

Introduzione:

GLI OBIETTIVI DEL PIANO

OBIETTIVI DI PIANO

La riorganizzazione del servizio sanitario regionale deve affrontare **la questione del rapporto con il cittadino in modo innovativo rispetto al passato.**

E' infatti indispensabile che gli utenti sperimentino, nella quotidianità degli eventi, un effettivo cambiamento nell'approccio con le organizzazioni sanitarie, un approccio che sia più capace di rendere evidente il profilo di servizio e di concretizzare risposte rapide ai bisogni. A tal fine occorre promuovere la crescita professionale degli operatori sanitari e la crescita, in termini di capacità comunicativa, del personale a contatto con il pubblico.

Si ritiene pertanto necessario sviluppare le seguenti linee di intervento:

- **Forte valorizzazione delle attività di prevenzione,** che devono rappresentare uno dei cardini dell'organizzazione sanitaria e devono essere inserite in modo stabile e continuativo nella normale programmazione, trovando modelli organizzativi concreti che si inseriscano in tutti i livelli ed in tutti i settori delle attività, siano esse distrettuali od ospedaliere.
- **Una rete territoriale più forte e più capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni** (potenziando in maniera significativa le sue componenti di base, specialistiche, di residenzialità e di domiciliarità), evitando ricorsi inutili alla realtà ospedaliera. Pertanto è necessario che il ruolo della Azienda Sanitaria Locale, attraverso i Distretti e in collaborazione con le comunità locali, sia orientato sempre più allo svolgimento della funzione di tutela e di rappresentanza del cittadino e sempre meno a quello di soggetto erogatore. Lo strumento che deve essere utilizzato dalla ASL, in una logica di governo della domanda all'interno di un sistema di finanziamento a quota capitaria, è quello degli accordi e dei contratti di acquisto di prestazioni dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, strumento che presuppone l'esercizio della funzione di controllo sulla qualità e sull'appropriatezza della produzione. In tale complessivo contesto diventa strategico, ai fini del controllo della domanda, il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta. Da quanto detto consegue,

in una prospettiva di medio-lungo periodo, la separazione del sistema di tutela da quello di erogazione.

- **Una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura**, con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza in strutture di riferimento a livello regionale, per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini liguri e quindi ridurre la mobilità passiva verso regioni limitrofe. Tale risultato deve essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri inappropriati, fermo restando il trasferimento alle funzioni territoriali della rimanente quota per l'indispensabile potenziamento del servizio.
- **Una serie di misure forti con risorse finalizzate alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza**, aumentando il livello dell'offerta e sperimentando punti unificati di accesso ai servizi sanitari e sociali e ad eventuali altri servizi aggiuntivi a quelli esistenti, che creino condizioni capaci di incidere positivamente anche sulla sfera relazionale e sociale;
- **Un sistema di emergenza più sicuro**, sia sul piano degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi (sistema integrato ospedale/territorio), sia su quello della funzione di soccorso e di trasporto (anticipazione della diagnosi e telesoccorso);
- **Un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica** per continuare il processo di riduzione dei tempi di attesa;
- **Un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica** che rendano possibile il **movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone**. Ci si riferisce qui alla possibilità di effettuare, per quanto possibile, le prenotazioni delle prestazioni utilizzando lo strumento telefonico o i sistemi di rete esistenti (Internet), di potenziare i momenti di informazione (call center o altre modalità informative), di assicurare collegamenti diretti tra medici di famiglia e strutture diagnostiche, al fine di rendere disponibili i risultati degli esami effettuati da un cittadino in via telematica direttamente allo studio del medico;

- **Un graduale riallineamento delle risorse finanziarie** (quota capitaria ed investimenti), assegnate alle diverse realtà territoriali della Liguria.
- **Un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo**, con particolare riguardo alle iniziative promosse dalle famiglie, dalle associazioni utenti, dal volontariato, dalla cooperazione sociale, ecc., nella attività di programmazione locale e nello svolgimento di attività di tipo assistenziale.

PARTE I

GLI ASSETTI ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capitolo 1

RUOLO DELLA REGIONE E DELLE AUTONOMIE LOCALI

1.1 IL RUOLO DELLA REGIONE

La Regione Liguria è garante nei confronti dei cittadini:

1. del rispetto dei principi ispiratori del Servizio Sanitario: equità, universalità e imparzialità;
2. del funzionamento complessivo e dell'integrazione dei sistemi di protezione sanitaria e sociale.

Con ciò la Regione assume ed esercita a pieno titolo il ruolo e le funzioni attribuitele dalla Costituzione ovvero: programmazione, indirizzo e controllo; funzioni alle quali si affiancano compiti quali la promozione dei processi di innovazione e la facilitazione degli stessi, ad esempio, promuovendo l'integrazione tra sistemi ovvero economie di scala o sviluppo tecnologico.

La Regione in questa prospettiva disciplina il Servizio Sanitario regionale e approva il Piano sociosanitario e il Piano triennale degli interventi e dei Servizi Sociali assicurando l'integrazione tra sanità e sociale.

1.1.1 Le funzioni di programmazione

Il riconoscimento della libertà di scelta ai cittadini, la concreta attuazione del principio di sussidiarietà e l'attribuzione di autonomia gestionale alle aziende sanitarie impongono alla Regione l'esercizio di un effettivo e pregnante ruolo di regolazione e regia da perseguire attraverso le funzioni che le sono proprie di programmazione, indirizzo e controllo.

La messa a regime del modello delineato nel presente piano riguarda un orizzonte temporale di medio periodo che richiede, a sua volta, alla Regione un impegno di assoluta rilevanza, eventualmente anche in termini di intervento diretto, per gestire contingenze ed emergenze che ogni scelta di cambiamento inevitabilmente incontra.

Attraverso gli strumenti di normazione e di programmazione, la regione è chiamata a definire regole e comportamenti tali da garantire la funzionalità complessiva del sistema da perseguire attraverso:

- la differenziazione dei ruoli;
- il bilanciamento dei poteri,
- la progettazione di strumenti e meccanismi che pongano gli attori su un piano di equilibrio dialettico;
- il presidio delle opposte ma irrinunciabili dimensioni dell'integrazione (efficacia, economie di scala, percorsi terapeutici ecc.) e della competizione (efficienza, contenimento dei costi, massimizzazione delle risorse ecc);
- l'equilibrio economico finanziario;
- i processi interistituzionali di pianificazione negoziata resi possibili attraverso un'equilibrata distribuzione tra i diversi attori del binomio autonomia/responsabilità;

In buona sostanza a fronte delle differenti responsabilità assunte: dagli enti locali – lettura dei bisogni – dalle aziende sanitarie locali – tutela e integrazione delle risposte assistenziali – dalle aziende di produzione – qualità ed efficienza – la regione assume una complessiva responsabilità di sistema e di garanzia nei confronti dei cittadini.

1.1.2 Le funzioni di indirizzo e coordinamento

Se l'ingegnerizzazione del sistema deve prevalentemente perseguire la differenziazione e il bilanciamento delle sue componenti - chiamate a perseguire differenti finalità ed obiettivi - l'utilizzo degli strumenti di indirizzo deve essere pensato prevalentemente nella prospettiva di costruire uno scenario collaborativo, di integrazione, di coordinamento e di sinergie di sistema.

A tal fine occorrerà in particolare ricercare di:

- standardizzare misure e linguaggi;
- mettere a punto un sistema informativo, contabile ed extracontabile, omogeneo,
- promuovere orientamenti e comportamenti comuni e condivisi (cultura e spirito di squadra);
- chiarire i confini dei ruoli e delle competenze;
- costruire processi decisionali comuni;
- sviluppare forme di coordinamento operativo e di gestione congiunta che meglio possono garantire una risposta assistenziale unitaria e integrata ai bisogni espressi.

Le leve sulle quali agire prevalentemente sono:

- la fissazione degli obiettivi per i direttori generali;
- il ricorso a credibili sistemi di valutazione delle performance e di erogazione dei premi;
- la previsione di momenti e procedure per risolvere le dinamiche conflittuali.

1.1.3 Le funzioni di controllo

La funzione di controllo può essere esercitata su due diversi piani: il primo che privilegia una logica di controllo sulle singole prestazioni servizi erogati dal sistema; il secondo orientato al governo complessivo dei risultati, in termini di salute, garantiti dal sistema.

E' evidente che solo il secondo è coerente con le sfere di responsabilità sopra delineate e agli ambiti di autonomia attribuiti. La regione si riserva dunque, a fronte del ruolo di garante del sistema, di valutare complessivamente gli esiti e i costi finali della tutela della salute.

Questa scelta di campo deve però affrontare la difficoltà della misura e la complessità della valutazione non di prodotti o servizi ma di paradigmi quali:

- il grado di funzionamento complessivo e di tutela del sistema di protezione sociale;
- la sua equità, universalità ed imparzialità;
- la funzione di perequazione e la trasparenza delle scelte imposte dalla limitatezza delle risorse;
- il valore aggiunto per la comunità regionale in termini, ad esempio, di crescita scientifica economica e tecnologica o di coinvolgimento e di partecipazione al servizio pubblico di imprese, privati, no profit, volontariato:

Per tali motivi la Regione deve dotarsi di strumenti per potenziare in maniera significativa la propria struttura interna o, in alternativa, deve costituire un organismo di supporto tecnico con natura giuridica di agenzia, in analogia a quanto fatto in altre Regioni. Quanto sopra anche in funzione delle nuove competenze attribuite dalla modifica al titolo V della Costituzione

1.2 LE AUTONOMIE LOCALI

L'assunzione del principio di sussidiarietà, come principio guida del processo di programmazione e organizzazione, impone di riconoscere nelle autonomie locali le aggregazioni sociali chiamate ad esprimere i bisogni delle famiglie e degli individui.

Le Aziende sanitarie locali, pertanto, per la programmazione dei processi economici di produzione e consumo finalizzati al soddisfacimento dei bisogni espressi sono chiamate a interfacciarsi direttamente con le autonomie locali.

Le Aziende sanitarie non solo devono essere in grado di soddisfare i bisogni espressi ma devono assolvere a tale funzione nel rispetto delle risorse assegnate. In altre parole, nel rispetto del criterio di economicità, rettamente intesa come capacità di raggiungere i fini istituzionali nel lungo periodo senza un patologico ricorso a sovvenzioni o ripiani per il reperimento delle risorse necessarie al proprio funzionamento e, dunque, in una situazione duratura di equilibrio economico e sociale.

Alle Aziende sanitarie deve essere garantita autonomia organizzativa e gestionale senza la quale è impossibile perseguire efficienza e adattamento a realtà assai complesse e in continua evoluzione.

Sulla base delle predette considerazioni, rispetto agli attuali assetti istituzionali del Servizio Sanitario regionale, si intende:

- rafforzare la presenza e il ruolo degli Enti locali nella programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- assicurare una effettiva integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;
- attribuire alle rappresentanze degli Enti locali la dovuta rilevanza istituzionale sia in sede di programmazione sanitaria e socio sanitaria (livello regionale) sia in sede di indirizzo e valutazione delle attività e dei servizi (livello A.S.L.);
- superare gli attuali sfasamenti nella territorializzazione sanitaria e sociale.

Il principio di sussidiarietà deve essere coniugato in maniera assai ampia promuovendo la crescita e la diretta partecipazione al Servizio Sanitario Regionale - accanto ai soggetti istituzionali Comuni ed Enti locali - di soggetti e organizzazioni economiche e sociali quali il volontariato e il terzo settore.

A tal fine si prevede:

- la pianificazione dei due sistemi - sanitario e sociale - da parte regionale garantisce “a priori” l’integrazione dei due sistemi. Tale funzione è esercitata dalla Regione con la partecipazione delle rappresentanze delle autonomie locali e delle forze sociali;
- l’attribuzione di un significativo ruolo di partecipazione agli Enti locali, agli organismi sociali e all’utenza;
- la partecipazione alla definizione degli atti fondamentali dell’ASL (bilancio, piano strategico, PAL), della Conferenza dei Sindaci garantendo, al contempo, l’autonomia aziendale che resta un presupposto dell’intero sistema;
- la corrispondenza tra distretto sanitario e zona sociale e concentrando a questo livello le funzioni sia di definizione degli interventi sia di integrazione dei servizi sanitari e sociali (vedi anche l’art. 8 della L. 8.11.00, n. 328 dove è fissata - di norma - la coincidenza degli ambiti territoriali dei servizi sociali con i distretti sanitari).

Capitolo 2

I LIVELLI DI ASSISTENZA

2.1 QUADRO GENERALE

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, ossia le attività e le prestazioni alle quali il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, l'accesso a tutti i cittadini in condizioni di appropriatezza, tempestività ed equità, nel rispetto del principio di economicità nell'impiego delle risorse.

L'individuazione dei Livelli è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale.

Il decreto elenca anche le prestazioni da ritenersi escluse dai livelli essenziali garantiti e introduce criteri di appropriatezza e di razionalizzazione delle risorse a cui debbono conformarsi alcune classi di prestazioni per essere erogabili all'interno dei livelli essenziali stessi, affidando alle Regioni il compito di adottare direttive specifiche.

Il DPCM ha grande impatto anche sull'area dell'integrazione sociosanitaria dal punto di vista organizzativo ed economico, in quanto viene fissata, per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili, una percentuale di costo non attribuibile al Servizio sanitario Nazionale.

I livelli essenziali di assistenza classificati nel Decreto sono i seguenti:

- 1) ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
- 2) ASSISTENZA DISTRETTUALE
- 3) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il quadro delineato dal decreto 29/11/2001 pone in capo alla Regione alcuni compiti:

- fissazione delle indicazioni cliniche per l'appropriata erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B;
- individuazione della soglia percentuale di ammissibilità in regime di degenza ordinaria dei 43 DRG elencati all'allegato 2C e definiti "ad alto rischio di inappropriatezza";
- definizione delle tariffe delle prestazioni sociosanitarie, utilizzando come riferimento anche l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di integrazione sociosanitaria (DPCM 14/2/2001), superando quindi la logica della copertura dei costi con la composizione di una quota sanitaria e di una quota sociale;
- individuazione delle prestazioni sanitarie non comprese nei LEA erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Con specifici atti la Regione definisce le indicazioni cliniche necessarie per consentire l'erogazione all'interno dei LEA delle prestazioni elencate all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001:

- Assistenza odontoiatrica;
- Densitometria ossea;
- Medicina fisica, riabilitativa e ambulatoriale, ivi comprese la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia;
- Chirurgia refrattiva con laser a eccimeri.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce la gratuità delle certificazioni mediche di idoneità alla pratica sportiva agonistica in società dilettantistiche per tutti i minorenni e per i maggiorenni esentati dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Ferma restando la necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza, vengono individuate le modalità e i tempi per dare attuazione al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" per quanto concerne l'area dell'integrazione sociosanitaria (allegato "1c" del decreto), e al DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", sentiti gli organismi di rappresentanza degli Enti Locali.

2.1.1 L'accesso alle prestazioni e l'appropriatezza: riduzione delle liste di attesa

L'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA deve avvenire in condizioni di equità, appropriatezza e tempestività.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera la Regione in quest'ottica favorisce la riconversione delle risorse destinate all'attività di ricovero ordinario a bassa complessità verso livelli assistenziali più appropriati, e in particolare verso:

- ✓ attività di day hospital e day surgery
- ✓ assistenza sanitaria di base
- ✓ assistenza domiciliare
- ✓ prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- ✓ assistenza riabilitativa

L'appropriatezza viene inoltre garantita grazie ai controlli di qualità presso le strutture erogatrici, controlli che costituiscono anche requisito vincolante per l'accreditamento.

Uno dei principali risultati da ottenere come conseguenza di forti interventi sui versanti dell'accesso e dell'appropriatezza è rappresentato dalla riduzione delle liste di attesa. È infatti dimostrato che il potenziamento dell'apparato di offerta non accompagnato da misure su questi aspetti risulta incapace di contenere i tempi di attesa, anche per l'effetto indotto sulla domanda dall'aumento dell'offerta.

A tale riguardo la Conferenza Stato – Regioni ha prodotto un documento sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel quale sono fissate, come riferimento per le Regioni, classi di priorità cliniche alle quali sono associati tempi massimi di attesa per le prestazioni di diagnostica e per l'attività di ricovero in elezione.

Grazie agli sforzi compiuti negli ultimi anni, gli obiettivi raggiunti dalla Regione Liguria, in termini di tempi di attesa, risultano migliori rispetto alle indicazioni contenute nel suddetto documento. Ciò è stato possibile sviluppando, accanto al potenziamento e al rinnovo dell'apparato di offerta, alcune iniziative incentrate sul coinvolgimento dei medici prescrittori e degli specialisti in percorsi di definizione di protocolli operativi e linee guida. In tal senso, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente i positivi risultati già raggiunti, vanno utilizzati tutti gli strumenti ancora disponibili (es. accesso diretto ad alcune classi di prestazioni, senza prenotazione, ecc.).

Obiettivi del Piano per il triennio sono:

- la riduzione a 30 giorni dei tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche ambulatoriali adottando anche criteri di priorità, conformemente alle indicazioni nazionali sopra ricordate
- l'attivazione di processi di monitoraggio e recupero di efficienza per i tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri in elezione.

2.2 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Questo livello di assistenza trova collocazione nel Dipartimento di Prevenzione che si configura come una delle articolazioni strutturali della Azienda U.S.L..

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura operativa dell'Azienda USL che ha lo scopo di garantire la tutela della salute collettiva e fornire risposte unitarie ed efficaci alla domanda di salute, anche inespresa, della popolazione, perseguendo le seguenti strategie:

- promozione della salute
- prevenzione degli stati morbosi
- miglioramento della qualità della vita

I principi su cui si basa il sistema di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro sono essenzialmente:

1. unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza ed ambientali
2. intersettorialità ed interdisciplinarietà degli interventi
3. partecipazione di tutti i soggetti interessati (cittadini, istituzioni)
4. trasformazione degli interventi di prevenzione da meri adempimenti normativi a realizzazione di programmi di misure di prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura complessa con propria autonomia organizzativa e gestionale, regolamentata con l'atto di autonomia aziendale.

I profondi mutamenti introdotti dalla normativa comunitaria degli ultimi anni comportano l'esigenza di una trasformazione culturale degli operatori e dei cittadini in armonia con i principi ispiratori nella nuova sanità pubblica.

L'esercizio dell'attività di controllo pubblico si dovrà integrare con le nuove responsabilità dirette dei singoli soggetti nell'adozione delle misure idonee a tutelare la salute dei cittadini e dei lavoratori e con la capacità di rispondere in modo rapido e coordinato alle minacce che incombono sulla salute, tramite il rafforzamento dei meccanismi di sorveglianza, di diagnosi precoce e di tempestività di intervento.

Le attività su cui si fonda il Dipartimento di Prevenzione sono:

- Informazione
- Formazione
- Educazione sanitaria
- Assistenza
- Vigilanza
- Controllo

Tali attività necessitano di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura della Sanità Pubblica, caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) Valutazione dei bisogni e identificazione del rischio (risk assessment)
- b) Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia (Evidence – based public health)
- c) Analisi sistemica
- d) Comunicazione
- e) Assicurazione di qualità (quality assurance)

L'efficacia dell'azione preventiva posta in essere dalle Aziende Sanitarie dipende dalla capacità delle stesse di sviluppare modalità organizzative dell'offerta in funzione delle esigenze dei cittadini (sportello di prevenzione), anche in integrazione con altri soggetti aziendali e interfaccia dello sportello unico delle imprese nonché di istituire e mantenere relazioni tra soggetti pubblici, tra i quali prioritariamente gli Enti locali e gli uffici periferici dei Ministeri e Istituti competenti, e con soggetti privati, quali le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Categoria, le Rappresentanze di cittadini (portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati) ecc., in quanto soggetti capaci di contribuire alla promozione e protezione della salute della popolazione.

L'azione del Dipartimento di Prevenzione favorisce lo sviluppo delle più ampie collaborazioni ed integrazioni funzionali con gli altri servizi dell'Azienda USL al fine promuovere e stimolare l'attivazione di iniziative di prevenzione, nell'ambito di programmi di interventi comuni, finalizzata al rafforzamento delle funzioni specifiche del Dipartimento stesso.

2.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

La costituzione, l'avvio della piena operatività e la valorizzazione dei Distretti, in armonia con quanto previsto dal PSN, tenuto conto del D. Lgs. 229/1999 e delle esperienze nazionali ed internazionali, costituiscono le condizioni per il raggiungimento degli obiettivi del presente documento.

Le seguenti indicazioni devono pertanto intendersi come obiettivi a cui le Aziende Sanitarie Locali devono tendere, mantenendo comunque gli opportuni margini di flessibilità e autonomia nella definizione gli aspetti organizzativi che devono necessariamente tenere conto delle specifiche realtà territoriali.

Il Distretto è chiamato a:

- Interpretare e regolare, anche in termini di appropriatezza, la domanda sanitaria sociosanitaria adeguandola alle risorse disponibili (pubbliche e non)
- Costruire connessioni tra bisogni e risorse;
- Svolgere, all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale, il ruolo di coordinamento e di integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria extraospedaliera;
- Offrire un'attenzione "personalizzata", particolarmente mirata ai soggetti deboli, spesso anche svantaggiati dalla incapacità di accedere alle informazioni.

In tale contesto il Distretto garantisce nel proprio territorio il coordinamento, l'integrazione funzionale ed il controllo dei fattori della produzione, mentre i dipartimenti specialistici ne costituiscono il supporto.

E' necessario prevedere a livello Aziendale gli opportuni strumenti che assicurino l'integrazione dei processi orizzontali di produzione con quelli verticali. In questa logica il distretto, valorizzando il ruolo dei professionisti che vi operano, si pone come soggetto capace di analizzare, valutare e gestire, la domanda proveniente dai cittadini, acquisendo anche dai dipartimenti, intesi quali strutture di offerta, le prestazioni necessarie a rispondere ai bisogni dei cittadini stessi. Quindi un distretto che svolge un ruolo strategico ed organizzativo e un dipartimento con funzioni di erogatore delle prestazioni, con autonomia tecnica e scientifica.

In questo senso, occorre che il dipartimento, sviluppi una logica finalizzata a rispondere, attraverso ai propri punti di erogazione alle esigenze espresse dal distretto entro il cui territorio le prestazioni sono erogate.

In quest'ottica il Distretto deve divenire centro di riferimento e di accesso del cittadino per tutti i servizi sanitari e sociosanitari, in modo da evitare la frammentazione delle risposte assistenziali attualmente esistente in relazione alle diverse tipologie di domanda. Il Distretto deve configurarsi pertanto come "porta di accesso unificata" alle reti dei servizi aziendali ed extra aziendali, al cui interno si esplica e si valorizza in maniera prioritaria il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Assistenti Sociali, quali diretti interlocutori degli utenti e delle loro famiglie e responsabili della lettura e decodificazione della domanda espressa dai cittadini e dell'identificazione del bisogno assistenziale.

Il Distretto inoltre assicura risposte appropriate, efficaci e integrate, attivando programmi assistenziali personalizzati e individuando il case manager per gli interventi multidisciplinari.

Ruolo centrale, ai fini della programmazione della rete dei servizi territoriali, deve anche essere riattribuito alle famiglie, alle quali va riconosciuto il diritto di esprimere – direttamente e complessivamente – la propria domanda di servizi.

Il quadro così delineato porta a un ribaltamento del sistema attualmente esistente: il cittadino non si muove più alla ricerca delle risposte settoriali, ma diviene destinatario di una rete di risposte complessive e integrate.

Obiettivi primari del Distretto quindi sono:

- Superare una configurazione "verticale", nella quale le prestazioni sono fornite separatamente per specialità, con conseguente frammentazione dei servizi e dei Dipartimenti, privilegiando l'integrazione orizzontale dei servizi e la presa in carico complessiva dei bisogni del cittadino;
- Rispondere al bisogno della persona e della famiglia, accedendo alla struttura dell'offerta;
- Assicurare una rete flessibile e integrata di servizi;
- Garantire quindi un'offerta di servizi quanto più possibile omogenea e unitaria.

Al Distretto sono affidate le seguenti funzioni:

- a) svolgere, insieme ai MMG, il ruolo di governo della Domanda;
- a) garantire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per gli utenti del proprio territorio;
- b) assicurare l'integrazione sociosanitaria;
- c) gestire le risorse umane, strumentali e finanziarie ad esso assegnate;
- d) svolgere attività di prevenzione ed educazione sanitaria in coordinamento con le attività del Dipartimento di Prevenzione;
- e) attivare un monitoraggio dei consumi farmaceutici sotto il profilo epidemiologico ed economico, avvalendosi anche della collaborazione dei farmacisti convenzionati;
- f) erogare i seguenti sottolivelli di assistenza:
 - Assistenza sanitaria di base (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Guardia Medica);
 - Assistenza farmaceutica;
 - Assistenza specialistica ambulatoriale;
 - Assistenza territoriale e semiresidenziale;
 - Assistenza residenziale sanitaria.

2.3.1 Medicina specialistica ambulatoriale

La politica della Regione, prevede un significativo potenziamento della funzione specialistica ambulatoriale che si inquadra nel più generale rafforzamento dei servizi territoriali. Quanto sopra in coerenza con quanto già realizzato, che ha portato a significativi risultati, per esempio in tema di riduzione delle liste di attesa.

Tale rafforzamento garantisce una efficace funzione di filtro, necessaria ad evitare accessi impropri alla funzione ospedaliera di ricovero.

La funzione specialistica è assicurata, in sede distrettuale, dai medici convenzionati ai sensi dell'art.48 della L. 833/78 ed in sede ospedaliera dai medici di reparto in regime ambulatoriale.

E' indispensabile che tali attività, siano integrate e funzionalmente coordinate in sede distrettuale, e deve prevedere:

- condivisione e implementazione di protocolli comuni di tipo diagnostico e terapeutico;
- utilizzo di attrezzature e spazi comuni;
- Percorsi di aggiornamento e formazione

Con particolare riferimento all'aggiornamento professionale obbligatorio degli specialisti ambulatoriali interni, deve essere individuato un unico percorso formativo con la dipendenza medica relativamente alle iniziative gestite dalla A.S.L. e si individuano analoghi percorsi formativi comuni con le Aziende autonome ospedaliere che vedano specialisti ospedalieri/universitari e specialisti ambulatoriali inseriti nei medesimi progetti. Infine, in ambito distrettuale, ci si deve orientare verso un rafforzamento della collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) circa iniziative di aggiornamento nell'ottica di una comune e sinergica strategia formativa.

2.3.2 L'integrazione socio sanitaria

Per integrazione socio sanitaria si intende l'erogazione contestuale di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, rese ai cittadini sulla base di progetti personalizzati elaborati sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Il quadro normativo a cui la Regione è chiamata a dare attuazione è composto, oltre che dal D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" e dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento classifica le prestazioni afferenti all'area sociosanitaria:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria

Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale si caratterizzano come interventi che, erogati contestualmente ad adeguate prestazioni sociali, sono finalizzati alla promozione della

salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.

Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali. Tali prestazioni attengono prevalentemente ad alcune aree di bisogno, in cui è più frequente la necessità di integrazione tra intervento sanitario e intervento sociale, quali: disabilità, patologie per infezioni da HIV, patologie terminali, patologie cronico degenerative.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono interventi sociali finalizzati a supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che ne condizionano lo stato di salute (quali, ad esempio, interventi di aiuto domestico familiare per persone non autosufficienti, finalizzati a favorirne la permanenza al domicilio; interventi di inserimento sociale in favore di soggetti affetti da disabilità o patologie psicofisiche e da dipendenza).

Il DPCM 29/11/2002 individua, per le classi di prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non sono distinguibili, la quota percentuale dei relativi costi a carico del Comune o dell'utente, in coerenza con i criteri definiti nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento.

La Regione definisce gli standard assistenziali e determina le tariffe, garantendo uniformità a livello territoriale.

Si passa perciò da un sistema in cui i costi dell'assistenza sociosanitaria sono coperti in forma disgiunta dal SSR per la componente sanitaria e dai Comuni ovvero dagli utenti per le componenti sociali e alberghiere, ad un sistema basato sulla determinazione di una tariffa omnicomprensiva tarata sugli standard assistenziali.

In tale logica devono essere individuati le modalità e i tempi per dare attuazione al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" per quanto concerne l'area dell'integrazione sociosanitaria (allegato "1c" del decreto), e al DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", sentiti gli organismi di rappresentanza degli Enti Locali.

Obiettivo della Regione è procedere alla riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra le varie fasi assistenziali, tramite una migliore e più efficiente attribuzione e definizione delle competenze, organizzative ed economiche, tra i soggetti responsabili dell'assistenza socio-sanitaria.

In particolare è necessario garantire al cittadino un punto di accesso unificato ai servizi socio-sanitari ("sportello unico"), portato il più possibile in prossimità dell'utenza, sia in termini fisici, sia virtuali (call-center). A ciò va associata la garanzia, a fronte dell'espressione di bisogni complessi, di una presa in carico complessiva che consenta l'attivazione degli opportuni percorsi assistenziali integrati e la valutazione degli esiti.

In questo quadro risulta indispensabile adeguare l'apparato di offerta al fabbisogno, in particolare affiancando al necessario completamento e alla riorganizzazione dell'area degenziale extraospedaliera, un potenziamento dell'assistenza domiciliare e semiresidenziale.

Per garantire le tipologie di assistenza sopra descritte deve quindi attuarsi una integrazione sostanziale tra i diversi soggetti erogatori (ASL e Comuni).

In questa prospettiva, è necessario coordinare ed integrare, in una logica il più possibile unitaria, le fonti di finanziamento in modo tale che le diverse esigenze, sanitarie e sociali, possano trovare punti di accesso unificato alla totalità dei servizi e delle prestazioni erogabili.

Tali principi trovano peraltro riscontro e corrispondenza nei contenuti della legge 328/2000, in particolare per quanto riguarda i seguenti aspetti:

- servizi sociali equamente distribuiti sul territorio e finanziariamente sostenibili;
- ambiti intercomunali (o decentramento di grandi Comuni) come territorio ottimale per la gestione delle prestazioni sociali e per l'integrazione socio-sanitaria;
- necessità di esprimere una "regia pubblica" della rete di protezione sociale, aperta a diversi soggetti erogatori.

Le più volte richiamate logiche di integrazione socio-sanitaria richiedono sistemi di accesso, di programmazione e di offerta delle prestazioni, all'interno dei quali assume significativo rilievo, accanto alle caratteristiche del soggetto gestore della prestazione, la

costruzione del processo integrato: ne discende che l'integrazione sociosanitaria avviene in base a procedimenti e a protocolli concordati tra servizi dell'Azienda Sanitaria Locale e servizi di pertinenza dei Comuni.

Per assicurare tali valori, è indispensabile fare riferimento a una grandezza geografica univoca, sia per l'aspetto sociale che per l'aspetto sanitario, adottando, non solo sul piano sostanziale, ma anche su quello terminologico, una denominazione univoca: non Zona sociale e Distretto sanitario, ma Zona sociosanitaria.

Risulta necessario, come meglio specificato nella seconda parte del piano al paragrafo 5, promuovere la razionalizzazione e il coordinamento di tutte le attività rivolte alla terza età, creando punti di accesso unificati per l'attivazione dei servizi assistenziali e modulando gli apporti sanitari e sociali in base alle specifiche esigenze, con l'obiettivo finale di favorire, laddove possibile, la permanenza al domicilio dell'anziano.

L'impostazione generale del modello di integrazione permette da un lato di soddisfare le esigenze di appropriatezza dei trattamenti sanitari e sociosanitari, e dall'altro garantisce la massima salvaguardia della sfera sociale e relazionale delle persone. Quest'ultimo obiettivo va perseguito in particolare valorizzando il ruolo centrale del volontariato e delle famiglie all'interno dei progetti assistenziale.

2.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le funzioni proprie dell'assistenza ospedaliera sono svolte in conformità con quanto definito nel presente Piano relativamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera (v. cap. 1, parte II).

La riorganizzazione della rete ospedaliera è ispirata ai seguenti principi:

- verifica e miglioramento da parte delle Aziende del livello qualitativo e di appropriatezza delle prestazioni;
- valorizzazione dei punti di eccellenza con particolare riguardo all'Azienda ospedaliera San Martino di Genova;
- deospedalizzazione della casistica caratterizzata da "bassa complessità" con contestuale trasferimento di risorse dalla funzione ospedaliera a quella extraospedaliera. Potenziamento delle forme di assistenza più appropriate, sia ospedaliere (day hospital e day surgery), sia ambulatoriali, sia territoriali (residenzialità extraospedaliera, assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale);
- ridefinizione del ruolo dei presidi nel sistema di emergenza/urgenza in base all'effettivo possesso dei requisiti di legge ;
- eliminazione delle particolari criticità presenti nell'area metropolitana genovese.

Capitolo 3
ORGANIZZAZIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

3.1 LA DOMANDA: IL SISTEMA DI TUTELA

3.1.1 Il ruolo attuale delle ASL, quello a tendere e l'organizzazione delle Aziende

Come evidenziato tra gli obiettivi di piano, è necessario che il ruolo della Azienda Sanitaria Locale, attraverso i Distretti, sia orientato, in collaborazione con le comunità locali, sempre più allo svolgimento della funzione di tutela e di rappresentanza del cittadino e sempre meno a quello di soggetto erogatore.

Le ASL tutelano la salute dei cittadini garantendo i livelli di assistenza definiti a livello nazionale, sia attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni, sia attraverso gli accordi e contratti con gli erogatori pubblici e privati. La funzione di erogatore di prestazioni ospedaliere, in una prospettiva di medio lungo periodo, deve essere superata.

L'esercizio della funzione di tutela, presuppone l'esercizio della funzione di controllo sulla qualità ed appropriatezza della produzione.

In tale complessivo contesto il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta, ai fini del controllo della domanda, diventa strategico

L'obiettivo di separare la funzione ospedaliera, richiede un approccio graduale che vede come primo passo organizzativo, la costituzione da parte della ASL di forme di autonomia operativa ed economico-finanziaria per i presidi ospedalieri a gestione diretta;

In particolare l'A.S.L. dovrà garantire in prima persona: l'attività di prevenzione (Igiene, Sanità pubblica, Sicurezza negli ambienti di lavoro, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Educazione sanitaria, Veterinaria); l'attività di controllo sui requisiti e la sicurezza delle strutture sanitarie; i rapporti e l'integrazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ai fini di garantire l'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale; l'assistenza farmaceutica territoriale tramite le farmacie convenzionate; l'assistenza specialistica tramite i propri ambulatori e i presidi ospedalieri.

Nella prospettiva delineata di separazione tra Aziende produttrici/erogatori ed acquirenti le ASL dovranno progettare organizzazioni in grado di erogare le prestazioni sopra enunciate.

E' opportuno ricordare, i seguenti obiettivi di fondo - tra loro strettamente connessi – che costituiscono l'orientamento al territorio che la programmazione regionale assegna alla ASL:

- il potenziamento dell'assistenza extra ospedaliera;
- il dovere di garantire ai cittadini percorsi guidati e risposte assistenziali integrate

Le ASL e gli Enti locali assicurano a livello di distretto sanitario/zona l'integrazione dell'attività sanitaria e socio-sanitaria con gli interventi sociali.

Il modello organizzativo che si intende adottare, è quello distrettuale, le cui macrocaratteristiche sono riportate al cap.2.3

3.2 L'OFFERTA: I SOGGETTI EROGATORI

3.2.1 Il ruolo delle aziende ospedaliere, degli enti ospedalieri e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Questi soggetti sono chiamati a svolgere funzioni di produzione, erogazione di servizi e prestazioni nonché - alcuni - attività di ricerca scientifica e didattica.

Le funzioni suindicate devono essere svolte in modo da soddisfare - nel rispetto dei criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza - i bisogni di assistenza ospedaliera così come identificati negli accordi stipulati con le Aziende ASL.

La caratterizzazione di Aziende di produzione impone - se possibile - di riconoscere a questi soggetti una ancora maggiore autonomia organizzativa, che deve essere da loro sfruttata al meglio al fine di ricercare alti livelli di flessibilità.

La soluzione dipartimentale prevista dal 229 deve, pertanto, essere interpretata e costruita in termini di risposta alle esigenze proprie di queste Aziende di: integrazione, coordinamento, flessibilità, razionalizzazione dei costi, sburocratizzazione, centralità del paziente e, in prospettiva sempre maggiore, di specializzazione.

E' appena il caso - a contraltare di quanto già evidenziato per le ASL - di evidenziare l'opportunità per queste strutture di prevedere funzioni e soluzioni organizzative collegate all'attività di produzione quali la negoziazione o la promozione della qualità percepita dagli assistiti.

Tali soluzioni devono tenere conto di quanto concordato negli accordi con la ASL laddove, tra l'altro, devono essere: a) fissati obiettivi di salute, b) previsti programmi di integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri, c) definiti appositi protocolli attuativi.

Resta fermo che l'obiettivo di fondo è quello già indicato di un rafforzamento dell'assistenza extra ospedaliera, con la conseguenza di dover porre in essere strumenti e istituti di gestione del personale che possano facilitare il conseguimento di tale finalità.

Particolare rilievo deve essere riconosciuto al ruolo e alla presenza degli Istituti di cura a carattere scientifico - I.S.T. e Gaslini - per i quali, fermi restando i compiti istituzionali di ricerca, devono essere assicurate l'integrazione e ogni possibile sinergia con il sistema sanitario regionale.

Il ruolo che tali Istituti sono chiamati a svolgere nello sviluppo del sistema sanitario regionale viene ulteriormente definito e precisato nella parte II, capitolo 2.

3.2.1 Il ruolo delle aziende private accreditate

E' preliminarmente opportuno un richiamo al principio peraltro già affermato di assoluta parità tra soggetti pubblici e privati che devono essere in possesso di uguali requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi; possesso acclarato attraverso il processo di accreditamento.

Tutte le strutture accreditate – pubbliche e private – sono chiamate paritariamente, sulla base dei piani attuativi locali e nel rispetto degli accordi contrattuali stipulati con le ASL, ad erogare prestazioni previste dai livelli essenziali ed uniformi di assistenza ed ugualmente sono chiamate a rispondere in termini di qualità ed appropriatezza dell'attività svolta come peraltro espressamente previsto dal D. Lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

La prospettiva ricercata è di potenziare e differenziare la rete di offerta delle prestazioni attribuendo alle Aziende sanitarie locali il compito di costituire e organizzare la rete dei servizi territoriali e l'acquisizione di prestazioni dagli erogatori pubblici e privati.

Occorre dunque dimensionare ed orientare l'offerta pubblica e quella privata – integrandole – in un contesto di flessibilità e tempestività di risposta. Solo la presenza di una componente privata può rendere infatti effettiva la libertà di scelta del cittadino valorizzandone le opzioni costituendo, d'altro canto, un efficace stimolo di miglioramento per le strutture pubbliche.

Senza contare, infine, che l'apertura di nuovi spazi imprenditoriali, a fronte di una domanda e di bisogni di salute in espansione, può prefigurare, più in generale, un'occasione di crescita economica offrire nuove strutture di servizi e opportunità di lavoro.

3.2.2 Il ruolo dell'Arpal e dell'Istituto di Zooprofilassi

L'ARPAL e l'IZS costituiscono il supporto tecnico alle funzioni di prevenzione collettiva proprie delle Az. USL - Dipartimento di Prevenzione - per la realizzazione del sistema integrato delle attività di prevenzione con particolare riferimento a: monitoraggio biologico, sorveglianza epidemiologica, formulazione di mappe di rischio, informazione, documentazione, comunicazione del rischio ed educazione sanitaria.

Tale sistema costituisce apporto tecnico allo sviluppo delle politiche degli Enti locali per il miglioramento della salute della popolazione e nell'ambito dello sviluppo sostenibile assicurando:

- la valenza unitaria delle attività e dei compiti espletati dal S.S.R.
- la realizzazione di modalità di rapporto con gli utenti, volte ad evitare la frammentazione degli interlocutori pubblici e favorire l'univocità di comunicazione.

L'ARPAL e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale sono chiamati a rispondere in maniera efficace, razionale e flessibile alle esigenze del Servizio Sanitario Regionale, attraverso una programmazione operativa coordinata nell'ambito della pianificazione delle Az. USL, che stabilisce gli interventi di prevenzione prioritari rispetto agli obiettivi locali di salute.

Da tale collaborazione le Aziende USL potranno trarre quei supporti tecnici necessari ad effettuare l'analisi delle principali aree e situazioni di criticità, definire indicatori comuni per

la pianificazione degli interventi e indicatori di efficacia degli stessi e le conseguenti attività di reporting, di documentazione e di divulgazione sociale, costruire profili di rischio integrati.

A tal fine si rende indispensabile la formazione congiunta degli operatori del sistema; e l'integrazione e lo sviluppo dei sistemi informativi.

Capitolo 4

STRUMENTI DI GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

4.1 LA RELAZIONE TRA IL SISTEMA DI TUTELA ED IL SISTEMA DI OFFERTA: ACCORDI E CONTRATTI

Il riconoscimento di autonomia alle Aziende sanitarie e la separazione tra produttori ed erogatori impone un significativo ricorso allo strumento degli accordi e contratti come delineato nella deliberazione del Consiglio regionale n. 54 del 21.11.00 e nella successiva delibera attuativa della Giunta regionale n. 1296 del 28.11.00.

Con i richiamati provvedimenti si è fornito alle Aziende sanitarie uno schema di contrattazione da utilizzare come punto di riferimento nella negoziazione con i soggetti pubblici e privati; resta fermo che lo schema proposto deve necessariamente essere integrato e completato in sede di negoziazione prevedendo le clausole e le modifiche opportune a concretizzare le volontà contrattuali dei contraenti.

Le Aziende ASL sono chiamate a stipulare gli accordi contrattuali sulla base di valutazioni comparative della qualità e dei costi; perché questa possibilità possa essere effettiva e tale da consentire una scelta con cognizione di causa su cosa convenga erogare e cosa acquistare è indispensabile preliminarmente rendere trasparenti i costi di produzione dei presidi dell'ASL enfatizzandone la funzione di erogazione.

In questa prospettiva gli accordi tra le Aziende sanitarie locali e le strutture pubbliche o equiparate concretizzano indispensabili momenti di raccordo tra le componenti del sistema finalizzati a ricercare:

- Una pianificazione interaziendale negoziata.
- La risoluzione preventiva di potenziali conflitti.
- Forme di integrazione nell'erogazione dell'assistenza e nella costruzione di percorsi terapeutici.
- Forme di condivisione delle risorse ed economie di scala.
- Forme di collaborazione e il contemperamento delle tensioni competitive.
- Una comune responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse rese disponibili.

Deve essere, infine, particolarmente enfatizzata la funzione di garanzia della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate che lo strumento degli accordi e dei contratti è chiamato ad assicurare.

4.2 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

La L.R. 20/1999 disciplina le procedure per l'autorizzazione al funzionamento e il processo di Accredimento istituzionale, che consente alle strutture pubbliche e private di erogare prestazioni sanitarie a carico del SSN.

Tutte le strutture sanitarie, pubbliche o private, infatti, devono essere autorizzate, in oggi, all'esercizio dal Comune di ubicazione, sulla base del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal DPR 14-1-1997, decreto recepito nell'ordinamento regionale con la LR 20/1999.

In tale contesto va ricordato che l'autorizzazione costituisce condizione fondamentale, nel sistema delineato dalla legge, per richiedere l'accredimento.

Va inoltre ricordato che tutto il sistema dei soggetti erogatori, in attesa della formalizzazione dell'accredimento, non operante ancora nella maggioranza delle Regioni Italiane, opera con modalità provvisorie (accredimento provvisorio), fatto questo che non determina squilibri nel sistema storico di erogazione delle prestazioni.

L'effettiva attuazione del sistema autorizzazione/accredimento delineato dalla L.R. 20/1999 si è scontrata con una situazione estremamente critica determinata, sostanzialmente da due fattori:

1. La non emanazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto in materia;
2. Il mancato stanziamento da parte del Governo delle ingenti risorse necessarie per consentire alle Aziende sanitarie la manovra strutturale di adeguamento di tutte le situazioni nelle quali gli standard sono carenti o incompleti (in oggi il problema tocca la stragrande maggioranza delle strutture pubbliche italiane).

La situazione di difficoltà è tanto più grave, ed in tal senso maggiore deve essere la prudenza nell'effettuare le valutazioni sulle criticità, per tutte le strutture private non profit o espressione del volontariato o dell'azione delle famiglie che, in oggi, assicurano gran parte delle delicate attività del settore socio sanitario (anziani, disabili, psichici, soggetti di

dipendenze), settori in cui l'azione pubblica è carente. Tali organizzazioni, che essendo private non possono usufruire dei finanziamenti che lo Stato finalizza alle strutture di proprietà pubblica, non hanno oggettivamente le condizioni, nella stragrande maggioranza dei casi, per promuovere gli investimenti necessari per l'adeguamento strutturale.

Il non verificarsi dei ricordati presupposti e la consapevolezza della situazione sopra delineata, ha fatto sì che La Regione rinviasse per tre volte l'attivazione del sistema. Tale approccio non è più sostenibile. La programmazione sanitaria regionale deve promuovere soluzioni organiche in materia.

In particolare, nell'ambito delle competenze legislative concorrenti in materia sanitaria, attribuite alla Regione stessa con l'approvazione delle modifiche del titolo V della Costituzione, è oggi possibile intervenire per:

- Rinviare nel tempo i termini di applicazione dei requisiti strutturali e impiantistici previsti dal DPR del 14-1-97;
- Promuovere una revisione degli standard regionali;
- Rivedere, al termine degli impegni contrattuali assunti dalla Regione con soggetti terzi, l'attuale sistema organizzativo, riportandolo alle funzioni svolte in forma diretta dal Dipartimento regionale competente;
- rilanciare la funzione innovativa dell'accreditamento per i punti di particolare eccellenza;
- Confermare nella fase transitoria la vigenza dell'attuale sistema di accreditamento provvisorio.

In attuazione dei principi sopra delineati la Giunta Regionale è impegnata, entro 120 giorni dall'approvazione del Piano, alla presentazione di un disegno di legge.

4.3 I CRITERI DI FINANZIAMENTO

L'obiettivo fondamentale della programmazione delle risorse economiche destinate al settore sanitario è quello di perseguire congiuntamente l'equilibrio complessivo del sistema e l'allocazione dei flussi finanziari secondo una logica di perequazione al bisogno misurata in ragione di parametri coerenti con quelli che governano la ripartizione delle risorse a livello nazionale.

Entrambi gli obiettivi devono presupporre l'adozione di misure che incidano in via strutturale sugli aggregati economici di riferimento, secondo un rapporto vincolante in cui i margini di recupero sui livelli di produttività rappresentano gli elementi necessari all'attivazione del sentiero di riallineamento.

La verifica costante sulla compatibilità economica di sistema costituisce, quindi, un'attività necessaria e condizionante dei termini quantitativi e temporali del processo redistributivo che si intende porre in essere.

All'interno del quadro delineato, sono individuati due obiettivi decisamente innovativi rispetto al passato:

- **Il riequilibrio delle quote capitarie**, in oggi distribuite in modo disomogeneo tra i diversi bacini d'utenza;
- **Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza**, che inverte la tendenza storica privilegiare la funzione ospedaliera;

4.3.1 Il riequilibrio delle risorse pro capite

L'obiettivo della programmazione finanziaria regionale per la sanità è il riequilibrio delle risorse assegnate alle singole ASL, tendente alla quota capitaria.

Infatti, l'attuale sistema di finanziamento adottato per il Servizio Sanitario Regionale, che a partire dall'anno 2000 si basa sull'assegnazione di una quota pro-capite pesata e sui livelli di assistenza, si caratterizza per lo squilibrio della distribuzione delle risorse pro capite, derivante da un sistema di finanziamento pregresso a spesa storica, spesa sbilanciata a favore dell'area metropolitana genovese, sede di un sistema di offerta sovradimensionato ed eccessivamente centralizzato;

Le criticità sono dovute anche al fatto che non è stato applicato in fase di avvio un meccanismo a quota capitaria sull'intero ammontare del FSR. Infatti, per garantire il più possibile l'equilibrio del sistema nel delicato passaggio all'impostazione a quota capitaria, una parte del finanziamento è stata ripartita sulla base dei consumi attuali, partendo dal presupposto che un cambiamento repentino di sistema sarebbe stato assolutamente inapplicabile.

La tabella seguente, riferita al 2002, è utile per comprendere il fenomeno:

Azienda	Quota capitaria ipotetica del 2002 secondo i criteri statali	Situazione delle risorse pro capite negoziate per il 2002
Asl1	1.429	1.275
Asl2	1.501	1.420
Asl3	1.499	1.596
Asl4	1.451	1.355
Asl5	1.459	1.436
Media regionale	1.480	1.480

Appare importante precisare che, essendo la composizione della popolazione residente il fattore determinante al fine di costruire la quota capitaria obiettivo, il confronto deve essere fatto a livello di singola ASL e non tra le ASL.

Il cambiamento del sistema di finanziamento, pur perseguendo la logica di una redistribuzione equilibrata, ha ottenuto solo i primi effetti ed appare opportuno continuare su questa strada per affermare il percorso di riavvicinamento delle risorse per ogni singolo residente.

A tale proposito va ricordato che le pesature delle quote capitarie, anche a riequilibrio raggiunto, essendo collegate a fattori che non si distribuiscono in eguale misura nei diversi territori (poiché, ad esempio, un'area geografica può avere più anziani di un'altra), produrranno nel finanziamento effetti differenti per i diversi bacini di utenza. Ne consegue che le quote obiettivo non sono le stesse per i diversi bacini di utenza, subendo alcuni scostamenti collegati a quanto sopra detto.

Tale percorso non può che essere sviluppato in modo lento, graduale e non traumatico, attuando un costante processo di riequilibrio delle quote storicamente distribuite, nella consapevolezza che l'obiettivo realisticamente si potrà raggiungere solo nel medio - lungo termine e comunque dopo l'anno 2004.

Occorre inoltre considerare che l'area genovese, intesa come complesso di strutture sanitarie appartenenti a diversi soggetti erogatori, svolge delle funzioni per cui le strutture, in particolare quelle ospedaliere di eccellenza di riferimento regionale ed extra regionale, hanno sviluppato un apparato produttivo, cui corrisponde un dimensionamento strutturale e una dotazione di risorse di personale maggiori di quelle che sarebbero necessarie se le Aziende svolgessero attività solo per il bacino di utenza della Asl 3 "Genovese".

Al fine di una corretta valutazione delle quote capitarie obiettivo, questa funzione regionale, in via di prima approssimazione, è stata quantificata e riallocata tra le 5 ASL per non incidere negativamente sulla valutazione comparativa delle quote pro – capite stesse.

I tempi occorrenti per il riequilibrio rappresentano un nodo delicato della programmazione. La velocità del riequilibrio è infatti direttamente proporzionale alla capacità del sistema di attuare manovre strutturali e di riconversione, presenti soprattutto nell'area metropolitana genovese.

Da una serie di approfondimenti di larga massima effettuati con particolare riguardo alle funzioni di alta complessità e di emergenza, la quota di sovradimensionamento dell'apparato strutturale e dei fattori della produzione di alcuni produttori dell'area metropolitana genovese, quota consolidatasi nel tempo per lo svolgimento di funzioni non collegate esclusivamente al bacino di riferimento, è stata in via di larga approssimazione stimata intorno al 3,5%.

4.3.2 Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza

La distribuzione delle risorse per i livelli di assistenza ha visto negli ultimi anni un riavvicinamento all'equilibrio tra la funzione ospedaliera, da sempre la maggiormente finanziata, e la funzione territoriale.

Già nell'anno 2001 la funzione territoriale pesava più del 50% e nel 2002 è stato ipotizzato in sede di riparto un valore pari al 52%.

Al fine di continuare il processo di deospedalizzazione si fissa il seguente obiettivo finale del triennio:

Funzione	2000	2001	2002	2005
Funzione territoriale	49.8%	50.9%	52%	54%
Funzione ospedaliera	50.2%	49.1%	48%	46%

4.3.3 Risorse 2003 - 2004

A livello nazionale si è definito nell'accordo tra Stato e Regioni la quantità risorse destinate alla sanità per il triennio 2002-2004. Ciò consente in via di prima approssimazione di definire la quantità risorse finanziarie disponibili per la regione Liguria nei prossimi due anni.

Conoscendo l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato e valutando costante l'andamento delle entrate proprie è possibile ipotizzare le risorse da destinare alle cinque aziende sanitarie locali.

in milioni di euro

	2002	2003	2004
Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (Stima al lordo degli accantonamenti)	74.564	77.532	80.501

Le basi su cui sono state costruite le ipotesi sono le seguenti:

- incremento del fondo sanitario nazionale così come definito dal documento di programmazione economica e dall'accordo del 8 agosto 2001;
- quote di accesso al fondo sanitario da parte della regione Liguria pari al 3,08%;

in milioni di euro

	2002	2003	2004
Quota di accesso al fondo sanitario da parte della Regione Liguria (Stima al lordo degli accantonamenti)	2.319	2.388	2.479

Nella tabella seguente sono identificate per le cinque aziende sanitarie locali le risorse pro capite che si prevede possano essere distribuite nel biennio futuro, realizzando così quella politica di riequilibrio delle quote capitarie fra le varie aziende.

- Sono ipotizzare percentuali di incremento differenziate fra le aziende sanitarie liguri al fine di conseguire il riequilibrio (asl 1 e 4 superiori al 3% sia per il 2003 che per il 2004).

Ipotesi di redistribuzione delle risorse
sulla base delle previsioni al 2004 dell'Accordo 8.8.2001

	<i>in euro</i>		
	Quota capitaria distribuita 2002	Quota capitaria obiettivo 2003	Quota capitaria obiettivo 2004
ASL 1	1.275	1.317	1.364
ASL 2	1.420	1.449	1.494
ASL 3	1.596	1.628	1.677
ASL 4	1.355	1.395	1.440
ASL 5	1.436	1.465	1.508
Totale	1.480	1.513	1.559

Il processo di riequilibrio sopra delineato deve proseguire con una velocità compatibile con le manovre strutturali e di incremento dell'efficienza che saranno promosse dalla programmazione regionale.

Si può peraltro formulare un'ipotesi di completamento del riequilibrio che non conoscendo le risorse disponibili viene espressa in percentuale rispetto alla media regionale. Pertanto sulla base della percentuale di incidenza della quota capitaria obiettivo della singola ASL rispetto alla media regionale del 100% si possono ipotizzare le seguenti percentuali che portano al riequilibrio proseguendo oltre il 2004, definendolo concluso nel successivo quinquennio.

Dimostrazione teorica di riallineamento delle quote capitarie nel rispetto dei parametri di pesatura della popolazione sulla media regionale				
	2006	2008	2010	Obiettivo finale da raggiungere per il riequilibrio
				Quota capitaria pesata di riferimento sulla base dei parametri statali rispetto alla media regionale*
ASL 1	90,4%	93,4%	96,3%	96,3%
ASL 2	97,7%	99,6%	101,5%	101,5%
ASL 3	105,5%	103,4%	101,3%	101,3%
ASL 4	94,2%	96,0%	97,8%	97,8%
ASL 5	97,3%	97,9%	98,5%	98,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Si ricorda che le pesature, essendo collegate a fattori che non si distribuiscono in eguale misura nei diversi territori, portano a quote capitarie differenziate per i diversi bacini di utenza mentre non incidono ovviamente sulla media regionale che è calcolata su come un unico teorico bacino regionale di utenza.

4.3.4 Fattori economico-finanziari e loro incidenza sulla programmazione del riequilibrio

Vi sono da prendere in considerazione “fattori indipendenti” e “fattori dipendenti” dalle politiche regionali che possono incidere sulla programmazione finanziaria delle risorse per la sanità.

Fattori indipendenti:

- il fondo sanitario nazionale potrebbe essere rideterminato e quindi potrebbero modificarne le condizioni base cui si è stimata la quantità di risorse disponibili per la regione Liguria;
- ridefinizione della quota di accesso al fondo sanitario nazionale da parte della regione Liguria, quindi riduzione delle risorse disponibili. Questo è un rischio alto in quanto le altre regioni italiane ritengono che nei criteri di accesso sia valutato in modo eccessivo il numero di anziani. Riducendo il peso degli anziani la regione Liguria si vedrebbe fortemente penalizzata;

- trend negativo della popolazione residente ligure che a parità dei criteri attuali del FSN può determinare una riduzione del finanziamento atteso;

Fattori dipendenti dalle politiche regionali

- Trend delle entrate proprie delle Aziende Sanitarie;
- Ticket farmaceutici che possono modificare in modo significativo la spesa regionale e anche i consumi dei farmaci;
- Individuazione le modalità più opportune per realizzare gli specifici obiettivi di contenimento della spesa sanitaria per le aree dove si devono attuare operazione di ristrutturazione e riconversione.

4.3.5 Relazione tra la programmazione del riequilibrio ed il riparto annuale del FSR

La quota capitaria obiettivo, determinata fino al 2004, gradualmente riequilibrata costituisce il riferimento per il riparto annuale delle risorse che diventa la sede di attuazione e verifica della sostenibilità economico-finanziaria dei trend sopra descritti.

Il riparto di competenza della Giunta Regionale è la sede in cui:

- il finanziamento verrà definito per i livelli di assistenza seguendo gli obiettivi sopra delineati;
- è attuato il processo di riavvicinamento delle quote capitarie definendo e valutandone la velocità al fine di non generare squilibri nel sistema;
- si definiscono le regole di carattere economico-finanziario che consentono la governabilità del sistema ivi compresi gli abbattimenti tariffari, i conguagli sull'effettiva produzione e le eventuali redistribuzione di risorse disponibili nel sistema.

La determinazione delle entrate delle aziende per il 2003-2004 è necessaria per permettere alle aziende sanitarie stesse di programmare gli interventi di ristrutturazione dei servizi per rendere compatibili le risorse finanziarie.

4.4 GLI INVESTIMENTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI PIANO

4.4.1 Obiettivi della manovra di riparto degli investimenti

La manovra di riparto ha l'obiettivo primario di:

- **riequilibrare la quota di risorse di investimento pro capite** storicamente assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere la quale presenta significativi disequilibri;
- **rafforzare gli investimenti sui servizi territoriali**, storicamente carenti rispetto a quelli destinati alla funzione ospedaliera.

4.4.2 Situazione degli investimenti pregressi

Investimenti ex Art. 20 L. 67/88

(N. B.: le somme relative agli investimenti ex art. 20 sono espresse in lire per agevolare il raffronto con lo storico)

Una delle principali fonti di finanziamento per gli investimenti a carattere pluriennale è costituita dalla procedure previste dall'articolo 20 della legge n. 67/88, che ha istituito un programma pluriennale straordinario di investimenti in sanità mediante il quale lo Stato ha finanziato le regioni per la realizzazione di interventi di nuova edificazione, ristrutturazione, manutenzione, messa a norma ed implementazione delle tecnologie, naturalmente nell'ambito sanitario.

Tale programma, per comodità, è sempre stato chiamato semplicemente "articolo 20".

Le regioni hanno dovuto contribuire con il 5% del totale degli investimenti.

In particolare, alla Liguria è stato assegnato originariamente un totale di 656.612 milioni di lire, da erogare in tranche successive relativamente a precise annualità.

Le singole assegnazioni sono di fatto avvenute come segue:

1. Il programma è partito nel 1995 con una prima tranche di finanziamento pari ad un totale di 380.728 milioni di lire (95% statale + 5% regionale) relativa agli anni 1995-1997 detta "primo triennio";

2. La seconda tranche è stata anticipata da un acconto detto appunto “acconto 1998”, pari a 64.575 milioni di lire (95% statale + 5% regionale), finalizzato prevalentemente ai completamenti ed alla messa a norma di strutture già esistenti;
3. Successivamente, nel 2000 è stato stipulato “l’Accordo di Programma” con il Ministero della Sanità, relativo agli anni 1999-2001 e integrato poi nel 2002, per un totale di 424.859 milioni di lire (95% statale + 5% regionale).

Lo stato di attuazione del programma è il seguente:

PRIMO TRIENNIO

47 interventi finanziati di cui 36 ultimati ed 11 in corso di ultimazione

ACCONTO 1998

38 interventi finanziati di cui 26 ultimati e 12 in corso di ultimazione

ACCORDO DI PROGRAMMA

141 interventi finanziati nell’ambito dei quali 123 progettazioni esecutive sono state ultimate e 95 cantieri sono stati aperti

Attualmente, la Regione Liguria ha ricevuto una ulteriore ed ultima assegnazione di 56.789 milioni di lire che va sommata ai 198.508 milioni di lire ancora disponibili sul programma articolo 20.

Per utilizzare tale somma, la Regione dovrà stipulare un nuovo Accordo di Programma con il Ministero della Salute che avrà un valore totale di oltre 270.267 milioni di lire (95% statale + 5% regionale).

Nell’ambito di tale accordo verranno condivise le “regole” per l’attuazione dello stesso (modalità, tempi, controllo e monitoraggio degli interventi e della spesa).

Vanno ricordati singoli provvedimenti che si aggiungono a quelli, già citati, relativi all’articolo 20, quali:

- Progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza sanitaria nell’area metropolitana genovese, di cui all’articolo 71 della L. 448/98, per un importo totale di € 130.166.579,56;

- Progetto di realizzazione delle strutture per l'attività libero professionale all'interno delle strutture pubbliche (intramoenia), per un importo totale di € 45.163.265,26;
- Progetto di realizzazione delle strutture per l'erogazione delle cure palliative ai malati terminali (hospice), per un importo totale di € 10.551.017,19.
- Potenziamento dell'Information e Communication Technology nelle Aziende sanitarie e ospedaliere liguri per un importo di € 37.429.353,14.

4.4.3 Criteri di riparto della quota ancora disponibile in base al programma ex art. 20 legge 67/88

L'attuazione degli obiettivi di Piano richiede la correlazione con una manovra di investimenti in conto capitale.

Fermi restanti i singoli interventi di ordinaria gestione e manutenzione, che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere realizzano mediante l'utilizzo delle quote di parte corrente del Fondo sanitario, la Liguria dispone ancora di 270.267 milioni di lire, da ripartire tra le Aziende stesse, frutto del programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88.

In tal senso la Liguria deve stipulare con il Ministero della Salute un nuovo Accordo di Programma, a completamento di quello già avviato.

La Regione ripartisce tale quota tra le singole Aziende Sanitarie ed Ospedaliere le quali sono vincolate a finalizzare tali risorse alla realizzazione di interventi coerenti con gli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

Si propongono, quindi, i criteri di riparto della quota ancora disponibile relativa al programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88.

In fase iniziale i criteri prevedono la suddivisione del finanziamento in due quote principali, **spedalità e territorio**. Tali criteri coincidono sostanzialmente con quelli adottati dal Consiglio Regionale negli atti di riparto delle precedenti quote (1° triennio, acconto 1998 e

Accordo di Programma anni 1999 – 2001). Anche in questa occasione il budget totale è stato suddiviso in due parti, individuate con parametri tendenti a riequilibrare la quota territoriale come segue:

- LA QUOTA DEL TERRITORIO È STATA INCREMENTATA ED È PASSATA DAL 42% AL 52% DEL TOTALE
- LA QUOTA DELL'OSPEDALE È STATA RIDOTTA ED È PASSATA DAL 58% AL 48% DEL TOTALE.

La quota territoriale (52% del totale) è stata ripartita tra le AASSLL sulla base della popolazione residente pesata, confermando ancora una volta il criterio già adottato dal Consiglio Regionale con i precedenti atti di riparto. La popolazione, aggiornata al 31.12.2000, prevede un'articolazione in sette fasce di età così come sono state definite dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali; tale criterio è in grado di tenere conto degli aspetti maggiormente significativi del rapporto popolazione/assistenza sanitaria.

La quota ospedaliera (48% del totale) è stata ripartita, tra le AASSLL, le AAOO e l'EO Galliera, sulla base del numero di posti letto, pesati in funzione dell'alta specialità (criterio della consistenza spaziale e volumetrica) confermando i criteri adottati dalla precedente Amministrazione. La pesatura è avvenuta assegnando al posto letto ordinario un valore pari a 1 e al posto letto di alta specialità un valore pari a 2, sulla base dei dati forniti dalle aziende ed aggiornati al 01.01.2002, ad eccezione del San Martino per il quale sono stati utilizzati gli ultimi dati forniti ed aggiornati al 15.04.2002.

Esigenza di riequilibrio degli investimenti pro-capite

I bacini di utenza corrispondenti alle AASSLL 2, 3, 4 e 5, a differenza di quello della ASL1, hanno beneficiato, negli anni passati, di alcuni finanziamenti finalizzati ad interventi di grande rilievo destinati in particolare agli ospedali.

La ASL1 non ha, ad oggi, potuto usufruire, come avvenuto negli altri bacini di utenza, di misure straordinarie e particolarmente significative capaci di modificare in termini pesanti la struttura di erogazione delle prestazioni. Gli interventi territoriali sono risultati minimali, quelli ospedalieri hanno consentito una parziale e limitata sistemazione dell'ospedale di Imperia e di Bordighera mentre l'intervento di Sanremo ha registrato un grave ritardo per problemi connessi al superamento dei vincoli posti dalla Sovrintendenza.

Inoltre, come già accennato, **dall'analisi della situazione pregressa condotta anche in funzione del valore delle quote di investimento pro-capite assegnate negli anni passati, risulta che l'Imperiese è situato sempre al di sotto di tutti gli altri bacini di**

utenza, ciò si può dedurre dalla seguente tabella la quale rappresenta, in modo sintetico, le quote pro capite assegnate ai diversi bacini di utenza con i precedenti riparti (storico).

SINTESI QUOTA INVESTIMENTI PROCAPITE STORICA	
AMBITI TERRITORIALI	Quota pro capite storica (€/ab)
IMPERIA	340.504
SAVONA	604.785
GENOVA	707.769
CHIAVARI	759.469
LA SPEZIA	761.979
Quota pro capite media	652.951

Da tale tabella si evince, infatti, che la quota storica di investimenti per cittadino residente risulta, per il bacino di utenza della ASL 1, di Lit. 340.504 mentre per tutte le altre aziende si attesta al di sopra di Lit. 600.000 (la media è di Lit. 652.951).

Il riequilibrio, successivamente descritto, riporta il bacino ASL 1 poco al di sotto delle 700.000 €/ab, ancorché permanga un sottodimensionamento rispetto agli altri bacini di utenza.

Per quanto riguarda le Aziende ospedaliere, la quota di assegnazione è stata calcolata sulla base del numero di posti letto di alta specialità.

E' comunque apparsa l'esigenza di garantire ad alcune Aziende ospedaliere un volume di finanziamento adeguato alle straordinarie esigenze che le stesse da tempo rappresentano:

- alla A. O. San Martino è stata attribuita una quota di riequilibrio in quanto da tempo sta esprimendo eccezionali esigenze di adeguamento normativo delle proprie strutture;
- alla A. O. Villa Scassi è stata attribuita una quota di riequilibrio tale da garantire all'Azienda la possibilità di proseguire negli interventi di risistemazione del presidio,

attualmente in corso, da diversi anni programmati e volti a una migliore e più organica sistemazione strutturale.

Analogamente a quanto previsto per l'A. O. Villa Scassi, anche per la ASL 4 è apparso necessario garantire la continuità negli interventi di risistemazione dei presidi territoriali attualmente in corso, quindi, anche a tale Azienda è stata attribuita una quota di riequilibrio.

Infine, per quel che riguarda la ASL 3 Genovese, le cui esigenze di investimento sono già soddisfatte dai finanziamenti specificamente previsti per le aree metropolitane (art. 71 l. 448/98), non si è ritenuto necessario procedere ad assegnazioni di fondi ex art. 20 ad eccezione di una quota pari a lit. 28 miliardi di vecchie lire, che corrisponde all'analogia riduzione operata dal governo sul programma sopra ricordato.

NOTA ILLUSTRATIVA

➤ RIPARTO BUDGET ART. 20 PER AREA OSPEDALIERA E TERRITORIALE ➤ MODALITA' ATTUATIVE DEL RIEQUILIBRIO

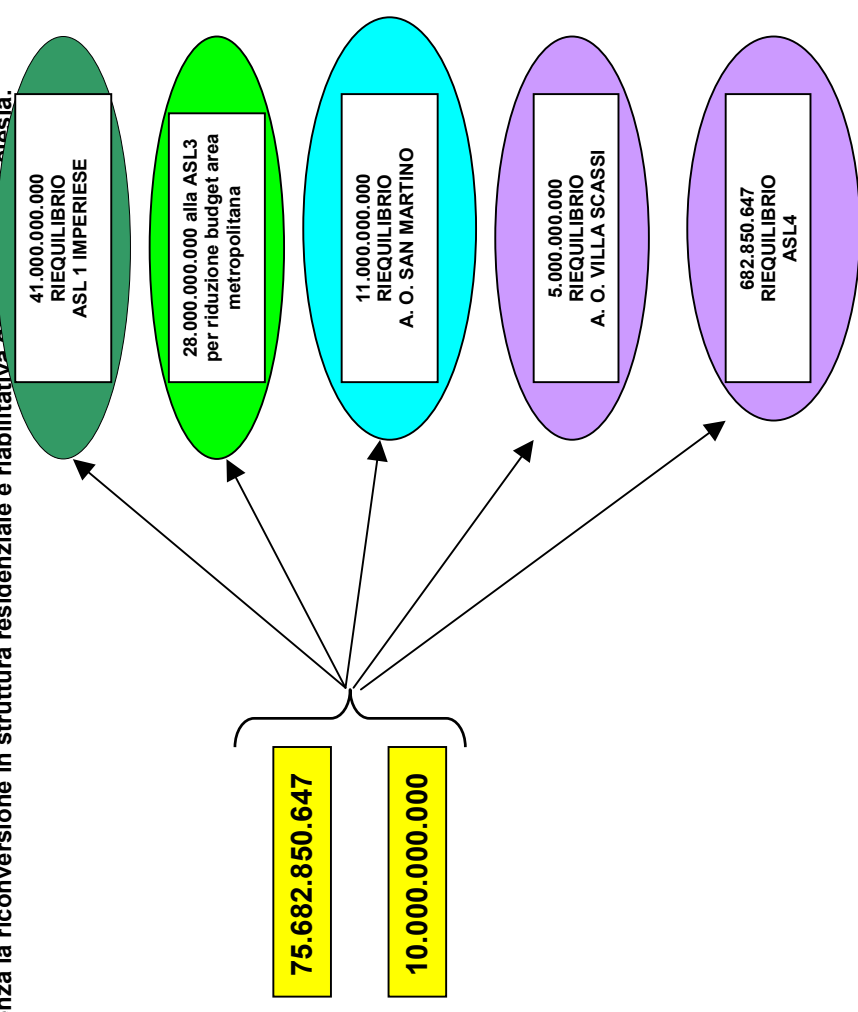
Innanzitutto si è scelto di non modificare i risultati del riparto effettuato con i criteri storicamente utilizzati (letti e popolazione pesata), al fine di determinare il budget destinato, per ogni Azienda sanitaria, rispettivamente alla funzione ospedaliera e territoriale.

Si è poi proceduto, alla luce delle considerazioni delle pagine precedenti, al riequilibrio in favore della ASL 1, della A. O. San Martino, della A. O. Villa Scassi e della ASL4. Tale riequilibrio è stato effettuato utilizzando la quota della ASL3 Genovese (oltre £ 75.000 milioni) tenuto conto che la stessa, da altra fonte (interventi per la riqualificazione dell'area metropolitana), riceve una quota molto significativa (oltre £ 166.000 milioni), ed utilizzando parte della quota della ASL5 perché tale Azienda ha beneficiato nel periodo progressivo, in misura sensibilmente maggiore rispetto alle altre AA. SS. LL., di ingenti finanziamenti finalizzati a nuove e consistenti realizzazioni come il nuovo Ospedale di La Spezia, il nuovo Ospedale di Sarzana e la nuova RSA di Sarzana.

Si è quindi scelto di utilizzare la quota complessiva così ricavata (£ 85.682.850.647) ripartendola tra la ASL1 (£41.000 milioni), l'A. O. San Martino (£ 11.000.000.000), l'A. O. Villa Scassi (£ 5.000.000.000) e la ASL4 (£ 682.850.647), garantendo, comunque, alla ASL3 un finanziamento di circa £28.000 milioni per integrare la riduzione, operata dal Governo (è stato preannunciato il reintegro), del budget sulla riqualificazione delle aree metropolitane. In ogni caso, in via cautelativa, la quota di £28.000 milioni si aggiunge a quella assicurata dal programma metropolitano ed andrà utilizzata dalla ASL3 sia per integrare il finanziamento del nuovo ospedale della Valpolcevera sia per avviare con urgenza la riconversione in struttura residenziale e riabilitativa della struttura di Galassio.

AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE	QUOTA OSPEDALIERA CRITERIO POSTI LETTO PESATI	QUOTA TERRITORIALE CRITERIO POPOLAZIONE PESATA
ASL 1	13.551.926.818	17.486.960.670
ASL 2	13.686.104.311	23.201.997.160
ASL 3	13.115.849.965	62.567.000.682
ASL 4	8.989.892.047	12.418.786.038
ASL 5	13.434.521.511	17.837.451.958
S. MARTINO	31.179.494.993	
S. CORONA	9.862.045.754	
VILLA SCASSI	8.168.054.901	
GALLIERA	11.254.137.246	
TOTALE	123.242.027.546	133.512.196.508

ASL3 riceve 166.000.000.000 dal Programma Area Metropolitana (meno riduzione di circa £ 28.000 milioni)



PROGRAMMA DI INVESTIMENTI ART. 20 L. 67/88 -RIPARTO DELLA SOMMA ANCORA DISPONIBILE (ANNI 2002 - 2004)

TABELLA CRITERI DI RIPARTO

AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE	CRITERIO LETTI PESATI PER ALTA SPECIALITA'				CRITERIO POPOLAZIONE PESATA PER FUNZIONE FARMACEUTICA			QUOTE PARZIALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DEI POSTI LETTO E DELLA POPOLAZIONE PESATI
	Letti ordinari (pesatura = 1)	Letti di alta specialità (pesatura = 2) individuati ai sensi del DM 29/01/1992	Letti pesati	QUOTA OSPEDALIERA (48% DEL TOTALE A DISPOSIZIONE) CRITERIO POSTI LETTO PESATI	Popolazione residente al 31/12/2000 (Ultimi dati ISTAT)	Popolazione pesata sulla base della funzione farmaceutica (7 fasce di età definite dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali)	QUOTA TERRITORIALE (52% DEL TOTALE A DISPOSIZIONE) CRITERIO POPOLAZIONE PESATA	
ASL 1	808	0	808	13.551.926.818	216.400	422.114	17.486.960.670	31.038.887.488
ASL 2	816	0	816	13.686.104.311	279.706	560.067	23.201.997.160	36.888.101.471
ASL 3	782	0	782	13.115.849.865	759.852	1.510.290	62.567.000.882	75.662.850.647
ASL 4	536	0	536	8.989.892.047	147.195	299.774	12.418.786.038	21.408.678.085
ASL 5	801	0	801	13.434.521.511	217.863	430.574	17.837.451.958	31.271.973.469
S. MARTINO	1.541	318	1.859	31.179.484.893				31.179.494.993
S. CORONA	494	94	588	9.862.045.754				9.862.045.754
VILLA SCASSI	391	96	487	8.168.054.901				8.168.054.901
GALLIERA	547	124	671	11.254.137.246				11.254.137.246
TOTALE	6.716	632	7.348	123.242.027.546	1.621.016	3.222.819	133.512.196.508	256.754.224.054

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI ART. 20 L. 67/88 -RIPARTO DELLA SOMMA ANCORA DISPONIBILE (ANNI 2002 - 2004)

TABELLA CRITERI DI RIPARTO

RIEQUILIBRIO								
AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE	QUOTE PARZIALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DEI POSTI LETTO E DELLA POPOLAZIONE PESATI	Quota di riequilibrio da ASL3 (detrazione a compensazione del finanziamento per il programma straordinario per l'area metropolitana che è pari a oltre 166 miliardi)	Quota di riequilibrio da ASL5 per le numerose e consistenti nuove realizzazioni già finanziate (Nuovo Ospedale di Spezia, Nuovo Ospedale di Sarzana, Nuova RSA di Sarzana)	QUOTA COMPLESSIVA DA RIDISTRIBUIRE AI FINI DEL RIEQUILIBRIO (Quota da ASL3 + Quota da ASL5)	RIDISTRIBUZIONE DELLA QUOTA COMPLESSIVA DI RIEQUILIBRIO (1)	95% STATALE QUOTE FINALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DI RIEQUILIBRIO ADOTTATI	5% REGIONALE QUOTE FINALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DI RIEQUILIBRIO ADOTTATI	TOTALE QUOTE FINALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DI RIEQUILIBRIO ADOTTATI
ASL 1	31.038.887.488				41.000.000.000	72.038.887.488	3.791.520.394	75.830.407.882
ASL 2	36.888.101.471				0	36.888.101.471	1.941.479.025	38.829.580.496
ASL 3	75.682.850.647	75.682.850.647			28.000.000.000	28.000.000.000	1.473.684.211	29.473.684.211
ASL 4	21.408.678.085				682.850.647	22.091.528.732	1.162.712.039	23.254.240.771
ASL 5	31.271.973.469		10.000.000.000	85.682.850.647	0	21.271.973.469	1.119.577.561	22.391.551.020
S. MARTINO	31.179.494.993				11.000.000.000	42.179.494.993	2.219.973.421	44.399.468.414
S. CORONA	9.862.045.754				0	9.862.045.754	519.055.040	10.381.100.793
VILLA SCASSI	8.168.054.901				5.000.000.000	13.168.054.901	693.055.521	13.861.110.422
GALLIERA	11.254.137.246				0	11.254.137.246	592.323.013	11.846.460.259
TOTALE	256.754.224.054	75.682.850.647	10.000.000.000	85.682.850.647	85.682.850.647	256.754.224.054	13.513.360.213	270.267.604.267

Nota (1): RIDISTRIBUZIONE DELLA QUOTA COMPLESSIVA DI RIEQUILIBRIO

41.000.000.000 vengono ridistribuiti alla ASL1 per riequilibrare la quota capitaria storicamente penalizzata

28.000.000.000 vengono ridistribuiti alla ASL3 per reintegrare la riduzione del finanziamento statale, pari a circa il 17% del totale, sul programma per l'area metropolitana genovese

11.000.000.000 vengono ridistribuiti alla A. O. San Martino per fare fronte alle eccezionali esigenze di adeguamento normativo delle proprie strutture

5.000.000.000 vengono ridistribuiti alla A.O. Villa Scassi per garantire la continuità negli interventi di risistemazione del presidio attualmente in corso

682.850.647 vengono ridistribuiti alla ASL4 per garantire la continuità negli interventi di risistemazione dei presidi territoriali attualmente in corso

TABELLA DI RIPARTO PER BACINI DI UTENZA – RAFFRONTO CON LO STORICO

RIPILOGO PER MACRO BACINI DI UTENZA																
AMBITI TERRITORIALI	ART. 20 Primo triennio (ante 1998)	ART. 20 Accanto 1998	ART. 20 Accordo di Programma 2000	Integrazione Accordo di Programma 2002 (ospedale Albenga, S. Martino Iperbarica, arredi La Spezia e Reppallo)	ART. 71 Riquilibrata area metropolitana genovese	Hospice 2000 e 2002	Libera professione 2000	Potenziamenti o Radioterapia 2001	Ammodernamento tecnologico 2001	SITUAZIONE STORICA DEGLI INVESTIMENTI (dal 1994 al 2002)	PERCENTUALE SULLO STORICO	Quota procapite storico (€/ab)	NUOVA PROPOSTA DI RIPARTO PER GLI ANNI 2002-2004	STORICO + NUOVE ASSEGNAZIONI	PERCENTUALE SUL TOTALE DI TUTTI GLI INVESTIMENTI	Quota procapite storico + nuove assegnazioni (€/ab)
IMPERIA	48.911	7.948	55.627	40.000	0	2.897	9.721	318	3.740	169.162	15,98%	604.785	49.211	218.373	16,43%	790.722
SAVONA	126.618	31.124	150.236	3.600	166.608	7.620	32.287	0	19.707	537.800	50,81%	707.769	99.581	637.381	47,97%	838.822
GENOVA	34.100	9.055	45.500	11.500	0	1.735	8.000	0	1.900	111.790	10,56%	759.469	23.254	135.044	10,16%	917.451
CHIAVARI	55.800	2.860	59.725	26.000	0	2.185	16.614	423	2.400	166.007	15,88%	761.979	22.392	188.399	14,18%	864.757
LA SPEZIA	285.029	64.575	334.505	81.100	166.608	16.138	79.917	1.006	29.566	1.058.444	100,00%	652.951	270.268	1.328.712	100,00%	819.678
TOTALE																

SINTESI ASSEGNAZIONI AREA METROPOLITANA GENOVESE (in milioni di Lire)			
Aziende dell'area metropolitana genovese	Storico	Nuova assegnazione da riparto Articolo 20 (anni 2002-2004)	Nuova assegnazione da Programma riqualificazione dell'area metropolitana (Articolo 71)
ASL 3	139.653	29.474	166.608
S. MARTINO	129.348	44.399	
VILLA SCASSI	37.961	13.861	266.189
GALLIERA	64.230	11.846	
Totale	371.192	99.581	266.189
			637.381

SINTESI QUOTA CAPITARIA		
AMBITI TERRITORIALI	Quota procapite storico (€/ab)	Quota procapite storico + nuove assegnazioni (€/ab)
IMPERIA	340.504	690.921
SAVONA	604.785	790.722
GENOVA	707.769	838.822
CHIAVARI	759.469	917.451
LA SPEZIA	761.979	864.757
Quota procapite media	652.951	819.678

Le cifre sono espresse in milioni di lire per facilitare il confronto con i dati storici

TABELLA DI RIPARTO PER BACINI DI UTENZA – RAFFRONTO CON LO STORICO

RIEPILOGO PER AZIENDE													NUOVA PROPOSTA DI RIPARTO PER GLI ANNI 2002- 2004	STORICO + NUOVE ASSEGNAZIONI	PERCENTUALE SUL TOTALE DI TUTTI GLI INVESTIMENTI
AZIENDE	storico														
	ART. 20 Primo triennio (ante 1998)	ART. 20 Accanto 1998	ART. 20 Accordo di Programma 2000	Integrazione Accordo di Programma 2002 (ospedale Albenga, S. Martino Iperbarica, arredi La Spezia e Rapallo	ART. 71 Riqualificazione area metropolitana genovese	Hospice 2000 e 2002	Libera professione 2000	Potenziamento Radioterapia 2001	Ammodern amento tecnologie 2001	SITUAZIONE STORICA DEGLI INVESTIMENTI (dal 1994 al 2002)	PERCENTUALE SULLO STORICO				
ASL 1	19.600	13.588	23.417			1.701	13.295	265	1.819	73.685	6,96%	75.830	149.515	11,25%	
ASL2	23.351	5.716	32.700	40.000		2.897	6.021	318	2.100	113.103	10,69%	38.830	151.933	11,43%	
ASL3	53.807	9.525	43.551		166.608	7.620	19.870		5.280	306.261	28,94%	29.474	335.735	25,27%	
ASL4	34.100	9.055	45.500	11.500		1.735	8.000		1.900	111.790	10,56%	23.254	135.044	10,16%	
ASL5	55.800	2.860	59.725	26.000		2.185	16.614	423	2.400	166.007	15,68%	22.392	188.399	14,18%	
A.O.S.MARTINO	32.097	9.231	68.920	3.600			7.500		8.000	129.348	12,22%	44.399	173.747	13,08%	
A.O. SANTA CORONA	25.560	2.232	22.927				3.700		1.640	56.059	5,30%	10.381	66.440	5,00%	
A.O. VILLA SCASSI	16.042	968	15.981				1.653		3.317	37.961	3,59%	13.861	51.822	3,90%	
E.O. GALLIERA	24.672	11.400	21.784				3.264		3.110	64.230	6,07%	11.846	76.076	5,73%	
TOTALE	285.029	64.575	334.505	81.100	166.608	16.138	79.917	1.006	29.566	1.058.444	100,00%	270.268	1.328.712	100%	

Le cifre sono espresse in milioni di lire per facilitare il confronto con i dati storici

4.5 LOGICHE E STRATEGIE DI RETE

Il passaggio da un'economia basata sull'industria ad un'economia basata sulla conoscenza ha imposto alle imprese di misurarsi su criteri di velocità, specializzazione e capacità imprenditoriale; d'altro canto le nuove possibilità di interconnessione e comunicazione hanno ridotto se non annullato i limiti di tempo e di spazio.

Questo nuovo scenario ha suggerito alle imprese l'adozione di processi di disgregazione (breakdown) divenendo sempre più difficile sostenere monopoli o il possesso di interi cicli integrati.

Le grandi imprese hanno pertanto avviato processi di frammentazione organizzativa in singole unità cercando al contempo di collegarsi/influenzare i partner e i concorrenti (si pensi a strumenti diversi quali partnership, franchising, joint venture, cosourcing, ecc).

In questa prospettiva si può leggere la capacità competitiva delle aree territoriali (distretti industriali); una politica di network consente alle imprese di mantenere strutture snelle e flessibili pur in stretta correlazione con fornitori, clienti, altre imprese.

Politiche di rete a maggior ragione devono trovare attuazione in logiche di competizione governata caratterizzate, da un lato, dalla separazione tra acquirenti e fornitori e dalla adozione di criteri, principi e tecniche gestionali ma, dall'altro, finalizzati nella loro costruzione a garantire integrazione e continuità del processo assistenziale (continuum of care).

Punto centrale di tutto il processo di integrazione diviene - in particolare - l'innovazione tecnologica e soprattutto l'Information Communication Technology .

Strategie di rete possono dunque perseguire due importanti finalità:

- la ricerca di efficienza e riduzione di costi che può essere affrontata vantaggiosamente non solo a livello di singole strutture ma dell'intero processo produttivo (motivazione alla base di molte scelte aziendali for profit);

- continuità assistenziale guidata e garantita attraverso tutti i nodi della rete (medico di medicina generale, specialistica, ricovero, riabilitazione, Assistenza Domiciliare Integrata, ecc.).

Politiche di rete e integrazione consentono, altresì, più in generale l'avvio di efficaci processi di razionalizzazione quali ad esempio l'esternalizzazione di servizi (ad esempio l'attività alberghiera e di accoglienza piuttosto che funzioni tecnico-logistiche) ovvero di collaborazione tra Aziende relative a esperienze e know-how piuttosto che comunione o scambio di risorse.

In altre parole - come evidenziato in letteratura - strategie di rete possono ricercare diverse interrelazioni caratterizzate:

A) dalla ricerca di maggior efficienza/economicità attraverso economie di scala:

- negli approvvigionamenti e acquisti (ad es. processi di acquisto e gestione magazzini),
- nella produzione (ad es. laboratori centralizzati)
- nell'offerta (ad es. centro unico di prenotazione)
- nelle funzioni di supporto (ad es. amministrazione, contabilità).

B) dalla ricerca di efficacia, qualità, continuità assistenziale, integrazione dei servizi (sanitari e sociali) attraverso:

- il disegno di percorsi diagnostici e terapeutici guidati e assistiti;
- l'elaborazione di linee guida, protocolli, prontuari ecc.
- l'identificazione e adozione di "best practices"
- la ricerca e lo sviluppo
- l'apprendimento.

Vari possono essere gli strumenti per la costituzione e formalizzazione di accordi e strategie di rete, tra questi non deve essere sottovalutato lo strumento degli accordi e contratti (cfr. deliberazione di G. R. n. 1296 del 28/11/2000) attraverso il quale le AA.SS.LL. e i soggetti accreditati, nella più ampia sfera di autonomia, sono chiamati a dare concreta attuazione ai piani attuativi locali.

4.6 MODALITÀ DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI PIANO

Presso il Dipartimento Sanità è stata attivata la funzione di controllo di gestione delle Aziende sanitarie. Il monitoraggio degli obiettivi del presente documento è quindi garantito dalle periodiche rilevazioni, sotto forma di report, prodotte nell'ambito di tale attività.

Di seguito si riportano alcuni dei principali indicatori utilizzati.

INDICATORI

La logica utilizzata per l'osservazione delle informazioni è definita in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Regionale: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera. A queste informazioni vengono aggiunte quelle relative al personale in ruolo, suddiviso nelle principali classi.

A) LIVELLO ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO: comprende rilevazioni di attività inerenti l'igiene sugli alimenti, la vigilanza sui luoghi di lavoro, i sopralluoghi sui cantieri edili, i controlli sulle acque di balneazione, i controlli sulle acque potabili, i pareri espressi dalle ASL sui piani di bonifica da amianto, le coperture vaccinali, i test sui bovini per BSE.

In particolare, gli indicatori riportati sono :

- il numero dei sopralluoghi eseguiti dall'organo di vigilanza previsto dalla normativa riguardante la sicurezza e salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro (D.Lgs. 626 e succ. modifiche);
- il numero degli interventi di bonifica da amianto autorizzati dalle ASL;
- il rapporto tra il numero dei vaccini eseguiti dalle ASL, dai Medici di Medicina Generale ed acquistati direttamente in farmacia rispetto alla consistenza della popolazione ultrasessantatreenne, per la prevenzione dell'influenza in soggetti di età superiore ai 64 anni .

B) LIVELLO ASSISTENZA DISTRETTUALE: comprende rilevazioni di attività relative alla medicina di base e specialistica, all'emergenza, all'assistenza domiciliare, consultoriale, ai tossicodipendenti, psichiatrica, ai disabili e agli anziani, nonché l'assistenza farmaceutica. In particolare :

Assistenza di base e specialistica

- il numero dei Medici di Medicina Generale ed il numero medio di scelte per medico;
- il numero dei Medici Pediatri di libera scelta ed il numero medio di scelte per medico;
- il numero dei Medici Specialisti ambulatoriali.

Assistenza domiciliare ed attività consultoriale

- per l'assistenza domiciliare il numero degli utenti presi in carico;
- per l'attività consultoriale il numero degli utenti.

Assistenza tossicodipendenti

- il numero delle sedi SERT attivate in Liguria, i soggetti tossicodipendenti assistiti, i soggetti alcooldipendenti assistiti;
- il numero delle sedi di comunità residenziale e semiresidenziale, il numero degli utenti in residenziale, il numero degli utenti in semiresidenziale.

Assistenza psichiatrica

- il numero degli utenti presso i centri di salute mentale.

Assistenza disabili

- utenti assistiti presso ambulatorio e domicilio a gestione diretta, classificati in utenti liguri e utenti provenienti da altre regioni o stranieri, il numero delle prestazioni erogate.

Assistenza anziani

- il numero delle giornate di degenza per utenti assistiti presso strutture residenziali a gestione diretta.

Assistenza farmaceutica

- la spesa complessiva, lo sconto praticato alle farmacie, la spesa media per ricetta e la spesa media per abitante ligure.

118 – accessi al pronto soccorso

- il numero dei servizi fatti dalle ambulanze convenzionate con il “servizio 118”, il numero dei servizi;
- il totale degli accessi al pronto soccorso e quanti accessi si sono trasformati in

ricovero;

C) LIVELLO ASSISTENZA OSPEDALIERA: comprende la rilevazione dei posti letto e l'attività ospedaliera.

Posti letto

- il numero medio dei posti letto per Degenza Ordinaria attivi;
- il numero medio dei posti letto per Day Hospital attivi;
- il numero medio dei posti letto per Riabilitazione

Attività ospedaliera

- il numero delle giornate di degenza ordinaria;
- il numero dei ricoveri in degenza ordinaria e la degenza media;
- il numero delle giornate di degenza;
- il numero dei ricoveri in day-hospital;
- il peso medio dei DRG.

D) PERSONALE: la consistenza del personale in ruolo a tempo pieno e part-time riferita all'ultimo giorno dell'anno; viene proposta riassuntivamente disarticolata nelle seguenti classi:

- Dirigenza medico veterinaria,
- Dirigenza Professionale Tecnico e Amministrativa,
- Personale tecnico riabilitativo,
- Vigili sanitari,
- Assistenti sociali,
- Personale infermieristico,
- Assistenti ed operatori tecnici,
- Operatori tecnici assistenza,
- Ausiliari,
- Amministrativi,
- Assistenti religiosi.

E) LISTE D'ATTESA: le informazioni esaminate sono le seguenti.

- il numero delle prestazioni monitorate è pari a 52;
- il numero medio (calcolato su tutte le prestazioni monitorate) dei giorni d'attesa.

PARTE II

LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIE

Capitolo 1

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

1.1 PRINCIPI GENERALI, ORGANIZZATIVI E STANDARD DI RIFERIMENTO

Obiettivo del piano, come già evidenziato negli obiettivi generali, è quello di sviluppare una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza, per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini liguri e quindi ridurre la mobilità passiva verso regioni limitrofe. Tale risultato deve essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri inappropriati, fermo restando il trasferimento alle funzioni territoriali della rimanente quota per l'indispensabile potenziamento del servizio.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è ispirata a principi generali, a principi organizzativi e a decisioni programmatiche regionali che definiscono l'architettura delle missioni e delle funzioni assegnate ai diversi soggetti erogatori, garantendo coerenza complessiva tra bisogni e risorse.

La Giunta Regionale emana specifici provvedimenti di carattere attuativo coerenti con la strategia complessiva del sistema, rendendo disponibile al Consiglio in via periodica le informazioni relative al monitoraggio degli obiettivi di piano.

I principi generali caratterizzano la rete ospedaliera come aderente alla domanda, verificata come appropriata, come accogliente, come adeguata sotto il profilo della dignità umana, come competitiva tecnologicamente.

L'elemento fondamentale che caratterizza, sotto il profilo dei **principi organizzativi**, la rete ospedaliera è la necessità che la missione dei diversi presidi sia coerente con la complessità dei casi trattati e che vengano sviluppate modalità organizzative aziendali, orientate all'intensità assistenziale, anziché all'allocazione di posti letto articolati per specialità

Inoltre assume rilievo il potenziamento o la creazione, ove mancante, di una **rete di telecomunicazioni** da concepire come strumento di collegamento e di integrazione tra le diverse componenti della funzione ospedaliera, con particolare riguardo alla **telemedicina**, in grado di collegare unità mobili o presidi ospedalieri minori con centri di alta specialità al fine di anticipare il più possibile la funzione diagnostica e i sistemi di accesso, oltre che

come supporto all'assistenza domiciliare. Sono da sviluppare quindi le applicazioni della telemedicina relativamente a specialità quali neurologia, cardiologia, radiologia ecc.

I principi generali e quelli organizzativi sono recepiti nell'atto di autonomia aziendale e nella carta dei servizi e costituiscono la linea guida per la formazione dei dipendenti.

Il vigente sistema di classificazione dei ricoveri mediante i DRG (Diagnosis Related Group) si basa sull'identificazione per codici numerici delle malattie, secondo i criteri dell'affinità clinica e dell'assorbimento medio di risorse professionali e tecnologiche. Il differente assorbimento di risorse è rappresentato dal "peso" che caratterizza ognuno dei 492 DRG.

In base al peso è **possibile classificare la complessità delle prestazioni** come segue:

BASSA COMPLESSITA'

Peso <= 0.59

N. B.: all'interno di questa area è possibile effettuare ulteriori distinzioni:

peso <= 0.48 (casistica da trattarsi preferibilmente mediante prestazioni ambulatoriali se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni)

peso > 0.48 - <= 0.59 (casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni)

peso <= 0.59 (casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera quale sostituto del ricovero ordinario se riferita a ricoveri non chirurgici di utenti di età >= 75 anni con degenza breve o entro soglia.

peso <= 0.59 (casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera post acuzie quale prosecuzione del ricovero ordinario se riferita a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 75 anni con degenza oltre soglia.

MEDIO BASSA COMPLESSITA'

Peso > 0.59 - <= 0.86

peso > 0.59 - <= 0.86 (casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera post acuzie quale prosecuzione del ricovero ordinario se riferita a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 75 anni con degenza oltre soglia.

MEDIA COMPLESSITA'

Peso > 0.86 - <= 1.36

MEDIO ALTA COMPLESSITA'

Peso > 1.36 - <= 2.27

ALTA COMPLESSITA'

Peso > 2.27

Casistica a rischio di inappropriatelyzza

Il DPCM 29 Novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)” ha individuato 43 DRG definendoli ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogati in regime di ricovero ordinario. Ciò introduce un ulteriore elemento nella classificazione dell'appropriatelyzza delle prestazioni permettendo di rimodulare l'area della bassa complessità come segue:

Fascia 00: DRG appartenenti all'elenco dei DRG LEA di peso ≤ 0.59 - Corrispondono ai ricoveri ad altissimo rischio di inappropriatelyzza se non trattati in Day Hospital o in forma ambulatoriale:

DRG	DESCRIZIONE	PESO
282	traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18	0,3476
41	interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18	0,3713
324	calcolosi urinaria senza cc	0,3858
326	segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 senza cc	0,4152
281	traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 senza cc	0,427
284	malattie minori della pelle senza cc	0,445
467	altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,4469
162	interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	0,4651
163	interventi per ernia, età < 18	0,4843
39	interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0,4858
65	alterazioni dell'equilibrio	0,4922
158	interventi su ano e stoma senza cc	0,4975
142	sincope e collasso senza cc	0,5048
40	interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	0,515
25	convulsioni e cefalea, età > 17 senza cc	0,5282
183	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'app. digerente, età > 17 senza cc	0,5296
133	aterosclerosi senza cc	0,5312
262	biopsia della mammella ed escissione locale per neoplasie maligne	0,5345
6	decompressione del tunnel carpale	0,5437
55	miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0,5469
208	malattie delle vie biliari senza cc	0,5564
184	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	0,5625
187	estrazioni e riparazioni dentali	0,565
134	ipertensione	0,5655
364	dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	0,5659
301	malattie endocrine senza cc	0,5811
131	malattie vascolari periferiche senza cc	0,5861

Fascia 0: DRG di peso ≤ 0.59 che si aggiungono all'elenco dei DRG LEA di peso > 0.59 . Corrispondono ai ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza se non trattati in Day Hospital o in forma ambulatoriale.

Alta specialità

In quest'ambito è definita **produzione di alta specialità** l'insieme di DRG's comprendente: i DRG's del trapianto (renale 302 – cardiaco 103 – midollo osseo 481 – fegato 480) e una serie di DRG's di peso ≥ 2.493 dimessi in regime ordinario dai seguenti reparti: chirurgia maxillo facciale (cod. 10), chirurgia toracica (cod. 13), chirurgia vascolare (cod. 14), neurochirurgia (cod. 30), grandi ustionati (cod. 47), radioterapia (cod. 70), cardiocirurgia (cod. 07), medicina nucleare (cod. 61) e ovviamente le corrispondenti alte specialità pediatriche.

L'istituzione di alte specialità è subordinata ad autorizzazione regionale da assumere nel corso del triennio in relazione alle necessità e allo sviluppo delle manovre di razionalizzazione e di rifunzionalizzazione intraprese negli altri settori.

E' opportuno ricordare che **esistono comunque aree di sovrapposizione** che vanno regolate sulla base di linee guida e verificate dalla Commissione per il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni assistenziali.

Gli **standard nazionali esistenti** sono da prendere a riferimento in termini di tendenza piuttosto che di puntuale attuazione, in quanto la programmazione regionale è caratterizzata da un approccio che parte dalla domanda appropriata di prestazioni e non dalla dimensione della popolazione residente.

Il miglioramento complessivo dell'attività del sistema di erogazione del livello di assistenza ospedaliero deve rendere possibile una più efficace relazione con il sistema di tutela rappresentato dall'Azienda sanitaria locale.

1.2 LINEE DI INDIRIZZO PER L'AZIONE DEI DIRETTORI GENERALI: RIQUALIFICAZIONE DELLA PRODUZIONE OSPEDALIERA E RICONVERSIONE DEI POSTI LETTO A BASSA COMPLESSITÀ

Negli atti di autonomia aziendale viene ridisegnata la rete ospedaliera coerentemente alle decisioni programmatiche regionali e agli **obiettivi fissati annualmente dalla Giunta ai direttori generali delle Aziende.**

- **distribuendo i presidi** in relazione al livello di **complessità, di intensità di cura** e al **tipo di specialità esercitata**. In tal senso è promossa la logica dipartimentale. Tale processo deve essere condotto secondo un criterio di fondo che rispetti e potenzi le identità professionali delle singole équipe specialistiche ed il loro assetto organizzativo interno. L'Azienda ha come obiettivo quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse (in particolare posti letto), introducendo elementi di maggiore flessibilità nell'organizzazione e nell'utilizzo delle stesse. Il numero dei posti letto è correlato ai volumi delle prestazioni, alla capacità operativa ed attrattiva delle équipe ed è conseguente alle manovre sull'appropriatezza della produzione nonché al raggiungimento dei parametri di efficienza e degli obiettivi dei piani strategici triennali. In tale contesto organizzativo, dovrà essere superata l'articolazione per specialità ed introdotta quella per complessità ed intensità di cura. Coerentemente con tale impostazione, mentre le équipe mediche manterranno una configurazione di tipo verticale rispetto all'Azienda, le risorse infermieristiche si configureranno con un'operatività di tipo orizzontale in quanto dimensionate per livello di assistenza e non per unità operativa.
- promuovendo **un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali**. I soggetti erogatori e le ASL, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, devono definire per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità obiettivi per il raggiungimento di ospedalizzazione domiciliare, ADI, prestazioni a domicilio, consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc. Il distretto sanitario deve diventare punto di riferimento e di raccordo tra la funzione ospedaliera e quella territoriale. Il lavoro delle Aziende sanitarie sull'analisi di complessità, durata della degenza e saturazione dei posti letto in termini di appropriatezza postula lo stretto collegamento con il sistema della residenzialità extra ospedaliera e con le cure domiciliari che devono costituire uno strumento forte e

permanente ai fini sia della “non ospedalizzazione” che della continuità assistenziale nella fase di deospedalizzazione post acuzie. In tale prospettiva è necessario tenere conto che la deospedalizzazione di casistica inappropriata comporta aspetti di tipo sociale che devono integrarsi il più possibile con quelli di tipo clinico. Restano ferme le considerazioni espresse precedentemente circa la necessità che lo strumento degli accordi e dei contratti supporti attivamente e correttamente la manovra di deospedalizzazione che trova il suo presupposto nel potenziamento delle funzioni extraospedaliere.

- **rivedendo la produzione**, da un lato attraverso lo sviluppo e la crescita dei punti di eccellenza, dall'altro verificando, mediante opportuni indicatori, **l'appropriatezza delle prestazioni** erogate. L'obiettivo da raggiungere è costituito dall'appropriatezza della produzione, nel senso che deve esistere piena corrispondenza tra livello di assistenza erogata e patologia. L'analisi dell'appropriatezza costituisce uno strumento continuo di lavoro interno all'Azienda, finalizzato a creare le migliori condizioni possibili di trattamento della casistica. In tal senso l'attività dei nuclei di controllo (NOC) deve essere utilizzata come utile momento di verifica della produzione in vista di obiettivi positivi di riconversione. I nuclei di controllo devono aver verificato, entro il triennio, almeno il 10% della produzione complessiva di cui almeno il 30% di bassa complessità. La quota di produzione non coerente con i parametri di appropriatezza deve essere riconvertita, secondo i casi, o in attività ambulatoriale, o in day hospital ovvero in residenzialità extraospedaliere. Ogni posto letto di day hospital in tal senso istituito deve corrispondere alla soppressione di almeno due posti letto ordinari su cui veniva svolta attività non appropriata. Sul posto di day hospital devono essere di norma effettuate due prestazioni al giorno. La Regione determina meccanismi tariffari premianti tale attività. **Il tema dell'appropriatezza, per alcuni aspetti, è direttamente collegato al corretto funzionamento della rete dell'emergenza.** E' noto infatti come molti ricoveri impropri siano diretta conseguenza degli accessi in pronto soccorso. Va quindi intensificato lo sforzo di riorganizzazione del sistema di emergenza per ridurre in modo significativo questo fenomeno che penalizza in gran parte gli ospedali sede di DEA ed in particolare l'Azienda ospedaliera San Martino. È inoltre necessario **potenziare la capacità di filtro delle strutture territoriali**, sempre al fine di garantire un più appropriato accesso ai pronto soccorsi. Tale ruolo dovrà essere garantito, come più volte ricordato, dall'attività di coordinamento del **Distretto**, anche in collaborazione con i medici di famiglia e della continuità assistenziale. Il ruolo di questi ultimi, infine, dovrà essere valorizzato coerentemente con le funzioni agli stessi assegnate.

In tale complessivo contesto, come già illustrato, lo strumento degli accordi e dei contratti, svilupperà il proprio potenziale sulla definizione della struttura dell'offerta nel medio lungo periodo. In particolare sarà necessario affrontare in termini urgenti le criticità esistenti nell'area metropolitana genovese dove coesistono soggetti erogatori aventi diversa missione, caratterizzati da differente natura giuridica e da diversi volumi e ambiti di attività. In tal senso è necessario attivare con urgenza opportuni strumenti di coordinamento che rendano possibile un rapporto di migliore collaborazione tra i soggetti stessi, al fine di consentire l'analisi comune delle criticità esistenti e l'individuazione di possibili soluzioni finalizzate all'incremento dell'efficienza produttiva.

- **Promuovendo un piano complessivo di residenzialità extra ospedaliera**, da redigersi a carico delle Aziende sanitarie locali, destinato anche ad ospitare la quota di attività inappropriata e caratterizzato:

1. dalla previsione di potenziamento e riqualificazione delle residenze sanitarie, secondo i vari livelli di complessità e di intensità di cura;
2. dalla possibilità di istituire strutture di ricovero a bassa o bassissima intensità di cura. A tale proposito possono configurarsi **due differenti situazioni**: la prima riguarda le iniziative che in tal senso possono essere assunte dalle Aziende sanitarie locali i cui direttori generali possono promuovere l'avvio di progetti riguardanti la costituzione di **ospedali di comunità**. Quanto sopra con il trasferimento contestuale di risorse e con l'utilizzo dei medici di famiglia al fine di garantire accesso e affiancamento nelle cure. Il presidio in tal senso costituito deve essere caratterizzato da standard propri delle tipologie di RSA, da una guardia medica per le 24 ore e da una rete di consulenze specialistiche. Rispetto a tale configurazione strutturale e organizzativa, in relazione alle singole situazioni locali, le Aziende sanitarie possono definire per l'ospedale di comunità, anche in via sperimentale, differenti modalità operative, diversamente graduate per assorbimento di risorse. L'istituzione di strutture di ricovero a bassa o bassissima intensità di cura può essere promossa anche dalle Aziende ospedaliere che organizzino in corpi edilizi esistenti nella loro disponibilità (dentro l'area ospedaliera, all'esterno, ecc.) forme di ricovero organizzate con standard propri dell'area residenziale, diversamente graduate secondo le necessità e l'intensità di cura e garantite principalmente con l'utilizzo di proprie risorse.

- Potenziando nell'attività chirurgica la “**day surgery**” ovvero la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale. L'assistenza in regime di day surgery comprende gli esami e le visite preoperatorie, l'intervento chirurgico ed i controlli post operatori. Si tratta di realizzare un appropriato circuito di accoglienza, preparazione, intervento e follow up. Le finalità della day surgery sono direttamente collegate all'attuazione di un modello assistenziale chirurgico di pari efficacia e maggiore efficienza rispetto a quello tradizionale, mantenendo la garanzia della continuità assistenziale, con riduzione delle complicanze legate alla ospedalizzazione prolungata. Altra finalità importante riguarda la riduzione delle liste d'attesa, l'attuazione di un percorso assistenziale che sia capace di garantire continuità tra ospedale e domicilio, ecc. L'introduzione della day surgery produce l'aumento della soddisfazione degli utenti, diversifica il flusso dei pazienti chirurgici, con benefici per gli stessi e per l'ospedale, razionalizza l'organizzazione ospedaliera e libera risorse per i pazienti affetti da patologie più impegnative. Gli interventi e le procedure effettuabili in day surgery, i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali, il monitoraggio, l'analisi e la valutazione dell'attività, le caratteristiche della struttura operativa, il consenso informato e gli aspetti medico legali, i rapporti con i medici di famiglia o pediatri di libera scelta, ecc. sono regolamentati da apposita direttiva regionale.

- Individuando **indicatori di efficacia** attraverso la determinazione delle modalità di erogazione del livello di assistenza ospedaliera nell'ambito di un progetto di qualità aziendale che deve svilupparsi nel triennio. Entro tale periodo è fissato un obiettivo minimo consistente nel fatto che siano definiti, per almeno il 30% delle attività, protocolli che ne definiscano il livello di efficacia.

- Individuando **indicatori di efficienza**. L'obiettivo da raggiungere tende al conseguimento degli obiettivi di programmazione fissati a livello regionale nel senso che il dimensionamento delle risorse umane e strutturali utilizzate nell'attività ospedaliera sia corrispondente ai parametri prefissati. Inoltre può essere avviato in forma sperimentale, sulla base delle specifiche indicazioni allo scopo fornite dalla Regione, il FIVE DAY HOSPITAL, consistente nella elaborazione e attuazione di protocolli clinici per il trattamento in regime di degenza ordinaria di gruppi di patologie a

ciclo prefissato di 5 giorni (dal Lunedì al Venerdì) con chiusura dell'attività nelle giornate di Sabato e Domenica. Infine può essere prevista da parte delle strutture ospedaliere maggiori, la creazione di piastre ambulatoriali "off campus" ad alta densità tecnologica finalizzate anche al decongestionamento di tutta l'attività diagnostica interna che potrà essere maggiormente orientata alla produzione di ricovero.

- Individuando **indicatori di soddisfazione**. L'obiettivo, da raggiungere sulla base delle indicazioni allo scopo emanate dalla Regione, riguarda l'implementazione di un sistema di monitoraggio permanente per la verifica della soddisfazione degli utenti (Osservatorio Regionale per la Qualità Percepita). Altro obiettivo, da attuarsi da parte delle Aziende sanitarie locali in collaborazione con le altre Aziende che si configurano in via esclusiva come soggetti erogatori, riguarda la periodica rilevazione della domanda per quel che concerne la funzione ospedaliera, verifica da effettuarsi d'intesa con la conferenza dei Sindaci. Infine, sempre in tema di soddisfazione dell'utente, va raggiunto l'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa secondo il parametro annualmente definito dalla Regione;
- Promuovendo specifiche **iniziative di formazione e di sensibilizzazione** dei dipendenti ai valori innovativi che caratterizzano la riorganizzazione delle rete ospedaliera.

1.3 STANDARD NAZIONALI E OBIETTIVI REGIONALI

1.3.1 Riepilogo standard nazionali

- **Posti letto per mille abitanti:**
 - 4 posti letto per acuti
 - 1 posto letto per riabilitazione

- **Tasso medio di spedalizzazione**
 - 160 per mille abitanti

- **Tasso minimo di utilizzo dei posti letto 75%**

1.3.2 Standard obiettivo per la Liguria, nel triennio 2003 - 2005

Coerentemente con quanto esposto nei precedenti paragrafi, si definiscono di seguito gli standard obiettivo di natura strategica del triennio 2003 - 2005 nel campo della produzione ospedaliera. La Giunta Regionale, ai sensi della normativa vigente, definisce annualmente gli specifici obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Conversione dei ricoveri ospedalieri di bassa complessità.

Sono individuati ricoveri ordinari per acuti che devono essere erogati con altra modalità (Day Hospital, Day Surgery o assistenza extraospedaliera). Rientrano in questa tipologia:

- i ricoveri individuati tra i DRG di basso peso (inferiore a 0.59) appartenenti all'elenco dei 43 DRG dei LEA definiti dal DPCM come "ad altissimo rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario" (fascia 00);
- i ricoveri individuati tra i DRG dei LEA di peso superiore a 0.59 oltre all'insieme dei DRG di peso inferiore a 0.59 (fascia 0).

Nell'anno 2001, rispetto al totale di ricoveri ordinari per acuti pari a 283.350, i ricoveri relativi alle fasce 00 e 0 erano 111.952, corrispondenti al 39.5% della produzione. Uno degli obiettivi prioritari assegnati alle aziende nell'anno 2002, ha riguardato la riconversione dei ricoveri ordinari di "bassa complessità" - in quote diversificate per Azienda- in base alla diversa incidenza di tali ricoveri sull'attività ospedaliera dell'anno 2001. Gli esiti di tale operazione di riconversione, secondo la proiezione effettuata al 31/12/2002 (sulla base del reporting effettuato al 30/06/2002) per le due fasce in esame sono 90.598 pari al 35% della stima dei ricoveri totali del medesimo anno (258.999).

La tabella evidenzia le disomogeneità nell'attività di riconversione operata dalle Aziende; alcune di esse (S. Martino e Galliera) hanno ridotto significativamente i casi inappropriati, altre (S. Corona e Gaslini) hanno appena iniziato il discorso di riconversione, altre ancora (V. Scassi e IST), che nell'anno 2001 avevano già prodotto un risultato positivo concretizzando una modesta incidenza di casi inappropriati, hanno leggermente aumentato tale % che peraltro non può essere considerata elemento critico.

AZIENDA	2001			Stima 2002		
	TOTALE ordinari	TOT ORD fasce 0 e 00	% fascia 0 e 00 su totale ordinari	TOTALE ordinari	TOT ORD fasce 0 e 00	% fascia 0 e 00 su totale ordinari
ASL 1	31.530	12.473	39,6%	27.453	9.701	35,3%
ASL 2	33.777	16.637	49,3%	28.802	12.767	44,3%
ASL 3	24.235	10.857	44,8%	22.481	9.089	40,4%
ASL 4	19.470	7.333	37,7%	17.391	6.016	34,6%
ASL 5	26.650	11.096	41,6%	26.247	9.663	36,8%
EVANGELICO	5.073	2.553	50,3%	4.678	2.267	48,5%
GALLIERA	23.366	8.994	38,5%	20.456	6.260	30,6%
GASLINI	22.993	9.755	42,4%	22.109	9.608	43,5%
I.S.T.	2.948	707	24,0%	3.224	860	26,7%
S.CORONA	20.046	7.218	36,0%	18.691	6.467	34,6%
SAN MARTINO	56.243	20.149	35,8%	48.994	13.062	26,7%
VILLA SCASSI	17.019	4.180	24,6%	18.473	4.839	26,2%
TOTALE	283.350	111.952	39,5%	258.999	90.598	35,0%

I ricoveri ordinari nel triennio relativamente alle due fasce sopra descritte devono ridursi percentualmente fino a raggiungere una soglia ritenuta fisiologica. Ci si aspetta quindi una diminuzione, in valore assoluto, di 10.939 casi per la fascia 00 sul totale di 32.614 e di 19.696 casi per la fascia 0 su un totale di 57.983. La riduzione della casistica di “bassa complessità” viene quindi rafforzata nel triennio, anche secondo una logica di diversificazione delle Aziende Ospedaliere più complesse (S. Martino, IST, Villa Scassi, E.O. Galliera, S. Corona) la cui missione è orientata verso l’alta e l’altissima specialità; tale diversificazione consiste, previa accurata valutazione delle singole situazioni aziendali, nella previsione all’interno del modello matematico di riconversione dell’obiettivo di bassa complessità, di un coefficiente che incrementa la quota di riconversione richiesta rispetto alle altre aziende, in particolare le AA.SS.LL.

AZIENDA	anno 2001		stima anno 2002		obiettivo 2005 *	
	complessivo casi ordinari	di cui nelle fasce 0 e 00	complessivo casi ordinari	di cui nelle fasce 0 e 00	ipotesi CASI da convertire nelle fasce 0 e 00	% da riconvertire su fascia 0 e 00 entro l'anno 2005 (calcolata sui valori stimati 2002)
ASL 1	31.530	12.473	27.453	9.701	2.814	29%
ASL 2	33.777	16.637	28.802	12.767	5.665	44%
ASL 3	24.235	10.857	22.481	9.089	4.144	46%
ASL 4	19.470	7.333	17.391	6.016	2.695	45%
ASL 5	26.650	11.096	26.247	9.663	3.128	32%
EVANGELICO	5.073	2.553	4.678	2.267	204	9%
GALLIERA	23.366	8.994	20.456	6.260	2.858	46%
GASLINI	22.993	9.755	22.109	9.608	3.886	40%
I.S.T.	2.948	707	3.224	860	492	57%
S.CORONA	20.046	7.218	18.691	6.467	3.010	47%
SAN MARTINO	56.243	20.149	48.994	13.062	2.063	16%
VILLA SCASSI	17.019	4.180	18.473	4.839	663	14%
TOTALE	283.350	111.952	258.999	90.598	31.622	35%

* l'obiettivo indicato potrà essere modificato in relazione al dato di attività reale degli anni 2002-2005

Riqualificazione della produzione ospedaliera.

La riduzione dell'ospedalizzazione di bassa complessità deve accompagnarsi al trasferimento di risorse verso le attività più orientate ai reali bisogni dei cittadini, anche con riguardo ai settori più interessati al fenomeno della migrazione sanitaria verso le regioni limitrofe, producendo quella riqualificazione dell'offerta necessaria a garantire interventi di maggior complessità in maniera tempestiva ed efficiente, e a potenziare le attività territoriali connesse con la deospedalizzazione. E' possibile verificare l'avvenuta riqualificazione della produzione delle Aziende tramite una misurazione quali-quantitativa della produzione. Questa misurazione si può ottenere tramite la somma dei pesi dei singoli DRG prodotti dalle Aziende. Si è osservato che la somma dei pesi dei DRG prodotti a livello regionale nel 2001 equivale a 308.750 punti; sulla base del calcolo semestrale si stima per l'anno 2002 una produzione attestata su 304.864 punti. Valutando che la realizzazione dell'obiettivo 1 porterà ad una riduzione di circa 6.312 punti, pari a circa il 2% del totale per l'anno 2002, i punti prodotti dalle Aziende al 2005 non dovranno essere inferiori al 97% della produzione 2002.

In particolare si può **stimare**, tra i casi complessivi da riconvertire sopra quantificati, il **numero di casi** da riconvertire in assistenza extra ospedaliera, secondo la seguente tabella:

azienda	Numero casi da riconvertire entro il 2005 in assistenza extraospedaliera
ASL 1	750
ASL 2	704
ASL 3	733
ASL 4	664
ASL 5	777
SANTA CORONA	222
SAN MARTINO	484
VILLA SCASSI	119
EVANGELICO	80
GALLIERA	276
TOTALE	4809

NOTA: si tratta dei casi riguardanti pazienti di età ≥ 75 anni, in ricovero ordinario (entro soglia) con peso $< 0,59$ e ricompreso nei 43 DRG dei LEA (DRG medici) appartenenti alle fasce 0 e 00. **Il numero di casi sopra riportato non coincide necessariamente col numero di pazienti (può trattarsi di ricoveri ripetuti nell'arco dell'anno).**

Riduzione delle giornate di degenza

Questo punto riguarda il perseguimento dell'efficienza e della migliore appropriatezza relativamente ai ricoveri ordinari di tipo specialistico e di medio alta complessità, per i quali va prevista una progressiva diminuzione del tempo di degenza. Questo favorisce la riduzione del rischio di complicazioni (di natura infettiva e non) e va incontro all'esigenza dei pazienti e delle loro famiglie.

La produzione analizzata riguarda i ricoveri ordinari di peso medio alto, escluso i ricoveri di un giorno, i ricoveri riabilitativi ed i ricoveri con degenza particolarmente elevata che ragionevolmente non dovrebbero essere dovuti a inefficienza bensì a fragilità sociali e simili. La degenza media di queste classi nel 2001 era di 9,57 giorni; nel 2002 si stima che la degenza media scenda a 9,35 giorni. Si ritiene conseguibile un'ulteriore riduzione del 5%. Quindi l'obiettivo al quale deve tendere il sistema è di 8,88 giornate di degenza per i ricoveri oggetto della rilevazione.

AZIENDA	giornate degenza 2001	Giornate degenza 1° sem2002	differenza percentuale	obiettivo entro 2005	differenza percentuale obiettivo 2005
ASL 1	8,54	8,55	0,1%	8,17	4,4%
ASL 2	9,32	9,04	-3,1%	8,64	4,4%
ASL 3	10,63	10,31	-3,0%	9,63	6,6%
ASL 4	9,73	9,32	-4,2%	8,91	4,4%
ASL 5	9,77	9,55	-2,3%	9,13	4,4%
EVANGELICO	7,12	7,03	-1,2%	6,57	6,6%
GALLIERA	9,79	9,45	-3,5%	9,03	4,4%
GASLINI	6,72	6,79	1,1%	6,49	4,4%
I.S.T.	6,60	6,00	-9,0%	5,80	3,3%
S.CORONA	9,06	9,06	0,0%	8,76	3,3%
SAN MARTINO	11,31	11,00	-2,7%	10,27	6,6%
VILLA SCASSI	9,28	9,12	-1,7%	8,82	3,3%
totale	9,57	9,35	-2,3%	8,88	5,0%

La struttura dell'offerta

E' stato più volte sottolineata la limitata importanza che, nell'attuale sistema di remunerazione a prestazione della produzione ospedaliera, assume il numero dei posti letto. Il posto letto costituisce uno dei fattori della produzione che può rappresentare utile ma non fondamentale riferimento per l'analisi dell'attività dei soggetti erogatori del livello di assistenza ospedaliero. E' l'andamento della produzione, appropriata e di qualità, che genera il dimensionamento di questo fattore.

La normativa nazionale fornisce alcuni parametri di riferimento, in particolare sulla dotazione massima di posti letto. La situazione in Liguria si presenta soddisfacente per quel che concerne lo standard dei posti letto previsto per mille abitanti. Gli obiettivi triennali sono rappresentati dalla tabella seguente.

TREND POSTI LETTO NELLE AZIENDE

	1998/06			1999/06			2000/06			2001/06			2002/06		
	Deg- ordinaria	Day- hospital	Riabili- tazione	Deg- ordinaria	Day- hospital	Riabili- tazione	Deg- ordinaria	Day- hospital	Riabili- tazione	Deg- ordinaria	Day- hospital	Riabili- tazione	Deg- ordinaria	Day- hospital	Riabili- tazione
ASL 001	829	55	32	774	61	32	772	59	32	730	55	32	669	107	32
ASL 002	764	79	.	764	79	.	725	79	.	717	84	16	716	81	18
ASL 003	939	67	26	722	50	29	730	52	29	694	52	32	619	70	47
ASL 004	470	13	11	462	20	16	476	23	16	489	29	16	442	36	16
ASL 005	736	90	20	732	94	20	639	97	20	676	88	19	697	85	28
S. CORONA	506	35	42	459	35	50	470	37	57	450	37	59	429	36	48
S. MARTINO	1.999	212	33	1.923	204	33	1.917	208	33	1.841	206	33	1.453	219	37
V. SCASSI	424	29	0	380	37	6	388	36	6	373	45	10	391	53	8
I. S. T.	66	22	.	66	22	.	66	22	.	60	28	.	66	28	.
GASLINI	518	86	.	495	87	.	500	80	.	488	67	.	477	65	.
EVANGELICO	130	9	.	130	9	.	130	9	.	125	12	.	110	18	.
GALLIERA	624	34	.	594	37	.	593	37	.	572	37	.	544	37	.
VILLA AZZURRA	.	.	.	.	.	.	63	0	8	63	0	8	63	0	8
ISCC - CAMOGLI	.	.	.	.	.	.	.	.	57	.	.	57	.	.	57
ISPRI-MAUGERI	.	.	.	.	.	.	.	.	44	.	.	44	.	.	44
Totdli	8.005	731	164	7.501	735	186	7.469	739	302	7.278	740	326	6.676	835	343

NOTA: sono state escluse le culle del Nido

1.4. LINEE DI INDIRIZZO TERRITORIALI - AZIENDALI

1.4.1 ASL 1 Imperiese

Il piano attuativo aziendale prevede che la funzione ospedaliera sia caratterizzata da un processo di strettissima integrazione funzionale delle aree specialistiche presenti nei tre Presidi ospedalieri di Imperia, Sanremo e Bordighera, con razionalizzazione delle risorse e garantendo percorsi diagnostico terapeutici sia nell'area dell'emergenza che nelle aree specialistiche integrati con le attività del Dipartimento di Cure Primarie.

Nel corso del 2003 è previsto l'avvio della riconversione dell'ospedale di Costarainera in polo regionale di riabilitazione, con il trasferimento nel presidio di Imperia delle funzioni attualmente presenti. Il polo regionale deve divenire punto di riferimento molto qualificato nel settore, anche utilizzando strumenti che prevedano la collaborazione con centri universitari nazionali e internazionali, Istituti scientifici, anche a fini formativi.

Per quanto concerne la risposta all'emergenza va prevista l'attivazione di un unico Dipartimento di Emergenza e Accettazione, integrato in particolare nei presidi ospedalieri di Imperia e Sanremo, da considerare come un'unica struttura funzionale, volta a fronteggiare l'emergenza con tutti i mezzi a disposizione sull'intero ambito territoriale dell'ASL.

E' prevista l'attivazione della Day Surgery per tutte le specialità chirurgiche e la diversificazione delle attività ortopediche nei 3 ambiti, ferma restando la garanzia degli interventi traumatologici.

L'ospedale di Bordighera, sede di pronto soccorso, assicura le prestazioni medico chirurgiche di base. La valenza organizzativa dell'attività resta fortemente proiettata ed integrata con i servizi e le funzioni extra ospedaliere, in particolare con la RSA prevista in adiacenza all'area ospedaliera. Il piano attuativo dell'azienda porta verso un rafforzamento del servizio di emergenza-urgenza, già potenziato con l'attivazione del servizio TAC e della terapia Subintensiva sulle 24h, attraverso l'inserimento delle figure specialistiche legate all'urgenza.

L'ospedale di Sanremo, sede di DEA integrato di 1° livello, garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza integrando la propria attività con il Dipartimento di cure Primarie. E' previsto un potenziamento dell'attività Oncologica (medica e chirurgica), di radioterapia, infettivologia, in una forte integrazione territoriale con la gestione dell'Hospice; una riorganizzazione dell'attività pediatrica sulle 24 h ed il potenziamento dell'attività di DH e ambulatoriale; un potenziamento dei posti letto per le cure post-intensive.

L'ospedale di Imperia, sede di DEA integrato di 1° livello, garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza integrando l'attività con il Dipartimento di cure Primarie. Il piano attuativo dell'azienda prevede un potenziamento della attività ostetrica e pediatrica integrata nel Dipartimento Materno-infantile e della diagnostica per immagini. La trasformazione di Costarainera in centro di riabilitazione regionale porta la missione delle UU. OO. di Imperia ad una particolare specializzazione verso le branche cardiologiche, pneumologiche, neurologiche e vascolari.

1.4.2 ASL 2 Savonese

La funzione ospedaliera è caratterizzata da due elementi: il primo, che riguarda i rapporti tra l'ospedale di Savona e l'Azienda ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure; il secondo che riguarda la collaborazione e l'integrazione funzionale che deve realizzarsi tra i presidi presenti nel complessivo bacino di utenza.

Per quanto riguarda il primo elemento, restano confermate le diverse missioni che caratterizzano i due presidi di Pietra Ligure e Savona.

Per quanto riguarda invece le relazioni che devono sussistere tra tutti i presidi esistenti nel bacino di utenza, le stesse sono caratterizzate da due distinte situazioni: l'integrazione funzionale ed organizzativa che deve sussistere tra gli ospedali di Savona e di Cairo Montenotte e le sinergie funzionali che devono caratterizzare l'ospedale di Albenga e quello di Pietra Ligure.

Sono questi i due assi portanti attraverso cui si sviluppa la funzione ospedaliera nel Savonese.

L'ospedale di Savona, sede di DEA di 1° livello, partecipa all'attività del DEA di 2° livello per le funzioni concernenti la chirurgia della mano, ai sensi di quanto previsto dall'accordo Stato – Regioni 25/10/2001 pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 285 del 7/12/2001. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce la presenza di numerose qualificate specialità. Deve sviluppare in particolare ed in termini assolutamente prioritari la funzione oncologica, oltre che il dipartimento materno infantile, le chirurgie specialistiche e alcune funzioni di alta complessità e alta specialità.

L'ospedale di Cairo Montenotte, sede di pronto soccorso, assicura le prestazioni medico chirurgiche di base. La valenza organizzativa dell'attività resta fortemente proiettata ed integrata con i servizi e le funzioni extra ospedaliere. È caratterizzato funzionalmente ed organizzativamente da una forte integrazione aziendale con l'ospedale di Savona. Garantisce un'ampia attività specialistica ambulatoriale in cui è assicurata anche la presenza di funzioni operanti presso l'ospedale di Savona.

L'ospedale di Albenga, sede di pronto soccorso, è destinato a migliorare ed ampliare la propria attività con la realizzazione del nuovo ospedale. Garantisce la presenza di tutte le specialità di base per il proprio bacino di utenza integrandole con ulteriori funzioni specialistiche. È caratterizzato organizzativamente da una sinergia funzionale con l'Azienda ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure in un contesto in cui quest'ultima deve ricondurre la propria attività verso l'alta specialità. Garantisce un'ampia attività specialistica ambulatoriale in cui è assicurata anche la presenza di funzioni di alta specialità operanti presso l'ospedale di Pietra Ligure.

Rispetto a tale complessivo contesto organizzativo, va attivata nel bacino di utenza corrispondente al territorio della ASL, la funzione cardiocirurgia universitaria, attualmente allocata presso tale Azienda Ospedaliera. L'individuazione della sede, è subordinata a specifica autorizzazione della Giunta Regionale, coerentemente con quanto previsto per l'istituzione delle alte specialità.

1.4.2.1 Azienda Ospedaliera S. Corona

La funzione ospedaliera dell'intero ponente ligure, costituito dai bacini di utenza delle AA.SS.LL. n° 1 Imperiese e n° 2 Savonese, è caratterizzata dalla presenza dell'Azienda ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure.

È quindi necessario definire i ruoli e le missioni dei diversi presidi esistenti in tale macrobacino di utenza, al fine di promuovere le opportune sinergie e le necessarie integrazioni funzionali tra l'Azienda stessa e alcuni grandi ospedali presenti nel territorio, in particolare quelli di Savona, Imperia e Sanremo, tutti collocati in un'area geografica abbastanza delimitata.

La capacità di tali realtà ospedaliere di operare in sintonia e in sinergia costituisce elemento importante per ottimizzare i fattori della produzione e migliorare il complessivo servizio reso all'utente in termini di qualità ed efficacia.

In tale contesto il ruolo assegnato all'Azienda ospedaliera S. Corona è quello di svolgere a vantaggio di tutto il macrobacino di utenza, funzioni di alta complessità e di alta e altissima specialità per acuti, sia sotto il profilo dell'emergenza che sotto quello dell'attività elettiva.

Per quel che concerne l'emergenza l'Azienda è sede di DEA di 2° livello e dell'Unità Spinale Unipolare. Relativamente alla funzione di chirurgia della mano, allocata presso il presidio ospedaliero di Savona, la stessa deve operare in forma dipartimentale interaziendale, tenuto conto della normativa nazionale di cui all'accordo Stato – Regioni del 25/10/2001.

L'ospedale garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza ed un'ampia attività specialistica ambulatoriale.

1.4.3 ASL 3 Genovese

In linea con il ruolo previsto nel presente piano, per le Aziende sanitarie locali, la missione primaria della ASL 3 Genovese deve essere indirizzata verso un significativo potenziamento quali-quantitativo della medicina territoriale e verso l'attuazione di un programma di continuità assistenziale da realizzare in collaborazione con i soggetti erogatori della funzione ospedaliera. Quanto sopra in modo da garantire un filtro sempre più efficace alla funzione ospedaliera.

Il piano attuativo aziendale, ferma restando la necessità di inquadrare la riorganizzazione della funzione ospedaliera all'interno di un più vasto processo che coinvolge i soggetti erogatori presenti nel territorio metropolitano, vuole ricondurre l'attività dei presidi a gestione diretta ad un disegno organizzativo unitario e coerente che ne confermi la missione sostanzialmente orientata alla medio bassa complessità, con accentuata integrazione con i servizi territoriali. Quanto sopra attraverso interventi strutturali, organizzativi e di riconversione produttiva.

In particolare nel Ponente Genovese è necessario operare in ordine alla redistribuzione di alcune funzioni più collegate all'emergenza e attualmente ospitate in presidi caratterizzati da una missione elettiva o riabilitativa.

Inoltre è necessario razionalizzare il sistema trasfusionale dell'intera area del ponente genovese, trasferendo i moduli trasfusionali esistenti all'Azienda sede di DEA (Villa Scassi), ferma restando la necessità di mantenere in sede decentrata le funzioni connesse alla raccolta e alla medicina trasfusionale per il supporto alla funzione ospedaliera. In tal senso l'Azienda Villa Scassi e la ASL 3 provvederanno a integrare le intese contrattuali esistenti al fine di definire, in analogia con le modalità gestionali già in atto per la funzione psichiatrica degenziale (SPDC), il trasferimento all'Azienda Ospedaliera Villa Scassi della funzione e della struttura dei costi e dei ricavi.

E' infine indispensabile proseguire la riconversione produttiva di prestazioni di bassa e bassissima complessità.

Il presidio ospedaliero ponente (Voltri + Sestri ponente + Arenzano).

Le funzioni specifiche assegnate ad ogni struttura vanno determinate come segue:

- funzioni di ricovero e cura a ciclo continuativo e diurno per gli ospedali di **Voltri e Sestri Ponente**;
- valorizzazione del ruolo dell'**ospedale di Voltri** nei riguardi del sistema di **emergenza** e dell'**ospedale di Sestri Ponente** nell'attività orientata all'elezione, ferma restando in quest'ultimo la presenza del pronto soccorso;
- assestamento e ulteriore valorizzazione dell'**ospedale di Arenzano** su prevalenti funzioni riabilitative, mantenendovi, ai fini di emergenza, il punto di primo intervento. Le funzioni riabilitative non devono essere limitate al solo bacino di utenza del presidio ma devono estendersi all'intera area del ponente genovese. Tenuto conto della collaborazione esistente con la scuola di specializzazione in fisioterapia, dell'esistenza del centro di bioingegneria della riabilitazione in collaborazione con il DIST dell'Università di Genova e dell'impegno progettuale e di sperimentazione tecnologica che già lega il centro alla realtà aziendale ligure in ambito bio medicale, si ritiene, per le ricadute cliniche conseguenti, che debba essere sviluppato ulteriormente il rapporto fra l'Ospedale, l'Università e il mondo aziendale nel campo della ricerca applicata in ambito riabilitativo.

Il **presidio ospedaliero nord** (Rivarolo + Pontedecimo + Busalla) è quello che presenta le maggiori criticità, criticità che hanno portato alla decisione di costruire il nuovo ospedale di vallata. In attesa si rende necessario procedere ad una razionalizzazione complessiva dei presidi, come segue.

- rifunzionalizzazione completa e urgente dell'ospedale **Celesia di Rivarolo** con l'assegnazione di funzioni di residenzialità extra ospedaliera e di riabilitazione. Sotto il profilo dell'emergenza va previsto un punto di primo intervento. Va inoltre prevista e potenziata la funzione ambulatoriale specialistica.
- In attesa dell'avvio operativo del nuovo ospedale di vallata, il **presidio Gallino di Pontedecimo** ospiterà le funzioni degenziali per acuti presenti nel presidio Celesia di Rivarolo, garantendo in via transitoria, nel rispetto della normativa vigente, le funzioni di urgenza/emergenza per l'utenza residente nella vallata, secondo la configurazione delle funzioni che risulterà ad accorpamento avvenuto, sulla base delle procedure descritte in premessa. Ad avvio operativo del nuovo ospedale il presidio dovrà essere

rifunzionalizzato con l'assegnazione di funzioni di residenzialità extra ospedaliera e di riabilitazione. Dovrà inoltre essere prevista e potenziata la funzione ambulatoriale.

- rifunzionalizzazione completa e urgente del presidio **Frugone di Busalla** con l'assegnazione di funzioni di residenzialità extra ospedaliera e di riabilitazione. Sotto il profilo dell'emergenza va previsto un punto di primo intervento. Va inoltre prevista e potenziata la funzione ambulatoriale specialistica. Presso il presidio va effettuata anche una sperimentazione di ospedale di comunità in collaborazione con i medici di medicina generale.

Il **presidio ospedaliero levante** (Recco + Nervi), in considerazione della riconversione dell'ospedale di Nervi in sede di polo riabilitativo con piastra ambulatoriale, coinciderà con l'ospedale di Recco. Il presidio dovrà essere funzionalmente ed organizzativamente integrato con l'azienda ospedaliera San Martino in considerazione del dimensionamento della sua attività, orientata a interventi di elezione di medio bassa complessità, e dell'estrema vicinanza all'azienda ospedaliera. La valenza organizzativa dell'attività resta fortemente proiettata ed integrata con i servizi e le funzioni extra ospedaliere. In tale contesto la funzione di emergenza va ricondotta al punto di primo intervento.

1.4.3.1 Azienda Ospedaliera San Martino

L'Azienda Ospedaliera San Martino costituisce la struttura di riferimento della funzione ospedaliera regionale per le attività di maggiore complessità. L'Azienda garantisce funzioni di DEA di 2° livello e di Trauma Center sia per l'area metropolitana genovese sia per l'intero territorio della Regione.

In quest'ambito, tramite l'impiego delle più moderne tecnologie informatiche e telematiche applicate alla sanità, l'Azienda sviluppa attività di consulenza specialistica in tempo reale rivolta alle strutture ospedaliere regionali inserite nel circuito dell'emergenza, alle unità mobili di pronto intervento e, con le modalità che saranno definite con l'Azienda sanitaria locale n° 3, fornisce supporto agli studi associati dei medici di medicina generale.

L'Azienda è caratterizzata dall'erogazione di prestazioni di elevata complessità per le quali è polo di riferimento regionale e di attrazione extraregionale.

Obiettivi principali del triennio sono lo sviluppo al massimo livello qualitativo della cardiocirurgia e della cardiologia interventistica, delle attività dell'ambito dipartimentale testa collo e l'attivazione dell'unità degenziale riabilitativa di 3° livello per le gravi cerebrolesioni acquisite e i gravi traumi cranio-encefalici, in conformità con le linee guida nazionali sulla riabilitazione

L'Azienda garantisce inoltre le funzioni di base, comprensive della risposta alle emergenze, precipuamente per il bacino di utenza del levante dell'area metropolitana genovese.

L'Azienda è sede di insegnamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia nonché di attività di sperimentazione clinica controllata. Obiettivo per il triennio è l'integrazione tra attività didattiche e strutture dipartimentali assistenziali nonché l'incremento dell'attività scientifica attraverso la partecipazione a programmi e fondi di ricerca, pubblici e privati.

Le principali finalità dell'Azienda sono, quindi, la produzione di attività sanitaria di alto livello e la produzione di attività di formazione, ricerca e didattica, da sviluppare attraverso un percorso di aumento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, di miglioramento dell'efficienza, di monitoraggio della qualità, di audit interno.

L'Azienda deve predisporre, in stretta relazione con le Aziende Sanitarie Locali e con le modalità definite in sede di riassetto sanitario dell'area metropolitana genovese, un progetto di deospedalizzazione della patologia di bassa complessità, prevedendo anche la costituzione di «pacchetti assistenziali» specifici per gruppi di patologie basati sull'attività specialistica ambulatoriale a forte integrazione territoriale, anche con l'utilizzo dell'Information e Communication Technology per il mantenimento della continuità assistenziale.

L'Azienda svolge inoltre un'attività di supporto alla Regione per promuovere tra i soggetti erogatori dell'area metropolitana proposte di gestione dell'assistenza sanitaria ospedaliera in logica di «rete clinica», garantendo il «passaggio» dalla equicapacità distributiva dei servizi alla equità di accesso agli stessi, al dipartimento .

Va altresì previsto il decentramento delle attività didattiche che vedrà coinvolti gli ambulatori aziendali integrati con il territorio e le strutture propriamente territoriali. L'attività di formazione approfondirà gli stessi obiettivi di appropriatezza che guidano le attività assistenziali.

Contestualmente al progetto di deospedalizzazione, seguendo quanto prevede la convenzione Regione-Università, va previsto il decentramento delle attività didattiche che vedranno coinvolti gli ambulatori aziendali integrati con il territorio e le strutture propriamente territoriali. L'attività di formazione approfondirà gli stessi obiettivi di appropriatezza che guidano le attività assistenziali.

L'Azienda deve impegnarsi in un programma di intensificazione dell'offerta di prestazioni di alta complessità, con particolare riferimento ai punti di eccellenza; ed in particolare:

- cardiocirurgia: il dipartimento cardiotoracico consente una forte integrazione tra le strutture cardiologiche, che svilupperanno in particolare l'emodinamica, l'elettrofisiologia e la cardiocirurgia (il cui obiettivo strategico è costituirsi polo di attrazione per gli interventi sulle valvole cardiache).
- trapianti d'organo: vanno consolidate le attività di trapianto di rene e cornea nonché attivate le procedure per il trapianto di tessuto muscolo-scheletrico e la terapia cellulare staminale. In tali contesti verranno realizzati il Centro di riferimento regionale per la “banca dell'osso” e per la produzione delle cellule staminali.

- emato-oncologia ed oncologia: l'ematologia oncologica costituisce un punto di attrazione dell'Azienda Ospedaliera, sede dell'attività di trapianto di midollo, centro di ricerca e sviluppo di tecnologie diagnostiche avanzate nonché centro di sperimentazione clinica controllata di livello nazionale ed internazionale; l'Azienda produce inoltre una importante casistica oncologica per la quale deve essere attivato un forte coordinamento interdipartimentale con l'Istituto Scientifico Tumori;
- Devono essere sviluppate le attività del distretto testa-collo, con particolare riferimento alle tematiche cliniche integrate neuro oncologiche, otoneurochirurgiche all'integrazione maxillo facciale - neurochirurgica, all'attività di diagnosi e cura dell'epilessia, al trattamento precoce dell'ictus cerebrale acuto.
- La piastra tecnologica deve sviluppare in particolare la radiologia interventistica nonché le alte tecnologie ed utilizza le tecniche dell'ICT per la comunicazione intra ed interaziendale; verranno consolidate le attività, attualmente in corso di sperimentazione, relative alla chirurgia computer-assistita con l'uso di navigatori e robots in alcuni ambiti specialistici; un impiego intensivo dell'ICT va inoltre utilizzato per la gestione delle procedure orientate al cittadino utente (informazione, prenotazione, accettazione, erogazione, comunicazione, rendicontazione).

Al programma di intensificazione delle prestazioni complesse forniranno supporto:

- la riconversione delle risorse professionali che si renderanno disponibili con l'implementazione dei progetti di deospedalizzazione
- la rimodulazione della disponibilità di posti letto secondo il principio dei livelli di intensità di cura.

La realizzazione degli obiettivi precedentemente esposti, che tra l'altro dovrà produrre la riduzione della mobilità passiva regionale, l'incremento della mobilità attiva di attrazione aziendale, comporta lo sviluppo di una progettualità coinvolgente l'intero complesso di San Martino, per una armonica configurazione reciproca dei parametri strutturali, tecnologici e di attività.

1.4.3.2 Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST)

L'IST è un IRCCS oncologico pubblico e centro di riferimento specialistico regionale. Opera in stretta collaborazione con il Ministero della Salute, con cui condivide programmi e azioni specifiche, e in sinergia programmatica con la Regione Liguria.

La sua missione è riferita all'integrazione di tutte le attività finalizzate alla lotta al cancro in un centro oncologico con pertinenze specialistiche multidisciplinari («comprehensive cancer center»), fermi restando i vincoli e le procedure previste dalla programmazione regionale per le alte specialità.

Le finalità dell'IST sono attuate nei tre ambiti di attività istituzionale: ricerca, assistenza e formazione.

Gli obiettivi che l'Istituto deve perseguire nel triennio riguardano il potenziamento e la crescita delle attività clinico scientifiche, garantendo il trasferimento rapido all'applicazione clinica dei risultati della ricerca, in particolare nel campo diagnostico e terapeutico.

Viene coordinata dall'IST l'attività di prevenzione primaria e secondaria oncologica a livello regionale, favorendo anche didattica e formazione per la diffusione di cultura oncologica agli operatori e ai cittadini.

Nel settore della ricerca, da attuare in collaborazione anche con strutture esterne alla Regione e a livello internazionale, va favorito il trasferimento di know-how e la realizzazione industriale dei prodotti della ricerca in campo biomedico e biotecnologico.

Per l'attuazione degli obiettivi l'Istituto provvederà ad una complessiva riorganizzazione dell'assetto organizzativo e funzionale.

L'Istituto svilupperà, tenendo in considerazione le funzioni e i servizi già presenti presso la A. O. San Martino, gli ambulatori ed i servizi di diagnosi (endoscopia, radiologia, anatomia patologica, analisi speciali, ecc.); svilupperà e razionalizzerà laboratori di ricerca (a disposizione anche di altre strutture e del San Martino) .

Verrà attuato un progetto di umanizzazione della struttura e di miglioramento dell'accoglienza e delle cure, anche con interventi strutturali ed organizzativi e di miglioramento alberghiero.

Verranno potenziati i rapporti di collaborazione con terzi per attività assistenziale e di ricerca, per il trasferimento rapido e la diffusione di risultati di ricerca.

L'Istituto svilupperà la massima collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Martino e verranno favorite tutte le attività interdisciplinari integrate. In tal senso deve essere attivato un forte coordinamento con l'Azienda Ospedaliera S. Martino

Dovrà essere inoltre favorita la realizzazione di gruppi di lavoro per ambiti di patologie, in campi specifici in cui si possano realizzare sinergie nelle attività, ottimizzando l'utilizzo dei laboratori di ricerca e dei reparti clinici dell'IST e del San Martino (ad esempio per valutazioni genetiche, terapie innovative, terapie geniche, ecc.).

Con riferimento al rapporto con le altre aziende ospedaliere dell'area metropolitana e della Regione, l'attività dell'Istituto dovrà caratterizzarsi secondo logiche proprie degli interventi di 2° e 3° livello, per un'azione di supporto nei confronti di casistica che richieda particolare livelli di intervento specialistico.

L'Istituto definisce, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese", programmi integrati di attività per l'ospedalizzazione domiciliare dei pazienti oncologici, ai fini della continuità assistenziale e della ottimizzazione dei trattamenti.

1.4.3.3 Ente Ospedaliero Ospedali Galliera

L'ospedale Galliera deve operare nel triennio sviluppando tutte le attività di più alta complessità e specializzazione.

Nello stesso tempo deve riconvertire e trasferire all'area della residenzialità extra ospedaliera, ovvero all'attività ambulatoriale e di day hospital, tutta la casistica di bassa e bassissima complessità.

L'Azienda deve caratterizzare la propria attività attraverso la specializzazione nelle **patologie degenerative**, neurologiche, dell'apparato locomotore e vascolare.

L'esigenza di studio e di diagnosi di tali patologie porta l'Azienda ad impegnarsi nel settore della genetica, sia per gli aspetti diagnostici, in cui assume un ruolo importante la componente laboratoristica, sia la componente clinica, quest'ultima ancora mancante e quindi da istituire e coordinare con le competenze già presenti.

Il tema delle patologie degenerative porta poi l'Azienda ad un impegno nel settore terapeutico, cioè nel campo della medicina di rigenerazione, che si apre a prospettive di utilizzo delle tecnologie biomedicali. Il Galliera, in tale complessivo contesto, può divenire sede del centro regionale di studio e di cura delle malattie dell'invecchiamento.

In questa prospettiva va incrementato il profilo dell'assistenza domiciliare e della continuità di cura, profilo che ha finora caratterizzato positivamente l'attività aziendale.

Tale aspetto ben si coniuga sia con le patologie della medicina degenerativa per i suoi aspetti di cronicità, sia con l'impegno sulla deospedalizzazione, indispensabile per assicurare il necessario miglioramento dell'attività in termini di alta e media complessità.

Altro segmento di attività che richiede un significativo impegno dell'Azienda e ben si coordina, per la combinazione degli aspetti diagnostici e terapeutici, con le linee di indirizzo espresse, è quello delle malattie rare, per le quali l'atto di autonomia aziendale dovrà prevedere le opportune forme organizzative coerenti con le indicazioni della programmazione regionale e con i provvedimenti attuativi nazionali.

Anche l'attività di emergenza deve risentire ed essere caratterizzata da un profilo specialistico coerente con i segmenti di attività in cui l'Istituto è destinato a crescere, ferme restando ovviamente le attività ordinarie del DEA di 1° livello.

E' evidente che la vocazione a presidio di alta complessità e di alta specialità postula la necessità di una dotazione tecnologica avanzata e di una struttura adeguata sotto il profilo architettonico ed impiantistico.

1.4.3.4 Azienda Ospedaliera Villa Scassi

L'Azienda ospedaliera Villa Scassi di Genova Sampierdarena ha come missione principale quella di garantire in termini completi e sicuri la funzione di emergenza per l'intero ponente della città e per la Valli Polcevera e Scrivia.

Le funzioni di DEA di 1° livello dovranno essere complete e coerenti con quanto prescritto in materia dalle linee guida nazionali.

L'Azienda dovrà operare in stretta integrazione funzionale e organizzativa con tutte le funzioni di urgenza e emergenza presenti nei presidi ospedalieri ponente e nord gestiti dalla ASL 3 Genovese. Tutta l'organizzazione dell'Azienda dovrà essere improntata a questo profilo di attività con l'obiettivo di garantire, grazie al raccordo con le funzioni di minore intensità di cura presenti nei presidi della ASL, un'efficace e complessiva funzione di filtro della casistica di bassa e media complessità di cittadini residenti che utilizzano in oggi strutture di emergenza presenti nell'area di centro levante della città.

In questa prospettiva dovranno essere ricondotte alla sede di DEA le funzioni di otorinolaringoiatria ed oculistica, le quali costituiscono specialità correlate all'emergenza, tenendo conto della rifunionalizzazione del presidio Celesia di Rivarolo che non consente il loro mantenimento in quella sede.

Inoltre, nel quadro della razionalizzazione del sistema trasfusionale dell'area del ponente genovese, l'Azienda, ferma restando la necessità di mantenere in sede decentrata le funzioni connesse alla raccolta e alla medicina trasfusionale per il supporto alla funzione ospedaliera, dovrà assumere, coerentemente con il set di funzioni previste dalla normativa nazionale per i DEA di 1° livello, le funzioni in oggi svolte dai moduli trasfusionali gestiti dalla ASL 3. In tal senso le due aziende interessate provvederanno a integrare le intese contrattuali esistenti al fine di definire, in analogia con le modalità gestionali già in atto per la funzione psichiatrica degenziale (SPDC), il trasferimento all'Azienda Ospedaliera Villa Scassi della funzione e della struttura dei costi e dei ricavi.

L'utilizzo dello strumento dipartimentale interaziendale renderà possibile, in ogni caso, in forma ambulatoriale, il mantenimento dei servizi storicamente resi all'utenza.

L'ospedale è sede di specialità di particolare rilievo quali il centro gradi ustionati e la chirurgia toracica.

Il piano di sviluppo aziendale potrà essere supportato da una manovra di investimenti che renda possibile una migliore aggregazione e comunicazione tra le funzioni ospitate in struttura a padiglioni.

In tal senso la completa realizzazione di strutture di collegamento permanente tra i diversi corpi edilizi costituisce un momento qualificante dell'intera manovra di rifunzionalizzazione che dovrà portare l'ospedale ad un'articolazione in tre blocchi funzionali: area medica, area chirurgica e area dell'emergenza e ambulatoriale.

L'Azienda è chiamata ad integrarsi con il nuovo ospedale di Vallata.

1.4.3.5 Ospedale Evangelico Internazionale

L'ospedale Evangelico Internazionale, non interessato da ruoli di emergenza, assicura le funzioni mediche, chirurgiche, ostetrico/ginecologiche e neonatologiche.

La valenza organizzativa dell'attività resta fortemente proiettata ed integrata con i servizi e le funzioni extra ospedaliere, anche mediante la partecipazione a progetti territoriali concernenti forme integrative o sostitutive dell'assistenza ospedaliera (spedalizzazione domiciliare).

In tal senso è confermata la linea di tendenza aziendale, già positivamente realizzata in diversi segmenti di attività, relativa al significativo potenziamento delle funzioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica, da realizzare con un set di apparecchiature tecnologicamente avanzato (esiste già una TAC, una RMN/artroscan e una RMN total body).

Per quel che concerne l'area medica va ulteriormente incrementato e allargato il rapporto, già consolidato, con i medici di famiglia al fine di assicurare continuità assistenziale e raccordo stretto tra le diverse competenze.

Per quel che riguarda l'area chirurgica va portata a termine la riconversione di gran parte dell'attività, attualmente svolta in forma ordinaria, in attività di day surgery, che a regime non deve essere inferiore al 60-65% della complessiva produzione, anche mediante una diversificazione delle attività specialistiche. Inoltre devono essere confermati e sviluppati gli ulteriori settori di attività nell'ambito specialistico con un significativo potenziamento delle funzioni di day hospital.

La restante attività chirurgica ordinaria, già caratterizzata da una positiva selezione della casistica, con concentrazione delle risorse su specifiche aree di attività (che evita quindi il fenomeno della dispersione), può accentuare il livello qualitativo che deriva dalla standardizzazione delle procedure, prevedendo la conferma dell'impegno su alcune aree di attività di medio alta complessità già svolte.

Infine va previsto il potenziamento della funzione ginecologica e il consolidamento del modello organizzativo esistente in neonatologia, migliorando, in un'ottica di tipo dipartimentale, la sinergia tra le due funzioni.

Da ultimo l'ospedale è chiamato a confermare, e se possibile migliorare, il notevole livello di umanizzazione e di accoglienza che da tempo lo caratterizza.

Per quel che concerne i futuri investimenti necessari per la realizzazione dei principali obiettivi, si applica la particolare procedura prevista dall'Accordo di Programma sottoscritto dalla Regione e dal Governo in data 27 luglio 2000.

1.4.3.6 Istituto Scientifico Giannina Gaslini

L'Istituto Gaslini costituisce un punto di forza per il sistema sanitario regionale che deve essere sviluppato e potenziato. Occorre, quindi, che le ricadute che l'alta specializzazione delle prestazioni che l'Istituto eroga in favore del bacino d'utenza nazionale, pari a circa la metà del totale, vengano sfruttate in termini di trasferimento di conoscenze e professionalità accumulata anche per la risposta alle patologie di media e bassa complessità riferibili alla popolazione pediatrica regionale.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario che l'Istituto persegua una strategia di posizionamento nel sistema nazionale ed in quello regionale articolata su due livelli per i quali la Regione Liguria, in termini differenziati, ritiene comunque di dover garantire un supporto corrispondente al valore che l'Istituto riveste come risorsa di crescita e sviluppo della realtà regionale.

Sull'area della ricerca scientifica è da ritenersi condivisibile l'orientamento strategico assunto dall'Istituto di focalizzare le proprie attività su ambiti che rispondano:

- a patologie di maggior diffusione della fascia pediatrica e a settori della diagnostica avanzata che assumono anche valenza di prevenzione;
- a requisiti di rapida ed accentuata trasferibilità dei risultati in ambito assistenziale.

I temi fondamentali che caratterizzeranno le linee di ricerca dell'Istituto nel prossimo triennio possono essere così sintetizzati:

- Genetica medica e strategie diagnostico – medico innovative
- Endocrinologia e metabolismo
- Immunologia e reumatologia
- Emato – oncologia
- Medicina perinatale
- Malattie croniche ad esordio in età pediatrica
- Neuroscienze

- Infettivologia
- Chirurgia

La necessità di definire una strategia a due livelli per l'Istituto Gaslini trova significato con riguardo alla collocazione nella rete ospedaliera regionale nonché con riferimento al posizionamento dello stesso rispetto al bacino d'utenza nazionale.

In questo senso è comunque interesse della Regione Liguria che l'Istituto si ponga quale riferimento primario a livello nazionale ed internazionale per l'intero ambito di quelle attività a carattere sovregionale che, in ragione della domanda cui rispondono, fanno riferimento alle seguenti strutture:

- Cardiochirurgia e Cardiologia Invasiva
- Emato – oncologia e trapianto di midollo
- Neurochirurgia
- Centro Neonati a Rischio e Patologia Neonatale
- Nefrologia ed emodialisi (con trapianto)
- Chirurgia pediatrica e Pronto soccorso chirurgico (con trapianti)
- Patologia Muscolare
- Ortopedia e traumatologia
- Neuropsichiatria - Reumatologia

Avuto riguardo al baricentro dell'utenza di tali settori, le strategie di sviluppo delle stesse risulteranno determinanti per garantire nel triennio la competitività dell'Istituto.

Per quanto riguarda i settori a valenza regionale, definiti in ragione della loro unicità sul territorio ovvero della complessità della casistica nell'ambito della patologia di riferimento, le strutture dell'Istituto preposte sono da individuarsi nell'area delle specialità pediatriche (pneumologia, malattie infettive, otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica, riabilitazione) ovvero nell'ostetricia e ginecologia proprio in quanto riferibile a situazioni di gravidanza a rischio.

Alle stesse logiche deve rispondere la pediatria dell'Istituto, per la quale è da prefigurare un futuro orientamento operativo di carattere duale rivolto:

- verso ambiti patologici pediatrici di carattere settoriale, contraddistinti da particolare specificità e complessità e collegati a temi di ricerca in corso;
- verso una risposta alla domanda pediatrica di bassa complessità da intendersi sempre più riconducibile alla funzione di supporto all'emergenza e rispondente al fabbisogno formativo espresso dall'Università.

Per tali ultimi settori la valutazione deve essere condotta con riferimento alla compatibilità delle attività rispetto agli standard di produzione stabiliti a livello regionale per l'ambito pediatrico, sfruttando al massimo livello le sinergie derivanti da formule di integrazione con le realtà territoriali e con gli altri poli pediatrici regionali.

Analogamente per l'emergenza, il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA di 2° livello) dell'Istituto e le strutture specialistiche satellitari garantiscono una risposta modulare in grado di garantire funzioni di emergenza di primo e secondo livello sull'area metropolitana e di secondo livello per l'intero territorio regionale.

A fronte degli assetti strutturali d'interesse sovraregionale, regionale e metropolitano, l'Istituto è inoltre chiamato a definire in termini concreti una strategia di trasferimento verso l'esterno delle proprie capacità operative attraverso:

- la creazione di una struttura a rete con gli altri poli pediatrici regionali, che veda nell'Istituto il riferimento permanente per la risposta terapeutica di seconda istanza nonché il punto di contatto in tempo reale attraverso l'estensione a livello regionale del collegamento terrestre e satellitare di teleconsulto e telemedicina che lo stesso Istituto ha in corso di attivazione per l'alta specialità sul territorio nazionale;
- l'ulteriore sviluppo dei progetti di ospedalizzazione domiciliare già messi in atto, con un ampliamento delle patologie interessate ed una più estesa casistica dei trattamenti decentrati;

- l'attivazione di modalità di collegamento permanente con i pediatri di libera scelta in grado di consentire modalità di interscambio delle informazioni cliniche dei pazienti attraverso le tecnologie informatiche e di comunicazione implementate secondo gli indirizzi regionali.

Sulla base di tale impostazione, il ruolo dell'Istituto tende quindi a caratterizzarsi per una serie di funzioni ad alto valore aggiunto, trasversali al sistema e di coordinamento a livello regionale, che insistono sulle seguenti aree:

- Area Emergenza: rapporto DEA e presidi di emergenza di primo livello metropolitani e regionali; riferimento per attività di trasporto neonati a rischio e patologie neonatali;
- Area Alte specialità: riferimento per trattamento pazienti emato – oncologici, nefrologici, diagnostica avanzata, chirurgie pediatriche;
- Area specialità pediatriche: definizione linee guida e protocolli per il trattamento delle patologie pediatriche a media complessità; coordinamento informativo e formativo sul sistema pediatrico regionale.

Sul piano generale vanno positivamente valutate le iniziative della Fondazione finalizzate ad ampliare l'offerta dei servizi di supporto alla prestazioni assistenziali.

In tal senso, di particolare interesse potrebbero essere settori quali, ad esempio:

- counseling genetico per malattie rare
- allergologia pediatrica
- area del recupero e riabilitazione
- psicologia clinica e neuropsichiatria

In tale ambito diventa significativa la possibilità di creare una rete di collegamento ed interscambio di ricercatori e medici con le più importanti istituzioni internazionali, in un quadro di iniziative di formazione finalizzate all'arricchimento delle professionalità mediche e sanitarie del sistema regionale.

1.4.4 Azienda Sanitaria Locale n. 4 Chiavarese

La funzione ospedaliera, che in questo bacino di utenza ha come obiettivi significativi quelli del recupero delle fughe sulla bassa complessità esistenti presso altre Aziende liguri (in particolare la ASL 3), è articolata rispetto ai due bacini di utenza del Tigullio occidentale e orientale.

Il Tigullio occidentale è positivamente caratterizzato, in prospettiva, **dall'edificazione del nuovo ospedale di Rapallo** che opererà attivando, anche in forma dipartimentale, le opportune sinergie con il presidio specialistico accreditato di Villa Azzurra. Nel nuovo presidio, in aggiunta alle funzioni previste dalla ASL a seguito della riorganizzazione dei presidi aziendali, confluirà sia l'attività degenziale attualmente svolta presso il presidio di S. Margherita, sia la funzione di riabilitazione regionale cardiologica attiva presso l'attuale presidio di Rapallo. Nel presidio di S. Margherita dovranno a regime essere attivate funzioni ambulatoriali, di residenzialità extra ospedaliera, di riabilitazione e di emergenza (punto di primo intervento). Sempre a regime, in una quota parte del presidio di Rapallo, manterrà la propria operatività l'attuale piastra servizi territoriali e sociosanitari.

L'azienda sanitaria, nei confronti dei presidi del Tigullio orientale, dopo i significativi investimenti pregressi, deve operare per meglio tipicizzare il loro ruolo. Il presidio di Lavagna deve tendere a qualificarsi sempre più ai fini dell'emergenza, ospitando quindi tutte le specialità in tal senso necessarie che, in questa prospettiva, non dovrebbero più operare a Sestri Levante. Il presidio di Sestri Levante, invece, deve sempre meglio corrispondere ad un ruolo di elezione, di riabilitazione e di valorizzazione delle specialità di area medica.

Tutti i presidi dell'Azienda sono funzionalmente ed organizzativamente integrati (Azienda sperimentale).

L'ospedale di Lavagna, sede di DEA di 1° livello, garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Gradualmente è chiamato a completare il set di funzioni esistenti con quelle correlate all'emergenza, attualmente presenti in altri presidi aziendali. In tale prospettiva l'ospedale deve completare il piano di investimenti già avviato, attuando la sopraelevazione dell'attuale corpo di fabbrica.

L'ospedale di Sestri Levante, integrato funzionalmente ed organizzativamente con quello di Lavagna, sviluppa la propria attività verso funzioni di tipo elettivo appartenenti all'area medica e alla riabilitazione. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza e svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali.

- **L'ospedale di Santa Margherita Ligure**, ad avvio operativo del nuovo ospedale di Rapallo, dovrà essere riconvertito con l'assegnazione di funzioni di residenzialità extra ospedaliera e di riabilitazione. Dovrà inoltre essere prevista e potenziata la funzione ambulatoriale e di primo intervento.

Il presidio di Rapallo, in via transitoria, ospita il polo regionale di riabilitazione cardiologica e la piastra dei servizi territoriali e sociosanitari. Dopo la realizzazione del nuovo ospedale perderà la caratteristica di struttura sanitaria e, come previsto dal Comune di Rapallo e dalla ASL, muterà destinazione d'uso per la quasi totalità della superficie.

1.4.5 Azienda Sanitaria Locale n. 5 Spezzino

La riorganizzazione della funzione ospedaliera dell'Azienda sanitaria locale n° 5 è resa possibile ed agevolata da una significativa manovra di investimenti che ha portato da un lato alla recente realizzazione del nuovo ospedale di Sarzana, dall'altro all'avvio delle procedure per la costruzione del nuovo ospedale di La Spezia Felettino che riunirà tutte le funzioni attualmente distribuite su due diversi corpi di fabbrica. Quanto sopra garantisce l'ottimizzazione dei fattori della produzione e il miglioramento della qualità e dell'efficacia nei confronti dell'utenza.

In tale prospettiva i presidi di La Spezia Felettino, cui è direttamente collegato il presidio di Levanto, e di Sarzana dovranno essere funzionalmente ed organizzativamente integrati, pur nella diversità delle missioni. In particolare il presidio di La Spezia costituirà il punto di riferimento principale dell'emergenza, sviluppando tutte le funzioni alla stessa correlate. In prospettiva, a realizzazione avvenuta del nuovo ospedale, deve essere prevista la funzione di DEA di 2° livello. Il presidio di Sarzana invece, ferma restando la funzione di pronto soccorso, sarà invece caratterizzato da un'attività fortemente proiettata ed integrata con i servizi e le funzioni extra ospedaliere. Elemento fondamentale che caratterizza il presidio di Sarzana è l'operatività del polo regionale di riabilitazione.

L'ospedale di La Spezia, sede di DEA di 1° livello, garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce la presenza, da potenziare, di numerose qualificate specialità a media ed elevata specializzazione. In particolare deve essere completato il polo oncologico in grado di garantire sia l'approccio multidisciplinare al paziente neoplastico sia l'assistenza al malato in tutte le fasi della malattia. In tal senso vanno attivate tutte le funzioni di supporto con la necessaria dotazione tecnologica.

L'ospedale di Levanto è interessato alla gestione di funzioni di residenzialità extra ospedaliera e di riabilitazione. Sotto il profilo dell'emergenza va previsto un punto di primo intervento. Va inoltre prevista e potenziata la funzione ambulatoriale specialistica, ivi compresa la possibilità di effettuare interventi chirurgici ambulatoriali e in day surgery. Presso il presidio va effettuata una sperimentazione di ospedale di comunità. E' inoltre previsto un centro di assistenza per il trattamento dialitico.

L'ospedale di Sarzana, sede di pronto soccorso, assicura le prestazioni medico chirurgiche di base al proprio bacino di utenza. E' funzionalmente e organizzativamente integrato con il presidio di La Spezia. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. E' sede del polo regionale di riabilitazione con competenza sull'intero bacino di utenza del Levante ligure per attività riabilitative di 2° livello a caratterizzazione specialistica neurologica, ortopedica, cardiologica e pneumologica.

2. IL SISTEMA DI URGENZA ED EMERGENZA

2.1 Aspetti generali

L'obiettivo principale che deve essere raggiunto nel triennio riguarda il **potenziamento dell'efficacia della risposta sanitaria**, sia per quel che concerne la fase che più direttamente coinvolge la funzione ospedaliera, sia per gli aspetti collegati alla fase territoriale. E' estremamente importante garantire che entrambi gli aspetti crescano e si sviluppino in modo da offrire risposte adeguate.

Per gli aspetti più propriamente ospedalieri tale obiettivo si raggiunge **garantendo punti di soccorso, di diverso ordine e grado, effettivamente funzionanti, completi di tutte le funzioni necessarie previste dalla normativa in relazione alle diverse tipologie, capaci di fornire una risposta sicura**, anche per le situazioni che si verificano tra i soggetti degenti .

In tale prospettiva non è possibile permettere il funzionamento di strutture di urgenza/emergenza non rispondenti a questo criterio.

I punti di soccorso di diversa complessità devono possedere i requisiti essenziali al funzionamento previsti dal D.P.R. 27 Marzo 1992 nonché dalle linee guida nazionali per l'emergenza sanitaria di cui all'atto di intesa Stato – Regioni pubblicate sulla G.U. della Repubblica n° 114 del 17 Maggio 1996, come segue:

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

Svolge, in relazione alla fascia oraria stabilita, attività **ambulatoriale** medico chirurgica. Effettua esclusivamente interventi riguardanti **urgenze di tipo minore**. Si avvale dell'ausilio di un medico dell'urgenza adeguatamente supportato da presenza infermieristica ovvero, in alternativa, del supporto di un'auto medica. La scelta del diverso tipo di strumento operativo è effettuata dal direttore generale dell'Azienda interessata, su proposta del Comitato dell'emergenza.

PRONTO SOCCORSO

- presenza di guardia attiva in medicina
- presenza di guardia attiva in chirurgia

- presenza di guardia attiva o reperibilità in anestesia – rianimazione
- presenza di guardia attiva o reperibilità in ostetricia e ginecologia
- presenza di guardia attiva o reperibilità in pediatria
- servizio di radiologia
- banca sangue in attività

DEA 1° LIVELLO

Presenza di supporto 24h/giorno di:

- laboratorio di analisi chimico – cliniche e microbiologia
- diagnostica per immagini
- servizio di immunoematologia e trasfusionale
- Cardiologia con UTIC
- Neonatologia/pediatria
- Ostetricia – ginecologia

DEA 2° LIVELLO

Oltre ai requisiti del DEA di primo livello:

- cardiocirurgia
- neurochirurgia

I presidi che, a qualunque titolo, in oggi non posseggono tutti i requisiti di legge per la funzione che la programmazione regionale assegna loro, fino alla completo raggiungimento della configurazione prevista svolgono il ruolo ed esercitano le funzioni e le responsabilità del livello corrispondente all'effettiva dotazione posseduta. La Giunta Regionale, entro 180 giorni dall'approvazione del Piano sanitario regionale, acquisisce dalle singole Aziende sanitarie interessate ai servizi di urgenza/emergenza, la documentazione comprovante i requisiti e gli standard posseduti e entro i successivi 30 giorni formalizza con proprio provvedimento i ruoli e le funzioni di ciascun presidio.

E' infine indispensabile che le Aziende sanitarie operino per risolvere alcune situazioni di inefficienza presenti in particolare **nell'area metropolitana genovese** integrando, ove necessario, le configurazioni tecnologiche, organizzative e di personale in termini coerenti con gli standard di riferimento previsti dalla normativa nazionale. In tal senso la Regione e le Aziende devono predisporre coerenti misure di investimento.

2.2 Obiettivi per il triennio – configurazione del sistema di emergenza

Bacino di utenza	Ospedale	Configurazione a regime
ASL 1 Imperiese	Imperia	DEA di 1° livello (*)
	Sanremo	DEA di 1° livello (*)
	Bordighera	Pronto soccorso
ASL 2 Savonese	A. O. Santa Corona	DEA 2° livello
	Savona	DEA di 1° livello
	Albenga	Pronto soccorso
	Cairo Montenotte	Pronto soccorso
ASL 3 Genovese	A. O. San Martino	DEA 2° liv. – sede di “trauma center”
	A. O. Villa Scassi	DEA 1° Livello
	E. O. Ospedali Galliera	DEA 1° livello
	Voltri	Pronto soccorso
	Sestri Ponente	Pronto soccorso
	Polo Riabilitativo La Colletta	Punto di primo intervento
	Gallino Ponte X	Pronto soccorso (**)
	Celesia Rivarolo	Punto di primo intervento
	Busalla	Punto di primo intervento
	Recco	Punto di primo intervento
	Istituto G. Gaslini	DEA di 2° liv. con coordinamento regionale di tutto il sistema di soccorso e di trasporto pediatrico
ASL 4 Chiavarese	Lavagna	DEA di 1° livello
	Rapallo	Pronto soccorso (***)
	S. Margherita L.	Punto di primo intervento (***)
ASL 5 Spezzino	La Spezia	DEA 1° livello
	Sarzana	Pronto soccorso
	Levanto	Punto di primo intervento

Legenda:

* : DEA integrato.

** : a seguito degli investimenti programmati

*** : a seguito del completamento del nuovo ospedale di Rapallo

2.3 Obiettivi specifici per il miglioramento dell'emergenza

Il quadro di riferimento normativo in materia di emergenza è costruito secondo una logica che ha privilegiato l'analisi dei bisogni e la dimensione dell'offerta intesa come articolazione capillare di tipologie di strutture e di modalità organizzative.

Ne è derivato un sistema con funzioni così sintetizzabili:

Fase extraospedaliera	<ul style="list-style-type: none">• Continuità assistenziale• Mezzi di soccorso medicalizzati e non• Centrale Operativa 1-1-8
Fase intraospedaliera	<ul style="list-style-type: none">• Pronto Soccorso• Unità specialistiche ospedaliere interessate all'emergenza

Storicamente ogni componente ha affrontato le problematiche relative al proprio momento assistenziale in assenza di un percorso, di una visione globale e sequenziale del trattamento del malato critico, rendendo così difficile l'uniformità e l'integrazione fra i diversi segmenti del sistema dell'emergenza.

Siamo in presenza di una domanda di prestazioni in progressivo aumento. I dati della letteratura riportano sul territorio nazionale un notevole incremento di prestazioni di Pronto Soccorso, da 16.000.000 di accessi nel 1980 a quasi 50.000.000 nel 2000; tale trend d'incremento non è solo nazionale. Contestualmente al numero di accessi è aumentata anche la complessità delle prestazioni erogate; a volte le prestazioni sono anche di tipo medico legale, assicurative, sociali, di collaborazione con l'autorità giudiziaria ecc.

Dati di alcune regioni italiane evidenziano che in media il 30% dei DRG prodotti nei nostri ospedali derivano da un ricovero mediato dal Pronto Soccorso (P.S.). Tale dato è negativamente influenzato quando in P. S. opera personale non adeguatamente formato e motivato (personale a rotazione) per cui aumenta l'ospedalizzazione, e talvolta le dimissioni improprie.

Studi sull'appropriatezza delle prestazioni richieste (analisi della domanda) al Pronto Soccorso evidenziano come circa il 30% di queste siano in realtà "accessi impropri" spesso conseguenti all'inefficienza funzionale dei servizi sanitari territoriali

In Liguria il fenomeno ha le seguenti dimensioni:

Anno	<u>Accessi al P. S. senza ricovero</u>	Accessi con ricovero
1999	525.536	147.196
2000	535.127	143.276

Questa situazione va corretta ricercando momenti d'integrazione tra i diversi attori del percorso assistenziale, al fine di **promuovere a tutti i livelli una nuova cultura dell'emergenza e migliorare l'efficacia della risposta sanitaria del sistema** nei confronti del cittadino che si trova in situazione di emergenza, cosa questa che costituisce obiettivo strategico delle Aziende Sanitarie.

A tal proposito sono elementi su cui investire risorse specifiche nel prossimo periodo:

A) L'informazione/educazione della popolazione a livello di scuola, famiglia, organizzazioni sociali.

- I cittadini devono essere informati sulle modalità di accesso ai servizi
- I cittadini devono sapere con chi e come comunicare in situazioni di emergenza
- I cittadini affetti da patologie a potenziale rapida evoluzione o in presenza di familiari con situazioni cliniche che potrebbero richiedere trattamenti d'emergenza quali asma, cardiopatia ischemica, diabete, epilessia etc, e le loro famiglie, devono saper utilizzare manovre e farmaci salvavita. Tra questi soggetti e quelli dimessi da ospedali con patologie a rischio potenzialmente evolutivo sono individuati gruppi cui assegnare per brevi periodi, strumenti di teleallarme.

B) La formazione

Le competenze professionali sono opportunamente aggiornate mediante specifici corsi e sottoposte a verifica periodica.

l'intervento formativo di base, definito sulle indicazioni fornite dalle maggiori Società Scientifiche del settore e sulle evidenze consolidate nell'ambito della Medicina di Urgenza e di Emergenza prevede:

- La definizione di un percorso omogeneo di formazione e di periodica ricertificazione all'interno di ogni categoria di operatori su tutto il territorio regionale
- La definizione di metodiche di valutazione omogenee
- La creazione di gruppi di formatori

Sono interessati al percorso formativo i Medici di Medicina Generale (M.M.G.), i Pediatri di Libera Scelta (P.L.S), i medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali, medici e infermieri dell'emergenza territoriale, della componente intraospedaliera e del Pronto Soccorso, i volontari della C.R.I. e PP.AA., i VV.F..

C) La diffusione di strumenti tecnologici e di telemedicina.

- E' sviluppata la possibilità di comunicazione fra operatori e strutture e fra strutture diverse, al fine di ottimizzare l'utilizzo di tutte le risorse umane e strumentali disponibili sfruttando appieno il potenziale diagnostico e terapeutico dei centri a più alta complessità.
- E' promosso l'uso della moderna tecnologia salvavita sul territorio come ad esempio i defibrillatori semiautomatici (DAE).

D) Il Triage intra ed extra ospedaliero

- Sul territorio consente:
 - una preliminare e rapida valutazione della patologia e la conseguente assunzione della flow-chart decisionale sul quando, dove, e con che mezzo (ambulanza tipo A, ambulanza tipo B e automedica, elicottero) trasportare il paziente.
 - una centralizzazione immediata: scoop and run.
 - un primo trattamento, la stabilizzazione ed il trasporto nell'ospedale dove c'è disponibilità ricettiva per una certa patologia: stay and play (stay and stabilize)
- In Pronto Soccorso consente:

- un preliminare inquadramento della gravità della patologia (codice bianco, verde, giallo e rosso) per organizzare l'accesso alla visita ed informare l'utente sui percorsi ed i presunti tempi d'attesa.

E) L'adozione delle metodiche per il miglioramento della qualità.

E' introdotta la valutazione delle performance del sistema dell'emergenza, mediante l'impiego di indicatori, standard, linee guida, protocolli e l'utilizzo di database per la misurazione e il miglioramento della qualità delle cure: tutte le componenti del sistema dell'emergenza dovranno adottare percorsi di certificazione di qualità.

2.4 Terapia Subintensiva

Le Aziende Sanitarie devono prioritariamente attivare un numero di posti letto di terapia subintensiva pari ad almeno il 50% dei letti di rianimazione (sia per pazienti instabili che necessitano di monitoraggio ed assistenza continuativa sia per la gestione di pazienti in fase post operatoria o trasferibili da un reparto di rianimazione che necessitano di monitoraggio ma non nel reparto di rianimazione).

Le Aziende Sanitarie individuano, in base alle risorse ed ai bisogni, le U.O. all'interno delle quali attivare tali letti. Letti di terapia subintensiva possono essere attivati anche in presidi ospedalieri privi di letti di rianimazione.

2.5 Osservazione Breve Intensiva

I criteri generali dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono:

- evitare ricoveri non necessari
- prevenire dimissioni non appropriate

in questo ambito di norma viene previsto un accesso a questa struttura di Pronto Soccorso per patologie, che almeno in parte dovrebbero essere predefinite. Le condizioni che giustificano l'accesso all'OBI possono essere sia legate alla necessità di diagnosi attraverso esami seriatati ed osservazione per alcune ore del paziente, che motivate dalla necessità di terapia (ad es. antalgica) che necessita di alcune ore per avere effetto e consentire una dimissione dal pronto soccorso.

Gli Standard strutturali ed organizzativi dell'OBI sono i seguenti:

- Gli ospedali dovrebbero avere un posto di OBI ogni 8.000\10.000 accessi di Pronto Soccorso, con un limite inferiore di 4-5 posti, in quanto sotto questo livello la

struttura non ha vantaggi economici (il personale risulta sotto utilizzato)

- Sono necessari spazi dedicati se possibile in contiguità con il Pronto soccorso. o la medicina d'urgenza
- Servizi: deve essere disponibile una radiologia convenzionale ed una TC total body almeno h12 con risposte radiologiche. Il laboratorio deve fornire gli esami standard di pronto soccorso. in urgenza almeno dalle ore 7 alle ore 24. Un posto ogni 4 deve essere dotato di monitor. Deve essere disponibile un Elettrocardiografo, un Saturimetro, un defibrillatore e tutto il set di Emergenza standard. Gli Specialisti dell'Ospedale devono essere disponibili per eventuali consulti nello stesso modo in cui lo sono per i pazienti del Pronto Soccorso.
- Deve essere possibile fornire i pasti ai pazienti e prevedere la possibilità di accogliere un familiare per paziente.
- Durata: deve essere inferiore alle 24 ore. Se eccede deve essere previsto il ricovero ospedaliero urgente.
- Registrazione: tutta l'attività medica ed infermieristica deve essere registrata e consultabile, deve essere presente un diario clinico del pazienti ed all'atto della dimissione deve essere consegnata una breve relazione al curante. Non devono essere ammessi in OBI pazienti gestibili direttamente dalle Salette di Pronto Soccorso e dimettibili entro 90 minuti.

2.6 Sistema 118

La fase extraospedaliera del sistema dell'emergenza è coordinata dalla Centrale Operativa 1-1-8. La Centrale Operativa con il sistema territoriale di competenza è struttura autonoma che svolge la propria attività tramite l'integrazione operativa e culturale con i Pronto Soccorso (P. S.) e i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di riferimento. Il dirigente medico responsabile della centrale operativa si configura come responsabile di struttura semplice o complessa.

Fanno capo alla centrale operativa i progetti di telemedicina, teleassistenza e teleallarme relativi alle problematiche territoriali dell'emergenza.

Il personale medico ed infermieristico che opera su mezzi di soccorso avanzato (équipe ASL: automediche ed elisoccorso) è integrato funzionalmente con la rete dei Pronto Soccorso./D.E.A., svolge la propria attività anche all'interno della Centrale Operativa e dei Pronto Soccorso/D.E.A. delle A.S.L./A.O. ricomprese nel sistema

Compete alle Aziende Sanitarie:

- Estendere la conoscenza del corretto utilizzo del 1-1-8 dando la massima diffusione dell'informazione alla popolazione.
- Migliorare l'integrazione del servizio di continuità assistenziale con il servizio di emergenza incentivando la formazione, il corretto utilizzo dei farmaci e delle manovre essenziali di pronto soccorso , in particolare nelle zone più disagiate della Regione.
- E' identificata la dotazione minima di farmaci, strumenti professionali quali presidi diagnostici e dispositivi di medicazione nonché di protezione individuali con cui attrezzare il personale.
- Attivare nuove forme di integrazione dei i M.M.G. e P.L.S. nel sistema regionale dell'emergenza, in particolare coinvolgendoli nel percorso formativo e integrando la loro presenza nelle aree di Pronto Soccorso, nei distretti e nelle aree geograficamente più disagiate supportandoli con innovativi strumenti di telemedicina e telediagnosi.
- Promuovere i progetti sia intra che extra ospedalieri di defibrillazione precoce con defibrillatori semiautomatici.
- Potenziare il sistema telematico delle centrali operative 1-1-8 al fine di:
 - Migliorare la gestione, lo scambio delle informazioni e il monitoraggio degli eventi e l'integrazione con i P.S./D.E.A. dei presidi ospedalieri.
 - Mappare in tempo reale i posti letto di area critica e subintensiva della Regione.
 - Condividere la formulazione di protocolli comuni fra gli operatori del territorio e dell'ospedale e garantire sistematicità nel trasferimento della informazione e dei dati (territorio ⇒118 ⇒ Ospedale).
- Completare e razionalizzare la rete delle automediche.
- Sono utilizzati indicatori (popolazione, densità, rete viaria, sedi ospedaliere etc.) determinati dal Comitato regionale per l'emergenza; l'individuazione delle sedi operative (preferibilmente ospedaliere) spetta al Comitato per l'emergenza territorialmente competente, che definisce altresì la sede di invio dei codici di gravità.
- Definire, sentito il Comitato per l'emergenza territorialmente competente, le modalità di interazione ed integrazione del personale medico ed infermieristico che opera nel sistema di emergenza.

2.7 Elisoccorso

Deve essere realizzato il potenziamento del servizio di elisoccorso a tutta la Regione, prioritariamente attraverso intese con gli enti pubblici deputati alla gestione delle

emergenze (Vigili del Fuoco) e con i soggetti che saranno individuati come erogatori del servizio.

Va valutata, dal punto di vista tecnico ed economico, e se del caso promossa, la possibilità di accordi o convenzioni con Regioni viciniori, in particolare con la Toscana per garantire, quando necessario, servizi nell'estremo levante ligure.

È prevista l'individuazione di un'ulteriore base di elisoccorso, con sede presso l'aeroporto di Albenga, al fine di potenziare la copertura di intervento sanitario nel ponente ligure, con particolare riferimento alle zone montane e di difficile accesso.

Va inoltre verificata la possibilità di attivare sinergie e momenti di collaborazione con le funzioni pubbliche di elisoccorso presenti in Liguria e destinate a interventi non sanitari.

2.8 Protezione Civile (emergenze sanitarie)

Le Centrali Operative del Servizio 118 con la loro organizzazione funzionale, si raccordano con tutte le strutture territoriali ed ospedaliere e con le Istituzioni Pubbliche e Private che cooperano nella risposta dell'emergenza (atto di intesa Stato e Regioni GU 17/5/1996) e costituiscono l'interlocutore privilegiato in campo sanitario per gli aspetti della Protezione Civile.

Collaborano con le Prefetture secondo gli schemi di cui al comunicato relativo al Decreto del Ministro dell'Interno delegato per il coordinamento della Protezione Civile 13 febbraio 2001, concernente: adozione dei "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" (decreto pubblicato nella GU serie generale n. 81 del 6 aprile 2001).

3. LA DIDATTICA E LA RICERCA

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

Il piano sanitario regionale e i provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera **promuovono l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca** nell'obiettivo condiviso di concorrere al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute sia con riferimento alla funzione degenziale che con riferimento all'attività extraospedaliera, con particolare riguardo all'area dell'emergenza, della residenzialità e dei servizi territoriali e domiciliari, obiettivi ai quali l'Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

In attuazione dei principi di cui al punto precedente **l'Università assicura**, tramite **intese da realizzare direttamente con le singole Aziende Sanitarie Locali, con le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le istituzioni pubbliche e private accreditate**, **l'attivazione di funzioni didattico formative decentrate** al fine di garantire e coniugare le specifiche esigenze connesse alla formazione degli specializzandi ed alla formazione del personale sanitario con le oggettive necessità assistenziali delle Aziende Sanitarie con particolare riguardo a specialità e professionalità per le quali sussista carenza e difficoltà di reperimento di operatori sanitari.

Per quel che concerne in particolare la riorganizzazione della rete ospedaliera, l'Università e la Regione condividono la necessità di **promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione delle attività degenziali e, ove necessario, la riconversione delle quote di produzione verificate come inappropriate.**

Condividono inoltre la necessità dell'organizzazione dipartimentale sia di tipo integrato che assistenziale.

All'interno dei Dipartimenti integrati o assistenziali la funzione ospedaliera deve essere organizzata di norma **per complessità assistenziale.**

Regione ed Università favoriscono l'operatività di funzioni e strutture universitarie, per acuti o riabilitative, presso presidi ospedalieri decentrati rispetto all'Azienda Ospedaliero-Universitaria del San Martino di Genova. Quanto sopra, in particolare, avuto riguardo alla progettualità che prevede la costruzione di nuovi presidi ospedalieri, con specifico riferimento alla riorganizzazione strutturale e funzionale del San Martino, dell'Istituto Tumori di Genova ed alla costruzione del nuovo ospedale della Val Polcevera.

Inoltre Regione ed Università condividono la necessità di promuovere, con particolare riguardo allo svolgimento della funzione specialistica ambulatoriale e in relazione all'esigenza di decongestionare l'attività di alcuni grandi presidi ospedalieri, la **creazione di piastre ambulatoriali moderne ed efficienti** in cui allocare anche funzioni universitarie compatibili o esperienze formative temporaneamente distaccate dal percorso formativo complessivo.

Ai fini di cui ai punti precedenti l'Università e la Regione definiscono parametri e criteri per l'individuazione delle attività assistenziali e delle strutture complesse funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e di specializzazione medica, in ragione della necessità di adeguamento:

- alle esigenze didattico-scientifiche documentabili;
- agli standard di posti letto previsti dal D. L. 18.09.2001 n° 347 nell'ambito della programmazione regionale;
- ai provvedimenti di definizione dei livelli di assistenza nel rispetto delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;
- al processo di razionalizzazione dell'offerta degenziale finalizzata all'appropriatezza delle risposte sia in termini di livelli di assistenza erogati che di cura delle patologie.

Particolare attenzione va posta sul fatto che la ricerca è essenziale per lo sviluppo dell'attività clinica, specie se di alto livello. In tal senso la Regione contribuisce allo sviluppo della ricerca clinica in specifici settori, sentita anche l'Università.

L'Università nell'ambito della propria offerta formativa comprendente la formazione di base pre-laurea del medico, la formazione delle professioni sanitarie, la formazione post-laurea del medico di medicina generale e dello specialista e l'educazione continua in medicina, collabora per soddisfare le necessità del Sistema Sanitario Regionale, anche avvalendosi di funzioni didattiche integrative del SSN.

3.1 Gli istituti scientifici

Una valutazione completa del ruolo che gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono chiamati a svolgere nello sviluppo del sistema sanitario regionale non può prescindere da un'analisi multifattoriale delle valenze di tali enti, il cui modello organizzativo, fondato su una compenetrazione tra attività di ricerca ed assistenziale, costituisce ancora oggi un *unicum* nel panorama delle organizzazioni sanitarie presenti negli altri paesi.

Sotto il profilo della strumentalità al perseguimento degli obiettivi di medio periodo in ambito sanitario, le funzionalità verso cui gli IRCCS devono orientare le proprie strategie riguardano:

- lo sviluppo delle attività di ricerca biomedica di carattere pre clinico e clinico;
- la sempre più accentuata integrazione delle funzioni assistenziali svolte nel quadro generale del sistema sanitario regionale;
- la sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali di carattere innovativo.

I criteri attraverso i quali dovranno essere valutate le fasi attuative delle strategie poste in essere dovranno avere riguardo rispettivamente:

- al grado di intensità del processo di trasferimento dei risultati della ricerca biomedica sul versante della prevenzione, della diagnostica e della terapia delle patologie di riferimento;
- al livello di interazione raggiunto con la programmazione sanitaria regionale, come misurabile mediante l'analisi della produzione sanitaria rispetto al quadro epidemiologico del territorio nonché attraverso la verifica dello stato di funzionalità delle integrazioni organizzative attuate con gli altri soggetti istituzionali del servizio sanitario regionale;
- alla misura ed alla natura del coinvolgimento di realtà esterne al settore sanitario pubblico nell'attivazione di iniziative dirette ad accrescere il volume quantitativo ed il valore aggiunto qualitativo dei servizi sanitari e di quelli tecnici, amministrativi e logistici di supporto.

Oltre agli aspetti più strettamente inerenti il quadro sanitario di ambito regionale, un più completo modello di valutazione del ruolo degli IRCCS non può prescindere dall'analisi dell'impatto che, tanto in termini diretti che indiretti, l'attività di tali soggetti genera per la realtà economica locale.

Tale impatto è da intendersi valutabile tanto in termini finanziari diretti, sulla base del volume delle prestazioni esportate verso pazienti di altre regioni e sul flusso di finanziamenti per la ricerca generati da fonti statali o imprenditoriali private, quanto in termini indiretti di indotto sul sistema sanitario regionale, che viene ad acquisire gradualmente elementi di referenza accrescendo i termini di competitività nel sistema nazionale.

Sulla base delle considerazioni esposte, la situazione della Regione Liguria presenta rilevanti elementi di forza in quanto sede di due istituti scientifici che, seppur per caratteristiche strutturali e missioni strategiche diverse, occupano posizioni di primo piano sulla scena nazionale ed internazionale.

Sotto il profilo del loro rilievo nel quadro nazionale, l'Istituto Gaslini ed il conglomerato IST-CBA costituiscono punti di eccellenza in quanto:

- l'Istituto Gaslini rappresenta la più grande e completa struttura nazionale di ricerca e di cura delle patologie pediatriche ed occupa un posto di rilievo anche nel panorama internazionale;
- l'IST-CBA si configura come una massa critica di risorse umane e strumentali finalizzate alla ricerca sul cancro e, più in generale, alla ricerca biotecnologica le cui potenzialità di sviluppo ed interazione con altri settori presentano ulteriori margini di crescita.

Circa l'analisi del loro rilievo per lo sviluppo del sistema sanitario regionale nel medio periodo, le singole specificità dei due enti devono essere lette con riferimento alle rispettive caratteristiche che ne impongono una trattazione separata in ragione dei differenti effetti che le rispettive caratteristiche strutturali e funzionali determinano tanto con riguardo al bacino d'utenza destinatario dell'offerta sanitaria quanto alle valenze di interazione con la programmazione del servizio sanitario regionale.

4. LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione rappresenta una delle aree più direttamente coinvolte nel processo di integrazione sociosanitaria. La capacità complessiva del sistema di organizzare interventi riabilitativi dimensionati sulle specifiche esigenze dei pazienti, coinvolgendo nella maniera più appropriata e unitaria le componenti sanitarie e sociali, costituisce infatti un importante indicatore del grado di successo raggiunto nel perseguimento dell'integrazione sociosanitaria.

4.1 Considerazioni generali

Il piano ritiene di acquisire le indicazioni contenute nelle Linee Guida per la Riabilitazione del Ministero della Sanità – 1998 e definire i criteri per la loro applicazione in sede regionale.

La Riabilitazione medica è la disciplina che lavora per impedire o contenere, nella storia naturale della "riorganizzazione sul danno", la realizzazione di compensi alla menomazione destinati a produrre una precoce usura del sistema funzionale.

Al di là della relazione con specifiche patologie d'organo, essa ha come scopo il recupero globale dell'individuo e la promozione della sua salute.

Obiettivi fondamentali della riabilitazione medica sono la riduzione della dipendenza o nei casi con gravi menomazioni multiple la riduzione del costo assistenziale del disabile e il miglioramento della qualità di vita piuttosto che il perseguimento indefinito di una normalizzazione spesso impossibile.

Cura della malattia, recupero sul danno e promozione della salute sono destinati ad intrecciarsi temporalmente in modo sempre più complesso non solo nelle fasi acute della malattia ma soprattutto di fronte alla crescita numerica dei soggetti affetti da patologia cronica evolutiva.

Ciò impone l'acquisizione di una cultura medica ad orientamento funzionalista che abbia delle ricadute anche nei confronti della programmazione della collaborazione con le altre

discipline mediche e con le professioni sanitarie della riabilitazione o comunque coinvolte nel progetto di continuità di cura.

Impone inoltre modelli operativi che garantiscano un intervento tecnico, anche ospedaliero, in condizioni organizzative e abitative orientate al recupero di autonomia di relazione. E' pertanto auspicabile che sia sempre verificata la possibilità di organizzare l'attività riabilitativa a domicilio.

E' indispensabile in questa prospettiva l'utilizzo di criteri uniformi di raccolta dati sulla condizione del disabile che permettano una sufficiente completezza descrittiva, una adeguata stadiazione, ed un punto di vista valutativo orientato alle possibilità residue.

La classificazione ICF - O.M.S. ed in particolare la Check List a questa associata potranno essere strumenti importanti per orientare l'attività clinica e lo studio epidemiologico in riabilitazione.

In mancanza di adeguata esperienza sperimentale di tale classificazione si ritiene che l'utilizzo di una scala di "dipendenza funzionale", che corrisponda a standard internazionali riconosciuti, possa rappresentare un requisito minimo per la valutazione dell'attività riabilitativa. Si dà indicazione pertanto per l'utilizzo sperimentale della scala F.I.M. all'interno della cartella clinica riabilitativa.

I medici specialisti in riabilitazione insieme con le professioni sanitarie della riabilitazione devono contribuire alla costruzione di una cultura e di una capacità di intervento riabilitativi diffusi; in questa prospettiva è fondamentale la collaborazione con i medici di medicina generale con i quali occorre definire le modalità di gestione di patologie di rilevanza epidemiologica particolare.

Alcuni esempi sono rappresentati dal problema della gestione dei "dolori comuni" o dalla prevenzione del rischio di caduta nei soggetti anziani, che rendono assolutamente indispensabile un primo intervento di valutazione diagnostica, educazione e prevenzione da realizzarsi in ambito non specialistico.

Nell'ambito di questa collaborazione il medico di medicina generale, in quanto responsabile del circuito di cura nel quale è inserito il disabile, è il titolare della richiesta di accesso alle strutture riabilitative.

4.2 Linee guida per l'identificazione dell'offerta all'interno del percorso riabilitativo

È necessario fornire indicazioni che permettano di definire, ai fini della programmazione aziendale, la composizione del team riabilitativo e l'intensità della tutela medico infermieristica necessarie nelle varie fasi della storia di riorganizzazione sul danno.

Ciò anche al fine di contribuire, nella più volte ricordata ottica di recupero di appropriatezza e qualità, alla prevenzione di errori di percorso che possono condurre alla riospedalizzazione del disabile.

In questo quadro va favorita la condivisione di un adeguato sistema di "disease staging" e più in generale di classificazione e stadiazione dei fattori che concorrono a definire il bisogno.

Definizione dei mandati e classificazione dei bisogni possono contribuire a superare, per ciascuna condizione operativa, il concetto di degenza media favorendo l'adozione di quello di degenza propria per la specifica condizione patologica. Possono inoltre contribuire all'identificazione della domanda impropria e alla sua riconversione.

Una parte del bisogno di recupero nasce infatti in assenza di un forte impegno di riqualificazione e potenziamento del nursing nei reparti per acuti, per carenza di una cultura diffusa di promozione della salute, in particolare nel soggetto anziano, e per la sottovalutazione delle condizioni di isolamento che possono contribuire al decadimento funzionale.

Occorre in questo senso sottolineare la necessità di distinguere fra riabilitazione medica e prevenzione del decadimento funzionale cronico legato prevalentemente alle problematiche dell'invecchiamento. La prima è una disciplina che si rivolge a problemi posti da una o più perdite funzionali definite, esito di una malattia definita o del danno secondario ad essa connesso; la seconda si configura come un intervento complesso, programmato, multidisciplinare e multiprofessionale e deve essere sostenuto da programmi specifici.

La sequenza utilizzata per la classificazione delle diverse tipologie di offerta, di seguito illustrata, intende rappresentare punti di riferimento per l'organizzazione di percorsi variabili in relazione alle caratteristiche del bisogno espresso.

RIABILITAZIONE MEDICA

Riabilitazione Ospedaliera postacuzie:

- Necessità di team residenziale
- Deve accogliere l'immediata postacuzie
- Paziente parzialmente instabile in condizioni di sforzo
- Richiesta di tutela medico riabilitativa continuativa
- Disponibilità nell'Ospedale di competenze plurispecialistiche
- Il team riabilitativo comprende anche gli infermieri; forte componente di nursing
- Trattamento intensivo di almeno tre ore al giorno
- Prevede la formazione dei familiari

Riabilitazione extra ospedaliera postacuzie per soggetti in condizioni di stabilità internistica:

- Necessità di team residenziale
- Richiesta di tutela medico riabilitativa continuativa
- Il team riabilitativo comprende anche gli infermieri; forte componente di nursing
- Trattamento intensivo di almeno tre ore al giorno
- Prevede la formazione dei familiari

Riabilitazione extra ospedaliera postacuzie per soggetti che presentano, oltre al danno derivato dall'evento acuto, particolari **fragilità o comorbidità**:

- Necessità di team residenziale
- Richiesta di tutela medica continuativa, orientata alla gestione della patologia cronica, integrata con quella medico riabilitativa.
- Il team riabilitativo comprende anche gli infermieri; forte componente di nursing
- Trattamento intensivo di almeno due ore al giorno
- Prevede la formazione dei familiari

Strutture Ospedaliere ed extraospedaliere di cure intermedie (corrispondenti alle "strutture ospedaliere di lungodegenza" di cui alle linee guida nazionali del 7/5/98):

- Necessità di team residenziale.
- Si realizza attraverso collaborazioni dipartimentale fra varie Unità Operative (medicina fisica e riabilitazione, medicina, geriatria, ecc.)
- Paziente con instabilità d'organo a riposo, non in grado, o non ancora in grado, di tollerare recupero intensivo; ha comunque l'obiettivo della dimissione in condizione di riequilibrio funzionale di base adeguato alle gestione domiciliare.
- Richiesta di tutela medica continuativa
- Basa il proprio funzionamento sulla organizzazione del nursing, ad orientamento riabilitativo
- Disponibilità nell'Ospedale di competenze plurispecialistiche
- Trattamento estensivo in attesa di stabilizzazione

PREVENZIONE DEL DECADIMENTO FUNZIONALE CRONICO LEGATO PREVALENTEMENTE ALLE PROBLEMATICHE DELL'INVECCHIAMENTO.

Strutture residenziali (RSA) o semiresidenziali (strutture per disabilità stabilizzate dal punto di vista medico generale):

- Necessità di team residenziale
- Non necessità di tutela medica continuativa per stabilità delle condizioni generali
- Menomazioni multiple esito dell'evento morboso acuto
- Alta componente di nursing tutelare

Assistenza domiciliare e ambulatoriale

- Deve basarsi sull'offerta di un team strutturato
- Non necessita di tutela medica continuativa
- Il team riabilitativo è un referente non continuativo
- La famiglia è responsabile del nursing anche in caso di supporto di Servizi
- Il progetto riabilitativo è cogestito con il paziente e/o i suoi familiari
- Deve essere in grado di definire un'offerta anche per le strutture di appoggio assistenziale.

4.3 Analisi del fabbisogno

4.3.1 Riabilitazione post acuzie

Le linee Guida Nazionali per la Riabilitazione definiscono “Riabilitazione **Ospedaliera** Intensiva di secondo livello“ l’insieme di interventi erogati all’interno dei Presidi Ospedalieri in grado di fornire tutela medica e nursing dedicato a soggetti ad elevato rischio di potenziale instabilità clinica in relazione all’attività di recupero intensivo.

Definiscono invece “Riabilitazione **Extraospedaliera** Intensiva di secondo livello“ l’insieme di interventi di riabilitazione in grado di fornire tutela medica e nursing dedicato ma non tenuti ad operare in condizioni di rischio di instabilità clinica.

Le Linee Guida prevedono una durata massima del percorso intensivo di 120 giorni.

Per la **valutazione della degenza media**, come indicatore utile a determinare il fabbisogno di posti letto ospedalieri, è stato tuttavia necessario tenere conto che non prevedendo il sistema dei DRG differenze sostanziali di remunerazione, per MDC, fra strutture di riabilitazione ospedaliere ed alcune extraospedaliere, si ritiene opportuno, fare riferimento a tutta l’attività riabilitativa remunerata a DRG ed erogata con Codice 56, intra ed extraospedaliera.

E’ tuttavia necessario sottolineare come le informazioni epidemiologiche basate sui dati delle SDO necessitano di particolare approfondimento; in particolare occorrerà disporre di **elementi di valutazione adeguati alle specifiche caratteristiche dell’attività riabilitativa, non desumibili attualmente dalla SDO.**

Non vi sono infatti, attualmente, strumenti adeguati per la descrizione degli esiti in prima diagnosi, né vi sono adeguati strumenti per estrarre dalle SDO informazioni sulla relazione fra condizioni di fragilità, stress ed esercizio, in postacuzie, di estrema importanza per permettere la formulazione di una prognosi adeguata.

Per tale motivo, contestualmente alla definizione del fabbisogno, si ritiene indifferibile dare indicazione per l’avvio di una **sperimentazione**, promossa e coordinata dalla Regione Liguria, che conduca ad identificare adeguate forme **di incrocio fra DRG e Disease**

Staging, valutando in particolare la possibilità di utilizzo a tale scopo della classificazione ICF – OMS.

Tale incrocio potrà permettere non solo di individuare meglio il razionale per la degenza media del singolo soggetto ma anche **di valutare la diversa complessità della casistica seguita nella prospettiva di giungere ad una più mirata differenziazione delle tariffe per l'attività riabilitativa.**

Un primo risultato di questo lavoro dovrà essere l'acquisizione di elementi provvisori ma evolutivi che favoriscano la strutturazione di una costruttiva relazione fra Unità Operative di Riabilitazione e NOC.

In questa ottica si ritiene prudente, per la programmazione triennale, prendere in considerazione la degenza media riabilitativa ospedaliera non "trimmata", valutando quindi ancora i casi fuori soglia ed introducendo successivamente correttivi finalizzati ad una valutazione critica del fabbisogno.

Il fabbisogno che verrà identificato è destinato a dare una risposta alla condizione di post acuzie attraverso:

- 1) Riabilitazione **ospedaliera di 2° e 3° livello**
- 2) Riabilitazione **extraospedaliera di 2° livello**
- 3) Riabilitazione **intermedia o estensiva ospedaliera** per soggetti instabili che necessitano di tutela medica e nursing dedicato nelle 24 ore

A tale fabbisogno andrà aggiunto quello relativo alla riabilitazione intermedia o estensiva di reinserimento extraospedaliera in pazienti stabilizzati.

All'interno di tale fabbisogno andrà identificato il numero di letti da attivare nell'ambito delle Unità Operative specialistiche di Recupero e Rieducazione Funzionale all'interno dei Presidi Ospedalieri secondo le indicazioni delle Linee Guida Nazionali per la Riabilitazione e approfondite nel presente Piano.

A) Riabilitazione di 2° livello post acuta

Il possibile bacino di utenza per la Riabilitazione di secondo livello (cod. 56 relativo alla casistica che non rientra nell'alta specialità) è stato valutato sulla base del numero di soggetti dimessi da reparti per acuti a complessità media- medio alta.

I soggetti sono stati attribuiti all'ASL di appartenenza piuttosto che all'Unità Operativa di dimissione ritenendo auspicabile che il progetto riabilitativo possa avvenire, già in postacuzie, nell'ambito del territorio di residenza al fine di favorire la strutturazione del percorso riabilitativo fra Ospedale e Territorio.

Sono stati presi in considerazione gli MDC 1 e 8 che rappresentano la fonte di maggiori richieste riabilitative per esiti con compromissione dell'autonomia motoria.

Il calcolo del fabbisogno è stato fatto sulla base dell'ipotesi che soltanto il 50% di tale popolazione presenti esiti che richiedano "riabilitazione intensiva" (secondo la definizione generale delle Linee Guida nazionali sulla Riabilitazione).

Allo scopo di individuare un parametro di riferimento di degenza media su cui calcolare il fabbisogno di posti letto è stata analizzata la degenza media riabilitativa ligure – anno 2000, aggregandola in percentili.

Come anticipato, la degenza media valutata è comprensiva dei casi fuori soglia, quindi non "trimmata", dal momento che, per i fuori soglia, non vi sono attualmente, in riabilitazione, sicuri indicatori per individuare, sulla base delle SDO, i casi assistenziali da quelli con particolari problematiche cliniche.

Sulla base di questi criteri la degenza riabilitativa media per MDC1 risulta globalmente di 40 giorni, quella per MDC 8 di 33 giorni. In realtà occorre osservare come l'MDC 8 presenti una degenza media relativamente più bassa dell'MDC 1 a causa di valori molto bassi nei primi percentili mentre presenta valori nettamente crescenti in quelli alti.

E' stata quindi presa come riferimento la mediana come indicatore della durata che soddisfa il 50% della popolazione presa in considerazione (32 giorni per MDC8, 37 per MDC 1). Il valore medio è stato ancora abbattuto su quello più basso dell'MDC 8.

Il calcolo quindi sul fabbisogno di posti letto ospedalieri è stato fatto moltiplicando il numero di potenziali utenti per 32 giorni e dividendo il prodotto per 365: la tabella che segue indica la necessità, così calcolata, di posti letto, globale e per ASL.

Si può osservare come il numero totale di posti letti per la riabilitazione in Liguria desunto dai calcoli sopra esposti, anche riferiti ad una occupazione dei posti letto del 85%, appaia plausibile essendo vicino, per difetto, al parametro dell'1 per mille di posti letto. Una valutazione prudenziale orienta verso un ulteriore ritocco in basso della degenza media programmabile portandola a 30 giorni: la tabella evidenzia la necessità di posti letto in caso di degenza media di 30 e 32 giorni.

STIMA DEL FABBISOGNO DI RIABILITAZIONE POST ACUZIE (comprensiva delle "cure intermedie")

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	totale
N. soggetti MDC 1 – 8	3.015	3.329	9.192	1.693	1.911	19.140
potenziali utenti (50% del totale)	1.507	1.664	4.596	864	955	9.570
n. letti per 32 gg. di degenza media	132	146	403	76	84	839
n. letti per 30 gg di degenza media 100% occupazione	124	137	378	71	78	787
n. letti per 30 gg di degenza media 85% occupazione	143	158	435	82	90	905

(I valori sono stati ottenuti con approssimazioni ai decimali)

Nel triennio si pone l'**obiettivo** di raggiungere una durata di **degenza media in regime di riabilitazione intensiva pari a 22 giorni**, realizzabile se accompagnato dall'attivazione delle strutture alternative al ricovero ospedaliero inappropriato.

Per quanto riguarda la condizione di **riabilitazione intermedia o estensiva per soggetti instabili che necessitano di tutela medica e di nursing dedicato nelle 24 ore**, si da indicazione perché il fabbisogno di posti letto venga identificato all'interno della quota di cui sopra. Infatti, tenuto conto delle difficoltà di identificare sulla base delle SDO i soggetti propri per la riabilitazione intensiva ospedaliera, si ritiene che l'apertura di un'offerta differenziata, destinata a soggetti non trasferibili dall'ospedale ma non in grado di partecipare a trattamento intensivo, possa contribuire in pratica a migliorare l'appropriatezza del ricovero intensivo e in particolare a permettere il rispetto delle

indicazioni sulla degenza media.

B) Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Sono stati presi in considerazione i postacuti possibili utenti dei reparti di alta specialità; i dati statistici, desumibili dalle SDO anno 2000, sono i seguenti:

➔ Esiti di grave cerebrolesione (cod. ICD9 348, 800-801-804, 852-853): **76 soggetti**

La popolazione presa in considerazione comprende in realtà 127 soggetti. Tuttavia poiché in numerose SDO l'esito di cerebrolesione è stato segnalato in seconda diagnosi si è ritenuto prudente calcolare ai fini del fabbisogno soltanto il 60% della popolazione presa in considerazione.

Si sottolinea come si tratti di una valutazione orientata alla individuazione di posti letto che rispondano al mandato specifico di alta specialità definito nell'ambito delle linee guida Nazionali per la Riabilitazione e a quello del presente Piano. Sarà tuttavia da prevedersi la disponibilità nel percorso riabilitativo di tali soggetti di strutture extraospedaliere specificamente dedicata a tali esiti.

La **degenza media** in alta specialità non è comprimibile e può collocarsi su una media di **4 mesi**.

➔ Esiti di lesione spinale con complicanze mieliche (Cod. ICD9 806): **36 soggetti**

Sono stati presi in considerazione tutti i soggetti per la maggiore chiarezza descrittiva dei casi.

A tale fabbisogno occorre aggiungere i rientri in unità spinale per complicanze che possono in tale patologia acquisire i caratteri di vera e propria acuzie. Va inoltre tenuto conto che presso l'Unità Spinale della Regione Liguria il 27% dei posti letto viene occupato da soggetti fuori regione.

La **degenza media** in alta specialità non è comprimibile e può collocarsi su una media di **6 mesi**.

Sulla base di questi dati e delle osservazioni di cui sopra il **fabbisogno di posti letto di alta specialità**, ulteriore rispetto al fabbisogno di riabilitazione intensiva di 2° livello prima stimato, può essere considerato il seguente:

- Esiti di **grave cerebrolesione**, degenza media 4 mesi, **posti letto: 25**
- Esiti di **lesione mielica**, degenza media 6 mesi, **posti letto: 30**

In ambedue i casi non si fa riferimento alla provenienza regionale della popolazione presa in considerazione trattandosi di programmazione di strutture uniche nell'ambito della Liguria.

I posti letto di **riabilitazione attualmente esistenti** sono i seguenti:

	posti letto D.O.	posti letto D.H.	TOTALE
3° livello (Unità Spinale)	19	1	20
2° livello ospedaliero	154	3	157
2° livello extraospedaliero	44		44
TOTALE	217	4	221

(i dati si riferiscono ai reparti codificati dalle Aziende con codice 28, codice 56 e codice 75)

Ai posti letto riabilitativi extraospedalieri sopra indicati vanno aggiunti quei posti di RSA attualmente classificati come riabilitativi, ma le cui attività e configurazione vanno riclassificate e riarticolate in base all'impegno riabilitativo e assistenziale da erogarsi per le varie tipologie di bisogni.

C) Riabilitazione cardiologica

Il fabbisogno, ulteriore rispetto al fabbisogno di riabilitazione intensiva di 2° e 3° livello prima stimato, è stato calcolato sui seguenti DRG per acuti anno 2000:

- 1) **cardiochirurgici** (103-111, interventi cardiochirurgici e grossi vasi) dimessi vivi da Cardiochirurgia Universitaria e Ospedaliera di S. Martino, Cardiochirurgia Villa Azzurra: **tutti eleggibili in fase post-acuta ad appropriata riabilitazione degenziale**
- 2) **cardiopatia ischemica acuta, cronica e scompenso cardiaco complicati** ovviamente non tutti candidati a riabilitazione degenziale in modo appropriato, ma solo

quelli con **complessità clinica e assistenziale valutati in base alle complicanze, comorbilità, età, e altri indicatori** (DRG 121, 127, concomitante 402, 403, 404, 411, 414, 585-2506, nonché età < o = 75 anni).

Relativamente al fabbisogno generato dalle singole ASL di provenienza dei pazienti, tenendo conto di una degenza media di 16 giorni, si veda la tabella che qui si riassume:

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	Totale
N° CASI	255	598	1.232	211	278	2.574
PL (t. o. 100%)	11	26	54	9	12	112
PL (t. o. 85%)	13	31	63	11	14	133

LEGENDA

PL = POSTI LETTO

t. o. 100% = TASSO DI OCCUPAZIONE 100%

t. o. 85% = TASSO DI OCCUPAZIONE 85%

CONSIDERATA DEGENZA MEDIA 16 GIORNI

Attualmente risulta attivato il seguente numero di posti letto dedicati alla riabilitazione cardiologica:

	Posti letto D. O.	Posti letto D. H.	TOTALE
Ospedalieri	39	1	40
Extraospedalieri	65		65
TOTALE	104	1	105

(dati riferiti ai reparti codificati dalle Aziende con cod. 56 e cod. 08 che effettuano attività di riabilitazione cardiologica)

D) Riabilitazione Pneumologica

L'intervento di recupero funzionale respiratorio in regime di ricovero ordinario è indicato come offerta ad integrazione dei letti intensivi e semi intensivi dell'area dell'emergenza ed in risposta a problemi di insufficienza respiratoria da patologie croniche in fase di riacutizzazione.

A tale scopo occorre prevedere la presenza nell'ambito delle unità operative di pneumologia di **"letti monitorati postintensivi"** dedicati alla stabilizzazione dei pazienti

provenienti dall'area dell'emergenza respiratoria ai fini di un loro invio all'assistenza domiciliare (homecare respiratoria).

Si ritiene di dovere prevedere una dotazione di **due letti per Unità Operativa** per giungere eventualmente, **nel triennio, a quattro** in relazione alle caratteristiche epidemiologiche dell'ambito in cui l'Unità Operativa è collocata.

5. POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

L'incidenza nazionale della categoria degli anziani sul finanziamento della spesa ospedaliera (da dati del Ministero della Sanità), è del 18,8% per la fascia di età 65-74 anni e del 34,4% per la fascia > di 75 anni. In Liguria la popolazione anziana (oltre 65 anni) è di oltre 400.000 cittadini, costituendo pertanto il 25% della popolazione, percentuale destinata a crescere nei prossimi anni.

Ad oggi, i servizi offerti ad una così consistente fascia di popolazione, si limitano a rispondere alle esigenze di chi è ammalato o versa in condizioni di grave povertà, dimenticando che la maggior parte degli anziani non è ricompresa in nessuna delle due categorie, ma proprio per questo non ottiene nessun servizio.

In aggiunta a ciò non esiste un soddisfacente coordinamento delle diverse prestazioni attraverso i diversi nodi della rete di assistenza (ospedali, riabilitazioni, lungodegenti-ricoveri di sollievo, Cure Domiciliari, RSA, Centri Diurni).

Una ulteriore criticità, è legata alla dispersione della domanda, che accedendo a più punti rischia di non trovare risposte omogenee ed essere causa di rallentamenti.

Tale situazione impone che la Regione, in collaborazione con i Comuni, si occupi in maniera organica della soddisfazione delle esigenze di una parte così importante della propria popolazione. Esigenze intese in senso ampio, in termini di salute, servizi sociali, servizi alla persona nei momenti di socialità e svago, assistenza all'abitazione e per la sicurezza.

In base a quanto detto, appare evidente quanta efficacia, in termini di soddisfazione dei bisogni dell'anziano e di aumento delle prestazioni a parità di spesa, possa avere un'iniziativa volta alla razionalizzazione dei servizi assistenziali e dei processi di definizione del bisogno e conseguente processo di erogazione delle prestazioni;

Linee di indirizzo

La Regione, intende modificare, con la necessaria gradualità dovuta alla complessità del progetto, questo stato di cose, con l'intenzione di offrire ai propri residenti un servizio qualitativamente superiore (efficacia) e maggiormente efficiente (costanza di risorse economiche), realizzando un progetto di sistema di gestione socio-sanitaria, organico che a regime preveda:

1. La concentrazione in un organismo a livello regionale (articolato nelle cinque diverse conferenze dei sindaci), della regia e quindi del governo della domanda di questo settore, nonché della verifica degli obiettivi di efficacia ed efficienza raggiunti;
2. Accesso unificato (anche attraverso numero verde), alle prestazioni offerte. Accesso che consenta al cittadino e alla sua famiglia di essere al centro del sistema, anziché peregrinare dai diversi soggetti che a vario titolo si occupano del problema;
3. estensione a tutti i cittadini (non solo agli ammalati e a chi versa in condizioni di indigenza) della possibilità di accedere ad una gamma di servizi. Ferma restando, per l'equità della spesa la valutazione del reddito per il concorso ai costi dei servizi;
4. Potenziamento attraverso la centralizzazione, del ruolo della famiglia e del terzo settore. Strutturazione di un impianto solidale, rispettoso dell'autonomia di scelta dell'individuo (potenziamento welfare leggero-assegno servizi) e della sussidiarietà;
5. Coordinamento delle risorse regionali, (Sanitarie e Sociali), degli Enti Locali, delle Fondazioni e dei Privati, nonché della spesa quotidianamente sostenuta dai cittadini;

In altre parole:

L'obiettivo di efficacia vuole essere raggiunto attraverso l'applicazione di un modello organizzativo che individui meccanismi di integrazione forte non solo fra i servizi offerti dalle dalla Regione in forma diretta od indiretta, con quelli socio assistenziali offerti dalle strutture dei Comuni, ma, ispirandosi al principio della sussidiarietà, integrare eventualmente anche con risorse private l'azione di tali soggetti.

Per quanto attiene all'obiettivo dell'efficienza, lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare, sino ad un determinato livello di non autosufficienza consente di ottenere oltre ad un miglioramento della qualità della vita (l'anziano preferisce rimanere a casa propria, se economicamente possibile), anche un significativo contenimento dei costi.

Nella consapevolezza di dover affrontare situazioni nuove e mai sperimentate, la Regione Liguria intende pertanto mettere a punto, con la necessaria gradualità (3-5 anni), un modello gestionale organizzativo innovativo, di coinvolgimento della componente sanitaria, di quella socio-assistenziale, promuovendo la costituzione di una Struttura Centralizzata di

Gestione della Domanda, che risponda alle esigenze della popolazione anziana, cui potranno partecipare i Comuni, le ASL, ed i privati (Fondazioni bancarie, aziende e cittadini).

Obiettivo è quello di porre l'anziano al centro di una rete organizzata per rispondere a tutti i suoi bisogni.

Il modello che si intende studiare e sperimentare, insieme al dipartimento della terza età, inizialmente nell'area metropolitana Genovese, e che verrà attivato attraverso un processo incrementale sia in termini di utenti che di completezza del servizio consentirà di coordinare e quindi ottimizzare in termini di appropriatezza, l'accesso ai diversi punti della rete (Ospedale, Ricoveri di sollievo, Centri Diurni, Cure Domiciliari, RSA, Riabilitazione), dando al cittadino, attraverso un unico interlocutore, la certezza di ricevere in ogni momento la risposta più adeguata.

Il modello dovrà prevedere la realizzazione di uno 'Sportello Unico Integrato' sociosanitario (sia "fisico" utilizzando quanto già previsto ed attivato, sia attraverso un call center) attraverso il quale raccogliere e valutare la domanda di assistenza e mediante il quale l'anziano possa essere preso in carico e guidato nella fruizione dei servizi della rete, sotto il controllo del "case manager" (figura professionale nuova che dovrà essere appositamente formata a svolgere tali funzioni).

La domanda di prestazioni a cui, a regime (3-5 anni), si vuole dare risposta sarà eterogenea e spazierà in vari campi: non solo relativi all'assistenza alla persona ma anche a prestazioni di artigiani per la casa, dall'attività di patronato a viaggi o soggiorni climatici ed altro.

L'attività potrà essere gestita da una struttura (soci pubblici ASL-IPAB-Comuni e qualora lo si ritenga opportuno, anche privati no profit). Tale struttura dovrà assumere sia una funzione gestionale, sia di indirizzo, coordinamento e controllo qualitativo dell'attività svolta dal call center e dai diversi fornitori di servizi, garantendo al contempo la diffusione di un rapporto di fiducia tra l'anziano e la struttura stessa;

Contestualmente, allo sviluppo del modello di gestione della domanda, la Regione, intende intervenire sul fronte dell'offerta, potenziando (in linea con i trend rilevabili nel biennio 2000-2002) i diversi nodi della rete di assistenza, che saranno attivati, a fronte delle esigenze rilevate dall'organismo di gestione unitario:

1. Potenziamento dell'attività di Cure Domiciliari;
2. Riconversione, dove possibile, di posti letto ospedalieri in posti di ricovero a bassa complessità, che possono essere gestiti anche attraverso il contributo dei Medici di Medicina Generale;
3. Agevolazione di forme più flessibili di residenzialità come i Centri Diurni;
4. Fissazione di modalità univoche di presa in carico dell'Anziano, da parte dell'Organismo di gestione, attraverso la figura del Case Manager (professionisti all'uopo formati), che dovranno in collaborazione con gli altri attori del processo valutare il bisogno e elaborare un progetto di assistenza personalizzato;
5. Attivare servizi di Telefonia rivolti agli anziani (Teleassistenza e Telesoccorso);
6. Individuazione di modalità per favorire il mantenimento dell'autonomia degli anziani autosufficienti, anche attraverso una politica mirata di edilizia residenziale, adeguatamente supportata da servizi;
7. Stimolo alla vita attiva degli anziani, attraverso forme di socializzazione, turismo, progetti informatici, ecc.

Per le prestazioni attualmente non erogabili né dal SSR né dai Servizi Sociali, si potranno individuare nuove forme di finanziamento per renderle gratuite alle persone con pensione minima, mentre per le altre si potranno prevedere alcune fasce di contribuzione basate sul redditometro, come previsto dal piano sociale.

5.1 La prevenzione del decadimento funzionale cronico

Il decadimento funzionale cronico non è una patologia ma rappresenta un fenomeno che va interpretato in quanto esito e conseguenza dell'intrecciarsi di più malattie, associate a decondizionamento funzionale spesso aggravato da condizioni di isolamento sociale. In questo senso una politica di prevenzione non può basarsi su una risposta semplice ma deve essere orientata alla interpretazione del decadimento nel singolo soggetto.

Questo criterio diventa fondamentale nella misura in cui può permettere di programmare risposte adeguate contribuendo al riorientamento di eventuale domanda impropria.

La realizzazione si attua tramite l'applicazione della metodologia della valutazione multidimensionale e sulla collaborazione multispecialistica.

5.2 Il fabbisogno di residenzialità extra ospedaliera

La definizione del fabbisogno va formulata tenendo conto della necessità di procedere alla **riclassificazione delle strutture extra ospedaliere attualmente esistenti** in base ai principi e agli obiettivi sopra enunciati, oltre che al fine di ottemperare alle disposizioni nazionali in materia di livelli essenziali di assistenza.

I **posti letto di residenzialità extra ospedaliera** esistenti (pubblici e accreditati) sono complessivamente **3922**, di cui circa 620 sono attualmente classificati come RSA di riabilitazione.

Azienda	Posti letto totali
ASL 1	390
ASL 2	508
ASL 3	2380
ASL 4	313
ASL 5	331
Totale	3922

Il fabbisogno di posti letto di residenzialità può essere valutato solo contestualmente alla consistenza di altre forme di assistenza extraospedaliera, quali l'assistenza semiresidenziale (centri diurni) e l'assistenza domiciliare.

In linea generale vanno privilegiate le soluzioni che consentano la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e nel proprio ambiente di vita. Ciò implica quindi l'obiettivo di un **forte potenziamento di assistenza semiresidenziale**, attualmente molto carente in Liguria, e la **crescita dell'assistenza domiciliare**.

Con queste premesse appare ragionevole porre come obiettivo a tendere per la residenzialità extra ospedaliera, anche sulla scorta delle indicazioni contenute nella letteratura scientifica sull'argomento, un fabbisogno identificabile in un **numero di posti letto pari al 2% della popolazione ultrasessantacinquenne**.

Complessivamente pertanto, assumendo che la popolazione ligure di età ≥ 65 anni è di circa 405.000 persone, **i posti letto necessari sul territorio risultano circa 8.100**, così distribuiti:

Azienda	Popolazione Età\geq65	Posti letto resid. extraosp. attuali	Obiettivo a tendere (2% della pop. Età\geq65)	Posti da realizzare
ASL 1	52065	390	1040	650
ASL 2	70780	508	1410	902
ASL 3	188706	2380	3770	1390
ASL 4	39042	313	780	467
ASL 5	54425	331	1090	759
Totale	405083	3922	8090	4168

NOTA: alcuni degli attuali posti, a seguito della riconversione, potranno essere classificati come riabilitativi extraospedalieri, e quindi non fare più parte del conteggio qui effettuato.

Questo obiettivo, a fronte di una situazione storica di forte sottodimensionamento, è da considerarsi a tendere; la sua concretizzazione sarà resa possibile da un lato mediante l'utilizzo delle risorse rese disponibili dalla riconversione dell'assistenza ospedaliera non appropriata, e dall'altro tramite nuovi investimenti o accreditamenti di strutture private. Rispetto a ciò la Giunta Regionale, nel definire gli obiettivi dei Direttori Generali, determina annualmente gli obiettivi fattibili.

PARTE III

GLI OBIETTIVI DI SALUTE

OBIETTIVO 1: PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA

Come anticipato negli Obiettivi di Piano generali, le attività di prevenzione devono rappresentare uno dei cardini dell'organizzazione sanitaria e devono essere inserite in modo stabile e continuativo nella normale programmazione e trovare modelli organizzativi concreti che si inseriscano in tutti i livelli ed in tutti i settori delle attività siano esse distrettuali che ospedaliere.

Deve essere stimolata una sensibilità generale a questo tema e le Aziende devono utilizzare i momenti di incontro tra l'utente e la sua famiglia con il mondo della sanità, come occasione di prevenzione, al fine di fornire informazioni concrete su come su come promuovere e proteggere la salute propria e di tutta la comunità.

In questo senso, uno degli obiettivi è quello di promuovere campagne specifiche di promozione e protezione della salute su importanti temi che per la loro rilevanza e ricaduta in termini di costi sociali, saranno individuati come prioritari (es: prevenzione e intervento sull'abitudine al fumo, ecc.)

Inoltre si dovranno promuovere iniziative di stimolo e controllo della qualità su tutte le realtà operanti nel mondo della salute siano esse pubbliche, private, del privato sociale o del volontariato, in modo che l'attività di prevenzione (per l'utente, la famiglia e la comunità) venga a far parte in modo continuativo della normale attività operativa.

E' importante rilevare come una quota importante di costi in termini di salute, sociali ed economici é imputabile a cause che possono essere rimosse, in tutto o in parte, con interventi di prevenzione.

Questo tipo di interventi consente inoltre di aumentare la sicurezza dei cittadini rispetto ai rischi per la salute presenti negli ambienti di vita e di lavoro. Obiettivo della presente revisione del Piano Sanitario Regionale é quello di incrementare gli interventi di prevenzione ed il guadagno da essi prodotto in termini di salute, sociali ed economici.

Obiettivo 1.1 Promuovere la sicurezza nell'ambiente domestico

Caratteristiche e dimensioni dei problemi in Liguria.

Il fenomeno degli incidenti in ambiente domestico assume in Liguria dimensioni particolarmente rilevanti a causa della elevata presenza di popolazione anziana residente. La Liguria è infatti la regione che presenta i tassi di mortalità più elevati del paese: nel 1992 si sono registrati 23 casi ogni 100.000 abitanti, contro una media nazionale di 13,7, quindi si ha una percentuale di incidenza in Liguria superiore del 72,9% rispetto alla media nazionale. Tuttavia anche a parità di età si riscontrano tassi decisamente più elevati in Liguria che non nel resto del paese: a fronte di 101 casi ogni 100.000 abitanti ultrasessantacinquenni verificatisi in Italia nel 1994, la Liguria nel medesimo anno ha fatto registrare 133 casi.

Si tratta di una causa di morte in progressiva crescita: a livello regionale tra il 1988 e il 1992 si è riscontrata una crescita nel numero di incidenti del 10,5%, contro una crescita a livello nazionale pari all'8,1%.

Obiettivo.

Progressivo rallentamento del trend di crescita del fenomeno. In particolare dovrà ridursi il tasso di incidenti nelle categorie specificatamente più a rischio, i bambini e gli anziani.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende, che dovranno svilupparsi in armonia con le iniziative previste dal Piano Sanitario Nazionale, dal programma di azione comunitaria 1999/2003 per la prevenzione delle lesioni personali e dalla legge 3/12/1999 n. 493: "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni":

- assistenza per la prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni negli ambienti di civili abitazioni;
- individuazione e valutazione dei rischi presenti e che si possono determinare nei predetti ambienti;
- promozione e organizzazione di iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione;

- coordinamento a livello territoriale dei programmi di intervento dei servizi, dei presidi e delle unità operative tese ad assicurare le necessarie integrazioni ai fini della sicurezza.

Obiettivo 1.2: Promuovere la sicurezza negli ambienti di lavoro

Caratteristiche e dimensioni dei problemi in Liguria.

Malattie professionali e incidenti sul lavoro costituiscono cause di invalidità e di morte ancora troppo frequenti in Italia, seppure in progressiva riduzione.

Nella Regione Liguria i casi di infortunio sul lavoro nell'industria denunciati nel 1998 all'INAIL sono stati 28.856 (pari a 7,17/100 addetti rispetto a 5.91/100 in Italia), di cui 42 mortali, rispetto a 30.641 del 1995 (pari a 7,9/100 occupati).

Il quadro statistico non tiene conto della sottostima dovuta alla non rilevazione di alcune aree lavorative non assicurate all'INAIL e del fenomeno del sommerso.

Rilevante in Liguria è il problema delle malattie professionali: i 1078 casi denunciati nel 1998 rappresentano il 5,44% del totale nazionale (gli incidenti il 3,34%), corrispondenti a 0,27 casi/100 addetti (0,14 in Italia).

In particolare si osserva un eccesso di tumori polmonari e pleurici per i quali l'origine professionale è comprovata (in particolare i tumori professionali da esposizione ad amianto), nonché elevati tassi nella popolazione maschile di pneumoconiosi ed altre malattie del polmone da agenti esterni, prevalentemente nello spezzino e nel genovese, data la presenza in tali aree di ambienti professionali a rischio (cantieristica, siderurgia, refrattari).

Anche rispetto alle malattie professionali si assiste ad una progressiva riduzione dell'incidenza nel tempo.

Obiettivo.

Riduzione del 10% della frequenza degli incidenti sul lavoro, e prosecuzione del trend di diminuzione per le malattie professionali.

Particolare attenzione dovrà essere posta:

- alla prevenzione di infortuni nei comparti dell'edilizia, delle attività portuali e nei comparti significativi per ciascuna realtà territoriale;
- alle condizioni di lavoro agricolo in pieno campo e in serra;
- alla individuazione, in applicazione del D.Lgs 626/94, dei luoghi di lavoro in cui si utilizzano sostanze cancerogene.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- definire modelli operativi e protocolli di intervento, tenendo conto dei compiti specifici, ivi compresa la funzione di vigilanza, nonché la tipologia dei rischi lavorativi;
- attuare interventi di formazione per gli operatori delle Unità Operative;
- attuare interventi di informazione, formazione ed aggiornamento, anche d'intesa con le associazioni di categoria, nei confronti dei principali soggetti della prevenzione, con l'istituzione di uno sportello informativo rivolto a tutte le aziende ed ai lavoratori, in particolare ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RSL)
- attuare il monitoraggio per l'applicazione del D.Lgs. 626/94

Obiettivo 1.3: Promuovere la sicurezza sulle strade

Caratteristiche e dimensioni dei problemi in Liguria.

In Italia la mortalità associata agli incidenti stradali rappresenta il 5-7% della totalità dei decessi. In Liguria il numero di incidenti stradali con morti o feriti in rapporto alla popolazione residente è stato nel 1996 molto superiore alla media italiana (7.1/1000 abitanti vs. 4.8/1000 in Italia nel 1996), anche se la letalità è decisamente più bassa 0.9% vs. il 2.2% degli incidenti in Italia. Ciò implica, tra l'altro, un carico assistenziale maggiore rispetto ad altre Regioni. Pur essendo più contenuta rispetto al resto del paese, anche in Liguria la mortalità per incidenti stradali rappresenta la prima causa di morte nella classe di età tra i 15 e i 24 anni con 12,6 casi ogni 100.000 abitanti (dato 1994), contro una media nazionale, nella medesima classe di età di 21,8 casi.

Il fenomeno degli incidenti stradali ha particolare rilevanza anche per gli incidenti occorsi ai pedoni. Obiettivo triennale proposto dal Piano sanitario nazionale è la riduzione della mortalità per incidenti stradali di almeno il 20%, con particolare attenzione alla classe di età tra i 15 e i 24 anni.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- Esercitare le attività in materia di igiene edilizia, urbana e territoriale, ponendo una particolare attenzione alle problematiche della sicurezza;
- Attuare interventi di educazione sanitaria da parte delle figure professionali a ciò preposte, anche in collaborazione con le società Autostrade, con gli Enti Locali, con la scuola, con gli organismi rappresentativi degli utenti ecc.;
- Assicurare la qualità degli accertamenti di idoneità alla guida.

Obiettivo 1.4: Promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie

Nelle strutture sanitarie la compresenza di lavoratori e utenti in condizioni di bisogno rende ancora più cogente il problema di raggiungere un effettivo grado di sicurezza nell'adeguatezza strutturale, tecnologica e organizzativa al fine di concretizzare un triplice risultato: garantire gli utenti, tutelare i lavoratori, migliorare la qualità delle prestazioni.

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

Lo stato delle strutture sanitarie liguri, sia pubbliche che private, è estremamente diversificato: esistono strutture che già oggi garantiscono, in maniera soddisfacente, condizioni di sicurezza ed adeguatezza, altre richiedono mirati e puntuali interventi.

La Regione, da tempo, ha indirizzato quote dei finanziamenti ex articolo 20 L. 67/88 per adeguamenti strutturali, impiantistici e tecnologici alle specifiche disposizioni legislative. Le realizzazioni avverranno secondo una tempistica condizionata dalle assegnazioni nazionali ed in base alle disponibilità delle singole aziende.

Da un'analisi condotta sulla situazione delle sale operatorie delle strutture pubbliche e private è risultato che, accanto agli aspetti igienico sanitari correlati alle caratteristiche strutturali ed organizzative, particolare rilevanza ai fini della sicurezza di utenti e lavoratori assume l'adozione di comportamenti, procedure, pratiche professionali ed assetti organizzativi orientati a minimizzare i rischi delle strutture sanitarie.

Obiettivo.

L'obiettivo posto dal PSN è la riduzione dell'incidenza di infezioni ospedaliere di almeno il 25%, con particolare riguardo alle infezioni delle vie urinarie, della ferita chirurgica, alle polmoniti post-operatorie o associate a ventilazione assistita ed alle infezioni associate a cateteri intravascolari, anche attraverso il miglioramento delle condizioni di sicurezza sul piano strutturale e procedurale.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- adottare gli opportuni interventi strutturali, impiantistici, tecnologici e/o organizzativi per governare, nel breve periodo, le situazioni di maggiore sofferenza e criticità;
- collegarsi al sistema informativo per il monitoraggio delle condizioni di sicurezza per gli utenti e per i lavoratori, con particolare riferimento: a) alle infezioni ospedaliere; b) alle procedure assistenziali; c) alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori;

- attivare gruppi professionali ed interprofessionali per la analisi e revisione critica delle procedure sanitarie e lo sviluppo di Linee-guida finalizzate alla gestione del rischio anche nel campo delle infezioni ospedaliere;
- adottare e diffondere procedure sulle modalità di lavoro coordinato dei servizi interni di prevenzione e del loro raccordo con le altre funzioni aziendali;
- implementare e diffondere procedure e documenti attuativi delle linee guida regionali;
- provvedere alla formazione permanente dei lavoratori in relazione all'evoluzione dei rischi;
- promuovere ed attivare gli investimenti necessari ad adeguare le proprie strutture alle vigenti disposizioni in materia di sicurezza ed a quanto stabilito dal DPR 14/1/97;
- effettuare la vigilanza e il controllo sull'attuazione della normativa in materia igienico-sanitaria e di sicurezza di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private.

Obiettivo 1.5: Promuovere la sicurezza nelle collettività

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Negli ambienti di vita collettiva è cogente la necessità di raggiungere un effettivo grado di sicurezza al fine di concretizzare il risultato di tutelare la salute dei cittadini, dei lavoratori e migliorare la qualità dei servizi.

Nuove preoccupazioni per la salute collettiva derivano dai rischi infettivi che, nonostante i successi ottenuti con le vaccinazioni, con l'uso degli antibiotici e con il miglioramento delle condizioni di vita, rappresentano sempre una minaccia imminente vista la loro straordinaria capacità di mutazione, adattamento ecologico e velocità di migrazione.

Infatti sono recentemente riemerse in Europa patologie infettive, umane ed animali, che si consideravano ormai controllate quali ad esempio la tubercolosi, la difterite, la malaria.

Le caratteristiche geografiche, demografiche e socioeconomiche della nostra Regione comportano l'esposizione, accanto a quelli tradizionali, a nuovi fattori di rischio e la necessità di delineare nuove strategie preventive.

In tale contesto assume un ruolo peculiare la scuola in quanto gli interventi di prevenzione posti in essere nell'ambiente scolastico contribuiscono anche alla crescita culturale in tema di sicurezza e salute.

Obiettivo

Miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro della collettività.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- adottare le adeguate strategie vaccinali, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, per:
 1. mantenere ed elevare la copertura vaccinale per poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B entro i 24 mesi di vita, perseguendo l'obiettivo tendenziale di copertura del 100%;
 2. raggiungere il 95% di copertura vaccinale per morbillo, rosolia e parotite, Hib entro i 24 mesi;
 3. raggiungere la copertura vaccinale per influenza del 75% della popolazione sopra i 64 anni;
 4. tendere alla completa eliminazione dei casi di tetano;

5. offrire la vaccinazione antipneumococcica per le categorie con elevato rapporto costo/beneficio;
 6. estendere i livelli di copertura vaccinale alla popolazione immigrata;
 7. recuperare i soggetti non vaccinati;
- assicurare la sorveglianza e controllo della tubercolosi;
 - assicurare la sorveglianza ed il controllo delle zoonosi;
 - adottare un adeguato sistema informativo per la sorveglianza delle malattie infettive umane e animali e delle vaccinazioni nell'ambito del sistema informativo delle attività di prevenzione;
 - formare il personale del Dipartimento di Prevenzione sulle metodologie di lavoro per la nuova sanità pubblica al fine di migliorare le capacità di intervento;
 - attuare interventi di informazione e di educazione sanitaria per conferire alla popolazione i mezzi per assicurare il maggior controllo sul proprio livello di salute e migliorarlo;
 - collaborare con la scuola per l'individuazione di eventuali fattori di rischio per la salute e la sicurezza e delle modalità più utili per il loro controllo e per l'impostazione di una corretta programmazione in materia e dei relativi interventi formativi.

Obiettivo 1.6: Promuovere l'incremento del livello della sanità animale.

Contesto

La salute del patrimonio animale, diversificato fra zootecnico, d'affezione e selvatico, pur non rivestendo l'importanza che ha in altre Regioni a più spiccata vocazione agricola, mantiene il suo peso determinante, sia nell'ottica della tutela del patrimonio animale stesso, quale risorsa economica, sia in quella dell'abbattimento del rischio di trasmissione di malattie zoonosiche all'uomo, per contatto diretto o tramite i prodotti di origine animale. In quest'ultimo ambito, va considerata la crescente importanza nell'economia delle aree marginali, non solo montane ma anche marine, della produzione di alimenti di origine animale ad uso locale (carni di animali da macello, selvaggina, derivati del latte, uova, miele, prodotti ittici).

Obiettivi

- eradicazione e controllo delle malattie infettive, infestive e diffuse degli animali domestici, come previste dalle norme comunitarie, statali e regionali.
- implementazione delle anagrafi degli animali da reddito e da affezione al fine di ridurre il rischio di trasmissione uomo-animale.
- Accredimento dei servizi e dei laboratori di Sanità Pubblica veterinaria secondo norme di assicurazione della qualità

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- definire modelli operativi e protocolli di intervento, tenendo conto della tipologia delle patologie soggette a profilassi per l'eradicazione e il controllo delle malattie diffuse;
- attuare interventi di formazione per gli operatori delle Unità Operative;
- attuare interventi di formazione, informazione ed aggiornamento, anche d'intesa con le associazioni di categoria e le associazioni di volontariato, ai diversi soggetti coinvolti.

Obiettivo 1.7: Promuovere la sicurezza degli alimenti

E' importante ai fini di un'alimentazione sana, garantire la sicurezza e la salubrità degli alimenti, a partire dal livello della produzione agricola, nella fase della lavorazione e della trasformazione industriale, in quella della distribuzione e della conservazione sia dal punto di vista igienico che, più in generale, delle modalità di produzione. A tal fine sono coinvolti tutti i rami di attività della filiera alimentare delle attività di ristorazione ed i consumatori stessi per quanto riguarda le fasi della preparazione, cottura, somministrazione e conservazione degli alimenti.

Obiettivo

Riduzione delle malattie causate da e con alimenti.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- definire modelli operativi e protocolli di intervento, in relazione agli obiettivi specifici;
- attuare interventi di educazione sanitaria nei confronti degli operatori del settore alimentare e dei consumatori;
- assicurare la funzionalità dei Centri per le Malattie Trasmissibili da Alimenti (MTA).

OBIETTIVO 2: PROMUOVERE SANI STILI DI VITA

Obiettivo 2.1: Promuovere una sana alimentazione

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria .

E' scientificamente accertato che un'alimentazione squilibrata concorre ad aumentare il rischio di insorgenza di malattie, quali quelle cardiovascolari e cancro. Peraltro l'alimentazione ha influenza determinante anche su altre malattie, non meno importanti dal punto di vista del costo sociale e della qualità della vita dei singoli individui, quali: l'obesità, l'ipertensione, alcune malattie del ricambio, le allergie, le intolleranze alimentari, l'osteoporosi, le anemie nutrizionali. E' altrettanto importante, per una alimentazione sana, l'aspetto igienico, che deve essere garantito da tutti gli operatori della filiera alimentare e sempre tenuto presente anche dai consumatori durante la conservazione e la preparazione degli alimenti.

Una cattiva alimentazione può in alcuni casi portare verso la patologia, che sfocia nei così detti Disturbi del Comportamento Alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata).

I dati epidemiologici di carattere generale indicano nei paesi occidentali industrializzati, ogni 100 ragazze in età di rischio (12/25 anni), 8/10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare.

La dimensione quali – quantitativa di questo problema impone un percorso articolato ed integrato di interventi preventivi, di presa in cura, di riabilitazione e di socializzazione, che in oggi non sono sufficientemente strutturati e coordinati.

Obiettivi:

- Adeguamento agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici perseguendo gli obiettivi specifici individuati dal PSN 1998-2000;
- ridurre la percentuale di soggetti sovrappeso definita in base all'IMC (Indice di Massa Corporea).

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- individuare e valutare i fattori di rischio nutrizionale;

- promuovere campagne di educazione sanitaria nutrizionale, anche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta e con il concorso dei vari soggetti coinvolti;
- attivare opportune attività formative rivolte agli operatori competenti delle AA.SS.LL., ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, inerenti le problematiche legate ad una alimentazione non corretta.

Obiettivo 2.2: Promuovere l'attività fisico motoria

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

E' ormai universalmente accettato che l'attività fisico-motoria permette una sana esistenza, promuove l'aspettativa di vita in anni e ritarda o modera gli effetti di malattie cronico-degenerative.

Obiettivi:

- incrementare la percentuale di popolazione che, in tutte le fasce di età, svolge regolarmente attività fisica nel tempo libero;
- estendere la tutela sanitaria al controllo di qualità dell'offerta di attività motorie.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- assicurare la realizzazione, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione, di interventi finalizzati alla prevenzione e alla tutela della salute nelle attività sportive;
- attuare gli interventi previsti dalla l.r. 46/84 e successive modifiche, compreso l'aggiornamento professionale del personale sanitario;
- promuovere la formazione del personale tecnico sportivo, d'intesa con il CONI e gli Enti di promozione.

Obiettivo 2.3: Contrastare l'abitudine al fumo

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

L'abitudine al fumo è causa di una quota rilevante di mortalità e morbosità evitabile e di costi sanitari dovuti a tumori, broncopneumopatie croniche e malattie cardiovascolari. All'abitudine al fumo di tabacco è attribuito il 90% delle morti per tumore polmonare, i 2/3 per morti per broncopneumopatia cronica e ¼ delle morti per malattie cardiovascolari. La cessazione dell'abitudine al fumo anche in età adulta comporta importanti benefici poiché è stato verificato che il rischio degli ex fumatori dopo 15 anni dalla interruzione dell'abitudine è prossimo a quello dei non fumatori.

Obiettivi

- Riduzione della percentuale di fumatori;
- Riduzione della prevalenza di fumatori tra gli adolescenti;
- Riduzione della percentuale di donne gravide che fumano.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- attivare interventi mirati di educazione sanitaria di prevenzione e promozione della salute con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, valutando la possibilità di organizzare anche interventi di supporto psicologico;
- assicurare il controllo sull'applicazione della normativa in materia di limitazione e divieto di fumo nei locali aperti al pubblico.

Obiettivo 2.4 Ridurre la mortalità precoce per alcooldipendenze

Caratteristiche e dimensioni dei problemi in Liguria

Anche in Liguria la patologia alcool correlata ha una notevole rilevanza in termini assoluti, sia come causa diretta di malattia e di problematiche sociali che come determinante di incidenti stradali, domestici ed in ambienti di lavoro. Nel 1999 la mortalità alcool correlata è stimata in 30.000 unità, nel 1998 le patologie alcool correlate diagnosticate nei ricoveri ospedalieri sono state di 2521, mentre le stime EURISPES, se pur calcolate per la Liguria come mera proporzione riferita alla popolazione generale, stimano la presenza di circa 40.000 bevitori.

Obiettivi:

Il presente documento assume come propri gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 e dalla legge quadro in materia di alcool e problemi alcool collegati n. 125 del 30 marzo 2001.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- 1) provvedere alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie correlate all'alcool,
- 2) individuare i servizi e le strutture, incaricati della realizzazione, del trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati e delle loro famiglie in collaborazione con le Associazioni territoriali
- 3) attivare forme di aggiornamento rivolte a tutti gli operatori socio-sanitari, Questi aggiornamenti dovranno valorizzare la costruzione di una rete alcolologica in cooperazione con le Associazioni territoriali operanti nel settore ed in particolare:
 - sviluppare la capacità dei Servizi di lavorare in rete e per progetti mettendo in comune risorse e esperienze nell'ambito della nuova organizzazione Distrettuale delle Aziende
 - sottolineare il ruolo fondamentale del Medico di Medicina Generale per la prevenzione, la diagnosi precoce e l'appoggio alle famiglie

- sostenere le realtà territoriali autonome di autotutela e promozione della salute con particolare riferimento, in questo settore, alle comunità multi familiari dei Club degli Alcolisti in Trattamento e dei gruppi Alcolisti Anonimi e Al-anon (famigliari) realtà riconosciute a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Adottare una visione ecologico-sociale dei problemi alcolcorrelati e complessi che aiuti a cogliere i legami tra i comportamenti e gli stili di vita individuali, familiari e sociali;
- Attivare un approccio ai problemi alcolcorrelati che metta in primo piano l'apporto, il coinvolgimento e la compartecipazione della famiglia sia in ambito preventivo che nei percorsi di trattamento;
- Adottare negli interventi di prevenzione e sensibilizzazione l'approccio proposto dall'OMS come “approccio di popolazione” in quanto è dimostrato che la riduzione dei consumi nella popolazione generale influenza positivamente anche i consumi nelle categorie a rischio oltre che diminuire i problemi alcol-correlati nel loro complesso.
- Favorire la ricerca e le riflessioni sulle interazioni e i collegamenti tra l'uso di alcol e quello di altre sostanze psicoattive (fumo di sigaretta, nuove droghe, psicofarmaci) o di altri comportamenti pericolosi (gioco d'azzardo, violenze, etc.).
- Rivolgere un'attenzione specifica alla prevenzione/informazione sui rischi correlati all'uso di alcol nei giovani. (es. alcol e guida, alcol e violenza, alcol e malattie sessualmente trasmesse, alcol e altre sostanze,

OBIETTIVO 3: CONTRASTARE LE PATOLOGIE CAUSA DI MORTALITA' E MORBOSITA' EVITABILE

Dal punto di vista epidemiologico si intende per mortalità precoce la mortalità in soggetti deceduti ad una età inferiore a 65, 70 anni o alla durata media della vita, riferendosi al concetto generale di anni di vita potenziale persi (Years of Potential Life Lost) per cause prevenibili con interventi appropriati di prevenzione, terapia e riabilitazione.

La struttura demografica ligure, le abitudini di vita tipiche di una popolazione ad elevato sviluppo economico e le caratteristiche delle attività produttive attuali e pregresse determinano gli aspetti più rilevanti dell'epidemiologia regionale, ovvero la preminenza di patologie cardiovascolari e cerebrovascolari e delle patologie oncologiche, che sono anche tra le prime cause di morte in regione.

La mortalità generale, che rappresenta una misura utile a valutare il quadro complessivo dello stato di salute della popolazione, colloca la Liguria al 7° posto per il maschi ed al 9° posto per le femmine, rispetto alle altre Regioni italiane (dati quinquennio 1990-94). Queste posizioni sono associate a tassi di mortalità più elevati tra i giovani, i giovani adulti (20-44 anni) e tra i soggetti oltre i 75 anni, mentre nelle classi di età comprese tra 45-74 anni i valori sono inferiori alla media nazionale.

Per mortalità evitabile standardizzata 5-64 anni (dati 1994) la Liguria si colloca nelle posizioni più basse (al 18° posto) in Italia riguardo i maschi e al 4° posto per le femmine. Il miglior risultato per i maschi è dovuto alla minor mortalità per cause evitabili con prevenzione primaria mentre il risultato per le femmine per maggior mortalità per cause evitabili con diagnosi precoce e terapia e secondariamente con prevenzione primaria. Nell'ambito delle cause specifiche per i maschi la Liguria è al 5° posto per l'insieme dei tumori, al 10° per le malattie cardiovascolari, nei primi tre posti per i tumori della pleura, dell'intestino, del testicolo della vescica e della tiroide; per le femmine al 6° per i traumatismi e gli avvelenamenti, al 7° posto per tutti i tumori ed al 12° per le malattie cardiovascolari, nei primi tre posti per tumore dell'intestino, tumore della pleura, tumori del cavo orale, altri tumori respiratori e morbo di Hodgkin (dati 1990-1994). Anche per altri tumori la Liguria presenta tassi di mortalità superiori a quelli medi nazionali: esofago, polmoni, prostata e linfoma non-Hodgkin per i maschi; esofago, laringe, polmoni, vescica e linfoma non-Hodgkin per le femmine.

Obiettivo 3.1: Ridurre la mortalità precoce per malattie del sistema vascolare

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio (e le altre principali forme morbose comprese in tale raggruppamento quali le malattie del cuore, la cardiopatia ischemica, le malattie circolatorie cerebrali) rappresentano la principale causa di morte nella Regione Liguria, anche se il miglioramento nelle capacità di controllo dei principali fattori di rischio, implicati nella loro genesi (diminuzione dell'abitudine al fumo, controllo dell'ipertensione, raccomandazioni dietetiche, ecc.), sta facendo registrare incoraggianti successi.

I morti per malattie cardiovascolari nella Regione Liguria sono stati nel 1994 8.824, pari al 36,9% del complesso delle cause di morte. Il tasso di mortalità standardizzato per malattie del sistema cardiovascolare è inferiore alla media nazionale in misura rilevante per i disturbi circolatori dell'encefalo in tutte le fasce di età, mentre è superiore per quanto riguarda l'infarto acuto del miocardio al di sotto dei 74 anni per le donne e le altre malattie del sistema circolatorio (ipertensione, scompenso, aneurismi) per entrambi i sessi oltre i 74 anni.

Le malattie cardiovascolari hanno comunque in termini assoluti un'elevata incidenza e prevalenza. Nel 1996 i ricoveri per questa categoria sono stati 50.000, pari al 12,3% di tutti i ricoveri regionali e complessivamente rappresentano la seconda più importante causa di ricovero in Liguria. Il ruolo preponderante è svolto da tre gruppi di affezioni: le cardiopatie coronariche, l'insufficienza cardiaca, e le vasculopatie cerebrali.

Obiettivi:

- riduzione della mortalità derivante da malattie ischemiche del cuore;
- riduzione della morbosità derivante da disturbi circolatori dell'encefalo;
- miglioramento della qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- campagne di prevenzione nella popolazione in generale e in particolare negli individui a rischio;
- miglioramento della qualità dell'assistenza (tempestività ed efficacia) per gli eventi acuti;

- miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare con implementazione di interventi di prevenzione secondaria;
- adozione ed implementazione di linee-guida per la patologia cardiologica di maggior rilievo tra cui: ipertensione, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica acuta, cardiopatia ischemica cronica, riabilitazione cardiologica, cardiochirurgia di elezione e d'urgenza;
- realizzazione di strutture per la terapia e riabilitazione per eventi cerebrovascolari.

Obiettivo 3.2: Ridurre la mortalità precoce per tumori

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte in Italia.

La Liguria presenta tassi inferiori rispetto al tasso nazionale negli uomini, superiori nelle donne (MASCHI: Italia 349 vs. Liguria 290; FEMMINE: Italia 179 vs. Liguria 202); i tumori in Liguria sono responsabili del 27.9% dei decessi e rappresentano la più importante causa di ricovero nel 1997.

Ogni anno in Liguria si osservano circa 6100 decessi per tumore.

Le persone affette da tumore a diverso stadio sono circa – 52.000 (stimato al 2000 nelle età fra 0-84 anni) e il numero di nuovi casi diagnosticati è circa 10.000 casi annui.

In Liguria si osserva in particolare una elevata mortalità per tumori dell'apparato respiratorio, a causa dell'elevata incidenza di tumori polmonari, anche se i tassi maschili si presentano inferiori alla media nazionale, i tassi femminili solo lievemente superiori. Peculiarità della Liguria è l'elevata incidenza di tumori pleurici, la cui origine professionale è supportata anche dall'eccesso di pneumoconiosi rilevato tra le patologie non tumorali.

Con più di 1200 casi ogni anno in Liguria il tumore ai polmoni ha un'elevata incidenza e mortalità, ma una bassa prevalenza, a causa della sopravvivenza piuttosto breve, che si aggira globalmente intorno all'anno come mediana. La costante tendenza all'aumento dell'incidenza osservata in passato negli uomini sembra essersi arrestata; nel prossimo futuro osserveremo però un incremento di casi nel sesso femminile.

L'incidenza e la prevalenza del tumore alla mammella sono elevate ma relativamente stabili. Con più di 1200 nuovi casi all'anno in Liguria (meno della metà dei quali mortali) è il tumore più diffuso per il sesso femminile. I trend di mortalità liguri e nazionali presentano una tendenza all'appiattimento, grazie alla crescente pressione diagnostica (impianto dello screening) e all'efficacia del trattamento, la letalità dovrebbe ridursi e la patologia essere diagnosticata a stadi più favorevoli.

Lo stile di vita e le tendenze demografiche registrate in Liguria sono in grado di spiegare la collocazione della Liguria appena al di sopra della media nazionale.

Con circa 1300 nuovi casi all'anno in Liguria, i tumori colon-rettali sono in costante aumento in numeri assoluti, per l'elevata incidenza in età avanzata e il costante

invecchiamento della popolazione. Si tratta di una neoplasia molto spesso operabile con intervento radicale, anche se le recidive, locali e a distanza sono piuttosto frequenti. E' una neoplasia spesso impegnativa sul piano assistenziale, anche se è da notare una diminuzione dei pazienti che richiedono riabilitazione e assistenza cronica grazie alle migliorate tecniche chirurgiche che hanno notevolmente ridotto il ricorso all'amputazione rettale con stoma addominale.

Il tumore allo stomaco è ancora una delle sedi di neoplasia più importanti in Italia; la sua diminuzione è evidente in entrambi i sessi, parallelamente a quanto si osserva nel mondo occidentale. Tale patologia è tuttavia ancora abbastanza frequente in Liguria perché colpisce le classi di età più avanzate, così come il carcinoma della prostata, che è però in rapida crescita.

I tumori ai tessuti molli e linfomi risultano in rapida crescita sia in Liguria che a livello nazionale in coincidenza con la diffusione dell'epidemia da HIV nella popolazione. I valori liguri più elevati sembrerebbero in relazione alla relativa maggior diffusione nella popolazione dell'epidemia..

Anche per i linfomi l'interesse epidemiologico è in relazione alla loro associazione con la diffusione dell'epidemia HIV-correlata.

Con la DCR 57/97 il Consiglio regionale ha emanato le linee-guida per la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche. In base ad esse è stata istituita la Commissione Oncologica Regionale, sono stati individuati quattro poli oncologici regionali (Sanremo, Savona, Genova - IST, La Spezia) e stabiliti tre obiettivi operativi prioritari: attivazione dell'assistenza domiciliare al malato oncologico, screening del tumore della mammella, screening del tumore della cervice. I programmi per il raggiungimento di questi obiettivi sono già stati definiti e finanziati ed il loro avvio è fissato nel primo trimestre del 2000.

ITALIA

CAUSE DI MORTE (GRUPPO ICD9)		MASCHI					
		1995		1996		1997	
		Morti	T.St.	Morti	T.St.	Morti	T.St.
000-999	MORTALITA' TOTALE	284509	1179.2	28231	1121.3	283322	1105.3
140-239	Tumori	89629	360.4	90866	353.6	91314	349.0
151	<i>Tumore maligno dello stomaco</i>	7284	29.6	7188	28.3	6770	26.2
153-154	<i>Tumore maligno del colon, retto e ano</i>	8218	3,5.	8563	33.6	8478	32.7
162	<i>Tumore maligno della trachea, bronchi e polmoni</i>	25740	101.1	25777	98.6	25778	96.7
174	<i>Tumore maligno della mammella della donna</i>	-	-	-	-	-	-
CAUSE DI MORTE (GRUPPO ICD9)		FEMMINE					
		1995		1996		1997	
		Morti	T.St.	Morti	T.St.	Morti	T.St.
000-999	MORTALITA' TOTALE	268924	69,08	269015	66,97	274912	66,63
140-239	Tumori	64302	182.1	65676	182.1	65635	178.9
151	<i>Tumore maligno dello stomaco</i>	5170	13.9	5264	13.7	5057	13.1
153-154	<i>Tumore maligno del colon, retto e ano</i>	7532	20.8	7663	20.7	7648	20.3
162	<i>Tumore maligno della trachea, bronchi e polmoni</i>	5168	15.0	5348	15.2	5398	15.0
174	<i>Tumore maligno della mammella della donna</i>	11328	33.6	11597	33.6	11339	32.5

LIGURIA

CAUSE DI MORTE (GRUPPO ICD9)		MASCHI					
		1995		1996		1997	
		Morti	T.St.	Morti	T.St.	Morti	T.St.
000-999	MORTALITA' TOTALE	10907	924.1	10783	892.0	10702	910.4
140-239	Tumori					3423	289.7
140-208	TUMORI MALIGNI	3387	286.4	3411	280.1	3305	280.0
151	<i>Tumore maligno dello stomaco</i>	228	18.9	211	17.1	196	16.5
153-154	<i>Tumore maligno del colon, retto e ano</i>	438	36.2	452	36.8	428	35.8
162	<i>Tumore maligno della trachea, bronchi e polmoni</i>	1010	86.2	1020	84.1	997	84.6
163	<i>Tumore maligno della pleura</i>	80	6.6	99	8.1	79	6.8
174	<i>Tumore maligno della mammella della donna</i>	-	-	-	-	-	-
185	<i>Tumore maligno della prostata</i>	295	22.9	281	21.2	260	20.5
200-202	<i>Linfomi</i>	90	8.2	102	9.1	112	9.9
200,202	<i>Linfomi Non Hodgkin</i>					104	9.1
CAUSE DI MORTE (GRUPPO ICD9)		FEMMINE					
		1995		1996		1997	
		Morti	T.St.	Morti	T.St.	Morti	T.St.
000-999	MORTALITA' TOTALE	11348	817.2	11092	785.5	11097	799.9
140-239	Tumori					2651	202.0
140-208	TUMORI MALIGNI	2475	188.7	2615	197.1	2560	195.3
151	<i>Tumore maligno dello stomaco</i>	146	10.9	189	13.6	151	10.8
153-154	<i>Tumore maligno del colon, retto e ano</i>	413	30.2	424	30.0	446	33.2
162	<i>Tumore maligno della trachea, bronchi e polmoni</i>	219	16.7	244	18.7	214	16.0
163	<i>Tumore maligno della pleura</i>	27	2.2	24	1.9	22	1.6
174	<i>Tumore maligno della mammella della donna</i>	430	34.6	431	33.9	486	39.2
200-202	<i>Linfomi</i>	88	6.6	96	7.3	80	6.4
200,202	<i>Linfomi Non Hodgkin</i>					74	6.0

Coerentemente con quanto previsto dal PSN e tenuto conto del quadro epidemiologico locale, **costituiscono obiettivi del presente documento:**

- la riduzione della mortalità derivante da tumore maligno con particolare attenzione al tumore alla mammella, al colon-retto, alla prostata, al polmone, alla cervice dell'utero e allo stomaco;
- la riduzione delle differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni tra aree geografiche;
- la riduzione delle disuguaglianze di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore tra le classi sociali;
- il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende

- Attuazione del programma di screening della mammella promosso dalla Regione;
- Applicazione delle linee guida regionali per la prevenzione e cura delle malattie oncologiche (Del. C.R. 57/97);
- attivazione dei poli oncologici presso gli ospedali di Savona, Sanremo e La Spezia;
- diffusione delle linee guida cliniche per l'assistenza sanitaria dei principali tipi di tumori;
- attuazione di quanto previsto dalla L. 39/1999 in merito alla assistenza domiciliare e degenziale dei pazienti oncologici in fase critica, con l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita possibile nel rispetto della dignità e della volontà del paziente, valorizzando la funzione di terapia del dolore e di cure palliative.
 - La modalità assistenziale primaria e prevalente per le cure di tipo palliativo consiste nell'assistenza domiciliare, svolta da una équipe multidisciplinare espressamente dedicata, che si avvale di hospice come previsto dall'apposito "Progetto hospice" approvato dalla Giunta Regionale con Delibera n. 830/2000.
 - Nell'attivazione dell'assistenza domiciliare la ASL si avvale anche delle Associazioni di volontariato - no profit - già attive in questo tipo di assistenza.
- potenziamento della diagnostica per immagini e delle strutture per radioterapia;
- adeguamento servizi anatomia patologica.

Obiettivo 3.3: Ridurre la mortalità precoce per AIDS

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Risale al 1994 la prima segnalazione di casi di AIDS in Liguria, riguardante un maschio quarantaseienne non residente nella nostra Regione. Da allora, sino al 30 giugno 2002, le segnalazioni provenienti dalle strutture della nostra Regione sono state 2661. Queste comprendono 2315 notifiche relative a persone residenti in Liguria e 286 notifiche di non residenti. Ulteriori 60 segnalazioni da strutture della nostra Regione riguardano aggiornamenti di schede relative a persone non residenti in Liguria e notificate precedentemente presso altre Regioni. I casi relativi a residenti Liguri segnalati da strutture di altre Regioni italiane sono invece 169.

La residenza delle 346 persone non Liguri (13% del totale delle notifiche da strutture liguri) risulta essere principalmente nelle Regioni limitrofe.

Al 30.06.2002 si contano 2364 casi diagnosticati, di cui 635 in vita.

Al 30 giugno 2002 riferendoci alla popolazione ligure del penultimo Censimento Nazionale della Popolazione (1991), il tasso cumulativo d'incidenza risulta di 148 casi ogni 100.000 abitanti.

Nel corso degli anni, tra i residenti liguri, si è verificata una costante crescita sino al 1995, periodo di introduzione delle prime terapie con farmaci antiretrovirali, cui fa seguito una lieve diminuzione nel 1996 e, successivamente, una netta e progressiva riduzione sino a 4,6 casi per 100.000 abitanti nel 1999 e 3 casi nel 2000. Si ha invece un incremento con 4,9 casi per 100.000 abitanti nel 2001. Per il 2002 i casi sono 0.7 per 100.000 abitanti (il dato riferito al 2002 potrebbe modificarsi).

Le province più colpite sono Genova con 1385 casi di cui: 1012 deceduti e 373 viventi e Savona con 334 casi di cui: 228 deceduti e 106 viventi.

La realizzazione del presente obiettivo (riduzione della mortalità precoce) si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- Adozione di strategie di intervento finalizzate alla prevenzione sulla quale è necessario mantenere un elevato livello di attenzione e di impegno operativo nel tempo;

- Attivazione di una sorveglianza epidemiologica dell'infezione da HIV e da epatite, attraverso strutture dedicate, in coerenza con il Progetto Obiettivo Nazionale AIDS, 1998/2000;
- Adeguamento strutturale/funzionale degli spazi di degenza in funzione del mutato quadro clinico ed epidemiologico;
- Territorializzazione dei servizi aziendali ed extra aziendali, attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale). Particolare attenzione dovrà anche essere posta alla realizzazione di campagne di informazione ed educazione alla salute e alla sessualità responsabile, da realizzarsi con il concorso dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e Associazioni Territoriali riconosciute.
- Miglioramento qualitativo dei percorsi diagnostici, in particolare tramite certificazione di qualità dei laboratori che svolgono determinazioni immunofenotipiche mediante citofluorimetria per pazienti con infezioni da HIV. A tale proposito è di rilievo e va valorizzato il lavoro dell'Unità Operativa Immunologia dell'Azienda Ospedaliera San Martino di Genova, che svolge da anni tale attività di monitoraggio mediante tecniche citofluorimetriche e di immunologia cellulare. In questo ambito l'U. O. Immunologia, già laboratorio di riferimento di III° livello per il monitoraggio immunologico in pazienti con infezione da HIV (DGR n. 91 del 10/01/1991 "Programma di intervento per la prevenzione e la lotta all'AIDS – Potenziamento dei laboratori di analisi di III° livello"), coordina un programma di VEQ per la determinazione del fenotipo linfocitario nei laboratori liguri;

Obiettivo 3.4: Tossicodipendenze

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Come si evince dalla Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze, la Regione Liguria presenta una situazione particolare che la discosta in maniera significativa dalla media nazionale, sia con un dato di prevalenza doppio per soggetti presi in carico dai Ser.T., sia per la prevalenza di soggetti denunciati alle AA.GG, sia per le percentuali elevate (maggiori del 50%) di tossicodipendenti sul totale dei soggetti reclusi.

Recenti dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Tossicodipendenze evidenziano che rapportando i dati dell'utenza dei Ser.T alla popolazione residente a rischio (fascia 15-54 anni), si stima l'offerta dei Servizi Territoriali attorno ad un tasso di prevalenza Regionale del 76%, mentre applicando procedure statistiche standard, la popolazione eroinomane stimata si aggira sulle 11.000 unità, con un tasso di prevalenza ridotto al 53% di copertura del bisogno. Nella popolazione giovanile 15-20 anni, si stima che il 20% sia consumatore abituale di cannabis, il 22% abusi di alcol, mentre non pare statisticamente rilevante il consumo di eroina, cocaina, ecstasy ecc.

Si stima che il maggior consumo di droghe sintetiche si abbia nei giovani lavoratori compresi tra i 20-30 anni che attualmente, come i giovani studenti, non afferiscono ai servizi.

Obiettivo:

Creare una cultura sociale orientata alla promozione della salute

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori sul bisogno di sviluppare politiche intersettoriali e programmi specifici sul bisogno di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzata a fini non terapeutici (alcol e tabacco compresi);
- assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva e permanente sulle modalità preventive e sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso di droghe o di altre sostanze psicoattive;

- fornire a i cittadini con problemi di abuso o di dipendenza, o a forte rischio, un equo e precoce accesso al sistema sociosanitario, garantendo idonee infrastrutture di prevenzione, cura e riabilitazione;
- eseguire valutazioni qualitative e quantitative costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute (con particolare riguardo alle misure assunte per ridurre e contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive), oltre che sulla cura e la riabilitazione delle persone che presentino il problema;
- promuovere la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione, cura e riabilitazione;
- assicurare congrui finanziamenti alle iniziative e ai sistemi per la lotta alla droga e alle sue conseguenze;
- consolidare e sostenere le forme già operanti.

Al fine di favorire lo sviluppo delle suddette azioni si ritiene necessario dare priorità alle seguenti aree critiche, che necessitano di monitoraggio ed interventi in tempi brevi:

- Valutazione nell'utilizzo di farmaci sostitutivi e di psicofarmaci: monitoraggio dei dosaggi e dei tempi di assunzione. Integrazione con altre forme di intervento per il superamento effettivo dello stato di dipendenza.
- Focalizzare l'attenzione sul tema della disintossicazione nelle sue varie forme: domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera e in comunità: approfondimenti su questo tema, sia negli aspetti metodologici, che organizzativi. E' necessario valorizzare le esperienze più significative maturate in questi anni e farne occasione di confronto e dibattito.
- Maggiore coinvolgimento delle Famiglie nei percorsi di trattamento L'approccio familiare non è ancora sufficientemente sviluppato nella pratica professionale dei Servizi. Tale coinvolgimento deve essere visto in continuità con lo sviluppo delle risorse territoriali
- Revisione patenti. Le necessità collegate alla revisione patenti per le persone fermate per uso di alcol o sostanze è diventato un momento di incontro importante con la popolazione in generale ed i giovani in particolare. E' necessario che l'approccio a tali pratiche non sia solo di tipo burocratico, spesso mortificante nei confronti dell'utente e della professionalità dei nostri operatori, ma miri ad utilizzare tale occasione per dare maggiori e migliori informazioni oltre che un immagine diversa del Servizio. (Predisposizione di linee guida regionali).

- Sviluppo delle risorse territoriali. Le Associazioni Famiglie e le Associazioni di autotutela e promozione della salute che si sono sviluppate in questi anni sono una risorsa fondamentale per lo sviluppo di un moderno “sistema salute”, che sappia coniugare continuità nell’assistenza e contenimento dei costi . Lo sviluppo ed il monitoraggio su tutto il territorio regionale di tali associazioni è uno degli obiettivi prioritari di questo Dipartimento.
- Prevenzione e sostegno all’adolescenza: sono temi fondamentali per lo sviluppo di una più ampia cultura generale che protegga dai rischi collegati all’uso di sostanze psicoattive. Vanno incentivate e sostenute iniziative innovative che sappiano integrare le risorse e le professionalità dei vari Servizi, pubblici, del privato sociale e del volontariato.

Obiettivo 3.5 Ridurre la mortalità e le conseguenze di altre patologie di rilievo sociale

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 individua le seguenti condizioni morbose che rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale:

- diabete mellito;
- fibrosi cistica;
- errori congeniti del metabolismo;
- malattia celiaca;
- malattie reumatiche croniche;
- malattie allergiche dell'età pediatrica;
- malattie dell'apparato cardio – respiratorio;
- malattie del sistema nervoso centrale;
- nefropatie, con particolare riferimento alle forme che esitano in insufficienza renale con conseguente necessità di emodialisi o di dialisi peritoneale;
- disturbi del comportamento alimentare;
- malattie dell'apparato digerente, con particolare riferimento alle epatopatie di origine virale.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti Azioni per le Aziende:

- interventi di carattere preventivo, soprattutto diretti a incidere su comportamenti e stili di vita;
- interventi di riabilitazione;
- interventi, da realizzarsi a livello distrettuale, finalizzati a integrare le prestazioni sanitarie con quelle socio assistenziali.

Obiettivo 3.6: Sorveglianza delle patologie genetiche e/o rare

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000 individua le aree che, dal punto di vista programmatico, organizzativo e gestionale, richiedono, più di altre, uno sforzo di adeguamento al contesto e al livello dell'Unione Europea.

Tra i settori per i quali sono richiesti sforzi organizzativi, cambiamenti culturali ed un importante intervento pubblico è stato incluso quello relativo alle patologie rare, anche per adeguarsi e collegarsi ai programmi europei che da anni si occupano di dette malattie. In letteratura sono identificate circa 5000 malattie rare, per la maggior parte (90%) ad origine genetica.

Obiettivo:

Il D.M. 18 maggio 2001 n. 279 (Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie) individua le malattie rare e prevede, quale obiettivo primario, l'istituzione di una rete assistenziale dedicata, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione, e l'istituzione del registro nazionale delle malattie rare.

A livello regionale va istituita la Rete Regionale per la diagnosi e la cura delle malattie rare, che si coordinerà con la rete nazionale.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- garantire la diagnosi appropriata e tempestiva;
- garantire tempestivo accesso ai programmi terapeutici presso centri specialistici;
- attivare interventi di prevenzione;
- promuovere la formazione di tutti gli operatori coinvolti nella rete assistenziale;
- garantire adeguata informazione ai cittadini sulle procedure di riconoscimento del diritto all'esenzione e sulle modalità di accesso ai servizi;
- sostenere la ricerca scientifica.

Per quanto riguarda le malattie genetiche, è istituito il Dipartimento di Genetica con legge regionale 19 gennaio 2001 n.3. Tale legge disciplina l'istituzione e il funzionamento del Dipartimento, di tipo funzionale, al fine di garantire a livello regionale il miglior coordinamento sul piano scientifico dei servizi che operano nell'ambito delle competenze della genetica medica.

OBIETTIVO 4: MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA DEI SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI.

Obiettivo 4.1: Migliorare la qualità della vita dei soggetti con malattia mentale e delle loro famiglie

Obiettivi:

- 1) migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattia mentale e delle loro famiglie;
- 2) ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- promuovere la salute mentale e il miglioramento della qualità della vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- promuovere la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle condizioni a rischio e all'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, nelle situazioni di disagio, nonché all'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
- promuovere la prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti attraverso il recupero relazionale, sociale e il miglioramento della qualità della vita dei sofferenti psichici e del nucleo familiare di appartenenza;
- porre particolare attenzione alla personalizzazione dei programmi terapeutico-riabilitativi dei sofferenti psichici.

Obiettivo 4.2: Migliorare la qualità di vita dei soggetti con disabilità e delle loro famiglie

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

In Liguria il 5,4% della popolazione (corrispondenti ad 88.000 persone) presenta almeno una disabilità grave nelle dimensioni delle funzioni della vita quotidiana, delle capacità motorie e nelle funzioni della parola, della vista e/o dell'udito. Si stima che la situazione più grave della disabilità, la perdita totale di autonomia, colpisca 27.800 persone (Indagine Multiscopo ISTAT 1997). A questi dati corrispondono 46.000 soggetti riconosciuti invalidi, ciechi o sordomuti.

Con le Linee-guida per le attività di riabilitazione approvate dalla Conferenza Stato Regioni in data 7 maggio 1998 ed il PSN 1998-2000 sono stati formulati indirizzi alle Regioni affinché provvedano :

- a disciplinare l'attività riabilitativa in ambito ospedaliero;
- a classificare i presidi di riabilitazione extraospedaliera pubblici e privati;
- a individuare l'entità della domanda e le tipologie di prestazioni che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e private, avvicinandosi con gradualità agli obiettivi posti dalle stesse Linee-guida.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- attivazione, in aggiunta all'Unità Spinale dell'Azienda Ospedaliera Santa Corona, delle Unità di 3° livello (Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e i gravi traumi cranio encefalici presso l'Azienda Ospedaliera S. Martino; Unità per le disabilità gravi in età evolutiva presso l'istituto Gaslini);
- adeguamento dell'offerta di ricoveri riabilitativi di 2° livello in funzione del fabbisogno locale.
- territorializzazione dei servizi aziendali ed extra aziendali, attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale). In particolare, il soddisfacimento della domanda di riabilitazione si realizza assicurando

l'integrazione delle attività riabilitative nel circuito prevenzione, cura e riabilitazione, attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, per garantire un precoce e mirato accesso ai servizi socio sanitari distrettuali.

Obiettivo 4.3: Migliorare la qualità' di vita dei soggetti anziani e delle loro famiglie

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Negli ultimi 30 anni la contrazione della natalità e la riduzione della mortalità hanno prodotto una sostanziale modifica nella struttura per età della popolazione, con un progressivo aumento delle persone anziane. A questo si è accompagnato un graduale allungamento della vita media, legato ai progressi della medicina, al miglioramento delle condizioni igieniche e delle abitudini alimentari nonché al contenimento delle epidemie e delle malattie infettive.

L'Italia vanta oggi una speranza di vita alla nascita tra le più elevate d'Europa, che ha come conseguenza l'ingresso sempre più frequente degli anziani nella quarta età e un incremento del numero di ultrasessantacinquenni. La Liguria è la regione più anziana del Paese: l'indice di vecchiaia che, attraverso il rapporto percentuale tra anziani ultrasessantacinquenni e giovani fino a 14 anni, esprime la capacità di ricambio della popolazione, mostra che in Liguria vi sono 231 anziani ogni 100 giovani, mentre in Italia tale rapporto è pari a 176,7.

Si tratta di una tendenza in costante accentuazione: le previsioni demografiche, infatti, indicano che nel 2005 gli anziani costituiranno più del 26% della popolazione e nel 2015 il 27-29%.

Obiettivi:

- promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano;
- adottare interventi di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza al domicilio;
- promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra ed extraospedaliera) a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione tra il sistema sanitario e l'assistenza sociale.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- territorializzazione dei servizi aziendali ed extra aziendali, attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale). In

particolare, devono essere garantiti percorsi assistenziali sostitutivi all'assistenza ospedaliera o all'istituzionalizzazione, attraverso il potenziamento delle cure domiciliari e delle attività diurne di recupero e riabilitazione, da realizzarsi con il concorso dei Medici di Medicina Generale e con il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato;

- potenziamento quali-quantitativo della residenzialità extraospedaliera, avvicinando l'offerta dei posti letto al reale fabbisogno della popolazione (1,6% della popolazione ultrasessantacinquenne);

- integrazione con le azioni previste dalla programmazione regionale in materia socio assistenziale, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare, al sostegno alle famiglie, alla sperimentazione di "assegni servizio", sia per le prestazioni sociali che per quelle sanitarie.

OBIETTIVO 5: ADEGUARE I SERVIZI ALL'EVOLUZIONE DEL CONTESTO SOCIALE E ALLO SVILUPPO TECNOLOGICO

Obiettivo 5.1: Tutela dai soggetti immigrati

Il PSN 1998-2000 considera la popolazione migrante tra i soggetti deboli cui indirizzare prioritariamente gli interventi di salute.

Gli aspetti più rilevanti di ordine sanitario riguardano quel complesso di situazioni legate alla povertà e alle difficili condizioni di vita relative alla inadeguata alimentazione, abitazione e socialità, e alla discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Inoltre l'estrema mobilità delle persone comporta anche una estrema mobilità delle malattie, alcune di queste di difficile diagnosi perché pressoché sconosciute nel nostro paese.

Per garantire il miglioramento delle condizioni di salute di questi cittadini, sia regolari che non regolari, è necessario che gli interventi dell'ambito sanitario si integrino con interventi che affrontino complessivamente le problematiche degli immigrati.

Obiettivi:

Il presente documento assume come propri gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000:

- Garantire l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i soggetti immigrati, secondo la normativa vigente;
- Estendere la copertura vaccinale a tutti i soggetti immigrati.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- attivare programmi di formazione rivolti sia al personale delle Aziende Sanitarie, sia ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, finalizzati alla conoscenza degli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie di importazione;
- consentire, come per i cittadini residenti, l'accesso unificato alle prestazioni attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale).
- Attivare interventi di profilassi vaccinale.

Obiettivo 5.2: Garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria ai turisti

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Il Turismo rappresenta una delle principali, oltre che tradizionali, fonti di reddito per la Liguria.

Il flusso annuale si attesta su 24.000 arrivi e oltre 110.000 giorni di presenza. A questi dati vanno aggiunti quelli relativi ai flussi in transito attraverso i porti (quasi 800.000 all'anno) e quelli relativi a eventi particolari, quali l'anno di Genova città europea della cultura (2004).

L'estrema mobilità delle persone comporta inesorabilmente anche una estrema mobilità delle malattie: sono infatti in aumento le patologie infettive ormai debellate o sconosciute nei paesi occidentali. Esempi in tal senso sono costituiti dai paesi dell'est europeo, nei quali persiste una condizione epidemica per quanto riguarda la difterite, o dai casi di malaria registrati in Liguria in cittadini italiani.

Obiettivi:

- Garantire l'informazione e l'accessibilità alle prestazioni sanitarie per la prevenzione ai turisti e ai viaggiatori italiani e stranieri
- ridurre l'incidenza delle malattie infettive di importazione;

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- potenziamento delle attività di profilassi internazionale attraverso il Dipartimento di Prevenzione;
- adozione di programmi di formazione rivolti ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta sugli aspetti epidemiologici, clinici e diagnostici delle patologie da importazione.

Obiettivo 5.3: Aumentare il numero di trapianti e la sopravvivenza

Caratteristiche e dimensioni del problema

L'attività di trapianto d'organo in Italia, sicuramente ai livelli qualitativi dei paesi con più elevato standard di prestazione, è ancora lontana dai livelli quantitativi degli altri paesi e comunque insufficiente a soddisfare le lunghe liste di attesa (PSR 1998 - 2000).

La Regione Liguria insieme con altre regioni del Centro Nord si è particolarmente distinta in questo settore raggiungendo nel 2000 la percentuale di 25 donatori per milione di abitanti a fronte di una media nazionale ed europea di 15.

Tali risultati sono stati ottenuti anche a seguito dell'applicazione, della legge regionale n. 54/95 (norme in materia di attività di prelievo e trapianto d'organo) con la quale veniva prevista l'istituzione del dipartimento dei Trapianti, del Centro di Riferimento Regionale e dell'Ufficio di Coordinamento per le attività di prelievo.

Per quanto riguarda l'attività di Trapianto (attualmente i trapianti con autorizzazione ministeriale sono quelli di rene, fegato e pancreas in pazienti adulti e pediatrici) il Centro Ligure ha raggiunto una posizione di notevole rilievo non solamente per quanto riguarda il numero di trapianti effettuati (115 nel 2000) ma soprattutto per il livello qualitativo espresso.

I principali elementi di qualità sono da individuarsi nella realizzazione di trapianti multiorgano (rene-fegato, rene-pancreas), nella realizzazione del Trapianto pediatrico che vede il coinvolgimento paritetico dell'Istituto G. Gaslini sia nel settore renale sia in quello epatico, nell'aver promosso sul territorio nazionale l'impiego di tecniche chirurgiche avanzate di divisione del fegato (split liver) a favore non solamente di pazienti pediatrici ma anche di adulti dimostrando quindi la possibilità di aumentare significativamente la quantità di fegati disponibili. Di notevole rilievo è altresì l'utilizzo sul territorio nazionale di donatori anziani (>65 aa.) e donatori marginali, con la dimostrazione della fattibilità della tecnica del doppio trapianto di rene in singolo paziente.

Obiettivi

La Regione Liguria si propone di sviluppare le attività di trapianto e migliorare la qualità degli interventi; in particolare sono da privilegiare i seguenti obiettivi:

- ridurre la mortalità e la morbilità delle persone in lista per trapianto riducendo i tempi di attesa;

- aumentare il numero dei donatori (utilizzando anche i donatori anziani) e il numero di organi favorendo l'applicazione delle tecniche chirurgiche più avanzate quali lo split epatico da cadavere e il doppio rene in un unico ricevente e il donatore vivente per trapianto epatico e renale;
- aumentare il numero dei trapianti e migliorare sopravvivenza e qualità di vita dei trapiantati

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende

- Realizzazione del Registro Ligure dei Trapianti collegato con i Registri interregionali, Nazionale ed Europeo nell'ambito del progetto Liguria –Trento Network LTN finanziato dal Ministero della Sanità;
- Potenziamento delle rianimazioni e dei prelievi di organi nella Regione attraverso la incentivazione dei coordinatori locali in ciascuna Azienda USL e una adeguata informatizzazione;
- Indirizzo, supporto ed adeguamento dell'organizzazione del Centro Trapianti presso l'A.O. S. Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate;
- Attivazione di programmi di formazione e aggiornamento del personale medico e non medico impegnato nelle attività di rianimazione e trapianto;
- Potenziamento e sviluppo delle attività trapiantologiche e di eccellenza (trapianti multiorgano , trapianto pediatrico, trapianto da vivente) e sviluppo di nuovi programmi di trapianto ritenuti necessari quali il trapianto di insule-pancreatiche, il trapianto di intestino e in prospettiva il trapianto di cuore e polmone;
- Attuazione di campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari liguri, inclusi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, finalizzate a incentivare le donazioni, con il coinvolgimento dei coordinatori locali;
- Verifica periodica della qualità e dei risultati delle attività di trapianto.

Obiettivo 5.4: Aumentare il numero dei trapianti di cellule staminali emopoietiche da donatore non consanguineo.

Situazione

Negli ultimi anni la pratica del trapianto di midollo osseo da donatore non consanguineo é andata incontro ad un notevole sviluppo, soprattutto perché non più di un terzo dei pazienti che necessitano di trapianto ha un donatore consanguineo sufficientemente compatibile. Da qui la necessità di eseguire trapianti anche da donatori non consanguinei (cosiddetti trapianti da marrow unrelated donor o MUD).

La loro diffusione come mezzo terapeutico dipende dalla disponibilità di un numero adeguato di possibili donatori e dalla probabilità di successo clinico di un trapianto da non consanguineo. Per ottenere risultati positivi in questi due campi sono necessarie attività sanitarie di elevata complessità.

Il problema della disponibilità di donatori italiani pare avviato a soluzione per effetto del riconoscimento, avvenuto con Legge 52/2001, del Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo (I.B.M.D.R – Italian Bone Marrow Donor Registry), che ha funzioni di coordinamento delle attività dei Registri istituiti a livello regionale.

Obiettivi

In analogia a quanto suggerito dall'IBMDR nelle linee guida nazionali, la Regione Liguria si propone di privilegiare i seguenti obiettivi:

- mantenere l'indice attuale di 765 potenziali donatori ogni 100.000 abitanti liguri, assicurando un adeguato apporto di nuove iscrizioni a compensare la perdita fisiologica dei soggetti non più rispondenti ai requisiti di idoneità;
- migliorare la qualità dei dati genetici contenuti nella banca dati del Registro Regionale;
- ridurre i tempi di attesa per adire al trattamento trapiantologico.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- coordinamento di campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari, in particolare a quelli preposti ai servizi di immunoematologia trasfusionale, finalizzate a mantenere vivo il già dimostrato alto senso civico dei liguri con il coinvolgimento delle associazioni locali di volontariato;

- estendere l'indagine genetica sui soggetti già iscritti, identificando le metodologie più opportune compatibili con le risorse, mantenendo l'alto livello qualitativo dimostrato nei controlli di qualità, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità e nell'accreditamento E.F.I. (European Foundation of Immunogenetics) conseguito;
- incrementare la potenzialità trapiantologica delle strutture, mettendo a disposizione un maggior numero di prelievi di sangue midollare.

Obiettivo 5.5 Aumentare il numero dei trapianti di cellule staminali emopoietiche da donatore consanguineo nei pazienti non eleggibili al trapianto convenzionale.

Situazione

In questi ultimi anni è gradualmente aumentato il limite di età per le procedure di allotrapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) da familiare compatibile e non.

Oggi vi sono programmi attivi per pazienti nella fascia di età 45-60 anni e nella fascia di età 61-70 anni.

Obiettivo

Aumentare il numero di pazienti che può giovare del trapianto di cellule staminali emopoietiche.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende

- Ridurre i tempi di attesa al trapianto.
- Migliorare l'impiego delle cellule staminali (emopoietiche e non) mediante la creazione di strutture idonee alla manipolazione in vitro (centro cellule staminali)

Obiettivo 5.6: Migliorare l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche e favorire l'innovazione tecnologica

Situazione

Tecnologie Diagnostiche

La situazione ligure è caratterizzata, soprattutto per quanto riguarda le “alte tecnologie” (TC e RM) da un parco di apparecchiature quantitativamente consistente e qualitativamente di buon livello, molto rinnovato negli ultimi 2 anni.

A questo però si accompagna l'esistenza di liste di attesa (fenomeno anch'esso ridotto nel corso degli ultimi anni) ed un elevato ricorso degli utenti liguri a strutture estere o private, soprattutto per gli accessi ambulatoriali: ciò denuncia forme di sottoutilizzo dovute a vari fattori, confermando la necessità che le Aziende attuino radicali interventi di approfondimento e di riorganizzazione.

A tal fine la Giunta ha stanziato, con delibera 717 del 27/6/2000, 20 miliardi per iniziative di riduzione dei tempi d'attesa da promuoversi da parte delle Aziende.

Innovazione tecnologica e sviluppo dell'Information e Communication Technology

L'obiettivo di migliorare, in termini di tempestività e di appropriatezza, la qualità dei servizi resi e l'accessibilità agli stessi da parte di utenti e operatori, genera la necessità che le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere, nei rispettivi ambiti di attività, facciano uso in maniera sempre più diffusa dell'Information e Communication Technology.

Nell'ambito della propria autonomia, quindi, le Aziende sono chiamate a investire in iniziative di ricerca e sviluppo a sostegno della realizzazione dei propri obiettivi di erogazione di servizi sanitari: in questo quadro, compito della Regione è quello di assicurare l'armonizzazione e la interoperabilità, su tutto il territorio regionale, dei sistemi implementati.

Allo scopo di dare avvio a un processo di sviluppo in tale senso, la Giunta Regionale ha promosso un bando per la presentazione di progetti finalizzati al potenziamento delle dotazioni di Information e Communication Technology delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, stanziando all'interno del riparto del Fondo Sanitario Regionale i fondi necessari alla realizzazione degli stessi: i progetti approvati saranno oggetto di continuo monitoraggio da parte della Regione e costituiscono obiettivo di primaria importanza per i Direttori Generali.

Per quanto riguarda l'innovazione tecnologica, inoltre, assume rilievo l'attività svolta dal Centro di Bioingegneria attivato dal 1995 presso l'Ospedale La Colletta tramite una convenzione USL 3 - Dipartimento di Informatica, Sistemica e Telematica della Facoltà di Ingegneria di Genova (DIST). Il Centro svolge attività di ricerca nel settore dell'ingegneria della riabilitazione motoria, di servizio clinico per l'analisi di parametri posturali utili per le attività di riabilitazione e di formazione sull'utilizzo di apparecchiature di misura per il recupero funzionale di patologie croniche. Presso l'Università di Genova è attivato dal 1996 il Corso di Laurea in Bioingegneria, unico in Italia oltre a quello istituito presso il Politecnico di Milano.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti Azioni per le Aziende:

- Riduzione delle liste d'attesa in conformità con quanto disposto dalla DGR 717/2000;
- Formazione ed aggiornamento che consentano di disporre tempestivamente di personale congruo per le attività diagnostiche;
- Implementazione delle Linee-guida per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni di TC ed RM, realizzate nell'ambito del progetto sperimentale in tal senso presentato dalla Regione e finanziato dal Ministero ai sensi dell'articolo 12 del D.Lgs 502/92;
- Promozione di un uso appropriato ed intensivo (almeno 12 ore al giorno) delle alte tecnologie sanitarie;
- Attivazione di programmi di formazione ed aggiornamento per l'uso di tecnologie diagnostiche innovative;
- Completamento e fruizione di tutti gli investimenti promossi dalle Aziende sanitarie e avviati nel programma ex articolo 20 L. 67/1988 e regolarmente in corso;
- Realizzazione di investimenti per il rinnovamento e il potenziamento delle strutture tecnologiche (tramite mutuo regionale).

Obiettivo 5.7: Realizzazione del sistema informativo sanitario regionale

Situazione

L'esigenza di conciliare la crescente domanda di qualità del Servizio sanitario con il controllo dei costi e l'eventuale contenimento della spesa determina la necessità dell'utilizzo integrato dell'ICT (Information and Communication Technology) in ambito sanitario.

In questo scenario la L. R. 2/1997 assegna alla Regione un ruolo di coordinamento per garantire l'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali.

In virtù di tale ruolo la Regione intende favorire lo sviluppo di un Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) articolato nei due livelli previsti dall'articolo 39 della l. r. 42/1994:

- il livello Regionale, finalizzato al controllo ed alla definizione di linee guida, nell'ambito del quale vengono sviluppati i necessari sistemi di supporto decisionale;
- il livello Aziendale, finalizzato al miglioramento dei servizi sanitari offerti dalle Aziende stesse e alla loro gestione amministrativa.

La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- costituire una base informativa per la gestione delle attività di servizio al cittadino, anche al fine di creare i presupposti all'introduzione di strumenti quali la carta sanitaria informatizzata;
- facilitare l'accessibilità del cittadino ai servizi sanitari dell'intero territorio regionale;
- migliorare il sistema di accesso aumentando la trasparenza dell'offerta;
- migliorare la capacità di controllo sulle prestazioni erogate;
- favorire pratiche di benchmarking;
- migliorare la capacità di trasmissione delle informazioni di rilevanza sanitaria al cittadino e dal cittadino ai servizi;
- facilitare la continuità assistenziale;
- decentrare i servizi;
- rendere più efficiente la gestione dei servizi;
- realizzare investimenti per trasmissione immagini e tracciati in rete.

OBIETTIVO 6: SUPPORTO ALLE FASI DELLA VITA

OBIETTIVO 6.1.: Tutela della salute materno infantile

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

In Liguria negli ultimi decenni il fenomeno della riduzione della natalità si è verificato con forte intensità. Questo fenomeno è associato allo spostamento in avanti del processo riproduttivo, con un progressivo incremento dell'età media alla nascita del primo figlio.

Il ritardo nel concepimento del primo figlio implica una riduzione nel numero di figli per coppia anche perché col crescere dell'età aumentano i rischi per la gravidanza. Oltre al calo della fecondità programmata, legato all'allungamento dei percorsi scolastici, alle difficoltà di accesso al lavoro e nel complesso alla acquisizione della autonomia, lo spostamento "in avanti" del calendario riproduttivo ha determinato una quota crescente di infertilità.

Anche se la natalità è attualmente in lieve ripresa non sembra da attendersi nel futuro un forte incremento della domanda di prestazioni sanitarie nel settore materno-infantile, questo non esime dalla necessità di garantire un'adeguata offerta che si qualifichi in termini di "qualità" per la gravidanza, il parto, l'età pediatrica e la tutela della salute della donna.

Il presente documento assume come propri gli obiettivi previsti dal PSN 1998/2000 e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale (D.M. 24/4/2000):

- ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8 per mille;
- prevenire i comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza;
- prevenire le cause di disabilità;
- prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche familiari, scolastiche e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti;
- promuovere la procreazione cosciente e responsabile, tutelando le gravidanze a rischio e fornendo un adeguato sostegno alle famiglie;
- favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche;
- promuovere la prevenzione in ambito oncologico;

- promuovere interventi di prevenzione dei rischi di salute della donna in ambiente lavorativo;
- riorganizzare e ristrutturare la rete consultoriale, adeguandola agli indicatori previsti dalla legge 34/96, che prevede la presenza di una sede consultoriale ogni 20.000 abitanti

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- territorializzazione dei servizi aziendali ed extra aziendali, attraverso il filtro operato dal distretto, che deve consentire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale). Ciò si realizza in particolare attraverso i consultori familiari, quali strutture operative che raccordano gli interventi sanitari e sociali riferiti all'area materno infantile e che garantiscono il corretto rapporto tra i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale e le divisioni ospedaliere di neonatologia, pediatria, ostetricia e ginecologia;
- adeguamento delle attrezzature ambulatoriali pediatriche e ostetrico –ginecologiche;
- prevenzione e monitoraggio delle malformazioni e delle malattie genetiche, anche in relazione a quanto previsto dalla legge regionale 19/1/2001, n. 3: “Norme per l'istituzione e il funzionamento del Dipartimento Regionale di Genetica”;
- potenziamento delle attività preventive, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, rivolte a bambini e adolescenti con disturbi di natura neuropsicologica/psicopatologica.

Obiettivo 6.2: Gestione della fase finale della vita

Caratteristiche e dimensioni dei problemi in Liguria

Le persone con patologie evolutive irreversibili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psico-sociale.

L'attenzione, in questo campo, oltre alla persona in assistenza, va dedicata ai familiari nelle fasi terminali e dopo il decesso. Un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o quando questo non è più possibile, in strutture residenziali adeguate alla natura dei problemi sanitari.

Obiettivo:

La Regione fa proprio l'obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998/2000: migliorare l'assistenza alle persone che affrontano la fase terminale della vita.

In tale prospettiva va anche inserita la realizzazione delle strutture per malati terminali (hospice), in fase di attuazione nelle 5 ASL grazie ai fondi ministeriali all'uopo stanziati. La completa realizzazione del programma edilizio (che peraltro in alcune realtà vede strutture già operanti) è prevista orientativamente per la fine del 2005, ma alcuni hospice saranno completati prima di tale data.

La realizzazione di tale obiettivo si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- potenziare l'assistenza domiciliare;
- potenziare gli interventi di terapia palliativa e antalgica;
- fornire sostegno psico-sociale al malato e ai suoi familiari;
- promuovere e coordinare le attività di volontariato di assistenza ai malati terminali;
- coordinare le attività delle strutture residenziali e diurne (hospice) con l'assistenza domiciliare.

OBIETTIVO 7: MEDICINA PENITENZIARIA

Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

La situazione sanitaria nelle carceri liguri rappresenta un problema di notevole rilevanza, in particolare per le tipologie prevalenti dell'utenza: elevato numero di tossicodipendenti (il 54% dei detenuti liguri sono tossicodipendenti contro una media nazionale del 29%) persone con disturbi psichici, concentrazione elevata dei malati di AIDS, soprattutto nel Centro clinico di Marassi. (Dati tratti dalla relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 1999).

Dal 1° gennaio 2000, con D. Lgs. 230/1999 sono state trasferite alle Regioni le seguenti funzioni sanitarie, svolte precedentemente dall'amministrazione penitenziaria:

- Le attività di prevenzione
- L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ai malati di AIDS.

In attuazione del D.lgs.230/99 è stato emanato il Decreto Ministeriale 21 aprile 2000 «Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario» che fornisce indicazioni e indirizzi per lo svolgimento delle funzioni sanitarie negli Istituti penitenziari e che è stato recepito dalla Regione con DGR n. 1476 del 22/12/2000.

Obiettivi

- Creare omogeneità operativa in tutte le AA.SS.LL./Istituti di pena.
- Preparare il passaggio definitivo al S.S.R., dopo la fase sperimentale avviata nella Toscana, nel Lazio e nella Puglia, di tutta la medicina penitenziaria.
- Risolvere i problemi strutturali e organizzativi del Centro clinico di Marassi e di Pontedecimo.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti Azioni per le Aziende:

- definizione di protocolli di intesa tra i Direttori Generali delle Aziende e i responsabili dell'Amministrazione penitenziaria, al fine di dare attuazione a quanto previsto dal D.Lgs. 230/99;

- attuazione delle direttive contenute nel Progetto Obiettivo Nazionale;
- attuazione del Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario;
- attivazione di un gruppo di lavoro per ogni ASL con il compito di verificare gli interventi negli Istituti di pena per specifici progetti e indicare tutte le misure necessarie per un miglioramento dello stato di salute, inteso come benessere psicofisico, del detenuto, come previsto dal Progetto obiettivo regionale;
- Stipula di convenzioni «ponte», tra le AA.SS.LL. e gli Istituti di pena, per tutte le branche necessarie della medicina, propedeutiche al passaggio definitivo al S.S.N. del 2002.