

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

DELIBERAZIONE N. **6** DEL **15.01.2018**

OGGETTO: Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la deliberazione A.Li.Sa. n. 1 del 12.1.2017 ad oggetto: "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2017. Proposta alla Giunta Regionale";

VISTA altresì la D.G.R. n. 6 del 13.1.2017 con la quale la Giunta Regionale ha preso atto degli indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio – sanitarie per l'anno 2017, approvati da A.Li.Sa. con la sopra richiamata deliberazione n. 1/2017;

RICHIAMATA la Legge Regionale n. 17/2016 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 L.R. n. 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";

VISTA la D.C.R. n. 21 del 5.12.2017 con la quale è stato approvato il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019;

RICHIAMATA la D.G.R. n. 1136 del 21.12.2017, 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 15 gennaio 2018 indirizzi operativi annuali per le Aziende Sociosanitarie, 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 2018", allegati sub 1) al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di adottare i suddetti Indirizzi operativi;

RITENUTO altresì di trasmettere il presente provvedimento alla Giunta Regionale per la conseguente presa d'atto;

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

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa, qui integralmente richiamate, di:

1. adottare gli "indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018", allegati sub 1) al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. trasmettere il presente provvedimento alla Giunta Regionale per la conseguente presa d'atto;
3. disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel proprio albo pretorio on line;
4. dare atto che il presente provvedimento è composto di n. 2 pagine e di un allegato di n. 77 pagine.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dott. G. Walter Lodatelli)



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 Vignati)



IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

(Dott.ssa Enrica Orsi)



**Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e
Sociosanitarie per l'anno 2018**

Sommario

1. Vision e mission del documento.....	4
2. Contesto economico-finanziario.....	6
3. Lo stato di avanzamento della riforma sociosanitaria regionale.....	8
4. Le scelte prioritarie in ambito organizzativo.....	11
4.1 La centralizzazione degli acquisti e acquisizioni sovraregionali.....	11
4.2 La politica del farmaco ed il governo della spesa farmaceutica.....	11
4.3 Il governo delle tecnologie e valutazione della loro introduzione nel SSR.....	18
4.4 Il sistema autorizzativo e l'accreditamento.....	19
4.5 Il governo dei flussi informativi.....	20
4.6 I DIAR, l'identificazione degli obiettivi ed il percorso attuativo.....	22
4.7 Il governo delle risorse umane e la formazione del personale.....	23
4.8 La ricerca.....	25
5. Gli obiettivi prioritari della risposta sanitaria e sociosanitaria.....	26
5.1 Le strutture orizzontali: gli obiettivi dei DIAR.....	26
5.2 Il governo dei tempi d'attesa.....	32
5.3 percorso di presa in carico del paziente cronico.....	33
5.4 Prevenzione.....	34
5.5 Area ospedaliera.....	37
5.6 Area della riabilitazione.....	39
5.7 Area territoriale.....	44
5.7.1 Cure primarie.....	45
5.7.2 Cure Domiciliari e Cure Palliative Domiciliari.....	48
5.7.3 Area materno infantile.....	52
5.7.4 Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.....	54
5.7.5 Salute mentale.....	55
5.7.6 Dipendenze.....	57
5.7.7 Residenzialità Anziani e Disabili.....	59

5.7.8 Prevenzione e cura AIDS	61
5.7.9 Strumenti di Integrazione Sociosanitaria	62
5.7.10 La sanità penitenziaria	65
5.8 Gestione del rischio clinico	67
5.9 Vision e principi nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	68
6. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	71
7. Trasparenza e anticorruzione	74
7.1 Trasparenza	74
7.2 Anticorruzione	75
8. Formazione	78

1. Vision e mission del documento

Il processo di riforma del sistema sociosanitario regionale (ll.rr. n. 17 del 29/7/2016, n. 27 del 18/11/2016, n.9 del 11/5/2017) orientato al rafforzamento dei principi di equità, efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria, ha visto la progettazione e l'implementazione di un nuovo modello organizzativo che comporta la separazione dei momenti di valutazione dei bisogni e della domanda di salute, la programmazione sanitaria e sociosanitaria e il governo dell'offerta unificate e centralizzate nell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), dalle attività di offerta deputata agli erogatori pubblici – I.R.C.C.S., aziende ospedaliere e sociosanitarie - e privati.

In particolare, l'accentramento dell'attività di programmazione consente un'analisi puntuale della complessità dei bisogni di salute e sociali dei cittadini liguri e la definizione di linee di indirizzo e obiettivi strategici che le aziende sanitarie e sociosanitarie dovranno perseguire e conseguire attraverso l'attuazione di azioni coerenti che consentano di ottenere risposte appropriate ed efficaci ai bisogni.

Il presente documento si pone, pertanto, quale strumento operativo di indirizzo per le azioni da intraprendere da parte delle aziende sanitarie e sociosanitarie regionali per il raggiungimento degli obiettivi comuni funzionali all'appropriata erogazione delle prestazioni nell'ambito di un'omogeneità organizzativa e della sostenibilità del sistema. In particolare, saranno descritte le scelte prioritarie in ambito organizzativo - dai modelli e le azioni previste nell'ambito dell'area socio-sanitaria, all'implementazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) e del nuovo sistema autorizzativo e di accreditamento, dal ruolo della Centrale Regionale Acquisiti, al governo della spesa farmaceutica, delle tecnologie sanitarie, delle attività di ricerca, dei flussi informativi e delle risorse umane -, gli obiettivi prioritari dei modelli organizzativi implementati per attuare la risposta sanitaria e sociosanitaria ai bisogni valutati nell'ambito delle attività di programmazione. Nel documento sono, inoltre, descritte le azioni previste trasversalmente sia nel momento programmatico, sia erogativo, in ambito di trasparenza, formazione e prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Ciascuna azienda, in recepimento agli indirizzi strategici regionali, predisporrà un piano applicativo specifico che sarà valutato da A.Li.Sa., quale garante dell'integrazione e dell'unitarietà dei percorsi assistenziali regionali.

Il percorso che ha portato alla stesura del documento operativo specifico per l'anno 2018 differisce in maniera sostanziale da quello relativo alle attività e agli obiettivi fissati per l'anno precedente, poiché preceduto dall'elaborazione e approvazione del documento di programmazione strategica per il triennio 2017-19, il Piano Sociosanitario Regionale. La consecutio dei due documenti di programmazione - Piano Sociosanitario Regionale 2017-19 e Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2018 - garantisce la continuità metodologica al percorso di riforma e definisce gli strumenti operativi di governance, di programmazione, di indirizzo e di gestione, in risposta alle criticità epidemiologiche ed organizzative evidenziate e valutate.

Nell'ambito degli strumenti di *governance* sono stati individuati i DIAR e i Processi Organizzativi Aziendali (POA) che mirano a concretizzare i principi fondanti e perseguire gli obiettivi del Piano Sociosanitario Regionale 2017-19 attraverso, rispettivamente, (i) un modello assistenziale in cui insiste la rete clinica e la triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di *governance* sul territorio regionale, e (ii) la ridefinizione degli assetti organizzativi aziendali per assicurare l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie. Gli obiettivi e gli indicatori individuati per valutare le attività condotte nell'ambito dei DIAR e quanto previsto dai POA, congiuntamente agli adempimenti rappresentati dagli obiettivi aziendali assegnati annualmente ai Direttori Generali, saranno coerenti tra loro e recepiranno quanto previsto dai documenti strategici, rispettando l'unitarietà e il principio di integrazione che il nuovo sistema sociosanitario regionale mira a configurare.

Per il carattere di operatività che deve garantire il documento, i capitoli sulle scelte prioritarie in ambito organizzativo, la risposta sanitaria e sociosanitaria ai bisogni dei cittadini e le azioni previste in materia di trasparenza e anticorruzione, formazione e prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro sono omogeneamente strutturati in sintetici paragrafi che puntualmente riportano obiettivi generali e specifici e relativi indicatori, preceduti da una breve premessa che illustra il rationale ed il percorso di avanzamento in quell'ambito.

2. Contesto economico-finanziario

La Legge n.232 del 11.12.2016 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019”, art.392, definisce il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, per l'anno 2018, in 114 miliardi di euro. Tale importo, è stato rideterminato in riduzione di 604 milioni di euro, con la finalità di garantire gli obiettivi di riduzione di spesa per la finanza pubblica (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 5.6.17). L'importo definitivo ammonta pertanto a circa 113,4 miliardi, con un incremento di 400 milioni rispetto al 2017, corrispondente allo 0,35%.

Le risorse destinate al settore sanitario risultano pertanto ancora abbondantemente inferiori al 7% del prodotto interno lordo a fronte di altri paesi europei come Francia e Germania in cui si attestano attorno al 10%.

Inoltre la Legge regionale n. 34/2016 ha definito un piano di efficientamento del sistema sanitario per il triennio 2017/2019 portando le risorse messe a disposizione dal bilancio regionale per il settore sanitario da 64 milioni per l'anno 2017, a 49 milioni per l'anno 2018 fino a 34 per l'anno 2019.

All'esiguo incremento di fondo sanitario ed, in generale, alla sempre minore disponibilità di risorse per il sistema, si sommano una serie di criticità che vanno ad impattare in maniera rilevante sul livello dei costi.

Innanzitutto il rinnovo contrattuale, per cui lo Stato non ha previsto alcuna copertura di bilancio, comporta a livello nazionale una maggiore spesa stimata in circa 1,2 miliardi.

Questo comporta per il sistema sanitario regionale un costo in termini di accantonamento per l'anno 2018 di circa 22 milioni in incremento di 5 milioni rispetto al 2017.

Inoltre l'applicazione dei nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza) comporterà il necessario ed atteso aggiornamento del nomenclatore della specialistica e della protesica con l'introduzione di nuove procedure diagnostico terapeutiche, di nuove prestazioni di genetica ed, in generale, di molte prestazioni ad elevato contenuto tecnologico.

In questo contesto in cui le risorse diminuiscono in termini sostanziali è sempre più necessario sviluppare strategie di razionalizzazione ed efficientamento di spesa.

Proseguono, infatti, le azioni di controllo della spesa del personale già avviate nel corso dell'anno precedente prevedendo una specifica disciplina del processo di assunzione da parte delle Aziende, Enti ed Istituti del S.S.R. tramite il quale la richiesta e la concessioni di autorizzazioni ad assumere personale siano strettamente collegate agli impegni forniti dalla programmazione regionale.

Anche per quanto riguarda la spesa farmaceutica sono previste specifiche azioni quali il potenziamento dell'attività di controllo e monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo, l'intensificazione della promozione sul territorio dei farmaci a brevetto scaduto ed il miglioramento della performance nella gestione dei registri AIFA.

A queste azioni specifiche sui singoli fattori produttivi si aggiungono le politiche di sviluppo dei dipartimenti interaziendali regionali che tramite una maggiore attenzione all'appropriatezza ed ai percorsi diagnostico-terapeutici garantiranno un maggiore efficientamento anche dal punto di vista della spesa.

3. Lo stato di avanzamento della riforma sociosanitaria regionale

Il percorso legislativo che descrive e norma la riforma sociosanitaria regionale si sta concretizzando attraverso la stesura di documenti strategici e operativi, la progettazione ed implementazione di nuovi modelli organizzativi che rappresentano la risposta alle sfide determinate dall'attuale quadro epidemiologico e dal contesto economico-finanziario e che mirano a valorizzare la centralità del paziente/cittadino/utente e dei relativi bisogni socio-sanitari.

Le risposte organizzative individuate per rispondere alle criticità emerse hanno previsto una riconfigurazione sostanziale del Sistema Sanitario Regionale, che ha visto in primo luogo la costituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.), quale garante di una *governance* unitaria e coordinata del Sistema Sanitario Regionale, in grado di accentrare le competenze di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo delle aziende regionali, che sono deputate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito di una maggiore omogeneità organizzativa territoriale e secondo indirizzi comuni.

L'accentramento funzionale al perseguimento dell'obiettivo di efficientamento in fase realizzativa prevede, inoltre, la centralizzazione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno regionale (Gestione Sanitaria Accentrata), delle procedure degli acquisti sanitari presso la Centrale Regionale di Acquisto (CRA), della valutazione dell'introduzione delle tecnologie sanitarie nel Sistema Sanitario Regionale secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA), della valutazione del fabbisogno e del bisogno formativo di risorse umane e di talune procedure concorsuali, e la modifica sostanziale del percorso di accreditamento e delle procedure contrattuali che coinvolgono sia le aziende pubbliche sia le aziende private convenzionate.

Gli accordi contrattuali costituiscono un importante strumento di governance di sistema permettendo sia l'individuazione dei bisogni sanitari dei cittadini mediante la stima dei volumi di prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, sia la programmazione della risposta sanitaria e sociosanitaria.

Il processo di riforma mira, inoltre, al perseguimento dell'obiettivo di forte integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie. L'istituzione della figura del Direttore Sociosanitario e l'articolazione delle ASL in due aree, "area territoriale" e "area ospedaliera", hanno lo scopo di creare le condizioni strategiche per la valorizzazione delle funzioni territoriali e al tempo stesso per l'integrazione tra risposte sanitarie e sociosanitarie ai bisogni complessi.

Secondo la L.R 27/2016 infatti "Il Direttore Sociosanitario e il Direttore Sanitario presiedono alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni rese ciascuno nell'ambito della propria area di competenza e concorrono all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale ed il territorio". 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 del materno infantile, all'handicap, alle dipendenze alle patologie psichiatriche, alle inabilità legate a malattie cronico degenerative, alle fasi terminali della vita.

L'obiettivo di integrazione dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie regionali è stato perseguito anche attraverso l'attivazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), nuove unità organizzative che, rappresentando centri di coordinamento tecnico professionale con competenze di indirizzo e di governo, sono in grado di supportare la programmazione strategica in capo ad A.Li.Sa.

In considerazione del crescente impatto delle cronicità e della fragilità e nell'ambito della visione di unitarietà e di efficientamento del sistema, è emersa la necessità di individuare modelli di presa in carico globale del cittadino e di applicare i principi del *disease management* alla progettazione dei percorsi assistenziali, per garantirne la continuità e la multidisciplinarietà. A tal fine, (i) sono stati attivati i Punti Unici di Accesso a livello territoriale, in grado di orientare i cittadini ai servizi sanitari erogati dalle aziende sociosanitarie regionali, (ii) è stato implementato il nuovo sistema unico di prenotazione (CUP) regionale, (iii) è in progettazione una piattaforma per la gestione dei Piani Assistenziali Individuali che integra i progetti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico e i contenuti della cartella clinica specialistica, (iv) sono stati rafforzati i modelli a rete attraverso l'attivazione dei DIAR, e sono stati valorizzati i progetti di valutazione delle fragilità e di dimissione protetta.

Il disegno di percorsi assistenziali appropriati e la rimodulazione dell'offerta ospedaliera e territoriale non possono prescindere da una valutazione analitica dei bisogni sanitari e sociosanitari quale presupposto delle attività della programmazione. In tale contesto, sono stati affinati ed implementati i sistemi informativi ed epidemiologici esistenti: il dataware house regionale "Banca Dati Assistito", oggi rappresenta lo strumento operativo della valutazione epidemiologica di impatto, di individuazione dei soggetti a maggior rischio, di compliance dei percorsi, degli effetti dell'offerta sanitaria, dell'assorbimento di risorse nei residenti liguri, con priorità negli ambiti del contrasto alla fragilità e cronicità, così come è in fase avanzata di sviluppo il sistema informativo sociosanitario, strumento di raccolta e valutazione dell'eterogenea domanda ed offerta in questo ambito.

In tale contesto, risulta di fondamentale importanza la sinergia tra le attività dell'area delle cure primarie e delle attività distrettuali, come previsto dall'accordo regionale con la Medicina Generale sul programma di gestione delle patologie croniche stipulato in recepimento al Piano Nazionale Cronicità, e che mira ad ottenere un'efficace presa in carico dei pazienti che presentano cronicità attraverso la gestione integrata tra Medici di Medicina Generale e Specialisti, con il supporto dei Piani di Assistenza Individualizzati. Il raggiungimento di tali obiettivi è favorito dall'attivazione e organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), finalizzate a garantire uniformità nell'assistenza e nell'accesso alle cure.

Quanto sopra esposto palesa la coerenza del percorso e delle azioni ad oggi poste in essere con gli obiettivi strategici declinati dal "Libro Bianco della Sanità", che identificava i principi ispiratori del nuovo modello organizzativo sanitario ligure nella libertà di scelta del cittadino, nella condivisione responsabile tra stakeholder, nell'appropriatezza, nella qualità e nella sicurezza dei servizi, nell'equità di accesso ai servizi stessi, nell'efficienza organizzativa, nell'integrazione multidisciplinare

e interaziendale, con il fine ultimo di offrire una risposta omogenea e puntuale ai bisogni sociosanitari dei cittadini liguri.

4. Le scelte prioritarie in ambito organizzativo

4.1 La centralizzazione degli acquisti e acquisizioni sovraregionali

Background

La Centrale Regionale di Acquisto della Liguria nasce con Legge Regionale 3 aprile 2007, n. 14, quale centrale di committenza ai sensi del D. Lgs. 12.4.2006, n. 163. Con la Legge Regionale 29 dicembre 2014, n. 41 sono state ridefinite le competenze della Centrale che provvede in via esclusiva, per conto delle aziende ed enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale, nonché delle A.S.P. e degli altri enti pubblici, all'acquisizione di beni e servizi sanitari. A seguito dell'approvazione della Legge Regionale 29 luglio 2016 n. 17, l'Agenzia Sanitaria Regionale è stata soppressa e le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto sono svolte a partire dal 1 ottobre 2016 dalla neocostituita A.Li.Sa., fino alla revisione della normativa regionale in materia di centrali di committenza.

Obiettivo generale

- ◆ Miglioramento dell'area di intervento della Centrale Regionale d'Acquisto attraverso accordi interregionali, l'implementazione dell'attività di monitoraggio e controllo e la creazione centro unico per la gestione della "distribuzione per conto"

Obiettivi specifici

- ◆ A seguito dell'accordo con ARCA, soggetto aggregatore della regione Lombardia, per l'utilizzo della piattaforma SINTEL e NECA, entro ottobre 2018 si dovrà completare l'iter procedurale necessario ad avviare procedure di gara in solo formato elettronico.
- ◆ A seguito dell'accordo con ARCA, dovranno essere avviate alcune procedure di gara sovraregionali prioritarie
- ◆ Grazie alla funzionalità NECA della piattaforma verrà attivato un attento monitoraggio della adesioni delle aziende del S.S.R alle convenzioni messe a disposizione da Centrale Regionale d'Acquisto
- ◆ Entro il mese di Marzo si avvierà il centro unico per la gestione della "distribuzione per conto" che dovrà farsi carico della gestione di tutti gli ordini nonché del monitoraggio dell'andamento della spesa

4.2 La politica del farmaco ed il governo della spesa farmaceutica

1) FARMACI INNOVATIVI e ACCESSO ai FONDI DEDICATI

Background

Nell'attuale scenario la sfida in cui a nostra Regione è impegnata è quella di coniugare la garanzia dell'accesso alle terapie innovative rese disponibili negli ultimi anni con la sostenibilità. Infatti, come è noto, recentemente sono stati resi disponibili farmaci innovativi

che hanno permesso di migliorare la qualità delle cure in alcune aree terapeutiche ma l'elevato costo delle nuove terapie impegna i servizi sanitari per assicurare l'accesso a tali terapie.

La Legge di bilancio 2017 (L.232/2016), a decorrere dall'1 gennaio 2017, ha previsto la istituzione di un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (comma 400) e un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (comma 401) la dotazione di ciascuno dei due fondi è rispettivamente di 500 milioni di euro annui.

Sulla base quanto riportato nella bozza di finanziaria 2018 la ripartizione e la conseguente assegnazione della quota di tali fondi dovuta alle Regioni verrà effettuata a partire dalla quota di farmaci registrati sui registri AIFA.

Obiettivo generale

- ◆ I farmaci in oggetto dovranno essere utilizzati per le indicazioni autorizzate, rispettando gli adempimenti AIFA. Al fine di assicurare l'uso appropriato di tali farmaci e permettere di ottenere la quota del fondo dovuta, dovrà essere assicurata la massima aderenza per quanto attiene gli adempimenti previsti da AIFA relativi alla registrazione sui registri.

Obiettivi specifici

Relativamente ai farmaci innovativi, riportati negli specifici elenchi di AIFA, dovrà essere assicurata la aderenza totale (100%) per quanto attiene le registrazioni sulla piattaforma AIFA WEB Based:

- ◆ Compilazione delle schede di eleggibilità
- ◆ Effettuazione delle prescrizione e registrazione delle dispensazioni
- ◆ Compilazione delle schede di *follow up*
- ◆ Tempestiva compilazione delle schede di fine trattamento

Nel caso in cui a seguito della determina AIFA non fosse reso tempestivamente disponibile l'accesso al registro *web based*, gli adempimenti previsti si intendono assolti tramite registrazione cartacea. Tali schede dovranno essere tempestivamente inserite nei registri *web based* successivamente alla loro attivazione.

Indicatori e target

- ◆ Per verificare l'aderenza a tale linea di indirizzo, l'indicatore individuato è il seguente: rapporto tra *farmaci registrati su registro AIFA/ farmaci registrati nei flusso (EO+ED)* =1* (cioè il 100 % dei farmaci utilizzati è registrato nel registro AIFA)

*al netto della quota di farmaci utilizzati per indicazioni non a monitoraggio; gli enti dovranno fornire ad ALISA relazione in merito a suddetta quota

2) FARMACI a REGISTRO AIFA APPROPRIATEZZA e SOSTENIBILITA'

Tra le principali strategie volte ad assicurare l'appropriatezza e l'accesso ai nuovi farmaci, i registri AIFA svolgono un ruolo di massimo rilievo. Infatti i registri AIFA sono un potente

strumento per assicurare l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e la sostenibilità. Tutti i farmaci innovativi e di recente introduzione in commercio quali: i nuovi farmaci oncologici, gli immunomodulatori, i nuovi anticoagulanti orali, alcuni farmaci orfani per la cura delle patologie rare, i farmaci per l'epatite C, le terapie per la degenerazione maculare, i nuovi farmaci ipolipidemizzanti (gli anti PCSK9) sono soggetti al monitoraggio da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Già a partire dal 2014 (DGR n° 1717 del 22.12.14) è stata focalizzata l'importanza del recupero del 100% dei rimborsi dovuti e assegnata alle direzioni aziendali la conseguente responsabilità per il raggiungimento di tale obiettivo.

Per assicurare la razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative ed il recupero dei rimborsi reinvestimento nelle stesse, Alisa intende rafforzare le attività volte a migliorare il monitoraggio delle terapie ad alto costo e la performance nella gestione dei registri AIFA.

Obiettivo generale

Assicurare il rispetto degli adempimenti previsti al fine di:

- ◆ Garantire l'uso appropriato dei farmaci e quindi l'utilizzo nel rispetto delle indicazioni autorizzate
- ◆ Favorire la sostenibilità e quindi l'accesso alle terapie innovative grazie all'ottenimento dei rimborsi previsti dagli accordi negoziali

Obiettivi specifici

Relativamente ai farmaci per i quali è prevista la registrazione sui registri AIFA dovrà essere assicurata la aderenza totale (100%), per tutti i pazienti trattati, ai seguenti adempimenti da effettuare sulla piattaforma AIFA WEB *Based*:

- ◆ Compilazione delle schede di eleggibilità
- ◆ Effettuazione delle prescrizione e registrazione delle dispensazioni
- ◆ Compilazione delle schede di *follow up*
- ◆ TEMPESTIVA compilazione delle schede di fine trattamento

Nel caso in cui a seguito della determina AIFA non fosse reso tempestivamente disponibile l'accesso al registro *web based*, gli adempimenti previsti si intendono assolti tramite registrazione cartacea. Tali schede dovranno essere tempestivamente inserite nei registri *web based* successivamente alla loro attivazione.

Indicatori e target

Per verificare l'aderenza a tale linea di indirizzo sono definiti i seguenti indicatori.

- ◆ *Appropriatezza: rapporto tra: farmaci registrati su registro AIFA/ farmaci registrati nei flussi (EO+ED)* =1*

(cioè il 100 % dei farmaci utilizzati è utilizzato secondo le indicazioni autorizzate e quindi registrato nel registro AIFA)

*al netto della quota di farmaci utilizzati per indicazioni non a monitoraggio; gli enti dovranno fornire ad ALISA relazione in merito a suddetta quota

- ◆ Performance rimborsi e compilazione schede fine trattamento: *schede di pazienti che non ricevono trattamento da 3 mesi senza specifica motivazione =0*

L'obiettivo si considera raggiunto nel caso di presenza di schede fine trattamento non compilate ma corredate da specifica relazione clinica che motivi la mancata chiusura della scheda.

3) UTILIZZO MOLECOLE A BREVETTO SCADUTO

Background

Come è noto tutti i farmaci approvati dall'Agenzia Regolatoria Europea (EMA) ed Italiana (AIFA) rispondono a standard di qualità, di sicurezza e di efficacia necessari per la loro autorizzazione in commercio; tali requisiti ovviamente si applicano alla registrazione dei farmaci biotecnologici, siano essi innovativi o biosimilari. L'approvazione dei farmaci biosimilari è basata su dati clinici ottenuti da studi che hanno confermato l'efficacia equivalente ed il profilo di sicurezza comparabile all'originator. E' indiscusso che attraverso le risorse risparmiate grazie all'uso dei farmaci a brevetto scaduto, siano essi di natura chimica (farmaci equivalenti di uso prevalentemente territoriale) o di tipo biologico (biosimilari di uso prevalentemente ospedaliero), si può favorire l'accesso alle terapie innovative. Per tale ragione l'incremento dell'utilizzo di tali farmaci è da considerarsi obiettivo prioritario.

Obiettivo generale

- ◆ Attiva promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto, siano essi di natura chimica (farmaci equivalenti di uso prevalentemente territoriale) o di tipo biologico (biosimilari di uso prevalentemente ospedaliero) e puntuale monitoraggio al fine di attivare, ove necessario, azioni di miglioramento.

Obiettivi Specifici

- ◆ **Obiettivo di "Classe"** evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l'aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto
- ◆ **Obiettivo di "molecola"**: all'interno della stessa molecola, aumentare il consumo delle specialità medicinali a brevetto scaduto

Indicatori e target

- ◆ **Obiettivo di "Classe"** evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica, verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto.

Indicatore e Target:

- nel caso in cui nel 2018 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2018 > tot DDD scadute 2017 per ciascun gruppo

- nel caso in cui nel 2018 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2018 ≥ tot DDD scadute 2017 per ciascun gruppo

Categorie oggetto di monitoraggio

- Eparine a basso peso molecolare (B01AB)
- Farmaci per il trattamento della ipertrofia prostatica benigna: Antagonisti dei recettori alfa adrenergici (G04CA)
- Inibitori del TNFα (L04AB)

Categorie oggetto di monitoraggio con indicatori ad hoc

- Ipolipemizzanti, Inibitori HMGCOA riduttasi (ATC: C10AA): indicatore del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali “percentuale di statine (ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza”
- Fluochinolonici (J01MA): indicatore del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali “Percentuale di fluochinolonici (antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza”

- ◆ **Obiettivo di molecola:** in relazione alla specifica molecola, aumentare il consumo delle specialità medicinale a brevetto scaduto.

Molecole oggetto di monitoraggio.

- Epoietina
- Fattori di crescita
- Somatotropina
- Insulina glargine
- Follitropina
- Infliximab
- Etanercept
- Enoxaparina
- Rituximab
- Imatinib

Per ciascuna singola molecola:

DDD specialità a brevetto scaduto 2018 > DDD specialità a brevetto scaduto 2017

4) QUALITÀ DEI DATI DI CONSUMO DEI FARMACI EROGAZIONE DIRETTA ED EROGAZIONE OSPEDALIERA

Background

Con il DM 31 luglio 07 pubblicato in G.U. 229 del 2/10/07 e successive integrazioni e con il DM 4 Febbraio 2009 sono stati istituiti i flussi informativi per il monitoraggio dei consumi erogati attraverso il canale della erogazione diretta e, successivamente, quello della erogazione ospedaliera. Le informazioni richieste, presenti sulle base dati delle Aziende sanitarie,

vengono inviate mensilmente ad Alisa tramite flussi standardizzati; tali dati vengono processati e inviati ad NSIS secondo regole definite e condivise. La normativa nazionale e la normativa regionale con i Documenti di Specifiche Tecniche elaborati ad hoc disciplinano la gestione di tali flussi informativi. La sottomissione di questi dati costituisce un adempimento di legge ed è collegata a specifici adempimenti LEA. Tali dati costituiscono altresì un patrimonio per assicurare il monitoraggio della spesa e la tracciabilità.

Obiettivo generale

- ◆ Dalle analisi effettuate si è chiaramente evidenziata la necessità di consolidare la qualità dei dati trasmessi dalle aziende sanitarie ad Alisa. Questo per poter efficacemente attuare attività di programmazione, monitoraggio, controllo e miglioramento e per garantire gli adempimenti LEA.

Obiettivi specifici

Al fine di implementare la qualità dei dati dei flussi EO e ED, anche alla luce delle risultanze delle verifiche effettuate, è necessario che ogni Ente invii comunicazione formale ad Alisa fornendo il nominativo di

- ◆ Farmacista responsabile qualità dati ed adempimenti individuato dal direttore della farmacia
- ◆ Informatico responsabile qualità dati ed adempimenti individuato dal direttore SIA

Inoltre è necessario che gli Enti garantiscano la effettuazione dei seguenti controlli

- ◆ Prima di ogni invio ad alisa dei flussi in oggetto, verifica della corrispondenza dei dati dei flussi inviati ad alisa (quantità e valori economici dei flussi ED e EO) con i dati che risiedono negli applicativi informatici aziendali (es OliAmm) relativamente allo stesso periodo e attivazione delle eventuali necessarie azioni correttive.
- ◆ A seguito del ricevimento di informazioni di record scartati da Alisa in conseguenza dei controlli che da procedura vengono effettuati, gli enti dovranno approntare tutte le attività di correzione al fine di rimuovere gli errori evidenziati.
- ◆ Mensilmente: verifica della corrispondenza (quali quantitativa) dei prodotti acquistati e registrati negli applicativi informatici aziendali (es OliAmm) con i dati del flusso traccia (che sarà mensilmente elaborato ed inviato da Alisa vs enti) relativo corrispondente periodo.
- ◆ Controllo della corrispondenza degli AIC riportati sui doc di trasporto con i carichi effettuati sui sistemi gestionali (carico a magazzino)
- ◆ Controlli specifici previsti dagli adempimenti LEA C14 e C15

Indicatori e target

Inoltre è necessario che gli Enti garantiscano la effettuazione dei seguenti controlli

- ◆ Comunicazione nomina del responsabile farmacista e del responsabile informatico per la qualità dei flussi
- ◆ Controlli di cui ai punti A, B, C e D: relazione mensile con evidenza delle attività e giustificativi degli eventuali disallineamenti

- ◆ Ulteriori Specifici Controlli previsti dagli adempimenti LEA C14 e C15: aderenza del 100%

5) ANTIBIOTICI

Background

L'utilizzo inappropriato degli antibiotici rappresenta una emerga sanitaria, anche perché l'ecologia batterica evidenzia in l'Italia una situazione particolarmente critica per quando riguarda la incidenza di ceppi di patogeni resistenti.

Il Piano di Contrasto della Antibiotico Resistenza 2017-2020 (PCAR) fornisce specifici obiettivi per migliorare l'utilizzo dei farmaci antimicrobici e contrastare il fenomeno delle resistenze.

Obiettivo generale

- ◆ Migliorare l'utilizzo dei farmaci antimicrobici al fine di contenere il rischio della selezione di patogeni resistenti.

Obiettivi specifici

- ◆ Diminuire l'uso inappropriato di antibiotici, assicurare la collaborazione con l'infettivologo nella prescrizione degli antibiotici per infezioni gravi. Per alcuni antibiotici, rivolti al trattamento delle infezioni gravi, sarà implementato l'obbligo di richiesta motivata

Indicatori e target

Gli indicatori seguito rappresentati sono stati estrapolati da: "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". I target assegnati discendono dagli obiettivi riportati nel Piano di Contrasto della Antibiotico Resistenza 2017-2020 (PCAR), parametrando all'orizzonte temporale di un anno.

- ◆ Rapporto: Antibiotici a richiesta motivata/richieste motivate =1
- ◆ Riduzione del 3% consumi in DDD degli antibiotici sistemici in ambito territoriale 2017/2018
- ◆ Riduzione del 2% consumi in DDD degli antibiotici sistemici in ambito ospedaliero 2017/2018
- ◆ Riduzione del 3% consumi in DDD degli antibiotici fluchinolonici sistemici in ambito territoriale 2017/2018
- ◆ Riduzione del 2% consumi in DDD degli antibiotici fluchinolonici sistemici in ambito ospedaliero 2017/2018

6) QUALITA DEI DATI DI CONSUMO DEI DM

Background

Il DM 11 giugno 2010 (G.U. n.175 del 29 luglio 2010) istituisce i flussi informativi relativi ai contratti di acquisto e ai consumi dei dispositivi medici. Le informazioni da rilevare riguardano i dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN e devono riferirsi a ciascun dispositivo medico iscritto alla banca dati ministeriale. La rilevazione riguarda:

- i dispositivi medici acquistati dalle strutture di ricovero e distribuiti alle unità operative per consumo interno: consegne di DM alle strutture sanitarie o distribuzione diretta;
- i dispositivi medici acquistati dalle aziende sanitarie locali o strutture equiparate e destinati alle strutture del proprio territorio per consumo interno (consegne) di DM alle strutture sanitarie o distribuzione diretta o distribuzione per conto.

Obiettivo generale

- ◆ Implementare aderenza alle disposizioni ministeriali relative al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici

Obiettivi specifici

- ◆ Verificare copertura la percentuale di copertura del flusso in oggetto sul conto economico

Indicatori e target

- ◆ Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico. L'indicatore individuato è stato estrapolato da: "*Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali*".
Numeratore: Spesa rilevata nel flusso DiMe.
Denominatore: Spesa rilevata nel conto economico relativa agli acquisti di beni sanitari-dispositivi medici.

4.3 Il governo delle tecnologie e valutazione della loro introduzione nel SSR

Background

Sono ampiamente noti e studiati i fattori di dinamicità insiti nel sistema sanitario: tra questi vi è l'innovazione scientifica e tecnologica che, se da una parte può favorire soluzioni innovative efficaci, dall'altra può risentire di logiche di mercato.

L'HTA, richiedendo competenze multidisciplinari, permette di valutare la maggior efficacia (o l'economicità a parità di efficacia) di nuove tecnologie rispetto a quelle esistenti, e di coniugare efficienza, efficacia ed equità. È pertanto uno strumento per consentire ai manager di prendere buone decisioni, in un'ottica più di government che di governance.

Obiettivi generali

- ◆ la valutazione HTA sulle nuove tecnologie deve essere la modalità corrente di valutazione per l'introduzione dell'innovazione.

Obiettivi specifici

- ◆ ogni acquisto di grandi apparecchiature sia coerente con le valutazioni HTA regionali;
- ◆ ogni dispositivo medico di nuova introduzione sia supportato da una analisi di mini HTA:

Indicatori e target

- ◆ presenza di una valutazione di coerenza per le grandi tecnologie acquistate (mammografi, tac, risonanze, angiografi, etc) rispetto ai report HTA regionali Indicatore 100%;
- ◆ proporzione uguale o superiore al 1% della spesa per dispositivi medici acquisiti con report HTA a supporto (proporzione € totale acquisti con valutazione HTA /€ acquisti totali)

4.4 Il sistema autorizzativo e l'accreditamento

Background

La normativa nazionale ha regolato nel tempo la materia dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale con diversi atti (D.Lgs. 502/92, DM n. 308/2001); successivamente sono stati fissati con il DPR 14.1.1997 i requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi per le strutture sanitarie e sociosanitarie e con il DM n. 308/2001 i requisiti minimi strutturali e organizzativi per le strutture sociali.

La Regione Liguria aveva recepito le normative nazionali con la LR 20/99 che tuttavia ha messo in evidenza, negli anni di vigenza e applicazione, alcuni limiti del sistema, soprattutto in campo di autorizzazione: mancato aggiornamento dei requisiti di autorizzazione, mancanza di un'unica regia ai fini della verifica dei requisiti e dell'attività di vigilanza e controllo, disomogeneità dei processi valutativi, mancata previsione di strumenti volti a promuovere la qualità e la sicurezza sia delle prestazioni che delle strutture erogatrici; inadeguatezza dei sistemi di vigilanza e dei sistemi sanzionatori.

Nel corso del 2017 è stata approvata ed è entrata in vigore, in sostituzione della LR 20/99, la nuova normativa LR n.9 dell'11.5.2017 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, pubbliche e private", che ha apportato significative modifiche del percorso di autorizzazione e di accreditamento in Regione Liguria, assegnando una forte governance ad A.Li.Sa, sia quale soggetto tecnico che propone alla Giunta Regionale le procedure ed i requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento che quale soggetto che gestisce direttamente entrambi i percorsi garantendo la massima omogeneità delle valutazioni.

Obiettivi generali

- ◆ Perfezionare e armonizzare i percorsi di autorizzazione e di accreditamento;
- ◆ Raggiungere un livello di omogeneità applicativa della norma e dei requisiti ad oggi carente nella Regione Liguria;
- ◆ Migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private;
- ◆ Garantire e accentuare le caratteristiche di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, da tutte le strutture autorizzate al funzionamento e accreditate ed in particolare dalle strutture contrattualizzate;
- ◆ Individuare in A.Li.Sa. il soggetto con ruolo di garanzia della qualità e sicurezza delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali nei confronti della Regione, dei Comuni e dei Cittadini.

Obiettivo specifico 1

- ◆ Monitoraggio costante dei piani di adeguamento strutturale/impiantistico da parte delle Aziende sanitarie pubbliche: la LR 9/2017 prevede la presentazione di cronoprogrammi aggiornati che devono essere valutati da A.Li.Sa., sia in termini di congruenza con il programma iniziale che di avanzamento degli interventi previsti e necessari. Le Aziende

sanitarie pubbliche devono produrre l'aggiornamento del piano già presentato ai sensi della previgente normativa con un cronoprogramma di durata non superiore a un triennio.

Obiettivo specifico 2

- ◆ Adeguamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, ai requisiti organizzativi e tecnologici previsti dal nuovo manuale di autorizzazione

Indicatore/target

- ◆ Adeguamento entro 180 giorni dall'approvazione del manuale di autorizzazione.

Obiettivo specifico 3

- ◆ Valutazione del grado di "umanizzazione delle cure" raggiunto sia dalle strutture di ricovero pubbliche che private; l'aspetto dell'umanizzazione oltre ad essere inserito tra i requisiti del nuovo manuale di accreditamento istituzionale, fa parte di un progetto finalizzato di AGENAS di cui la Regione Liguria, tramite A.Li.Sa., è cabina di regia.

Indicatore/target

- ◆ Completamento della stesura delle checklist utilizzate quali strumento di valutazione specifica del grado di umanizzazione delle cure.

4.5 Il governo dei flussi informativi

La costituzione di A.Li.Sa., con L.R. 29 luglio 2016, n. 17, apporta nel Sistema Sanitario e Socio-sanitario ligure una serie di complesse e radicali modifiche della struttura e del funzionamento del sistema informativo. Sono modifiche che conseguono al nuovo modello di funzionamento che si affiancano alla rapida maturità che sta raggiungendo il sistema informativo nazionale del sistema salute (NSIS) e che costituiscono un duplice stress sulla progettazione e sugli investimenti necessari. Dal punto di vista nazionale, vengono richiesti a Regione Liguria una serie di interventi per rendere adeguati ai loro standard i contenuti dei nostri sistemi informativi su tematiche fondamentali come il Fascicolo Sanitario Elettronico o l'Anagrafe Nazionale. Sempre dal livello nazionale giungono continui richiami a elevare il livello tecnologico dei sistemi informativi in termini di sicurezza attraverso indicazioni di Agid e del Garante della Privacy. Dal punto di vista locale deve iniziare il percorso di razionalizzazione dell'intero sistema informativo delle Aziende Sanitarie all'interno della mission di A.Li.Sa. In stretta analogia con la politica nazionale dei sistemi informativi, A.Li.Sa. intende perseguire i seguenti macro-obiettivi:

- Equità ed economicità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari
- Organizzazione delle Reti di Specialità, superamento della frammentazione dei sistemi di erogazione e istituzione di sistemi di presa in carico dell'assistito
- Istituzione, gestione e governo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e della loro personalizzazione per l'assistito attraverso Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI) per gli assistiti affetti da cronicità

Si tratta di obiettivi che richiedono di realizzare un sistema fortemente collaborativo, trasversale rispetto agli erogatori, completo di tutte le componenti (MMG, specialisti, ospedale, residenze, etc.) e radicato nel territorio. Un modello di questo genere può essere realizzato solo attraverso l'evoluzione dei sistemi informativi esistenti. La situazione attuale vede ancora la presenza di centri di elaborazione dati autonomi, una forte eterogeneità delle applicazioni utilizzate, il proliferare di partner tecnologici e di sistemi di assistenza e manutenzione, rari esempi di gestione applicativa pluri-aziendale, gestione informatica diversificata delle tecno-strutture (protocollo e gestione documentale, personale, formazione, etc.).

Il primo intervento riguarda il sistema di raccolta delle informazioni tra le aziende erogatrici e A.Li.Sa., attualmente gestito nei tradizionali flussi informativi, che dovrà raggiungere nuovi livelli di completezza e di tempestività, fino a costituire un archivio comune a disposizione dell'epidemiologia, della programmazione, dei controlli di gestione.

Il secondo riguarda il raggiungimento di una nuova architettura del sistema regionale della sanità basata sulla funzione svolta da A.Li.Sa. come Azienda capofila del Sistema Sanitario Regionale dedicata alle attività di programmazione sanitaria e sociosanitaria, indirizzo, governance, monitoraggio e controllo delle Aziende Sociosanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il terzo, di natura capillare, intende disegnare sistemi informativi regionali di tipo specifico dedicati alle singole aree sanitarie (Dipendenze, salute mentale, vaccinazioni, prevenzione, screening, etc.) da affiancare a quello dei PDTA.

Obiettivo generale 1

- ◆ Aumentare equità ed economicità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Obiettivo specifico

- ◆ Applicazione di un modello CUP regionale, organizzativo e informatico, intende offrire percorsi di accesso, logica di costruzione delle agende e presa in carico dell'assistito caratterizzati da equità, multicanalità e semplicità.

Indicatori

- ◆ Completezza dell'offerta di primo livello regionale su un'unica base di dati
- ◆ Completezza di modalità di prenotazione e pagamento a livello a livello figure
- ◆ Uniformazione della documentazione richiesta dal CUP in termini di anamnesi, consenso, privacy

Obiettivo generale 2

- ◆ Aumentare la tempestività dei flussi di produzione verso A.Li.Sa.

Obiettivo specifico

- ◆ Realizzare un flusso provvisorio settimanale per i principali P.S. dell'Area Metropolitana, per realizzare in via definitiva una trasmissione a evento (estesa in tutta la Regione) in tempo reale.

Indicatori

- ◆ Completezza dell'invio delle informazioni da parte di tutti i PS
- ◆ Verifica della tempestività dell'invio

Obiettivo generale 3

- ◆ Aumentare la conoscenza dello stato di salute della popolazione ligure.

Obiettivo specifico

- ◆ Ampliare le informazioni provenienti dal Pronto Soccorso, dalle cure domiciliari, dalle residenze e dagli hospice, arricchendo la Banca Dati Assistito, lo strumento sviluppato da A.Li.Sa. per la conoscenza della poli-cronicità della popolazione e del relativo impatto sul S.S.R..

Indicatori

- ◆ Completezza dei flussi integrati nella DBA in modo da associare all'assistito tutti i tipi di prestazione.

4.6 I DIAR, l'identificazione degli obiettivi ed il percorso attuativo

Background

Nell'ambito della programmazione strategica regionale i DIAR sono stati individuati quale strumento di coordinamento tecnico professionale di supporto e assumono un ruolo centrale di indirizzo e di governo culturale. Essi, inoltre, costituiscono un modello organizzativo finalizzato all'integrazione interaziendale e dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie in ambito regionale.

I DIAR rappresentano, pertanto, la risposta organizzativa per superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità, a favore di una presa in carico globale del paziente, della continuità dei percorsi assistenziali e della applicazione uniforme di percorsi condivisi *evidence-based*. Attraverso tale modello si configura altresì una triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di *governance* sul territorio regionale.

Gli obiettivi generali che la nuova unità organizzativa si prefigge sono rappresentati da un lato dall'implementazione dei vantaggi offerti dall'organizzazione a rete, quali porre al centro del percorso e dell'organizzazione il paziente, il miglioramento dell'accesso alla cura, la gestione più efficiente delle risorse umane e tecnologiche, la riduzione dei confini professionali e organizzativi e la condivisione dei percorsi *evidence-based*. Dall'altro il DIAR si configura quale garante di una *governance* di sistema più forte.

Il percorso operativo che ha condotto all'attivazione dei DIAR, ha previsto in primo luogo l'identificazione dei dipartimenti di prioritaria rilevanza con DGR 104/2017, l'approvazione del

Regolamento generale con Deliberazione di ALiSa n. 131 del 9/11/2017 e la condivisione del nuovo modello organizzativo e delle modalità di funzionamento con i referenti delle aziende sanitarie e socio-sanitarie. ALiSa ha provveduto all'individuazione e all'assegnazione degli obiettivi generali di governo clinico alle Aree dei primi 5 DIAR attivati – Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico e Chirurgico -, e, attraverso un percorso condiviso con i professionisti, gli obiettivi specifici e l'iter previsto per il loro perseguimento.

I lavori tecnici preparatori hanno comportato la valutazione dei bisogni di salute, della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria, del setting erogativo e dei modelli organizzativi presenti da parte dell'area Programmazione, Acquisto e Controllo di A.Li.Sa., che saranno analizzati nell'ambito di ciascuna area dei DIAR per quanto di competenza per supportare le conseguenti proposte da parte dei Comitati.

Gli obiettivi generali e specifici e gli indicatori saranno, quindi, condivisi dal Comitato dei Direttori Generali, e successivamente oggetto di procedimenti di deliberazione e assegnati ai Coordinatori dei DIAR e ai Direttori Generali delle aziende sanitarie e sociosanitarie, che provvederanno all'assegnazione coerente di obiettivi e indicatori ai Dipartimenti Aziendali, alle Strutture Complesse e Semplici.

Obiettivo Generale

- ◆ Applicazione, implementazione e miglioramento del modello di funzionamento dei DIAR, con specifico riferimento al percorso dall'individuazione degli obiettivi generali, di quelli specifici e delle azioni per il loro perseguimento

Obiettivo specifico

- ◆ Predisposizione, da parte del Coordinatore del DIAR o Referente di Area, di un report, a cadenza semestrale, in cui sono riportati le modalità organizzative, i percorsi assistenziali, le azioni messe in atto per perseguire gli obiettivi individuati; potranno, inoltre, essere descritte le valutazioni relative alle risorse umane, all'introduzione di nuove tecnologie, al bisogno formativo.

Indicatore/target

- ◆ Invio semestrale del report

4.7 Il governo delle risorse umane e la formazione del personale

Background

Per quanto riguarda le politiche del personale, A.Li.Sa. è chiamata a contribuire alla ridefinizione degli assetti del Sistema Sanitario – in base a quanto disposto dalla LR 17/2016 - sia attraverso l'elaborazione delle indicazioni programmatiche, sia attraverso la centralizzazione di alcune attività amministrative trasversali.

Le indicazioni programmatiche in tema di risorse umane discendono da un lato dalla configurazione della rete dei servizi e dall'altro dalla individuazione di standard di riferimento per il personale, da

utilizzare anche per compiere le valutazioni di competenza riguardanti l'autorizzazione dei piani del fabbisogno delle Aziende, degli Enti e degli Istituti del SSR.

Al fine della razionalizzazione del sistema è poi necessario prevedere e avviare un progressivo accentramento di alcune funzioni amministrative trasversali. Appare di più urgente realizzazione l'accentramento delle procedure concorsuali per le assunzioni di figure fungibili, quali infermieri, OSS, personale amministrativo del comparto, ecc. Appare anche necessario prevedere l'accentramento di alcune attività relative alla gestione del ruolo matricolare e dell'erogazione degli stipendi.

Obiettivo Generale 1

- ◆ Definizione delle regole per la predisposizione e presentazione del Piano Assunzioni 2018 e del Piano dei Fabbisogni triennale 2018-2020

Obiettivi Specifici

- ◆ Predisposizione, in collaborazione con gli uffici del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, di apposita delibera di Giunta Regionale. In particolare:
 - Adozione modelli di reportistica uniformi a livello regionale per la stesura del piano assunzioni e del piano dei fabbisogni
 - Definizione degli *step* di valutazione: ad ALISA compete la verifica dell'aderenza dei piani con le indicazioni strategiche e programmatiche
 - Determinazione di un tetto di spesa annuo complessivo per il personale
 - Verifica *in itinere* ed *ex post* dei piani assunzionali mediante utilizzo di un *set* di indicatori – ogni quadrimestre

Obiettivo Generale 2

- ◆ Avvio della predisposizione di metodologie per la definizione di standard di fabbisogno di personale per il SSR

Obiettivi Specifici

- ◆ Costituzione di tavoli di lavoro con le Aziende, gli Enti e gli Istituti del SSR, nonché con le funzioni di ALISA coinvolte nella materia entro 31 luglio 2018
- ◆ Definire le opportune interrelazioni con le procedure e le metodiche della definizione dei fabbisogni formativi delle professioni sanitarie (accessi a corsi di laurea e a scuole di specializzazione)

Obiettivo Generale 3

- ◆ Accentramento procedure concorsuali per figure fungibili

Obiettivi Specifici

- ◆ Individuazione delle tipologie di procedure concorsuali da accentrare presso ALISA (figure fungibili quali infermieri, OSS, Amministrativi comparto e dirigenza, alcune figure della dirigenza medica, ecc.) entro 30 aprile 2018
- ◆ Definizione dell'iter giuridico entro 30 giugno 2018
- ◆ Reclutamento del personale necessario tramite ampliamento della dotazione organica e dei relativi fondi contrattuali entro 31 dicembre 2018

4.8 La ricerca

Background

La ricerca biomedica e sanitaria, integrandosi con l'attività assistenziale, costituisce un elemento fondante del sistema sociosanitario regionale favorendo elevati standard qualitativi, sostenibilità, accessibilità ai cittadini, competitività, innovazione e trasferimento tecnologico, con forti ricadute sulla salute e sul tessuto sociale e produttivo della Regione. E' un fondamentale fattore di crescita culturale e scientifica per l'ambiente in cui si sviluppa, con un effetto pervasivo, quasi epidemico, che coinvolge anche gli ambienti non direttamente interessati nell'attività stessa.

È, quindi, un obiettivo strategico del sistema sociosanitario regionale l'incentivazione e la promozione in modo prioritario della ricerca sanitaria e biomedica traslazionale finalizzata all'introduzione e alla valutazione dell'innovazione in ambito clinico, assistenziale ed organizzativo e del suo impatto sulla qualità dell'assistenza a livello individuale e di popolazione.

Obiettivo generale

- ◆ Promozione della ricerca traslazionale, favorendo la disseminazione e l'applicazione dell'innovazione nella pratica clinica.

Obiettivi specifici

- ◆ Rafforzamento ed eventuale istituzione di centri di competenza interdisciplinari, pubblici e privati, attraverso la valorizzazione e l'ottimizzazione d'infrastrutture di ricerca presenti sul territorio della Regione
- ◆ Creazione di una rete regionale di centri di competenza per la ricerca e l'innovazione
- ◆ Potenziamento del trasferimento tecnologico dei risultati generati dai progetti per favorire lo sviluppo di nuove strategie preventive, diagnostiche, terapeutiche e assistenziali

Indicatori e target

- ◆ Per IRCCS: indicatori di produttività scientifica previsti dal Piano Nazionale Esisti (PNE) (target: trend in aumento)
- ◆ Studi multicentrici di fase III e IV presentati al comitato etico regionale (target: trend in aumento)
- ◆ Pazienti arruolati negli studi multicentrici di fase III e IV (target: trend in aumento)

5. Gli obiettivi prioritari della risposta sanitaria e sociosanitaria

5.1 Le strutture orizzontali: gli obiettivi dei DIAR

Background.

Il percorso di identificazione e di attivazione dei dipartimenti di prioritaria rilevanza, l'approvazione del Regolamento generale e la condivisione del nuovo modello organizzativo e delle modalità di funzionamento con i portatori di interesse delle aziende sanitarie e socio-sanitarie si è sviluppato parallelamente all'individuazione e all'assegnazione, da parte di A.Li.Sa., degli obiettivi generali di governo clinico alle Aree dei primi 5 DIAR attivati – Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico e Chirurgico - e, attraverso un percorso condiviso con i referenti di Area, degli obiettivi specifici e dell'iter previsto per il loro perseguimento.

Nell'ambito di ciascuna Area dei DIAR, la valutazione dei bisogni di salute, della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria, della mobilità extraregionale, dell'appropriatezza del setting erogativo e dei volumi delle prestazioni da parte degli erogatori e dei modelli organizzativi presenti ha permesso di individuare gli obiettivi generali.

La pianificazione del percorso per il raggiungimento di questi ultimi, la proposta degli obiettivi specifici e operativi, degli indicatori e dei target sono frutto di un percorso dialogico dinamico e continuo tra A.Li.Sa. ed erogatori, che non si può concludere con la stesura del presente documento, ma che sarà oggetto di continuo miglioramento nel tempo. In particolare, i target inizialmente condivisi ai tavoli tecnici, saranno oggetto di un percorso di progressiva stringenza ed oggetto di reportistica semestrale da parte del Coordinatore e dei Referenti Area.

Obiettivi generali

- ◆ Miglioramento delle performance negli ambiti di competenza dei primi DIAR attivati – Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico e Chirurgico riguardo
 - Il governo della mobilità passiva
 - L'appropriatezza della prestazioni e del setting erogativo
 - L'ottimizzazione dei percorsi al fine di garantire la concentrazione della casistica per omogeneità e tendere ad "ospedali e professionisti ad alti volumi", in particolare per i percorsi ad elevata complessità
 - Le misure di outcome clinico ed organizzativo

Gli obiettivi specifici sottoriportati sono da considerarsi prioritari e non esaustivi, rimandando ai tavoli tecnici l'individuazione di ulteriori item.

Obiettivi specifici del DIAR Cardiovascolare

Obiettivo Specifico 1

- ◆ Accentramento ed incremento dell'offerta cardiocirurgica sui due hub regionali per i percorsi ad elevata complessità, i.e. interventi sulle valvole cardiache

Indicatori

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo Specifico 2

- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis interventi sulle valvole cardiache, interventi per via percutanea con/senza stent, bypass coronarico con/senza cateterismo cardiaco, scompenso, ecc.)

Indicatori

- ◆ evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit
- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo Specifico 3

- ◆ Verifica dell’appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi sulle valvole cardiache, interventi per via percutanea con/senza stent, bypass coronarico con/senza cateterismo cardiaco)

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri

Obiettivo Specifico 4

- ◆ Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit

Indicatore

- ◆ Incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea)

Obiettivi specifici del DIAR Chirurgico

Obiettivo Specifico 1

- ◆ Incremento dell’offerta ortopedica e dei percorsi ad elevata complessità, con accentramento sugli hub regionali e potenziamento del modello hub and spoke (in primis chirurgia oncologica, chirurgia epatica e pancreatica)

Indicatori

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo Specifico 2

- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis chirurgia ortopedica protesica, chirurgia epatica e pancreatica, chirurgia della prostata, chirurgia dell'utero)

Indicatori:

- ◆ evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit
- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti con particolare attenzione ai tempi d'attesa per interventi in ambito oncologico
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo Specifico 3

- ◆ Verifica dell'appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis ortopedica protesica, chirurgia senologica, chirurgia prostata, tagli cesarei, ecc.)

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri
- ◆ Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis chirurgia del ginocchio)

Obiettivi specifici del DIAR Emergenza Urgenza

Obiettivo Specifico 1

- ◆ Implementazione di un sistema di monitoraggio degli accessi e del percorso del paziente in Pronto Soccorso

Indicatore

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali" e dal Piano Nazionali Esiti

Obiettivo Specifico 2

- ◆ Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente in Pronto Soccorso condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Indicatore

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Obiettivo Specifico 3

- ◆ Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con frattura del femore impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali”

Indicatore

- ◆ indicatore di qualità di processo impiegato dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali”, i.e. Fratture di femore operate entro 2gg

Obiettivo Specifico 4

- ◆ Implementazione dei piani incrementali di risposta ai quadri di aumento della domanda in ambito Emergenza/Urgenza di sovraffollamento del Pronto Soccorso

Indicatore

- ◆ Indicatori di compliance, processo e outcome dell’applicazione dei piani incrementali di risposta condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Obiettivi specifici del DIAR Neuroscienze

Obiettivo Specifico 1

- ◆ Accentramento dell’offerta neurochirurgica sugli hub regionali per contrastare la dispersione dei volumi, i.e. interventi di craniotomia

Indicatore

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo Specifico 2

- ◆ Incremento dell’offerta in ambito riabilitativo e dei percorsi ad elevata complessità, con accentramento sugli hub regionali e potenziamento del modello hub and spoke (in primis interventi di craniotomia, malattie degenerative del sistema nervoso)

Indicatore

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo Specifico 3

- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis malattie degenerative del sistema nervoso, interventi di craniotomia, malattie e traumatismi del midollo spinale, interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso, interventi sul midollo)

Indicatori

- ◆ evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit
- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo Specifico 4

- ◆ Verifica dell’appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso, malattie degenerative del sistema nervoso)

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri

Obiettivo Specifico 5

- ◆ Verifica, ottimizzazione e standardizzazione del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri (in primis interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sistema nervoso)

Obiettivo Specifico 6

- ◆ Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con patologia psichiatrica condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali”

Indicatore

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali”, i.e. tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche, percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Obiettivo Specifico 7

- ◆ Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente con ictus ischemico condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal Piano Nazionali Esiti

Indicatore

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal Piano Nazionali Esiti, i.e. “ictus ischemico: mortalità a 30 giorni”

Obiettivi specifici del DIAR Oncoematologico

Obiettivo Specifico 1

- ◆ Centralizzazione dei percorsi in atto in ambito oncologico per contrastare la dispersione di volumi, i.e. neoplasia mammaria, neoplasia polmonare, ecc.

Indicatori

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo Specifico 2

- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale (in primis trapianto di midollo osseo, neoplasia del colon e retto, neoplasia polmonare, neoplasia mammaria, ecc)

Indicatori

- ◆ evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit
- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo Specifico 3

- ◆ Verifica dell’appropriatezza della domanda nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark mediante Audit (in primis interventi per neoplasia polmonare e interventi per neoplasia mammaria)

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri

Obiettivo Specifico 4

- ◆ Implementazione dell'offerta di cure palliative domiciliari (si rimanda al paragrafo "Assistenza domiciliare" per ulteriori dettagli)

5.2 Il governo dei tempi d'attesa

Il governo delle liste d'attesa rappresenta uno degli obiettivi individuati come prioritari nell'ambito del processo di riforma del sistema sanitario regionale, al fine di ottimizzare l'accessibilità ai servizi sanitari e la compliance ai percorsi assistenziali da parte dei pazienti, promuovere la corretta risposta ai bisogni di salute, ridurre l'inappropriatezza e garantire i LEA.

Gli obiettivi e le azioni previste per il governo dei tempi d'attesa nell'anno 2018 mirano a dare continuità con quanto previsto dal Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DGR n.545 del 20/05/2011), che ha recepito la normativa ministeriale, e dalle Linee di indirizzo regionali del 2017 (Deliberazione A.Li.Sa. n. 1 del 12/01/2017).

L'attività di monitoraggio delle prestazioni previste dal Piano Regionale attraverso i flussi delle attività della specialistica ambulatoriale relativa ai primi tre trimestri dell'anno 2017 mostra un rispetto delle classi di priorità prescritte per l'erogazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici strumentali nel 99%, 76%, 82% e 93% rispettivamente delle prestazioni urgenti, brevi, differite e programmate, con range di variabilità in taluni casi rilevante tra le aziende e per tipologia di prestazione. L'obiettivo indicato dal Piano pari al 90% risulta pertanto raggiunto per due delle classi di priorità, benché per una quota rilevante di prestazioni non sia possibile stimare i tempi di attesa effettivi a causa della compliance subottimale ai criteri di rendicontazione delle prestazioni. Dal confronto con i dati relativi all'anno precedente emerge un miglioramento nel rispetto delle classi di priorità assegnate per le prestazioni urgenti, differite e programmate, che supporta l'efficacia delle azioni messe in campo.

Obiettivo generale

- ◆ Implementazione di un sistema regionale di azioni mirate al contenimento dei tempi d'attesa, con particolare attenzione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivi specifici:

- ◆ Migliorare l'accuratezza dei flussi informativi specifici per la specialistica ambulatoriale
- ◆ Implementare la compliance del nuovo modello di presa in carico del paziente e della configurazione del sistema CUP su due livelli
- ◆ Promuovere l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni attraverso la revisione e la governance dei percorsi assistenziali, con ricadute sulle performance del sistema di offerta

- ◆ Migliorare e integrare al livello intra- e interaziendale l'organizzazione dei percorsi assistenziali mediante un utilizzo più efficiente utilizzo delle risorse disponibili, con ricadute sulle performance del sistema di offerta

Indicatori e target:

- ◆ Raggiungimento dell'obiettivo previsto dal Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DGR n.545 del 20/05/2011) per tutte le classi di priorità assegnate alle prestazioni oggetto di monitoraggio
- ◆ Riduzione del 10% delle prestazioni con tempo di attesa non calcolabile

5.3 percorso di presa in carico del paziente cronico

La definizione dei bisogni di salute del paziente cronico rappresenta un momento imprescindibile per la valutazione dell'impatto e la conseguente attività programmatoria. A tal fine, A.Li.Sa. ha implementato il data warehouse regionale "Banca Dati Assistito", quale strumento per l'identificazione dei pazienti cronici e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

La risposta al crescente impatto delle cronicità e delle fragilità osservato nella popolazione ligure si declina, inoltre, attraverso una revisione dei percorsi assistenziali esistenti e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi che garantiscano una risposta ai bisogni assistenziali integrata e uniforme sul territorio regionale.

In tale contesto l'attivazione del CUP regionale caratterizzato da due distinti livelli di presa in carico specifici per le prenotazioni iniziali nell'ambito delle cure primarie e per le prestazioni prescritte dagli specialisti durante il percorso assistenziale del paziente cronico, dei DIAR, quale strumento di governo delle integrazioni intra- e interaziendali e tra i diversi livelli di assistenza della attività sanitarie e sociosanitarie, e le progettualità di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Specialisti per la gestione delle cronicità a maggior impatto tra i residenti liguri rappresentano le principali azioni previste per l'implementazione del processo di presa in carico globale del paziente cronico.

Obiettivi generali

- ◆ Migliorare e uniformare sul territorio regionale la risposta ai bisogni sanitari favorendo l'accessibilità dei servizi sanitari e l'appropriatezza delle prestazioni
- ◆ Favorire un approccio incentrato sul paziente e sulla partecipazione dello stesso alle scelte diagnostico-terapeutiche
- ◆ Aumentare la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze delle patologie croniche, riducendo le riacutizzazioni
- ◆ Migliorare la programmazione dei percorsi assistenziali, attraverso una collaborazione multidisciplinare tra Medici di Medicina Generale e Specialisti

Obiettivi specifici

- ◆ Affinare l'accountability dei bisogni di salute, della compliance dei percorsi, dell'outcome clinico dei pazienti cronici attraverso il continuo processo di implementazione della Banca Dati Assistito
- ◆ Implementazione del nuovo CUP regionale secondo i due livelli previsti
- ◆ Implementazione del Piano di gestione delle cronicità in collaborazione tra i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti

5.4 Prevenzione

Fatte salve le azioni indicate dal Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 (PRP), il cui cronoprogramma ne prevede lo sviluppo nel corso del 2018, si individuano gli obiettivi di prevenzione e promozione della salute ritenuti di interesse prioritario. La realizzazione degli obiettivi del PRP è sin qui attestata dalla certificazione ministeriale, dalla quale risulta però uno scostamento dal valore atteso per quanto riguarda l'adesione ai programmi di screening oncologici. Si registrano inoltre 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. Nell'ambito della Sicurezza degli ambienti di lavoro risultano rispettati gli obiettivi del Piano regionale della Prevenzione previsti per il 2016. Si segnalano infine le criticità causate dall'applicazione del D.L. n.73/2017 convertito in Legge n. 119/2017.

Per il 2018 si ritengono prioritari i seguenti obiettivi generali e specifici:

Obiettivo generale 1

- ◆ implementazione della sorveglianza delle malattie infettive di interesse in ambito di sanità pubblica.

Obiettivo specifico

- ◆ attivazione di un sistema informatizzato di sorveglianza - su piattaforma web - delle malattie infettive sottoposte a notifica, 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 da parte di A.Li.Sa. A.Li.Sa. amministra il flusso informativo delle notifiche delle malattie infettive con il Ministero Salute e fornisce informazioni agli stakeholder e a chiunque ne abbia interesse mediante report periodici. Il sistema individuato è quello messo a disposizione dei SSR dal Ministero della Salute, denominato PREMAL.

Indicatore

- ◆ messa a regime del sistema in tutte le Aziende regionali territoriali nel corso del 2018.

Obiettivo generale 2

- ◆ Incremento delle coperture vaccinali

Di fronte al fenomeno nazionale del calo progressivo delle coperture vaccinali occorre porre massima attenzione e attivare tutte le forme meglio viste per arginare tale tendenza.

Obiettivi specifici

- ◆ Condivisione dei modelli comunicativi e organizzativi basati su evidenze scientifiche tali da incentivare l'adesione alle vaccinazioni e contrastare la disinformazione.
- ◆ Recupero dei soggetti inadempienti rispetto agli obblighi previsti dalla L. n. 119/2017.
- ◆ Recupero delle coorti inadempienti per la vaccinazione anti-HPV

Indicatori e target

coperture vaccinali per le coorti target (target: soglie individuate dal PNPV 2017-19)

Obiettivo generale 3

- ◆ Implementazione degli Screening oncologici

Obiettivi specifici

- ◆ Applicazione della Delibera 123 del 25/10/2017 avente ad oggetto "Procedure per la riorganizzazione e qualificazione dei programmi regionali di screening oncologici e istituzione del nucleo di coordinamento regionale con sede in A.Li.Sa" e di quanto in essa contenuto in modo omogeneo in tutte le Aziende Sanitarie
- ◆ Attivazione e graduale estensione a tutte le Aziende Sanitarie del programma di screening per i tumori della cervice uterina mediante test HPV-DNA primario
- ◆ Migliorare l'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening

Obiettivo generale 4

- ◆ Mantenimento dei Sistemi di Sorveglianza su stili abitudini di vita e stato di salute di interesse nazionale PASSI e PASSI d'Argento,

Obiettivi specifici

- ◆ Monitoraggio delle azioni e dei programmi di prevenzione e promozione della salute, per l'individuazione delle priorità di intervento, la programmazione regionale e aziendale e l'eventuale adozione di misure correttive agli interventi già adottati.

Indicatori

- ◆ Indicatori desumibili da PASSI che rientrano nella griglia LEA per la valutazione della pianificazione regionale degli interventi di Prevenzione (Indicatore composito sugli stili di vita)

Obiettivo generale 5

- ◆ Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza e antibiotico-resistenza

Obiettivi specifici

- ◆ Aumento delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni sostenute da microrganismi antibiotico-resistenti
- ◆ Garanzia dei flussi informativi previsti dalla DGR 529/2015
- ◆ Implementazioni delle Azioni specifiche per un corretto utilizzo degli antibiotici alla luce della applicazione del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 (Intesa Conferenza Stato-Regioni e P.A. n. 188 del 2 novembre 2017)

Obiettivo generale 6

- ◆ Implementazione dei sistemi di sorveglianza della Sicurezza negli ambienti di lavoro

L'obiettivo 7.8.1 del PNP 2014-2018 stabilisce di migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di rinforzo quali l'audit.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, nel PRP 2014-2018, è stata prevista l'adozione di programmi ed accordi che consentano di sistematizzare l'attività di vigilanza, attraverso la condivisione di metodologie di controllo orientate ai settori/rischi considerati prioritari e all'efficacia preventiva, assicurando certezza e trasparenza dell'azione pubblica, anche attraverso strumenti quali l'audit e l'autovalutazione.

I nuovi LEA, per quanto riguarda la Salute e sicurezza sul lavoro, introducono come elementi di valutazione oltre le unità locali da controllare anche la verifica ed il conteggio delle attività di assistenza a seguito di indicazioni precise di accesso per tale attività (procedura definita) sul totale dei SPSAL della Regione.

A tal fine la nuova scheda ministeriale di rilevazione annuale delle attività delle SPSAL, in fase di ridefinizione, prenderà in considerazione anche il conteggio delle attività di assistenza svolte dalle stesse, secondo parametri e standard predefiniti.

In considerazione di quanto sopra si rende necessario riorientare le attività delle SC PSAL liguri in questa direzione, prevedendo in modo sinergico l'attività di assistenza (non consulenza) e di vigilanza alle imprese

Obiettivi specifici

- ◆ Avvio di Piani mirati di prevenzione, riferiti a settori e a rischi specifici:
 - PORTI: riguarderà trasversalmente tutte le SCPSAL, sia porti che porticcioli turistici, e si configura come azione condivisa nell'ambito dell'Accordo Quadro Porti, espressamente richiamato nel PRP 2014-2018.
 - SANITA' pubblica e privata: riguarderà tutte le SCPSAL e si focalizzerà, come prima fase, sulle aziende regionali accreditate, per quanto riguarda nello specifico il rischio Stress lavoro correlato- benessere organizzativo, uno degli obiettivi specifici del PRP 2014-2018.
 - CONFORMITA' ED USO ATTREZZATURE: si parte dal rischio specifico con l'individuazione di due tipologie di attrezzature in determinati comparti, in particolare l'edilizia per tutte le PSAL, e altri settori a seconda della scelta operata da ciascuna PSAL.

5.5 Area ospedaliera

Background

La riconfigurazione del SSR e la costituzione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali offrono l'opportunità di rivedere il percorso di identificazione degli obiettivi per le Aziende, gli Enti ed i Presidi ospedalieri. Gli obiettivi generali e specifici individuati per i DIAR Emergenza Urgenza, Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncoematologico e Chirurgico hanno un impatto rilevante sull'offerta ospedaliera e ne determinano indirizzi e confini. Le finalità che caratterizzano l'azioni individuate per l'area ospedaliera sono coerenti con i temi fondanti del documento di indirizzo – il governo della mobilità passiva e dei tempi d'attesa, l'appropriatezza della prestazioni e del setting erogativo, l'ottimizzazione dei percorsi al fine di garantire la concentrazione della casistica per omogeneità e tendere ad "ospedali e professionisti ad alti volumi", i percorsi di qualità con la permanente valutazione delle misure di outcome clinico ed organizzativo - .

Inoltre, il DIAR ed il riorientamento dell'offerta ospedaliera coerente con gli obiettivi delineati sono sinergici con la risposta organizzativa delineata dal DM 70/2015 volta alla creazione delle reti per patologia, al coordinamento sovra-aziendale con recepimento di modelli hub and spoke, alla spiccata integrazione ospedale-territorio, all'implementazione del governo clinico.

Le azioni messe in atto dalle Aziende, Enti ed i Presidi ospedalieri dovranno, inoltre, promuovere ed integrarsi con i nuovi modelli organizzativi dei percorsi territoriali, quali la presa in carico del paziente post-acuto e cronico.

Obiettivi generali

L'obiettivo generale è l'implementazione dell'offerta ospedaliera al fine di supportare gli obiettivi individuati per i DIAR già attivati e quelli di prossima attivazione e l'applicazione, per l'attività di competenza, dei nuovi modelli organizzativi quali il percorso di presa in carico del paziente post-acuto e cronico.

Obiettivo specifico 1

- ◆ Accentramento e/o incremento dell'offerta cardiocirurgica, ortopedica, chirurgica, neurologica, neurochirurgica e oncologica sugli hub regionali per i percorsi ad elevata complessità o critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale. Potenziamento del modello hub and spoke.

Indicatore

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo specifico 2

- ◆ Implementazione dell'offerta riabilitativa in primis neurologica

Indicatore

- ◆ Volumi di attività

Obiettivo specifico 3

- ◆ Ridefinizione e applicazione dei percorsi ad elevata complessità e critici per mobilità passiva, dispersione dei volumi di attività o performance cliniche o organizzative in confronto con il benchmark nazionale. Per quanto riguarda le priorità, si faccia riferimento alle criticità emerse nei tavoli tecnici.

Indicatori

- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo specifico 4

- ◆ Verifica dell’appropriatezza della domanda mediante Audit nelle aree con dati di erogazione delle prestazioni discrepanti rispetto al benchmark

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nelle diverse ASL liguri

Obiettivo specifico 5

- ◆ Verifica, ottimizzazione e standardizzazione mediante Audit del setting erogativo nelle aree e per le prestazioni con dati discrepanti rispetto al benchmark

Indicatore

- ◆ incidenza di prestazioni nei diversi setting (ricovero ordinario, DH, DS, attività ambulatoriale) nelle diverse ASL liguri
- ◆ evidenza della stesura e condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei percorsi a maggior rilevanza per complessità e volumi e valutazione mediante Audit
- ◆ indicatori di compliance del percorso
- ◆ indicatori di performance cliniche o organizzative condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti con particolare attenzione ai tempi d’attesa per interventi in ambito oncologico
- ◆ mobilità extraregionale

Obiettivo specifico 6

- ◆ Implementazione di un sistema di monitoraggio degli accessi e del percorso del paziente in Pronto Soccorso

Indicatori

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Obiettivo specifico 7

- ◆ Miglioramento performance cliniche o organizzative del percorso del paziente in Pronto Soccorso condivise ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Indicatori

- ◆ set di indicatori condivisi ai tavoli tecnici ed impiegati dal “Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali” e dal Piano Nazionali Esiti

Obiettivo specifico 8

- ◆ L’implementazione del nuovo sistema unico di prenotazione su due livelli (primo “contatto” con il SSR, attraverso la “prima visita specialistica” o la conduzione di indagini diagnostiche prescritte dal MMG per il primo inquadramento diagnostico, secondo livello funzionale alla presa in carico dell’assistito da parte della struttura sanitaria specialistica e all’attivazione dei PDTA e PAI personalizzati)

Indicatori

- ◆ indicatori di compliance del percorso

5.6 Area della riabilitazione

Continuità assistenziale in 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 e della sua qualità di vita e quella dei caregiver.

Per ottenere una presa in carico appropriata, intesa come la cosa giusta al posto giusto e nel momento giusto, è necessario analizzare e definire i diversi setting clinico - assistenziali utili alla presa in carico delle persone che necessitano riabilitazione sia nell’ area ospedaliera che nell’area territoriale.

SDO con elementi riabilitativi

A.Li.Sa. dopo una fase di analisi e studio concertata ed attuata con le Aziende Sociosanitarie Locali ed Enti del SSR ha prodotto il documento "Indicazioni operative utili alla compilazione della Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) con elementi riabilitativi" recepito con Deliberazione n. 16 del 16.02.2017 A.Li.Sa.

In conformità con quanto previsto nella programmazione, nel 2017 sono state attuate le seguenti 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);
- incontri con le Direzioni Sanitarie utili nell' affrontare i nodi problematici emersi durante la compilazione;
- analisi dei flussi dei primi sei mesi di sperimentazione e costruzione di un report
- incontro con le direzioni sanitarie per analizzare quanto emerso;
- analisi ed incontri utili all' estensione della sperimentazione anche nelle specialità cardiologiche e pneumologi che e nel cod. 28 mielolesioni, che hanno evidenziato la non opportunità di estensione della compilazione alle sub-discipline cardiologica e pneumologica date le loro specificità
- costituzione di un gruppo d'analisi, composto da rappresentanti di A.li.Sa e dai referenti delle ASL/Enti con il compito di analisi dei dati

Date queste premesse nel 2018 la programmazione si concentrerà:

Obiettivo Generale

- ◆ Monitoraggio dei flussi della SDO con elementi riabilitativi per i reparti codici 56 e 75 (escluso pneumologico-cardiologico e psichiatrico).

Obiettivi Specifici

- ◆ Analisi dei dati e costruzione di report d' analisi;
- ◆ Analisi dei dati ai fini della creazione di un modello con costi standard;
- ◆ Inserimento della disciplina Mielolesioni, cod. 28 nella sperimentazione;
- ◆ Conclusione della fase sperimentale e se necessario integrazioni o modifiche al documento "Indicazioni operative utili alla compilazione della Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) con elementi riabilitativi" recepito con Deliberazione n. 16 del 16.02.2017 A.Li.Sa

Processo di analisi della complessità clinico-assistenziale ed organizzativa dei reparti cod. 56 Medicina Fisica e Riabilitativa

In base alla determina Ars n. 101/2013 e alla DGR n. 684 del 21.05.2015, è stato costruito in concerto con la rete delle riabilitazione ed in condivisione con le Asl /Enti uno strumento di analisi "Criteri per la fase di mappatura delle strutture riabilitative" in grado di mappare il peso clinico

assistenziale e organizzativo dell'offerta pubblica/privata di cure riabilitative presente sul territorio ligure.

Nel manuale di autorizzazione sono previsti i requisiti strutturali/impiantistici, tecnologici ed organizzativi applicabili alle strutture che erogano in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo in Medicina Fisica e Riabilitativa con mandato 56 a e 56 b e cod 75 Gravi Cerebro lesioni.

In base a tale mappatura sopra citata si è evidenziato come l'offerta di cure riabilitative del circuito ospedaliero possa essere identificata in tre tipologie di mandato:

- Strutture di medicina fisica e riabilitativa intensiva a complessità clinica media- bassa –cod 56 b);
- Strutture di medicina fisica e riabilitativa intensiva a complessità clinica media –elevata –cod 56 a);
- Struttura Gravi Cerebro lesioni Acquisite e Unità Disabili Gravi in Età Evolutiva-cod.75.

(Nella fase d'analisi sono state escluse le sub discipline con 56 cardiologico, pneumologico, psichiatrico e il cod 28. mielolesioni).

Date queste premesse nel 2018 la programmazione si concentrerà:

Obiettivo Generale

- ◆ Produrre un'analisi economica delle diverse tipologie di mandati delle strutture di Medicina Fisica e Riabilitativa attraverso il peso specifico clinico assistenziale-organizzativo.

Obiettivi Specifici

- ◆ Partendo dall'analisi dei dati sdo con elementi riabilitativi un gruppo di lavoro multidisciplinare che analizzerà tutti i fattori che concorrono a diversificare la bassa ed alta complessità clinico-assistenziale ed organizzativa;
- ◆ Produrre per i mandati tariffa specifica, da utilizzare nel contesto ligure

Il Progetto Riabilitativo Individuale

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

La programmazione del 2017 ha permesso di creare un format di Progetto Riabilitativo Individuale che consentirà di definire un unico strumento di presa in carico per tutto il contesto ligure, tale

caratteristica a permetterà di rendere maggiormente efficace il passaggio del paziente da un setting di cura all'altro (ospedaliero – ambulatoriale – residenziale -domiciliare).

Date queste premesse e in armonia con la deliberazione A.li.Sa n. 166/20017, "indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017-2019, nel 2018 la programmazione si concentrerà:

Obiettivo Generale

- ◆ Fornire alle Aziende liguri un format di Progetto Riabilitativo individuale

Obiettivi Specifici

- ◆ Presentazione alle Aziende Sociosanitarie Liguri il format di Progetto Riabilitativo Individuale e concertazione della versione definitiva
- ◆ Attuazione della fase informativa e formativa
- ◆ Deliberare il format ligure del Progetto Riabilitativo Individuale

Percorsi di cura e riabilitazione delle malattie croniche neurodegenerative

La nuova concezione di salute, intesa come complesso di fattori sanitari, sociosanitari e sociali che concorrono al livello di qualità della vita impone la progettazione di nuovi modelli di management della cronicità al fine di un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo- gestionale e la necessità di una revisione critica dei percorsi assistenziali esistenti.

I percorsi di cura delle malattie croniche neurodegenerative necessitano di modalità di intervento specifiche che garantiscano la continuità delle cure attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, supportati dal privato sociale ed in armonia con le associazioni di rappresentanza e nella circolarità ospedale-territorio.

Linee di indirizzo regionali per la gestione della malattia di Parkinson

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo 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.

Le attività effettuate nel corso del 2017 hanno permesso la creazione di un gruppo regionale d'analisi del processo di presa in carico per la gestione della malattia di Parkinson e parkinsonismi composto da esperti nominati dalle Asl/Enti coordinati da A.Li.Sa.

Il gruppo che ha avviato l'analisi attraverso due fattori necessari alla creazione di un PDTAR: analisi della coorte di pazienti che a vario titolo sono presi in carico dal sistema sociosanitario regionale e la mappatura dei servizi di cura e riabilitazione esistenti attraverso un questionario di rilevazione

Date queste premesse, la programmazione del 2018 si concentrerà:

Obiettivo Generale

- ◆ Deliberazione di linee di indirizzo per la gestione delle malattia di Parkinson

Obiettivi Specifici

- ◆ Analisi della mappatura dei servizi ad oggi esistenti nel territorio ligure
- ◆ Evidenza delle criticità e necessità dei diversi setting assistenziali utili alla definizione dei nodi della rete con particolare attenzione al ruolo della medicina di base,
- ◆ Creazione di una rete di presa in carico ospedale-territorio
- ◆ Creazione di protocolli/accordi operativi utili alla creazione della rete
- ◆ Stesura delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle malattia di Parkinson

5.7 Area territoriale

Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza.

Le malattie croniche ormai rappresentano circa l'80% di tutte le patologie ed assorbono il 70% delle risorse; tale incremento richiede che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria persegua l'integrazione dei servizi sul paziente, diventa sempre più pressante l'esigenza di favorire il cambiamento adottando modalità assistenziali focalizzate sullo sviluppo delle cure primarie e territoriali, senza considerare che la riorganizzazione ed il riequilibrio del sistema ne garantiranno anche la sostenibilità arginando sprechi e inefficienze.

Esistono, infatti, ampi margini di miglioramento dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche conseguibili, non tanto attraverso la somministrazione di un farmaco innovativo o l'erogazione di sempre più sofisticate prestazioni diagnostiche, ma attraverso la revisione dei processi assistenziali che devono essere improntati alla ricerca di una sempre maggiore appropriatezza del luogo di cura ed alla gestione integrata e multidisciplinare. E' necessario adottare percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell'ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute.

Gli studi più recenti mostrano come la multimorbidità sia una condizione comune, più frequente nelle persone di età avanzata e in quelle provenienti da aree meno abbienti e sia associata a una ridotta qualità di vita, a una più alta mortalità, a una politerapia, a un alto tasso di reazioni avverse ai farmaci, ad un aumento delle cadute e a un ricorso maggiore ai servizi sanitari con ricoveri non programmati e cure di emergenza.

Un problema reale è il rischio che la cura e la gestione di questi pazienti diventi difficile e soprattutto frammentaria.

Le linee guida forniscono indicazioni circa la necessità di un approccio personalizzato e continuativo nella gestione delle persone multimorbide spesso coinvolte in processi di cura frammentati e non coordinati. Le linee guida raccomandano scelte condivise con le persone (il coinvolgimento e la condivisione sono componenti essenziali della medicina basata su evidenze, dei concetti di slow medicine, di choosing wisely e dell'autodeterminazione “nothing about me without me”).

Il cambio di prospettiva sulla cura del paziente cronico s'impone non solo per ottenere una continuità di cure e quindi in ultima analisi un migliore outcome per il paziente sul lungo termine, ma anche per gli effetti di maggiore sostenibilità del sistema sanitario che il potenziamento delle cure territoriali può ottenere.

In tale ottica, A.Li.Sa. ha l'impegno di perseguire lo sviluppo del "sistema territoriale" attraverso la più avanzata integrazione possibile tra gli ambiti sanitari e sociosanitari e con gli strumenti già previsti dalla riforma regionale.

I Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) possono costituire anche per l'assistenza territoriale un punto di svolta nell'organizzazione regionale dei servizi, perseguendo omogeneità nei percorsi offerti ai pazienti cronici e fragili e l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Il previsto DIAR della cronicità dovrà vedere la realizzazione nella prossima programmazione: ciò consentirà la diffusione a livello regionale di modelli di buone pratiche che si sono sviluppati per i servizi solo localmente, così come una migliore definizione di percorsi di continuità di cura, elemento decisivo per l'assistenza al paziente cronico.

5.7.1 Cure primarie

L'inversione della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono da tempo di riorganizzare le cure primarie, ovvero il primo livello di contatto della persona, della famiglia e dell'intera comunità con il Servizio Sanitario Regionale.

Programma per la gestione delle Cronicità con la Medicina Generale

La popolazione Ligure ha un indice di vecchiaia al 01/01/2017 pari a 249.8 in crescendo rispetto ai due anni precedenti pertanto è fondamentale orientare ed organizzare i servizi sanitari territoriali, e non solo, alla gestione della cronicità. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che "comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali..." La configurazione che ha assunto il contesto epidemiologico con l'invecchiamento della popolazione ha attivato una domanda di profondo cambiamento nei sistemi sanitari. Il mutamento di contesto ha portato ad una visione organizzativa in cui il territorio diventa riferimento della cronicità e l'ospedale riferimento dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale". L'aumento di cittadini affetti da una o più patologie croniche che necessitano di un costante e periodico monitoraggio per garantire uno stato di salute e abilità accettabile richiede un coordinamento di interventi che coinvolgono sia il medico di Medicina Generale che lo Specialista territoriale ed ospedaliero. La strategia passa dall'attivazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi alla loro applicazione sul territorio per il governo dell'intero processo assistenziale.

Obiettivi Generali

- ◆ Gestione in continuità di cura e in termini di follow-up proattivo del paziente affetto da diabete e/o da BPCO

Obiettivi Specifici

Ottimizzare le cure e prevenire le complicanze anche mediante le seguenti azioni:

- ◆ Elaborazione e Realizzazione da parte delle Asl entro il 31 dicembre, dei corsi formativi specifici rivolti ai Medici di Medicina Generale che hanno aderito all'Accordo regionale per le Cronicità
- ◆ Applicazione da parte di ALISA della piattaforma informatica per la gestione del PAI (vedi Accordo Cronicità)
- ◆ Individuazione da parte di ALISA entro il mese di giugno 2018, di altre due patologie croniche e predisposizione dei relativi PDTA entro settembre 2018 da attivare nel 2019

Indicatori

- ◆ Stesura piano formativo e organizzazione incontri con i MMG, specialisti e professionisti di ASL, e Distretti
- ◆ Realizzazione Piattaforma informatica e suo utilizzo
- ◆ Attivazione dei tavoli con i MMG per l'individuazione congiunta di nuove patologie croniche per l'anno 2019 per le quali elaborare i PDTA

Specialistica Ambulatoriale

L'area Specialistica Ambulatoriale riveste una fondamentale importanza sia nel percorso di continuità delle Cure nell'ambito dell'applicazione dei PDTA, sia come riferimento fondamentale per l'approfondimento diagnostico di problematiche cliniche emergenti o in relazione a follow up specifici. Alla Specialistica Ambulatoriale è strettamente legato il fenomeno delle Liste di Attesa che richiede costante monitoraggio e altrettanti interventi di programmazione per garantire alla maggior parte dei cittadini un accesso conforme all'urgenza della problematica clinica indicata dal medico prescrittore (Classi di Priorità Clinica). Fondamentale è promuovere il lavoro in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta (lavoro in team) che comporta una serie di effetti positivi sull'intero sistema quali: migliori risultati di salute; una maggior frequenza delle diagnosi precoci; minori tempi di attesa una miglior qualità della cura; un maggior grado di empowerment della persona.

Obiettivi Generali

- ◆ Garantire il rispetto dei tempi di attesa secondo le classi di priorità clinica
- ◆ Diffusione del modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)
- ◆ Implementazione dell'offerta di primo livello dell'offerta specialistica di primo accesso

Obiettivi Specifici

Ottimizzare l'offerta di primo livello e definire i percorsi specialistici richiesti dai PDTA:

- ◆ Implementare l'offerta specialistica di 1° livello (comprese le prestazioni strumentali) prenotabili a CUP e suddivise dell'offerta a seconda della classe di priorità
- ◆ Condurre periodicamente indagini di "customer satisfaction" relative alle liste di attesa e l'impatto sui cittadini
- ◆ Divulgare il modello RAO tra tutti i Medici Prescrittori (MMG, PLS, Specialist)
- ◆ Proposta di ALISA di Organizzazione Specialisti Convenzionati Interni (SUMAI) in AFT

Indicatori

- ◆ Riconcontro volumi offerta 2018 versus 2019 e % di suddivisione secondo le Classi di Priorità (B, D, P)
- ◆ Garanzia del rispetto dei tempi previsti per le Classi di priorità (B, D e P) almeno per il 90% dei cittadini
- ◆ Evidenza di almeno un'indagine di "customer satisfaction" sulla problematica delle liste di attesa
- ◆ Evidenza incontri con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta sulla divulgazione del metodo RAO
- ◆ Evidenza dell'organizzazione Aziendale delle AFT Specialistiche

Assistenza alle persone con demenza

L'attuazione del Piano Demenze in Regione Liguria prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD), con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia.

Il CDCD si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura e assistenza del paziente.

Proprio per tale ragione all'interno degli ambulatori opera un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da diversi specialisti e figure professionali, che lavorano secondo protocolli condivisi.

Nelle azioni intraprese nel 2017 è stata prevista per l'identificazione della funzione CDCD, la presenza di due prerequisiti:

- gruppo di lavoro multidisciplinare con protocolli comuni, compresa la figura di operatore professionale sanitario nel ruolo di case manager (gestore del paziente, a cui il paziente/famiglia si rivolgono come referente per le varie necessità);
- completa integrazione degli ambulatori di CDCD con i servizi socio assistenziali, attraverso procedure definite e condivise di attivazione delle figure e servizi di cui il paziente necessita nelle diverse fasi di malattia.

Nel maggio 2017 al fine di verificare le azioni attuate dalle Aziende Sociosanitarie Locali per l'identificazione della funzione CDCD, è stata inviata una Griglia di monitoraggio sullo stato di avanzamento del Piano Demenze con l'obiettivo di verificare gli step organizzativi aziendali utili alla istituzione del CDCD, in particolare in relazione al primo prerequisito.

Nella scheda è stato chiesto alle Aziende di riferire sulla situazione attuale e su quello che è in progetto di realizzare i CDCD e relative le tempistiche.

Dall'analisi del monitoraggio, in concerto con la rete regionale è emerso un livello di disomogeneità nella realizzazione dei CDCD nelle diverse Aziende sociosanitarie in relazione alla presenza di professionalità richieste e di individuazione degli ambulatori periferici.

In relazione a tali aspetti ed in armonia con la deliberazione A.Li.Sa. n. 166/20017, "indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017-2019, la programmazione 2018 si concentrerà sul seguente obiettivo:

Obiettivo Generale

- ◆ Realizzazione di almeno altri 2 CDCD nel 2018

Obiettivi Specifici

- ◆ Monitoraggio della presenza dei prerequisiti utili alla realizzazione dei CDCD;
- ◆ In relazione ai CDCD già attivati monitoraggio del coordinamento tra l'ambulatorio centrale e quelli periferici in relazione a procedure/protocolli formalizzati.

5.7.2 Cure Domiciliari e Cure Palliative Domiciliari

La programmazione è volta al potenziamento dell'assistenza domiciliare nelle diverse tipologie di prestazioni, sanitarie e sociali, che vengono erogate a domicilio, caratterizzate da diversi livelli di complessità in rapporto al bisogno del paziente.

Essere curati a casa, di più e meglio per qualità e quantità, rappresenta oggi un bisogno reale per moltissime persone.

Curare a casa, di più, conviene all'amministrazione pubblica e ai contribuenti, perché a parità di bisogno e di risultato può essere spesso più efficace e meno costoso che in ospedale o in residenza.

Più cure a casa devono essere offerte non solo agli anziani e ai disabili ma nelle fasi ultime della vita e nella demenza senile.

Curare a casa, di più e meglio, rappresenta un'eccellente alternativa ai ricoveri impropri in ospedale e contribuisce fortemente a renderlo più efficiente. Il buon funzionamento dell'ospedale sta a cuore a tutti, e per questo occorrono circuiti di cure domiciliari meglio strutturati e dotati.

Essere curati a casa è provato scientificamente può assicurare, rispetto ad altri luoghi di cura, più pronta ripresa, migliore qualità di vita, anche e soprattutto nel lungo termine. Curare a casa gli anziani per evitarne o ritardarne l'ingresso in struttura residenziale. Curare di più a domicilio contrasta il consumismo sanitario e i "prestazionifici sanitari"; eleva il grado di responsabilizzazione di individui, famiglie e operatori.

Cure Domiciliari

Regione Liguria è al momento sottosoglia di offerta rispetto alla mediana nazionale per il numero di prese in carico domiciliari di maggior complessità (1,59 vs. 1,61 per le prese in carico di terzo livello), con marcate disomogeneità territoriali, nonostante un discreto livello di offerta per quanto riguarda il primo e secondo livello di complessità. Deve essere aumentata la capacità di presa in carico proattiva dei pazienti multimorbidi, interventi che a medio termine hanno grande impatto non

solo sulla qualità di vita, ma sui consumi, i ricoveri e gli accessi impropri ai pronto soccorso, inoltre la presa in carico proattiva evita o rallenta l'istituzionalizzazione delle persone.

Vista la conformazione orogeografica della nostra regione è opportuno progettare forme innovative per l'implementazione delle cure domiciliari nelle valli interne, al fine di garantire ai cittadini equa accessibilità e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane: la possibilità di sperimentare l'attivazione delle RSA aperte consentirà di valutare l'efficacia del modello ed eventualmente di individuarlo come modello regionale.

Obiettivo generale

- ◆ Potenziare l'offerta di cure domiciliari, e la loro attivazione dalle dimissioni ospedaliere in continuità assistenziale.

Obiettivi specifici

- ◆ Formalizzare regole di funzionamento del sistema di cure domiciliari (requisiti di accreditamento, tariffe)
- ◆ Individuare criteri per uniformare le modalità di attivazione e registrazione degli interventi di cure domiciliari, prevedendo inoltre l'implementazione di modalità di presa in carico proattiva anche attraverso la sperimentazione dell'infermieristica di famiglia.
- ◆ Estendere la sperimentazione dell'infermieristica di famiglia (attualmente attiva in alta Val Trebbia e legata al progetto Europeo CoNSENSo) alle aree previste dal progetto ministeriale Aree Interne, a partire dall'area Antola Tigullio di avvio imminente
 - Valutazione sperimentazione CoNSENSo
 - Attivazione in tutti i Comuni dell'area Antola Tigullio
 - Progettazione nelle Aree Interne in fase di successiva attivazione (Beigua Sol e Valle Arroscia)
- ◆ Individuazione delle modalità di sperimentazione del modello RSA aperta a partire dal progetto aree interne

Cure Palliative Domiciliari

Le cure palliative sono interventi imprescindibili di una società che si fa sempre più vecchia, e dove causa principale di disabilità e morte sono le malattie cronico degenerative.

Come previsto dalle legge 15 Marzo 2010 n.38 che concerne le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e al fine di consentire il costante adeguamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie alle esigenze del malato, in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 23 del DPCM 12 gennaio 2017, si intende avviare un percorso di ridefinizione della Rete Regionale di Cure Palliative al fine di definire azioni di miglioramento da implementare con la prossima programmazione in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Permangono in molte aziende carenze di procedure di garanzia della continuità assistenziale tra ospedale e territorio (dimissioni non protette di pazienti oncologici - scarsa attivazione dei servizi di cure palliative domiciliari durante la fase di ricovero e pre-dimissione) che producono tardive segnalazioni e conseguente ritardo nella presa in carico.

Altro settore sul quale intervenire è la multidisciplinarietà delle equipe territoriali di cure palliative domiciliari che come previsto dall' accordo stato regioni n. 87 del 10.07.2014, vedi art 1 lettera "e" e dai nuovi LEA (articolo 23 del DPCM 12 gennaio 2017), prevede l'integrazione tra personale sanitario, sociosanitario e sociale. In particolare la figura dell'Assistente Sociale che ad oggi non è prevista all'interno delle equipe territoriali; si ritiene necessario che tale figura venga prevista per la definizione del PAI di soggetti con bisogni di cure palliative in un'ottica multidimensionale del bisogno. Tale collaborazione deve essere prevista quale settore da ricomprendere all'interno del Servizio Sociale Aziendale.

Infine si intende procedere con la promozione di percorsi territoriali per la presa in carico coordinata dei pazienti pediatrici con bisogno di Cure Palliative in collegamento con il Centro specialistico di riferimento regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche e, in generale nella Rete Regionale di Cure Palliative, con la formalizzazione di strumenti operativi al fine di garantire un'omogeneità territoriale delle procedure (es. schede di segnalazione e di chiusura delle cure palliative domiciliari).

Obiettivi Generali

- ◆ Incremento dei pazienti che accedono alle Cure Palliative domiciliari.

Obiettivi specifici

- ◆ Definizione di specifici impegni e procedure di segnalazione per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e per gli specialisti nei confronti delle Cure Palliative Domiciliari

Indicatori

- ◆ Aumento delle PIC di Cure Palliative Domiciliari nelle Aziende Sociosanitarie Liguri.

Obiettivi Generali delle Cure Palliative Domiciliari in seguito a Dimissione Ospedaliera Protetta

- ◆ Definizione di specifici impegni e procedure di segnalazione per i medici ospedalieri nei confronti delle Cure Palliative Domiciliari e implementazione di modelli per la presa in carico precoce e la " simultaneous care".

Obiettivi specifici

- ◆ Sperimentazione pilota "Simultaneous Care e Continuità di Cura del Paziente Oncologico" di integrazione tra IRCCS AOU San Martino-IST e Cure Palliative dell'Area Metropolitana Genovese per il miglioramento dell'offerta di cure palliative;
- ◆ Incremento delle Cure Palliative domiciliari in seguito a dimissione ospedaliera protetta.

Indicatori

- ◆ Aumento delle PIC di CP domiciliari in seguito a dimissione ospedaliera protetta; si anticipa il seguente indicatore per la prossima annualità:

pz. oncologici (individuati con BDA) presi in carico dalla CP domiciliari che hanno avuto almeno un ricovero nell'anno con data di chiusura PIC successiva alla data di dimissione ospedaliera

pz. oncologici deceduti nell'anno (individuati con BDA) con almeno un ricovero”

Servizi di Terapia del Dolore

Come previsto dalle legge 15 Marzo 2010 n.38 e ss.mm.ii, il modello organizzativo della rete di Terapia del Dolore è quello delle reti cliniche integrate, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero ristretto di centri (Hub), preposti ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, supportati da una rete di servizi territoriali (centri Spoke) che operano in regime ambulatoriale. Con il documento approvato in Conferenza Stato – Regioni il 25 luglio 2012 sono stati definiti in modo univoco e omogeneo su tutto il territorio nazionale i requisiti necessari che identificano un centro di terapia del dolore ospedaliero (hub) e un centro di terapia del dolore territoriale (spoke). La rete regionale di terapia del dolore della Regione Liguria è stata individuata con DGR 1569/2013 ma necessita di una ridefinizione al fine di predisporre azioni di miglioramento in modo omogeneo su tutto il territorio regionale con la prossima programmazione.

Nonostante, a seguito di questa deliberazione, le Aziende Sociosanitarie Liguri abbiano garantito la presenza di centri ambulatoriali su ogni territorio, Regione Liguria necessita di una definizione dei centri Hub e Spoke e delle prestazioni erogate in ciascun centro.

Inoltre, con tale progetto ci si propone di definire dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati omogenei su tutto il territorio regionale.

Progetto Ospedale Territorio senza dolore

Obiettivi generali

- ◆ Completamento del percorso attuativo del sistema di offerta in Terapia del Dolore.

Obiettivi specifici

- ◆ Ridefinizione dei centri Hub e Spoke e delle prestazioni erogate in ciascun centro;
- ◆ Definizione, nell'ambito della rete, di percorsi di presa in carico e di assistenza omogenei su tutto il territorio regionale.

Indicatori

- ◆ Adozione di almeno un documento tecnico A.Li.Sa. - Rete Regionale Terapia del Dolore.

Gestione del dolore cronico

Obiettivi generali

- ◆ Aumentare l'efficacia clinica dei protocolli utilizzati nella gestione del dolore cronico e individuare possibili aree di miglioramento.

Obiettivi specifici

- ◆ Sviluppo di protocolli comuni, all'interno della Rete Regionale di Terapia del Dolore, nell'ambito del dolore cronico benigno.

Indicatori

- ◆ Adozione di almeno un documento tecnico A.Li.Sa. - Rete Regionale Terapia del Dolore.

5.7.3 Area materno infantile

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

Il Consultorio familiare costituisce un importante strumento, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari.

Il Piano sociosanitario 2017 2019 pone attenzione sulla necessità di una riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture sociosanitarie territoriali.

A tal fine è necessario prevedere un programma annuale dell'attività consultoriale basato sui dati di monitoraggio, rispondendo in tal modo all'attuale carenza di elementi programmatori che leghino l'elaborazione dell'offerta alla nuova domanda.

Gli obiettivi che A.Li.Sa e le Aziende Sociosanitarie Locali hanno per l'anno 2018 sono:

Servizi Consultoriali

Obiettivo generale 1

- ◆ Revisione dell'attuale offerta dei servizi consultoriali sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture sociosanitarie territoriali in modo tale che, si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità, e si contraggano eventuali dispersioni di risorse finanziarie e umane.

Obiettivi specifici

- ◆ Elaborazione da parte di ogni azienda sociosanitaria Ligure di un report annuale a partire dal nuovo flusso informativo delle attività consultoriali articolato per il 2018 in 2 aree: percorso nascita, tutela minori

- ◆ Elaborazione da parte di A.LI.SA di indirizzi e format per una programma annuale di offerta delle attività consultoriali consultoriali articolato in 2 aree: percorso nascita, tutela minori

Indicatori:

- ◆ Report di attività secondo lo schema definito

Obiettivo generale 2

- ◆ Potenziamento del lavoro di équipe, che riveste un ruolo fondamentale nelle attività consultoriali

Obiettivi specifici:

- ◆ Rafforzare e/o ridefinire equipe integrate sociosanitarie al fine di sviluppare interventi integrati, tempestivi ed appropriati garantendo un approccio interdisciplinare alle presa in carico della persona
- ◆ Implementazione di protocolli operativi per garantire la continuità di una presa in carico sociosanitaria con altri servizi sanitari (in particolare con la NPIA) e sociali (servizio sociale comunale)

Indicatori e target:

- ◆ Scheda con la composizione delle equipe sociosanitarie territoriali su aree di intervento (tutela minori, percorso nascita etc.)
- ◆ Stesura di protocolli operativi che regolino la valutazione e la presa in carico integrata tra servizi sociosanitari in relazione alla costruzione e implementazione di progetti individualizzati (servizi sociali e servizi ospedalieri)

Percorso Nascita

Obiettivo generale 1

- ◆ Sostenere la natalità, attraverso l'intervento integrato dei servizi territoriali, ospedalieri e degli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute.

Obiettivi specifici:

- ◆ Attuare iniziative volte ad "accompagnare" la madre (e la famiglia) nel percorso gravidanza-nascita-primi mesi di vita del bambino attraverso azioni di sostegno alla vita quotidiana, che possano anche intercettare situazioni di rischio o di emergenza e garantire il collegamento tra i servizi territoriali e ospedalieri (home visiting).

Indicatori:

- ◆ Definizione di strumenti condivisi a livello regionale per la valutazione della situazione della condizione di fragilità della neo mamma e alla famiglia
- ◆ Aggiornamento annuale della carta dei servizi aziendale per il percorso nascita coerentemente a quanto indicato nell'allegato 2 dell'accordo Stato Regioni 12/2010.

Obiettivo Generale 2:

- ◆ Riduzione dei tagli cesarei inappropriati adottando forme di disincentivazione come previsto dall'Accordo Stato Regioni sul tema.

Obiettivi specifici:

- ◆ Audit aziendali

Governo della domanda in procreazione medicalmente assistita**Obiettivo generale**

- ◆ Aumentare la produttività dei due centri liguri per le prestazioni di 2° e 3° livello, anche in considerazione del definitivo inserimento della PMA nei LEA.

Obiettivi specifici:

- ◆ Istituire una lista di attesa unificata con la quale poter anche effettuare valutazioni della domanda da soddisfare eventualmente con un acquisto regolamentato di prestazioni nel privato e/o fuori Regione Liguria

Indicatori e target:

- ◆ Adozione lista d'attesa unificata presso IRCCS S. Martino e E.O. Evangelico

5.7.4 Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza

I Servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), sono stati istituiti in maniera omogenea su tutto il territorio regionale dalla recente programmazione regionale, per rispondere in maniera organizzata al crescente bisogno negli ambiti di diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici, psicologici, psichiatrici e del neuro sviluppo nell'età evolutiva (fascia 0-18 anni).

Essi lavorano in contiguità con le altre strutture del SSR che si occupano della salute e del benessere dei minori, sia in ambito territoriale, sia in ambito ospedaliero, e operano in rete con le altre Istituzioni che provvedono all'inserimento sociale del bambino e dell'adolescente (Scuola, Enti Locali, Soggetti del Terzo Settore, Organismi della Giustizia Minorile, Consulta dell'Handicap ecc.), data la rilevanza che la salute neuropsichica occupa in questi contesti.

Il lavoro in équipe multidisciplinare rappresenta il fondamento dell'attività dei Servizi di NPIA, in quanto soltanto con l'apporto di diverse professionalità coagenti si riesce ad esprimere una completa valutazione diagnostica e a promuovere una buona presa in carico dei minori e delle loro famiglie. Le criticità a cui l'organizzazione deve rispondere sono rappresentate principalmente dalla necessità di risposte tempestive dopo la diagnosi, anche con interventi di empowerment della famiglia e della scuola.

Obiettivi generali:

Tra gli obiettivi generali che la nuova rete dei servizi di NPIA si pone ci sono:

- ◆ Abbattere le liste di attesa per la presa in carico abilitativa/ riabilitativa, specialmente nella prima fascia di età di diagnosi;
- ◆ Individuare criteri e standard nei percorsi abilitativi/ riabilitativi che valorizzano interventi di abilitazione alle autonomie e percorsi di inclusione sociale.

Obiettivi specifici:

- ◆ Adozione di protocolli di intesa tra i Servizi di NPIA ed altri servizi, al fine di garantire una presa in carico secondo i bisogni e una tempestività di intervento del minore affetto da patologia neuropsichica.
- ◆ Promuovere una *governance* dei Servizi di NPIA individuando criteri uniformi per la diagnosi precoce e la riabilitazione/ abilitazione di minori con sospetto Disturbo dello Spettro Autistico.
- ◆ Attivare uno/due posti letto dedicati a pazienti psichiatrici minori di anni 18 (da 0 a 14 anni in pediatria, da 14 a 18 nelle vicinanze dell'SPDC).

Indicatori:

- ◆ Predisposizione ed adozione in ogni ASL di procedure definite tra i Servizi di NPIA ed altri servizi specialistici (Consultori Familiari, Centri di salute mentale, PLS etc.).
- ◆ Adozione di criteri uniformi per ogni ASL per la diagnosi precoce e percorsi di cura dedicati ai minori con sospetto Disturbo dello Spettro Autistico.
- ◆ Attivazione posti letto dedicati a pazienti psichiatrici minori di anni 18.

5.7.5 Salute mentale

I Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) hanno come mission la risposta di bisogni di salute mentale di una popolazione di riferimento; malgrado questo mandato ampio, ancora oggi vengono spesso identificati come i servizi sanitari che si occupa unicamente dei “malati mentali gravi”. Ciò appare stigmatizzante e nei fatti riduttivo; infatti la popolazione che si rivolge ai Servizi Psichiatrici si è negli anni modificata e si è diversificata con la presenza, accanto a disturbi mentali gravi, di altri quadri clinici, di nuovi bisogni e nuove richieste di aiuto. Si pensi a titolo di esempio alla crescente domanda di intervento per disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, ai gravi disturbi della personalità con aspetti di anomalia comportamentale e spesso in comorbilità con comportamenti di abuso, alle patologie psichiche correlate a fasi vitali (adolescenza, gravidanza e puerperio, senilità) o ai disturbi psichici correlati a patologie croniche, ai disturbi dello spettro autistico. Si tratta di patologie ad alta prevalenza, alta disabilità e alti costi individuali, famigliari e sociali che richiedono, per essere affrontate, specifiche competenze e modifiche nell'assetto dei servizi.

Inoltre negli ultimi anni i Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze si sono dovuti confrontare con cambiamenti sociali (crisi economica, povertà diffusa, flussi migratori) che notoriamente rappresentano fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichiatrici di varia espressività clinica, in cui è spesso difficile dipanare l'intreccio tra vulnerabilità psicopatologiche, fattori traumatici ed

eventi di vita stressanti. Infine la recente normativa di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed il passaggio delle competenze sanitarie in carcere alle Aziende Sanitarie hanno visto i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze sempre più impegnati nella presa in carico e nella definizione di percorsi di trattamento per autori di reato affetti da disturbi psichiatrici, con la ricerca di delicati equilibri tra applicazione della legge, diritti delle persone, bisogni clinici, aspetti medico legali e governo delle risorse disponibili.

Per rispondere adeguatamente a questi cambiamenti i DSMD hanno dovuto affrontare negli anni una progressiva ristrutturazione ed un cambiamento dei propri modelli di intervento. Esistono elementi di continuità con l'esperienza di applicazione della psichiatria di comunità in Regione Liguria ed alcuni elementi di innovazione legati allo sviluppo delle conoscenze scientifiche, ai cambiamenti culturali ed ai mutamenti sociali degli ultimi decenni.

I principali elementi strategici che caratterizzano i DSMD sono rappresentati da:

- Modello biopsicosociale come modalità di approccio clinico attento non solo alla malattia, ma soprattutto alla persona sofferente, alla sua storia, alla sua rete familiare e sociale.
- Dimensione etica; attenzione per la dignità ed il rispetto dei diritti delle persone (la ricerca del consenso agli interventi, l'attenzione sulla correttezza di tutte le procedure che limitano le libertà personali, etc.).
- Governo delle risorse secondo criteri di pari accessibilità, equità e appropriatezza clinica.
- Visione longitudinale della malattia attraverso un governo dei percorsi di trattamento con ricerca di una continuità tra ospedale, servizi ambulatoriali, interventi territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali, attraverso un modello organizzativo di tipo dipartimentale.
- Organizzazione del lavoro in equipe pluriprofessionali e multidisciplinari (Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori, etc.) per affrontare malattie complesse.
- Collaborazione con pazienti, famigliari, associazioni e interlocutori territoriali (istituzioni locali, advocacy, no profit, volontariato) come risorsa determinante nella progettazione di percorsi di recovery.
- Formazione e aggiornamento costante degli operatori.

Obiettivi generali:

- ◆ Consolidamento delle esperienze di buona pratica clinica già presenti nei DSMD (da servizi "generalisti" a percorsi di dedizione e specializzazione nei Centri Salute Mentale, riorganizzazione rete urgenza-emergenza per intensità di cura, integrazione funzionale ospedale-territorio, percorsi di residenzialità per intensità di cura).
- ◆ Potenziamento dei programmi di riabilitazione sociale (programmi di recovery, psicoeducazione per pazienti e famigliari, progetti di inclusione sociale attraverso programmi di inserimento lavorativo protetto, collaborazione con associazionismo e volontariato).

- ◆ Collaborazione con la Magistratura, con l'UEPE, con le Forze dell'Ordine, con la Sanità Penitenziaria, per la definizione di cura di pazienti psichiatrici autori di reato.

Obiettivi specifici:

- ◆ Garantire nei servizi psichiatrici la presenza di equipe di lavoro multidisciplinari, ponendo particolare attenzione al fabbisogno di Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TERP), Operatori Socio Sanitari (OSS) ed Assistenti Sociali (AS), con la previsione e la relativa programmazione su base triennale. Prevedere inoltre un adeguato aggiornamento professionale attraverso uno specifico piano formativo dipartimentale.
- ◆ Garantire la definitiva applicazione delle indicazioni contenute nell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nel 2013 e recepito da Regione Liguria con D.G.R. 1719/2013 riguardante "le strutture residenziali psichiatriche", attraverso l'ampliamento a livello regionale dell'offerta di residenzialità psichiatrica a bassa intensità assistenziale di tipo sanitario, sociosanitario e sociale (progetti di cohousing) e di programmi di sostegno all'abitare intensivo attraverso la riconversione di risorse di tipo intensivo ed estensivo.

Indicatori

- ◆ Tasso personale su popolazione (n operatori/10.000 abitanti) per CSM
- ◆ Unità personale /posti letto (SPDC, CD, strutture residenziali)
- ◆ Tasso specifiche professionalità su popolazione (n° operatori/10.000 abitanti) per CSM
- ◆ Unità personale per professionalità/posti letto (SPDC, CD, strutture residenziali)
- ◆ N. posti letto residenzialità leggera/n. posti letto totale residenziali

5.7.6 Dipendenze

I Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze, la cui costituzione e la relativa cornice normativa risalgono a metà degli anni 90 (D.P.R. 309/90) in risposta all'epidemia di eroino-dipendenza, hanno sviluppato ed allargato nei decenni successivi le competenze specifiche nel trattamento delle dipendenze patologiche.

Le attività dei Ser.T. pensate per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da eroina, nel corso degli anni si sono plasmate sull'evolversi della domanda, estendendosi anche a soggetti con dipendenza di altre sostanze illegali (cocaina, cannabinoidi, nuove droghe), sostanze legali (alcol, tabacco, farmaci e psicofarmaci) e dipendenze di tipo comportamentale, senza sostanza (es. GAP).

Nel corso del tempo i Ser.T. hanno continuato ad occuparsi dei pazienti con uso iniettivo di sostanze quali eroina e cocaina, implementando la gestione delle patologie ad esso correlate (HIV, epatiti virali) e sviluppando specifiche strategie di prevenzione a vari livelli, con ottimi risultati (si pensi al contenimento del contagio HIV fra soggetti dediti all'uso iniettivo di stupefacenti). Inoltre i Ser.T. hanno mantenuto alta l'attenzione, in stretto contatto con altre realtà (es. Osservatorio

Epidemiologico Regionale Dipendenze) sull'andamento del consumo e dei comportamenti a rischio nella popolazione giovanile ed adulta, verso i quali sono stati individuati e resi operativi interventi di presa in carico e cura e attività di prevenzione, rivolti a tutte le fasce di età e fondati sulle più accreditate evidenze scientifiche.

Attualmente i Ser.T. si trovano a gestire un considerevole numero di pazienti, stabilizzati e di età media fra i 40 e i 50 anni, a fianco di sempre più numerosi "nuovi" pazienti, espressione del rapidissimo evolvere delle "mode" e delle tipologie di consumo/comportamento, quali il fenomeno dei cannabinoidi sintetici, della dipendenza da tecnologia o il GAP.

L'intervento dei Ser.T., fondato sul lavoro in equipe multidisciplinare, è in grado di fornire una presa in carico del paziente completa, che va dall'approccio medico multi specialistico (psichiatria, farmaco-tossicologia, infettivologia, internisti), all'intervento dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere dedicato anche alla somministrazione diretta e gestione di terapie farmacologiche. Il trattamento può quindi articolare ed integrare fra loro trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali, counseling personale o familiare, trattamento socioriabilitativo, psicoterapia individuale e/o di gruppo o familiare, inserimenti in gruppi di auto aiuto o interventi a carattere residenziale o semiresidenziale.

Obiettivi generali:

- ◆ Individuazione di linee e strategie comuni finalizzate ad uniformare il più possibile i diversi servizi della Liguria rispetto alla tipologia di offerta per la prevenzione, cura e riabilitazione nelle diverse aree di intervento.
- ◆ Promozione dei Servizi per le Dipendenze come luogo di presa in carico di tutte le problematiche che fanno parte del ventaglio d'offerta, al fine di ridurre il tempo di latenza tra insorgenza e presa in carico da parte dei Servizi, che per le sostanze ancora oggi ha un tempo medio di 8 anni (*Min. Sal. Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018*)

Obiettivi specifici:

- ◆ Predisposizione e condivisione di protocolli di trattamento e verifica della loro efficacia per il paziente con GAP.
- ◆ Collaborazione/integrazione con le strutture individuate in ogni singola ASL/AO per il trattamento farmacologico della infezione da HCV, finalizzata a facilitare l'accesso ed il buon andamento dei pazienti HCV candidati al trattamento farmacologico (attività di screening sierologico, incremento della compliance dei pazienti, etc).
- ◆ Valutazione dell'efficacia dei trattamenti residenziali nel tempo (anche tramite l'elaborazione di un database regionale).
- ◆ Omogeneizzazione nei Servizi liguri delle attività non strettamente assistenziali (consulenza nei confronti di Commissioni Locali Patenti di guida, medicina del lavoro, invii da parte del Ministero di Giustizia, etc).

- ◆ Uniformare le procedure di valutazione relativamente all'attività di consulenza per le Commissioni Mediche Locali Patenti di Guida dei soggetti incorsi nella violazione dell'art.186 e 187 del Codice della Strada relativamente al consumo di sostanze psicotrope e/o in terapia farmacologica.

Indicatori:

- ◆ Evidenza di protocolli condivisi.
- ◆ Evidenza delle procedure di invio ai centri delle singole ASL/AO per la somministrazione di terapie per HCV.
- ◆ Evidenza dell'esistenza di database e di metodi di valutazione di efficacia.
- ◆ Predisposizione di un documento "guida" sulle attività non assistenziali.
- ◆ Predisposizione del documento contenente le procedure di valutazione finalizzate alla consulenza alle Commissioni Mediche Locali Patenti di Guida dei soggetti incorsi nella violazione dell'art.186 e 187 del Codice della Strada.

5.7.7 Residenzialità Anziani e Disabili

Il settore della residenzialità sociosanitaria per disabili e anziani ha visto nel 2017 l'avvio di un processo di rinnovamento nel più generale ambito dell'innovazione introdotta per tutti i settori d'intervento in materia di schemi contrattuali uniformi sul territorio regionale e di ricomposizione di tutte le disposizioni relative all'autorizzazione al funzionamento in un unico manuale.

In particolare le nuove disposizioni contrattuali hanno rappresentato, per il settore specifico, l'occasione per avviare un processo di efficientamento del sistema, uniformare il sistema tariffario a livello regionale, far emergere in un quadro omogeneo l'offerta e garantire la libera scelta dei cittadini.

Sul secondo fronte il nuovo manuale relativo all'autorizzazione al funzionamento realizza l'atteso rinnovamento della precedente normativa di fine anni '90 in materia. Per quanto riguarda le strutture per disabili è stata introdotta la nuova denominazione prevista dal DPCM 12 gennaio 2017 relativo ai nuovi LEA e è stata declinata la dotazione organica di alcune tipologie di offerta precedentemente non regolamentate in modo organico.

Le sopradescritte azioni costituiscono la condizione necessaria per avviare il processo di innovazione della rete d'offerta in modo da renderla maggiormente rispondente ai bisogni emergenti a seguito del cambiamento demografico e di contesto socio-economico. A questo proposito si rileva un bisogno emergente rappresentato da famiglie composte da genitori molto anziani con figli disabili, adulti o anziani loro stessi, per i quali devono essere previste soluzioni di tutela tali da salvaguardare il legame familiare laddove non sia opportuna la separazione.

La struttura geo-morfologica della nostra Regione, caratterizzata da vaste zone dell'entroterra distanti dai punti di erogazione dei servizi, impone di organizzare le risposte ai bisogni in modo più prossimo alla cittadinanza. Rientra in questa strategia anche l'impiego delle risorse provenienti dal Fondo Sociale Europeo finalizzate a sperimentare modelli innovativi di servizio e al tempo stesso sviluppare occupazione.

Obiettivo generale 1

- ◆ Innalzare il livello della qualità assistenziale nelle strutture sociosanitarie per anziani e disabili anche con riferimento all'appropriatezza degli interventi

Obiettivo specifico

- ◆ Rilevazione da parte delle ASL degli indicatori di qualità nelle strutture sociosanitarie per anziani e disabili, definiti a livello regionale e indicati negli accordi contrattuali, e realizzazione di una scheda di benchmark per definire lo standard medio regionale

Obiettivo generale 2

- ◆ Sperimentare un nuovo modello di alloggio per genitori anziani con figli disabili adulti nell'ambito della programmazione POR-FSE.

Obiettivo specifico

- ◆ Supporto tecnico da parte delle ASL alla progettazione innovativa attraverso la partecipazione al gruppo di lavoro istituito presso Alisa per la redazione del documento tecnico preliminare al bando POR-FSE.

Obiettivo generale 3

- ◆ Implementare l'offerta residenziale e semiresidenziale socio-riabilitativa ad elevato e medio impegno assistenziale per disabili adulti, anche attraverso la riconversione parziale degli attuali servizi, in applicazione delle nuove disposizioni in materia di LEA (DPCM 12 gennaio 2017)

Obiettivo specifico

- ◆ Analisi del fabbisogno socioriabilitativo, da parte delle ASL, delle persone attualmente inserite in struttura e del relativo livello di intensità, propedeutica alla programmazione regionale

Obiettivo generale 4

- ◆ Aumentare il ventaglio di opportunità nell'offerta diurna e domiciliare rivolta alla popolazione anziana attraverso il modello di RSA aperta intesa come punto di erogazione di cure domiciliari, di accoglienza diurna presso la struttura ed eventualmente di prestazioni ambulatoriali. Questo obiettivo ricomprende quello legato alla progettazione nell'ambito delle Aree interne di cui al paragrafo Cure Domiciliari.

Obiettivo specifico

- ◆ Supporto da parte delle ASL alla definizione di requisiti minimi regionali per la sperimentazione della RSA aperta
- ◆ Verifica della rispondenza ai requisiti minimi regionali nelle strutture accreditate che abbiano manifestato interesse alla sperimentazione.

5.7.8 Prevenzione e cura AIDS

Gli obiettivi definiti dalla legge 135/90 riguardo l'assistenza, la definizione e la realizzazione della rete di interventi, nonché la formazione, sono stati realizzati e hanno consentito alla Liguria di affrontare dapprima l'emergenza AIDS e di seguire poi nel tempo i cambiamenti, in funzione della modificata storia naturale della malattia, dovuta alla disponibilità di farmaci specifici efficaci nel rallentare la progressione dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), verso l'AIDS conclamato. Attualmente suscita non poca preoccupazione il persistere della diffusione dell'HIV: infatti negli ultimi anni il numero di nuove diagnosi è rimasto stabile, anche se, rispetto agli anni 80, quando prevaleva la diffusione per via parenterale soprattutto fra i tossicodipendenti per via endovenosa, oggi la modalità di trasmissione è rappresentata principalmente dalla via sessuale. A tale proposito occorre precisare come nella popolazione non vi sia la percezione del rischio correlato all'acquisizione per tale via dell'infezione da HIV. In relazione a quanto finora esposto, appare evidente come sia necessario attivare campagne di informazione/educazione e conseguentemente incrementare l'adesione all'esecuzione del test di screening soprattutto fra i giovani ed i gruppi di popolazione fragile, quali ad esempio gli immigrati. E' fondamentale attivare o implementare la collaborazione tra gli operatori sanitari che si occupano di prevenzione, quelli dei centri per le IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse), creando sinergie tra specialisti infettivologi, dermatologi, urologi, proctologi e ginecologi, che sono i professionisti ai quali le persone si rivolgono per la comparsa della sintomatologia clinica.

Occorre inoltre attivare programmi di tutela dei diritti sociali e dei lavoratori, nonché di lotta allo stigma, tramite indagini mirate ai bisogni delle persone con infezione da HIV e campagne informative.

Obiettivi generali:

- ◆ Ridurre la diffusione dell'infezione
- ◆ Garantire a tutti l'accesso alle cure
- ◆ Tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone con HIV/AIDS
- ◆ Promuovere la lotta allo stigma
- ◆ Coordinare i piani di intervento sul territorio regionale

Obiettivi specifici:

- ◆ Delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni, specie attraverso l'informazione e l'educazione della popolazione
- ◆ Facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso
- ◆ Favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento

Indicatori:

- ◆ Esistenza di un programma di comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione su HIV ed altre ITS ai fini della riduzione dei comportamenti a rischio e di un incremento dell'adesione consapevole di screening al test
- ◆ Numero dei test di screening eseguiti; proporzione di nuove diagnosi di HIV in soggetti *late presenter* rispetto al totale delle nuove diagnosi
- ◆ Proporzione dei pazienti in trattamento antiretrovirale rispetto ai pazienti con infezione da HIV; proporzione dei pazienti in soppressione virale rispetto ai pazienti in trattamento antiretrovirale

Target:

- ◆ Popolazione generale
- ◆ Coloro che si recano in ospedale o strutture sanitarie per esami o procedure al fine di porre diagnosi precoce
- ◆ Soggetti con diagnosi di infezione da HIV

5.7.9 Strumenti di Integrazione Sociosanitaria

Nell'ambito degli interventi e delle misure destinate alle persone non autosufficienti, anziani e disabili, per il loro mantenimento a domicilio, nel 2017 è stata attuata la messa a regime della misura per le gravissime disabilità a seguito del DM 26 settembre 2016, che ha individuato come passaggio conclusivo l'elevazione del tetto massimo del contributo mensile erogato alle famiglie che assistono un disabile da € 500 ad € 1.200. Il linea con gli obiettivi dati dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali è stata altresì avviata e conclusa la ricognizione delle persone in Liguria in stato di gravissima disabilità, con necessità di un sostegno intensivo e vitale dipendenti da assistenza H24.

I servizi territoriali per la disabilità hanno adottato gli strumenti e scale di valutazione per la definizione della condizione di disabilità gravissima indicati dal Ministero competente. La messa in campo di tali strumenti e scale, in alcuni casi diversi da quelli in uso, ha richiesto un costante monitoraggio ai fini di consolidare una corretta metodologia basata sul lavoro integrato svolto in equipe multidimensionali al fine di garantire la definizione di piani individualizzati di assistenza sociosanitari ed appropriati budget di progetto.

E' stata altresì portata a termine con la deliberazione di A.Li.Sa. n.58/2017, la definizione della programmazione per il Dopo di Noi, assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, articolata, ai sensi della L.112/2016 e del Decreto attuativo 23/11/2016 sul triennio 2016-2018. La programmazione prevede una serie di interventi innovativi per le persone con disabilità grave, in particolare rispetto alle soluzioni alloggiative, che si inseriscono nella ben più ampia articolazione della filiera della residenzialità socio-sanitaria con peculiarità proprie e ben distinte comunque dal concetto di "struttura".

Nel corso del 2017 l'attivazione dei progetti di Vita indipendente ha subito un forte incremento. La misura nell'ultimo triennio ha seguito un andamento crescente grazie anche al continuativo lavoro di monitoraggio e sostegno di A.Li.Sa sul territorio a fronte della necessità di adeguare il metodo di lavoro a quanto indicato dal Programma biennale sulla disabilità 2016-2017. Il rafforzamento delle equipe distrettuali nel lavoro integrato sociale e sanitario ha consentito anche in questo caso uno scambio di competenze e professionalità che ha contribuito alla definizione di interventi maggiormente appropriati e personalizzati, portando alcuni, seppur sporadici, casi di deistituzionalizzazione.

Obiettivo generale 1

- ◆ Definire criteri e procedimenti che consentano di graduare gli interventi (servizi, supporti, trasferimenti economici) in relazione alla diversa necessità di sostegno alla persona e alla sua famiglia

Obiettivo specifico

- ◆ Monitoraggio dell'applicazione della misura delle gravissime disabilità e supporto anche formativo al lavoro d'equipe per una più omogenea applicazione

Obiettivo generale 2

- ◆ Implementazione dei PUA (punti unici di accesso) per la non autosufficienza – Presa in carico integrata

Obiettivo specifico

- ◆ Prevedere una sperimentazione in almeno un Distretto per Conferenza dei Sindaci di ASL, per un protocollo operativo sulla gestione della non autosufficienza in tutte le fasi della presa in carico.

Obiettivo generale 3

- ◆ Coordinamento a livello centrale delle misure per la non autosufficienza in tema di disabilità

Obiettivi specifici

- ◆ Istituzione di un Osservatorio permanente regionale sulle misure per le disabilità
- ◆ Costituzione di un'equipe sociosanitaria multidimensionale per la valutazione e gestione dei casi complessi sulla disabilità (equipe di secondo livello)
- ◆ Regolamentazione di un sistema di monitoraggio/verifica sull'andamento dei casi in carico che beneficiano delle misure.

Obiettivo generale 4

- ◆ Definizione delle linee operative per l'attuazione della programmazione di cui alla deliberazione di ALISA n.58/2017 in materia di DOPO DI NOI

Obiettivo specifico

- ◆ Organizzazione di un seminario formativo sulla materia del Dopo di noi in particolare sul lavoro per la stesura del "progetto personalizzato".

L'istituto dell'Amministrazione di Sostegno (Ads)

Background

Un nodo strategico all'interno della rete individuale della persona che facilita il pieno accesso ai Servizi e la partecipazione al proprio Progetto di Assistenza Individuale, è rappresentato dalla figura dell'Amministratore di Sostegno (AdS). Quest'ultimo ha infatti la funzione di integrare l'offerta dei Servizi Sociosanitari con la Protezione Giuridica, quale "garante" dell'autodeterminazione della persona e del suo Progetto di Vita, agendo secondo le aspirazioni e i desideri della persona stessa. Con Legge Regionale n. 2/2015 la Regione, nell'ambito della programmazione del Sistema Integrato dei Servizi e degli Interventi Sociosanitari, in un quadro di azioni omogenee sul territorio regionale, ha individuato iniziative per sostenere la formazione, l'aggiornamento e il supporto tecnico informativo delle persone idonee ad assumere la carica di amministratore di sostegno. Tra le iniziative promosse dalla Regione è compresa l'istituzione di un elenco di soggetti che si dichiarano disponibili ad assumere l'incarico di Amministratore di Sostegno.

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 1074/2016 ha istituito la Rete Regionale Sull'Amministrazione di Sostegno ed ha previsto che la stessa, all'interno di un più ampio percorso condiviso e partecipato, ha come obiettivo primo quello di istituire in via sperimentale il suddetto Elenco Regionale degli Amministratori di Sostegno, individuandone criteri di accesso e modalità operative, con l'obiettivo di mettere a disposizione degli Uffici dei Giudici Tutelari, per l'eventuale nomina, un elenco di soggetti disponibili e idonei a svolgere la funzione di Amministratore di Sostegno.

Altro obiettivo prioritario che si pone la Rete Regionale Sull'Amministrazione di Sostegno, sulla base di specifiche esigenze territoriali, vi è anche la definizione di percorsi di semplificazione tra Ospedali e Tribunali – Giudice Tutelare.

Elenco Regionale Amministratori Di Sostegno

Obiettivo generale

- ◆ Istituzione in via sperimentale dell'Elenco Regionale di Amministratore di Sostegno che accedono allo stesso previo specifico percorso di formazione.

Obiettivi specifici

- ◆ Definizione dei criteri di accesso e di implementazione dell'Elenco Regionale di Amministratore di Sostegno
- ◆ Definizione di un protocollo operativo per l'avvio della sperimentazione pilota dell'Elenco Regionale di Amministratore di Sostegno.

Indicatori

- ◆ Adozione di almeno un documento tecnico A.Li.Sa. - Rete Regionale Amministrazione di Sostegno contenente i criteri di accesso e di implementazione dell'Elenco Regionale di Amministratore di Sostegno;
- ◆ Bando di accreditamento enti formatori;

- ◆ Protocollo operativo per l'avvio della sperimentazione pilota.

Realtà ospedaliera e Amministrazione di Sostegno

Obiettivo generale

- ◆ Definizione di percorsi di semplificazione tra Ospedali e Tribunale - Giudice Tutelare

Obiettivi specifici

- ◆ Definizione di linee di indirizzo metodologiche finalizzate al corretto esercizio del ruolo dei Servizi Sanitari rispetto all'Istituto dell'AdS;
- ◆ Avvio della sperimentazione pilota (ASL 3, Ospedale Policlinico San Martino e Tribunale di Genova) per l'applicazione delle linee di indirizzo metodologiche finalizzate al corretto esercizio del ruolo dei Servizi Sanitari rispetto all'Istituto dell'AdS.

Indicatori

- ◆ Adozione di almeno un documento tecnico A.Li.Sa. - Rete Regionale Amministrazione di Sostegno;
- ◆ Protocollo operativo per l'avvio della sperimentazione pilota.

5.7.10 La sanità penitenziaria

Background

Con il D.Lgs. 230/1999 «Riordino della medicina penitenziaria» era stato avviato il processo di trasferimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ossia dell'attribuzione al Ministero della Salute delle competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dei SSR negli Istituti penitenziari, alle Aziende Sanitarie la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli Istituti penitenziari.

Il processo trova fondamento in principi costituzionali, la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria (art 117) e la territorialità della pena (art. 27), che hanno pertanto un valore giuridico e insieme un valore etico, orientando gli ordinamenti (sanitario, giudiziario e penitenziario) alla cura e al reinserimento sociale degli autori di reato.

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

La riforma è divenuta operativa con il DPCM 1 aprile 2008 «Trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni in materia di sanità penitenziaria», che disciplinava il trasferimento delle

risorse di personale e strumentali e definiva le linee di indirizzo per la tutela della salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Si è trattato di un processo complesso, che richiedeva una riflessione anche sul piano della cultura dei servizi poiché si trattava di un trasferimento di funzioni tra organizzazioni non omologhe, che per il SSN - articolato a più livelli, differenziato tra le Regioni e (spesso) tra le Aziende sanitarie della stessa regione – implicava di assicurare agli autori di reato l'accesso ai diversi servizi della propria rete assistenziale nell'ambito dei vincoli determinati dalle prescrizioni degli ordinamenti giudiziario e penitenziario, antecedenti e non armonizzati con la riforma della sanità penitenziaria. È presumibilmente anche a causa di questa "asimmetria" che ancora oggi non esistono flussi, indicatori, classificazioni nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale e neppure un flusso dedicato alla salute in carcere, con le conseguenti difficoltà nel valutare e programmare le necessarie risorse e attività. In quest'ottica nasceva il primo Programma Regionale Salute in Carcere PRSC 2014-2016 (approvato con DGR n.193 del 21/2/2014) che conteneva le indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali. Le indicazioni programmatiche facevano riferimento e valorizzavano i principi che sottendono gli indirizzi nazionali e l'assetto organizzativo ex DGR 364/2012, ossia:

- Parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza
- Organizzazione dell'assistenza sanitaria secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà e integrazione dei servizi e delle prestazioni
- Continuità terapeutica, che deve essere garantita dal momento dell'ingresso nell'istituto penitenziario o nel servizio residenziale minorile, durante gli eventuali spostamenti tra diversi istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e ritorno in libertà
- Garanzia di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona

Obiettivi generali

- ◆ Verifica del conseguimento degli obiettivi indicati nel PRSC 2014-2016, anche attraverso l'analisi dei Programmi Annuali Aziendali e mappatura dell'offerta di salute in carcere nelle diverse realtà regionali.
- ◆ Aggiornamento del PRSC (2014-2016) in funzione dei successivi mutamenti ed evoluzioni della realtà del circuito penale, avvalendosi della Commissione regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale, che ha il compito di coordinare in maniera condivisa e integrata assetti e percorsi organizzativi omogenei, nel rispetto di eventuali specificità aziendali.

Obiettivi specifici

- ◆ Predisposizione di percorsi idonei a garantire l'accesso e la continuità terapeutica per i soggetti detenuti con infezione HCV candidati al trattamento farmacologico

- ◆ Predisposizione e attuazione del Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie (accordo C.U. 27/7/2017)
- ◆ Predisposizione di un progetto propedeutico alla creazione di un sistema informativo regionale per la salute in carcere con la prospettiva di definizione di flussi regionali e nazionali

Indicatori

- ◆ Evidenza di percorsi in ogni singolo Istituto
- ◆ Evidenza della predisposizione del piano regionale e dei piani locali
- ◆ Evidenza del progetto

5.8 Gestione del rischio clinico

In Regione Liguria l'atteggiamento proattivo nella gestione del rischio ha trovato nello strumento CARMINA una più sistematica e integrata applicazione.

Di seguito si riportano i provvedimenti deliberativi più significativi

- D.G.R. n. 1308 del 24/11/2006: è stato istituito il Sistema Regionale per la gestione del rischio clinico, articolato su due livelli:
 - La Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico
 - Le UGR (Unità di Gestione del Rischio) a livello aziendale
- D.G.R. n. 161 del 26/02/2016: sono stati forniti indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'adozione dello strumento CARMINA
- D.G.R. n. 486/2016: l'utilizzo di CARMINA è stato inserito tra gli Obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per l'anno 2016
- DGR n. 13/2017: indirizzi alle Aziende Sanitarie in materia di programmazione per l'anno 2017: Adozione dello strumento CARMINA, quale modalità di lavoro consolidata e continuativa

Il CARMINA è uno strumento di autovalutazione e di confronto applicato a sette aree di interesse nella gestione del rischio clinico, misurate mediante un questionario formulato alla luce di 52 standard pesati, secondo una logica progressiva che rispecchia il livello di maturazione dell'organizzazione, in ordine ai diversi aspetti o aree, in esame.

Lo strumento consente all'intero Sistema Regionale di misurare e analizzare aree comuni e di confrontare le performance in un'ottica di miglioramento reciproco. Le Aziende, a seguito degli esiti risultanti dall'adozione di CARMINA, devono produrre i piani di miglioramento per quelle aree da implementare e quelle da riparametrare.

Punti di forza del CARMINA:

- Consente il confronto tra le diverse realtà regionali su una base comune di indicatori
- Flessibilità di utilizzo (dall'intera azienda al singolo reparto)

- Gli indicatori contenuti nel CARMINA fotografano in maniera analitica tutte le aree tematiche correlate al rischio.
- I risultati facilitano la pianificazione di specifiche azioni di miglioramento e la conseguente programmazione a breve- medio e lungo termine.

Obiettivi Generali

- ◆ Creazione di un linguaggio comune tra le Aziende del Sistema Sanitario ligure all'intero delle aree di CARMINA;
- ◆ Adozione di metodologie di gestione del rischio condivise, misurabili su tutti i 52 standard proposti da CARMINA;
- ◆ Realizzazione di azioni di benchmarking tra le Aziende a livello centrale, per il tramite della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, con l'obiettivo di favorire la crescita armonica di tutto il Sistema Sanitario Ligure

Obiettivi Specifici

- ◆ Individuazione di aree e soggetti (Aziende) con i quali avviare specifiche attività di benchmark dai dati degli Audit del Piano Nazionale Esisti (PNE). Da tale confronto A.Li.SA. potrà trarre specifiche indicazioni di programmazione;
- ◆ Revisione del questionario sulla “customer satisfaction” al fine di adottare uno strumento comune, più adeguato alle richieste di CARMINA;
- ◆ Definizione di una strategia regionale per stabilire le regole di valutazione delle competenze e assegnazione dei “privilege” ai singoli professionisti;

Indicatori e Target

- ◆ per gli indicatori PNE che saranno individuati, sarà individuata la media regionale rispetto alla quale verranno valutati. La valutazione terrà conto dei miglioramenti messi in atto rispetto ai dati di partenza. Su alcuni indicatori di PNE potranno essere proposte modifiche organizzative alle Aziende, tramite i DIAR;
- ◆ predisposizione e applicazione entro la fine 2018 del nuovo questionario sulla “customer satisfaction” e conseguente individuazione dei benchmark;
- ◆ entro giugno 2018, applicazione del metodo individuato - e condiviso dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico - a una specifica disciplina (es. oncologia).

5.9 Vision e principi nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Nel campo della prevenzione è bene richiamare le attività volte a garantire la “sicurezza alimentare e la sanità veterinaria”, che presidiano l'igiene e la sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale, e che promuovono la sicurezza nutrizionale. Si tratta di un'area della Prevenzione che svolge un complesso di attività specifiche, quali:

Obiettivi Generali:

- ◆ Il controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, degli allergeni, dei residui di sostanze pericolose e di tutti quei fattori che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana
- ◆ La prevenzione e gestione di un ragguardevole elenco di malattie animali trasmissibili all'uomo, nonché di malattie animali che è necessario controllare per i danni che arrecano alle produzioni zootecniche e per i loro risvolti connessi all'ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare e per i danni enormi che possono arrecare all'esportazione dei nostri prodotti alimentari, pregiati ed apprezzati in tutto il mondo
- ◆ L'attenzione al benessere degli animali, un importante elemento di civiltà, che è anche la condizione basilare per ridurre la necessità di ricorrere ai trattamenti terapeutici, riducendo così il rischio per gli alimenti da essi prodotti
- ◆ La garanzia di pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti a tutela degli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione.

Questi obiettivi di prevenzione si perseguono attraverso:

Obiettivi Specifici:

- ◆ La fissazione di regole, azioni, procedure in grado di essere agite su tutto il territorio e la popolazione della Regione Liguria, anche attraverso l'utilizzo di strumenti legislativi/normativi;
- ◆ Il mantenimento di un elevato standard di controllo ufficiale lungo tutta la filiera alimentare;
- ◆ La prevenzione, l'eliminazione o la riduzione a livelli "accettabili" dei rischi per gli esseri umani e gli animali, attraverso la definizione di interventi a tutela della salute che siano efficaci, proporzionati, mirati e trasparenti e che incrementino il livello di fiducia dei consumatori e degli operatori commerciali.

Indicatori e Target:

- ◆ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli attraverso il controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana.
- ◆ Mangimi sicuri per animali produttori di alimenti al fine di tutelare la salute animale e di prevenire fenomeni di bioaccumulo nella catena alimentare di sostanze pericolose.
- ◆ Prevenzione e gestione delle malattie animali trasmissibili all'uomo nonché delle malattie animali diffusibili e trasmissibili per i danni potenziali che potrebbero arrecare alle produzioni zootecniche, per i risvolti connessi all'ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare e per i danni che possono arrecare alla commercializzazione in fase di scambi interni ai Paesi dell'UE ed esportazione dei prodotti agroalimentari.

- ◆ Adozione di protocolli di intervento integrato al fine di ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco e l'adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo regionale per quanto riguarda il controllo e la rendicontazione delle attività in campo di sicurezza alimentare e sanità animale.

6. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Background

Il legislatore nel fissare con l'art. 31 del D. Lgs. n. 81/2008 le regole relative alla istituzione presso le aziende dei servizi di prevenzione e protezione ha ritenuto di imporre che tali servizi fossero istituiti obbligatoriamente all'interno di alcune aziende che sono state indicate nel comma 6 dello stesso articolo alla lettera g) “ strutture di ricovero e cura pubbliche e private con oltre 50 lavoratori”.

Le aziende sanitarie, come confermato anche dalla normativa antincendio, sono aziende considerate a rischio elevato per la sicurezza sia per il numero di dipendenti, la complessità delle lavorazioni, il numero di pazienti e visitatori. Inoltre sono tra i pochi ambienti lavorativi dove di fatto sono presenti tutte le tipologie di rischio: quelli per la salute, la sicurezza e quelli legati all'organizzazione. Per queste ragioni la sicurezza deve essere organizzata impostando dei Sistemi di Gestione della Sicurezza sul lavoro che coinvolgano tutta l'organizzazione aziendale e il Referente del sistema deve essere una figura in Staff della Direzione strategica. Un sistema di gestione, in particolare quello per la salute e sicurezza sul lavoro, per essere efficace deve integrarsi nella gestione complessiva dell'organizzazione Aziendale operando un progressivo miglioramento nel tempo delle performance di salute e sicurezza Aziendale. La scelta di adottare tale sistema deriva dalla consapevolezza che la riduzione dei rischi verso la salute e la sicurezza dei lavoratori può essere, non solo un valore etico e morale, ma anche una importante leva di competitività.

Un **sistema di gestione aziendale per la sicurezza** in quanto tale aiuta a fare in modo che l'azienda migliori continuamente le sue performance in materia di sicurezza dei propri lavoratori e quindi abbia la garanzia al 100% della conformità normativa, evitando così multe salate da parte delle Autorità di Vigilanza per eventuali inadempienze su alcuni aspetti sui quali non si era attuato un controllo sistematico (ASL, Ispettorato del lavoro, etc.).

Poi vi sono indubbi benefici per il costo degli infortuni e delle malattie professionali, che comportano assenze forzate da parte di personale sul luogo di lavoro (con possibili cali di produttività) e l'aumento dei premi assicurativi per l'impresa. A ciò si aggiunga che molte grandi aziende che si servono di subfornitori tendono a cancellare dalla propria vendor list aziende fornitrici che hanno avuto più infortuni o situazioni di infortunio grave poiché dimostrano scarsa attenzione al problema sicurezza e potrebbero potenzialmente mettere nei guai anche il proprio Committente.

Un Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro se certificato inoltre è esimente per il datore di lavoro rispetto alle responsabilità previste dal D.Lgs. 231. Per fare un esempio pratico: se abbiamo in azienda un infortunio molto grave vi è una sanzione elevatissima nell'ordine di decine di migliaia di euro e una sanzione interdittiva che può andare da 3 mesi ad un anno. Quindi un **sistema di gestione certificato esime dalla responsabilità amministrativa prevista dal D.Lgs. 231**.

Infine va considerato il **ritorno di immagine** sia da Clienti e Fornitori che percepiranno l'azienda **Certificata OHSAS 18001** come molto attenta ad un problema su cui anche il pubblico più vasto dei consumatori, oltre che delle imprese, diventa sempre più consapevole, anche grazie alla rilevanza che gli hanno dato i media negli ultimi anni.

Non dimentichiamo infine il ritorno che l'azienda potrà avere da parte dei propri lavoratori, che sono in via definitiva i beneficiari dei risultati ottenuti dalla **Certificazione OHSAS 18001**. Di sicuro l'azienda godrà di **migliore reputazione** anche tra di loro e probabilmente ciò potrebbe contribuire ad un clima di collaborazione e di migliore benessere sociale all'interno dell'impresa, che a sua volta può portare a maggiore produttività e al calo di conflittualità tra lavoratori e impresa.

Gli sconti sul premio INAIL e la Certificazione OHSAS 18001

Altro grande vantaggio, stavolta di natura economica, è la possibilità di inviare all'INAIL, l'anno dopo aver conseguito la **certificazione OHSAS 18001**, entro il mese di febbraio successivo, una comunicazione tramite la compilazione del modello **OT24**, reperibile sul sito www.inail.it, che prevede l'accesso ad uno **sconto sul premio INAIL annuo** pagato dall'impresa.

Un sistema di gestione/modello organizzativo e gestionale deve integrarsi con i processi Aziendali attraverso i quali l'Azienda genera i propri prodotti o servizi e assicurare la coerenza tra i poteri conferiti nella gerarchia Aziendale e le responsabilità assunte, anche in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

In quest'ottica, la salute e la sicurezza sul lavoro non sono più solo adempimenti legislativi, ma assumono il rilievo di leve gestionali e strategiche verso il miglioramento delle performance aziendali in termini complessivi ed in grado di offrire attuazione pratica dei principi Costituzionali di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. In un simile contesto anche il rispetto della legge diventa un impegno da gestire e sviluppare, insieme ai lavoratori e ai loro rappresentanti, da associare all'impegno di definire l'attuazione di strategie volte a promuovere la diffusione della cultura della prevenzione. In questo modo gli importi che l'Azienda destina nello sviluppo di migliori condizioni di salute e sicurezza sul lavoro costituiscono un investimento che produce, anche sul piano economico, risultati positivi a medio e lungo termine. Sulla base dei principi esposti in precedenza, le aziende si impegnano a garantire un miglioramento continuo delle condizioni in cui operano i lavoratori attraverso il potenziamento di soluzioni organizzative a favore della sicurezza, operando scelte e decisioni verso lo sviluppo sia tecnologico sia organizzativo che possano indurre all'adozione di pratiche e comportamenti di lavoro sicuri, riducendo gli errori umani.

La finalità delle linee di indirizzo per la realizzazione del Sistema di Gestione Per la Sicurezza sul Lavoro (SGSL) è quella di fornire indicazioni operative per strutturare un sistema organico di gestione, inserito nell'operatività delle Aziende Sanitarie pubbliche, utile a pianificare miglioramenti progressivi delle prestazioni nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori che in esse operano.

Obiettivi generali

- ◆ Migliore “qualità” dei servizi erogati
- ◆ Riduzione dell’impatto ambientale della produzione
- ◆ Ottimizzazione delle risorse investite in sicurezza
- ◆ Diminuzione delle ore lavorative perse per infortuni e malattie
- ◆ Minori danni a strutture, macchine, produzione per incidenti
- ◆ Maggiore attaccamento dei dipendenti all’Azienda, miglior clima organizzativo
- ◆ Diminuzione dei problemi durante i controlli delle autorità di vigilanza
- ◆ Creazione di una immagine “responsabile” dell’organizzazione

Obiettivi Specifici:

- ◆ Applicazione di un Sistema di Gestione per la Sicurezza

Target:

- ◆ Attivazione percorsi di certificazione internazionale OHSAS 18001 oppure applicazione Sistema Gestione sicurezza sul lavoro verificato mediante sistema di auditing (INAIL Regione)
- ◆ Organizzazione di un Sistema di Auditing interno finalizzato al controllo dell’organizzazione nel rispetto della normativa vigente
- ◆ Definizione di un manuale della sicurezza e definizione di ruoli e responsabilità delle singole strutture aziendali
- ◆ Attivazione di un sistema di Auditing regionale finalizzato al controllo dei Sistemi di gestione della Sicurezza e della loro efficacia

7. Trasparenza e anticorruzione

7.1 Trasparenza

Background

L'attenzione al tema della trasparenza e della prevenzione della illegalità in ambito sanitario è per la Regione Liguria un fattore essenziale per l'organizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni adeguati ai bisogni di salute dei cittadini liguri, ferma restando la necessità di mirare ad un continuo incremento della quantità e della qualità della offerta stessa, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Il percorso intrapreso dal sistema sanitario regionale in materia di etica, trasparenza ed integrità ha già trovato espressione nell'attuazione della normativa prevista (L. 190/2012 in materia di anticorruzione e D.Lgs. 33/2013 sulla trasparenza nonché gli obblighi di pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente di cui alla Del. ANAC 1310/2016 e l'esercizio del diritto di accesso civico e di accesso civico generalizzato più noto come "FOIA" di cui alla Del. ANAC 1309/2016) attuazione che va concepita come leva strategica per consentire, attraverso un concreto cambiamento culturale di tutti gli operatori sanitari e con l'adozione degli strumenti organizzativi previsti, di ridurre e prevenire comportamenti inaccettabili, sprechi e deviazioni nell'utilizzo delle limitate risorse disponibili, con conseguenti gravi ricadute sull'offerta di cure per i cittadini. La corruzione infatti può comportare riduzione o alterazioni nell'accesso ai servizi e rappresenta la forma peggiore di inefficienza della P.A.

Il settore della sanità è, per funzione sociale, quello che esercita una attività che comporta la maggior vicinanza alla persona, che viene accostata, tra l'altro, in un momento di particolare timore e insicurezza. In un terreno così delicato il contrasto alla corruzione assume un ruolo centrale e va, in primo luogo, inteso come cultura della trasparenza volta a consentire la verifica costante degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione dei trattamenti sanitari.

In tema di trasparenza e legalità la Regione Liguria, con la D.G.R. n. 7 del 3/01/2017, nell'approvare principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende, degli Istituti e degli Enti del S.S.R. e le conseguenti linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale, ha formulato puntuali richiami in ordine all'organizzazione e all'implementazione degli Uffici Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), all'adozione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e dei Codici di comportamento dei dipendenti.

Con D.G.R. n. 973/2017 si è inoltre provveduto a definire il funzionamento e l'organizzazione del Comitato Etico Regionale quale organismo indipendente volto a garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e a fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Si ricorda inoltre che presso l'Azienda Ligure Sanitaria ha operato nel corso del 2017 un gruppo di lavoro interaziendale denominato "Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza" con l'obiettivo di **definire modalità di attuazione e uniformità di comportamenti nell'applicazione**

delle normative in premessa citate: in tale contesto sono stati programmati specifici interventi che si ritiene opportuno proporre come obiettivi da realizzare nell'anno 2018.

Uno di questi interventi per il 2018 è già stato approvato, nell'ambito delle indicazioni alle aziende del sistema sanitario ligure per l'attuazione di specifici percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017-2019, con la Deliberazione di A.Li.Sa. n. 166/2017, e prevede la realizzazione di un intervento formativo in materia di prevenzione del rischio di corruzione, da erogarsi in quattro edizioni ai responsabili della prevenzione e della corruzione e della trasparenza nonché delle strutture a maggior rischio di comportamenti corruttivi e un corso FAD, sempre nella stessa materia, da erogare a tutti i dipendenti delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali.

Obiettivo generale

- ◆ Applicazione uniforme della normativa in tutte le aziende sanitarie regionali

Obiettivi specifici

- ◆ Regolamentazione uniforme della Libera Professione: il "Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza" definirà le modalità di miglioramento in termini di trasparenza e di efficienza, focalizzando l'analisi sulle alcune tematiche individuate come segue:
 - Modalità di prenotazione;
 - Modalità riscossione tariffe;
 - Verifica riduzione delle liste di attesa;
 - Modalità per verificare il rapporto tra volumi di attività istituzionale e libera professione.
- ◆ Regolamentazione uniforme del diritto di accesso civico e generalizzato
- ◆ Regolamentazione del Whistleblowing: Con la recente pubblicazione della L. 179/2017 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" tutti i soggetti destinatari delle predette disposizioni sono obbligati a dotarsi di un sistema di whistleblowing, l'istituto per le segnalazioni interne di violazioni. L'obiettivo da realizzare da parte delle Aziende sanitarie regionali attiene alla uniforme applicazione del predetto istituto, ed in particolare:
 - Segnalazione e obblighi di denuncia
 - Procedimento
 - Regolamentazione interna delle segnalazioni
 - Riservatezza dell'identità del segnalante
 - Tutele e responsabilità dei soggetti coinvolti

7.2 Anticorruzione

Background

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (PNA) riporta indicazioni specifiche per Regioni e per Aziende Sanitarie. Nel documento si evidenzia l'importanza della messa in sicurezza del sistema sanitario. Per preservarla dal rischio di comportamenti devianti dall'interesse generale e quindi

opportunistici o corruttivi, occorre ricorrere a tutti gli strumenti utili a rafforzare la trasparenza dei processi e dei procedimenti al fine di semplificare e mettere in chiaro i singoli passaggi e i livelli di responsabilità. Questo determina una preliminare individuazione delle aree potenzialmente a rischio e a implementare successivamente interventi correttivi rispetto ad esempio omissioni, carenze organizzative, disfunzioni e sprechi. Questo va a garanzia non solo della legalità, ma anche dell'efficienza e della qualità del servizio per i cittadini.

Il PNA fa leva sulla coscienza individuale, sul personale senso etico dell'utilizzo di risorse pubbliche e promuove la cultura della legalità e della trasparenza negli ambienti che potrebbero essere "a rischio di condizionamenti".

Il PNA riporta quelle che potrebbero essere le possibili soluzioni organizzative per preservare l'area sanitaria dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative. Il documento evidenzia la centralità della formazione nell'ottica di poi attivare azioni contro la corruzione, sprechi, e inefficienze nella Sanità.

Nell'ambito dell'etica pubblica, a partire dal 2016, l'Assessorato Regionale alla Salute in collaborazione con A.Li.Sa. è impegnata nell'organizzazione di contatti e confronti periodici con le Aziende sanitarie e i responsabili della prevenzione, corruzione e trasparenza (RPCT).

Obiettivo generale

- ◆ Creare un sistema di valori improntati all'etica, legalità, trasparenza e accesso civico in Sanità: l'orientamento è consolidare la consapevolezza che tutti i soggetti che operano in ambito sanitario siano chiamati ai più alti valori di integrità e trasparenza e strutturare in modo adeguato la programmazione e l'attuazione delle misure di prevenzione.

Obiettivo specifico 1

- ◆ Approvazione modulistica comune in tutte le aziende del S.S.R. ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali in materia di prevenzione alla corruzione, trasparenza e accesso civico

Indicatore:

- ◆ Indicatore di *compliance* all'obiettivo specifico 1

Obiettivo specifico 2

- ◆ Programma di formazione regionale rivolto a RPCT e agli operatori del Sistema socio-sanitario ligure, calibrato in base alla specifica peculiarità del settore.

Target

- ◆ Realizzazione eventi formativi residenziali, FAD e giornate di studio: destinatari degli eventi formativi sono RPCT delle Aziende sanitarie liguri, Direttori, Dirigenti, e Responsabili delle

Strutture afferenti alle Aree di Rischio Generali e Speciali per la Sanità (Staff Direzioni Sanitarie, Attività libero-professionale, Gestione del Personale, Gestione Rischio Clinico...)

8. Formazione

Background

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

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

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il nuovo Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017: "La formazione continua nel settore salute", 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.

Con delibera n. 166 del 01/12/2017 A.Li.Sa. ha approvato le indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario ligure relative alla realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017/2019.

Con delibera n. 150 del 21/11/2017 A.Li.Sa. ha fornito indirizzi per la riorganizzazione e la razionalizzazione dell'offerta formativa resa attraverso la Formazione a Distanza (FAD).

Con delibera n. 112 del 5/10/2017, A.Li.Sa. ha approvato l'Accordo di collaborazione scientifica con l'Università degli Studi di Genova – Accademia per il Management Sanitario. Oggetto dell'Accordo è quello di favorire il cambiamento in atto del Sistema Sanitario Ligure, attraverso attività di ricerca e formazione volte a supportare la progettazione e l'attuazione di progetti strategici per il SSR (Change Management) con riferimento a:

- Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)
- Integrazione Socio Sanitaria
- Integrazione Ospedale - Territorio

Obiettivi Generali

- ◆ Predisposizione dei piani formativi aziendali in aderenza alle indicazioni fornite da A.Li.Sa. con le citate deliberazioni;

- ◆ Condivisione di progetti formativi di interesse comune, aventi carattere regionale/interaziendale;
- ◆ Avvio di azioni di benchmarking tra le Aziende, coordinate da A.Li.Sa., in materia di percorsi formativi previsti da normativa specifica;
- ◆ Con riferimento ai DIAR, attuazione di programmi di formazione comuni nell'area di riferimento, con diffusione di best practice e di comportamenti omogenei tra le strutture erogatrici.

Obiettivi Specifici

Attivazione del tavolo tematico sulla FAD con la finalità di:

- ◆ Condividere progetti formativi di interesse comune, aventi carattere interaziendale/regionale;
- ◆ Stabilire le modalità di definizione degli oneri derivanti dall'utilizzo della piattaforma informatica FAD da parte delle Aziende del Sistema Sanitario Ligure;
- ◆ Costituzione di un tavolo tecnico per uniformare contenuti e modalità di realizzazione dei percorsi formativi previsti da normativa specifica.
- ◆ Definizione di obiettivi, contenuti, destinatari e relativi oneri economici inerenti progetti formativi rivolti al personale operante nei DIAR.

Indicatori e Target

- ◆ Realizzazione, nell'anno 2018, di almeno il 50% delle attività formative previste dalle indicazioni di A.Li.Sa.;
- ◆ Realizzazione del catalogo unico regionale sulla FAD, per il tramite del tavolo tematico;
- ◆ Numero di progetti formativi realizzati nei confronti del personale operante nei DIAR.