

**A.Li.Sa.**  
**AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA**  
C.F. / P. IVA 02421770997

**DELIBERAZIONE N. 1 DEL 12.01.2017**

OGGETTO: Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2017. Proposta alla Giunta Regionale.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 161 del 26/02/2016, ad oggetto "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016";

RICHIAMATA la Legge Regionale 29 luglio 2016, n. 17, con la quale, con decorrenza 1° ottobre 2016, è stata istituita l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.);

VISTO in particolare l'art. 3 della suddetta LR 17/2016, che assegna ad A.Li.Sa. "funzioni di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende Sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale e le relative attività connesse";

RICHIAMATA la Delibera di Giunta Regionale n. 1183 del 20/12/2016, nella quale si stabilisce che l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.), in attuazione delle norme e nel rispetto degli indirizzi e dei criteri forniti, provvede ad adottare entro il 31 gennaio 2017 indirizzi operativi annuali per le Aziende socio-sanitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati;

VISTI gli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017", allegati sub 1) al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di approvare i suddetti Indirizzi Operativi;

RITENUTO altresì di trasmettere il presente provvedimento all'Assessore alla Sanità, Politiche sociosanitarie e terzo settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione, per la conseguente presa d'atto;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sociosanitario

## **DELIBERA**

per quanto più estesamente esposto in narrativa e qui integralmente richiamato:

1. di approvare gli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017", allegati sub 1) al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente provvedimento all'Assessore alla Sanità, Politiche sociosanitarie e terzo settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione, per la conseguente presa d'atto;
3. di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul proprio albo pretorio on-line;
4. di dare atto che il presente provvedimento è composto di n. 2 pagine e di n. 1 allegato di n. 56 pagine.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(Dott. G. Walter Locatelli)

**Parere favorevole formulato ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. per la formulazione delle decisioni del Commissario Straordinario**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

(Dott.ssa Laura Lassalaz)



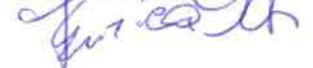
**IL DIRETTORE SANITARIO**

(Dott. Sergio Vigna)



**IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO**

(Dott.ssa Enrica Orsi)



Allegato sub 1) alla Deliberazione n. 1 del 12.01.2017

**Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017**

## **Prefazione**

*Gli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017" rappresentano il complesso degli obiettivi da perseguire e delle azioni da intraprendere da parte delle Aziende sanitarie liguri ai fini della riconfigurazione dell'assetto e dell'organizzazione del servizio sanitario regionale, alla luce della riforma sanitaria avviata nel 2016, e dell'appropriata erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel rispetto dell'equilibrio economico del sistema sanitario regionale.*

*La struttura del documento rispecchia il percorso elaborativo necessario a definire tale complesso di obiettivi e azioni. In particolare, la prima parte del testo è dedicata ad un'analisi dell'attuale contesto normativo e finanziario e delle molteplici criticità e sfide organizzative e assistenziali che il sistema sanitario regionale è chiamato ad affrontare, dai problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza e alla disabilità sino all'elevata presenza di anziani e soggetti fragili nel nostro territorio, dalla disponibilità di terapie ad alto costo indirizzate a specifici bacini di assistiti al governo delle nuove tecnologie. Tale analisi è introduttiva alla seconda parte del documento in cui sono definiti gli obiettivi prioritari per l'anno 2017 in ambito organizzativo e socio-sanitario, unitamente agli indicatori necessari alla valutazione del loro raggiungimento.*

*Alla base del complesso di obiettivi e azioni esplicitati negli Indirizzi Operativi è posta la centralità del paziente/cittadino/utente, dei suoi bisogni socio-sanitari e delle sue aspettative, nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e nell'erogazione delle prestazioni. Tale centralità rappresenta il fulcro dell'intero processo di "condivisione responsabile" che ha caratterizzato il percorso della riforma sanitaria avviata dalla Regione Liguria.*

*Per tale ragione, elementi caratterizzanti degli obiettivi e delle azioni individuati nei diversi livelli organizzativi e nei diversi setting assistenziali sono la definizione e il rafforzamento di percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico e garantire un reale continuum assistenziale.*

*Nel corso dell'anno, infine, sarà ultimata l'analisi dei bisogni di salute dei pazienti affetti da malattie rare e dei "pazienti invisibili", e saranno formulate proposte di attività specifiche. Tale ambito, peraltro, ha già visto operare in senso positivo la sanità ligure, individuando nell'IRCCS AOU San Martino – IST risorse utili all'espletamento delle sopracitate attività, e attraverso la programmazione di momenti formativi finalizzati al perfezionamento del disegno organizzativo previsto.*

*Saranno altresì oggetto di approfondimento tutte quelle azioni che condurranno ad un efficientamento del sistema dal punto di vista organizzativo.*

## Sommario

1. Il Contesto normativo ed economico-finanziario .....	5
1.1 Lo scenario nazionale 2017 .....	5
2. Le criticità e le sfide al sistema: le opportunità sanitarie e organizzative .....	6
2.1 La sostenibilità del SSR alla luce dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico .....	6
2.2 La programmazione e la <i>governance</i> coordinata e il rafforzamento dell'organizzazione a rete .....	8
2.3 La presa in carico globale del cittadino e la continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale	9
2.4 L'appropriatezza .....	13
2.5 Il governo dei tempi d'attesa .....	14
2.6 La <i>customer satisfaction</i> .....	15
2.7 La mobilità passiva .....	16
2.8 La formazione del personale .....	17
3. Le scelte prioritarie in ambito organizzativo .....	20
3.1 Principi e criteri per la riconfigurazione.....	20
3.2 Il governo dei beni e servizi, della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici.....	21
3.2.1 La centralizzazione degli acquisti e acquisizioni sovraregionali.....	21
3.2.2 La politica del farmaco ed il governo della spesa farmaceutica .....	23
3.2.3 Il governo delle tecnologie e valutazione della loro introduzione nel SSR.....	25
3.3 Area socio-sanitaria .....	26
3.3.1 Regolamentazione dell'integrazione sociosanitaria .....	28
3.3.2 I Piani di zona.....	28
3.4 Il governo degli erogatori privati .....	30
3.5 Il governo dei flussi informativi .....	30
3.5.1 La gestione e il controllo dei flussi informativi.....	30
3.5.2 La rete epidemiologica regionale.....	31
3.5.3 L'implementazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle performance....	32
4. Gli obiettivi prioritari della risposta sanitaria e sociosanitaria per macroarea: azioni ed indirizzi operativi strategici per il perseguimento degli obiettivi LEA, del Piano Regionale Prevenzione.....	33
4.1 Area ospedaliera.....	33
4.2 Area territoriale .....	34
4.2.1 Cure primarie e attività distrettuali .....	34
4.2.2 Area Socio-sanitaria integrata .....	36

4.2.3 Area psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenze patologiche	42
4.2.4 Area salute in carcere .....	47
4.3 Area della prevenzione .....	48
4.4 Area della Riabilitazione.....	50
4.4.1 Strumenti per la presa in carico ospedaliera e territoriale: Il Piano Riabilitativo Individuale e il Progetto di Struttura.....	50
4.4.2 Strumenti per la presa in carico ospedaliera e territoriale: la SDO con elementi Riabilitativi.....	51
4.4.3 Percorso e modello di presa in carico ospedaliera e territoriale: la gestione della malattia di Parkinson .....	52
4.4.4 Percorso e modello di presa in carico ospedale territorio: la rete per le gravissime disabilità.....	53
4.5 Area della gestione del rischio clinico.....	54

## **1. Il Contesto normativo ed economico-finanziario**

### **1.1 Lo scenario nazionale 2017**

La legge 11.dicembre 2016, n. 232 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019” approvata dal Parlamento il 7/12/2016 traccia il quadro complessivo del finanziamento del sistema sanitario nazionale e prevede specifiche norme in alcuni ambiti (piani di rientro degli Enti del SSR, FSE, farmaceutica, beni e servizi, personale).

Per quanto concerne il livello di finanziamento del SSN, il comma 392 dell’art. 1 rivede in riduzione quanto sancito con l’intesa 21/CSR dell’11/2/2016, atto in cui il fabbisogno era stato definito in Euro 113.063.000.000 per il 2017 e in Euro 114.998.000 per il 2018.

Per gli anni 2017, 2018 e 2019 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è fissato rispettivamente in Euro 113.000.000.000, Euro 114.000.000.000 ed Euro 115.000.000.

Per quanto riguarda le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano sono previsti singoli accordi con lo Stato, da stipulare entro il 31 gennaio 2017. Ciò potrebbe comportare una riduzione a monte del fondo per il 2017 da distribuire alle Regioni a Statuto Ordinario nel caso in cui, come evidenziatosi nella discussione in corso negli ultimi mesi, queste ultime dovessero farsi carico della restituzione di un importo che potrebbe essere quantificato tra 250 e 500 milioni di euro.

Il comma 193 dell’art. 1 specifica che, con riferimento all’esercizio 2017, 1 miliardo del finanziamento è vincolato per 325 milioni ai medicinali innovativi, per 500 milioni ai farmaci oncologici, per 100 milioni ai vaccini e per 75 milioni al personale (concorso al rimborso alle regioni per gli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione)

Il quadro sopra delineato rende attualmente difficile la stima del possibile incremento del fondo sanitario regionale per il 2017 sia in considerazione del fatto che non sono ancora stati avviati i lavori della Commissione Salute e della Conferenza dei Presidenti in merito alla ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, sia perché devono essere ancora stabiliti i criteri per la ripartizione della parte vincolata relativa ai medicinali innovativi, ai farmaci oncologici, ai vaccini e al personale. Elemento rilevante della Legge di bilancio 2017 sotto il profilo economico è inoltre il comma 390 dell’art. 1 che, in materia di piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici o degli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, prevede un diverso valore soglia di scostamento pari al 7% dei ricavi o a 7 mln di euro in valore assoluto, rispetto allo scostamento del 10% o a 10 mln in valore assoluto previsto dalla Legge di stabilità 2016.

## 2. Le criticità e le sfide al sistema: le opportunità sanitarie e organizzative

### 2.1 La sostenibilità del SSR alla luce dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico

La sostenibilità dei sistemi sanitari, in particolare di quelli di tipo universalistico, è una sfida che si presenta ardua e complessa per la presenza di numerosi fattori sia di tipo demografico ed epidemiologico, quali il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti, sia di tipo organizzativo riconducibili all'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, agli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, alle disuguaglianze conseguenti al sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato livello ed impatto in termini di risorse umane e tecnologiche, alla difficoltà di attuare strategie di prevenzione di provata *effectiveness*.

In Liguria, alcuni fattori demografici ed epidemiologici, comuni a tutti i Paesi Occidentali, assumono una particolare rilevanza per l'elevata prevalenza e il notevole impatto che hanno sul sistema sanitario, determinando la necessità di attuare efficaci strategie e nuove modalità organizzative per dare risposta al bisogno di salute della popolazione. La Liguria è la Regione dove si registra la più bassa natalità (tasso di natalità pari a 7,56) e il più spiccato invecchiamento del Paese con un'età media 48,5 anni (circa 4 anni superiore rispetto al dato medio italiano) e un indice di vecchiaia pari a 246,5, che raggiunge in alcune zone dell'entroterra valori 2 (Val d'Aveto) o 3 volte (Val Trebbia) superiori.

Figura 1. Età media della popolazione residente nelle Regioni italiane, 2016 [fonte: Demostat, 2016]

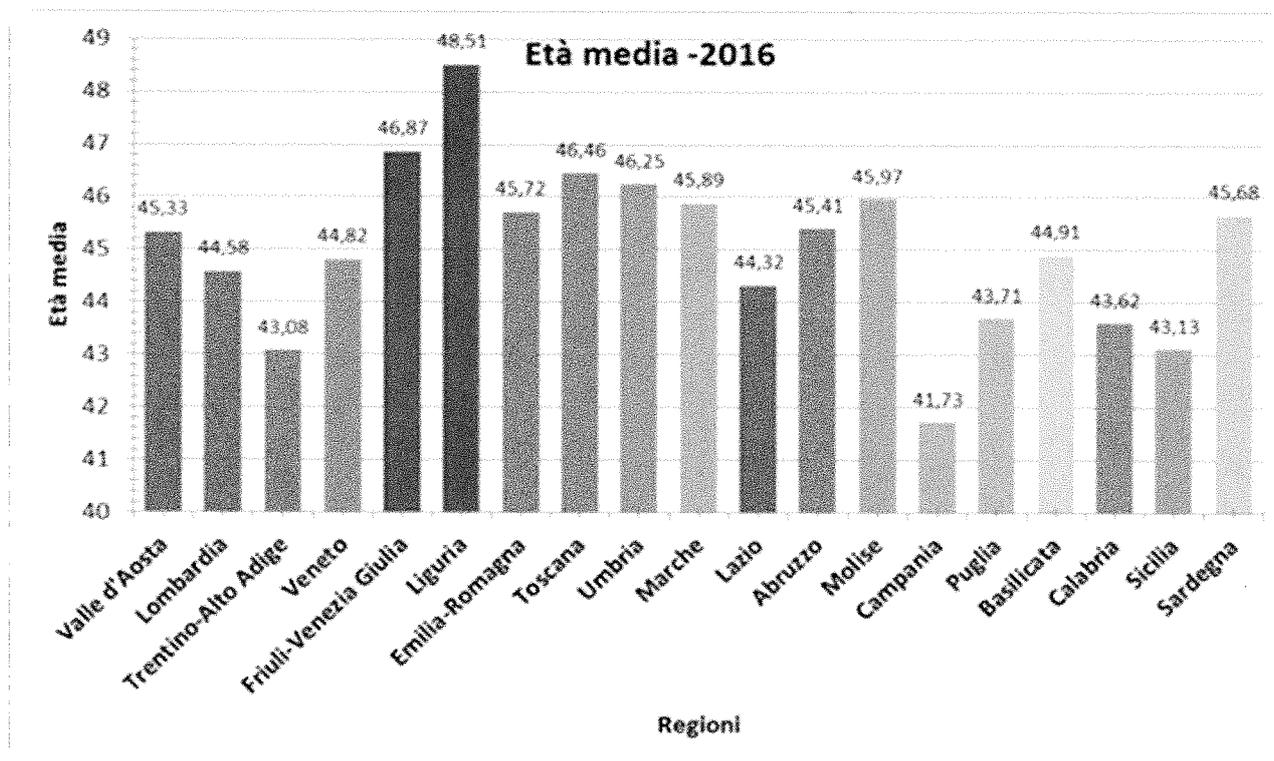
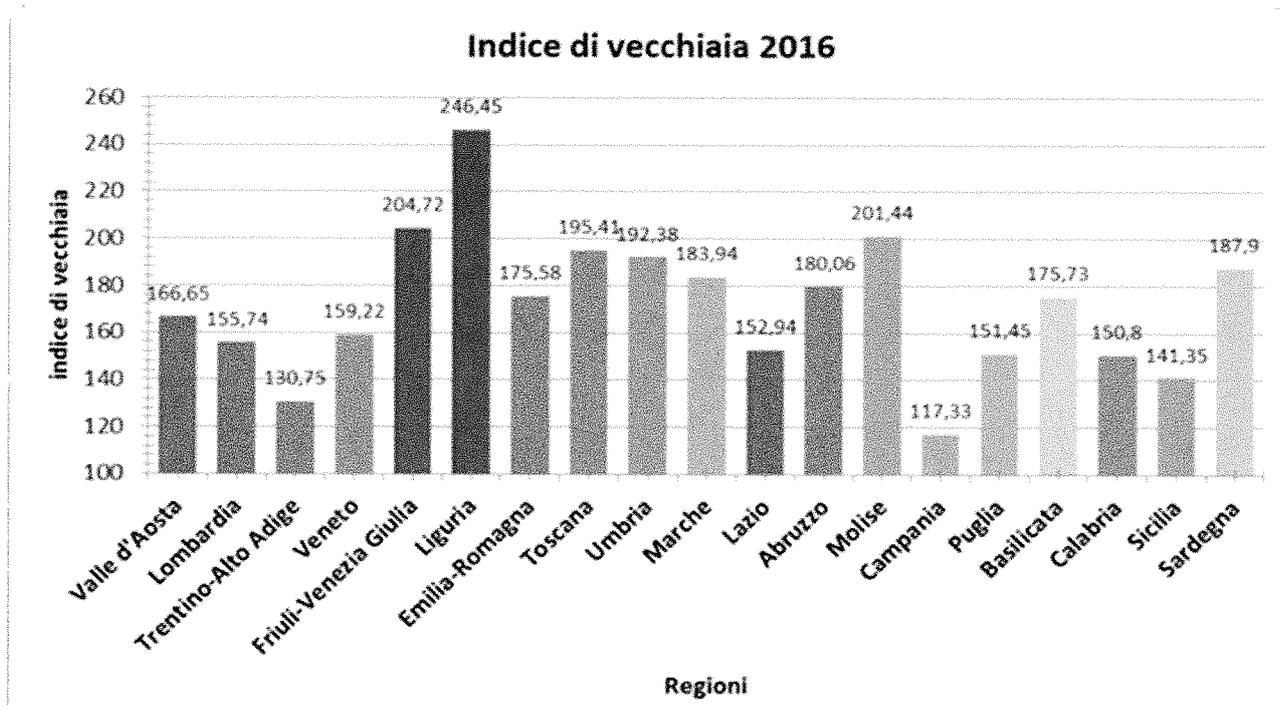


Figura 2. Indice di vecchiaia della popolazione residente nelle Regioni italiane, 2016 [fonte: Demo-ISTAT, 2016]



Secondo le stime più recenti, la prevalenza di pazienti liguri con malattie cardiovascolari, neoplasie, diabete e broncopneumopatie, per citare le patologie croniche a maggior impatto in Sanità Pubblica, è rispettivamente pari a 16,8%, 6,6%, 4,7% e 3,6%.

Il progressivo aumento della prevalenza dei pazienti con malattie croniche e della comorbidità con l'avanzare dell'età ha pesanti effetti sulla domanda di servizi sanitari e sull'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione. Esperienze in Regioni italiane hanno mostrato che la spesa sanitaria pro-capite di un paziente con una, due, tre o quattro patologie croniche è 4, 7, 12 e 21,5 volte superiore rispetto al cittadino senza malattie croniche. Nella stessa realtà, il trend temporale della spesa totale per le malattie croniche è risultata aumentata dal 2005 al 2013 del 36%, con incrementi percentuali molto più marcati per pazienti polipatologici.

In un quadro caratterizzato da un progressivo aumento dell'impatto della cronicità e della fragilità è necessario uno sforzo sistemico volto a:

- Progettazione, attuazione e gestione del sistema epidemiologico e informativo della rete con l'obiettivo di rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito regionale e le dinamiche della domanda/offerta territoriale.
- Sviluppo di modelli volti a integrare le informazioni in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, a favorire il controllo operativo e a permettere la verifica della efficacia e della

efficienza della rete.

- Organizzazione dei servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale.
- Perseguimento e priorità del macroobiettivo sulla riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
- Sviluppo di nuovi modelli per il coinvolgimento attivo dei MMG e PLS in particolare per le seguenti attività: centri diurni e assistenza territoriale per i cronici, riabilitazione non specialistica, ecc.

## **2.2 La programmazione e la *governance* coordinata e il rafforzamento dell'organizzazione a rete**

Le sfide poste dall'evoluzione del contesto demografico e sociale descritto nel paragrafo precedente evidenziano la necessità di un rafforzamento dell'attività di programmazione del Servizio Sanitario Regionale. In particolare, tale attività deve essere caratterizzata da una crescente coerenza rispetto ai bisogni sanitari della popolazione (governo della domanda) e improntata ai principi di equità, sostenibilità, efficienza, appropriatezza ed efficacia dell'offerta sanitaria (governo dell'offerta).

A tal fine, l'attività di programmazione regionale riconosce come sue finalità:

- l'identificazione degli obiettivi di salute
- la partecipazione attiva dei cittadini ai propri bisogni di salute
- la definizione d'interventi organizzativi e gestionali volti a migliorare l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure, e capaci di integrare le attività delle Aziende regionali per ottenere un efficientamento complessivo del sistema e una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali
- la valutazione dei risultati conseguiti.

L'attività di programmazione, tuttavia, non può rimanere limitata al solo settore sanitario, ma deve trovare una naturale integrazione con il settore sociale al fine di fornire risposte esaustive ai bisogni degli individui e delle comunità e riqualificare le attività rivolte al corso della vita delle persone e delle famiglie, in particolare attraverso azioni mirate al supporto della fragilità - sociale e sanitaria - e della non auto-sufficienza, come declinato nel paragrafo 3.4.

Il perseguimento di queste finalità rende necessaria una ridefinizione complessiva della *governance* del sistema sanitario regionale attraverso l'individuazione di strumenti in grado di garantire il governo dei processi di consultazione e concertazione per la definizione e la valutazione degli obiettivi di salute, la coerenza tra le linee di programmazione regionale e i meccanismi di programmazione aziendale, la gestione dei processi assistenziali e di integrazione socio-sanitaria.

Altri passi in questa direzione erano già stati percorsi mediante il potenziamento della struttura a “rete”, i.e. rete dell'emergenza-urgenza, alla rete delle cure palliative, rete dello scompenso cardiaco, rete oncologica regionale, etc.. Tale modello organizzativo risponde a esigenze di sostenibilità dei costi, di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse (economiche, umane, tecnologiche, strutturali), di facilità di accesso per i cittadini, di rafforzamento delle competenze professionali, di uniformità e unitarietà di programmi interaziendali trasversali, e di omogeneizzazione dei processi assistenziali tramite il ricorso a strumenti finalizzati a orientare le decisioni dei professionisti e la concatenazione degli interventi, quali i protocolli e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Le linee di indirizzo prevedono il consolidamento dell'organizzazione a rete mediante:

- la costituzione di modelli interdipartimentali e interaziendali dei percorsi di cura;
- la promozione di una rete integrata di assistenza dei malati cronici, fragili e dei disabili;
- la revisione organizzativa delle reti di patologia e di specialità con l'individuazione di modelli assistenziali di riferimento a livello regionale in grado di garantire la maggiore qualità, efficienza e omogeneità delle prestazioni assistenziali, anche con la rivisitazione di quanto previsto dal *Chronic Care Model (CCM)*.

### **2.3 La presa in carico globale del cittadino e la continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale**

La gestione delle cronicità e della fragilità impone la necessità di una revisione critica dei percorsi assistenziali esistenti e la progettazione di nuovi modelli organizzativi basati sull'applicazione dei principi del *disease management* che implica un approccio sistemico e integrato ai percorsi assistenziali, attraverso un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori, che, con responsabilità diverse, devono sviluppare interventi mirati a favorire la continuità del percorso di cura.

Tali modelli devono garantire la dinamicità strutturale e organizzativa dei servizi assistenziali, affinché questi ultimi possano essere rimodulati sulla base dell'evoluzione dei bisogni di salute di pazienti caratterizzati da una complessità clinica rilevante e crescente.

Lo storico dualismo tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale dovrebbe essere superato dalla concezione di un sistema integrato nel quale esse rappresentino componenti complesse connesse dal punto di vista organizzativo e operativo a costituire un *unicum*. La frammentazione dei servizi ospedalieri e territoriali rappresenta una criticità che non garantisce un adeguato governo della domanda e la corretta continuità del percorso assistenziale del cittadino/paziente.

Vanno pertanto valorizzate e implementate alcune buone pratiche di dimissione protetta, quali ad esempio il progetto Meglio a Casa, che in questi ultimi anni hanno dato importanti esiti in termini di continuità di cura ospedale/territorio, di appropriatezza degli interventi e di

integrazione con i servizi sociali per la presa in carico globale della persona. Un ulteriore elemento, indispensabile per la costruzione dei nuovi modelli organizzativi, è rappresentato dalla capacità del sistema di utilizzare strumenti di valutazione che consentano di misurare e valutare i contributi e i risultati conseguiti da tutti gli attori del sistema assistenziale, secondo il principio dell'*accountability*.

Gli indicatori del sistema di valutazione delle performance<sup>1</sup> mostrano come in Liguria lo sforzo nel superare la frammentazione ospedale-territorio abbia portato a buoni risultati (seconda fascia di performance su 5 classi previste dal sistema di valutazione), sebbene alcuni sottoindicatori, come ad esempio il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali, mostrino ancora margini di miglioramento. L'analisi di alcuni percorsi assistenziali specifici volti alla valutazione dello sviluppo di *disease management* per alcune forme di cronicità e sensibili alla presa in carico globale del paziente, presenta un quadro eterogeneo per le diverse Aziende liguri e per i diversi indicatori: buoni (seconda fascia di performance su 5 classi) i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in 4 Aziende su 5, mentre criticità riguardano in alcune ASL i tassi di ospedalizzazione per diabete, i tassi di amputazioni maggiori per diabete o il tasso di ospedalizzazione per BCPO.

I percorsi clinici assistenziali rappresentano lo strumento cardine della gestione clinica in grado di rispondere alle esigenze sopra citate sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero. In particolare, essi consentono di:

- definire il migliore processo assistenziale che risponda a specifici bisogni di salute applicando nella pratica clinica linee-guida di cura e assistenza *evidence-based*, e conseguentemente diminuendo la variabilità nei comportamenti che non sia giustificata dalla variabilità delle condizioni cliniche e aumentando la qualità dell'assistenza e del servizio offerti,
- incentrare l'assistenza sui bisogni di salute e migliorare l'accettabilità dei programmi d'assistenza, attraverso la presa in carico globale del paziente,
- effettuare una revisione critica delle funzioni di tutte le componenti e di tutti gli attori coinvolti considerando le loro specificità, ma anche in una prospettiva di unitarietà e di continuità tra le interfacce,
- definire le fasi dell'iter diagnostico e terapeutico e i rispettivi tempi di erogazione, assicurando la continuità e il coordinamento dell'assistenza e minimizzando i ritardi,
- garantire un utilizzo delle risorse più coordinato e quindi più efficiente;

---

<sup>1</sup> 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.

- individuare le criticità e rendere evidenti e misurabili le “buone pratiche” cliniche attraverso l’individuazione di indicatori di processo e di esito, come previsto dal principio di *accountability*.

La pianificazione condivisa di tali percorsi, pertanto, avrà gli obiettivi di migliorare gli esiti e la qualità dell’assistenza in coerenza con le migliori evidenze disponibili, e di ridurre rischio clinico, garantendo la presa in carico del paziente sia nelle fasi intra- sia in quelle extra-ospedaliere del percorso integrato e a garanzia della continuità assistenziale.

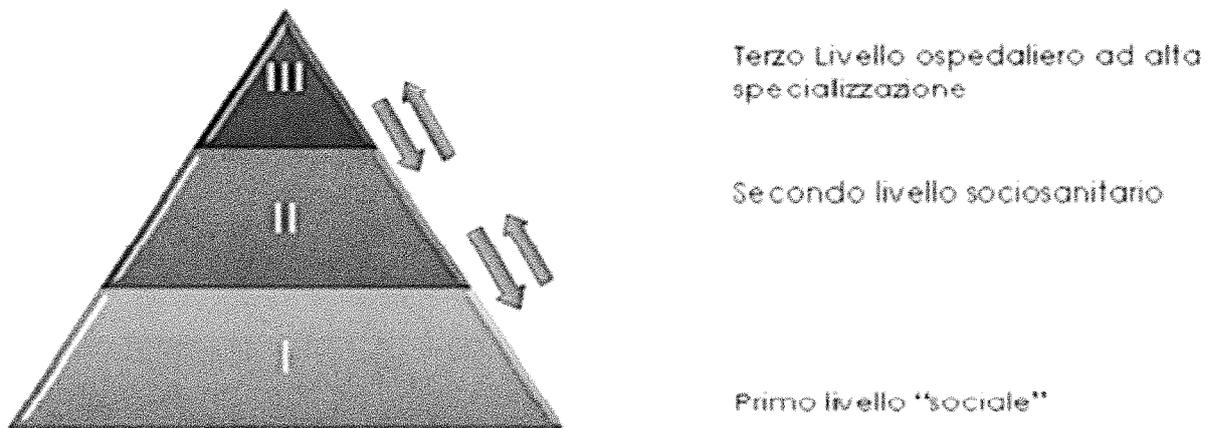
Tra le sfide che il sistema sanitario regionale si pone vi è la continuità del percorso del paziente con l’integrazione tra le attività dell’area ospedaliera, sia in regime ordinario sia in regime di day-hospital, dei centri polifunzionali, delle cure primarie, della specialistica ambulatoriale e dell’assistenza domiciliare.

A tal fine, è stato individuato il modello piramidale quale strumento per rispondere in maniera coordinata ed adeguata ai bisogni di salute della popolazione ligure. Tale modello prevede una stratificazione in tre livelli:

- il terzo livello, quello ospedaliero ad alta specializzazione, dove devono essere concentrati i casi a maggiore complessità secondo standard qualitativi elevati; questa organizzazione presuppone il potenziamento delle reti e la razionalizzazione delle risorse (umane, tecnologiche ed economiche)
- il secondo livello, relativo all’area sociosanitaria, che risponda a bisogni sanitari emergenti o cronici, e che coinvolge diversi attori (i.e. Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, RSA, centri diurni, strutture di riabilitazione e cure intermedie); tale livello impone la necessità di progettare nuovi modelli organizzativi di associazionismo e l’implementazione di una “governance” di sistema, al fine di garantire assistenza alla cronicità secondo standard qualitativi adeguati e tenendo in considerazione il tessuto sociale
- il primo livello, a prevalenza sociale, che necessita di un forte coordinamento istituzionale e un’integrazione con i Comuni; si tratta in particolare di trattamenti domiciliari in risposta a bisogni di salute ai quali ad oggi si trova risposta con interventi sanitari caratterizzati da un rilevante grado di inappropriatazza; a fronte di una necessaria tendenza alla de-ospedalizzazione dei soggetti anziani, lo sviluppo e la facilitazione dell’accessibilità a tale livello assistenziale consente di evitare l’accesso improprio dei pazienti ai livelli di complessità superiore e che comportano un maggiore assorbimento di risorse.

Figura 3. Il modello della piramide sociosanitaria

### IL MODELLO:



L'obiettivo di integrazione sociosanitaria dovrà essere perseguito tenendo in considerazione tutte le dimensioni concettuali. In particolare, dal punto di vista istituzionale sarà sviluppata un'attività di programmazione integrata sociale e sanitaria con l'obiettivo della riqualificazione degli interventi a tutela della salute del singolo nel corso della propria vita e a tutela della famiglia, con strategie mirate per la fragilità e la non autosufficienza. Inoltre, dal punto di vista gestionale sarà implementato il governo della domanda sociosanitaria attraverso la definizione:

- dell'accesso ai servizi, prevedendo un "punto unico di accesso"
- delle modalità della valutazione multidimensionale del bisogno di salute, che esplori le diverse dimensioni e i bisogni della persona nella sua globalità, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta,
- dei percorsi multidisciplinari di presa in carico della persona, progettati per la gestione complessiva e coordinata dei problemi di salute, che garantisca la continuità dei percorsi di cure tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale e il monitoraggio degli esiti.

Infine, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali e la continuità ospedale-territorio a garanzia di un'integrazione dell'intero sistema sociosanitario attraverso il rafforzamento delle reti assistenziali esistenti, che, ad esempio, superi le attuali criticità relative alla gestione dei pazienti con infezioni correlate all'assistenza (ICA) consentirà di progettare le azioni incardinandole intorno ai bisogni assistenziali della persona e favorirà la creazione di sinergie tra le diverse competenze professionali.

Gli strumenti funzionali a garantire un'integrazione sociosanitaria efficace sono principalmente rappresentati dalla costituzione di unità valutative multidimensionali (UVM) che prevedono il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, la gestione unitaria della documentazione con la strutturazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e di un

sistema informativo unitario, la definizione delle responsabilità degli attori coinvolti nel percorso assistenziale, attraverso l'individuazione del case-manager, l'individuazione di criteri di valutazione dell'appropriatezza per tipologia di intervento e la definizione di indici di complessità delle prestazioni.

Tutto il sistema sanitario, e in particolare l'area extraospedaliera deve necessariamente trovare un'interconnessione forte con le politiche sociali, sia sotto il profilo strategico che organizzativo-istituzionale a partire da un rinnovato rapporto con i Comuni. Si rinvia al paragrafo 3.4 l'approfondimento relativo all'integrazione sociosanitaria.

## 2.4 L'appropriatezza

Acclamate esperienze nazionali ed internazionali mostrano come la domanda di prestazioni non appropriate, che non sono direttamente correlabili ai bisogni della popolazione ma conseguenza di conoscenze subottimali, dell'incremento dell'offerta e di episodi di "medicina difensiva", rappresenti una criticità per la sostenibilità del sistema sanitario.

In recepimento alle indicazioni del Patto per la salute 2014-2016 e alla normativa vigente sui Livelli Essenziali di Assistenza, la sfida che si presenta è di garantire la salute della popolazione attraverso politiche sanitarie che favoriscano un'offerta appropriata rispetto a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza, secondo i principi dell'*evidence-based medicine* (EBM) e dell'*evidence based practice* (EBP).

L'appropriatezza degli interventi socio-sanitari è un concetto complesso e multidimensionale, che attiene sia alle prestazioni professionali sia agli aspetti organizzativi.

In particolare, relativamente al primo aspetto, gli interventi sanitari devono essere caratterizzati da efficacia provata secondo i livelli di evidenza, devono essere prescritti al paziente per il quale presentano indicazioni specifiche, nel corretto momento del percorso assistenziale e per la durata adeguata e la minima probabilità degli eventi avversi. Il governo del percorso di cura e dell'organizzazione a rete sono gli elementi centrali del perseguimento dell'appropriatezza clinica. Inoltre, dal punto di vista organizzativo, gli interventi sanitari devono essere erogati "consumando" un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al *setting* assistenziale ed ai professionisti coinvolti. Questo aspetto assume crescente rilevanza a fronte della carenza di risorse disponibili, per garantire un'ottimizzazione del loro utilizzo.

Dal sistema di valutazione delle performance<sup>2</sup>, per il sistema sanitario ligure, non emergono criticità per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza chirurgica, e alcuni sottoindicatori come ad esempio il consumo procapite di antibiotici. Al contrario, si rilevano ampi margini di recupero di appropriatezza per i ricoveri di tipo medico e per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica. In particolare, per quanto riguarda l'appropriatezza dei ricoveri medici, il quadro

---

<sup>2</sup> 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.

appare piuttosto eterogeneo nelle diverse Aziende, I.R.C.C.S., E.O. con criticità che riguardano i sottoindicatori dell'integrazione ospedale-territorio (% ricoveri medici oltre soglia per pazienti over65). L'appropriatezza prescrittiva diagnostica rappresenta tutt'oggi una criticità, seppur l'indicatore a cui si presta particolare attenzione nella valutazione MeS<sup>2</sup>, la prescrizione di Risonanza Magnetica muscoloscheletrica nei pazienti over65, mostri un trend in miglioramento.

Tra gli obiettivi prioritari che il sistema sanitario regionale si pone vi è quello di migliorare la qualità delle prestazioni attraverso l'appropriatezza nelle sue varie declinazioni - prescrittiva, preventiva, diagnostica, terapeutica, organizzativa, economica - per migliorare l'assistenza ai cittadini con una risposta pertinente ai bisogni di salute ed eliminare gli sprechi, promuovendo la motivazione degli operatori sanitari verso l'eccellenza, attraverso un'efficace governo sanitario.

Una maggiore attenzione alla programmazione, la responsabilizzazione degli attori coinvolti nel percorso di cura, l'integrazione dei servizi sanitari, possono portare, infatti, a risultati rispondenti all'esigenza di appropriatezza degli interventi.

L'implementazione del criterio di appropriatezza applicato alle prestazioni sociosanitarie impone l'adozione di sistemi di valutazione condivisi.

Si ritiene prioritario per l'anno 2017 procedere alle seguenti azioni di monitoraggio/miglioramento:

- appropriatezza prescrittiva diagnostica: monitoraggio andamento locale (in Liguria si osservano notevoli variazioni geografiche nei consumi), monitoraggio corretta applicazione dei codici di priorità, monitoraggio/miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di alcune prestazioni potenzialmente inappropriate (bio-marcatore tumorali, ecografie mammarie al di fuori dei percorsi gestiti di screening e/o follow-up);
- appropriatezza dei ricoveri: monitoraggio dei ricoveri per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (dato in generale buono, migliorabile in alcune aziende), dei cesarei, dell'indice comparativo di performance. In questo ambito è necessario introdurre un coordinamento regionale per gestire anche forme di controllo esterno, soprattutto sulle aziende ospedaliere;
- appropriatezza dei percorsi dei pazienti: monitoraggio/miglioramento del grado di elaborazione ed applicazione di PDTA
- appropriatezza terapeutica

## **2.5 Il governo dei tempi d'attesa**

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità, la fruibilità dell'offerta sanitaria e la *compliance* ai percorsi PDTA. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale e

l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001. Regione Liguria ha recepito il Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012 e ha deliberato il Piano regionale con DGR n.545 del 20/5/2011. Gli obiettivi strategici devono essere quelli di promuovere la capacità del sistema di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e strumentali ha mostrato lo sforzo nel raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano: per le classi di priorità "Urgente" e "Programmata" la soglia per gli indicatori previsti è raggiunta per tutte le prestazioni e in modo omogeneo su tutto il territorio regionale<sup>3</sup>; per le classi "Breve" e "Differita" emergono difficoltà nel garantire l'erogazione della prestazione entro le soglie temporali previste e a raggiungere l'obiettivo del 90% indicato dal Piano. In particolare, si rilevano criticità in tutte le Aziende Sanitarie liguri nell'erogazione di prestazioni "Brevi" entro 10 giorni dalla prenotazione, mentre l'obiettivo del 90% per l'esecuzione di visite specialistiche ed esami strumentali differibili è raggiunto complessivamente nel 50% delle prestazioni oggetto di monitoraggio. L'elevata proporzione di prestazioni per cui non è specificata la classe di priorità e non è stato possibile stimare i tempi effettivi di attesa sottolinea sia la *compliance* subottimale nella corretta compilazione della richiesta, sia la necessità di migliorare i flussi informativi indispensabili per l'attività di monitoraggio.

Le azioni già individuate da Regione Liguria prevedono un piano progressivo articolato in 4 fasi che permettano sia l'identificazione delle criticità relative all'appropriatezza della richiesta, all'attivazione del percorso, alle prestazioni per le quali i tempi e le liste d'attesa rappresentino una problematica di particolare rilevanza, sia l'individuazione di progetti sperimentali di presa in carico dei pazienti, in particolare in ambito cardio-cerebro-vascolare, oncologico, materno infantile e riabilitativo. Un ulteriore sforzo dovrà essere indirizzato a migliorare il feedback epidemiologico con le Aziende liguri e a predisporre un percorso informativo, formativo capillare per tutti gli enti erogatori.

## **2.6 La *customer satisfaction***

La conoscenza del grado di soddisfazione dei cittadini/utenti/pazienti (*customer satisfaction*) rispetto alle prestazioni e ai servizi erogati dalle strutture sanitarie rappresenta un'esigenza di tutti i sistemi sanitari che pongono il cittadino/paziente/utente al centro del percorso assistenziale. La rilevazione della *customer satisfaction* presuppone, quindi, l'attivazione di un

---

<sup>3</sup> Report "Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche del monitoraggio PNGLA – Giugno 2016, consultabile sul sito: [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it)

orientamento nei confronti del cittadino/utente/paziente e di una particolare attenzione nei confronti del miglioramento della qualità in tutte le fasi del processo che concorrono all'erogazione dei servizi. In questo contesto il cittadino/utente/paziente assume un ruolo centrale quale risorsa strategica da coinvolgere per valutare la rispondenza dei servizi erogati ai bisogni reali, alle aspettative del singolo cittadino/utente/paziente e alla percezione della qualità del servizio erogato.

Regione Liguria già dal 2002 ha realizzato un progetto volto al miglioramento della rilevazione della qualità percepita delle cure e dei servizi sanitari da parte del cittadino/utente/paziente (progetto "Costruzione, sperimentazione e validazione di strumenti per la rilevazione della qualità percepita secondo una metodologia integrata quali-quantitativa") ma attualmente tale attività non ha caratteristiche di sistematicità.

In questa logica, lo sviluppo di un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti rappresenta uno strumento strategico per le aziende sanitarie utili a promuovere azioni di miglioramento delle performance quali la costruzione di efficaci relazioni tra operatore sanitario e assistito, la comunicazione bidirezionale con l'utente e la valutazione dei suoi giudizi di gradimento circa il servizio offerto.

Tale sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti si articolerà nelle seguenti fasi:

- identificazione degli strumenti adeguati all'indagine di *customer satisfaction* in relazione ai diversi *setting* assistenziali
- definizione della metodica di rilevazione condivisa a livello regionale,
- conduzione dell'indagine di *customer satisfaction* e periodica analisi dei dati volte alla individuazione delle esigenze, dei bisogni e delle aspettative generali e specifiche dei diversi gruppi di cittadini, del favorire l'emersione di bisogni latenti e della verifica dell'efficacia delle *policies* in essere e delle relative azioni di comunicazione nei confronti del cittadino/utente/paziente.

## **2.7 La mobilità passiva**

Il fenomeno della mobilità sanitaria rappresenta una criticità per il sistema sanitario, poiché testimonia una carenza di offerta nei confronti di particolari bisogni sanitari dei cittadini, o un ricorso improprio a forme di assistenza non adeguatamente governate.

Nello specifico caso della Regione Liguria, la mobilità passiva si caratterizza prevalentemente come una mobilità di confine, determinata dalla "fisiologica attrazione" verso il Piemonte per i paesi delle Valli dell'Appennino, verso la Francia per i territori della ASL 1 e verso la Toscana per l'area orientale della provincia di La Spezia. Tuttavia, appare rilevante anche il dato di mobilità sanitaria verso regioni limitrofe, quali Piemonte, Lombardia, Toscana, per soddisfare il fabbisogno di prestazioni in ambito ortopedico, cardiocirurgico, neurologico e della chirurgia dell'apparato digerente.

Occorre sottolineare come, nel periodo 2012-2014, vi sia stata una riduzione complessiva del 31,7% del saldo negativo della mobilità sanitaria extraregionale, passato da 62,3 milioni di euro a 42,6 milioni di euro. Tale riduzione è in larga parte attribuibile alla riduzione del saldo negativo legato all'assistenza ospedaliera, passato da 42,9 milioni di euro a 35,6 milioni di euro (-17%). Relativamente ad altri capitoli di spesa (medicina generale, farmaceutica territoriale, somministrazione diretta di farmaci, etc.) il saldo è diventato positivo. Mentre, per il solo capitolo di spesa relativo alla specialistica territoriale il saldo negativo è rimasto pressoché invariato. Infine, come precedentemente evidenziato, nel 2014 il 95,5% della spesa sanitaria relativa alla mobilità passiva inter-regionale ha riguardato prestazioni sanitarie erogate in Lombardia, Piemonte, Toscana ed Emilia Romagna.

Le prestazioni afferenti al MDC 01 (malattie del SN), 05 (malattie apparato cardiocircolatorio), 06 (malattie apparato digerente) e 08 (malattie muscoloscheletriche) rappresentano il 55% delle giornate di ricovero e il 61% degli importi tariffati da altre Regioni. Particolarmente rilevanti sono gli importi relativi alla mobilità per prestazioni ortopediche e cardiovascolari, pari, rispettivamente al 28% ed al 17% della spesa complessiva per mobilità passiva e nell'ambito delle diverse Aziende, la mobilità passiva dalle ASL 4 (per MDC 08 pari al 13% della spesa regionale e superiore del 35% alla spesa media pro capite) e dalla ASL 5 (per MDC 05 pari al 33% della spesa regionale e pari al doppio della spesa media pro capite regionale, per MDC 08 pari al 21% della spesa regionale e superiore del 46% alla spesa media pro capite).

Il trend di miglioramento osservato non deve, tuttavia, esimere dal mettere in atto interventi sui settori assistenziali responsabili della maggior quota di mobilità passiva al fine di migliorare l'accessibilità dei pazienti/utenti, e favorire lo sviluppo e l'incremento di punti di eccellenza a livello regionale in grado di soddisfare la richiesta di residenti Liguri e di esercitare capacità attrattive nei confronti di residenti delle regioni limitrofe e del sud Italia, fenomeno peraltro già presente ed attivo nella diagnosi e cura delle patologie ortopediche ed oculistiche e pediatriche. Relativamente ai flussi di mobilità internazionale passiva, infine, l'implementazione di attività di monitoraggio e controllo delle prestazioni usufruite nell'Unione Europea e nelle nazioni extraeuropee per le quali esistono accordi di collaborazione sanitaria da parte delle ASL, ha consentito di migliorare il governo dei sopracitati flussi.

Inoltre, il consolidamento dell'organizzazione a rete e l'uso diffuso di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali consentirà una migliore gestione del flusso di pazienti, contribuendo indirettamente ad agire sul versante della mobilità passiva, talvolta accentuato non dalla qualità delle prestazioni, ma dalla difficoltà di fornire adeguate risposte con tempistica appropriata.

## **2.8 La formazione del personale**

La programmazione e l'organizzazione delle attività formative e di aggiornamento a favore del personale sono, all'interno dei differenti contesti aziendali, presiedute sia da strutture complesse ad esse specificatamente dedicate ed afferenti all'area di staff della direzione

generale, sia da strutture semplici (o posizioni organizzative) ricondotte all'area dell'amministrazione e gestione delle risorse umane.

Il principale riferimento normativo, per quanto riguarda la formazione nelle aziende sanitarie, è costituito dal sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), disciplinato da diversi accordi stato-regioni (anni 2007, 2009 e, da ultimo, 2012). E' attualmente in fase di approvazione l'Accordo Stato Regioni che disciplina le attività formative per i professionisti della sanità nel triennio 2017/2019.

Il sistema sancisce il principio della formazione continua quale diritto-dovere di ogni professionista della salute, al fine di mantenere e migliorare conoscenze, abilità e competenze, attraverso l'obbligo di acquisizione di crediti formativi quantificati su base triennale (150 per triennio).

Per le aziende sanitarie è prevista la redazione dei piani formativi aziendali; le regioni sono tenute a definire gli obiettivi formativi di interesse regionale e a garantire il raggiungimento di parametri costituenti adempimenti LEA. Tutte le aziende sono accreditate dal sistema regionale quali soggetti erogatori di formazione ECM.

Le principali criticità rilevate dalle aziende, all'interno del corrente contesto organizzativo, sono:

- La difficoltà di raggiungere la quota di 150 crediti nell'arco del triennio da parte degli operatori sanitari, come evidenziato dai dati pubblicati annualmente dal Cogears (consorzio che gestisce l'anagrafe dei crediti per conto degli ordini, dei collegi e delle associazioni professionali); tuttavia, anche per il triennio 2017/2019, sarà confermato il vincolo dei 150 crediti, ottenibili in maniera flessibile;
- Le limitazioni agli orari di lavoro che spesso condizionano l'accesso alla fruizione delle attività formative;
- La scarsa aderenza ai piani formativi aziendali da parte di alcune aree professionali collegate soprattutto all'ambito ospedaliero;
- La mancanza di profondità di pianificazioni su base annua, che non favoriscono il raggiungimento di obiettivi che si sviluppano su base pluriennale;
- La scarsa sistematicità della valutazione d'impatto sulle attività formative.

Per superare le suddette criticità, si rende necessario definire, a livello regionale, obiettivi formativi di sistema, aventi carattere triennale, condividendoli sia con le reti cliniche del Piano Sociosanitario Regionale, che con le aree professionali assoggettate ad ECM.

A tale riguardo, le Aziende Sanitarie hanno proposto di valutare possibili sinergie con le società scientifiche maggiormente rappresentative, al fine di favorire programmi di formazione integrati.

In stretta connessione con gli obiettivi di salute ritenuti prioritari dalla governance regionale, potranno inoltre essere sviluppati programmi formativi destinati all'area delle cure primarie (MMG/PLS), nonché piani formativi integrati tra aziende sanitarie e ospedaliere per aree

prioritarie, quali, ad esempio, il rischio clinico, i PDTA, l'integrazione ospedale-territorio e sociosanitaria.

Inoltre, in linea con il modello di governance sotteso alla riforma del SSR risultante dalla sintesi di un percorso fondato su modalità partecipative basate su percorsi di condivisione responsabile degli obiettivi, relativamente alla governance della formazione, si prevede un modello che contempli i seguenti elementi organizzativi:

- Un Progetto di governance, da definirsi a livello centrale;
- Un Tavolo di integrazione, che descriva l'incontro tra la governance centrale e il livello periferico. Con tale strumento verrebbero instaurate delle reti regionali, per mezzo delle quali risulterebbe facilitato lo sviluppo di piattaforme, la diffusione di linee guida, nonché la fissazione/definizione di obiettivi/regole/percorsi/protocolli comuni;
- Un Sistema dei controlli. Risulta, infatti, di fondamentale importanza, al fine di verificare la correttezza e la coerenza del sistema, l'individuazione di un'attività di controllo esercitata dalla governance centrale, con riferimento agli obiettivi definiti dal tavolo di integrazione e dalle conseguenti reti. Anche tale funzione può trovare un'efficace rappresentazione riconducendo al Tavolo di integrazione le problematiche, nonché gli inadempimenti evidenziati dalle singole aziende.

Il Tavolo di integrazione dovrà pertanto supportare la governance centrale, contribuendo a definire il fabbisogno formativo annuale. La propedeutica acquisizione dei suddetti fabbisogni si potrebbe poi sostanziare nella definizione, da parte della governance centrale, di un piano strategico pluriennale, articolato in obiettivi formativi annuali.

Obiettivo di tale attività è l'elaborazione di un unico Piano Formativo Regionale (PFR), nell'ambito del quale la governance potrebbe allocare budget aziendali e assegnare ad ogni singola azienda compiti, anche di valenza regionale.

Nell'ambito delle fasi attuative del PFR potrebbe risultare necessario individuare ulteriori tavoli tematici, che potrebbero funzionare da contenitore / condivisione, al fine di coordinare le attività relative:

- alla FAD;
- alla formazione sul campo;
- agli altri eventi residenziali.

Nell'ambito dei suddetti tavoli, dovranno inoltre intercorrere, tra le singole aziende, accordi/consorzi ai fini dell'organizzazione/coordinamento di eventi unici da estendersi ai dipendenti delle altre aziende.

### 3. Le scelte prioritarie in ambito organizzativo

#### 3.1 Principi e criteri per la riconfigurazione

La riconfigurazione dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale sorge dall'esigenza di dare risposte operative alle sfide determinate dall'attuale quadro epidemiologico e dal contesto economico-finanziario, garantendo la piena sostenibilità del sistema a fronte dell'aumento della domanda assistenziale riconducibile all'invecchiamento della popolazione, all'aumento della prevalenza della cronicità e della fragilità, all'incremento dei costi delle tecnologie innovative e delle recenti ed efficaci terapie soprattutto in ambito oncologico ed infettivologico.

Le risposte organizzative si devono, quindi, orientare verso una sempre maggiore *effectiveness* ed efficienza del sistema garantita da una *governance* unitaria e coordinata del Sistema Sanitario Regionale: la costituzione di **A.Li.Sa.**, a cui sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo della aziende regionali, si muove in questa direzione. Tra gli obiettivi da conseguire attraverso il nuovo cardine della *governance* regionale rappresentato da A.Li.Sa., si annoverano il raggiungimento di una omogeneità organizzativa sul territorio regionale con indirizzi comuni a tutte le Aziende: la condivisione dei percorsi del paziente secondo logiche di rete e modello *hub and spoke*, di protocolli e procedure, di standard assistenziali e di modelli operativi ed organizzativi sono alcune delle finalità che la riforma si pone.

Coerentemente all'obiettivo di efficientamento del sistema, in A.Li.Sa. sono unificate non solo la centralizzazione degli acquisti sanitari, ma anche la programmazione, la *governance* e le politiche relative alle risorse tecnologiche e la valutazione della loro introduzione nel Sistema Sanitario Regionale.

Gli strumenti per porre in essere gli obiettivi della riforma permettono approcci a diversi livelli della struttura e dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale: l'articolazione delle Aziende sanitarie e sociosanitarie liguri nell'area territoriale e nell'area ospedaliera favorisce il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie. Obiettivo è la condivisione delle risorse produttive e il superamento della frammentazione nonché della contrapposizione "ospedale versus territorio" e "risposta sanitaria versus sociosanitaria" al fine di garantire all'interno dell'Azienda tutte le attività e i servizi della filiera erogativa.

L'introduzione della figura del **Direttore Socio-sanitario**, che va ad affiancarsi ai Direttori Sanitario ed Amministrativo all'interno della Direzione Strategica aziendale, è un ulteriore strumento che permette di implementare l'integrazione ospedale-territorio ed individua la figura chiave del rafforzamento della risposta assistenziale territoriale e delle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute che richiedono una risposta univoca e unitaria ai bisogni sanitari e di protezione sociale. La continuità tra le azioni di cura, riabilitazione e protezione sociale rappresentano la risposta centrale alle condizioni di cronicità e di fragilità che spaziano dall'area materno-infantile, all'handicap, alle dipendenze alle

patologie psichiatriche, all'infezione da HIV, alle inabilità e disabilità legate a malattie cronico-degenerative, alle fasi terminale della vita.

La creazione dei **Dipartimenti Interaziendali Regionali**, consente di definire lo strumento organizzativo della programmazione strategica e dell'integrazione dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie regionali. Il Dipartimento Interaziendale ha un ruolo centrale d'indirizzo e di governo culturale, rappresentando il centro di coordinamento tecnico professionale finalizzato a supportare la programmazione strategica: ad esso è demandato (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*.

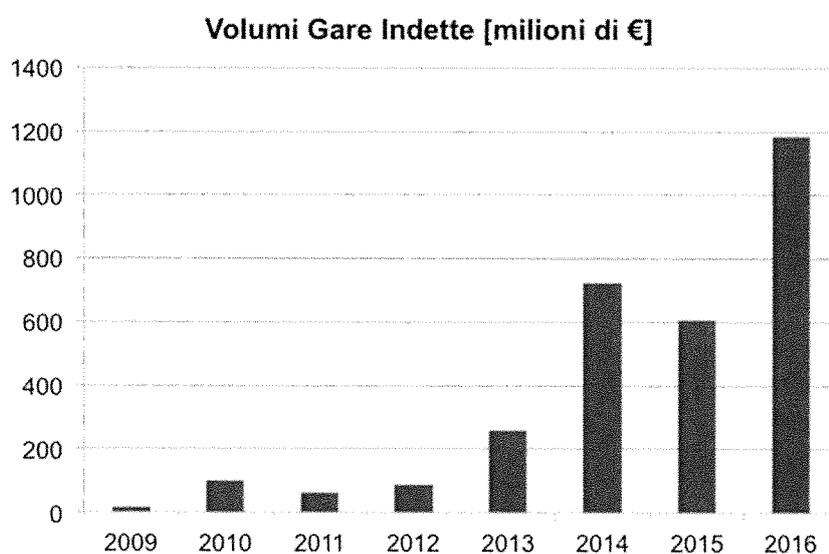
I principi e gli indirizzi per la ridefinizione degli assetti organizzativi di A.Li.Sa., delle Aziende Socio-sanitarie liguri e degli Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale sono adottati dalla Giunta Regionale in aderenza ed in attuazione delle leggi di riforma del SSR recentemente approvate.

### 3.2 Il governo dei beni e servizi, della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici

#### 3.2.1 La centralizzazione degli acquisti e acquisizioni sovregionali

L'attività dell'Area Centrale Acquisti sta dando soddisfacenti risultati in termini quantitativi e qualitativi, ma esistono margini di miglioramento raggiungibili mediante alcuni fondamentali aggiustamenti.

Figura 5. Volumi gare indette dalla Centrale Regionale Acquisti



Il programma per il biennio 2017/2018, attualmente in itinere, dovrà essere integrato con le proposte di ulteriori procedure inviate dalle singole Aziende del S.S.R. Già così, 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.

Per poter affrontare nel migliore dei modi la sfida dell'aumento e dell'incremento della performance bisogna però migliorare la collaborazione fra A.Li.Sa\CRA e le diverse Aziende sanitarie.

Come già detto in alcuni incontri, è necessario che ogni Azienda nomini un Referente operativo univoco per i rapporti con CRA. Questa figura dovrà avere tutto l'appoggio da parte della sua Azienda, perché costituirà l'interfaccia per tutte le comunicazioni da e per la Centrale, per la richiesta dei consumi e la verifica dei fabbisogni e di tutte le informazioni necessarie all'avvio e allo svolgimento delle procedure di gara.

Tale referente si renderà necessario fino a che non verranno attivate, cosa che peraltro prevedeva già la legge 34 del 2012, le sedi decentrate di A.Li.Sa\CRA.

Queste sedi saranno la garanzia del collegamento con le singole Aziende e, oltre a svolgere un importante ruolo nella programmazione, potranno dedicarsi anche a quelle procedure tipiche di una singola Azienda sanitaria, che non possono essere standardizzate e che quindi non rientrano in un percorso comune alle altre Aziende.

Come già evidenziato in altre occasioni, il percorso di A.Li.Sa non dovrà limitarsi alle procedure di gara, ma anche provvedere a migliorare la gestione delle forniture e dei servizi.

In prima istanza, la programmazione futura non potrà prescindere dalla creazione di un sistema di magazzini centralizzati sia economici sia farmaceutici.

Questo anche per sopperire ad un sistema organizzativo che ha costretto diverse Aziende a esternalizzare i magazzini, il personale addetto ed i trasporti; tali esternalizzazioni sono avvenute senza una programmazione, ma per ovviare ad urgenze che si venivano via via a creare per le più svariate motivazioni. Una soluzione unica non potrà che migliorare la qualità del servizio riducendone i costi. Inoltre si provvederà ad istituire un gruppo di lavoro che si occuperà di monitorare sia le forniture distribuite sia i servizi prestati. Questa attività deve essere vista non come una prevaricazione delle figure del "responsabile della fornitura e del responsabile unico del procedimento" delle singole Aziende, ma a loro supporto.

Spesso, infatti, operando sempre nello stesso ambiente e comunque a contatto giornaliero con il fornitore, ma anche con l'utilizzatore, è facile perdere quella oggettività e imparzialità che sono imprescindibili per un corretto svolgimento dei lavori.

In questo rinnovato piano organizzativo sarà di importanza cruciale l'attività delle diverse Commissioni tecniche strettamente legata alla disponibilità e alla fattiva partecipazione dei componenti, indispensabile in questo complesso processo di accentramento, nell'ottica di mantenere la più ampia aderenza delle forniture e dei servizi aggiudicati alle esigenze delle Aziende e dei singoli operatori.

Azioni:

- Gestione ed espletamento delle gare a maggior impatto
- Nomina di un Referente per i rapporti con CRA in tutte le aziende sanitarie liguri
- Creazione di un sistema di magazzini centralizzati sia economici sia farmaceutici.

### **3.2.2 La politica del farmaco ed il governo della spesa farmaceutica**

#### **3.2.2.1 Farmaci ad alto costo sottoposti a monitoraggio con registro AIFA**

Relativamente ai farmaci ad alto costo sottoposti a monitoraggio tramite registro AIFA (oncologici, oncoematologici, farmaci DAA per il trattamento dei pazienti affetti da HCV, ecc.) si conferma quanto disposto con D.G.R. 161/2016.

Trattasi di terapie di recente introduzione sul mercato (tra queste molte sono contrassegnate dal requisito "dell'innovatività" attribuito da AIFA in base al comma 1, art. 1 dell'accordo Stato – Regioni del 18.11.2010) il cui utilizzo è mirato al miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita o addirittura della guarigione come nel caso dei farmaci per la cura dell'epatite C cronica.

Al fine di garantire la sostenibilità delle nuove terapie l'AIFA ha negoziato con le Aziende produttrici accordi di condivisione del rischio (risk sharing, payment by results, accordi prezzo/volume e altri) che presuppongono la compilazione, da parte dei medici prescrittori afferenti ai centri specialistici individuati dalla Regione e dei farmacisti erogatori, delle schede di monitoraggio pubblicate sul portale web di AIFA.

Si conferma come obiettivo per l'anno 2017 il monitoraggio e il controllo da parte delle direzioni delle Aziende e degli Enti ai quali appartengono i centri, individuati dalla Regione, della prescrizione ed erogazione dei farmaci soggetti a monitoraggio AIFA, nonché il recupero al 100% dei rimborsi previsti dagli accordi negoziali e il loro reinvestimento per l'acquisto delle terapie innovative in accordo con le direttive di cui alla D.G.R. n. 1717/2014. Le direzioni aziendali dovranno inoltre garantire la corrispondenza dei trattamenti attivati tramite piano terapeutico e registro di monitoraggio AIFA con i dati rendicontati tramite i flussi ministeriali della farmaceutica ospedaliera e della diretta.

Azioni:

- Monitoraggio delle terapie ad alto costo;
- Controllo, recupero e reinvestimento dei rimborsi nelle terapie innovative;
- Verifica corrispondenza dati trattamenti attivati tramite registri di monitoraggio e rendicontazione tramite flussi ministeriali.

#### **3.2.2.2 Farmaci equivalenti e biosimilari**

Come già indicato nella D.G.R. n. 161/2016 si conferma quale obiettivo per l'anno 2017 la promozione sul territorio dei farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti).

Trattasi di uno strumento imprescindibile per la sostenibilità del sistema al quale dovranno concorrere anche le strutture specialistiche ospedaliere che inducono la prescrizione sul territorio.

Recentemente, a seguito della perdita del brevetto di alcuni farmaci biotecnologici, sono stati autorizzati a livello europeo (EMA) e introdotti sul mercato nuovi farmaci biosimilari con attività e garanzie di qualità sovrapponibili agli originatori. L'acquisizione di tali farmaci tramite procedura centralizzata e l'implementazione del loro impiego da parte degli specialisti rappresenta un'ulteriore e imprescindibile opportunità ai fini della razionalizzazione delle risorse e dell'accesso ai nuovi farmaci innovativi ad alto ed altissimo costo.

Si dispone il monitoraggio delle prescrizioni mediche (MMG e PLS), tramite i servizi farmaceutici aziendali, con valutazione dell'incidenza percentuale delle DDD dei farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte e l'invio dell'informativa di ritorno ai medici prescrittori con cadenza trimestrale. Si dispone inoltre il monitoraggio dei consumi dei farmaci biosimilari.

Azioni:

- Implementazione farmaci a brevetto scaduto equivalenti e biosimilari;
- Attività formativa/informativa rivolta ai medici prescrittori;
- Monitoraggio delle prescrizioni e dell'utilizzo dei biosimilari;
- Attivazione di procedure di acquisizione centralizzata.

### **3.2.2.3 Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**

Si conferma anche per l'anno 2017 l'obiettivo della promozione dell'appropriatezza prescrittiva a livello territoriale ed ospedaliero. Si tratta, anche in questo caso, di un obiettivo che concorre alla razionalizzazione delle risorse disponibili.

Tale obiettivo dovrà essere declinato in obiettivi specifici per le classi terapeutiche a maggiore impatto sulla spesa e sui consumi farmaceutici (patologie croniche).

Tenuto conto che in tali classi terapeutiche sono ricompresi molti farmaci a brevetto scaduto dovrà essere verificato lo "shift" prescrittivo verso farmaci ancora coperti da brevetto.

Le classi terapeutiche che dovranno essere costantemente monitorate dai servizi farmaceutici aziendali sono:

Inibitori di pompa protonica (ATC A022BC); dovrà essere verificato il rispetto della nota AIFA "48";

Antipertensivi: antagonisti dell'angiotensina II semplici e associati ai diuretici, ACE inibitori semplici e associati (ATC C09CA, C09DA, C09AA e C09AB), riduzione incidenza dei sartani sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina

Ipolipidemizzanti: inibitori dell'HMG CoA reduttasi (ATC C10AA e C10AX), dovrà essere verificato il rispetto della nota AIFA " 13 "

Antidepressivi: inibitori selettivi della serotonina – ricaptazione (ATC N06AB)

Farmaci respiratori: agonisti selettivi dei recettori beta 2 adrenergici (ATC R03AC)

Antibiotici: fluorochinoloni (M05BA)

Farmaci per l'osteoporosi, dovrà essere verificata l'aderenza alla nota AIFA "79".

Si dovrà inoltre prevedere l'attività di informazione/formazione nei confronti dei medici prescrittori (convenzionati e dipendenti del SSR).

Azioni:

- Monitoraggio delle prescrizioni;
- Informazione/formazione medici prescrittori.

### **3.2.3 Il governo delle tecnologie e valutazione della loro introduzione nel SSR**

Le tecnologie sanitarie rappresentano un'importante sfida per i sistemi sanitari, costituendo sia una delle grandi risorse a disposizione per implementare efficacia ed efficienza del sistema, sia uno dei più rilevanti capitoli di spesa e essendo un esempio paradigmatico della tensione tra richiesta di innovazione e risorse disponibili. È, quindi, strategico individuare ed applicare gli strumenti che consentano la valutazione dell'appropriatezza delle risorse tecnologiche, sia per quanto riguarda la loro introduzione, sia la loro allocazione al fine di garantire la massima efficienza del percorso del paziente e della rete assistenziale. Regione Liguria, individuando uno degli strumenti che a livello nazionale e internazionale viene indicato come il più idoneo per la valutazione sistematica, multidisciplinare, multidimensionale e metodologicamente rigorosa delle tecnologie innovative al fine di supportare l'uso efficiente delle risorse, *l'Health Technology Assessment (HTA)*, ha proceduto alla creazione della rete regionale HTA (DGR 225/2011), da subito inserita nella RIHTA (Rete Italiana HTA), presso AGENAS. Successivamente sono state oggetto di Deliberazioni della Giunta Regionale l'individuazione dei criteri per l'appropriata allocazione degli Acceleratori Lineari, Tomografia Computerizzata, Risonanze Magnetiche, ecografi, mammografi, ecc. Si ricorda, inoltre, la partecipazione della Regione Liguria alla Cabina di Regia per l'HTA dei Dispositivi Medici istituita presso il Ministero della Salute.

L'obiettivo del governo delle tecnologie è, quindi, riconducibile da un lato all'impiego degli strumenti più rigorosi per la valutazione dell'appropriatezza e dall'altro allo sviluppo programmato, omogeneo e controllato degli investimenti tecnologici e dell'installato esistente.

Azioni:

- Ulteriore implementazione del percorso regionale per il governo delle tecnologie prioritarie, che consenta massima appropriatezza per quanto riguarda la loro

introduzione e l'allocazione delle nuove tecnologie e di quelle disponibili nel percorso del paziente e nella rete assistenziale, nonché la dismissione delle tecnologie obsolete.

- Individuazione delle tecnologie prioritarie da sottoporre a valutazione HTA i.e. dispositivi medici innovativi, grande apparecchiature, PDTA, ecc., in raccordo, per quanto riguarda i dispositivi medici, con quanto previsto dalla Cabina di Regia del Ministero della Salute;
- Miglioramento della *compliance* al percorso valutativo e rafforzamento dello strumento HTA quale supporto ai decisori;
- Sviluppo di modalità che favoriscano la partecipazione dei cittadini/pazienti alla fase di *assessment* delle tecnologie;
- Creazione di database aziendali e regionale di tutte le richieste di introduzione di nuovi dispositivi medici presentate alle aziende sanitarie regionali e delle "grandi attrezzature" presenti

Indicatori:

- Evidenza dell'individuazione delle tecnologie prioritarie da sottoporre a valutazione HTA
- *Compliance* al percorso valutativo anche mediante attività di Audit
- Evidenza dei database

### **3.3 Area socio-sanitaria**

L'area sociosanitaria individua i percorsi domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

L'articolo 6 del Nuovo Patto della salute 2014-2016 prevede che "Le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il SSR e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze".

L'articolo 3 septies del Dlgs n. 229/99, definisce le prestazioni sociosanitarie come "tutte quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo la continuità tra azione di cura e quella di riabilitazione".

Le prestazioni sociosanitarie sono definite tenendo conto della complessità dell'intervento (fattori produttivi impiegati), della sua durata nel tempo e dell'intensità. Con riferimento a quest'ultimo aspetto si distinguono tre fasi dell'intervento:

- Fase intensiva (a totale carico del SSR): caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità;
- Fase estensiva (a totale carico del SSR): caratterizzata da minore intensità terapeutica e da un piano assistenziale di medio o prolungato periodo;
- Fase di lungo-assistenza (in quota parte a carico del SSR e in quota parte al cittadino o al Comune in caso di indigenza): questa fase è finalizzata a mantenere la maggiore autonomia funzionale possibile, a rallentare il suo deterioramento e a favorire la partecipazione alla vita sociale.

L'organizzazione integrata dei servizi sanitari e sociali è fondamentale per non produrre disfunzioni:

- ricomposizione degli interventi posta in capo alla singola persona che viene "rimbalzata" tra diversi servizi interni alla ASL e tra la ASL e i servizi comunali ("effetto flipper")
- carente visione d'insieme dei bisogni e degli interventi in atto con conseguente rischio di inappropriata e inefficiente allocazione delle risorse
- ridondanza organizzativa che spesso produce un impiego non ottimale delle risorse finanziarie e professionali

La presenza in Liguria di un unico Assessorato che ricomprende al proprio interno sia la delega alla sanità che ai servizi sociali, rappresenta un'opportunità di cambiamento fondamentale. Infatti l'alleanza tra sistema sociale e sanitario consente di moltiplicare gli effetti della spesa pubblica per la salute della popolazione. È ormai scientificamente provato che povertà, deprivazione e isolamento sociale costituiscono fattori di rischio per la salute delle persone, con conseguenti maggiori oneri economico-finanziari per il comparto sanitario.

In Regione Liguria alcuni passi sono stati intrapresi, ma si rende necessario rinforzare il sistema integrato all'interno di un quadro istituzionale organico. Infatti la risposta a bisogni complessi della persona rende necessario un diverso governo della domanda sociosanitaria attraverso:

- Accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari (Punto Unico di Accesso);
- Interventi caratterizzati da processualità, dove tutti i gli attori sono coinvolti attivamente;
- Presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia e/o della rete di sostegno (caregiver);
- Valutazione multidisciplinare anche con il coinvolgimento anche dei MMG e dei PLS;
- Piano individualizzato di assistenza (PIA), che deve contenere gli obiettivi di salute e benessere, nonché la verifica della qualità e degli esiti conseguiti;
- Sistema informativo unitario ed integrato tra i diversi nodi della rete assistenziale

In questa cornice il "sociale" rappresenta un'opportunità di risposte "a minor assorbimento di risorse" solo se inserito in un processo di governance complessiva del sistema. Diversamente rimarrebbe subalterno e residuale, privo di potenzialità "rigenerative" capaci di valorizzare e rendere più efficaci anche gli interventi più strettamente sanitari. Vanno in questa direzione ad

esempio i progetti per la Vita Indipendente delle persone disabili, gli interventi di sostegno a casa dei disabili gravissimi, il Dopo di Noi, i percorsi di dimissioni protette dall'ospedale di anziani e persone fragili, tutti finanziati con fondi sociali e che se inseriti in un quadro organico e coerente possono rappresentare la chiave di volta delle politiche sociosanitarie. In tal senso va il consolidamento del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze del Ministero delle Politiche Sociali, che da quest'anno è stato reso strutturale e verrà gestito sulla base di criteri condivisi con il Ministero della Salute proprio al fine di costruire percorsi di inclusione sociale e domiciliari alternativi all'inserimento in strutture sociosanitarie a ciclo diurno e residenziale.

### **3.3.1 Regolamentazione dell'integrazione sociosanitaria**

La regolamentazione dei processi di integrazione sociosanitaria, non solo tra le ASL e i servizi sociali dei Comuni, ma anche tra singoli servizi all'interno delle ASL, costituisce un obiettivo primario. A partire da quanto già previsto dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, devono essere implementati i modelli organizzativi integrati oggi eccessivamente difformi tra i diversi territori.

In particolare l'intervento sarà concentrato su:

- Effettiva attivazione del PUA sociosanitario a partire dai bisogni relativi alla non autosufficienza (anziani e disabili) per i quali il sistema appare oggi più pronto;
- Messa a regime delle équipes integrate sociosanitarie costituite da personale delle ASL e dei Comuni, sulla base degli esiti della sperimentazione condotta anche attraverso lo specifico sostegno formativo regionale che si avvia alla conclusione;
- Armonizzazione delle funzioni delle UVM con quelle più "cliniche" delle équipes integrate, secondo logiche di semplificazione e superamento delle ridondanze organizzative;
- Innovazione e utilizzo uniforme degli strumenti di valutazione del bisogno sanitario e sociale
- Sviluppo del sistema informativo sociosanitario attraverso la modernizzazione di quanto esistente in collegamento con il fascicolo sanitario elettronico
- Organizzazione della rete di offerta domiciliare, semiresidenziale e residenziale secondo logiche di filiera per il superamento dell'attuale frammentazione e a garanzia della continuità assistenziale
- Condivisione degli obiettivi in materia sociosanitaria in sede di Conferenze dei Sindaci tra Comuni e ASL a supporto della programmazione di zona (Piani di Zona)
- Adeguamento dei confini territoriali delle Zone sociali (distretti sociali) in caso di eventuale modifica dei Distretti delle ASL

### **3.3.2 I Piani di zona**

Il Piano di Zona è il principale strumento di governo per la programmazione territoriale, strutturato al fine di orientare il processo di assistenza sociale e sociosanitaria. È uno strumento concreto per

creare, a livello locale, il sistema integrato di interventi sociali e sociosanitari: fornisce la possibilità di leggere il territorio, di individuare le linee di sviluppo e segnare la traccia da percorrere.

Il Piano di Zona è stato previsto all'art. 19 della legge n. 328 del 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" in cui si afferma che i Comuni associati negli Ambiti Territoriali Sociali, per tutelare i diritti della popolazione, d'intesa con le ASL provvedono, per gli interventi sociali e sociosanitari a definire tale programmazione secondo le indicazioni del piano regionale.

Il piano di zona, in quanto strumento di programmazione integrata sociale e sanitaria, deve assumere l'obiettivo di riqualificare gli interventi a tutela della salute della persona, lungo tutto il corso della vita, e della sua famiglia e/o rete di sostegno. Esso è volto a:

- favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo-aiuto;
- favorire la conoscenza reciproca tra Comuni e ASL dell'insieme delle risorse umane e finanziarie messe in campo, al fine di qualificare la spesa sulla base dell'appropriatezza degli interventi, nonché attivando ulteriori risorse locali derivate dalle forme di concertazione (ad esempio con le organizzazioni del Terzo Settore);
- definire criteri di ripartizione della spesa a carico dei Comuni, delle ASL e degli altri soggetti coinvolti (es. la scuola), prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori sociali e sanitari finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

Nell'ambito del percorso di condivisione responsabile del Libro Bianco è stata presentata alle Conferenze dei Sindaci, la traccia regionale per la stesura del Piano di Zona individuando anche le attività di competenza tra Comuni, ASL, Regione in qualità di attori coinvolti alla redazione. In alcuni casi la responsabilità della compilazione è destinata ad un unico soggetto in altri casi la competenza alla compilazione è congiunta proprio per la materia integrata trattata.

L'indice proposto in tale sede è il seguente:

- linee di indirizzo regionali e metodo di lavoro
- analisi del fabbisogno
- la rete di offerta
- obiettivi organizzativi, di benessere e salute
- risorse finanziarie
- strumenti e azioni di monitoraggio e controllo
- azioni di sistema

### **3.4 Il governo degli erogatori privati**

La riconfigurazione del SSR prevede il ruolo attivo delle strutture sanitarie private accreditate nell'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, consentendo di implementare la capacità del sistema di rispondere ai bisogni della popolazione. Questa opportunità dovrà avere particolare valenza in risposta alle aree di criticità precedentemente descritte quali i tempi d'attesa e la mobilità passiva, e offrirà la possibilità di incrementare la mobilità attiva. Tale opportunità deve essere correttamente governata, nell'ambito dei rapporti di committenza basati sulla programmazione regionale, al fine di consentire un'azione complementare e concorrente e mai in competizione con gli erogatori pubblici.

Azioni:

- Completamento della revisione della normativa regionale su autorizzazione, e accreditamento
- Definizione del piano di attività erogabili da strutture private accreditate

### **3.5 Il governo dei flussi informativi**

#### **3.5.1 La gestione e il controllo dei flussi informativi**

La gestione e il controllo dei flussi informativi necessari a supportare l'attività di programmazione e valutazione delle attività socio-sanitarie dovrà prevedere l'implementazione del sistema informativo regionale mediante le seguenti azioni:

- Mantenimento ed efficientamento delle attività di gestione e assistenza tecnica del Sistema Informativo Regionale;
- Assistenza tecnica alle attività del livello centrale (mantenimento e sviluppo del Data Ware House regionale, supporto ad elaborazioni, sito [liguriainformasalute](http://liguriainformasalute.it), ecc)
- Conduzione delle infrastrutture del sistema informativo sanitario a gestione centralizzata (infrastruttura hardware/software di: anagrafe sanitaria, cup, ris pacs, sistema src, sistema ricetta, ticket web)
- Assistenza e supporto di secondo livello per gli applicativi a gestione centralizzata (ricetta elettronica, ticket web, ccs)
- Manutenzione evolutiva sistema informativo socio sanitario
- Attività e contratti a gestione aziendale (cup, anagrafe, infrastrutture, ecc.)

La riduzione dei costi di gestione costituisce una delle fonti di finanziamento dei progetti strategici. Si tratta di progetti che sono già stati in parte o totalmente finanziati e che devono giungere a completamento, incluse le attività di avviamento. Rivestono carattere di priorità i seguenti progetti:

- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Ricetta dematerializzata
- Banca Dati Assistito (Creg, PDTA, indicatori AFT)

- Riprogettazione del sistema dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali (Alisa) e conseguente revisione delle attività del contratto CUP
- Ritiro on line dei referti, dati (MMG)
- MRA (Gestione Anagrafe Strutture) Pubbliche e private (autorizzate, a contratto)
- Reingegnerizzazione Sistemi Gestionali Socio-Sanitari a gestione regionali (contributo solidarietà, Fondo Reg. Non-autosuf, Sla, Gravissime disabilità, INPS, Banca dati fragilità, Lista attesa regionale, Dimissioni protette...) e implementazione servizi web di cooperazione applicativa (nel piano solo come on going)

Infine, sono previste le gare uniche regionali per la gestione e il controllo dei flussi informativi relativi a Bilancio e Contabilità, Laboratorio di analisi e Gestione del personale (giuridico-matricolare, paghe, etc.)

### **3.5.2 La rete epidemiologica regionale**

Ad oggi in Regione Liguria non è stata ancora istituita una vera e propria Rete Epidemiologica Regionale; tuttavia per la gestione dei sistemi di sorveglianza nazionale Passi, Passi d'Argento e Okkio alla Salute, in carico all'Agenzia Regionale Sanitaria (oggi A.Li.Sa), è formalmente costituito un coordinamento regionale denominato Gruppo Tecnico Regionale per i Sistemi di Sorveglianza su stili ed abitudini di vita, composto dagli operatori delle Aziende direttamente coinvolti e da referenti regionali.

Esiste poi una consolidata collaborazione con la SC Epidemiologia Clinica dell'IRCCS San Martino-IST per la realizzazione di indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse nel campo sanitario, oncologico (Registro Mortalità, Registro Tumori, Registro Mesotelioma e Screening oncologici) e ambientale.

Dal 2015 è inoltre attiva una collaborazione con la sede regionale ISTAT per la Liguria e il settore statistica di Regione Liguria al fine di integrare reciprocamente i dati disponibili per le descrizioni di fenomeni sociosanitari di comune interesse.

Nel campo delle patologie trasmissibili è disponibile il sistema di sorveglianza sindromica delle infezioni acute dell'apparato respiratorio, gastroenteriti, epatiti acute e rash cutanei nell'area metropolitana genovese basato sulla raccolta ed analisi dei dati di accesso presso i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione degli IRCSS Gaslini, San Martino-IST ed E.O. Galliera; tale sistema rientra nella convenzione tra Regione e DISSAL – Università di Genova, così come il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, il Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS e le attività di diagnostica di laboratorio a supporto della sorveglianza delle malattie infettive.

Priorità da realizzarsi entro il 2017 sono:

Formalizzazione della Rete Epidemiologica Regionale, con le seguenti funzioni:

- Supportare le Aziende carenti di figure professionali esperte o prive di una specifica struttura nel campo dell'epidemiologia; ciò potrà essere realizzato all'interno di

A.Li.Sa mediante la collaborazione continuativa di personale qualificato già presente in talune Aziende o Strutture

- Coordinare e gestire gli strumenti di osservazione epidemiologica con metodologia di rilevazione condivisa a livello nazionale e regionale al fine di produrre report sanitari omogenei e confrontabili
- Raccogliere, integrare e interpretare i dati relativi allo stato di salute e la diffusione di malattie trasmissibili e croniche nella popolazione al fine di monitorare l'andamento delle malattie prevenibili da vaccinazione e non
- Integrare e interpretare i dati derivanti da più fonti per la redazione del profilo di salute regionale
- Aggiornare l'andamento epidemiologico di fenomeni sanitari di rilevanza internazionale, nazionale e regionale
- Monitorare l'attuazione dei programmi di screening oncologici e la loro omogeneizzazione sul territorio regionale in collaborazione con IRCCS San Martino IST (SC Epidemiologia Clinica) tramite apposita struttura di coordinamento regionale con sede in A.Li.Sa
- Monitorare gli interventi di promozione della salute di valenza regionale
- Usufruire della collaborazione e supporto di IRCCS San Martino IST (SC Epidemiologia Clinica) per la realizzazione di indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario nel campo sanitario e oncologico (Registro Mortalità e Registro Tumori) e ambientale
- Assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico.

### **3.5.3 L'implementazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle performance**

L'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 assolve ad una molteplicità di obiettivi che vanno dal miglioramento dell'efficienza del sistema di programmazione e della definizione d'interventi organizzativi e gestionali volti a migliorare le sopra-citate dimensioni dell'assistenza sanitaria, alla misurazione e alla trasparenza nel raggiungimento degli obiettivi delle Aziende Sanitarie liguri (*accountability*), all'orientamento e il governo dell'offerta sanitaria al fine di garantire al cittadino valore e qualità dei servizi rispetto alle risorse utilizzate.

Il sistema di valutazione già attualmente esistente dovrà essere implementato attraverso un complesso di indicatori di processo, organizzativo e professionale, e di esito, omogeneo a livello regionale e con possibilità di integrazione con specifici indicatori aziendali.

Tale sistema dovrà essere integrato al sistema incentivante per la direzione aziendale e collegato al sistema di budget interno delle singole aziende.

Le azioni previste per l'implementazione dell'attuale sistema di valutazione sono:

- L'attivazione di un processo di individuazione, monitoraggio e aggiornamento di indicatori che spazino dalla definizione dei bisogni sanitari e organizzativi, alla misurazione della *compliance*, alla valutazione delle performance. Questa azione assumerà particolare rilevanza nell'azione di programmazione, indirizzo, e *governance* dell'attività dei Dipartimenti Interaziendali per i rispettivi ambiti di attività.
- L'introduzione in tutte le aziende sanitarie liguri della Balanced Scorecard (BSC) quale sistema omogeneo di costante verifica delle performance aziendali, osservate ed analizzate nella loro multidimensionalità, e di monitoraggio dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi assegnati
- Lo sviluppo di un insieme di indicatori innovativi che permettano di correlare l'impatto dei modelli organizzativi con misure di *outcome* clinico, di appropriatezza prescrittiva, preventiva, diagnostica, organizzativa, economica e di *customer satisfaction*.
- Lo sviluppo di un pannello di indicatori che consentano di valutare la produzione scientifica e la trasferibilità dell'innovazione in ambito sanitario, con particolare attenzione alla valutazione degli esiti in relazione all'introduzione dei nuovi modelli organizzativi.

#### **4. Gli obiettivi prioritari della risposta sanitaria e sociosanitaria per macroarea: azioni ed indirizzi operativi strategici per il perseguimento degli obiettivi LEA, del Piano Regionale Prevenzione**

##### **4.1 Area ospedaliera**

L'introduzione degli strumenti individuati dalla riforma sanitaria per la riconfigurazione del SSR offre l'opportunità di rivedere il processo stesso di identificazione degli obiettivi prioritari e specifici nei diversi ambiti assistenziali e delle azioni da intraprendere. La costituzione dei Dipartimenti Interaziendali in ambiti ad elevato impatto ospedaliero che prevedono alta specializzazione e concentrazione dei casi a maggiore complessità, i.e. Medicina di Laboratorio, Diagnostica per immagini, Emergenza-Urgenza, Cardiologia Interventistica e Cardiochirurgia, Oncoematologia, permetterà nuove forme di *governance* della domanda e dell'offerta di assistenza sanitaria. In particolare, l'introduzione di questo nuovo modello organizzativo consentirà un più diretto recepimento sia dei bisogni sanitari sia di quelli organizzativi e una più rapida ed efficace condivisione delle azioni, degli indirizzi strategici e degli indicatori di *performance* tra le UU.OO. delle Aziende Sanitarie e A.Li.Sa.

Si rimanda, quindi, agli specifici Piani Attuativi e ai documenti di indirizzo dei Dipartimenti Interaziendali per la declinazione delle azioni prioritarie previste.

## **4.2 Area territoriale**

### **4.2.1 Cure primarie e attività distrettuali**

L'area delle "Cure primarie e attività distrettuali" comprende prevalentemente le attività svolte dalla Medicina generale, Pediatria di Libera Scelta e Specialistica ambulatoriale territoriale.

Nella definizione della programmazione di queste aree per l'anno 2017 sono stati considerati tre elementi ritenuti prioritari :

- definizione di obiettivi correlati a quanto concordato a livello regionale con i rappresentanti della medicina generale e di quella specialistica;
- definizione di alcuni obiettivi che permettano una integrazione tra medicina generale e specialistica territoriale al fine di prevedere percorsi di cura integrati;
- identificazione del distretto come luogo di attuazione, verifica e controllo di quanto programmato.

#### **4.2.1.1 Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta**

L'attività di questo settore dovrà tenere presente gli obiettivi di salute e di attività concordati con i rappresentanti dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) a livello regionale, finalizzati a garantire uniformità nell'assistenza e nell'accesso alle cure.

Particolare attenzione deve essere data all'attivazione e organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che devono essere portate a regime in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Azione (i):

- Organizzazione delle AFT in ogni ASL. Ciascun MMG e PLS deve partecipare all'attività della propria AFT di appartenenza

Indicatore (i):

- Applicazione del modello AFT in ogni ASL al 100%; ogni MMG e PLS deve essere inserito in una AFT. Atti deliberativi e/o relazioni devono attestare l'avvenuta riorganizzazione

Azione (ii):

- Applicazione delle norme di funzionamento e di organizzazione delle AFT stabilite dal tavolo tecnico regionale

Indicatore (ii):

- Applicazione delle norme di organizzazione e funzionamento delle AFT stabilite dal tavolo tecnico regionale. Tali indicazioni saranno prodotte nella prima parte dell'anno quindi dovranno trovare applicazione nella seconda parte dell'anno. Attività di monitoraggio e controllo, svolte a livello aziendale e distrettuale, dovranno attestarne la realizzazione

Azione (iii):

- Condivisione tra gli MMG con applicazione del protocollo sulla gestione integrata del paziente diabetico Tipo II stabilito dal tavolo tecnico istituito a livello regionale.

Indicatore (iii):

- Indicatori di *compliance* al progetto a livello aziendale e distrettuale

Azione (iv):

- Applicazione dei nuovi LEA della specialistica ambulatoriale e definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva e di erogabilità.

Indicatore (iv):

- Attività di formazione ai MMG e PLS relativa al Nomenclatore LEA della specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva.

#### **4.2.1.2 Attività specialistica ambulatoriale territoriale**

Gli obiettivi per quest'area per l'anno 2017 dovranno contenere elementi di tipo organizzativo, di integrazione con MMG (con particolare riferimento alla partecipazione a protocolli di gestione del paziente cronico) e di applicazione della nuova normativa LEA. Tutto ciò considerando gli accordi regionali con i rappresentanti della specialistica ambulatoriale e i contenuti del nuovo accordo nazionale.

All'interno di questo settore, di particolare rilevanza è l'obiettivo collegato al flusso dati della specialistica ambulatoriale, dalle ASL ad A.Li.SA, di fondamentale importanza per la programmazione territoriale.

Anche in questa area, tutta la progettualità è sottoposta al ruolo di monitoraggio e verifica della ASL e di conseguenza del distretto.

Azione (i):

- Organizzazione in ogni ASL del modello AFT applicato alla specialistica ambulatoriale così come previsto dalla normativa nazionale e in base alle indicazioni che saranno prodotte a livello regionale.

Indicatore (i):

- Applicazione del modello AFT in ogni ASL al 100%; ogni specialista ambulatoriale deve essere inserito in una AFT. Atti deliberativi e/o relazioni devono attestare l'avvenuta riorganizzazione.

Azione (ii):

- Implementazione dell'offerta nelle fasce orarie serali per le prestazioni specialistiche ambulatoriali che effettivamente rispondano ai bisogni del cittadino seguendo il principio dell'appropriatezza e con finalità di abbattimento delle liste di attesa.

Indicatore (ii):

- Relazioni di avvenuta attivazione/implementazione.

Azione (iii):

- Applicazione dei nuovi LEA specialistica ambulatoriale e definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva e di erogabilità.

Indicatore (iii):

- Attività di formazione agli specialisti ambulatoriali relativa al Nomenclatore LEA della specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva.

Azione (iv):

- Partecipazione ai processi di gestione integrata del paziente cronico, in particolare diabetico, in comune con i MMG o PLS.

Indicatore (iv):

- Attivazione di percorsi di gestione integrata MMG/ Diabetologi ambulatoriali. Relazione su quanti e quali percorsi sono stati attivati con monitoraggio distrettuale.

Azione (v):

- Attività di implementazione, secondo le procedure comunicate da A.Li.SA ai Centri di Controllo Direzionale di ogni Azienda, dei flussi dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Indicatore (v):

- Verifica da parte di A.Li.SA dell'avvenuta e corretta implementazione del flusso in base alle direttive regionali.

## **4.2.2 Area Socio-sanitaria integrata**

### **4.2.2.1 Cure Domiciliari**

L'ambito domiciliare è il *setting* dove l'integrazione sociosanitaria può dare la massima efficacia nell'assistenza al paziente, specie se anziano e fragile. Ad oggi, le due filiere di interventi - sociale e sanitario - si sono mosse su percorsi spesso separati, in quanto regolati da procedure diverse che non consentono prese in carico congiunte. E' fondamentale che progetti tutelari quali il "Meglio a Casa" si integrino adeguatamente al fine di garantire continuità tra ospedale e territorio anche per la risposta a problemi di tipo sanitario; qualora ci sia un bisogno di tipo sanitario, le cure domiciliari saranno immediatamente attivate dal Nucleo di Assistenza Tutelare Temporanea (NATT) e la valutazione del paziente finalizzata all'elaborazione del Piano Individuale di Assistenza potrà già avvenire in ospedale. Fondamentale è l'informazione e il coinvolgimento del MMG.

Il progetto consente, inoltre, di sperimentare modalità di integrazione e risposta utili per l'assetto definitivo del modello di integrazione: ad esempio, prevedere almeno un accesso da parte del personale sanitario distrettuale anche in assenza di bisogno sanitario manifesto, entro 10 giorni dalla decorrenza della dimissione, consentirebbe di garantire la valutazione dell'attività, l'informazione corretta su mobilitazione, alimentazione e idratazione del paziente e sulle

caratteristiche e le modalità di eventuale attivazione del servizio di cure domiciliari, così come la valutazione dell'ambiente con le indicazioni per la prevenzione del rischio cadute.

La realtà di modelli di cure domiciliari sostanzialmente diversi tra le aziende liguri vede prioritario un lavoro trasversale finalizzato alla definizione di criteri uniformi di valutazione, presa in carico e rendicontazione al fine, sia di ottemperare in maniera puntuale a quanto richiesto dal Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), sia per garantire uniformità nell'accesso, fruibilità del servizio di cure domiciliari, benchmarking tra le aziende e creare le basi per individuare e condividere successivi percorsi di integrazione sociosanitaria, di dimissioni protette e nuovi modelli assistenziali.

Azioni e indicatori:

- Prosecuzione del tavolo tecnico già avviato con l'obiettivo di condividere le diverse modalità di assistenza domiciliare delle aziende liguri al fine di uniformare l'attivazione, la presa in carico e la rendicontazione del servizio, pur considerando i diversi modelli organizzativi (pubblico, privato, misto) e i diversi contesti (aree metropolitane, costiere, montane) con l'obiettivo di definire possibili obiettivi comuni nella seconda metà del 2017. Il percorso potrebbe essere valutato a tappe attraverso:
  - indicatori di struttura relativi alla copertura del servizio di Cure Domiciliari
  - indicatori di processo relativi alla complessità ed intensità assistenziale
  - indicatori di rete relativi all'integrazione tra servizi ospedalieri e sociosanitari
  - identificazione di standard di riferimento come descritti dai requisiti della griglia LEA per le cure domiciliari
- Monitoraggio del progetto CONSENSO <sup>co.senso</sup> Infermiere di Famiglia e di Comunità, attivo nelle valli dell'alta Val Trebbia: i risultati del progetto, che avrà termine a fine 2017, forniranno dati circa la sua fattibilità e la sua ricaduta, consentiranno di valutare l'opportunità di una sua estensione ad altre realtà montane regionali o l'implementazione del modello a tutta la Regione.

#### **4.2.2.2. Dimissioni Protette**

La "dimissione protetta" va intesa in senso del tutto integrato tra la risposta sanitaria e quella tutelare sociale. L'esperienza del progetto "Meglio a Casa", sviluppato in alcune realtà ospedaliere, ha dimostrato che proprio la fase delle dimissioni dopo l'episodio di ricovero in acuzie è quella più delicata e complessa da gestire nei soggetti con fragilità, in particolar modo per quanto riguarda la messa in campo di interventi sociosanitari che devono complessivamente fornire la risposta di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Si rende pertanto necessario implementare il progetto "Meglio a Casa" in tutti i presidi ospedalieri della Regione e coordinare il programma tutelare con quello sanitario di follow-up del paziente attraverso il coinvolgimento del MMG e delle cure domiciliari quando necessario.

Sul versante delle cure domiciliari palliative, la procedura di dimissione protetta prevista dalla DGR n. 161/2016, in fase di progettazione avanzata deve prevedere una messa in campo nel 2017 a partire dai reparti oncologici dell'IRCCS S. Martino-IST.

Azione:

- Attuazione del Progetto “Meglio a Casa” presso tutti i presidi della Regione comprensivo della comunicazione al MMG da parte dell'ospedale dimettente
- Sviluppo di modelli di indicatori di esito del progetto

Indicatori:

- Evidenza di costituzione e attivazione del NATT nei presidi ospedalieri non ancora compresi nel progetto
- Proporzioni di pazienti seguiti grazie al Progetto “Meglio a Casa” tra quelli eleggibili
- Numero di segnalazioni di dimissione protetta da parte dell'ospedale dimettente al MMG (con programma di follow-up)
- *Customer satisfaction*

#### **4.2.2.3 Misure per il mantenimento a casa per le persone non autosufficienti**

Negli ultimi anni, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha consolidato le misure per il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso il finanziamento strutturale del Fondo Nazionale Non Autosufficienza. Con tali risorse la Regione concorre a finanziare il fondo regionale per la non autosufficienza, il fondo per le disabilità gravissime, i progetti di vita indipendente per persone disabili, le dimissioni protette dall'ospedale a domicilio. Nell'ambito di tali interventi per il 2017 viene data priorità a due linee di intervento: la prima lo sviluppo dei progetti di Vita Indipendente, la seconda la rilevazione delle persone in condizione di gravissima disabilità. Con riferimento a quest'ultimo è, infatti, previsto dal 2017 che i criteri di riparto del Fondo nazionale tengano conto anche del numero delle persone in condizione di disabilità gravissima assistite nel territorio regionale. Come per gli anni precedenti, il 40% delle risorse assegnate devono essere utilizzate per il mantenimento a domicilio delle persone in condizione di disabilità gravissima valutati per la prima volta attraverso l'utilizzo di specifiche scale in valutazione uguali in tutto il territorio nazionale.

Si indicano di seguito gli obiettivi specifici:

Sperimentazione ministeriale dei progetti di Vita indipendente

Azione (i):

- Individuazione e valutazione delle persone disabili eleggibili ai progetti di vita indipendente e relativa redazione del Piano Integrato Assistenziale in modo integrato con i servizi sociali dei Comuni

Indicatore (i):

- Report sintetico con indicazione del numero e della tipologia delle persone individuate quali potenziali beneficiari della sperimentazione

Azione (ii):

- Attivazione delle azioni progettuali approvate dal competente Ministero

Indicatore (ii):

- Dichiarazione di inizio attività entro il mese di giugno 2017 per accedere al 50% del finanziamento ministeriale

Mappatura dei soggetti assistiti con disabilità gravissima come richiesto dal Decreto ministeriale di riparto del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza 2016, al fine di garantire alla Liguria l'assegnazione di congrue risorse

Azione (i):

- Creazione del gruppo di lavoro con le Aziende e i referenti informatici dedicati all'area sociosanitaria e costruzione del metodo e dei criteri per la rilevazione dei dati richiesti dal Decreto ministeriale, all'interno delle banche dati esistenti regionali, aziendali e dell'INPS

Indicatore (i):

- Invio della mappatura entro il 31/03/2017

Azione (ii):

- Progettazione di un sistema di arruolamento e rilevazione delle persone in condizione di disabilità gravissima con i criteri individuati nell'azione (i)

Indicatore:

- Documento tecnico per l'informatizzazione e lo *start up*

#### **4.2.2.4 Dopo di Noi**

Con la Legge n. 112/2016 è stato istituito il Fondo per l'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Tali risorse sono destinate a creare percorsi programmati di accompagnamento verso l'autonomia e l'uscita dal nucleo familiare di origine e a realizzare soluzioni abitative che riproducano un ambiente di tipo familiare. Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha assegnato alla Regione Liguria euro 2.250.000.

La Regione è chiamata a dare attuazione al suddetto Decreto individuando modalità e strumenti operativi.

Azione:

- Costruzione della proposta di progettazione e condivisione con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità (Consulta regionale per l'handicap) come previsto dall'art.6 comma 1 del decreto sul Dopo di Noi.

Indicatore:

- Adozione provvedimento a valenza regionale

#### **4.2.2.5 Innovazione della filiera dei servizi per la semiresidenzialità e residenzialità di anziani e persone con disabilità**

Il sistema di offerta dei servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane e disabili si è stratificato nel tempo e ad oggi necessita di una rivisitazione, in una logica di filiera di servizi capaci di prendersi cura della persona nelle diverse fasi del bisogno garantendo l'accesso a un "mix di offerta" ampia e differenziata. In particolar modo, vista la presenza della più alta percentuale di persone over 64 anni nella nostra Regione rispetto alla media nazionale e alla particolarità del nostro territorio caratterizzato da zone collinari e rurali, isolate dai contesti urbani, è necessario ampliare la filiera dell'offerta dei servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane sperimentando nuove modalità assistenziali. La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali esistenti appare oggi adeguata a rispondere alle esigenze delle situazioni più compromesse che necessitano di contesti caratterizzati da elevata intensità di cura sia sotto il profilo strettamente sanitario che sotto quello tutelare. Le aree di bisogno su cui oggi è prioritario fornire adeguate risposte sono quelle di tipo domiciliare per coloro che, pur non essendo più totalmente autosufficienti, possono/vogliono rimanere al domicilio o in contesti alloggiativi di tipo familiare. A tali bisogni sul versante delle persone disabili si sta provvedendo a mettere in campo progettualità dedicate come la Vita Indipendente e il Dopo di noi. È necessario quindi prevedere risposte al nucleo familiare in quanto tale ad oggi settorializzato per specifici target (per fascia d'età e categorie di bisogno).

Per perseguire finalità di innovazione e di flessibilità del sistema è necessario:

- a) Attivare servizi di accoglienza diurna all'interno di residenze sociosanitarie per piccoli numeri di persone che, durante la giornata, fruiscono delle attività e delle prestazioni offerte dalla struttura
- b) Organizzare le strutture residenziali extra-ospedaliere sociosanitarie con il modello delle "RSA aperte" per consentire anche l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare e di offerta di servizi di cura e assistenziali come visite geriatriche, ambulatorio infermieristico, fisioterapia, bagni assistiti, ecc.
- c) Sperimentazione degli alloggi protetti per genitori anziani con figli disabili, nell'ambito della più ampia programmazione del Fondo Sociale Europeo. Il servizio è rivolto a supportare i genitori anziani soli (solitamente madre) con figli disabili a casa e che non riescono più a restare a domicilio per la necessità di un'assistenza di tipo residenziale, evitando "separazioni" dolorose.

Le azioni da mettere in campo per raggiungere tali obiettivi sono:

Azione (i):

- Attivazione della rete geriatrica per l'individuazione dei criteri di funzionamento e standard organizzativi

Indicatore (i):

- Adozione del provvedimento regionale

Azione (ii):

- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale comprensivo di rappresentanti delle ASL, dei Comuni e delle Associazioni dei disabili per la costruzione della proposta progettuale

Indicatore (ii):

- Adozione provvedimento di A.Li.Sa. propedeutico alla pubblicazione del bando FSE

#### **4.2.1.6 Piano Demenze**

La Determina ARS n. 105/2016 ha stabilito gli indirizzi per il Piano Regionale per le Demenze. Per la realizzazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) è necessaria l'evoluzione dall'attuale sistema di funzioni separate tra gli ambulatori diagnostico-terapeutici delle Unità di Valutazione dell'Alzheimer (UVA) e i servizi assistenziali di varia natura e livello forniti dai distretti, verso una dimensione integrata dell'offerta.

Potranno essere identificati CDCD solo nel momento in cui alcuni requisiti essenziali di tale processo attuativo saranno a regime. In particolare per riconoscere la funzione di CDCD dovranno essere disponibili almeno:

- a) il gruppo di lavoro multidisciplinare con protocolli comuni, compresa la figura di operatore di professione sanitaria col ruolo di Case manager;
- b) la completa integrazione degli ambulatori di CDCD con i servizi socio assistenziali, attraverso procedure definite e condivise di attivazione da parte del Centro delle figure e servizi di cui il paziente necessita nelle diverse fasi di malattia.

E' necessario che il processo di implementazione venga condotto in condivisione tra la Direzione strategica di A.Li.Sa. e le Direzioni Sanitarie e Socio Sanitarie delle Aziende per individuare le realtà più appropriate alla messa a regime dei primi Centri.

Tenuto conto di tutto ciò, nel corso del 2017 si prevede possano essere riconosciuti in numero di 4 Centri dopo l'impegno di riorganizzazione delle Aziende.

Azione:

- sviluppo degli step organizzativi aziendali in condivisione con la direzione di ALiSa

Indicatore:

- numero di CDCD attivati

#### **Assistenza Consultoriale**

Secondo quanto stabilito nella DGR 161/2016, sono state analizzate le criticità e le risorse disponibili per l'assistenza alla gravidanza nei consultori e le ASL stanno definendo la riorganizzazione da realizzare nel 2017 per ottenere l'aumento dell'offerta messa a disposizione del territorio su questi servizi.

È necessario sviluppare poi una riorganizzazione della parte dedicata all'assistenza pediatrica secondo la mission primaria dei servizi consultoriali.

### **4.2.3 Area psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenze patologiche**

#### **4.2.3.1 Riorganizzazione dell'area della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA)**

Attualmente l'attività di NPIA è inserita generalmente nell'area consultoriale, i cui compiti negli anni sono andati essenzialmente modificandosi, anche rispetto alle esigenze territoriali e della popolazione servita.

In applicazione del Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2015, che richiede una forte integrazione con i Servizi per adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, si rende necessaria la riorganizzazione dei servizi di NPIA 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.

Azioni:

- Costituzione a livello regionale di un Gruppo di lavoro per il rafforzamento delle azioni di presa in carico dei minori nel passaggio all'età adulta;
- Implementazione dei percorsi di presa in carico e cura dei soggetti con età 14-18
- Inserimento della NPIA nel DSMD, tenuto conto che la NPIA è di fatto divisa in due aree: l'Area delle patologie neurologiche infantili e/o ad esordio precoce di cui si occupano le Neurologie degli Istituti Pediatrici e le neuropediatrie, e l'Area dei Disturbi psichiatrici e comportamentali, anche ad esordio prima dei 14 anni ( ad es. Disturbi dello spettro autistico, Disturbi dell'apprendimento, Disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente) che sono spesso patologie di lunga durata e i cui piani di trattamento vanno impostati in accordo con i DSM.

Indicatori:

- Atto di costituzione del Gruppo di lavoro regionale;
- Elaborazione del percorso di presa in carico e cura dei soggetti con età 14-18;
- Recepimento del suddetto percorso da parte di tutte le Aziende sanitarie liguri;
- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa.

#### **4.2.3.2 Presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato**

La Legge 17 febbraio 2012 n. 9 di conversione del Decreto Legge 22 dicembre 2011 n. 211, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 2012, recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" ed in particolare l'articolo 3-ter, dal titolo "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", ha stabilito che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, debbano essere eseguite esclusivamente all'interno di specifiche strutture sanitarie residenziali (di seguito R.E.M.S.).

Il Decreto-Legge 31 marzo 2014, n. 52, coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81, in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31-5-2014, ha disposto significativi cambiamenti in tema di misure di sicurezza O.P.G. e C.C.C. (Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Case di Cura e Custodia), esplicitamente finalizzati a evitare il ricorso all'applicazione delle misure di sicurezza O.P.G./C.C.C., anche in relazione alla nuova offerta di servizi sanitari in ambito penitenziario, derivante dalla riforma recata dal D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Pertanto, dando seguito a tali disposizioni, si rende necessario il consolidamento delle attività relative al processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con particolare attenzione alla riduzione dei tempi per la presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Azioni:

- Avvio e monitoraggio delle attività relative all'apertura della REMS definitiva di Calice al Cornoviglio.
- Organizzazione di programmi formativi di base e di aggiornamento, rivolti agli operatori coinvolti nel sistema.
- Monitoraggio delle attività in corso della REMS provvisoria di Genova Prà.
- Implementazione e monitoraggio delle attività di collaborazione con la Magistratura delle Unità funzionali di Psichiatria Forense (UFPF).
- Verifica del modello gestionale (pubblico o misto pubblico-privato ) e chiara individuazione delle relative responsabilità, anche in collegamento con le norme giuridiche che definiscono motivazioni, obiettivi e durata delle misure di sicurezza .

Indicatori:

- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa le attività relative all'apertura della REMS definitiva di Calice al Cornoviglio;
- Effettuazione di programmi formativi di base e di aggiornamento, rivolti agli operatori coinvolti nel sistema;
- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa le attività in corso della REMS provvisoria di Genova Prà;
- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa le attività di collaborazione con la Magistratura delle Unità funzionali di Psichiatria Forense (UFPF).

#### ***4.2.3.3 Residenzialità psichiatrica per adulti e per minori***

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013 sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" è stato recepito con la DGR n. 1719/2013. Il documento si propone di fornire 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 di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni.

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 138/CU) sul documento concernente "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" è stato recepito con la DGR 269/2015.

Il documento si propone di fornire 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, la diagnosi precoce, interventi tempestivi, appropriatezza dei percorsi di cura nonché la continuità terapeutica.

Pertanto, in accordo ai suddetti decreti, sarà necessario avviare un processo di riorganizzazione della rete psichiatrica per adulti e minori. Tale riorganizzazione dovrà raccordarsi anche con la emananda nuova Legge 20 (Autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali).

Azioni:

- Avvio e/o monitoraggio della riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti e minori, sulla base delle indicazioni previste dalle Intese CU 2013 e 2014.

Indicatori:

- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa la riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti e minori.

#### **4.2.3.4 Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori**

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 137/CU) 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" è stato recepito con la DGR 268/2015.

Il documento 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.

Azioni:

- Avvio e/o monitoraggio della ridefinizione dei percorsi di cura, sulla base delle indicazioni previste dall'Intesa CU del 2014.

Indicatori:

- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa la ridefinizione dei percorsi di cura.

#### **4.2.3.5 Accorpamento in un'unica Direzione (Universitaria), in Area metropolitana, dei posti letto di assistenza psichiatrica (IRCCS San Martino-Ist/ASL 3), anche in applicazione della Convenzione vigente tra Regione Liguria e Università degli Studi di Genova.**

Sulla base degli obiettivi strategici assegnati dalla Regione, la ASL 3 e la Direzione della Clinica Psichiatrica Universitaria hanno sottoscritto un Accordo di collaborazione, condividendolo con la Direzione del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

E' stata affrontata la definizione dei ruoli, dei dimensionamenti delle strutture e della loro articolazione organizzativa, nonché la condivisione di percorsi diagnostici terapeutici. Tale accordo dovrà esitare nell'accorpamento funzionale della SPDC della ASL 3 Genovese con la U.O. Clinica Psichiatrica dell'IRCCS AOU San Martino - IST, con unica direzione universitaria, e nella differenziazione dell'offerta ospedaliera con differenti moduli, in base alla tipologia della domanda.

Azioni:

- Accorpamento in un'unica Direzione universitaria in Area metropolitana dei posti letto di assistenza psichiatrica (IRCCS AOU San Martino-IST / ASL 3 genovese);
- Organizzazione dell'offerta ospedaliera in differenti moduli, in base alla tipologia della domanda, in stretta continuità con i Servizi territoriali della Salute mentale;
- Costituzione presso la Clinica psichiatrica di strutture ambulatoriali articolate in Centri di riferimento per lo studio e l'assistenza su patologie dell'umore, disturbi di personalità, e disturbi psicotici anche in comorbidità con patologie somatiche

Indicatori:

- Delibera di accorpamento della SPDC afferente alle ASL 3 Genovese con la U.O. Clinica Psichiatrica, a direzione universitaria, dell'IRCCS AOU San Martino – IST;
- Atto di formalizzazione dell'organizzazione dell'offerta ospedaliera in differenti moduli, in base alla tipologia della domanda
- Atto di formalizzazione delle attività formative della Clinica psichiatrica finalizzate non solo ai compiti istituzionali per gli studenti dei Corsi di laurea e delle scuole di specializzazione di area sanitaria, ma anche alla formazione degli operatori delle strutture psichiatriche del DSM

#### **4.2.3.6. Presa in carico dei pazienti autistici e misure atte a garantire la continuità assistenziale**

La legge 18 agosto 2015, n. 134 detta "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" 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.

L'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 553 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del

Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), n. 157/CSR del 7 settembre 2016, prevede, all'art. 60, l'inserimento nei LEA dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.

Pertanto, in applicazione della norma, si rende necessaria l'implementazione di percorsi di presa in carico dei pazienti autistici e di misure atte a garantire la continuità assistenziale, con particolare attenzione ai servizi di diagnosi precoce, di riabilitazione per l'infanzia e adolescenza, alla presa in cura del passaggio all'età adulta, in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, mantenendo la specificità dei processi riabilitativi e prevedendo la forte integrazione con l'area sociale, educativa e l'inserimento lavorativo.

Azioni:

- Implementazione dei percorsi assistenziali per le persone affette da disturbi dello spettro autistico
- Istituzione di un Centro di riferimento regionale – presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica Universitaria - per la valutazione e la definizione del piano riabilitativo nel passaggio all'età adulta

Indicatori:

- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa l'implementazione dei percorsi assistenziali.

#### ***4.2.3.7 Diffusione delle informazioni circa i rischi legati al consumo di nuove sostanze psicoattive.***

Dal 2009 al 2016 sono state scoperte oltre 500 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 ed il consumo delle stesse ha provocato numerosi ricoveri e decessi in tutta Europa.

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. Tuttavia, al fine di limitare l'uso di tali sostanze, si rende necessario estendere la diffusione delle informazioni anche alle fasce più giovani della popolazione attraverso specifici ed efficaci canali informativi in grado di aumentare il numero di giovani informati circa i rischi legati all'uso delle nuove sostanze psicoattive.

Azioni:

- Condivisione e trasmissione del report a tutti gli operatori delle dipendenze (Sert, Privato sociale accreditato, Nuclei Operativi Tossicodipendenze - NOT delle Prefetture);
- Creazione di una pagina web dedicata e diffusione delle informazioni fondamentali attraverso i social network.

Indicatori:

- Numero di report trasmessi agli operatori dei servizi delle Dipendenze;
- Creazione della pagina web dedicata;
- Numero di informazioni condivise attraverso i social network.

#### **4.2.3.8 Gioco d'Azzardo Patologico**

Il Gioco d'Azzardo Patologico è influenzato dal contesto, dall'economia, dalla cultura, dalla moda, dall'offerta e dai tentativi di contrasto. Il fenomeno è relativamente recente, ma ad 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. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze (OERD) del Settore Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria alle Fasce Deboli, Politiche Sociali e Famiglia, monitora da sei anni il fenomeno, rilevando che le richieste di presa in carico ai SERT dei DSMD liguri sono in costante aumento. Ad oggi sono circa 400 i soggetti in carico, ma il fenomeno è sottostimato ed è destinato ad aumentare.

Pertanto, si rende necessaria l'implementazione delle attività di prevenzione e informazione rivolta alla popolazione generale, al fine di limitare la diffusione del fenomeno e incrementare il numero di pazienti seguiti dai Servizi preposti, e il miglioramento del sistema di monitoraggio finalizzato all'acquisizione di maggiori informazioni sulle caratteristiche dei giocatori a rischio, in collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni di volontariato.

Azioni:

- Diffusione ai cittadini delle informazioni utili sui servizi che si occupano della presa in carico dei soggetti a rischio di azzardopatia;
- Miglioramento del sistema di monitoraggio già presente tra le attività dell'OERD.

Indicatori:

- Dato regionale delle nuove prese in carico da parte dei servizi preposti;
- Costituzione del database su singolo record dei soggetti azzardopatici.

#### **4.2.4 Area salute in carcere**

##### **4.2.4.1 Ampliamento del Reparto di Osservazione Psichiatrica di Genova Marassi**

Con la DGR 210/2013 sono stati approvati lo schema di «Accordo tra la Regione Liguria, il Tribunale di Sorveglianza di Genova e il Provveditorato Regionale per l'Amministrazione

Penitenziaria, sui criteri e le procedure di accesso al servizio di osservazione psichiatrica» e il documento «Criteri e procedure di accesso al servizio di osservazione psichiatrica in ambito penitenziario», elaborati dall'apposito Gruppo tecnico inter istituzionale. Sulla base di tale accordo è previsto l'ampliamento del Reparto di Osservazione Psichiatrica presso la struttura detentiva di Genova Marassi al fine di ridurre gli ingressi impropri nella REMS di Genova Prà e successivamente, nella REMS di Calice al Cornoviglio.

Azioni:

- Raddoppio dei posti letto del Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) di Genova Marassi, con funzione regionale.

Indicatori:

- Predisposizione di provvedimento regionale.

#### ***4.2.4.2 Uniformità dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari***

L'Accordo, sancito in Conferenza Unificata il 22/01/2015 (Rep. Atti n. 3/CU) sulle "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" è stato recepito con la DGR 843/2015. In accordo con il suddetto documento e nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si rende necessario individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti della popolazione detenuta.

Azioni:

- Predisposizione dei protocolli e degli interventi di valutazione e trattamento dei detenuti con problematiche sanitarie;
- Verifica della necessità dell'istituzione del Dipartimento interaziendale di medicina penitenziaria.

Indicatori:

- Predisposizione di provvedimento regionale di recepimento dei protocolli e degli interventi di valutazione e trattamento;
- Relazione al Direttore Generale di A.Li.Sa. circa la verifica della necessità dell'istituzione del Dipartimento interaziendale di medicina penitenziaria.

### **4.3 Area della prevenzione**

Nell'ambito dell'area della Prevenzione risultano prioritarie tutte le azioni previste dal Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 (di seguito PRP), il cui cronoprogramma ne prevede lo sviluppo nel corso del 2017. Da quanto riferito dai singoli referenti delle Aziende, gli obiettivi del PRP sono in gran parte realizzati o in via di realizzazione; si registrano buoni risultati nel campo dell'estensione degli screening oncologici, mentre restano alcune criticità in merito all'avvio del test HPV-DNA primario in tutte le Aziende, mentre nel campo delle vaccinazioni si registra un generale

calo delle coperture, in linea col trend nazionale; infine si evidenziano i più che soddisfacenti risultati ottenuti nel campo della prevenzione e controllo delle infezioni correlati all'assistenza buoni. Nell'ambito della Sicurezza degli ambienti di lavoro risultano rispettati gli obiettivi del Piano regionale della Prevenzione previsti per il 2016.

Per il 2017 si ritengono prioritarie, negli ambiti sottoriportati, le seguenti azioni:

Implementazione di un sistema di sorveglianza delle malattie infettive sottoposte a notifica

- Attivazione di un sistema informatizzato su piattaforma web, basato sul Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI) definito dal D.M. 15/1990 e successive modifiche che consenta la registrazione da parte delle Aziende e l'analisi dei dati sia da parte delle Aziende sia a livello centrale (A.Li.Sa) che amministra il flusso con il Ministero Salute e che fornisce informazioni agli stakeholder e a chiunque ne abbia interesse mediante report periodici.

Anagrafe vaccinale regionale

- Implementazione di un flusso costituito dai dati estratti dalle anagrafi vaccinali aziendali al pari degli altri flussi regionali, che comprenda i dati delle vaccinazioni eseguite e registrate; tale flusso rappresenta un debito informativo delle Aziende nei confronti di Regione già attivo, ad oggi esclusivamente reso in forma cartacea e sporadica, e necessario in quanto i dati di copertura vaccinale rappresentano un indicatore dei LEA della Prevenzione.

Incremento coperture vaccinali

- Attivazione di tutte le forme di contrasto al fenomeno nazionale del calo progressivo delle coperture vaccinali, siano queste obbligatorie che raccomandate
- Condivisione di modelli comunicativi e organizzativi basati su evidenze scientifiche tali da incentivare l'adesione alle vaccinazioni e contrastare la disinformazione.

Screening oncologici

- Creazione di un coordinamento regionale dell'organizzazione degli screening oncologici afferente all'Area Prevenzione di A.Li.Sa e rideterminazione del Gruppo Tecnico Regionale DGR n. 354/2015
- Attivazione e graduale estensione a tutte le Aziende Sanitarie del programma di screening per i tumori della cervice uterina mediante test HPV-DNA primario
- Miglioramento dell'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening
- Applicazione del "Protocollo per l'erogazione della colonscopia all'interno del percorso di screening colo-rettale in Liguria" Deliberazione A.Li. Sa n. 17 del 19/12/2016

Programmi di promozione della salute. Oltre ai programmi già previsti dal PRP 2014-2018 si ritiene prioritario lo sviluppo delle seguenti attività:

- Disegno e avvio di una campagna regionale di informazione per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus
- Incremento offerta di programmi di contrasto alla sedentarietà

- Disegno e avvio di campagne informative sull'uso consapevole e corretto degli antibiotici formulate nei confronti dei diversi target (popolazione, operatori del SSR)
- Stesura di linee guida condivise sulle modalità di vigilanza

#### Sicurezza ambienti di lavoro

- Stesura di linee di indirizzo regionali, a partire dalle attività in edilizia, finalizzate all'individuazione di procedure d'intervento volte a garantire in tutto il territorio uniformità nello svolgimento dell'attività di polizia amministrativa e giudiziaria da parte degli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Programmazione degli interventi preventivi e di controllo nei luoghi di lavoro :migliorare l'utilizzo delle informazioni consentite dagli archivi nazionali sugli infortuni e le malattie professionali per individuare le misure preventive e le attività programmatiche

### **4.4 Area della Riabilitazione**

Questa area, intesa come approccio sistematico per la prevenzione terziaria, fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia, siano questi conseguenza di un evento morboso acuto o di una malattia cronica progressiva.

Consiste nella presa in carico globale clinico-funzionale ed assistenziale di malattie ad andamento cronico o irreversibile al fine prevenire il danno secondario e favorire il raggiungimento del migliore equilibrio bio-psico-sociale possibile del soggetto assistito.

#### **4.4.1 Strumenti per la presa in carico ospedaliera e territoriale: Il Piano Riabilitativo Individuale e il Progetto di Struttura**

Così come indicato nel Piano di Indirizzo della Riabilitazione risulta indispensabile che sia fornita alla persona con disabilità ricoverata in acuzie la proposta del percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici riabilitativi ed una presa in carico lungo il continuum assistenziale che prenda in considerazione la complessità della situazione di salute e il contesto di vita.

La presa in carico del soggetto e la continuità di cura necessita di strumenti che rendano appropriata la degenza e i passaggi da un *setting* di cura all'altro. Uno di questi è il Piano di Assistenza Individualizzato quale strumento per una corretta valutazione, multidimensionale e una presa in carico globale.

Una particolare forma di PAI è rappresentato dal Progetto Riabilitativo Individuale per la parte relativa alle persone che necessitano di interventi riabilitativi.

Il PRI così come definito dall'Atto di Indirizzo della Riabilitazione, rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per realizzare percorsi assistenziali integrati, unico per ciascuna persona, in condivisione con gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico. Elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte della persona che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita.

Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista in armonia con il Progetto di Struttura se presente;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi
- tempi di verifica e conclusione .
- modalità di coinvolgimento dei *caregiver*.

Ad oggi non esiste un format di PRI, pur essendo questo strumento un obbligo nella presa in carico di pazienti che richiedono riabilitazione sia in regime intensivo che estensivo.

Con riferimento a questo strumento la programmazione 2016 ha permesso la creazione in condivisione con la Rete verticale della riabilitazione di un format di progetto riabilitativo individuale contenente gli elementi essenziali.

In relazione a tali aspetti la programmazione 2017 si concentrerà sull'obiettivo sull'individuazione e condivisione degli indirizzi per un modello di Progetto Riabilitativo Individuale nelle Aziende e la realizzazione del Progetto di Struttura

Azioni:

- Condivisione con i professionisti delle aziende/Enti di un format di progetto riabilitativo individuale e di Progetto di Struttura;
- Incontri formativi ed informativi con le aziende finalizzati ad un corretto utilizzo dello strumento del Progetto Riabilitativo individuale e del Progetto di struttura.

Risultati attesi:

- Adozione nei reparti ospedalieri e nelle strutture residenziali territoriali di un format di Progetto Riabilitativo Individuale

#### **4.4.2 Strumenti per la presa in carico ospedaliera e territoriale: la SDO con elementi Riabilitativi**

La SDO rappresenta ad oggi il riferimento per il monitoraggio e la remunerazione delle strutture di riabilitazione, nonostante vi sia accordo unanime che il sistema sia inadeguato per la valutazione delle attività in questo settore.

Il sistema DRG è infatti malattia-orientato e non contiene alcuna informazione capace, anche indirettamente, di esprimere lo specifico dei processi diagnostico terapeutici e gli esiti funzionali della riabilitazione. Questo gap d'informazione impedisce una classificazione coerente degli episodi di ricovero e la razionalizzazione dell'intera rete della post acuzie in termini di appropriatezza, efficienza e risultati attesi.

Per tale ragione e sulla base dello studio Iper 2 indicatori di processo e di esito in riabilitazione, la programmazione 2016 ha permesso la realizzazione di uno studio sperimentale finalizzato all'individuazione dei fattori clinico- assistenziali a maggior peso predittivo sulla degenza in riabilitazione e di predisporre un sistema di algoritmo utile nel fornire indicazioni per la compilazione della SDO con elementi riabilitativi.

Con tali elementi si è realizzato un "Manuale di compilazione della SDO con elementi riabilitativi" concertato, condiviso ed approvato dai professionisti delle Aziende/Enti del SSR.

In relazione a tali aspetti la programmazione 2017 si concentrerà sulla gestione e monitoraggio della fase di sperimentazione di compilazione della SDO con elementi riabilitativi nelle reparti ospedalieri con codice di disciplina di specialità 28, 56 e 75.

Azioni:

- monitoraggio della fase di sperimentazione di compilazione della SDO con elementi riabilitativi per i reparti cod 56 e 75 (escluso pneumologico-cardiologico e psichiatrico);
- organizzazione di incontri con le Direzioni Sanitarie utili nell'affrontare i nodi problematici emersi durante la compilazione (tra febbraio e marzo)
- analisi dei flussi dei primi sei mesi di sperimentazione, costruzione di un report e feedback con le direzioni sanitarie per analizzare quanto emerso;
- analisi ed incontri utili all'estensione della sperimentazione anche nelle specialità cardiologiche e pneumologiche e nel cod. 28 mielolesioni.

Risultati attesi:

- Utilizzo delle indicazioni emerse dal manuale d'uso di compilazione della SDO con elementi riabilitativi nella compilazione della SDO nelle discipline facenti parte la sperimentazione

Indicatori:

- Proporzione di SDO con elementi riabilitative prodotte sul totale delle Sdo prodotto dai reparti coinvolti nella sperimentazione.

#### **4.4.3 Percorso e modello di presa in carico ospedaliera e territoriale: la gestione della malattia di Parkinson**

Il Percorso Diagnostico Terapeutico rappresenta uno strumento di coordinamento che attraverso un approccio per processi, consente di strutturare ed integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d' azione (ospedale e territorio) sono implicate nella presa in carico attiva e globale del cittadino che presenta aspetti problematici di salute.

La costruzione di un percorso permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili e consentendo altresì il confronto della misura delle attività e degli esiti.

Con particolare riferimento alle patologie croniche neurodegenerative come nel caso della malattia di Parkinson, la programmazione 2016 ha consentito di portare a termine lo studio delle componenti di un PDTA sul Parkinson in armonia con il percorso riabilitativo, ed ad una prima analisi dei flussi regionali utile ad individuare i pazienti presi in carico.

Tale scelta è stata mossa dall'esigenza di affrontare aspetti critici della presa in carico quali il ritardo ed l'inadeguatezza nella diagnosi e nell'invio ai Centri Specialistici di Riferimento, la mancata continuità nella gestione terapeutica del paziente, l'insufficiente offerta di terapie complesse e riabilitative per le fase intermedia e avanzata di malattia e la necessità di implementare modelli di integrazione a rete degli interventi tra differenti servizi.

L'obiettivo è la definizione del processo diagnostico e terapeutico della malattia di Parkinson in modo da ottenere un appropriato e omogeneo livello di cura nel territorio ligure in collaborazione con le Aziende/Enti

Azioni:

- Individuazione di una coorte di pazienti affetti da Parkinson e relativo monitoraggio;
- Mappatura dei servizi e degli interventi ad oggi effettuati;
- Identificazione degli attori responsabili, dei ruoli e dei nodi della rete;
- Definizione delle modalità comunicative tra i centri di riferimento, la rete regionale con particolare riferimento al ruolo del Medico di Medicina Generale;
- Identificare indicatori utili nel monitoraggio del PDTA

Risultato atteso:

- Messa a regime nelle Aziende/Enti di un PDTA sulla Malattia di Parkinson

#### **4.4.4 Percorso e modello di presa in carico ospedale territorio: la rete per le gravissime disabilità**

La complessità della presa in carico rileva in maniera evidente nel caso di persone con Gravissime Disabilità con particolare riferimento alle Gravi Cerebrolesioni Acquisite ed ai loro *caregiver*. Per queste persone e per le loro famiglie è necessario articolare una rete in grado di garantire la continuità assistenziale in termini di appropriatezza organizzativa e clinica.

Tale rete deve comprendere le strutture per l'emergenza, le strutture per acuti, le strutture riabilitative e le strutture territoriali quali le RSA riabilitative ed il rientro a domicilio che sia in grado di supportare, attraverso differenti livelli di intervento le quattro fasi della patologia: *critica, acuta/sub acuta, post-acuta e degli esiti*.

L'intervento riabilitativo deve iniziare, in modo articolato ed integrato, fin dal momento della gestione dell'emergenza urgenza; per tale ragione è opportuno elaborare protocolli che consentano una cooperazione strutturata tra le diverse realtà operative.

La rete per le gravissime disabilità deve essere improntata:

- disponibilità adeguata di posti letto a livello regionale in coerenza con le disposizioni vigenti;

- garanzia di una presa in carico appropriata dei pazienti in età evolutiva , anche attraverso un collegamento alla rete pediatrica;
- garanzia di passaggio tra *setting* a minore impegno al mutare delle condizioni di intensività;
- garanzia di strumenti tecnico-assistenziali appropriati per la presa in carico nelle strutture residenziali territoriali;
- attenzione costante alla formazione continua;
- raccolta annuale di dati epidemiologici sui soggetti in condizione di gravissima disabilità tenuto conto della mappatura finalizzata all' erogazione del Fondo della Non autosufficienza per le persone assistite a domicilio.

Per tali motivazioni, la programmazione del 2016 ha permesso di attuare un monitoraggio che in via primaria si è concentrato sulla mappatura delle persone in condizione di stato vegetativo e di minima responsività e sull' analisi dei reparti ospedalieri di Neuroriabilitazione.

In relazione a tali aspetti la programmazione 2017 si concentrerà sugli indirizzi operativi utili alla creazione di una rete regionale per le gravissime disabilità.

Azioni:

- aggiornamento del monitoraggio sulle persone in stato di minima responsività e mappatura delle persone in condizione di gravissima disabilità;
- mappatura dei servizi e funzioni presenti nelle Aziende/Enti e creazione di un gruppo di lavoro con professionisti delle Aziende/Enti;
- impostazione dei nodi della rete
- focus specifico su uno studio utile alla creazione di strutture residenziali extraospedaliere adatte alla cura e al mantenimento funzionale delle persone con gravissima disabilità

Risultati attesi:

- Messa a regime dei nodi fondamentali per la costruzione di una rete per le gravissime disabilità

#### **4.5 Area della gestione del rischio clinico**

Con D.G.R. n. 161 del 26/02/2016 sono stati forniti indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'adozione di alcuni strumenti finalizzati alla gestione del rischio clinico; tra questi si ricordano:

- Progetto CARMINA, finalizzato allo sviluppo di un pannello di indicatori in grado di rappresentare le performance delle strutture sanitarie in ambito di gestione del rischio clinico; con successiva D.G.R. n. 486/2016 l'utilizzo di tale strumento è stato inserito tra gli Obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende per l'anno 2016.
- Adozione del Piano regionale di prevenzione delle cadute, all'interno del quale è stata predisposta una scheda unificata di segnalazione delle cadute: tale scheda è stata adottata da tutte le Aziende Sanitarie ed è stato creato un tracciato record al fine di predisporre un

flusso in grado di implementare un database regionale, analogo a quello delle segnalazioni eventi avversi (Scheda Incident Reporting): il flusso è attivo dal secondo semestre 2016.

- Analisi della scheda di incident reporting
- Controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

In continuità con le linee di indirizzo 2016, di seguito si riportano le azioni previste per il 2017:

- Implementazione dello strumento CARMINA, quale modalità di lavoro consolidata e continuativa. 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.
- Nomina di un referente per la gestione del rischio in ogni struttura privata accreditata, responsabile dell'implementazione dell'attività di risk management, in accordo alle indicazioni e requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale in materia, anche ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 8 quarter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.
- Inserimento di due rappresentanti all'interno della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico: uno per le case di cura e uno per le strutture socio sanitarie
- Inserimento, nel flusso informativo di segnalazione eventi avversi (IR) e cadute (scheda unificata regionale) delle strutture socio sanitarie private accreditate contrattualizzate con le ASL

Per quanto riguarda l'attività di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, le azioni previste comprendono:

- Mantenimento del sistema di sorveglianza regionale dei ceppi di Enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE) e di altri microrganismi alert.
- Estensione alle strutture degenziali e residenziali accreditate del sistema di sorveglianza regionale dei CPE e dell'applicazione delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (DGR n. 529/2015)
- Indagine per la rilevazione del tasso di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza presso le strutture degenziali ospedaliere pubbliche dell'intera rete ligure
- Produzione di linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo nell'ambito della chirurgia addominale

Inoltre, A.Li.Sa. intende organizzare, da gennaio 2017, un percorso formativo rivolto a un gruppo di professionisti (personale sanitario, medico e non medico) delle Aziende, a diverso titolo coinvolti nella compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO); obiettivo dell'iniziativa è quello di formare un gruppo di operatori sulla corretta compilazione della SDO, anche alla luce di quanto previsto dal citato schema di Decreto Ministeriale, recante modifiche e integrazioni al DM n. 380/2000 e ss.mm. e ii..

Le Aziende Sanitarie dovranno pertanto, nel corso del 2017:

- avvalersi dei soggetti formati per avviare, al loro interno, percorsi analoghi, al fine di raggiungere il maggior numero di operatori edotti sulle nuove procedure di codifica;
- misurare le ricadute di tali percorsi formativi in termini di maggiore accuratezza e precisione nella compilazione della SDO.