengono distribuiti sia in forma diretta che attraverso il sistema per conto; il tetto è del 6,89% (prima era 3,5%);
- la spesa farmaceutica territoriale è stata ridenominata “convenzionata” in quanto non comprende più il valore della distribuzione diretta e quello della distribuzione per conto ma si riferisce unicamente alla spesa dei farmaci erogati attraverso la filiera delle farmacie convenzionate; il tetto è del 7,96% (prima era 11,35%).

Fondo farmaci innovativi

Con la legge 11 dicembre 2016 n. 232 (art. 1, comma 402) è stato istituito il fondo per il finanziamento dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi, prevedendo a livello nazionale uno stanziamento totale di 1.000.000.000 di euro.

Recentemente (determina del 31 marzo 2017), AIFA ha definito i criteri oggettivi per la valutazione della innovatività. Il modello proposto prevede un approccio multidimensionale che tenga conto di tre elementi fondamentali:

- bisogno terapeutico;
- valore terapeutico aggiunto;
- qualità delle prove.

Tale approccio è finalizzato a permettere un rapido accesso a farmaci che possiedano un chiaro valore terapeutico aggiunto e per incentivare lo sviluppo di farmaci che offrano sostanziali benefici terapeutici per i pazienti; infatti il riconoscimento dell'innovatività permette l'accesso ai fondi dedicati e impone (comma 1 art. 1 dall'Accordo Stato Regioni del 18 novembre 2010) l'introduzione immediata e “di diritto” degli stessi nei Prontuari ospedalieri regionali. L'elenco aggiornato dei farmaci inseriti nell'elenco dei farmaci innovativi, pubblicato sul sito di AIFA, contiene principalmente farmaci oncologici, farmaci orfani dedicati al trattamento delle malattie rare e farmaci per il trattamento dell'epatite C.

Criticità

In generale si ritiene necessario rendere più efficace:

- a) la promozione di politiche orientate alla assicurazione dell'appropriatezza;
- b) la implementazione degli strumenti di monitoraggio sia dei costi che dell'appropriatezza.

Si individuano, pertanto, i seguenti ambiti di miglioramento:

- Appropriatelyzza d'uso e di consumi, con particolare riferimento a:
 - a) principi attivi: pantoprazolo, omeprazolo e lansoprazolo: sono tra i primi sei principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata (ATC: "A"), sia a livello nazionale che regionale. In consumi regionali sono superiori rispetto alla media nazionale (vedi rapporto OSMED 2015);
 - b) farmaci cardiovascolari (ATC "C"), che rappresentano una delle classi di farmaci a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale, regionale ed aziendale. Anche in questo caso la Regione Liguria presenta dei valori non in linea con i valori medi nazionali (rapporto OSMED 2015);
 - c) farmaci antidepressivi (ATC: "N06A"): si rileva uno scostamento rispetto ai consumi medi di altre Regioni con variabilità significativa anche a livello di singola ASL regionale,
 - d) farmaci per il trattamento dell'osteoporosi (prevenzione primaria e secondaria delle fratture) soggetti a nota AIFA "79"; anche in questo ambito sarà necessario promuovere il corretto utilizzo.
- Promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto sia di natura chimica (farmaci equivalenti di uso prevalentemente territoriale) sia di tipo biologico (biosimilari di uso prevalentemente ospedaliero), come previsto dalla D.G.R. n.6/ 2017: attraverso le risorse risparmiate grazie all'uso di questi farmaci, infatti, si può favorire l'accesso alle terapie innovative e i dati disponibili mostrano che nella nostra Regione tali farmaci hanno una incidenza d'uso inferiore alla media nazionale (OSMED 2015).

Una particolare criticità emerge relativamente all'utilizzo dei biosimilari; da un approfondimento condotto sui consumi di tali farmaci emerge che il loro utilizzo è limitato al 23% del totale delle unità posologiche (Fonte: dati DWH).

Per quanto riguarda i farmaci territoriali, anche al fine di compensare l'incremento di spesa riconducibile all'introduzione nella pratica clinica degli nuovi farmaci antilipemizzanti (antiPCSK9), è opportuno monitorare l'impiego degli ipolipemizzanti già in uso, con particolare attenzione alla prossima scadenza brevettuale di rosuvastatina.

Per quanto riguarda invece i farmaci di uso ospedaliero, di particolare rilievo il fatto che nel corso dell'anno sono/saranno disponibili diverse molecole di

farmaci biosimilari e/o generici a forte impatto sulla spesa, quali ad esempio: Copaxone, Rituximab, Pemetrexed, Imatinib, Etanercept.

In tale ambito, sono previste le seguenti azioni:

- a) monitorare l'uso di tali farmaci e attivare azioni correttive;
 - b) vigilare per evitare lo switch verso molecole non genericate o non biosimilari (i.e. sartani e humira);
 - c) attivazione di specifici progetti formativi.
- Qualità e disponibilità dei dati: dalle analisi preliminari effettuate, si evidenzia la necessità di una attività volta al consolidamento della qualità dei dati trasmessi dalle aziende sanitarie ad A.Li.Sa. Questo per poter efficacemente attuare attività di programmazione, monitoraggio, controllo e miglioramento. Inoltre emerge la necessità di disporre, in alcuni ambiti, di dati analitici per poter effettuare gli approfondimenti finalizzati a favorire l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi dei medicinali e la sicurezza del loro utilizzo.
- Targatura e progetto di tracciabilità dei farmaci: il Ministero della Salute ha previsto l'adozione di un sistema di etichettatura dei farmaci basato su bollini numerati che identifichino univocamente ogni singola confezione di medicinale. Attraverso la lettura di questi bollini è possibile tracciare ogni passaggio della catena distributiva (azienda, grossista, distributore, eccetera).

Si tratta di una misura di tutela della salute pubblica ed un efficace strumento per disporre informazioni dettagliate e preziose relative all'andamento delle patologie più rilevanti ed identificare con maggiore facilità eventuali confezioni di medicinali contraffatti e contrastare frodi e traffici illegali. Obiettivo del triennio sarà quello di implementare la copertura della targatura sia a livello dei consumi territoriale sia livello dei consumi ospedalieri.

Azioni e programmi in essere

Nel corso dell'attuale anno si stanno consolidando programmi in essere e sono in corso di definizione ulteriori azioni finalizzate a migliorare le attività di gestione, monitoraggio e governance. Di seguito i principali indirizzi di tipo programmatico:

- Consolidamento di un nuovo modello di clinical governance, che presuppone una maggiore interazione ed integrazione di A.Li.Sa. con gli operatori sanitari al fine di:

- a) condividere l'elaborazione di raccomandazioni e linee di indirizzo volte ad assicurare l'appropriatezza clinica e gestionale;
- b) strutturare un sistema di verifica e promozione della aderenza e di monitoraggio dei risultati ottenuti basato su: costruzione di un set di indicatori, programmazione di audit clinici basati sul principio della verifica tra pari, autovalutazione, benchmarck.

Questo approccio, già sperimentato con la rete oncologica, sarà progressivamente esteso alle altre aree cliniche.

- Definizione di un cruscotto di indicatori di monitoraggio delle prescrizioni e di appropriatezza prescrittiva per realizzare una efficace e tempestiva valutazione dei consumi e dei pattern prescrittivi. Gli indicatori forniranno dati oggettivi da condividere con i principali attori (clinici e farmacisti) per promuovere sinergie per migliorare l'uso appropriato, sicuro ed efficace delle risorse.
- Farmaci ad alto costo e registri AIFA: la DGR n° 1717 del 22/12/2014 ha assegnato alle direzioni sanitarie la responsabilità del recupero del 100% dei rimborsi previsti dagli accordi di condivisione del rischio e del reinvestimento degli stessi per l'acquisto delle terapie innovative.

A.Li.Sa., per assicurare la razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative, dovrà rafforzare le attività volte a migliorare il monitoraggio delle terapie ad alto costo e la performance nella gestione dei registri AIFA

- Monitoraggio delle cronicità, anche in riferimento ai dettami della Raccomandazione Ministeriale n°17 relativa alla riconciliazione terapeutica, con particolare attenzione ai pazienti seguiti in regime di assistenza residenziale e semi residenziale relativamente all'utilizzo dei farmaci in termini di appropriatezza, sicurezza, aderenza alle norme prescrittive e consumi. Il progetto prevede di utilizzare i programmi gestionali informatici di A.Li.Sa. per effettuare una attività sistematica e sistemica, anche con riferimento ad esperienze già realizzate negli enti ed ospedali della nostra regione.
- Nuovo ruolo della farmacia dei servizi: progetti per avvicinare il farmaco ai pazienti
- E' in fase di attuazione il progetto per l'estensione della distribuzione in nome e per conto (DPC) da parte delle farmacie convenzionate dei

farmaci del PHT¹⁶. La finalità di tale progetto è quella di avvicinare il farmaco ed i servizi ai pazienti grazie al contributo delle farmacie convenzionate, che sono un presidio capillare sul territorio. Tale progetto assicurerà:

- a) uniformità del servizio a livello regionale grazie all'adozione di un elenco comune condiviso in cui sono individuati i farmaci soggetti a tale modalità di erogazione;
- b) la tracciabilità e trasparenza dei dati e delle informazioni grazie all'utilizzo di un programma gestionale informatico dedicato;
- c) l'accessibilità alle cure in virtù del principio della prossimità, garantito dalle farmacie di comunità, evitando, quando non necessario, l'accesso alle strutture ospedaliere da parte dei pazienti.

4.10 Le malattie rare

Regione Liguria ha recepito normativa di riferimento

Legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 di "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria"; in particolare l'Art.2 Comma 2, prevede che A.Li.Sa., sulla base degli indirizzi di programmazione dettati annualmente dalla Giunta, nell'ambito delle funzioni di cui all'articolo 3, favorisce, propone, supporta o adotta direttamente strategie per:

- il consolidamento e l'organizzazione delle reti di specialità anche in un'ottica di sviluppo di nuovi punti di alta specialità (lettera C);
- lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale (lettera G);
- l'elaborazione di modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali alla persona la continuità di cura e di assistenza promuovendo un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie con il coinvolgimento dei medici di

¹⁶ Il PHT è il prontuario della presa in carico e della continuità terapeutica e individua farmaci che, per assicurare la continuità assistenziale ospedale-territorio, possono essere erogati direttamente da parte delle strutture pubbliche. Il PHT ha come obiettivo quello di garantire un equilibrio nella logica distributiva complessiva dei farmaci, in un assetto di miglioramento sanitario capace di contemperare anche il governo della spesa farmaceutica. Il PHT rappresenta la lista dei medicinali per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di *setting* assistenziale compatibili con la distribuzione diretta, ma la cui adozione, per entità e modalità dei farmaci elencati, dipende dall'assetto normativo, dalle scelte organizzative e dalle strategie assistenziali definite e assunte da ciascuna regione

medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e delle farmacie di comunità (lettera H);

Stato dell'arte

Si definisce "rara" una patologia quando l'incidenza è inferiore ad un caso ogni 2.000 abitanti, ma sono numerose le malattie con tassi di gran lunga inferiori, come difetti genetici che si presentano in un individuo ogni 200.000. Negli ultimi anni, grazie a diagnosi sempre più accurate, abbiamo assistito ad un aumento esponenziale nel numero di nuove malattie identificate.

Il nuovo Decreto LEA, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare, realizzato mediante l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie. Le stime suggeriscono un numero tra i 27 e 36 milioni di persone colpite in Europa, di cui 1-2 milioni in Italia. Il 60-70% sono bambini o ragazzi. Nel 30% dei casi le attese di vita non superano i cinque anni. Purtroppo quasi la metà resta senza diagnosi.

Riconoscere il difetto genico responsabile del quadro clinico e identificare l'entità nosologica sono il primo e fondamentale momento del percorso del paziente affetto da una malattia rara. La rivoluzione tecnologica che ha investito la genetica negli ultimi anni, rendendo disponibili un numero sempre più elevato di nuovi saggi e test molecolari di analisi di sequenza ad elevato throughput e costi ridotti, ha reso possibile in molti casi individuare in tempi più veloci i meccanismi genetici alla base delle malattie "senza nome". L'identificazione di questi ultimi permette sia un percorso diagnostico più rapido, sia lo sviluppo e l'impiego di nuove terapie.

Il "Comitato Tecnico Scientifico" - "Biomedicina, Malattie Rare e Malattie Senza Diagnosi" istituito con Deliberazione n. 22 del 24.02.2017 di A.Li.Sa., e coinvolge massimi esperti, progetti, reti e associazioni pazienti e familiari presenti in Regione Liguria attua il coordinamento regionale per le patologie a bassa prevalenza di cui all'accordo CRS n. 103/csr del 10 maggio 2007.

E' riferimento tecnico scientifico per le Istituzioni, tavoli tecnici nazionali, il "Gruppo di Consultazione Associazioni di pazienti con malattie rare della Regione Liguria" e le altre Associazioni pazienti nazionali ed europee in materia di Biomedicina, Malattie Rare e Malattie Senza Diagnosi; il Comitato Tecnico Scientifico, come sua mission,

- intende facilitare l'accesso dei pazienti affetti da malattie rare e MSD alle cure e a tutti i benefici di legge previsti in questo ambito, anche tramite l'informazione capillare sulla rete di assistenza disponibile nella Regione Liguria;
- elaborare suggerimenti tecnici ai fini della redazione dei piani terapeutici (PT) e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), per la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi, per diffondere la cultura medica sulle MR e MDS stimolando gli specialisti ad applicare i protocolli condivisi con i Centri Regionali di Riferimento;
- promuovere l'applicazione di Standard di qualità e biosicurezza, metodi e protocolli validati per "il prelievo, la raccolta, la conservazione e la distribuzione di materiali biologici" presso i Centri di Risorse Biologiche, Biobanche e Collezioni di materiale biologico;
- promuovere la partecipazione a progetti di ricerca di base e traslazionale in materia di Biomedicina, Malattie Rare e Malattie Senza Diagnosi
- promuovere la formazione/informazione di Operatori sanitari-MMG-PDL, Associazioni di pazienti e cittadini in materia di Biomedicina, Malattie Rare e Malattie Senza Diagnosi;
- favorire il coinvolgimento delle Strutture Territoriali;

Le criticità/opportunità che si delineano riguardano:

- i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono limitata erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.
- l'applicazione del DPCM sui nuovi LEA nell'ambito delle malattie rare: tale applicazione, non possibile tout court, implica la definizione sollecita di "indirizzi" relativamente a vari aspetti (passaggio patologie da malattie rare a croniche e viceversa con diverse tempistiche di attuazione date norma, ricadute su esenzioni ticket, tariffe, tematica della genetica, ecc.)
 - vista la criticità della questione data dalla necessità delle Regioni di "regolare" i comportamenti e la pressione che i cittadini già stanno esercitando su Regioni e Strutture, si stabilisce che questo tema debba essere affrontato con priorità;
- per quanto riguarda gli aspetti diagnostici e tecnologici, l'integrazione della rete dei laboratori e l'ottimizzazione delle ricadute sull'organizzazione della sempre

- Accordo MR, con particolare riferimento alla presa in carico: è opportuno definire indirizzi per l'implementazione dello stesso, che ne rendano omogenea l'applicazione (aspetti procedurali, tariffe, sistemi informativi, indicatori monitoraggio, ecc.);
- Strumento del Consorzio: va rivisto e reso attuabile il documento già passato in Commissione Salute e dei Presidenti;
- Tema farmaci: va approfondito il tema, con particolare riferimento ai farmaci di fascia C, ma non solo, attraverso un lavoro integrando con AIFA e con l'Area Farmaceutica e dispositivi medici;
- Età della transizione: anche su questo tema risulta importante definire delle linee d'indirizzo;
- Condivisione dati sulle reti regionali: serve perfezionare e rafforzare le modalità di condivisione "automatica" e "pubblicizzazione" di tali informazioni, necessarie ai fini autorizzativi, ecc.

Le azioni/programmi in essere prevedono

- Aggiornare l'elenco dei presidi di riferimento malattie rare alla luce delle nuove MR inserite con il Decreto LEA e aggiornamento Registro MR
- Strutturare la rete delle cure dei soggetti con malattie rare in modo che ci sia un continuum socioassistenziale dall'età pediatrica all'età adulta
- Definire protocolli per la presa in carico congiunta, socio-sanitaria, dei soggetti con malattia rara e malati senza diagnosi
- Attivare piani terapeutici informatizzati per il controllo dell'appropriatezza della prescrizione
- Fornire alla comunità scientifica e alla cittadinanza informazioni utili sulle grandi tecnologie specialistiche attive sul territorio ligure e sui servizi offerti (in collaborazione con settore HTA, rete Genetica Medica, rete Diagnostica per immagini, rete Laboratori di medicina di laboratorio, rete Biobanche per assistenza, diagnosi e ricerca, etc...)
- Organizzare Formazione e Informazione a Specialisti, MMG, PLS, pazienti, cittadini
- Partecipare attivamente ad eventi nazionali ed internazionali
- Monitoraggio ERN - Le Reti europee di riferimento previste dalla Direttiva europea sui diritti dei pazienti alle cure transfrontaliere, decollate ufficialmente il 9 marzo u.s. a Vilnius, sono un ulteriore

strumento per rendere più efficace la lotta alle malattie rare. Grazie alle Reti, si possono condividere le migliori conoscenze scientifiche e cliniche di operatori sanitari e centri di eccellenza di diversi Paesi, in modo da garantire una migliore presa in carico dei malati rari, dalla diagnosi tempestiva ai trattamenti appropriati. In questo contesto dovranno circolare i campioni biologici e non i pazienti, informazioni aggiornate e validate, le migliori pratiche cliniche, le immagini diagnostiche.

- Effettuare il Censimento dei presidi/strutture/tecnologie liguri nel settore Biobanche per assistenza, diagnosi e ricerca
- Definire Linee guida regionali per istituzione Centri di risorse biologiche istituzionali nelle Aziende Sanitarie e IRCCS
- Per le patologie neoplastiche di particolare rarità (e che tuttavia –nel loro insieme- costituiscono tra il 10 e il 20% di tutti i tumori) coordinare le centrali sovraregionali o nazionali come la Rete Tumori Rari (Intesa CSR 22.11.2012; www.salute.gov.it). Insieme alla Rete Oncologica si dovranno identificazione di Centri di Riferimento in base alla numerosità dei casi trattati, la presenza di tecnologie, l'offerta di sperimentazioni cliniche, l'expertise dei professionisti.

5. La ricerca, l'innovazione, lo sviluppo e la didattica

5.1 Ricerca, innovazione e sviluppo

La ricerca nell'ambito delle scienze della vita ed in particolare quella biomedica e sanitaria, integrandosi con l'attività assistenziale, è alla base di un sistema sociosanitario regionale che garantisca elevati standard qualitativi, sostenibilità, accessibilità ai cittadini, competitività, innovazione e trasferimento tecnologico, con forti ricadute sulla salute e sul tessuto sociale e produttivo della Regione.

La Regione promuove la ricerca fondamentale ("basic science"), la ricerca applicata e lo sviluppo sperimentale, con particolare riguardo alla ricerca preclinica, clinica e clinica indipendente. Il sistema sociosanitario regionale incentiva e promuove in modo prioritario la ricerca sanitaria e biomedica traslazionale finalizzata all'acquisizione di conoscenze utili per le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative ed il conseguente impatto sui processi

organizzativi, sui costi e sulla qualità dell'assistenza a livello individuale e di popolazione.

Gli obiettivi della ricerca biomedica in ambito regionale sono quelli di sviluppare conoscenze teoriche e pratiche, che, tradotte in procedure e processi innovativi, possano garantire l'alta qualità dell'assistenza sanitaria e proporre risposte ai bisogni di salute dei cittadini contribuendo al miglioramento continuo in termini di efficacia ed efficienza dell'intero sistema di salute, ma anche di individuare strategie innovative in grado di prevenire ed anticipare le future sfide. Accanto agli interventi dedicati esclusivamente all'avanzamento del sapere, la ricerca, sia fondamentale che industriale, è orientata ad applicazioni economiche e sociali, nel breve-medio o nel medio-lungo periodo, nel rispetto delle tematiche della "sostenibilità". In particolare, saranno favorite politiche regionali in materia di ricerca, innovazione e trasferimento tecnologico verso settori prioritari per il servizio sanitario regionale e l'economia regionale.

I settori prioritari della ricerca regionale sono quelli relativi all'oncologia, alle neuroscienze, alla pediatria, alle malattie cardiovascolari, alla riabilitazione ed alla geriatria, alla medicina riparativa, alla diagnosi e cura delle malattie rare, all'imaging avanzato, all'analisi di "big data", alla medicina personalizzata, alle biobanche ed ai registri di malattia, alle nanotecnologie, biotecnologie e tecnologie digitali ed allo sviluppo di smart materials.

Tra gli obiettivi prioritari che la Regione si pone vi sono:

- la promozione di progetti di ricerca industriale;
- l'accesso delle piccole e medie imprese ai servizi specialistici per ricerca e innovazione;
- il rafforzamento e l'eventuale creazione ex novo di centri di competenza interdisciplinari, pubblici e privati, attraverso la valorizzazione e l'ottimizzazione d'infrastrutture di ricerca presenti sul territorio della Regione;
- la creazione di una rete regionale di centri di competenza per la ricerca e l'innovazione;
- la collaborazione internazionale;
- la formazione di capitale umano particolarmente qualificato e lo sviluppo di percorsi di alta formazione, che potenzino il collegamento tra accademia, imprese e altri soggetti privati, e istituzioni pubbliche, con lo

- scopo di integrare le conoscenze apprese in ambito accademico con competenze applicative acquisite in contesti di esperienza, favorendo il trasferimento tecnologico e la creazione di start up innovative ad alto contenuto tecnologico, nonché l'accesso al mondo del lavoro; questo processo intende innescare un benefico effetto di traino su molteplici attività locali, con conseguenze virtuose sia sul flusso di studenti e giovani ricercatori che in campo industriale e, di conseguenza, occupazionale;
- la valorizzazione del capitale umano nel mondo della ricerca, favorendo il reclutamento di ricercatori di qualità;
 - l'attrazione in Liguria di fondi per la ricerca Europei e internazionali grazie alla partecipazione a progetti come quelli del programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 e a partnership internazionali, i cui risultati saranno valorizzati attraverso attività di trasferimento tecnologico e la diffusione presso i cittadini, le imprese, le istituzioni, gli enti, gli organi di informazione, sviluppando la conoscenza e la cultura sulla ricerca biomedica;
 - il trasferimento tecnologico dei risultati generati dai progetti finanziati per favorire lo sviluppo di nuovi trattamenti, terapie, e dispositivi per le patologie di interesse; in tale ambito la Regione considera strategica la tutela della proprietà intellettuale generata durante lo svolgimento dei progetti di ricerca e la sua valorizzazione attraverso il trasferimento a partner che ne garantiscano lo sviluppo clinico e industriale. A questo scopo sarà prioritario, anche attraverso l'eventuale istituzione di un ufficio di trasferimento tecnologico, l'identificazione dei risultati potenzialmente più rilevanti e la conseguente valorizzazione attraverso l'eventuale tutela brevettuale e le partnership con aziende biotech e farmaceutiche;
 - l'implementazione da parte della Regione di interventi complementari ai programmi comunitari e nazionali che svolgano un ruolo d'integrazione rispetto a risorse pubbliche;
 - La comunicazione e condivisione dei processi associati alla ricerca e all'innovazione regionale, che si coniuga con il valore educativo e pertanto didattico della ricerca stessa. A tale proposito sarà incentivata la divulgazione della cultura medico-scientifica e tecnologica attraverso

l'organizzazione di eventi accessibili alla cittadinanza e alle scuole. Saranno organizzati percorsi di raccordo tra Scuole Secondarie, Centri di Formazione Professionale, l'Università, gli IRCCS e Centri di ricerca pubblici e privati per la divulgazione della cultura medico-scientifica e tecnologica;

- lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali e di ricerca per favorire il trasferimento delle competenze scientifiche e tecniche dall'Università, dagli IRCCS e Policlinici e dalle altre strutture ospedaliere al territorio.

Il raggiungimento degli obiettivi si basa sull'armonica collaborazione tra le Istituzioni Regionali ed i vari attori coinvolti nel processo della ricerca biomedica e sanitaria, i.e. Università degli Studi di Genova, ospedali ed aziende integrate ospedaliere universitarie, in particolare dell'IRCCS pediatrico e del Policlinico-IRCCS per l'Oncologia che insistono sul territorio ligure, degli altri erogatori pubblici equiparati, l'Istituto Italiano di Tecnologia, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, gli altri istituti pubblici di ricerca, le imprese, locali e non, che operano nell'ambito sanitario e biomedicale e il mondo no-profit.

I rapporti tra Regione e Università in materia di ricerca, attività assistenziali e didattica, svolte all'interno del Sistema Sanitario Regionale, sono disciplinati dal Protocollo generale d'intesa sottoscritto tra le parti il 4 Aprile 2017. In tal senso il protocollo di intesa 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 e sottolinea come la qualità dell'assistenza e della formazione dipende ed influisce sulla qualità della ricerca biomedica e sanitaria, finalità proprie dell'Università e del Servizio Sanitario Regionale. Si delinea, quindi, una leale e positiva collaborazione finalizzata a realizzare un sistema integrato di elevata specializzazione assistenziale, di alta formazione professionale, e di sviluppo della ricerca biomedica e clinica.

A tale scopo sarà predisposto dalla Regione un piano di attività in linea con i provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale, e di programmazione e sviluppo delle attività didattiche e di ricerca, che indichi gli obiettivi, comprensivi di indicatori, tempi, strategie, l'assetto organizzativo e le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi stessi, nel periodo di vigenza del piano. I risultati dell'attività di ricerca, inoltre, saranno periodicamente

monitorati attraverso un Nucleo di Valutazione al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi ed adottare gli opportuni provvedimenti correttivi per favorire la migliore attuazione dei programmi.

5.2 Didattica

La Regione riconosce il legame inscindibile delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca nelle Scuole di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università di Genova. I rapporti tra Regione e Università in materia di attività assistenziali, di ricerca e didattica, svolte all'interno del Sistema sanitario Regionale, sono disciplinati dal Protocollo generale d'intesa sottoscritto tra le parti il 4 Aprile 2017. L'integrazione tra le attività assistenziali e quelle didattico-formative e di ricerca si realizza nell'ambito dei corsi di studio universitari previsti dalle norme vigenti, in base all'esigenze relative alla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia ed ai corsi di laurea e post-laurea delle professioni sanitarie, nonché alle attività di formazione post-specialistica attraverso il supporto delle strutture aziendali che consentano l'espletamento delle funzioni didattiche e tenendo conto dell'evoluzione della ricerca biomedica e delle esigenze della Sanità Pubblica. Relativamente alla formazione specialistica del personale medico, nell'ambito delle attività di programmazione in capo ad A.Li.Sa., sarà implementata la valutazione del fabbisogno sia in termini qualitativi sia in termini quantitativi, in relazione all'evoluzione dei bisogni sanitari e organizzativi e al turnover in uscita, mediante la stretta sinergia tra Università e Regione. La Regione può avvalersi delle Università per la realizzazione di corsi di alta formazione per dirigenti medici e di percorsi formativi per altri professionisti sanitari previsti dalle norme vigenti.

Nel rispetto dell'autonomia universitaria, la formazione didattica di base e specialistica è di competenza della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche che privilegia le unità operative delle aziende sedi dei corsi universitari. Gli specialisti ospedalieri concorrono alla formazione didattica di base e specialistica attraverso funzioni di docenza, tutoraggio e altre funzioni formative in presenza di idonei requisiti di professionalità. Analogamente i dottorandi, gli assegnisti di ricerca, i professori a contratto e le altre eventuali tipologie di contratti temporanei attivati all'interno delle Università possono

svolgere attività clinica funzionale all'attività di didattica secondo le procedure concordate con l'Università.

L'integrazione tra attività assistenziale, didattica e ricerca si avvale della rete regionale costituita dall'Università, dall'IRCCS pediatrico e dal Policlinico-IRCCS insistenti sul territorio ligure e sulle strutture ospedaliere e le Aziende sanitarie liguri coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.

L'organizzazione e il funzionamento delle attività didattiche prevedono che le strutture siano coerenti con lo specifico percorso formativo e dispongano di adeguata casistica, presente prioritariamente nell'IRCCS pediatrico e nel Policlinico-IRCCS -aventi sede nel territorio regionale, nonché, ove necessario, nelle altre sedi della rete formativa.

Le modalità di collaborazione tra Regione e Università sono disciplinate dal Protocollo d'Intesa in relazione alla dimensione e alle attività della struttura assistenziale rapportata al numero degli studenti in formazione presso la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche e all'identificazione dei parametri atti all'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e degli indicatori di risultato.

I risultati della didattica, analogamente a quanto previsto per l'attività di ricerca, saranno periodicamente monitorati attraverso un Nucleo di Valutazione al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi ed adottare gli opportuni provvedimenti correttivi per favorire la migliore attuazione delle iniziative didattiche.

6. La Comunicazione

Nell'ambito della comunicazione pubblica, la comunicazione sanitaria assume un ruolo prioritario e strategico nelle relazioni tra istituzioni e cittadini, non solo per assolvere all'obbligo di informazione al quale sono tenute le amministrazioni pubbliche, ma anche per la complessità dei significati assunti dai concetti di "salute" e "cura". L'assolvimento del dovere di trasparenza da parte della Pubblica Amministrazione, infatti, non può prescindere dalla progettazione di strategie di comunicazione rivolte al cittadino e agli operatori sanitari, che sono determinanti anche per il conseguimento degli obiettivi di salute. In tal senso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva evidenziato già nel 1997 come l'informazione fosse cruciale per conseguire gli obiettivi di partecipazione ed empowerment dei cittadini e nella sua agenda aveva individuato la comunicazione quale azione strategica per il "patto" tra l'amministrazione e il cittadino. Dalla prima metà degli anni Novanta è stato osservato, tuttavia, un cambiamento dei rapporti tra la Pubblica Amministrazione e i cittadini, iniziato con la diffusione delle leggi 142/90 e 241/90 sulla trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa, e proseguito con il decreto legislativo 29/93 che ha previsto l'istituzione degli uffici relazioni con il pubblico e la distinzione fra politica e amministrazione e la legge 150/2000, che norma le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni.

La comunicazione, che consente il coordinamento e la realizzazione di azioni interdisciplinari in diversi contesti socio-sanitari, rappresenta lo "strumento" di condivisione di obiettivi e strategie tra stakeholder, operatori e la popolazione. La progettazione dei nuovi modelli di comunicazione deve tendere allo sviluppo di una gestione per processi interaziendali che, partendo dall'analisi del contesto e dei dati relativi ai bisogni sanitari, conduca alla definizione di strategie efficaci e condivise.

In ambito sanitario si individuano tre tipologie di comunicazione distinte, caratterizzate da specifici processi comunicativi, ma caratterizzate da profonde aree sinergia e d'integrazione:

- comunicazione per la salute: prevede l'evoluzione della concezione tradizionale dell'attività di educazione sanitaria, fino ad assumere un

ruolo strategico in ambito di prevenzione primaria e promozione della salute, attraverso la costruzione di reti tra Aziende sanitarie e attori sociali (i.e. enti, istituzioni, Aziende sanitarie, associazioni del terzo settore e cittadini) con il fine di progettare strategie mirate al miglioramento della salute della popolazione attraverso azioni dirette ai relativi determinanti; tali interlocutori risultano pertanto impegnati nel percorso di “costruzione sociale della salute”, secondo i principi della partecipazione e della condivisione di obiettivi, strategie e attività; La comunicazione per la salute assume particolare rilevanza alla luce del quadro epidemiologico regionale, caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e dall’impatto delle patologie croniche, il cui sviluppo prevede l’azione di fattori di rischio in parte correlati all’adozione di stili di vita non salutari, sui quali attività di promozione della salute mirati e adeguatamente progettati avrebbero ricadute positive. La definizione del profilo di salute regionale assume pertanto rilevanza strategica anche nell’ambito della progettazione delle attività di comunicazione, al fine di adottare azioni coerenti con le caratteristiche del contesto e della popolazione. Gli interventi di formazione e informazione devono tenere in considerazione i progressi e la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa e dello sviluppo di Internet, quali strumenti a disposizione per le strategie comunicative.

- comunicazione sanitaria: prevede quali interlocutori i soggetti che esprimono i bisogni di salute e accompagna i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali; l’informazione e la comunicazione, infatti, possono essere considerati quali parti integranti del processo di erogazione delle prestazioni, per gli aspetti della comunicazione verbale impiegata nel rapporto operatore sanitario-paziente. Tale tipologia di comunicazione può orientarsi all’acquisizione di dati utili al corretto posizionamento di prodotti e servizi oppure contribuire a sviluppare l’empowerment del cittadino/paziente.
- comunicazione istituzionale (corporate identity): favorisce la legittimazione nel rapporto dell’azienda e/o del sistema sanitari nel rapporto con gli stakeholder e con la popolazione. Una miglior percezione del valore generato da un’azienda e/o sistema sanitari, non solo integra i profili di risultato che gli stakeholder sono in grado di

apprezzare, ma favorisce un flusso di risorse, quali il consenso sull'azione, necessarie per realizzare gli obiettivi.

La Regione Liguria ha sempre posto particolare attenzione al tema della comunicazione in ambito sanitario, dimostrando consapevolezza del ruolo strategico che essa ha assunto; in particolare, sia il Piano sociosanitario 2009-2011 sia il Piano regionale di comunicazione, educazione e promozione della salute prevedono che tutte le attività di comunicazione siano declinati nel rispetto degli obiettivi di trasparenza, valorizzazione delle competenze e corretta diffusione dell'informazione. Il Piano prevede, inoltre, l'integrazione tra gli attori del sistema per garantire l'efficacia delle azioni di prevenzione, attraverso il coinvolgimento del mondo dell'associazionismo e del terzo settore.

Il presente Piano Socio-Sanitario 2017-2019 intende dare continuità ai principi affermati nei documenti programmatici sopraccitati, prevedendo la programmazione di azioni che mirino alla corretta informazione dei cittadini e degli operatori sulle fasi del processo di riforma sanitaria in corso, in sinergia con le Aziende. Questo al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e di potenziare la comunicazione istituzionale. Il principio di centralità del cittadino, inoltre, deve trovare applicazione anche nell'ambito delle attività di comunicazione, progettando e applicando un modello integrato basato sul contributo sinergico di tutte le aziende sanitarie e governato da A.Li.Sa. La standardizzazione dei loghi delle aziende sanitarie ha favorito la percezione di unitarietà del sistema sanitario ligure da parte dei cittadini, che trova applicazione nell'istituzione di A.Li.Sa., delle organizzazioni funzionali rappresentati dai dipartimenti interaziendali regionali e nell'implementazione dei modelli di presa in carico del cittadino. Nell'ambito della comunicazione sanitaria è prevista, infatti, la diffusione delle informazioni relative al nuovo modello di presa in carico del paziente, al fine di favorire l'accesso del cittadino al sistema sanitario regionale e migliorare la continuità e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, in particolare dei pazienti fragili e affetti da poli-cronicità. La valutazione dei bisogni sanitari di tale tipologia di pazienti e la conseguente programmazione dei servizi sanitari, peraltro, è favorita dalla partecipazione attiva dei cittadini, dall'espressione della domanda di salute e dalla conseguente condivisione della responsabilità in

tale ambito. Sarà, inoltre, incoraggiata e potenziata la comunicazione tra operatori e agli operatori, anche grazie all'implementazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali che hanno tra i propri obiettivi il coordinamento, l'integrazione e la condivisione della conoscenza tra professionisti.

7. Etica, trasparenza, privacy, anticorruzione

7.1 Promozione dell'etica pubblica, della trasparenza e prevenzione dell'anticorruzione: vision e percorso in atto

Gli obiettivi strategici del presente Piano comprendono l'avvio di un percorso di promozione dell'etica pubblica e di sostegno alle iniziative di trasparenza che promuovono l'integrità del sistema sociosanitario regionale. La recente normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza rappresentano una imperdibile opportunità per affrontare il tema dell'illegalità con un approccio positivo, proattivo e concreto lontano da una visione meramente burocratica e dal semplice rispetto formale delle procedure. Ne consegue quindi una tensione operativa a mantenere alto il livello di attenzione e di coinvolgimento di tutti i professionisti del sistema. Con l'obiettivo di tracciare un primo quadro nella nostra regione e di identificare le buone pratiche già esistenti di sostegno all'integrità e diffondere gli strumenti aziendali appropriati a promozione dell'etica pubblica ea sostegno della trasparenza, è stato avviato un percorso di coinvolgimento di tutti i responsabili prevenzione, corruzione e trasparenza di tutte le aziende sanitarie della nostra regione. Il percorso ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato con gli obiettivi di:

- delineare il quadro dell'impatto applicativo e delle opportunità offerte dalla normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nelle aziende sanitarie liguri
- confrontare le soluzioni organizzative e metodologiche ed iniziare un processo di applicazione omogenea e coerente sul territorio regionale
- condividere le esperienze aziendali sulle opportunità e sulle criticità al fine di implementare un percorso di miglioramento delle soluzioni adottate
- valorizzare e facilitare il ruolo del responsabile prevenzione, corruzione e trasparenza.

L'iniziale attività del gruppo di lavoro condotta nel corso del 2016 ha portato alla stesura di un report preliminare.

Il percorso è finalizzato alla stesura di linee guida costruite con un approccio bottom-up nate dal confronto diretto tra gli attori che operano sul campo, con

l'obiettivo di rendere più efficaci le misure sui controlli e più trasparenti le attività nelle aree a maggior rischio.

La necessità di una maggiore condivisione tra i professionisti del sistema non può prescindere da un approccio "culturale" che quindi preveda un programma e un percorso per la formazione e l'aggiornamento degli operatori delle aree a maggior rischio e più in generale per tutti i dipendenti del sistema socio-sanitario.

7.2 La privacy: evoluzione e recepimento della normativa

In riferimento alla materia della privacy, è opportuno premettere che il 24 maggio 2016 ha segnato la data di entrata in vigore del Nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali. Il relativo testo diventerà definitivamente applicabile in via diretta in tutti i Paesi UE a partire dal 25 maggio 2018, quando dovrà essere garantito il perfetto allineamento fra la normativa nazionale in materia di protezione dati e le disposizioni del Regolamento de quo.

Il Regolamento Europeo comporta un mutamento nella disciplina sulla privacy in favore di un approccio sistemico, orientato al risultato che impone analisi e valutazioni preventive sui possibili rischi per la sicurezza dei dati, la stima e la comunicazione, a partire dai contenuti dell'informativa, del periodo di conservazione dei dati connessa alle specifiche finalità del trattamento, con effetti anche sull'esercizio dei diritti dell'interessato.

Il legislatore europeo, infatti, si pone l'obiettivo di tradurre gli adempimenti in materia di trattamento dei dati personali in procedimenti volti ad assicurare la protezione effettiva delle persone fisiche, tutelando un diritto fondamentale per l'individuo e rafforzando, così, la certezza giuridica tanto per le persone fisiche interessate al trattamento, che devono essere in condizione di esercitare un controllo reale sui propri dati personali, quanto per le organizzazioni che svolgono attività di trattamento nella più completa trasparenza dei rapporti.

L'attitudine a sapere governare i dati, gestire i rischi e prevedere le modalità di reazione alle violazioni esterne (c.d. data breach), esprime l'importanza del principio di responsabilizzazione (c.d. accountability) del Titolare del trattamento e, di conseguenza, anche del Responsabile del Trattamento di cui agli art. 29 e 30 del vigente D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che rinvia inevitabilmente a modelli normativi già sperimentati in tema di responsabilità amministrativa delle imprese (D.Lgs. n. 231/2001).

Sono di seguito riportati i principi più rilevanti del Nuovo Regolamento Europeo:

- Privacy by design e approccio basato sulla valutazione del rischio. In ambito sanitario denota l'approccio concettuale che occorre adottare nella stesura di tutte le procedure operative interne finalizzate all'adozione di quelle misure che minimizzino il rischio di violazione del Regolamento e che tutelino il rispetto dei diritti del paziente nel trattamento dei dati.

Tale approccio presenta significativi elementi di congiunzione con la nuova ISO 9001:2015, con il D. Lgs. n. 190/2012 e s.m.i. in materia di anticorruzione e con le normative regionali riguardanti l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento. In tale contesto, per ogni sistema di gestione sarà incentivato un modus operandi di carattere interdisciplinare.

- Data protection officer (DPO).

Le strutture sanitarie saranno tenute a designare un Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer - DPO), figura nuova da non confondere con il già esistente Responsabile al trattamento. Il DPO, che potrà assolvere il proprio ruolo anche sulla base di un contratto di servizio, vigilerà sul sistema, supporterà il Titolare o il Responsabile del trattamento, nonché i dipendenti, verificherà l'esatta applicazione delle norme, fornirà pareri in merito alla valutazione dell'impatto e alla ottimizzazione delle misure adottate, fungerà da contatto per gli interessati in merito al trattamento dei loro dati. Tali funzioni saranno svolte in reale indipendenza e terzietà rispetto al Titolare o al Responsabile al trattamento.

- Registri delle attività di trattamento e misure tecnico organizzative per la minimizzazione del rischio.

Con la precedente normativa ancora in vigore di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. le policy privacy di un'organizzazione erano contenute nel Documento Programmatico per la Sicurezza dei dati (DPS), il cui obbligo è stato abolito dalla legge di semplificazione ex D.L. n. 5/2012, ma la cui redazione e/o il correlato aggiornamento restano vivamente consigliati dagli esperti in materia.

Il Nuovo Regolamento Europeo, tuttavia, fa riferimento ad un documento più pragmatico, contenente una dettagliata descrizione dei trattamenti, della loro natura, dei soggetti autorizzati, delle modalità di svolgimento e conservazione, delle misure di sicurezza adottate.

- Certificazione e codici di autoregolamentazione.

Il Regolamento Europeo incentiva il ricorso alle certificazioni e/o all'adozione di codici di autoregolamentazione, ad es. quelli approvati dalle associazioni di categoria, che possano garantire l'applicazione del Regolamento in relazione alle fattispecie tipiche dell'organizzazione e/o del settore.

In attesa delle evoluzioni normative a livello nazionale tese al recepimento delle direttive europee, Regione Liguria, con l'obiettivo di avvicinare il cittadino alla sanità, si impegna ad osservare il passato rappresentato dalla legislazione vigente di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. ed ad analizzare il futuro cioè i contenuti del Nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016 nell'ambito delle seguenti attività:

- Sviluppo, in relazione al più generale sistema privacy regionale, dei percorsi intrapresi finalizzati ad implementare la concertazione preventiva con le Aziende Sanitarie/Ospedali per l'applicazione in maniera omogenea delle disposizioni normative in materia di privacy e dei provvedimenti del Garante, con particolare riferimento ai trattamenti di dati sensibili;
- Integrazione operativa e definizione del rapporto di contitolarità dei dati tra le Aziende Sanitarie/Ospedali, basate su una infrastruttura atta a garantire la sicurezza informatica nell'utilizzo dei data base, correlata all'elaborazione tempestiva delle informazioni e alla massima fruibilità da parte del cittadino.

Un sistema informativo unitario e l'uso delle tecnologie integrate nell'ambito socio-sanitario consentirebbe, inoltre, nel rispetto della privacy dei cittadini, di realizzare un salto di qualità nella gestione del governo del Sistema Sociosanitario Regionale, permettendo di raccogliere, in tempo reale, informazioni affidabili sulle prestazioni e garantendone un costante monitoraggio dei dati (tracciabilità, prenotazioni, supporto alle reti, patient summary, FSE, dematerializzazione, semplificazione ecc.);

Cura e gestione unitaria della documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti ambulatoriali, immagini radiologiche/diagnostiche/terapeutiche ecc.) quale “specchio” fedelissimo dell’organizzazione sanitaria e strumento di analisi della relativa performance (cfr. Libro Bianco);

- Verifica dei risultati conseguiti dai progetti in essere ed eventualmente conferma della collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta per ulteriori iniziative che si rendessero necessarie nell’ambito della tutela della riservatezza;
- Realizzazione di nuovi servizi in ambito sanitario nel rispetto dei principi di riservatezza e di tutela dei dati personali;
- Predisposizione di Regolamenti regionali afferenti al Registro di particolari patologie in ottemperanza al parere del Garante per la protezione dei dati personali (ad es., Regolamento regionale inerente al Registro Tumori).

Riferimenti Normativi

Leggi Regionali

L.R. n. 7/2006 e s.m.i.	Ordinamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, non trasformati in fondazione
L.R. n. 12/2006 e s.m.i. socio-sanitari	Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari
L.R. n. 41/2006 e s.m.i.	Riordino del Servizio Sanitario Regionale
L.R. n. 42/2006 e s.m.i.	Istituzione del Sistema informativo regionale integrato per lo sviluppo della società dell'informazione in Liguria
L.R. n.24/2007 e s.m.i.	Disposizioni in materia di cremazione, affidamento e dispersione delle ceneri
L.R. n. 60/2009 e s.m.i.	Organizzazione regionale dei prelievi e dei trapianti di organi, tessuti e cellule
L.R. n. 3/2010	Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento
L.R. n. 4/2010	Interventi regionali per la prevenzione della sindrome delle apnee notturne
L.R. n. 2/2011 e s.m.i.	Costituzione dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L.R. n. 28/2011	Programma assicurativo per i rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale
L.R. n. 11/2012	Costituzione della Rete Alcolologica Regionale
L.R. n. 18/2012	Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico
L.R. n. 25/2012 e s.m.i.	Disposizioni per l'accesso dei pazienti alle connessioni internet senza fili (connessioni wireless) nelle aziende sanitarie e strutture convenzionate
L.R. n. 26/2012 e s.m.i.	Modalità di erogazione dei farmaci e dei preparati galenici magistrali a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche
L.R. n. 34/2012 e s.m.i.	Revisione del sistema centralizzato di acquisti di beni e servizi del Servizio Sanitario Regionale e riorganizzazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale), alla legge regionale 18 dicembre 2006, n. 42 (Istituzione del Sistema Informativo Regionale

	Integrato per lo sviluppo della società dell'informazione in Liguria) e alla legge regionale 3 aprile 2007, n. 14 (Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2007)
L.R. n. 27/2013	Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito
L.R. n. 16/2014	Disposizioni in materia di trasporto sanitario
L.R. n. 25/2014	Istituzione della banca del latte umano donato della Liguria
L.R. n. 17/2016 e s.m.i.	Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (a.li.sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria
L.R. n. 9/2017	Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali pubbliche e private

Deliberazioni del Consiglio regionale – Assemblea legislativa

DCR n. 29/2006	Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e assistenza – Linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione
DCR n. 34/2007	Modernizzazione del parco ospedaliero regionale
DCR n. 8/2008	Stralcio del Piano socio-sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie.
DCR n. 17/2010	Patto per la salute per gli anni 2010/2012. Articolo 6 "Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri": modificazioni e integrazioni alla deliberazione del Consiglio regionale – assemblea legislativa 28 febbraio 2008, n. 8 (Stralcio del Piano socio-sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie)
DCR n. 23/2011	Ulteriore adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard definiti dalle linee di indirizzo per la razionalizzazione della rete di cura e assistenza

Deliberazioni della Giunta regionale citate nel Piano

- DGR n. 1439/2007 Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio (art. 1, comma 796, lett. o) della L. 296/2006: approvazione piano di fattibilità.
- DGR n. 225/2011 Rete Regionale Health Technology Assessment (HTA): elementi attuativi e metodologici.
- DGR n. 545/2011 Recepim. Intesa Stato/Regioni 29 .4.2010 sul documento "Sistema CUP - Linee guida naz.li" e dell'Intesa Stato/Regioni 28.10.2010 "Piano naz.- di governo delle liste di attesa 2010 - 21012". Adoz.del Piano reg.le per il governo liste di attesa.
- DGR n. 759/2011 Approvazione del Piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera 2011-2012.
- DGR n. 586/2012 Recepimento dell'Accordo sancito in data 13 ottobre 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali".
- DGR n. 708/2013 Approvazione progetto di riorganizzazione dell'attività di lavorazione del sangue.
- DGR n. 1717/2014 Determinazione AIFA 12.11.2014 - Individuazione centri prescrittori medicinale per l'epatite cronica C "Sovaldi" (Sofosbuvir) . Direttive vincolanti. Impegno di euro 4.000.000,00.
- DGR n. 54/2015 Recepimento Intesa 18/12/2014, rep. Atti 185/CSR, sul documento dal titolo "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali sulle reti dei centri di senologia" e adempimenti conseguenti.
- DGR n. 268/2015 Recepim. Accordo CU 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 137/CU) sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale e per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalita".
- DGR n. 529/2015 Approvazione direttiva vincolante ai sensi dell'art. 8, comma 1 della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. in materia di procedure di prevenzione e di controllo delle infezioni ospedaliere.
- DGR n. 1244/2015 Approvazione documento tecnico "Definizione dei centri di senologia/breast unit in applicazione della DGR 54/2015" e provvedimenti conseguenti.
- DGR n. 161/2016 Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016.
- DGR n° 813/2016 Attuazione Numero Unico Europeo dell'Emergenza (112 NUE) nella Regione Liguria. Approvazione dello schema di Protocollo

- d'Intesa con il Ministero dell'Interno per l'attuazione del 112 NUE secondo il modello della centrale unica di risposta.
- DGR n. 6/2017 Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2017. Deliberazione di A.Li.Sa n. 1/2017.
- DGR n. 7/2017 Approvazione principi, criteri per l'organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR e linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale
- DGR n. 104/2017 Art. 40 bis L.R. 41/2006: Dipartimenti interaziendali. Prima individuazione.
- DGR n. 284/2017 Piano Regionale Prevenzione Vaccinale - aggiornamento 2017.
- DGR n. 331/2017 Indirizzi e disposizioni in materia di assunzioni di personale per il periodo 1 maggio - 31 dicembre 2017, ai sensi dell'art. 7 della L. R. n. 22/2010 e ss. mm. ii. - Direttiva vincolante ex art. 8 L. R. 41/2006 e ss. mm. ii..
- DGR n. 384/2017 Programmazione del rinnovo del parco ospedaliero ligure - indirizzi operativi.
- DGR n. 500/2017 Approvazione documento tecnico A.Li.Sa.. Individuazione funzioni assistenziali ex art. 8 sexies, D.Lgs.vo n. 502/92. Anno 2017
- DGR n. 521/2017 Parziale modifica della D.G.R. 331 del 28/04/2017 in materia di costi del personale delle Aziende, Enti ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.

Allegato n.1

PSR 2017-19

Appendice tecnica di contesto
demografico-epidemiologico

Indicatori e definizioni

Figura	Indicatore	Definizione
1	Piramide dell'età della popolazione residente in Liguria, anno 2016	
2	Piramide dell'età della popolazione immigrata in Liguria, anno 2016	
3	Prevalenza popolazione residente in Liguria e in Italia per fascia d'età, anno 2016	
4	Prevalenza della popolazione residente in Liguria per fascia d'età e ASL, anno 2016	
5	Tasso di natalità in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Rapporto tra il numero dei nati nell'anno di riferimento e la popolazione media
6	Tasso di fecondità in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Numero medio di figli per donna in età fertile (15-49 anni)
7	Età media delle madri al parto in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	
8	Indice di vecchiaia in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Rapporto tra la numerosità della popolazione di età ≥ 65 anni e della popolazione di età ≤ 14 anni
9	Indice di dipendenza strutturale in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Rapporto tra il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≤ 14 anni e ≥ 65 anni) e di individui potenzialmente indipendenti (età compresa tra 15 e 64 anni)
10	Indice di dipendenza giovanile in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Rapporto tra il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≤ 14 anni) e di individui potenzialmente indipendenti (età compresa tra 15 e 64 anni)
11	Indice di dipendenza degli anziani in Liguria e in Italia, anni 2005-2016	Rapporto tra il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≥ 65 anni) e di individui potenzialmente indipendenti (età compresa tra 15 e 64 anni)
12	Età media della popolazione residente in Liguria e in Italia, 2005-2016	
13	Confronto tra crescita naturale e totale in Liguria, anni 2005-2016	Crescita naturale: differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità Crescita totale: somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale
14	Numero di componenti per nucleo familiare in Liguria, anni 2005-2014	

Indicatori e definizioni

Figura	Indicatore	Definizione
15	Prevalenza delle comorbidity nella popolazione residente in Liguria, periodo 2012-2016	
16	Prevalenza di trapianto nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
17	Prevalenza di insufficienza renale nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
18	Prevalenza di infezione da HIV nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
19	Prevalenza di neoplasie nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
20	Prevalenza di diabete nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
21	Prevalenza di patologie cardiovascolari nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
22	Prevalenza di broncopneumopatia nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
23	Prevalenza di gastroenteropatia nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
24	Prevalenza di neuropatie nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
25	Prevalenza di malattie autoimmuni nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
26	Prevalenza di malattie endocrine e metaboliche nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
27	Prevalenza di malattie rare nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	
28	Prevalenza di psicosi nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.	

Tabelle

Tabella	Descrizione
1	Soggetti iscritti all'anagrafe sanitaria regionale al 1/1/2017 per ASL
2	Soggetti iscritti all'anagrafe sanitaria regionale al 1/1/2017 per ASL

Tabella 1. Aspetti territoriali delle ASL liguri

ASL	Superficie (km²)	Comuni	DSS (n.)	ATS
ASL 1	1155	67	3	14
ASL 2	1544	69	4	16
ASL 3	1060	40	6	21
ASL 4	928	30	3	8
ASL 5	665	29	3	10

Tabella 2. Soggetti iscritti all'anagrafe sanitaria regionale al 1/1/2017 per ASL

Fascia d'età	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	Liguria
0-4	5704	7267	18919	3884	6101	41875
5-9	8301	10570	27521	5645	8586	60623
10-14	8643	11344	28458	5803	8845	63093
15-19	8943	11363	29401	5789	8825	64321
20-24	9293	11255	29829	5987	8898	65262
25-29	9855	11840	31436	6339	9771	69241
30-34	9887	12021	32086	6329	10892	71215
35-39	11001	13637	35983	7201	12191	80013
40-44	14130	18676	48473	9736	15523	106538
45-49	16779	22828	57297	11353	17885	126142
50-54	18152	24040	60362	12131	19313	133998
55-59	16425	20749	53832	10672	16499	118177
60-64	14497	18299	48121	9837	14086	104840
65-69	14023	18190	47270	9587	13712	102782
70-74	13307	18060	45595	8883	13282	99127
75-79	13093	18000	44212	8911	13060	97276
80-84	10627	14333	35158	7331	9849	77298
85-89	7389	9977	25689	5402	7540	55997
90-94	3467	4752	12603	2690	3876	27388
95-99	1019	1285	3654	841	1204	8003
>99	268	214	618	153	168	1421
Totale	214803	278700	716517	144504	220106	1574630

Figura 1. Piramide dell'età della popolazione residente in Liguria, anno 2016

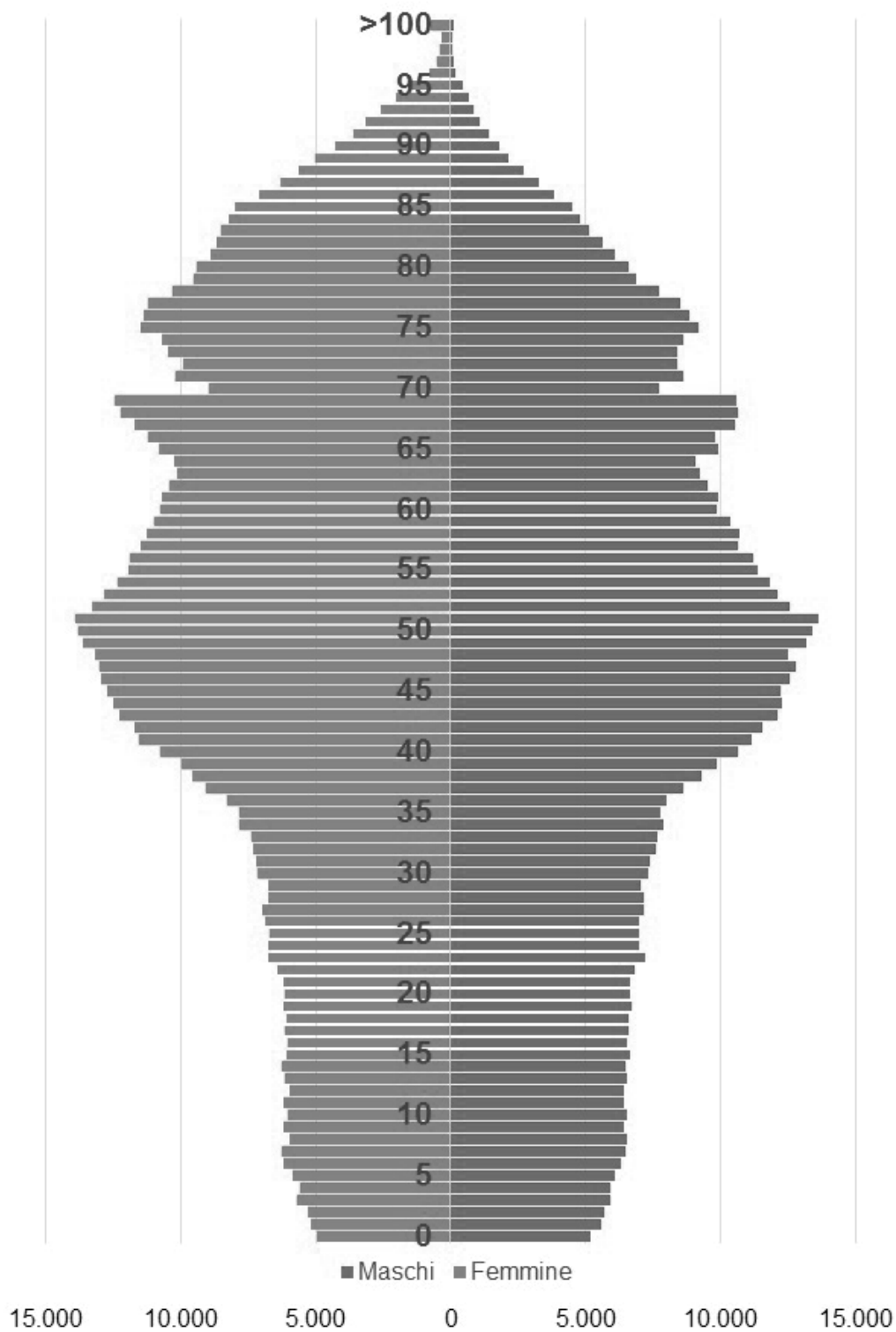


Figura 2. Piramide dell'età della popolazione immigrata in Liguria, anno 2016

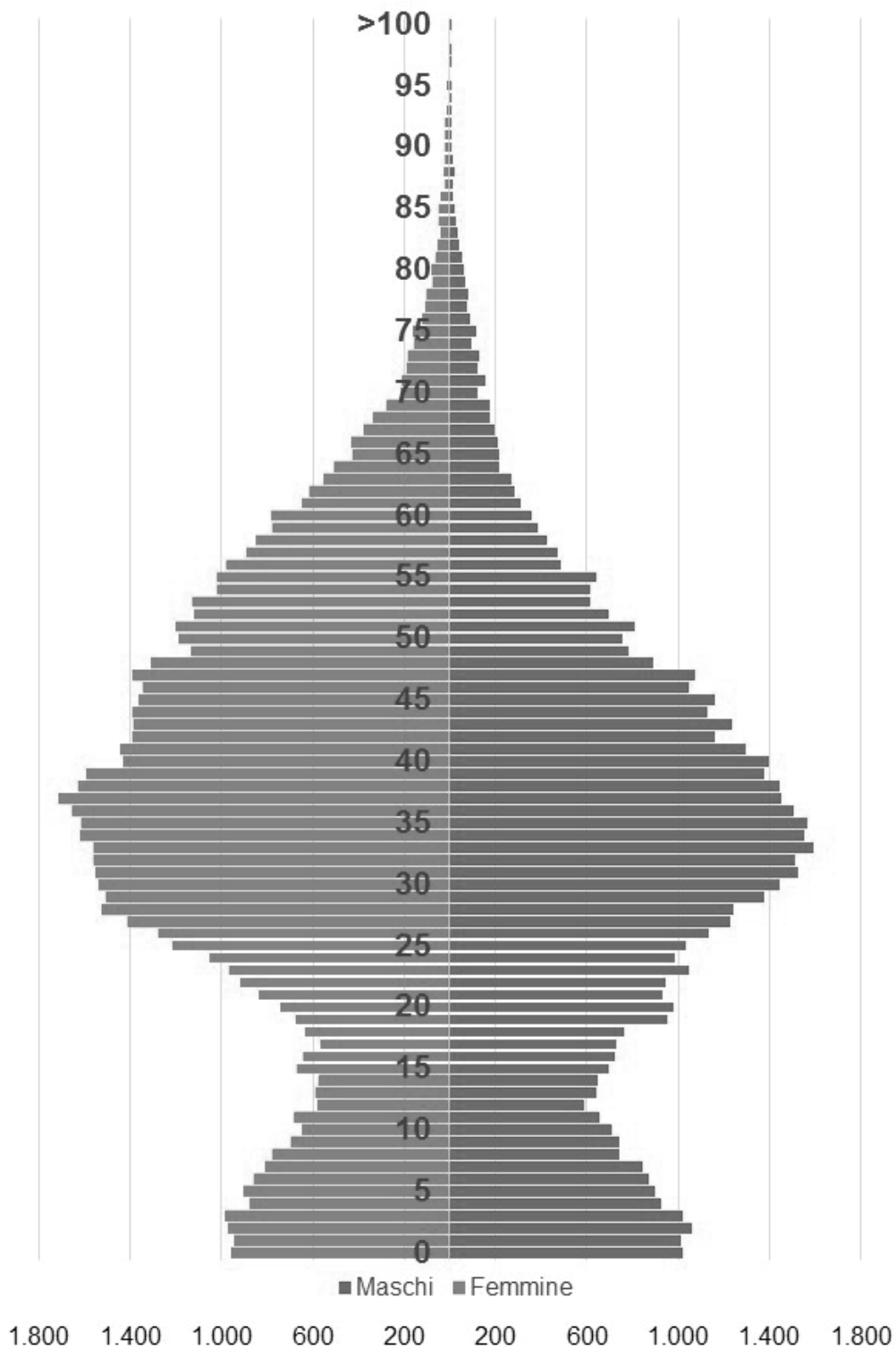


Figura 3. Prevalenza popolazione residente in Liguria e in Italia per fascia d'età, anno 2016

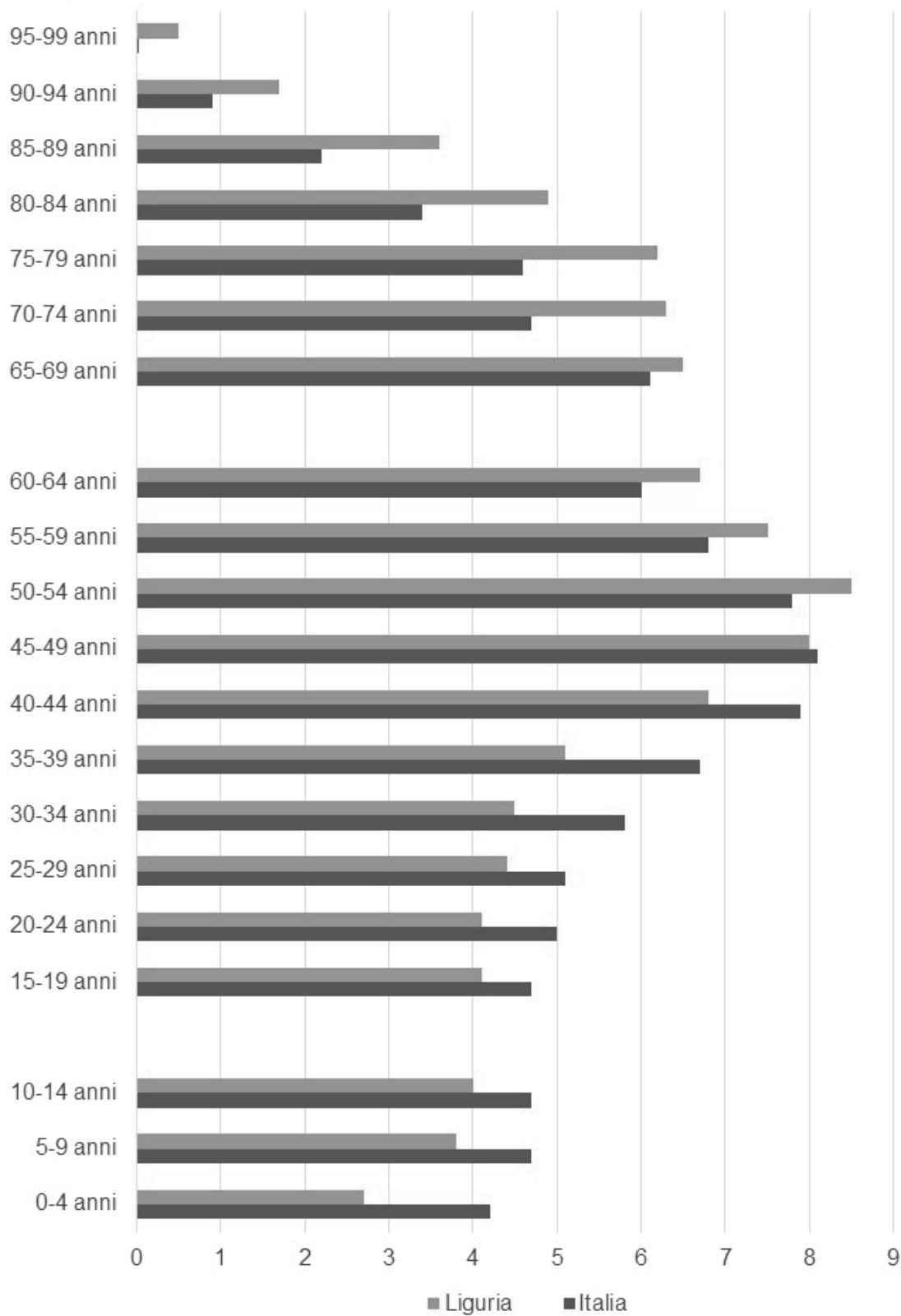


Figura 4. Prevalenza popolazione residente in Liguria per fascia d'età e ASL, anno 2016

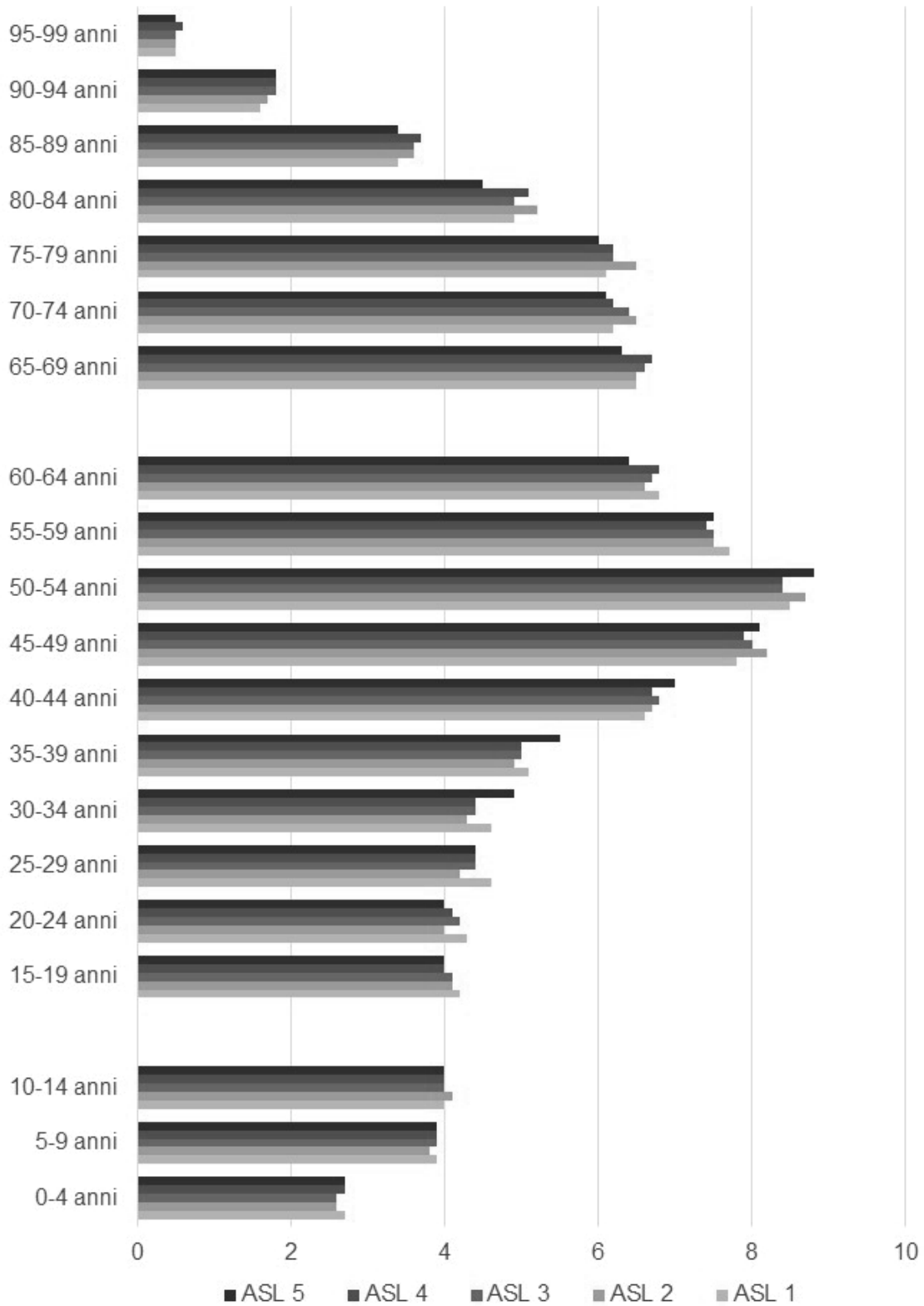


Figura 5. Tasso di natalità in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

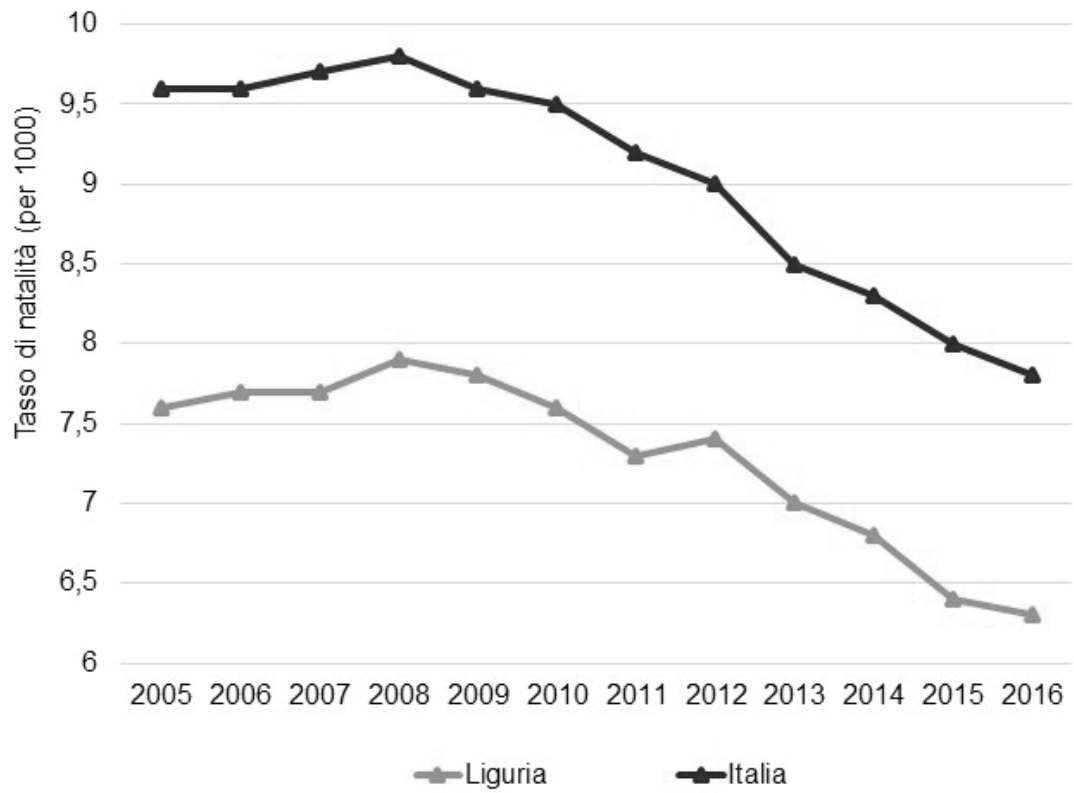


Figura 6. Tasso di fecondità in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

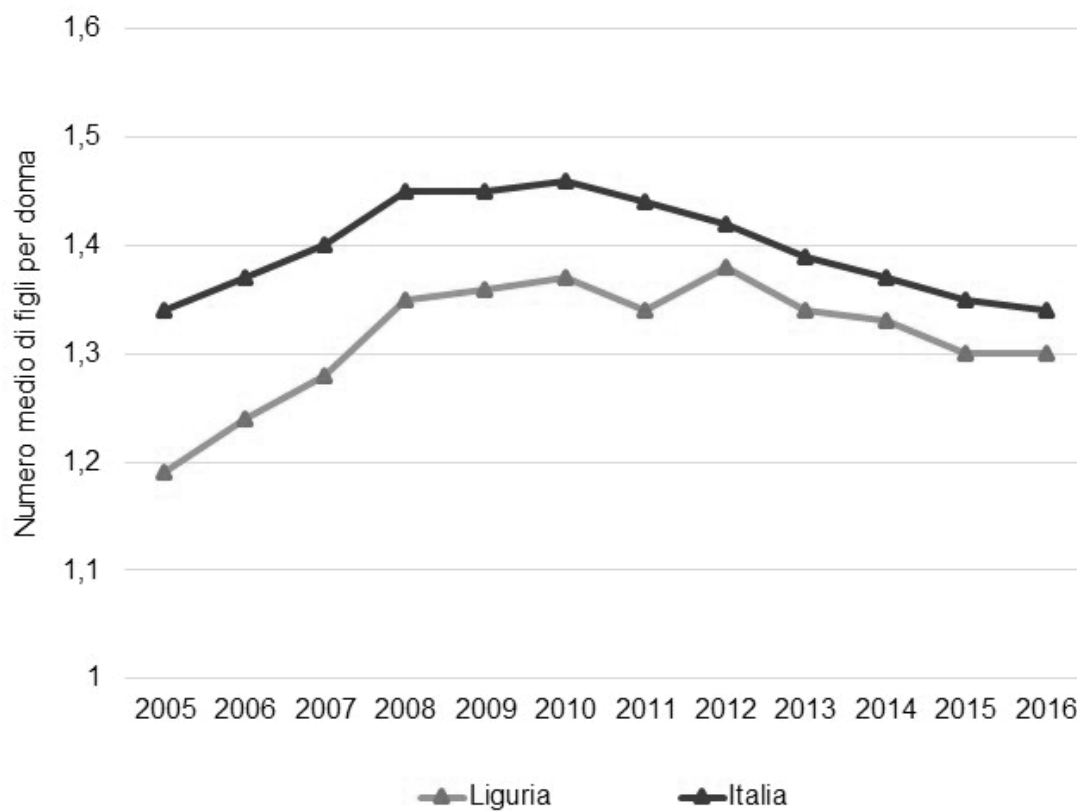


Figura 7. Età media delle madri al parto in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

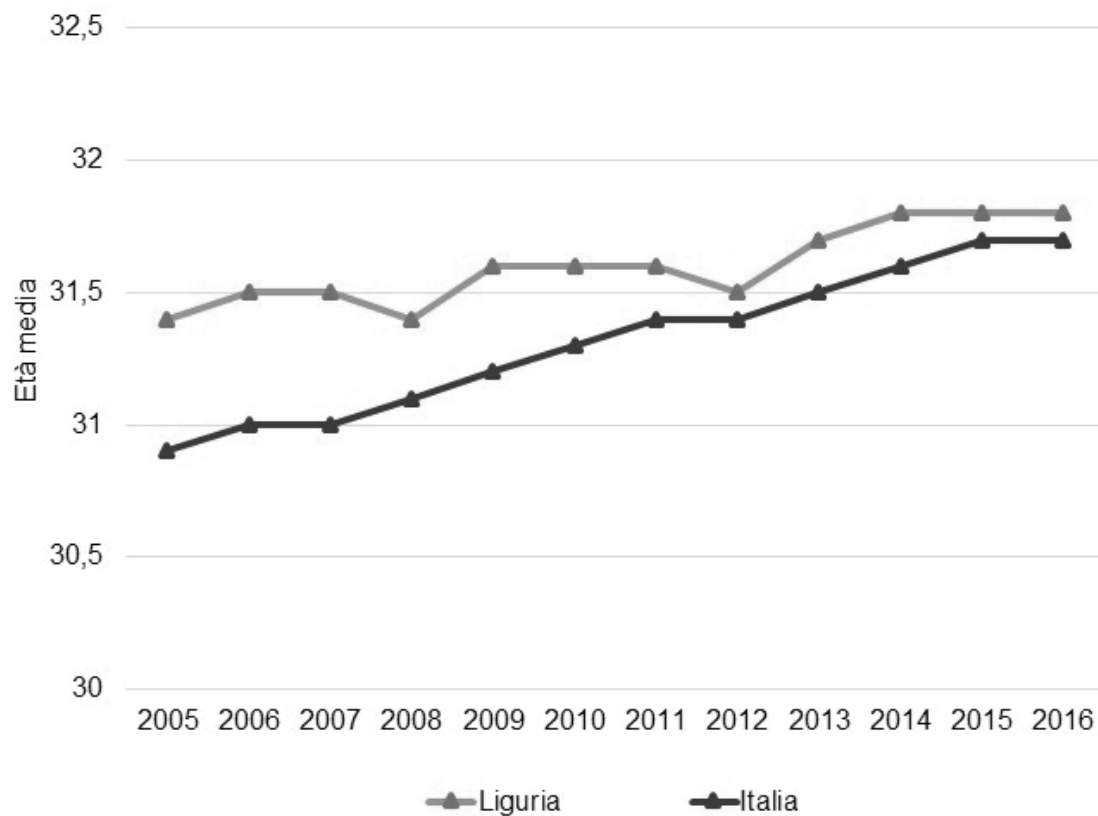


Figura 8. Indice di vecchiaia in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

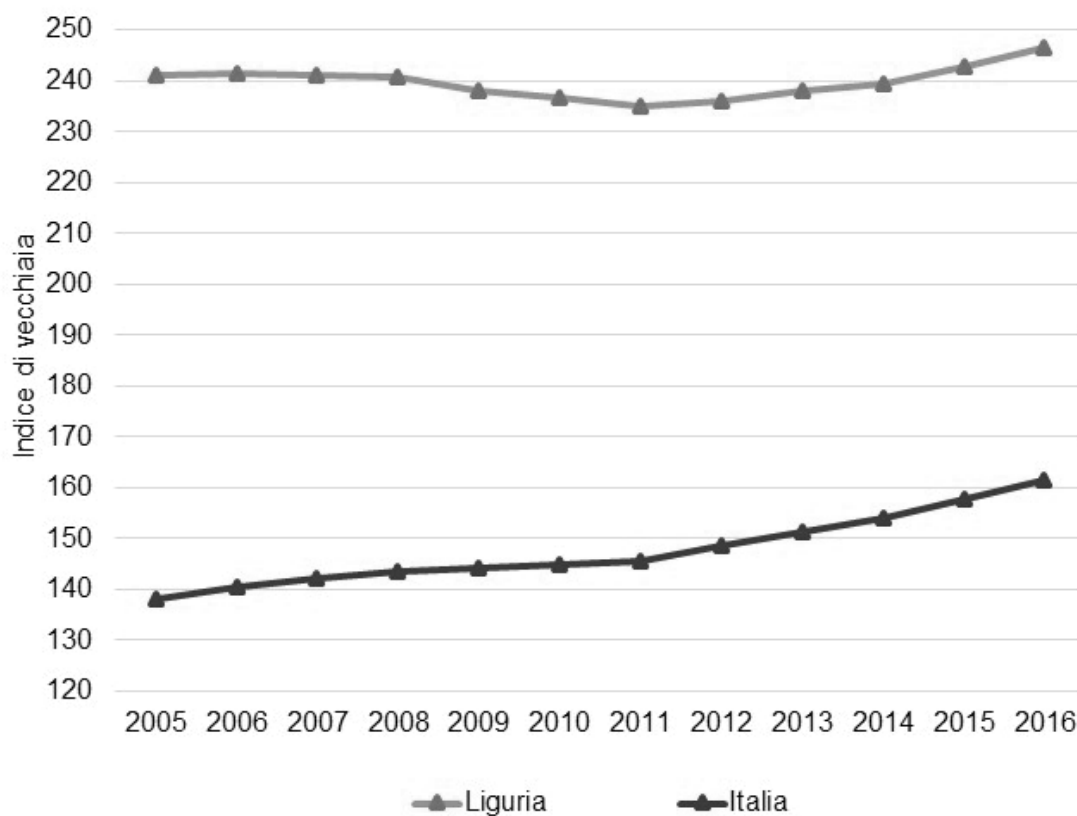


Figura 9. Indice di dipendenza strutturale in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

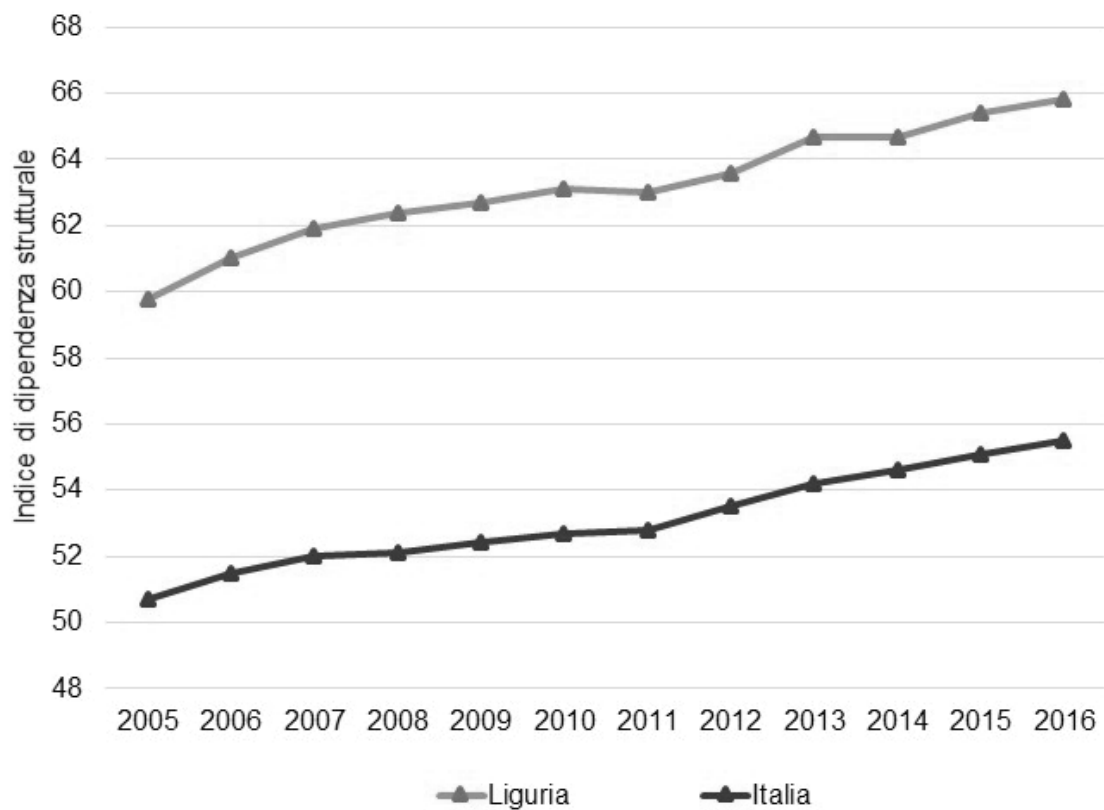


Figura 10. Indice di dipendenza giovanile in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

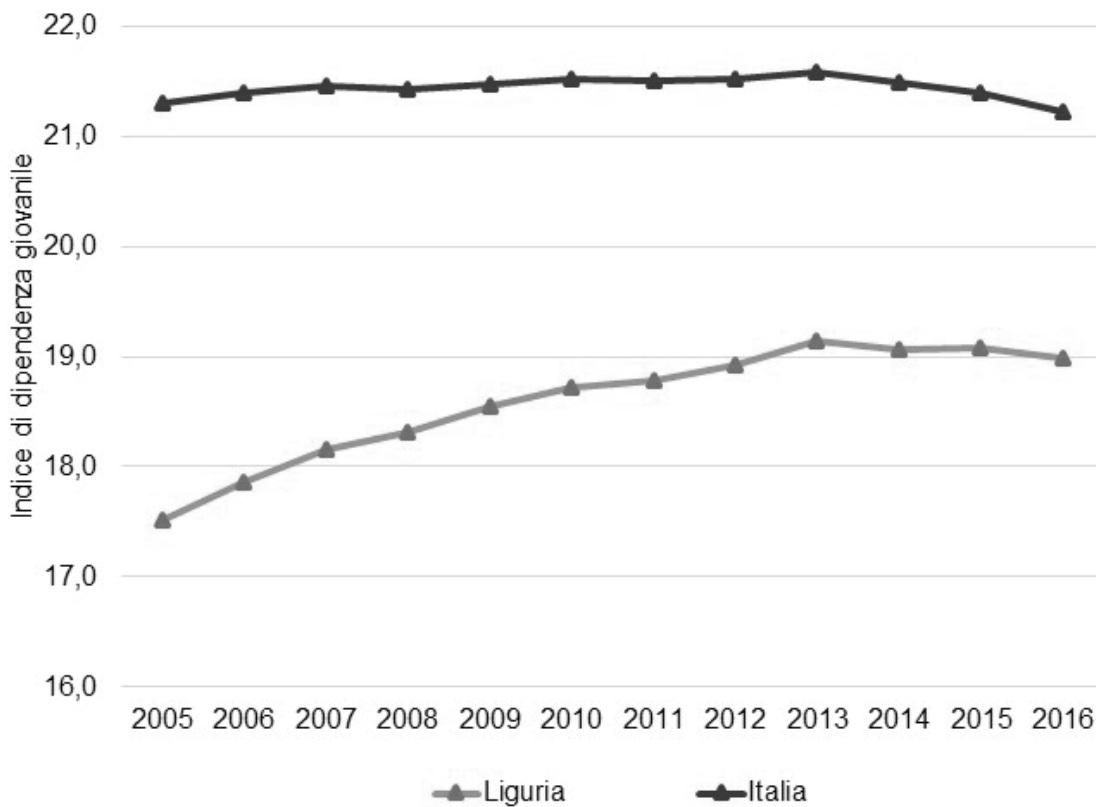


Figura 11. Indice di dipendenza degli anziani in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

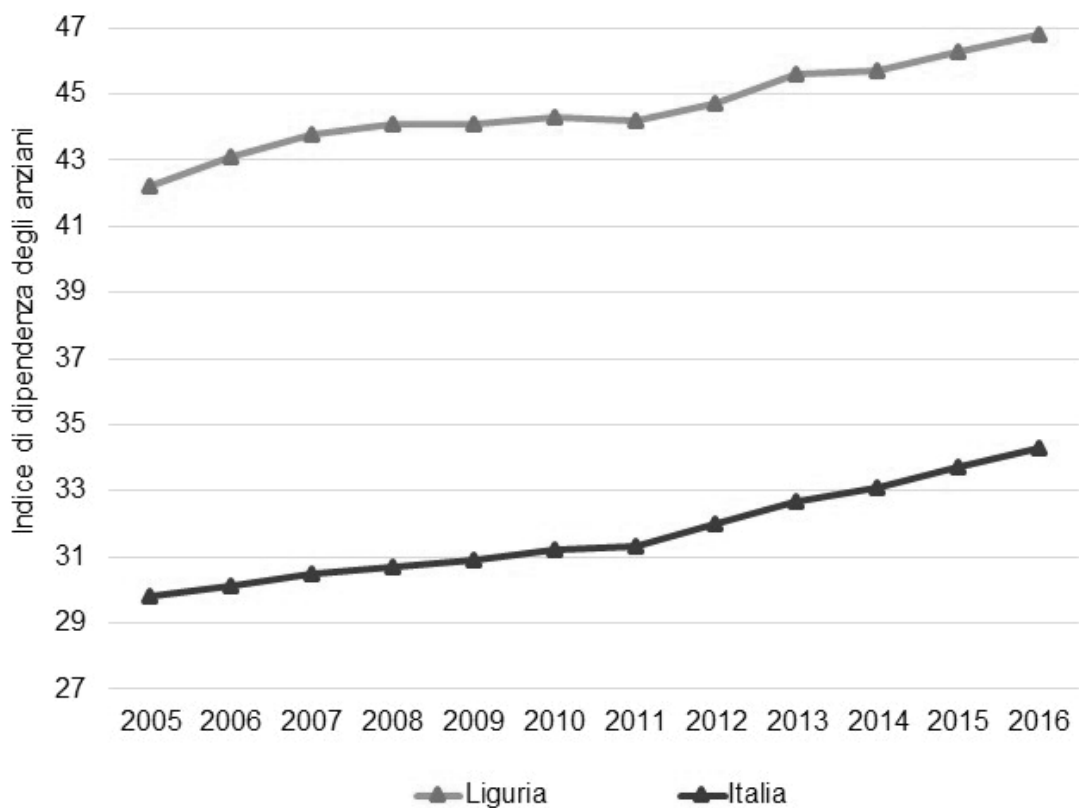


Figura 12. Età media in Liguria e in Italia, anni 2005-2016

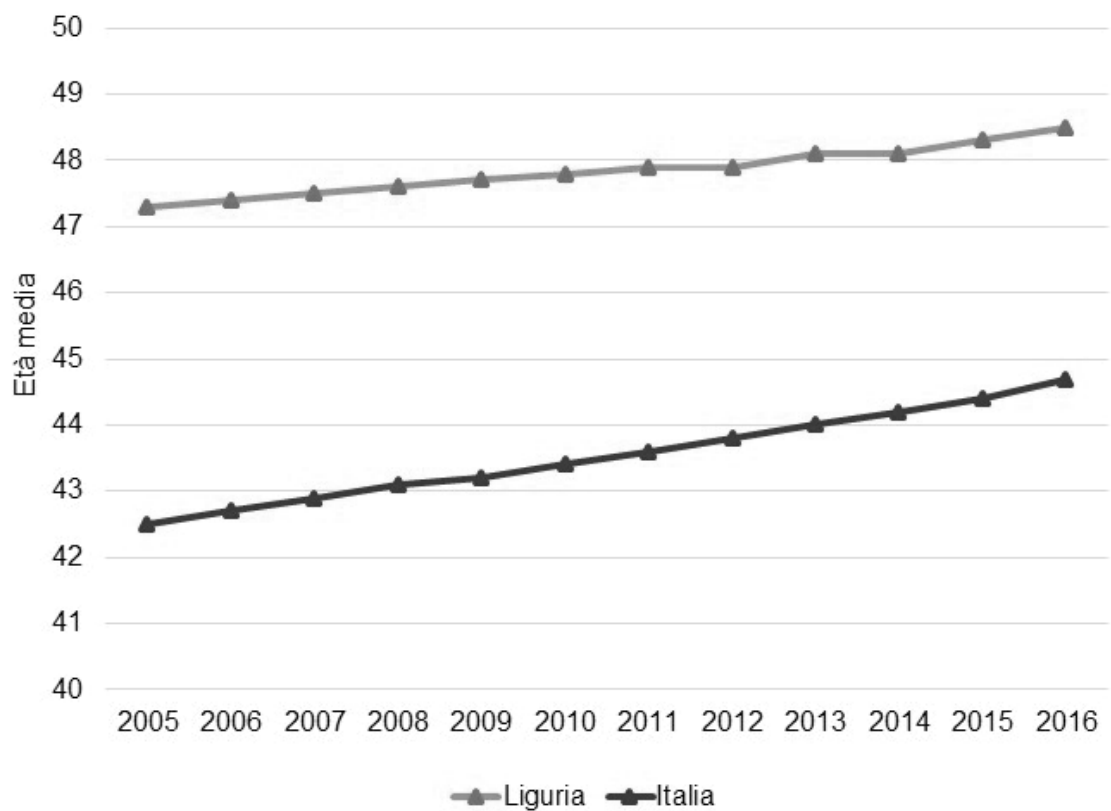


Figura 13. Confronto tra crescita naturale e totale in Liguria, anni 2005-2016

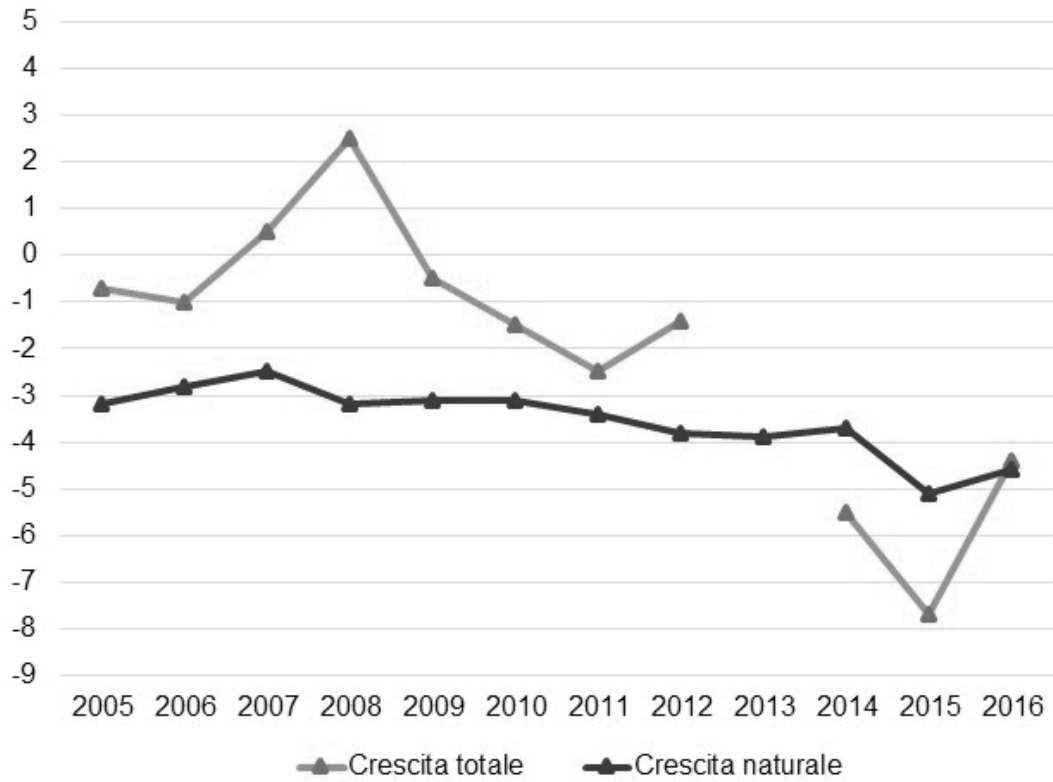


Figura 14. Numero di componenti per nucleo familiare in Liguria, anni 2005-2014

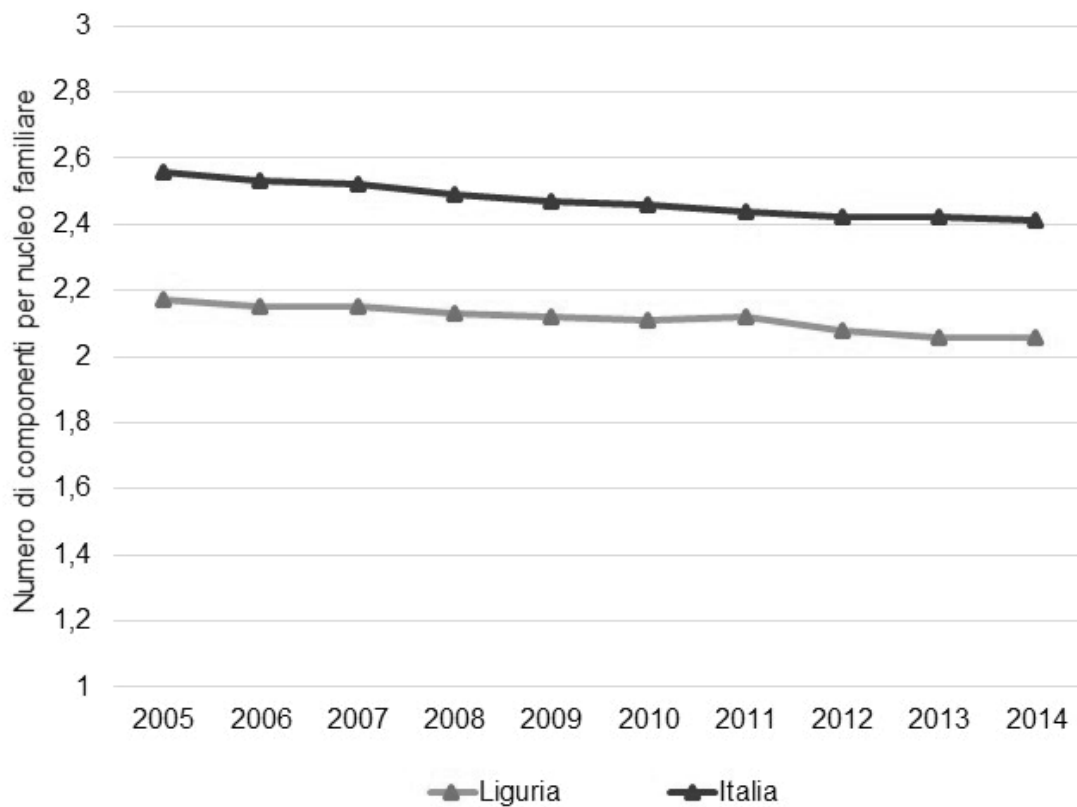


Figura 15. Prevalenza delle comorbidità nella popolazione residente in Liguria, periodo 2012-2016.

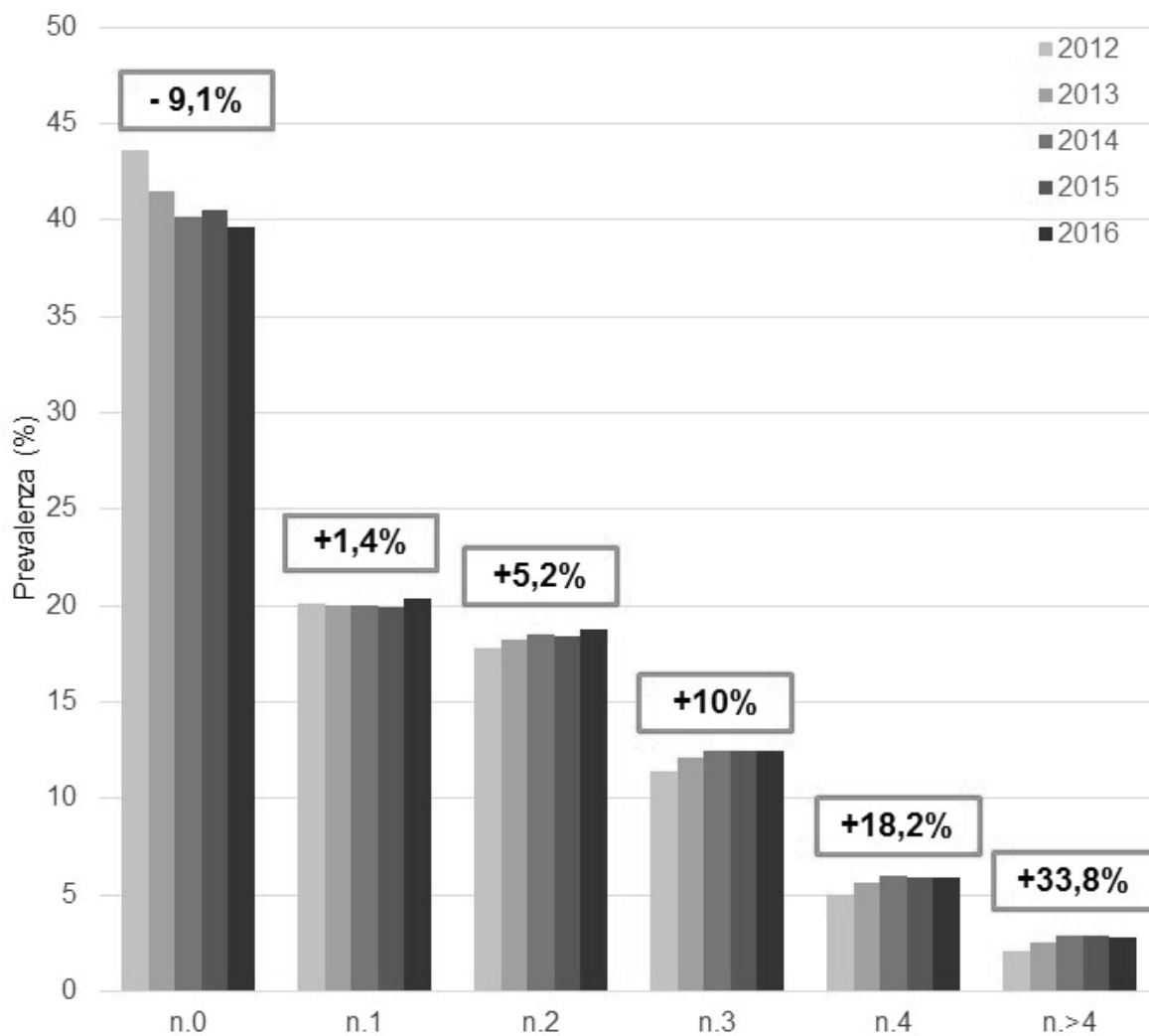


Figura 16. Prevalenza di trapianto nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

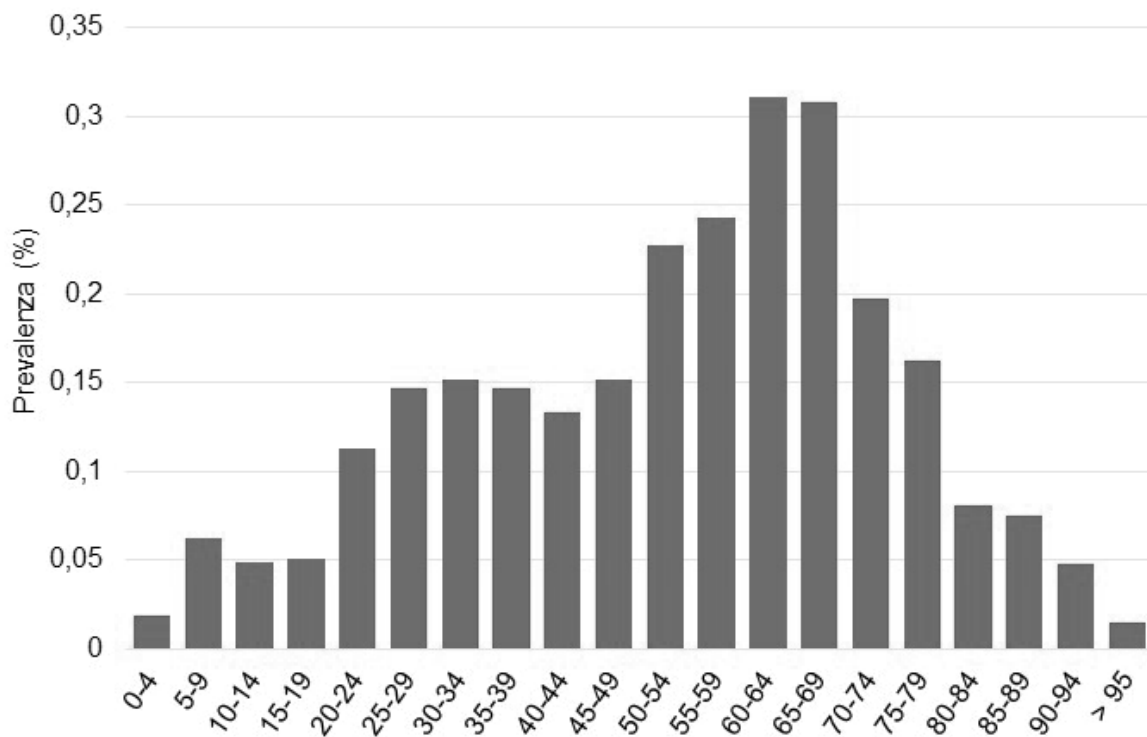


Figura 17. Prevalenza di insufficienza renale nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

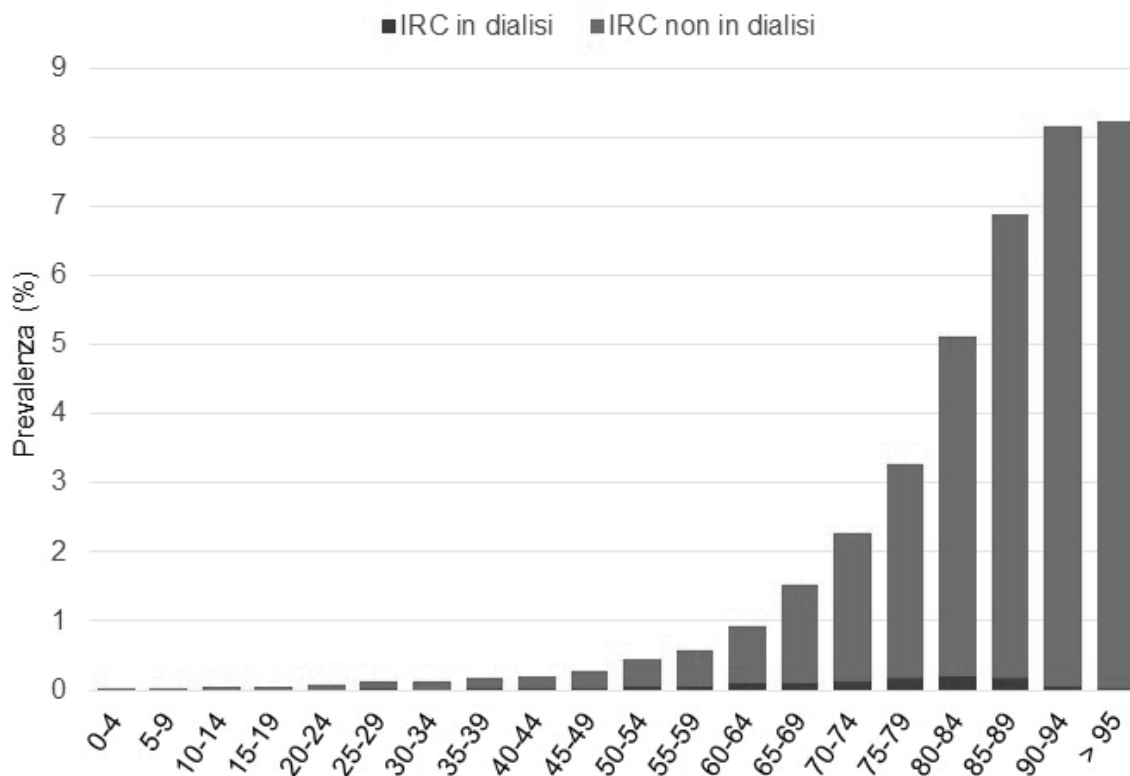


Figura 18. Prevalenza di infezione da HIV nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

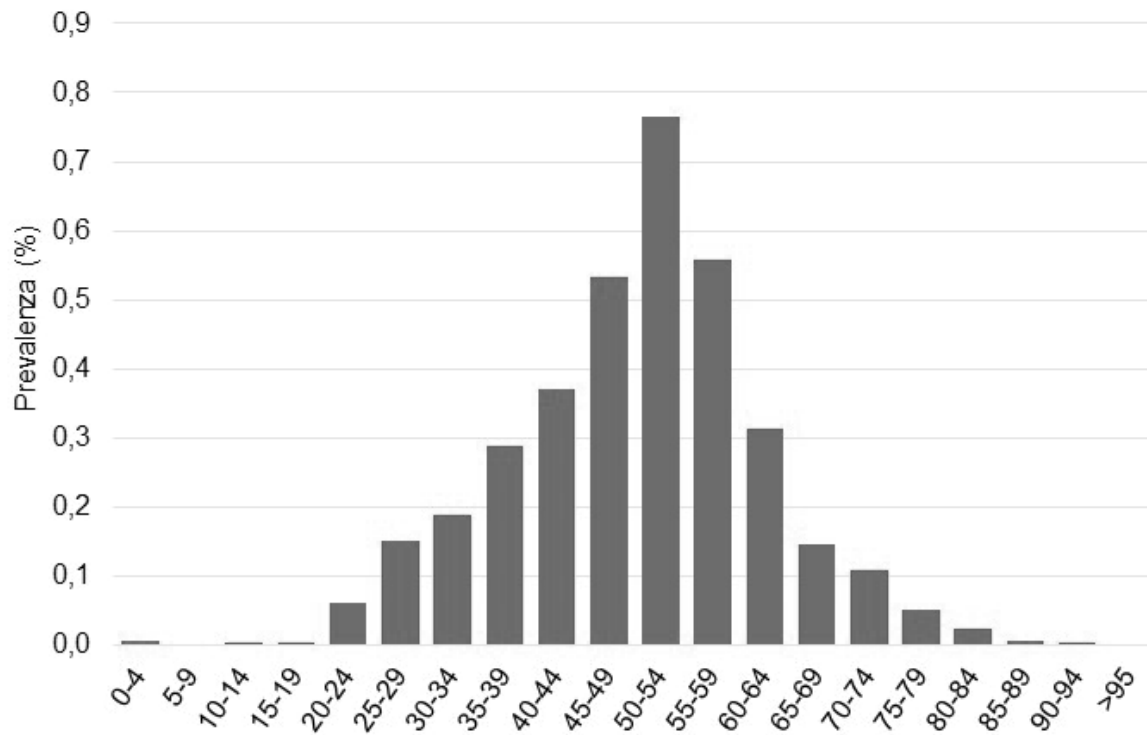


Figura 19. Prevalenza di neoplasie nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

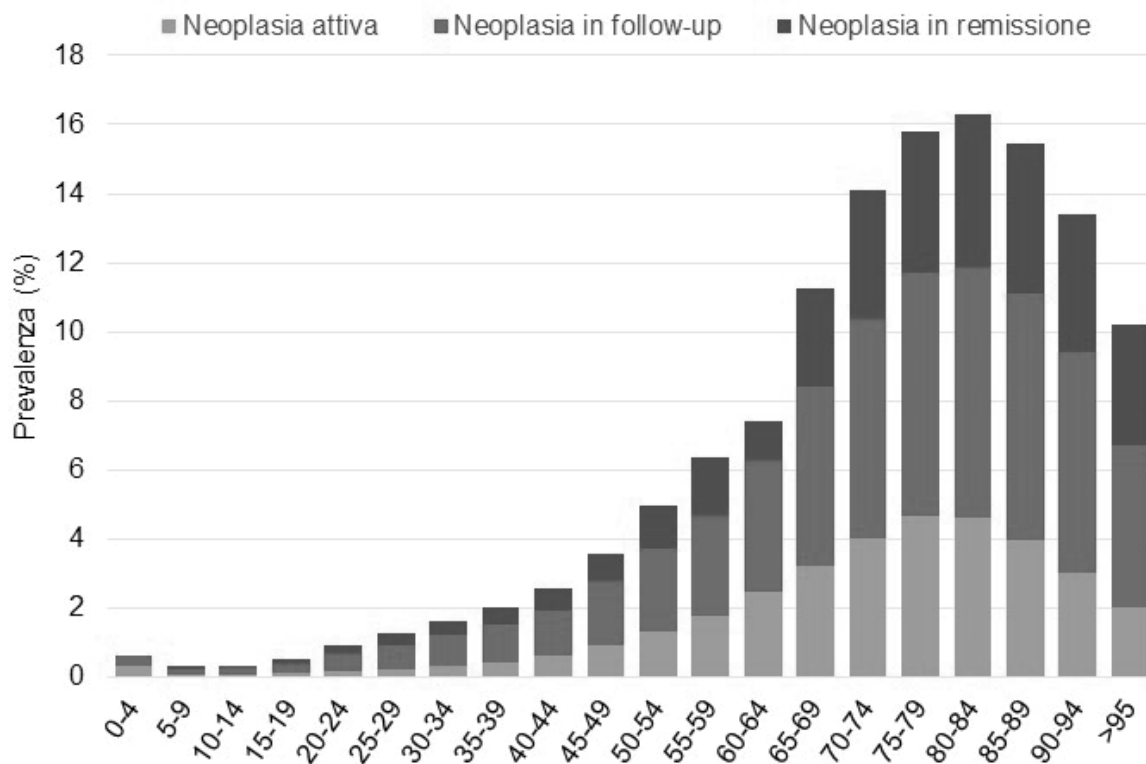


Figura 20. Prevalenza di diabete nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

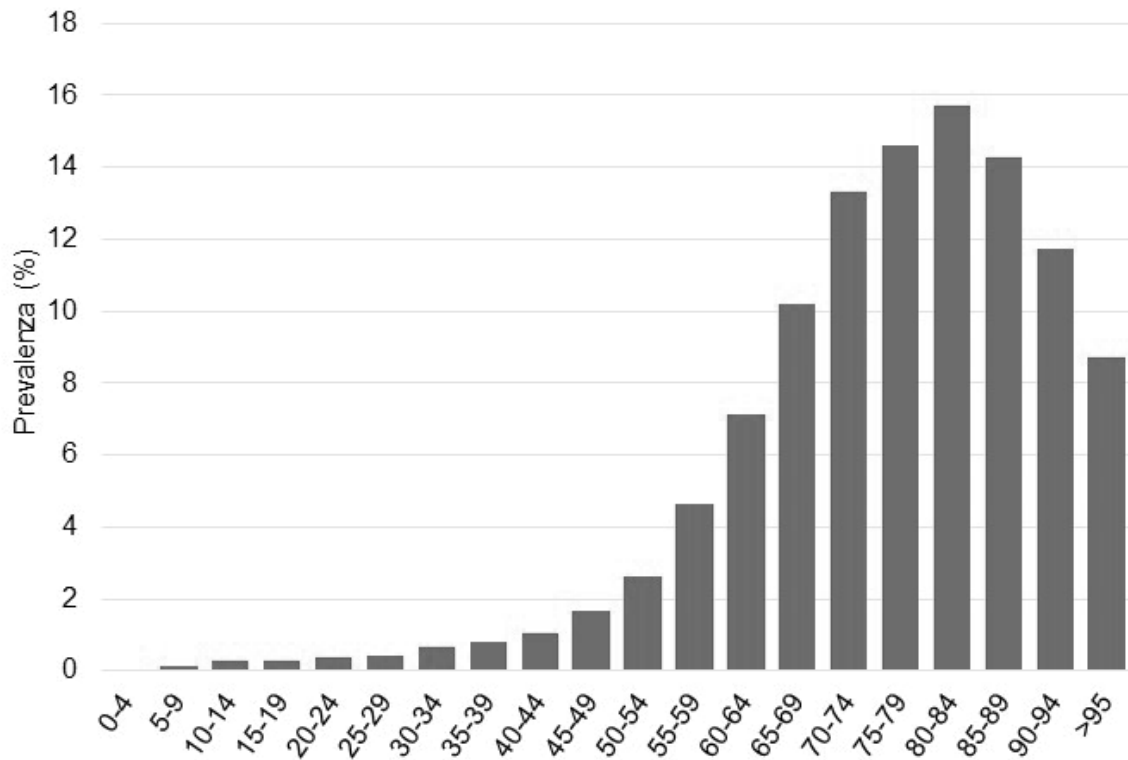


Figura 21. Prevalenza di patologie cardiovascolari nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

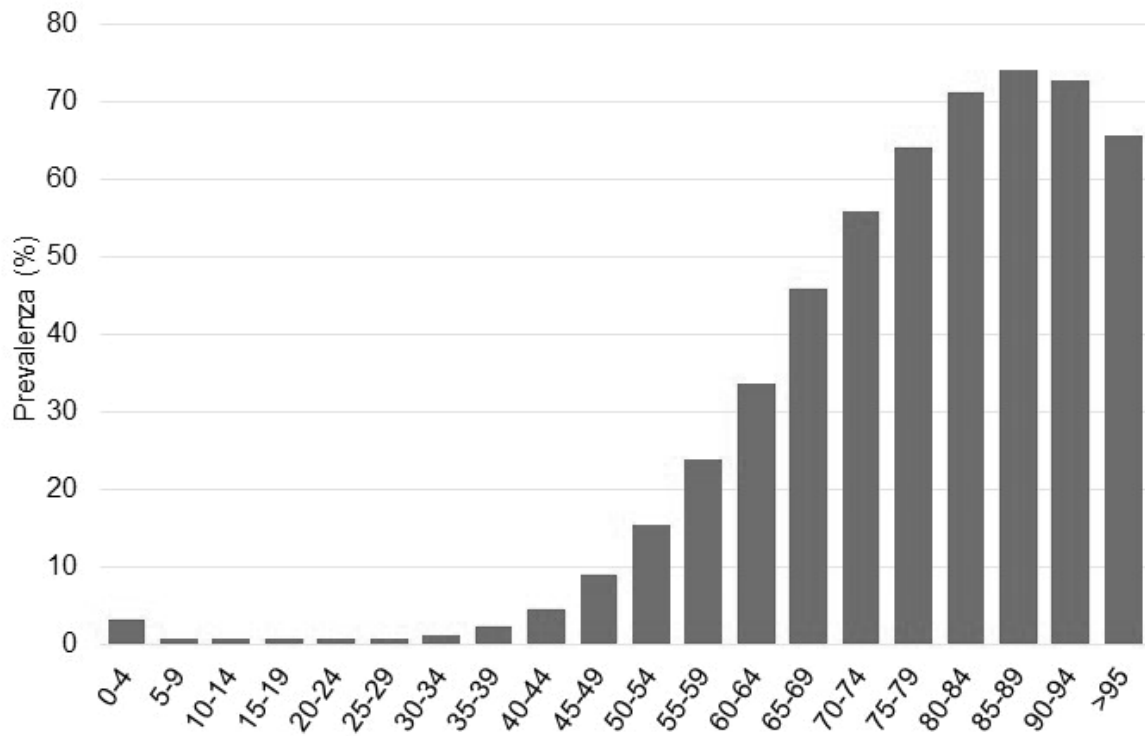


Figura 22. Prevalenza di broncopneumopatia nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

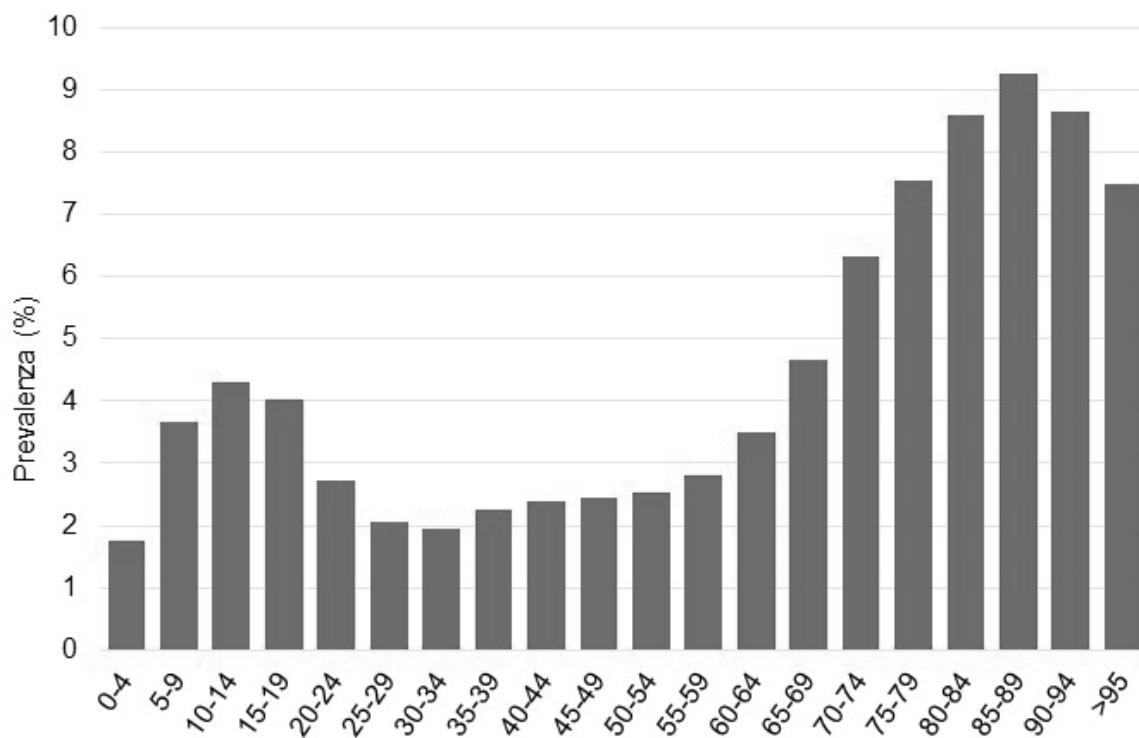


Figura 23. Prevalenza di gastroenteropatia nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

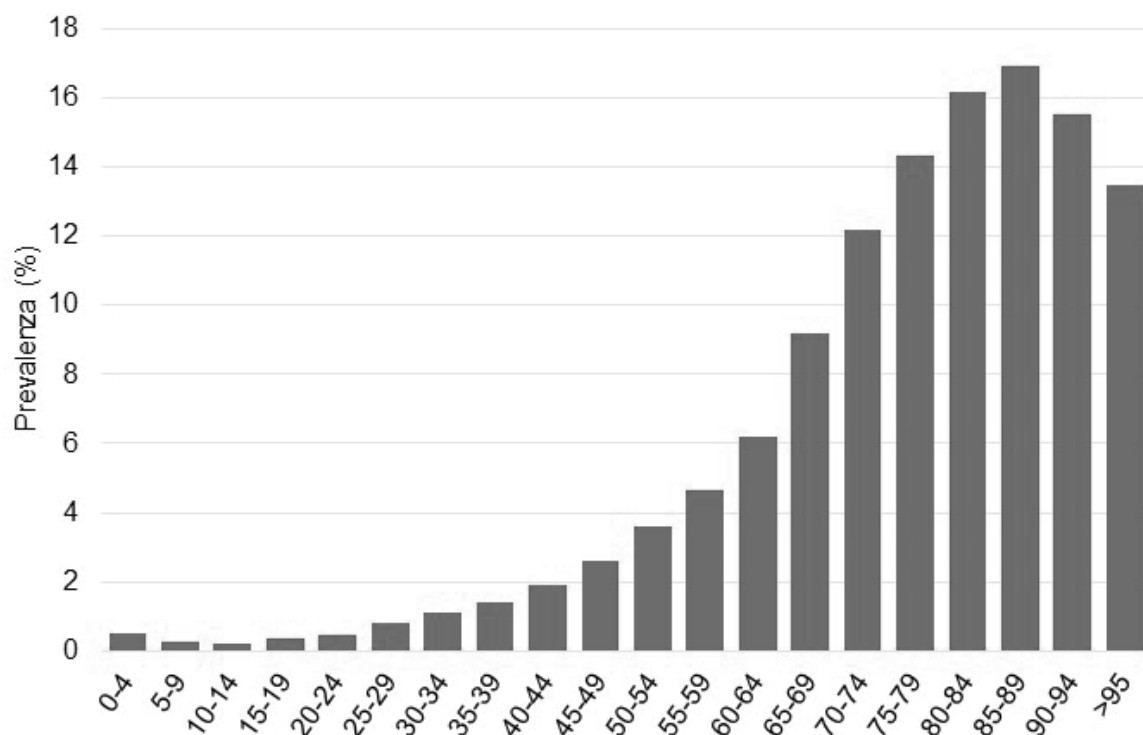


Figura 24. Prevalenza di neuropatie nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

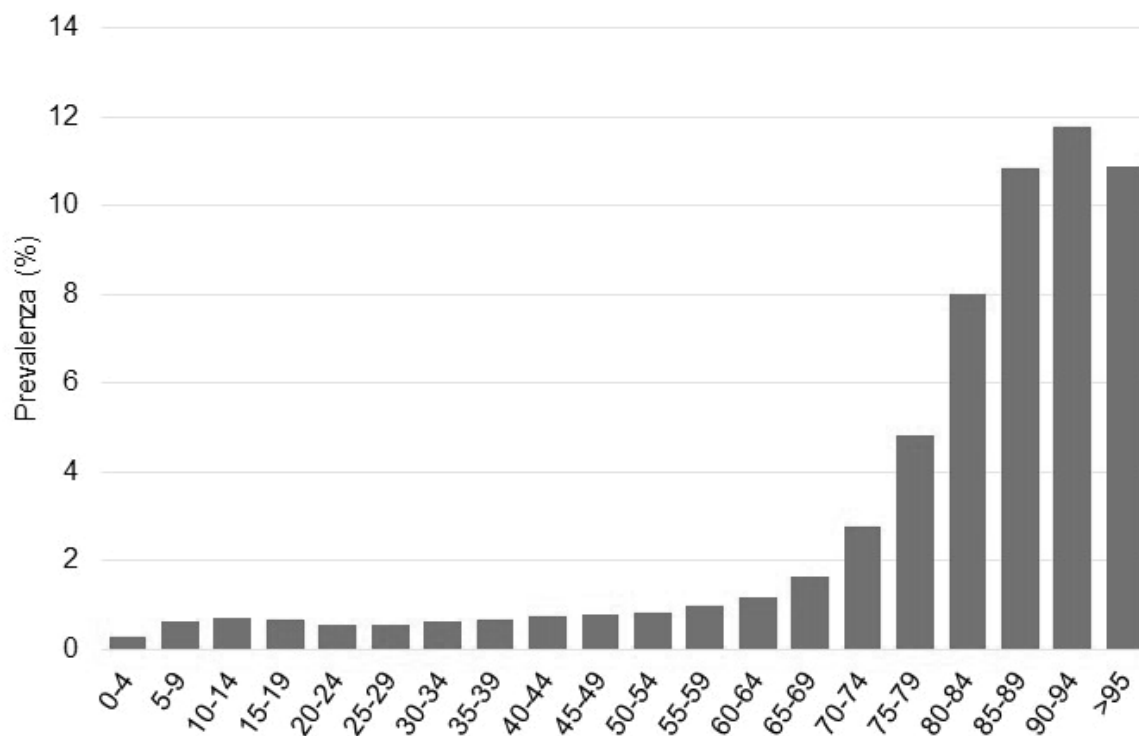


Figura 25. Prevalenza di malattie autoimmuni nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

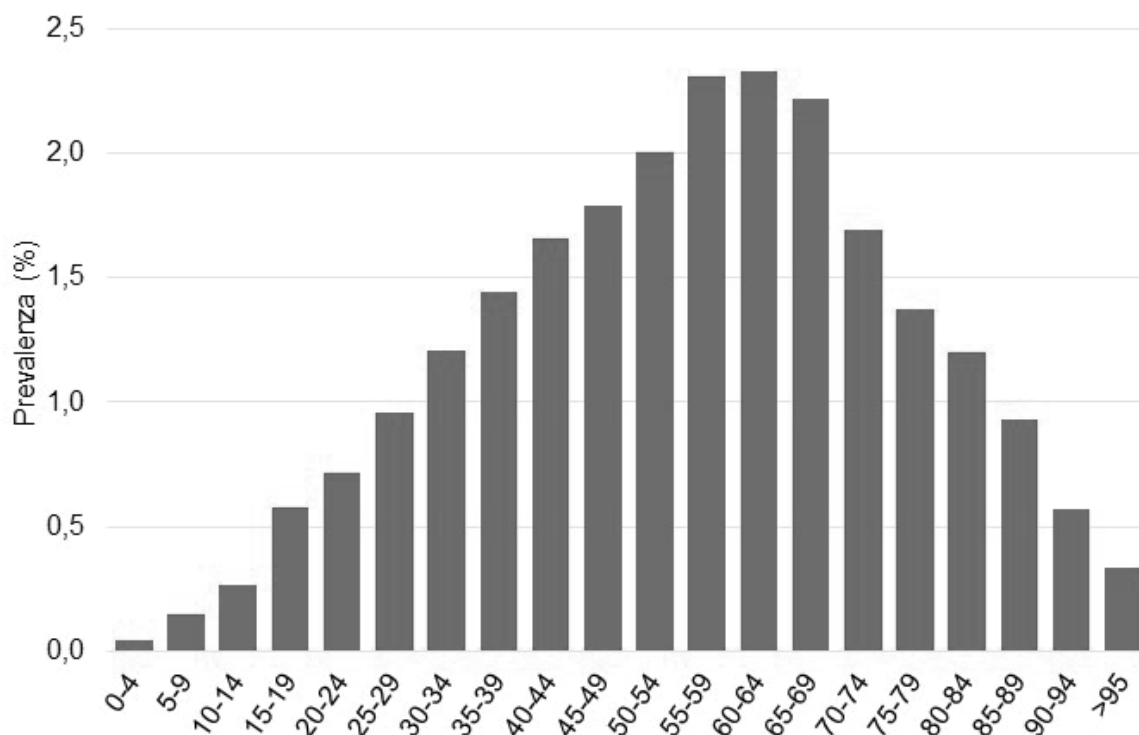


Figura 26. Prevalenza di malattie endocrine e metaboliche nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

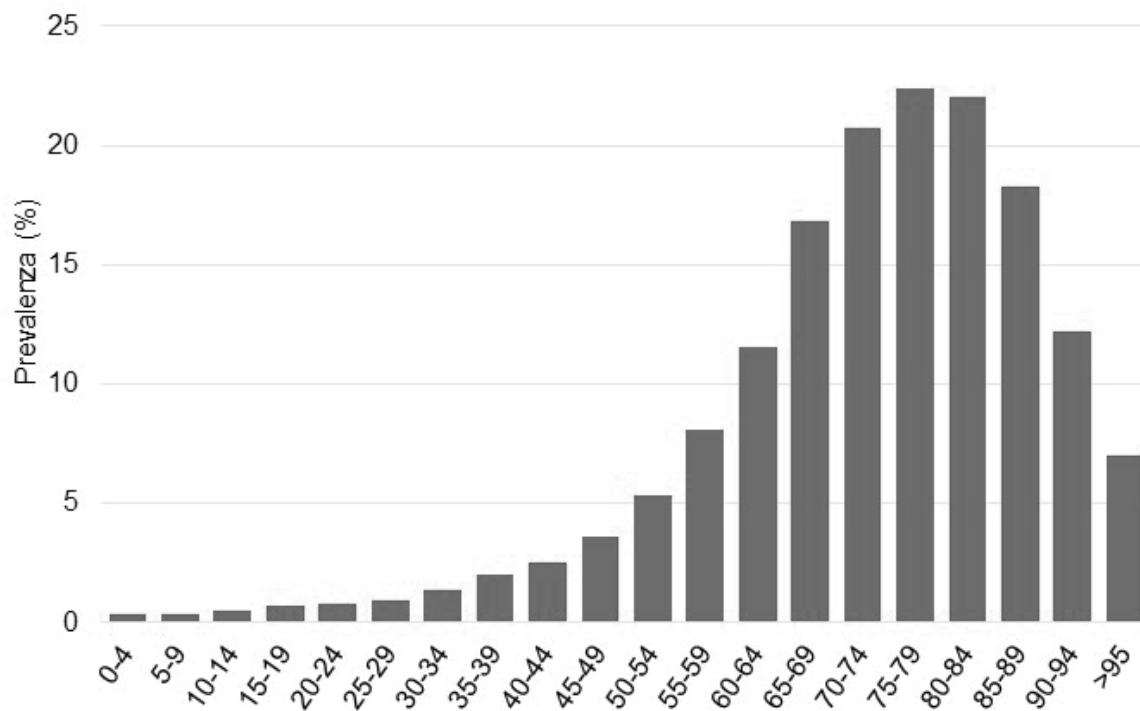


Figura 27. Prevalenza di malattie rare nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.

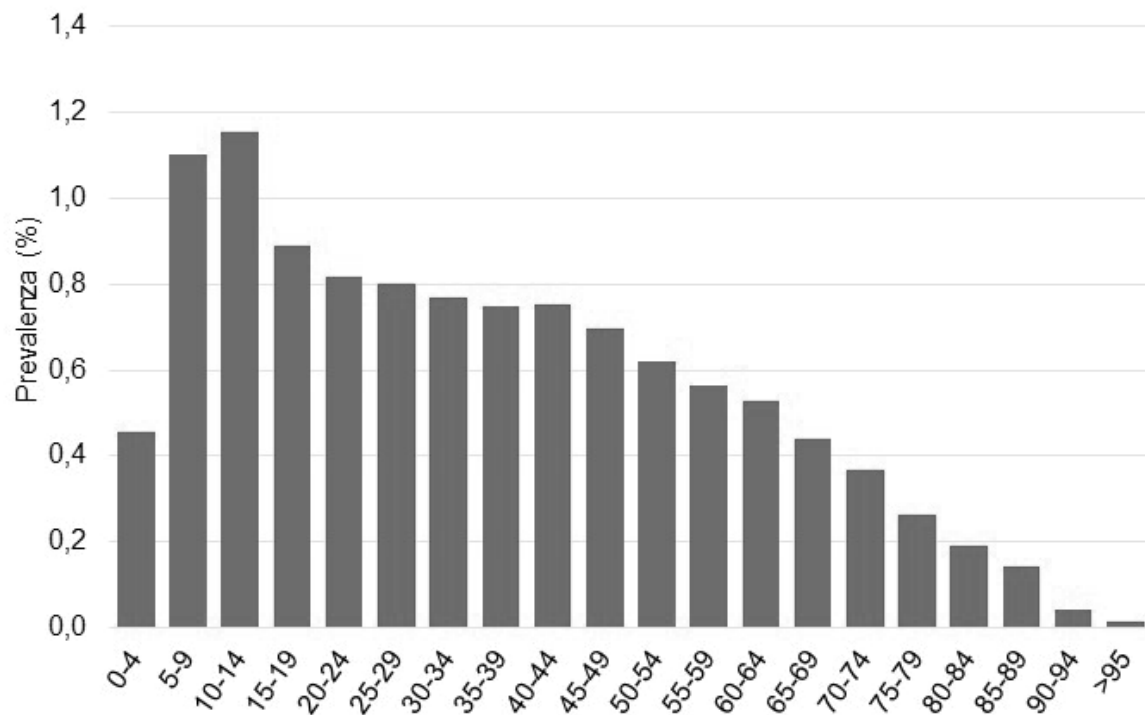
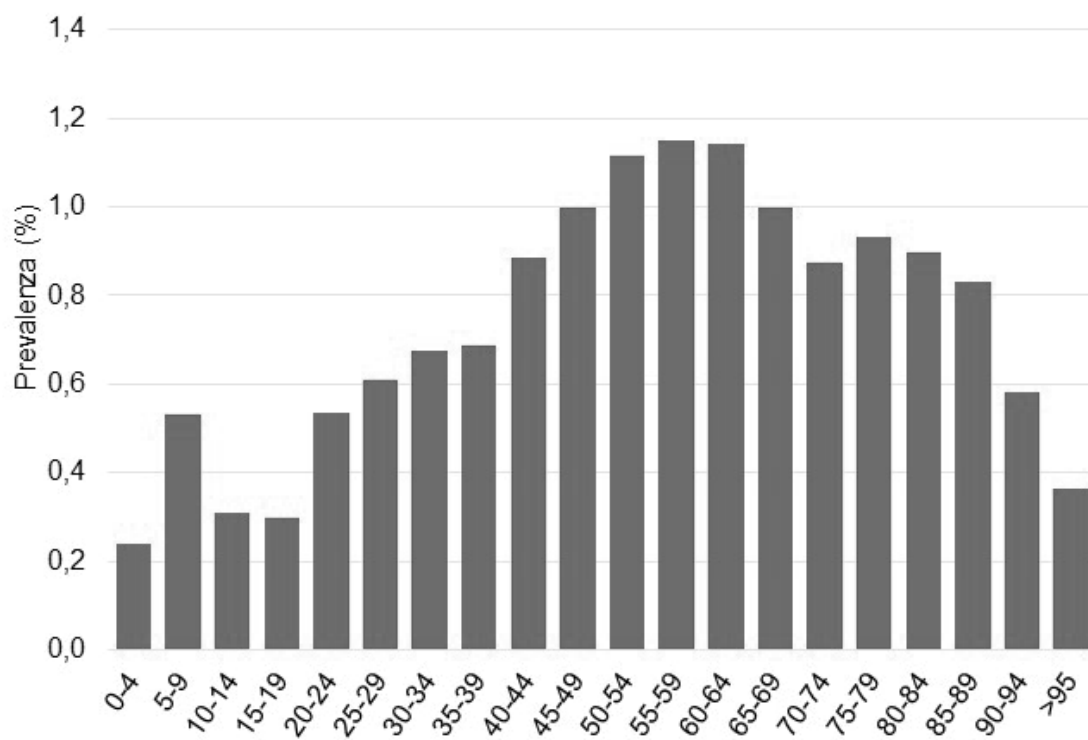


Figura 28. Prevalenza di psicosi nella popolazione residente in Liguria per fasce d'età, anno 2016.



Allegato n.2

PSR 2017-19

Appendice tecnica di contesto
socio-demografico

Tabella 1. Alunni disabili nella Scuola Primaria e Secondaria di primo grado con insegnante di sostegno (Fonte ISTAT 2015-2016)

	Alunni con disabilità (N=156.000, 3,4% degli alunni totali)	
	Scuola primaria	Scuola secondaria di I grado
Tipologia di disabilità	88.000 (3,1%)	68.000 (3,9%)
Disabilità Intellettiva	37.400 (42,5%)	34.204 (50,3%)
Disturbi dello Sviluppo	21.912 (24,9%)	14.416 (21,2%)
Disturbi del Linguaggio	19.184 (21,8%)	4.284 (6,3%)
Disturbi dell'Apprendimento	9.504 (10,8%)	15.096 (22,2%)

Tabella 2. Soggetti in condizione di disabilità gravissima in carico al Sistema Sociosanitario Regionale

Classificazione D.M. 26/09/2016 art. 3 comma 2 lettere da a) ad i)	Totale
Persone in condizione di coma Stato Vegetativo (SV) oppure in stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;	125
Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;	4.085
Persone con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado AoB. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesioni di grado AoB;	63
Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq 9,0$ in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;	564
Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 Hertz nell'orecchio migliore;	13
Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione delle DSM-5;	517
Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level Off Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;	926
Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di dipendenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche	2.850

Allegato n.3

PSR 2017-19

Appendice tecnica: la composizione del
personale del Sistema Sanitario ligure

Tabella 1. Personale afferente al Sistema Sanitario Regionale per categoria e figura professionale al 31 dicembre 2014 (Fonte: flusso informativo ufficiale Regione/ALISA)

	SSN tempo ind.	SSN tempo del. aspettat.	SSN 15 sepiet.	co.co.co.	personale inferitoriale	borsisti	incarichi profess.	medici convenz.	dipendenti universita	altri universita	dipendenti ricerca	altri ricerca	n.s.	Totali
010 Medici/Vet.dir.str.complessa	253	11	10	2					46		4			326
020 Medici/Veterinari	3.541	75	101	7	24	12	10	933	119	2	16	8	1	4849
030 Dirigenti.san.str.complessa	17	2		1					1		1			22
040 Dirigenti sanitari	447	17	6	3	48	29	13	15	27		66	114		785
050 Dirigenti amministrativi	67	3	2	3							1			76
060 Dirigenti professionali	31	1	1				1					1		35
070 Dirigenti tecnici	17	1	2								1	1		22
080 Personale infermieristico	10.259	18	168	5	50				4		3			10507
090 Tecnici sanitari e riabilit.	2.257	28	36	1	9	4	1		25		34	2		2397
100 Assistenti sociali	137	1	2		6									146
110 Pers.della prevenzione	312	9	4		2				1			1		329
120 Assit./operatori tecnici	1.560	7	43		60				26		11	1	1	1709
130 Assistenti religiosi	15						4							19
140 OTA/OSS	2.291	3	40		4									2339
150 Ausiliari	365	5			14									385
160 Amministrativi	2.471	26	30	6	46	29			22		23	31		2684
200 Profili atipici	3	28		16			30		1	22	5	40		145
qualifica non specificata						1								1
Totali	24.043	230	450	16	100	191	59	948	272	24	167	199	2	26.776

Tabella 2. Personale afferente al Sistema Sanitario Regionale per categoria e figura professionale al 31 dicembre 2015 (Fonte: flusso informativo ufficiale Regione/ALISA)

	SSN tempo ind.	SSN tempo det.	SSN aspettati.	15 sepiotes	co.co.co.	personale internale	borsisti	incarichi profess.	medici convenz.	dependenti universita	altro universita	dependenti ricerca	altro ricerca	n.s.	Totali
010 Medici/Vet.dir.str.complexa	252	10	8							43		4			317
020 Medici/Veterinari	3.470	91	111	12	13		117	25	1.195	105		14	7	1	5161
030 Dirigenti san.str.complexa	17	2		1						1		1			22
040 Dirigenti sanitari	443	16	6	2	39		29	12	29	28		61	118		783
050 Dirigenti amministrativi	66	3	3	2								1			75
060 Dirigenti professionali	29	2	1	1				1							34
070 Dirigenti tecnici	18	1	1									1			21
080 Personale infermieristico	10.130	39	205			65				4		2			10445
090 Tecnici sanitari e riabilit.	2.251	21	36			9	5			25		35	1		2383
100 Assistenti sociali	133	1		3		8									145
110 Pers.della prevenzione	296	8	5			1	1			1					313
120 Assiat./operatori tecnici	1.532	13	46			47	1			24		11	1		1675
130 Assistenti religiosi	12							4							16
140 OTA/OSS	2.310	13	59			6						1			2389
150 Ausiliari	346		3			9						1			359
160 Amministrativi	2.377	39	37		6	42	22			20		20	25		2588
200 Profili atipici					14			29				1	40	1	132
qualifica non specificata									4						4
Totali	23.688	277	524	18	72	187	175	71	1.228	251	22	153	194	2	26.862

Tabella 3. Personale afferente al Sistema Sanitario Regionale per categoria e figura professionale al 31 dicembre 2016 (Fonte: flusso informativo ufficiale Regione/ALISA)

	SSN tempo ind.	SSN tempo det.	SSN aspettat.	15 sepiés	co.co.co.	personale internale	borsisti	incarichi profess.	medici convenz.	dipendenti universita	dipendenti ricerca	altro ricerca	n.s.	Totali
010 Medici/Vet.dir.str.complexa	252	11	9							44	4			320
020 Medici/Veterinari	3.420	126	123	9	2		109	31	929	128	21	13		4911
030 Dirigenti san.str.complexa	17	2		1						1	1			22
040 Dirigenti sanitari	430	17	11	3	16		17	16	24	27	64	82		707
050 Dirigenti amministrativi	63	4	4	3							1			75
060 Dirigenti professionali	31	2		1										34
070 Dirigenti tecnici	18										1			20
080 Personale infermieristico	9.922	190	219			98				5	6			10440
090 Tecnici sanitari e riabilit.	2.217	32	53			12	3	2		24	40	8		2391
100 Assistenti sociali	136	1	3											140
110 Pers.della prevenzione	283	6	2				1			1				294
120 Assis./operatori tecnici	1.488	19	47			48				24	12			1649
130 Assistenti religiosi	9													13
140 OTA/OSS	2.298	19	50			26		4			1			2394
150 Ausiliari	323		8			7					1			339
160 Amministrativi	2.348	12	31		5	44	26	1		18	20	15		2520
200 Profili atipici	5	20			4			14			1			44
qualifica non specificata							2							3
Totali	23.270	461	560	17	27	235	158	68	953	272	173	119	3	26.316

Direttore responsabile: Augusto Pessina

Publicato dalla Presidenza del Consiglio Regionale

Autorizzazione del Tribunale di Genova n. 22 del 16/7/1976

(*legge regionale 24 dicembre 2004, n. 32*)
