

# PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

## INDICE

**GLI OBIETTIVI DEL PIANO.....pag. 1**

### **PARTE I:**

**GLI ASSETTI ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....pag. 5**

**1. RUOLO DELLA REGIONE E DELLE AUTONOMIE LOCALI.....pag. 6**

1.1 Il ruolo della Regione

1.1.1 Le funzioni di programmazione

1.1.2 Le funzioni di indirizzo e coordinamento

1.1.3 Le funzioni di controllo

1.2 Le Autonomie locali

**2. I LIVELLI DI ASSISTENZA.....pag. 13**

2.1 Quadro generale

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

2.2 Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro

2.3 Assistenza distrettuale

2.3.1 Medicina specialistica ambulatoriale

2.3.2 L'integrazione socio sanitaria

2.4 Assistenza ospedaliera

**3. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....pag. 32**

3.1 La Domanda: Il sistema di tutela

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

3.2 L'Offerta: I soggetti erogatori

3.2.1 Il ruolo delle Aziende ospedaliere, degli Enti ospedalieri, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle Istituzioni equiparate

3.2.2 Il ruolo delle Aziende private accreditate

3.2.3 Il ruolo dell'ARPAL e dell'Istituto di Zooprofilassi

**4. STRUMENTI DI GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....pag. 38**

- 4.1 La relazione tra il sistema di tutela e il sistema di offerta: Accordi e contratti
- 4.2 Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private
- 4.3 I Criteri di Finanziamento
  - 4.3.1 Il Riequilibrio delle risorse pro capite
  - 4.3.2 Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza
  - 4.3.3 Risorse 2003 - 2004
  - 4.3.4 Fattori economico-finanziari e loro incidenza sulla programmazione del riequilibrio
  - 4.3.5 Relazione tra la programmazione del riequilibrio ed il riparto annuale del FSR
- 4.4 Gli Investimenti per la realizzazione degli obiettivi di piano
  - 4.4.1 Obiettivi della manovra di riparto degli investimenti
  - 4.4.2 Situazione degli investimenti pregressi
  - 4.4.3 Criteri di riparto della quota ancora disponibile in base al programma ex art. 20 l. 67/88
- 4.5 Logiche e strategie di rete
- 4.6 Modalità di monitoraggio degli obiettivi del piano

## **PARTE II:**

### **LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIE.....pag. 68**

- 1. IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA.....pag. 69
  - 1.1 Principi generali e standard di riferimento
  - 1.2 Linee di indirizzo per l'azione dei direttori generali: riqualificazione della produzione ospedaliera e riconversione posti letto a bassa complessità
  - 1.3 Standard nazionali e obiettivi regionali
    - 1.3.1 Riepilogo standard nazionali
    - 1.3.2 Standard obiettivo per la Liguria, nel triennio 2003 – 2005
  - 1.4 Linee di indirizzo territoriali – aziendali
    - 1.4.1 ASL 1 Imperiese
    - 1.4.2 ASL 2 Savonese
      - 1.4.2.1 Azienda Ospedaliera Santa Corona
    - 1.4.3 ASL3 Genovese
      - 1.4.3.1 Azienda Ospedaliera S. Martino
      - 1.4.3.2 Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
      - 1.4.3.3 Ente Ospedaliero Ospedale Galliera
      - 1.4.3.4 Azienda Ospedaliera Villa Scassi
      - 1.4.3.5 Ospedale evangelico Internazionale
      - 1.4.3.6 Istituto Scientifico Giannina Gaslini

1.4.4 ASL 4 Chiavarese

1.4.5 ASL 5 Spezzino

2. IL SISTEMA DI URGENZA ED EMERGENZA.....	pag. 115
2.1 Aspetti generali	
2.2 Obiettivi per il triennio - configurazione del sistema di emergenza	
2.3 Obiettivi specifici per il miglioramento dell'emergenza	
2.4 Terapia sub intensiva	
2.5 Osservazione breve intensiva	
2.6 Sistema 118	
2.7 Elisoccorso	
2.8 Protezione civile (emergenze sanitarie)	
3. LA DIDATTICA E LA RICERCA .....	pag. 127
3.1 Gli istituti scientifici	
4. LA RIABILITAZIONE.....	pag. 132
4.1 Considerazioni generali	
4.2 Linee guida per l'identificazione dell'offerta all'interno del percorso riabilitativo	
4.3 Analisi del fabbisogno	
4.3.1 Riabilitazione post acuzie	
5. POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA.....	pag. 145
5.1 La prevenzione del decadimento funzionale cronico	
5.2 Il fabbisogno di residenzialità extra ospedaliera	

## **PARTE III:**

### **OBIETTIVI DI SALUTE.....pag. 152**

1. OBIETTIVO 1: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	pag. 153
1.1 Vivere a lungo, vivere bene	
1.2 Combattere le malattie	
1.2.1 Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari	
1.2.2 I tumori	
1.2.3 Le cure palliative	
1.2.4 Il diabete e le malattie metaboliche	
1.2.5 I disturbi del comportamento alimentare	
1.2.6 Le malattie respiratorie ed allergiche	
1.2.7 Le malattie reumatiche ed osteoarticolari	
1.2.8 Le malattie rare	

1.2.9	le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione e i rischi infettivi per la collettività	
1.2.10	La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale	
1.3	Ridurre gli incidenti e le invalidità	
1.3.1	Ridurre gli incidenti sulle strade	
1.3.2	Ridurre gli incidenti nell'ambiente domestico	
1.4	Migliorare la medicina trasfusionale	
1.5	Promuovere i trapianti	
1.5.1	Aumentare il numero di trapianti e la sopravvivenza da donatore cadavere e la sopravvivenza	
1.5.2	Aumentare il numero di trapianti di cellule staminali emopoietiche da donatore non consanguineo	
1.5.3	Aumentare il numero di trapianti di cellule staminali emopoietiche da donatore consanguineo nei pazienti non eleggibili al trapianto convenzionale	
2.	OBIETTIVO 2: L'AMBIENTE E LA SALUTE.....	pag. 196
2.1	Promuovere la protezione della salute e dell'ambiente	
2.2	Pianificazione della risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura	
2.3	Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro	
2.4	La sicurezza nelle strutture sanitarie	
3.	OBIETTIVO 3: LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITÀ VETERINARIA.....	pag. 207
3.1	La sicurezza degli alimenti "Dai campi alla tavola"	
3.2	La sanità animale	
4.	LA SALUTE E IL SOCIALE.....	pag. 213
4.1	La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente	
4.2	La salute mentale	
4.3	Le disabilità	
4.4	La lotta alle tossicodipendenze	
4.5	L'alcool	
4.6	Il fumo	
4.7	Attività fisico motoria	
4.8	La sanità penitenziaria	
4.9	La salute degli immigrati	
4.10	La salute dei turisti	
5.	IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE.....	pag. 232

**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;
- **Una effettiva integrazione sociosanitaria**, quale cardine di un sistema nel quale sia garantita la soddisfazione dei bisogni assistenziali mediante l'erogazione contestuale di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. È necessario, a tale riguardo, promuovere e rafforzare le azioni di coordinamento tra i vari soggetti istituzionali e meglio definirne le responsabilità;
- **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.

Occorre tuttavia ben sottolineare i mutati paradigmi, in termini di responsabilità, conseguenti alla riforma del Titolo V della Costituzione. Le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo prima della riforma erano esercitate dalle Regioni nell'ambito di un "processo a cascata", all'interno del quale l'autonomia regionale e la correlata responsabilità erano costrette dall'esigenza di una garanzia formale di uniformità imposta dal livello centrale, spesso anche in ordine alle scelte organizzative.

Dopo la riforma costituzionale, se spetta allo Stato determinare i Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, sono gli Enti locali ad essere chiamati, nel rispetto del principio di sussidiarietà, ad assumersi la responsabilità di rendere effettivi tali diritti attraverso l'erogazione delle prestazioni "essenziali" ed eventualmente di ulteriori. 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 traguarda 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 termine 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.

## 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 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**

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona
  - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
  - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale

### **2) ASSISTENZA DISTRETTUALE**

- A. Assistenza sanitaria di base
  - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
  - continuità assistenziale notturna e festiva
  - guardia medica turistica (su determinazione della Regione)
- B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
- C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
  - fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei
  - medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347
  - fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o
  - impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate
- D. Assistenza integrativa
  - fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
  - fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito
- E. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - prestazioni terapeutiche e riabilitative
  - diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica
  - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
  - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
  - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
  - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
  - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- I. Assistenza termale
- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

### **3) ASSISTENZA OSPEDALIERA**

- A. pronto soccorso
- B. degenza ordinaria
- C. day hospital
- D. day surgery
- E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
- F. riabilitazione
- G. lungodegenza
- H. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- I. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

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, sono 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 è 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, obiettivo non raggiungibile con un mero potenziamento dell'apparato di 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. Ciò sarà possibile mediante l'adozione di misure congiunte di controllo della domanda (appropriatezza) e di potenziamento e riqualificazione dell'offerta.

- 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**

La problematica della difesa della salute è più volte mutata nel tempo perché strettamente legata all'evoluzione sociale e culturale della popolazione.

E' scientificamente accertato, e l'analisi di alcuni indicatori sanitari diretti ed indiretti lo conferma, che la prevenzione primaria dell'ambiente di vita e la prevenzione primaria rivolta all'uomo sano, con i determinanti positivi di salute (disponibilità di acqua e alimenti controllati, rispetto di norme igieniche e stili di vita sani, contrazione demografica, aumento del livello di vita), costituiscono fattori indispensabili per perseguire l'obiettivo di una migliore qualità della vita.

A conferma di ciò, l'obiettivo strategico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del programma "Salute per tutti" è la promozione per la salute e la prevenzione delle malattie, da realizzarsi attraverso: la promozione di stili di vita positivi, la determinazione di condizioni ambientali favorevoli per la salute, la gestione dei servizi sanitari in modo efficiente, tale da erogare un'assistenza di elevata qualità.

In particolare, per la promozione della salute l'OMS identifica tre attività essenziali:

- Difendere, sostenere le cause della salute per modificare in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che possono influenzare la salute;
- Mettere in grado le persone e le comunità di raggiungere appieno il loro potenziale di salute;
- Mediare tra gli interessi contrapposti nella società perché la salute sia sempre considerata da tutti i settori della società stessa.

E' la stessa società quindi che, di fronte a rischi nuovi, richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, pur senza trascurare i rischi tradizionali, assumendo un approccio olistico all'ambiente e alla salute incentrato sulla protezione e prevenzione dei rischi.

Gli ultimi decenni sono caratterizzati da:



- Crescita del livello culturale della popolazione
- Crescita della speranza di vita
- Cambiamento dei fattori di rischio (emersione di quelli ambientali, comportamentali, sociali e tecnologici...)
- Rapida trasformazione delle scienze mediche con notevole miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta sanitaria

La strategia comunitaria in materia di sanità pubblica per il periodo 2003-2008 si basa perciò su tre assi principali:

- Migliorare l'informazione sulla sanità destinata a tutti i livelli della società;
- Mettere a punto un meccanismo di reazione rapida al fine di rispondere tempestivamente alle grandi minacce per la salute;
- Occuparsi dei determinanti sanitari con particolare riguardo per i fattori nocivi connessi agli stili di vita.

In tale contesto l'Azienda U.S.L., preposta alle attività del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, deve adeguare le modalità del proprio intervento per rispondere alla nuova domanda di salute. La ASL è quindi chiamata a garantire la tutela della salute collettiva, offrendo risposte unitarie ed efficaci alla domanda di salute della popolazione, anche inespressa, 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.

L'attività di Prevenzione deve quindi essere impostata su un approccio metodologico, proprio della cultura della Sanità Pubblica, caratterizzato dai seguenti elementi:

- a) Valutazione dei bisogni e identificazione del rischio
- b) Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia
- c) Analisi sistemica
- d) Comunicazione
- e) Assicurazione di qualità

L'esercizio delle funzioni di prevenzione si basa sullo sviluppo integrato delle seguenti attività:

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

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, qualificando prioritariamente i compiti di prevenzione e di informazione rispetto a quelli repressivi e sanzionatori.

Tra le funzioni esercitate dalla ASL tramite il Dipartimento di Prevenzione ha rilievo primario l'educazione sanitaria alla popolazione finalizzata a contribuire al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute e di prevenzione delle malattie. E' altresì essenziale che il Dipartimento assicuri l'attività epidemiologica non solo per le finalità strettamente igienico-sanitarie ma più compiutamente quale strumento di supporto alle complessive attività dell'azienda sanitaria per l'esercizio delle funzioni di governo del sistema.

A tal fine è quindi inderogabile l'esigenza di realizzare compiutamente un sistema informativo, integrato con il complessivo sistema esistente, che tra l'altro aumenterà la capacità del Dipartimento di Prevenzione di rispondere in modo rapido e coordinato alle minacce che incombono sulla salute, la tempestività di intervento e l'assolvimento del debito informativo istituzionale.

L'efficacia dell'azione preventiva posta in essere dalle Aziende Sanitarie dipende dalla capacità di sviluppare modalità organizzative dell'offerta più snelle e semplificate in funzione delle esigenze dei cittadini. E' pertanto necessario che le ASL adottino le misure organizzative opportune per realizzare allo "sportello di prevenzione" - interfaccia dello sportello unico delle imprese - ed arricchire il rapporto con il pubblico, in integrazione con altri soggetti aziendali, al fine promuovere e stimolare l'attivazione di iniziative di prevenzione, nell'ambito di programmi di interventi comuni.

Devono essere infine rafforzate le 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.

## 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 cui le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a dare applicazione, pur mantenendo gli opportuni margini di flessibilità e autonomia nella definizione degli aspetti organizzativi, che devono necessariamente tenere conto di specifiche realtà territoriali.

Il Distretto deve prioritariamente garantire l'integrazione dei servizi erogati nel proprio territorio, al fine di fornire una risposta completa e appropriata ai cittadini. Il Distretto quindi:

- Definisce il fabbisogno assistenziale del territorio di riferimento, analizzando anche in termini di appropriatezza la domanda espressa e i bisogni riscontrati;
- Acquisisce e integra le prestazioni necessarie a soddisfare i bisogni assistenziali, se del caso procedendo all'identificazione di case manager per gli interventi multidisciplinari a maggiore complessità. Diviene quindi centro di progettazione di percorsi integrati sul territorio e tra ospedale e territorio;
- Rappresenta il centro di responsabilità finale rispetto alle prestazioni erogate agli utenti.

Quanto sopra implica che il Distretto, al quale afferisce la **funzione di committenza**, rappresenta la "linea forte" della matrice organizzativa in quanto responsabile dell'integrazione.

Il Distretto si interfaccia con i Dipartimenti e i servizi aziendali nell'ambito di una dinamica committente/erogatore, acquisendo perciò dalle strutture di offerta le prestazioni necessarie a rispondere ai bisogni dei cittadini.

Le ASL, nella definizione della propria organizzazione, devono quindi prevedere:

- Che il Direttore del Distretto sia il responsabile dell'insieme delle prestazioni rese agli utenti sul territorio di competenza;
- Che siano attivati meccanismi operativi di interazione tra Distretto (committente) e servizi territoriali dipartimentalizzati, strutture ospedaliere ed extra ospedaliere;
- Che l'attività distrettuale risulti visibile da meccanismi strutturati di programmazione e controllo (Budget), messi a punto dal direttore del Distretto sulla base della pianificazione strategica aziendale, sentiti i vari interlocutori istituzionali presenti sul territorio. Devono quindi essere tenuti in considerazione i dati relativi agli andamenti della spesa per l'assistenza di base, specialistica e farmaceutica.

Tale contesto organizzativo consente al Distretto di divenire il centro di riferimento e di accesso del cittadino per tutti i servizi sanitari e sociosanitari, evitando così la frammentazione, attualmente esistente, delle risposte assistenziali 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, per il tramite dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta quali diretti interlocutori degli utenti e delle loro famiglie, responsabili della lettura e decodificazione dei bisogni espressi dai cittadini e dell'identificazione della domanda assistenziale.

Un Distretto così organizzato è in grado inoltre di facilitare l'integrazione sociosanitaria, intesa come la capacità di erogare contestualmente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, tramite l'adeguata interazione dei soggetti istituzionali responsabili delle varie fasi assistenziali, per cui il cittadino non si muove più alla ricerca delle risposte settoriali, ma diviene destinatario di una rete di risposte complessive e integrate.

In sintesi, il Distretto deve:

- Svolgere, anche attraverso la collaborazione con i MMG e i PLS, il ruolo di governo della domanda, anche al fine di garantire l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e degli accessi ai pronto soccorsi;
- Superare una configurazione "verticale", nella quale le prestazioni sono fornite separatamente per specialità, con conseguente frammentazione dei servizi e dei Dipartimenti, privilegiando invece l'integrazione orizzontale dei servizi e la presa in carico complessiva dei bisogni del cittadino;

- Rispondere al bisogno della persona e della famiglia, semplificando l'accesso alla struttura dell'offerta, rendendola il più possibile omogenea e unitaria;
- Assicurare una rete flessibile e integrata di servizi;
- Assicurare l'integrazione sociosanitaria;
- Gestire le risorse umane, strumentali e finanziarie ad esso assegnate;
- Svolgere attività di prevenzione ed educazione sanitaria in coordinamento con le attività del Dipartimento di Prevenzione;
- Garantire i seguenti sottolivelli di assistenza:
  - Assistenza sanitaria di base;
  - Assistenza farmaceutica;
  - Assistenza specialistica ambulatoriale;
  - Assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare;

### **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 onnicomprensiva tarata sugli standard assistenziali, ferme restando le differenti responsabilità economiche.

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 promuovere la 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, 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 socio-sanitaria avviene in base a procedimenti e a protocolli concordati tra servizi dell'Azienda Sanitaria Locale e servizi di pertinenza dei Comuni.

Per assicurare tali risultati, 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, day surgery, letti monitorati presso i reparti di Medicina per l'assistenza a malati in condizioni di particolare criticità ma non bisognosi di ricovero in Terapia Intensiva, ecc.), 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.

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 macro caratteristiche sono riportate al cap.2.3

### **3.2 L'OFFERTA: I SOGGETTI EROGATORI**

#### **3.2.1 Il ruolo delle Aziende Ospedaliere, degli Enti Ospedalieri, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e delle Istituzioni Equiparate**

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 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.

### **3.2.2 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.

### **3.2.3 Il ruolo dell'ARPAL e dell'Istituto di Zooprofilassi**

Le Aziende USL con l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Ligure - ARPAL e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte Liguria e Valle d'Aosta- IZS, che costituiscono il supporto tecnico alle funzioni di prevenzione collettiva proprie delle Az.USL stesse, realizzano il sistema integrato delle attività di prevenzione.

Tale sistema, con il proprio apporto tecnico, contribuisce allo sviluppo delle politiche 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'IZS 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.

Il sistema ha già trovato una definizione concreta nel Piano programmatico di integrazione USL, ARPAL, IZS e si basa su un approccio strategico comune che, attraverso il rafforzamento delle conoscenze reciproche anche basate sull'epidemiologia sanitaria e ambientale, rivolge la necessaria attenzione alla



prevenzione e alla valutazione dei rischi e degli effetti dei determinanti ambientali sulla salute umana, realizzando di fatto un sistema a rete dei servizi di prevenzione.

Le Aziende USL possono trarre da tale sinergia quei supporti tecnici necessari ad effettuare l'analisi delle principali aree e situazioni di criticità e 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.

La rete dei servizi di prevenzione per consentire un efficace perseguimento degli obiettivi del Programma di azione Comunitario in materia di Sanità Pubblica 2003-2008 e dei programmi comunitari sull'ambiente e la salute e sicurezza sul lavoro, deve sempre più relazionarsi con altre componenti, tra le quali in primo luogo l'Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera, l'Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari, il Posto di Ispezione Frontaliera - che ne costituiscono nodi operativi importanti.

La differente organizzazione delle strutture coinvolte e la disponibilità di numerose e differenziate competenze specialistiche è il valore aggiunto che il sistema in rete può mettere a disposizione della collettività per più efficaci azioni di salute.

## 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:

- La non emanazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto in materia;
- 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.

In tale contesto, e nell'ambito delle competenze legislative concorrenti in materia sanitaria, attribuite alla Regione 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 se del caso, al termine degli impegni contrattuali assunti dalla Regione con soggetti terzi, l'attuale sistema organizzativo;
- Rilanciare la funzione innovativa dell'accreditamento per i punti di particolare eccellenza;
- Consolidare e rafforzare il sistema di accreditamento istituzionale al fine di sviluppare le potenzialità e la concorrenzialità dell'offerta sanitaria, attraverso l'ampliamento del numero dei potenziali erogatori di prestazioni sanitarie, con particolare attenzione al settore residenziale geriatrico e per l'ulteriore riduzione delle liste d'attesa.

### 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	<b>1.480</b>	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.

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:

<b>Funzione</b>	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, con l'accordo tra Stato e Regioni del 8 Agosto 2001, la quantità di risorse destinate alla sanità per il triennio 2002-2004. Per quanto riguarda l'anno 2003 è necessario tenere conto del riparto tra le Regioni, di cui all'accordo di Fiuggi, recepito nella Conferenza Stato - Regioni del 6 febbraio 2003.

Conoscendo l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato alle Regione e conoscendo i riparti di cui agli accordi di Perugia per il 2002, di Fiuggi per il 2003 e proiettando, per il 2004, la stessa percentuale di Fiuggi, è possibile ipotizzare le risorse da destinare alle cinque aziende sanitarie locali.

in milioni di euro

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (Stima al netto degli accantonamenti non ancora distribuiti)	<b>73.911</b>	<b>76.847</b>	<b>79.843</b>

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

in milioni di euro

	<b>2002 (Perugia)</b>	<b>2003 (Fiuggi)</b>	<b>2004 (ipotesi con parametri come Fiuggi)</b>
Quota di finanziamento sul fondo sanitario nazionale per la Regione Liguria	<b>2.319</b>	<b>2.401</b>	<b>2.491</b>

Nella tabella seguente sono identificate per le cinque aziende sanitarie locali le risorse pro capite che si prevede possano essere distribuite nel 2004, tenuto conto che la politica di riequilibrio delle quote capitarie fra le varie aziende potrà essere avviata solamente da tale anno, in cui si ipotizzano percentuali di incremento differenziate tra le Aziende liguri.

Il 2003, tenuto conto delle verifiche effettuate ai fini dell'equilibrio economico-finanziario, rappresenta ancora un anno di transizione che vede, pur con l'incremento delle risorse, una distribuzione per quota capitaria con criteri corrispondenti a quelli del 2002, in quanto riguarda il mantenimento di livelli di assistenza consolidati. La Giunta Regionale ha peraltro deciso di attuare una politica di rimodulazione delle prestazioni sanitarie nei settori strategici attraverso un apposito accantonamento sulle risorse disponibili, in corso di assegnazione, che potrà incidere sulle quote capitarie anche in funzione di riequilibrio. Inoltre, sempre nella verifica degli equilibri economico-finanziari, si deve tenere conto dei futuri oneri dovuti ai rinnovi contrattuali (area del comparto, dirigenza e convenzioni), che incideranno sul 2003.

Dall'anno 2004 sono ipotizzate percentuali di incremento differenziate fra le aziende sanitarie liguri al fine di iniziare ad avviare il riequilibrio.

## **Ipotesi di redistribuzione delle risorse**

(sulla base delle previsioni al 2004)

(In euro)

	<b>Quota capitaria distribuita 2002</b>	<b>Quota capitaria obiettivo 2004 con avvio riequilibrio</b>	<b>% di incremento quota capitaria 2004 su 2002</b>
<i>ASL 1</i>	1.275	1.353	6.12
<i>ASL 2</i>	1.420	1.503	5.85
<i>ASL 3</i>	1.596	1.689	5.83
<i>ASL 4</i>	1.355	1.437	6.05
<i>ASL 5</i>	1.436	1.520	5.85
<i>Totale</i>	1.480	1.567	5.88

Il processo di riequilibrio sopra delineato, avviato nel 2004, 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 indicativa 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 completo con un percorso avviato dal biennio 2004-2005.

Dimostrazione teorica di riallineamento delle quote capitarie nel rispetto dei parametri di pesatura della popolazione sulla media regionale				
	2004-2005	2006-2007	2008-2009	Obiettivo finale da raggiungere per il riequilibrio
				Quota capitaria pesata di riferimento sulla base dei parametri statali rispetto alla media regionale*
<i>ASL 1</i>	<b>88,3%</b>	<b>92,4%</b>	<b>96,3%</b>	96,3%
<i>ASL 2</i>	<b>97,0%</b>	<b>99,3%</b>	<b>101,5%</b>	101,5%
<i>ASL 3</i>	<b>106,5%</b>	<b>103,9%</b>	<b>101,3%</b>	101,3%
<i>ASL 4</i>	<b>92,9%</b>	<b>95,4%</b>	<b>97,8%</b>	97,8%
<i>ASL 5</i>	<b>97,3%</b>	<b>97,9%</b>	<b>98,5%</b>	98,5%
<i>Totale</i>	<b>100,0%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,0%</b>	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 come su 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 delle modalità più opportune per realizzare gli specifici obiettivi di contenimento della spesa sanitaria per le aree dove si devono attuare operazioni 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 sarà definito per i livelli di assistenza seguendo gli obiettivi sopra delineati;
- E' 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 ridistribuzione 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 restando 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'E. O. 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).

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

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.

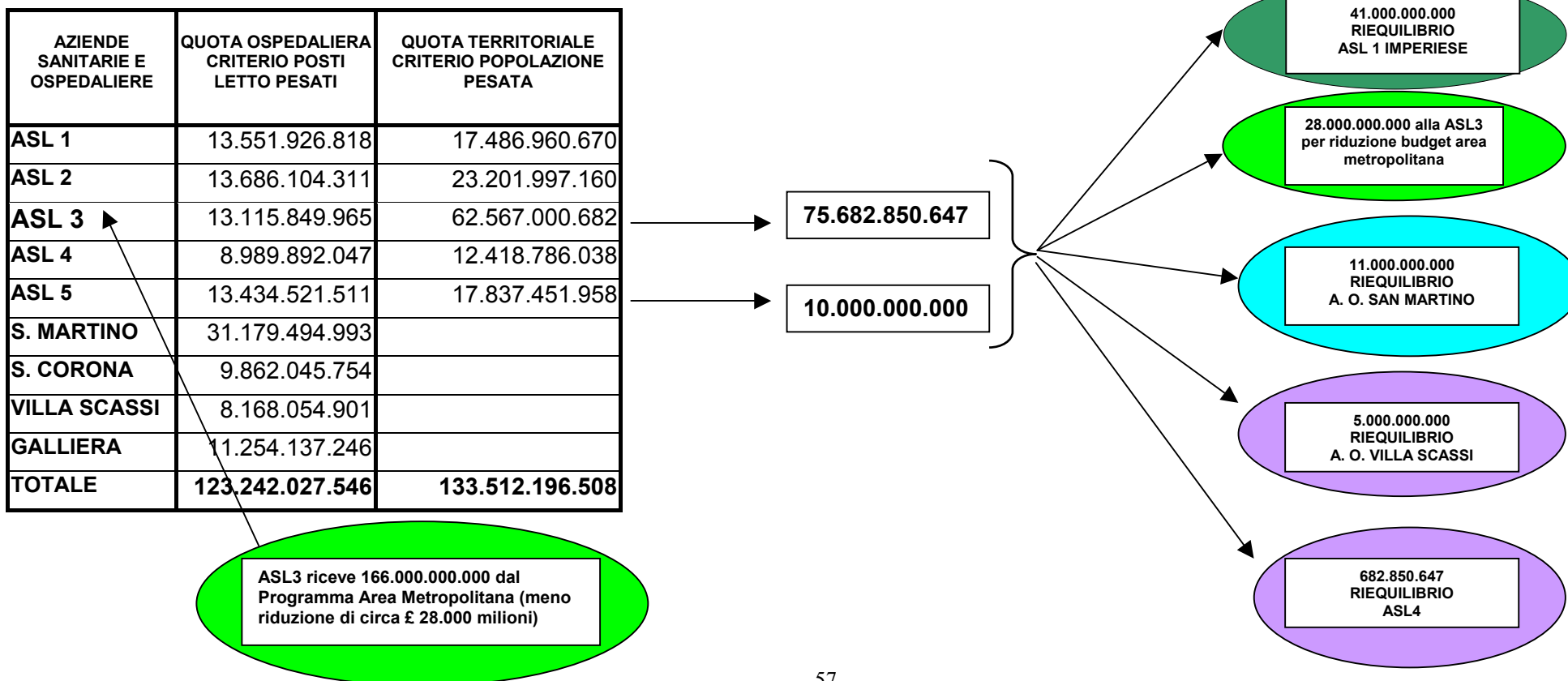
## NOTA ILLUSTRATIVA

- **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 pregresso, 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 dell'Ospedale Celesia.



**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	<b>216.400</b>	422.114	17.486.960.670	<b>31.038.887.488</b>
ASL 2	816	0	816	13.686.104.311	<b>279.706</b>	560.067	23.201.997.160	<b>36.888.101.471</b>
ASL 3	782	0	782	13.115.849.965	<b>759.852</b>	1.510.290	62.567.000.682	<b>75.682.850.647</b>
ASL 4	536	0	536	8.989.892.047	<b>147.195</b>	299.774	12.418.786.038	<b>21.408.678.085</b>
ASL 5	801	0	801	13.434.521.511	<b>217.863</b>	430.574	17.837.451.958	<b>31.271.973.469</b>
S. MARTINO	1.541	318	1.859	31.179.494.993				<b>31.179.494.993</b>
S. CORONA	494	94	588	9.862.045.754				<b>9.862.045.754</b>
VILLA SCASSI	391	96	487	8.168.054.901				<b>8.168.054.901</b>
GALLIERA	547	124	671	11.254.137.246				<b>11.254.137.246</b>
<b>TOTALE</b>	<b>6.716</b>	<b>632</b>	<b>7.348</b>	<b>123.242.027.546</b>	<b>1.621.016</b>	<b>3.222.819</b>	<b>133.512.196.508</b>	<b>256.754.224.054</b>

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

**TABELLA CRITERI DI RIPARTO**

AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE	QUOTE PARZIALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DEI POSTI LETTO E DELLA POPOLAZIONE PESATI	RIEQUILIBRIO						TOTALE QUOTE FINALI DEFINITE SULLA BASE DEI CRITERI DI RIEQUILIBRIO ADOTTATI
		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 La Spezia, Nuovo Ospedale di Sarzana, Nuova RSA di Sarzana)	QUOTA COMPLESSIVA DA RIDISTRIBUIRE AI FINI DEL RIEQUILIBRIO (Quota da ASL3 + Quota da ASL5)	REDISTRIBUZIONE 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	
ASL 1	31.038.887.488			85.682.850.647	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		0	21.271.973.469	1.119.577.551	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	13.513.380.213

**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

RIEPILOGO PER MACRO BACINI DI UTENZA																	
AMBITI TERRITORIALI	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)
	ART. 20 Primo triennio (ante 1998)	ART. 20 Acconto 1998	ART. 20 Accordo di Programma 2000	Integrazione Accordo di Programma 2002 (ospedale Albenga, S. Martino iperbarica, arredi La Spezia e Rapallo)	ART. 71 Riqualficazione area metropolitana genovese	Hospice 2000 e 2002	Libera professione 2000	Potenziamenti o Radioterapia 2001	Ammodernamento tecnologie 2001	SITUAZIONE STORICA DEGLI INVESTIMENTI (dal 1994 al 2002)	PERCENTUALE SULLO STORICO						
<b>IMPERIA</b>	19.600	13.588	23.417	0	0	1.701	13.295	265	1.819	73.685	6,96%	<b>340.504</b>	75.830	149.515	11,25%	<b>690.921</b>	
<b>SAVONA</b>	48.911	7.948	55.627	40.000	0	2.897	9.721	318	3.740	169.162	15,98%	<b>604.785</b>	49.211	218.373	16,43%	<b>780.722</b>	
<b>GENOVA</b>	126.618	31.124	150.236	3.600	166.608	7.620	32.287	0	19.707	537.800	50,81%	<b>707.769</b>	99.581	<b>637.381</b>	47,97%	<b>838.822</b>	
<b>CHIAVARI</b>	34.100	9.055	45.500	11.500	0	1.735	8.000	0	1.900	111.790	10,56%	<b>759.469</b>	23.254	135.044	10,16%	<b>917.451</b>	
<b>LA SPEZIA</b>	55.800	2.860	59.725	26.000	0	2.185	16.614	423	2.400	166.007	15,68%	<b>761.979</b>	22.392	188.399	14,18%	<b>864.757</b>	
<b>TOTALE</b>	<b>285.029</b>	<b>64.575</b>	<b>334.505</b>	<b>81.100</b>	<b>166.608</b>	<b>16.138</b>	<b>79.917</b>	<b>1.006</b>	<b>29.566</b>	<b>1.058.444</b>	<b>100,00%</b>	<b>652.951</b>	<b>270.268</b>	<b>1.328.712</b>	<b>100,00%</b>	<b>819.678</b>	

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 riqualficazione dell'area metropolitana (Articolo 71)	Totale nuove assegnazioni area metropolitana (Riparto Articolo 20 + Articolo 71)	Storico + Nuove assegnazioni
<b>ASL 3</b>	139.653	29.474	166.608	266.189	637.381
<b>S. MARTINO</b>	129.348	44.399			
<b>VILLA SCASSI</b>	37.961	13.861			
<b>GALLIERA</b>	64.230	11.846			
<b>Totale</b>	<b>371.192</b>	<b>99.581</b>	<b>166.608</b>	<b>266.189</b>	<b>637.381</b>

SINTESI QUOTA CAPITARIA		
AMBITI TERRITORIALI	Quota procapite storico (€/ab)	Quota procapite storico + nuove assegnazioni (€/ab)
<b>IMPERIA</b>	340.504	690.921
<b>SAVONA</b>	604.785	780.722
<b>GENOVA</b>	707.769	838.822
<b>CHIAVARI</b>	759.469	917.451
<b>LA SPEZIA</b>	761.979	864.757
<b>Quota procapite media</b>	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														
AZIENDE	storico											NUOVA PROPOSTA DI RIPARTO PER GLI ANNI 2002- 2004	STORICO + NUOVE ASSEGNAZIONI	PERCENTUALE SUL TOTALE DI TUTTI GLI INVESTIMENTI
	ART. 20 Primo triennio (ante 1998)	ART. 20 Acconto 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			
<b>ASL 1</b>	19.600	13.588	23.417			1.701	13.295	265	1.819	73.685	6,96%	<b>75.830</b>	149.515	11,25%
<b>ASL2</b>	23.351	5.716	32.700	40.000		2.897	6.021	318	2.100	113.103	10,69%	<b>38.830</b>	151.933	11,43%
<b>ASL3</b>	53.807	9.525	43.551		166.608	7.620	19.870		5.280	306.261	28,94%	<b>29.474</b>	335.735	25,27%
<b>ASL4</b>	34.100	9.055	45.500	11.500		1.735	8.000		1.900	111.790	10,56%	<b>23.254</b>	135.044	10,16%
<b>ASL5</b>	55.800	2.860	59.725	26.000		2.185	16.614	423	2.400	166.007	15,68%	<b>22.392</b>	188.399	14,18%
<b>A.O.S.MARTINO</b>	32.097	9.231	68.920	3.600			7.500		8.000	129.348	12,22%	<b>44.399</b>	173.747	13,08%
<b>A.O. SANTA CORONA</b>	25.560	2.232	22.927				3.700		1.640	56.059	5,30%	<b>10.381</b>	66.440	5,00%
<b>A.O. VILLA SCASSI</b>	16.042	968	15.981				1.653		3.317	37.961	3,59%	<b>13.861</b>	51.822	3,90%
<b>E.O. GALLIERA</b>	24.672	11.400	21.784				3.264		3.110	64.230	6,07%	<b>11.846</b>	76.076	5,73%
<b>TOTALE</b>	<b>285.029</b>	<b>64.575</b>	<b>334.505</b>	<b>81.100</b>	<b>166.608</b>	<b>16.138</b>	<b>79.917</b>	<b>1.006</b>	<b>29.566</b>	<b>1.058.444</b>	<b>100,00%</b>	<b>270.268</b>	<b>1.328.712</b>	<b>100%</b>

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.

I principali indicatori di risultato sono:

- N° di focolai di tossinfezione alimentare
- Indici di incidenza, frequenza, gravità degli infortuni sul lavoro;
- copertura vaccinale della popolazione per la prevenzione dell'influenza in soggetti di età superiore ai 64 anni.
- Indice tubercolinico Tbc umana
- Indice tubercolinico Tbc bovina
- % di campioni di acque potabili riconosciuti non idonei sul totale dei campionamenti
- tonnellate di amianto friabile bonificate sul totale di amianto friabile censito

**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;
- Numero e tipologia prestazioni erogate.

#### Assistenza domiciliare ed attività consultoriale

- Per l'assistenza domiciliare il numero degli utenti presi in carico;
- Per l'attività consultoriale il numero degli utenti;
- Numero e tipologia prestazioni erogate.

#### 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;
- Numero e tipologia prestazioni erogate.

#### Assistenza psichiatrica

- Il numero degli utenti presso i centri di salute mentale;
- Numero utenti ricoverati presso SPDC;
- Numero e tipologia prestazioni erogate.

#### Assistenza disabili

- Utenti assistiti presso ambulatorio e domicilio a gestione diretta e accreditati, 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 e accreditate.

### Assistenza farmaceutica

- Numero ricette farmaceutiche pro capite
- Costi pro capite per assistenza farmaceutica
- Incidenza ticket sulla spesa lorda
- Costi medi ricetta

### 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:

- Dirigenti medici/veterinari struttura complessa
- Dirigenti medici/veterinari
- Dirigenti sanitari struttura complessa
- Dirigenti sanitari
- Dirigenti amministrativi
- Dirigenti professionali
- Dirigenti tecnici
- Personale infermieristico
- Personale tecnico-sanitario e riabilitazione
- Assistenti sociali
- Personale della prevenzione
- Assistenti/operatori tecnici
- Assistenti religiosi
- OTA, OSS
- Ausiliari
- Amministrativi

**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.

In tale complessivo contesto si deve programmare, tra l'altro, una specifica sperimentazione che preveda lo scorporo delle funzioni di erogazione svolte dalle ASL tramite i propri presidi. Tale operazione, fortemente innovativa e complessa, va affrontata con estrema gradualità e prudenza e deve essere ispirata a criteri di reversibilità, deve mettere a confronto due diverse tipologie organizzative:

1. quella attuale, che prevede il mantenimento dei presidi ospedalieri nella ASL, con mera distinzione degli aspetti economici e contabili e con stipulazione di accordi tra la ASL e i propri presidi per la definizione della quantità e della tipologia delle prestazioni ospedaliere da erogare;
2. quella ispirata alla separazione dei presidi rispetto alla ASL, senza che ciò determini la creazione di un soggetto giuridico nuovo. In tal senso è da prevedersi solo la nomina di responsabili di presidi, anche in presenza di presidi ASL e Aziende ospedaliere autonome, nomine da effettuarsi secondo le modalità definite dalla sperimentazione, la quale individuerà altresì i poteri da attribuire loro nonché le modalità di valutazione dei risultati conseguiti.

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 LEA DRG di peso  $\leq 0.59$  - 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  $\leq 0.59$  che si aggiungono all'elenco dei DRG LEA di peso  $> 0.59$ . Corrispondono ai ricoveri ad alto rischio di inappropriata 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  $\geq 2.493$  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. Quanto sopra 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.
- definendo, all'interno della riorganizzazione dei processi di assistenza ospedaliera, attraverso la riconversione di parte delle risorse esistenti, un'area di promozione della salute che contenga, accanto alla offerta di medicina riabilitativa, una seconda tipologia di offerta con una forte componente di nursing infermieristico e caratterizzata da presa in carico medica globale tali da garantire una appropriata assistenza a quei soggetti in condizioni di instabilità d'organo a riposo, non ancora dimissibili, per i quali, pur essendo cessate le condizioni di emergenza assistenziale,

non vi sia l'indicazione al trasferimento in Unità Operativa di riabilitazione. Proprio in tale area si riscontrano oggi forti criticità nel sistema di offerta.

La identificazione di un'area della promozione della salute, per la sua elevata complessità relativamente ai processi organizzativi e gestionali dovrà orientare la scelta delle aggregazioni dipartimentali garantendo ad essa una identità progettuale clinica e strutturale svincolata da dipartimentalizzazioni in aree eccessivamente specialistiche. Si tratta infatti di un'area di servizio e progettazione per l'intero Ospedale.

- 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 extraospedaliera.
- **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 extraospedaliera. 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

- |   |   |
|---|---|
| ▪ <u>Posti letto per mille abitanti:</u>          | 4 posti letto per acuti<br>1 posto letto per riabilitazione |
| ▪ <u>Tasso medio di spedalizzazione</u>           | 160 per mille abitanti                                      |
| ▪ <u>Tasso minimo di utilizzo dei posti letto</u> | 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, per le due fasce in esame, ha portato alla riconversione di 80.841 casi, pari 31,7% dei ricoveri totali per il medesimo anno (255.160).

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 percorso 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 percentuale che peraltro non può essere considerata elemento critico.

<b><u>AZIENDA</u></b>	<b>2001</b>			<b>2002</b>		
	<b>TOTALE ordinari</b>	<b>TOT ORD fasce 0 e 00</b>	<b>% fascia 0 e 00 su totale ordinari</b>	<b>TOTALE ordinari</b>	<b>TOT ORD fasce 0 e 00</b>	<b>% fascia 0 e 00 su totale ordinari</b>
ASL 1	31.530	12.473	<b>39,6%</b>	27.453	8.718	<b>32,2%</b>
ASL 2	33.777	16.637	<b>49,3%</b>	28.237	11.598	<b>41,1%</b>
ASL 3	24.235	10.857	<b>44,8%</b>	23.802	9.110	<b>38,3%</b>
ASL 4	19.470	7.333	<b>37,7%</b>	17.526	5.727	<b>32,7%</b>
ASL 5	26.650	11.096	<b>41,6%</b>	26.910	8.904	<b>33,1%</b>
EVANGELICO	5.073	2.553	<b>50,3%</b>	4.460	1.460	<b>32,7%</b>
GALLIERA	23.366	8.994	<b>38,5%</b>	19.440	5.334	<b>27,4%</b>
GASLINI	22.993	9.755	<b>42,4%</b>	21.654	8.595	<b>39,7%</b>
I.S.T.	2.948	707	<b>24,0%</b>	3.143	796	<b>25,3%</b>
S.CORONA	20.046	7.218	<b>36,0%</b>	18.665	5.856	<b>31,4%</b>
SAN MARTINO	56.243	20.149	<b>35,8%</b>	48.073	11.878	<b>24,7%</b>
VILLA SCASSI	17.019	4.180	<b>24,6%</b>	18.141	2.865	<b>17,7%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>283.350</b>	<b>111.952</b>	<b>39,5%</b>	<b>255.160</b>	<b>80.841</b>	<b>31,7%</b>

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		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	27.109	8.718	2.299	26,4%
ASL 2	33.777	16.637	28.237	11.598	5.633	48,6%
ASL 3	24.235	10.857	23.802	9.110	4.360	47,9%
ASL 4	19.470	7.333	17.526	5.727	2.551	44,5%
ASL 5	26.650	11.096	26.910	8.904	3.050	34,3%
EVANGELICO	5.073	2.553	4.460	1.460	44	3,0%
GALLIERA	23.366	8.994	19.440	5.334	1.646	30,9%
GASLINI	22.993	9.755	21.654	8.595	3.156	36,7%
I.S.T.	2.948	707	3.143	796	279	35,1%
S.CORONA	20.046	7.218	18.665	5.856	2.964	50,6%
SAN MARTINO	56.243	20.149	48.073	11.878	722	6,1%
VILLA SCASSI	17.019	4.180	16.141	2.865	86	3,0%
<b>TOTALE</b>	<b>283.350</b>	<b>111.952</b>	<b>255.160</b>	<b>80.841</b>	<b>26.790</b>	<b>33,1%</b>

\* l'obiettivo indicato potrà essere modificato in relazione al dato di attività reale degli anni 2003-2005

### **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 qualitativa 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; per l'anno 2002 la produzione si è attestata su 313.381 punti. Valutando che la realizzazione dell'obiettivo 1 porterà ad una riduzione di circa 5.747 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.

## 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 2002	differenza percentuale	obiettivo entro 2005	differenza percentuale obiettivo 2005
ASL 1	<b>8,54</b>	<b>8,59</b>	<b>0,6</b>	<b>8,21</b>	<b>4,6</b>
ASL 2	<b>9,32</b>	<b>9,19</b>	<b>-1,4</b>	<b>8,79</b>	<b>4,6</b>
ASL 3	<b>10,63</b>	<b>10,75</b>	<b>1,1</b>	<b>10,07</b>	<b>6,8</b>
ASL 4	<b>9,73</b>	<b>9,40</b>	<b>-3,4</b>	<b>8,99</b>	<b>4,6</b>
ASL 5	<b>9,77</b>	<b>9,45</b>	<b>-3,3</b>	<b>9,03</b>	<b>4,7</b>
EVANGELICO	<b>7,12</b>	<b>6,87</b>	<b>-3,5</b>	<b>6,41</b>	<b>7,2</b>
GALLIERA	<b>9,79</b>	<b>9,64</b>	<b>-1,5</b>	<b>9,22</b>	<b>4,6</b>
GASLINI	<b>6,72</b>	<b>6,29</b>	<b>-6,4</b>	<b>5,99</b>	<b>5,0</b>
I.S.T.	<b>6,60</b>	<b>6,37</b>	<b>-3,5</b>	<b>6,17</b>	<b>3,2</b>
S.CORONA	<b>9,06</b>	<b>9,09</b>	<b>0,3</b>	<b>8,79</b>	<b>3,4</b>
SAN MARTINO	<b>11,31</b>	<b>11,43</b>	<b>1,1</b>	<b>10,70</b>	<b>6,8</b>
VILLA SCASSI	<b>9,28</b>	<b>9,13</b>	<b>-1,6</b>	<b>8,83</b>	<b>3,4</b>
Totale	<b>9,57</b>	<b>9,39</b>	<b>-1,9</b>	<b>8,94</b>	<b>5,0</b>



## **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

	1999/06			2000/06			2001/06			2002/06			2003/06		
	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
<b>ASL 001</b>	774	61	32	772	59	32	730	55	32	669	105	24	620	105	28
<b>ASL 002</b>	764	79	.	725	79	.	717	84	16	724	83	18	703	92	18
<b>ASL 003</b>	722	50	29	730	52	29	694	52	32	644	70	45	546	94	47
<b>ASL 004</b>	462	20	16	476	23	16	489	29	16	442	34	16	440	51	30
<b>ASL 005</b>	732	94	20	639	97	20	676	88	19	697	88	28	659	95	62
<b>S. CORONA</b>	459	35	50	470	37	57	450	37	59	433	36	49	392	40	85
<b>S. MARTINO</b>	1.923	204	33	1.917	208	33	1.841	206	33	1.453	219	37	1.410	228	51
<b>V. SCASSI</b>	380	37	6	388	36	6	373	45	10	391	69	8	373	64	13
<b>I. S. T.</b>	66	22	.	66	22	.	60	28	.	66	28	.	68	28	.
<b>GASLINI</b>	495	87	.	500	80	.	488	67	.	477	65	.	411	92	.
<b>EVANGELICO</b>	130	9	.	130	9	.	125	12	.	110	18	.	95	17	.
<b>GALLIERA</b>	594	37	.	593	37	.	572	37	.	544	37	.	487	55	22
<b>VILLA AZZURRA</b>	.	.	.	63	0	8	63	0	8	63	0	8	63	0	8
<b>ISCC-CAMOGLI</b>	.	.	.	.	.	57	.	.	57	.	.	57	.	.	57
<b>ISPRI-MAUGERI</b>	.	.	.	.	.	44	.	.	44	.	.	44	.	.	44
<b>Totali</b>	<b>7.501</b>	<b>735</b>	<b>186</b>	<b>7.469</b>	<b>739</b>	<b>302</b>	<b>7.278</b>	<b>740</b>	<b>326</b>	<b>6.713</b>	<b>852</b>	<b>334</b>	<b>6.267</b>	<b>961</b>	<b>465</b>

NOTA: dati aggiornati al 30/6/2003; 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 sia 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 sub intensiva 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 dalla collaborazione e l'integrazione funzionale che deve realizzarsi tra i Presidi presenti nel complessivo bacino di utenza. In tale ottica i Presidi ospedalieri di Savona, Albenga e S. Corona saranno integrati attraverso la dipartimentalizzazione interaziendale delle funzioni di Cardiochirurgia e Ostetrico Materno – Infantile.

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.

**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 e l'emodinamica, 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 come previsto dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 19 del 22.05.2001. Garantisce la presenza di

tutte le specialità di base per il proprio bacino di utenza, compresa l'ostetricia a seguito dell'integrazione interaziendale della funzione ostetrico Materno – Infantile di cui al primo comma del presente paragrafo. 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, in un'ottica dipartimentale interaziendale, la funzione cardiocirurgia universitaria, attualmente allocata presso l'A. O. San Martino. 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, cardiocirurgia e ostetrico – materno - infantile, le stesse devono 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 fisiatria, 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 biomedicale, 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.

- rifunionalizzazione 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. Sono confermate le funzioni degenziali esistenti: medicina, chirurgia, ortopedia.

Per quanto concerne infine la Val Bisagno, le funzioni ospedaliere sono assicurate prevalentemente dall'A. O. San Martino, che insiste in tale bacino di utenza, mentre la ASL 3 assicura mediante proprie strutture una vasta gamma di servizi territoriali (ambulatori, centri diurni e centri residenziali), compresa la nuova piastra ambulatoriale da collocarsi presso i locali dell'Istituto Doria.

#### **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, unitamente all'A. O. Santa Corona che ospita tra l'altro l'Unità Spinale Unipolare. 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 e alle unità mobili di pronto intervento.

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

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 cranioencefalici, 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.

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, fegato, pancreas e cornea nonché attivate le procedure per il trapianto di tessuto muscolo-scheletrico e la terapia cellulare staminale. In tali contesti saranno 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 e con l'Istituto Gaslini;
- 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 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico oncologico di rilievo nazionale. L'IST, che opera in stretta collaborazione con il Ministero della Salute con cui condivide programmi e azioni specifiche, è centro di riferimento della Liguria per le attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione in campo oncologico, oltre che per le attività di ricerca e formazione, sempre in campo oncologico.

La sua “mission” è riferita all'integrazione di tutte le attività finalizzate alla lotta al cancro in un modello organizzativo tipo “Comprehensive Cancer Center” (C.C.C.), riconosciuto come la forma più avanzata di presidio oncologico interdisciplinare. L'IST ha il compito di promuovere, individuare e sperimentare modelli assistenziali e gestionali in campo oncologico, anche sulla base di esperienze attuate in altre realtà nazionali e/o internazionali (ad es.: gruppi di cooperazione interdipartimentali o disease management team).

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

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, con ricadute dirette o indirette nel campo oncologico applicativo.

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, in collaborazione con le altre Istituzioni/Enti/Aziende presenti sul territorio.

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

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'IST procederà ad attivare la miglior collaborazione ed integrazione funzionale con l'Università e con le Aziende ospedaliere della area metropolitana ed in particolare modo con l'Azienda Ospedaliera di San Martino.

Le parti in tal senso saranno impegnate a sviluppare logiche (che facciano leva su reciproche sinergie) di integrazione funzionale delle attività interdisciplinari, anche con lo strumento di Dipartimenti interaziendali, nonché a delineare linee di programmazione basate sui principi dell'autonomia, ma correlate a criteri di complementarità e di eccellenza.

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 infine definisce, d'intesa con le Aziende territoriali e in particolare con l'Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese", programmi integrati finalizzati a garantire la continuità dell'assistenza dalla fase ospedaliera a quella extraospedaliera (domicilio, Hospice, ecc...) 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, ospitando un DEA di 1° livello dotato delle funzioni previste dalla legge.

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 di elezione.

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.

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

È 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 sovraregionale 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, così definiti in base alla capacità di perseguire livelli operativi di eccellenza, oltre che 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) e nell'ostetricia e ginecologia in quanto riferibile a situazioni di gravidanza a rischio neonatologico.



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 per l'area metropolitana 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 sovregionale, 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 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.

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.

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

#### **1.4.4 Azienda Sanitaria Locale n. 4 Chiavarese**

La funzione ospedaliera, che in questo bacino di utenza ha come obiettivi significativi quelli del contenimento 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**. 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 dallo sviluppo di una progettualità finalizzata all'integrazione delle attuali funzioni ospedaliere per acuti con quelle proprie dell'ospedale di comunità, che si collega all'attività di assistenza distrettuale.

È previsto lo svolgimento di funzioni di area medico - riabilitativa, con una integrazione funzionale tra l'unità operativa di medicina, l'ospedale di comunità e le funzioni di residenzialità sia riabilitativa che di "mantenimento", da sviluppare all'interno della struttura. Va inoltre previsto un centro di assistenza per trattamento dialitico. L'attività chirurgica deve orientarsi verso interventi effettuabili in regime di anestesia locale, secondo quanto definito dalle linee di indirizzo regionali per pazienti con basso rischio anestesiológico ("ASA 1-2").

Per quanto riguarda l'emergenza, l'ospedale è sede di punto di primo intervento integrato nella rete aziendale dell'emergenza.

Deve essere infine previsto l'ulteriore sviluppo della piastra poliambulatoriale distrettuale.

L'Azienda Sanitaria Locale n. 5 provvede, con priorità, alla sistemazione strutturale e tecnologica del presidio per adeguarlo alla configurazione funzionale sopra prevista, utilizzando gli investimenti resi disponibili dalla Regione.

**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.**

Considerate le particolarità dell'offerta e le condizioni relative alla rete dei trasporti per alcune realtà sono state previste funzioni di emergenza integrata (DEA di 1° liv. integrato). La Giunta regionale trascorsi i 180 giorni dall'approvazione del piano ne formalizzerà i ruoli in relazione alla risposta complessiva sul territorio.

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**. Tale attività viene svolta anche in sedi non ospedaliere.

## **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
- presenza di guardia attiva o reperibilità in ortopedia
- 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
- Ortopedia

## **DEA 2° LIVELLO**

Oltre ai requisiti del DEA di primo livello:

- cardiocirurgia
- neurochirurgia

**I presidi che, a qualunque titolo, in oggi non possiedono tutti i requisiti di legge per la funzione che la programmazione regionale assegna loro, hanno 180 giorni dall'approvazione del Piano per adeguarsi alla completa configurazione prevista per il loro ruolo, periodo durante il quale svolgono il ruolo ed esercitano le funzioni e le responsabilità attuali. Trascorso tale periodo, svolgeranno le attività e le funzioni 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:

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

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:

<b>Anno</b>	<b><u>Accessi al P. S. senza ricovero</u></b>	<b>Accessi con ricovero</b>
<b>1999</b>	<b>525.536</b>	<b>147.196</b>
<b>2000</b>	<b>535.127</b>	<b>143.276</b>
<b>2001</b>	<b>522.626</b>	<b>129.419</b>
<b>2002</b>	<b>525.276</b>	<b>124.444</b>

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 essere messi in condizione di poter 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 auto medica, 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 Sub intensiva**

Le Aziende Sanitarie devono prioritariamente attivare un numero di posti letto di terapia sub intensiva 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 sub intensiva 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 seriatî ed osservazione per alcune ore del paziente, che motivate dalla necessit  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 contiguit  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 possibilit  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'attivit  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   coordinata dalla Centrale Operativa 1-1-8. La Centrale Operativa con il sistema territoriale di competenza   struttura autonoma che svolge la propria attivit  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: auto mediche 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 sub intensiva 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 auto mediche.
- 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 e l'IST (anche attraverso il supporto del CBA, consorzio partecipato dalle Aziende sanitarie liguri) 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 (comprese le attività svolte con il 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 comorbilità:**

- 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 extra ospedaliere, 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 rationale 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 ed extraospedaliera di 2° livello (cod. 56)**
- 2) Riabilitazione **ospedaliera di 3° livello (cod. 28 – 75)**

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 <b>100%</b> occupazione	124	137	378	71	78	787
n. letti per 30 gg di degenza media <b>85%</b> occupazione	143	158	435	82	90	<b>905</b>

( 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 post acuti 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 all'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:

	<b>posti letto D.O.</b>	<b>posti letto D.H.</b>	<b>TOTALE</b>
3° livello (Unità Spinale)	20	1	21
2° livello ospedaliero	215	16	231
2° livello extraospedaliero	44		44
<b>TOTALE</b>	<b>279</b>	<b>17</b>	<b>296</b>

(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) **cardiopatía 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:

	<b>ASL 1</b>	<b>ASL 2</b>	<b>ASL 3</b>	<b>ASL 4</b>	<b>ASL 5</b>	<b>Totale</b>
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:

	<b>Posti letto D. O.</b>	<b>Posti letto D. H.</b>	<b>TOTALE</b>
Ospedalieri	44	3	47
Extraospedalieri	65		65
<b>TOTALE</b>	<b>109</b>	<b>3</b>	<b>112</b>

(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 post intensivi”** dedicati alla stabilizzazione dei pazienti provenienti dall'area dell'emergenza respiratoria ai fini di un loro invio all'assistenza domiciliare (homecare respiratoria).

Va prevista 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 **4439**, di cui circa 650 sono attualmente classificati come RSA di riabilitazione.

<b>Azienda</b>	<b>Posti letto totali</b>
ASL 1	518
ASL 2	576
ASL 3	2428
ASL 4	389
ASL 5	528
<b>Totale</b>	<b>4439</b>

(comprensivi degli accreditamenti 2003)

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**. È comunque evidente che tale parametro di riferimento ha valore puramente indicativo.

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

<b>Azienda</b>	<b>Popolazione Età<math>\geq</math>65</b>	<b>Posti letto resid. extraosp. attuali</b>	<b>Obiettivo a tendere (2% della pop. Età<math>\geq</math>65)</b>	<b>Posti da realizzare</b>
ASL 1	52.065	518	1.040	522
ASL 2	70.780	576	1.410	834
ASL 3	188.706	2.428	3.770	1.342
ASL 4	39.042	389	780	391
ASL 5	54.425	528	1.090	562
<b>Totale</b>	<b>405.083</b>	<b>4.439</b>	<b>8.090</b>	<b>3.651</b>

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 di parte 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. Per l'anno 2003, ad esempio, le Aziende sono state messe nella condizione di aprire complessivamente 300 nuovi posti (già conteggiati nella tabella).

## **PARTE III**

### **GLI OBIETTIVI DI SALUTE**

## **OBIETTIVO 1: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE**

### **Obiettivo 1.1 VIVERE A LUNGO, VIVERE BENE**

L'aumento della longevità in Italia ed in Liguria in particolare è ostacolato dall'esistenza di una significativa mortalità per eventi morbosi evitabili, quali le malattie cardiovascolari e le patologie oncologiche ed un numero considerevole di incidenti ed infortuni. Tali cause di morte potrebbero essere prevenute da un intervento medico o di salute pubblica appropriato (morti evitabili).

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 della Liguria presenta caratteristiche particolari: se analizziamo i quozienti grezzi per 100.000 abitanti, cioè i tassi non corretti per l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, (Tab. 3) la nostra regione con un tasso pari a 1390.1 si colloca nel 1998-99 al 1° posto a livello nazionale<sup>1</sup>, molto al di sopra del valore del Nord (1067,8) e dell'intero paese (984,7). L'effetto dell'estremo invecchiamento della popolazione ligure rispetto alla maggior parte delle regioni italiane rende infatti conto di un numero di decessi molto elevato sul totale complessivo dei residenti (Tab. 1).

L'analisi dei quozienti per cause specifiche (Tab. 3) conferma infatti che la Liguria risulta ai primi posti per tutte le patologie di maggior rilievo: 1° posto per l'insieme dei tumori, le malattie del sistema nervoso e le malattie mal definite; 2° posto per le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie; 3° posto per le malattie dell'apparato digerente; 6° posto per le cause accidentali e le malattie infettive e parassitarie.

Introducendo la correzione per età gli indici liguri (Tab. 4) crollano però a valori spesso inferiori alla media nazionale e si collocano sotto la media delle regioni del Nord.

Nell'analisi dell'evoluzione temporale degli indici il miglior risultato per i maschi sembra dovuto alla minor mortalità per cause evitabili con prevenzione primaria, mentre il risultato per le femmine per i progressi nella mortalità per cause evitabili con diagnosi precoce e terapia e secondariamente con prevenzione primaria.

Il Piano sanitario nazionale 2003/2005 afferma che l'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi. In Italia nel 2001 l'aspettativa di vita alla nascita<sup>2</sup> (Tab. 2) è stata stimata essere 76.8 anni per gli uomini e 82.9 anni per le donne. Per gli uomini residenti al Nord si stima una speranza di vita simile a quella del Mezzogiorno, rispettivamente 76.8 e 76.6; le regioni centrali presentano invece una speranza di vita più lunga, 77.3. Per le donne le stesse misure sono: Sud 82.3, Centro 83.2, Nord 83.1. La Regione Liguria fra le regioni italiane si colloca in 16<sup>a</sup> posizione per entrambi i sessi, ma mentre per gli uomini i valori sono allineati al Centro-Nord (76.7), nelle donne sono più bassi rispetto al Nord (82.7).

Occorre dire però che l'aumento della longevità rappresenta un fatto positivo solo se accompagnato da buona salute ed autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)".

---

<sup>1</sup> ISTAT. La situazione del Paese nel 2002. Rapporto Annuale. Cap.4: 244-261, 2003

<sup>2</sup> ISTAT – Servizio "Popolazione, istruzione e cultura" e Servizio "Struttura e dinamica sociale". Speranza di vita e speranza di vita in buona salute a diverse età per sesso – Anni 1999-2000. / Speranza di vita libera da disabilità a diverse età per tipo di disabilità e sesso – Anni 1999-2000. / Speranza di vita a diverse età, per sesso e regione di residenza - Anno 1999 In: [www.istat.it](http://www.istat.it), giugno 2003

## **Obiettivo 1.2 COMBATTERE LE MALATTIE**

### **1.2.1. Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la principale causa di morte sia in Italia, sia in Liguria (Tab. 3-4), 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.), ha fatto registrare importanti successi.

Nel 1998-99<sup>1</sup> i morti per malattie cardiovascolari in Liguria (Tab. 3) sono stati 9.346, rappresentando il 41,3% del complesso delle cause di morte. Il quoziente grezzo di mortalità è pari a 573,7 casi ogni 100.000 abitanti, il più elevato a livello nazionale (Italia 426,9; Nord 446,8; Centro 460,1; Sud 384,8) a causa dello spiccato invecchiamento della popolazione. Rispetto al complesso delle cause di morte la Liguria fa invece registrare uno dei valori percentuali più bassi, inferiore alla media delle regioni del Nord (Italia: 43,4%; Nord 41,8%; Centro 44,0%; Sud 45,2%).

Il tasso di mortalità standardizzato (Tab. 4), cioè corretto per l'effetto dell'invecchiamento, è invece significativamente inferiore alla media nazionale: nel 1998 la Liguria ha registrato tassi pari a 174,7 negli uomini e 104,1 nelle donne in confronto a 187,4 e 114,8 dell'Italia. Rispetto alle altre regioni si è collocata nelle posizioni più basse: 17° posto per gli uomini (tassi inferiori solo in Emilia-Romagna, Marche e Puglia) e 16° posto per le donne (tassi inferiori solo in Emilia-Romagna, Marche, Veneto e Val d'Aosta).

Per i principali sottogruppi di malattie cardiovascolari (Tab. 4) la Liguria presenta tassi standardizzati significativamente inferiori alla media nazionale in entrambi i sessi, in particolare per le malattie cerebrovascolari (36,7 vs. 45,6 negli uomini e 27,2 vs. 34,2 nelle donne), ischemiche (64,7 vs. 71,4 negli uomini e 27,3 vs. 31,2 nelle donne) e ipertensive (8,5 vs. 10,9 negli uomini e 7,5 vs. 10,4 nelle donne).

Nel 2002 i ricoveri ordinari per questa categoria nei reparti di cardiologia e cardiocirurgia sono stati circa 13.500, pari al 5% della totalità dei ricoveri e complessivamente rappresentano una delle principali cause 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 (l'OMS ha individuato come obiettivo per gli Stati d'Europa per il 2020 la riduzione della mortalità cardiovascolare in soggetti al di sotto dei 65 anni di età almeno del 40%)
- riduzione della morbosità derivante da disturbi circolatori dell'encefalo;
- miglioramento della qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari
- promozione dell'attenzione culturale all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile

**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.



## 1.2.2. I tumori

### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

La Liguria, con 6.204 decessi nel 1998-99 presentava un quoziente per 100.000 abitanti pari a 380,8, uno dei più elevati fra le regioni italiane (2° posto dopo il Friuli Venezia Giulia) e superiore alla media delle regioni del Nord, 323.2, e al quoziente nazionale, 275.

L'incremento della frequenza delle neoplasie con l'età è noto, quindi gli elevati indici di invecchiamento della popolazione rendono largamente conto di tale evidenza.

Analizzando, invece, i tassi corretti per età (Tab. 4) scopriamo che la Liguria non si discosta affatto dalla media nazionale: si osservano valori di poco inferiori alla media italiana per gli uomini, 170.3 vs. 171.8 (10° posto fra le regioni italiane) e di poco superiori per le donne, 91.9 vs. 90.6 (6° posto fra le regioni italiane).

I trend di mortalità per tumore in Italia sono in diminuzione in entrambi i sessi (negli uomini già dal 1991). Tale risultato concorda con i recenti trends di USA, Canada e Inghilterra e Galles, in relazione alla riduzione nella mortalità osservata per molte delle sedi più importanti, quali stomaco, retto, vescica, tiroide, mammella femminile (dal 1989) e, per i maschi, cavità orale, polmone, laringe e prostata. Parte dei risultati derivano da una diminuita incidenza di cancro, come ad es. per stomaco e, tra i maschi, cavità orale, laringe e polmone. Per altre sedi la diminuzione nella mortalità potrebbe essere correlata a miglioramenti nel trattamento, come ad es. per retto, mammella, cervice uterina, leucemie (tra i maschi). Per altre sedi ancora l'ampia diffusione della diagnosi precoce, che causa incremento nell'incidenza e uno slittamento verso diagnosi a stadi più precoci, può aver contribuito alla riduzione della mortalità.

Nonostante la riduzione della mortalità, l'incidenza complessiva di cancro rimane ancora in aumento, e l'incremento percepito è, e probabilmente sarà, ancora maggiore. Infatti, a causa dell'invecchiamento della popolazione, mentre i tassi corretti per età sono aumentati nella popolazione adulta del 15-16% fra il 1986 e il 1997, i tassi grezzi risultano raddoppiati, 31.2%. In Liguria, data la particolare struttura per età della popolazione, questo fenomeno è ancora più evidente e gli effetti, in termini di peso della patologia oncologica sull'impiego delle risorse sanitarie, più rilevanti.

In Liguria le persone affette da tumore a diverso stadio sono stimate al 2000 pari a circa 52.000 (età 0-84 anni), mentre il numero di nuovi casi annui diagnosticati si attesterebbe attorno a circa 10.000.

Fra le sedi di tumore più importanti vi sono, in particolare nei maschi, i tumori polmonari, che nel 1998 (Tab. 4) in Liguria ed in Italia facevano registrare tassi corretti per l'effetto dell'età quasi simili: rispettivamente 48.4 e 49.0 negli uomini e 7.89 nelle donne. Fra le regioni del Nord la Liguria presenta uno dei tassi di mortalità più bassi.

Il numero stimato di nuovi casi annui è circa 1200 casi, la prevalenza complessiva stimata al 2000 è invece pari a 2200 casi. A causa della sopravvivenza piuttosto breve, che si aggira globalmente intorno all'anno come mediana, l'incidenza si approssima alla mortalità e la prevalenza è bassa.

La costante tendenza all'aumento dell'incidenza osservata in passato negli uomini sembra ormai essersi definitivamente arrestata; nel prossimo futuro osserveremo però un incremento di casi nel sesso femminile in relazione all'incrementato consumo di sigarette caratterizzante le abitudini delle donne più giovani.

Altra sede di tumore di grande rilievo per gli uomini, in particolare al crescere dell'età, è il tumore della prostata. La Liguria in relazione ai suoi elevatissimi indici di invecchiamento presenta nel 1998 tassi di mortalità significativamente superiori a quelli italiani, 12.17 vs. 10.9, fra i più elevati in Italia (superiori sono solo i tassi della Val d'Aosta, del Trentino-Alto Adige e del Friuli-Venezia Giulia). L'incidenza annua stimata è pari a circa 540 nuovi casi, mentre la prevalenza al 2000 è stata stimata pari a circa 2000 casi. Per tale tumore i tassi di mortalità presentano trend sostanzialmente stabili, contrariamente ai tassi di incidenza che hanno subito un rilevante incremento in relazione all'introduzione nell'uso di tecniche diagnostiche che permettono la scoperta di un rilevante numero di casi, parte dei quali per lo più non avrebbe dato segno clinico di sé nel corso della vita del paziente.

Peculiarità della Liguria è l'elevata incidenza di tumori pleurici in entrambi i sessi, la cui origine professionale è supportata anche dall'eccesso di pneumoconiosi rilevato tra le patologie non tumorali: Occorre non trascurare, però, anche la possibile origine ambientale di tali tumori, dato l'ampio impiego di amianto per usi industriali e civili che è avvenuto in passato nella nostra regione.

Il tumore della mammella è, invece, il tumore più diffuso per il sesso femminile. Fa registrare in Italia e Liguria incidenza e prevalenza elevate, ma la mortalità è relativamente bassa (Tab. 4: Liguria 16.73 vs. Italia 17.76). 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 più di 1200 nuovi casi l'anno in Liguria (meno della metà dei quali mortali) e un numero di casi prevalenti stimati al 2000 pari a più 10000 casi, è di gran lunga il tumore femminile che ricopre il maggior peso sulle risorse sanitarie.

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 gradualmente ridursi e la patologia essere diagnosticata a stadi più favorevoli.

I tumori colon-rettali sono in costante aumento in numero assoluto in Liguria, 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 numero di nuovi casi annui è circa 1300, i casi prevalenti stimati al 2000 sono circa 6300. I tassi di mortalità (Tab. 4) sono allineati ai livelli nazionali: rispettivamente 18.3 in Italia e 20.1 in Liguria negli uomini e 11.5 e 12 nelle donne.

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, il numero di casi annui stimati è pari a 500 casi, la prevalenza al 2000 ammonta a più di 1700 casi. Con l'introduzione della correzione per età (Tab. 4) i tassi di mortalità liguri risultano significativamente inferiori alla media nazionale e fra i più bassi in Italia: negli uomini sono 8.54 in Liguria vs. 12.42 in Italia (inferiori solo in Sardegna), nelle donne sono rispettivamente 4.47 vs. 5.81 (inferiori solo in Sicilia e Sardegna).

I linfomi risultano in rapida crescita sia in Liguria che a livello nazionale, dipendentemente e indipendentemente dalla diffusione dell'epidemia da HIV nella popolazione che è fortemente correlata all'incremento dell'insorgenza di tale tipo di tumori. Gli elevati valori liguri e il loro incremento sembrerebbero fortemente in relazione alla relativa maggior diffusione dell'epidemia nei giovani e negli adulti, più in

relazione con altre cause negli anziani. Il numero di nuovi casi annuo stimato in Liguria è attorno a 380.

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 sono già stati avviati

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**

- Completamento del programma di screening della mammella promosso dalla Regione;
- Attuazione dello screening della cervice uterina;
- Applicazione delle linee guida regionali per la prevenzione e cura delle malattie oncologiche (Del. C.R. 57/97);
- Completamento del programma di attivazione dei poli oncologici previsti
- 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.
- Completamento della già avviata opera di potenziamento della diagnostica per immagini e delle strutture per radioterapia;
- adeguamento servizi anatomia patologica.

**Tabella 1 – ISTAT - Indicatori di struttura della popolazione italiana al 1 gennaio**

	Composizione percentuale								
	1999 *			2000 *			2001*		
	0-14 anni	15-64 anni	>=65 anni	0-14 anni	15-64 anni	>=65 anni	0-14 anni	15-64 anni	>=65 anni
Piemonte	11,9	68,0	20,1	12,0	67,7	20,4	12,0	67,2	20,7
Valle d'Aosta	12,6	69,0	18,4	12,7	68,6	18,7	12,8	68,3	18,9
Lombardia	13,0	69,9	17,2	13,0	69,5	17,4	13,1	69,1	17,8
Trentino-Alto Adige	15,8	67,7	16,5	15,9	67,5	16,6	16,0	67,3	16,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	17,0	67,9	15,1	17,0	67,7	15,3	17,0	67,5	15,5
<i>Trento</i>	14,7	67,5	17,8	14,8	67,3	17,9	14,9	67,1	18,0
Veneto	13,2	69,3	17,5	13,3	69,0	17,7	13,4	68,7	18,0
Friuli-Venezia Giulia	11,1	67,9	21,0	11,2	67,7	21,1	11,3	67,5	21,3
<b>Liguria</b>	<b>10,3</b>	<b>65,3</b>	<b>24,4</b>	<b>10,4</b>	<b>64,9</b>	<b>24,7</b>	<b>10,5</b>	<b>64,6</b>	<b>25,0</b>
Emilia-Romagna	11,1	67,1	21,8	11,2	66,8	22,0	11,4	66,4	22,2
Toscana	11,5	66,8	21,7	11,6	66,6	21,9	11,6	66,3	22,1
Umbria	12,3	65,8	22,0	12,2	65,6	22,2	12,2	65,4	22,4
Marche	12,9	66,1	21,0	12,9	65,8	21,3	12,9	65,6	21,5
Lazio	14,2	69,1	16,7	14,2	68,8	17,0	14,1	68,5	17,3
Abruzzo	14,6	66,0	19,5	14,4	65,9	19,7	14,2	65,8	20,0
Molise	14,9	64,9	20,1	14,7	64,7	20,6	14,4	64,6	20,9
Campania	19,5	67,1	13,4	19,3	67,2	13,5	19,0	67,2	13,8
Puglia	17,5	67,7	14,7	17,3	67,6	15,1	17,0	67,6	15,4
Basilicata	16,6	66,1	17,3	16,2	66,0	17,8	16,0	65,9	18,2
Calabria	17,8	66,2	16,0	17,5	66,2	16,4	17,1	66,2	16,7
Sicilia	18,3	65,9	15,9	18,2	65,7	16,2	17,9	65,7	16,4
Sardegna	14,9	70,2	15,0	14,5	70,1	15,4	14,2	70,1	15,7
<b>ITALIA</b>	<b>14,5</b>	<b>67,8</b>	<b>17,7</b>	<b>14,4</b>	<b>67,6</b>	<b>18,0</b>	<b>14,4</b>	<b>67,4</b>	<b>18,2</b>
<b>NORD</b>	<b>12,4</b>	<b>68,6</b>	<b>19,0</b>	<b>12,5</b>	<b>68,2</b>	<b>19,3</b>	<b>12,6</b>	<b>67,9</b>	<b>19,5</b>
<b>CENTRO</b>	<b>13,0</b>	<b>67,7</b>	<b>19,3</b>	<b>13,0</b>	<b>67,4</b>	<b>19,5</b>	<b>13,0</b>	<b>67,2</b>	<b>19,8</b>
<b>MEZZOGIORNO</b>	<b>17,8</b>	<b>66,9</b>	<b>15,2</b>	<b>17,6</b>	<b>66,9</b>	<b>15,5</b>	<b>17,3</b>	<b>66,9</b>	<b>15,8</b>

\* Dati osservati

Tabella 2 – ISTAT – Popolazione Italiana. Speranza di vita alla nascita

	Speranza di vita alla nascita					
	1999*		2000*		2001**	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
<b>Liguria</b>	<b>75,9</b>	<b>82,2</b>	<b>76,3</b>	<b>82,3</b>	<b>76,7</b>	<b>82,7</b>
<i>ITALIA</i>	<i>76,0</i>	<i>82,1</i>	<i>76,3</i>	<i>82,4</i>	<i>76,8</i>	<i>82,9</i>
NORD	75,9	82,5	76,3	82,7	76,8	83,1
CENTRO	76,4	82,4	76,9	82,7	77,3	83,2
MEZZOGIORNO	75,9	81,4	76,1	81,7	76,6	82,3

Fonte: ISTAT 2003 - Servizio "Popolazione, istruzione e cultura".

(\* dati osservati; \*\* dati stimati)

**Tab. 3 - Morti per gruppi di cause e regione di decesso (numero e quozienti per 100.000 abitanti) - 1998-99**

REGIONI	Mal. infettive e parassitarie		Tumori		Mal. sistema nervoso (b)		Mal. sistema circolatorio		Mal. apparato respiratorio		Mal. apparato digerente		Altre malattie		Mal definite (c)		Accidentali (d)		Totale	
	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso
<b>ANNO 1999 (a)</b>																				
Piemonte	302	7,0	14068	328,1	2159	50,4	22034	513,9	3743	87,3	2154	50,2	3094	72,2	738	17,2	2507	58,5	50799	1184,7
Valle d'Aosta	9	7,5	388	322,9	47	39,1	471	392,0	107	89,0	66	54,9	56	46,6	29	24,1	84	69,9	1257	1046,0
Lombardia	645	7,1	28137	311,0	3357	37,1	35395	391,2	5620	62,1	3740	41,3	4890	54,1	796	8,8	3717	41,1	86297	953,9
Trentino-Alto																				
Adige	59	6,3	2428	260,3	185	19,8	3809	408,3	705	75,6	337	36,1	311	33,3	58	6,2	416	44,6	8308	890,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	17	3,7	1114	241,6	82	17,8	1707	370,2	310	67,2	130	28,2	132	28,6	40	8,7	238	51,6	3770	817,6
<i>Trento</i>	42	8,9	1314	278,5	103	21,8	2102	445,5	395	83,7	207	43,9	179	37,9	18	3,8	178	37,7	4538	961,8
Veneto	297	6,6	13301	295,6	2062	45,8	17613	391,4	2956	65,7	1977	43,9	2235	49,7	382	8,5	2283	50,7	43106	958,0
Friuli-Venezia G.	113	9,5	4618	389,9	587	49,6	5936	501,1	1100	92,9	742	62,6	764	64,5	100	8,4	738	62,3	14698	1240,8
<b>Liguria</b>	120	<b>7,4</b>	6204	<b>380,8</b>	1243	<b>76,3</b>	9346	<b>573,7</b>	1511	<b>92,7</b>	953	<b>58,5</b>	1520	<b>93,3</b>	820	<b>50,3</b>	931	<b>57,1</b>	22648	<b>1390,1</b>
Emilia-Romagna	312	7,9	13820	348,1	2395	60,3	20102	506,3	3141	79,1	1898	47,8	2582	65,0	379	9,5	2374	59,8	47003	1183,8
Toscana	256	7,2	11782	333,5	1733	49,1	18690	529,1	2866	81,1	1623	45,9	2537	71,8	548	15,5	1895	53,6	41930	1187,0
Umbria	64	7,7	2671	320,2	333	39,9	4266	511,5	645	77,3	374	44,8	576	69,1	122	14,6	435	52,2	9486	1137,3
Marche	106	7,3	4294	294,5	679	46,6	6819	467,6	1074	73,7	581	39,8	896	61,4	111	7,6	765	52,5	15325	1050,9
Lazio	299	5,7	13757	261,6	1774	33,7	21224	403,5	3039	57,8	2317	44,1	3770	71,7	369	7,0	2529	48,1	49078	933,1
Abruzzo	92	7,2	3224	252,2	541	42,3	5678	444,2	980	76,7	574	44,9	864	67,6	105	8,2	662	51,8	12720	995,2



Molise	17	5,2	785	239,0	117	35,6	1701	517,8	218	66,4	214	65,1	247	75,2	44	13,4	198	60,3	3541	1078,0
Campania	253	4,4	11622	200,8	1154	19,9	21092	364,5	3013	52,1	2789	48,2	3897	67,3	912	15,8	1683	29,1	46415	802,1
Puglia	205	5,0	8487	207,7	1160	28,4	13441	329,0	2505	61,3	1636	40,0	2721	66,6	313	7,7	1738	42,5	32206	788,2
Basilicata	33	5,4	1176	193,7	153	25,2	2574	424,0	369	60,8	264	43,5	369	60,8	61	10,0	281	46,3	5280	869,8
Calabria	96	4,7	3755	182,5	527	25,6	8496	412,9	1138	55,3	796	38,7	1329	64,6	269	13,1	837	40,7	17243	838,0
Sicilia	206	4,0	10335	202,9	1584	31,1	21758	427,2	3140	61,7	1863	36,6	4111	80,7	1092	21,4	2106	41,4	46195	907,0
Sardegna	96	5,8	3686	223,0	552	33,4	5649	341,7	1192	72,1	779	47,1	986	59,6	262	15,8	885	53,5	14087	852,1
<b>ITALIA</b>	<b>3580</b>	<b>6,2</b>	<b>158538</b>	<b>275,0</b>	<b>22342</b>	<b>38,8</b>	<b>246094</b>	<b>426,9</b>	<b>39062</b>	<b>67,8</b>	<b>25677</b>	<b>44,5</b>	<b>37755</b>	<b>65,5</b>	<b>7510</b>	<b>13,0</b>	<b>27064</b>	<b>46,9</b>	<b>567622</b>	<b>984,7</b>
NORD	1857	7,2	82964	323,2	12035	46,9	114706	446,8	18883	73,6	11867	46,2	15452	60,2	3302	12,9	13050	50,8	274116	1067,8
CENTRO	725	6,5	32504	293,2	4519	40,8	50999	460,1	7624	68,8	4895	44,2	7779	70,2	1150	10,4	5624	50,7	115819	1044,9
MEZZOGIORNO	998	4,8	43070	206,2	5788	27,7	80389	384,8	12555	60,1	8915	42,7	14524	69,5	3058	14,6	8390	40,2	177687	850,6

N°= DATI ASSOLUTI Tasso = QUOZIENTI PER 100.000 ABITANTI; (a) Dato provvisorio; Fonte: ISTAT - Nuova indagine sulle cause di morte (R)

Tab. 4a - Morti per alcuni gruppi di cause e sesso in Italia e Liguria (numero; tassi grezzi per 100.000 abitanti; tassi standardizzati e loro intervalli di confidenza al 95% per 100.000 abitanti) – Anno 1998

	Maschi					Femmine				
	Decessi	T. grezzo	T. stand.	IC95%-inf	IC95%-sup	Decessi	T. grezzo	T. stand.	IC95%-inf	IC95%-sup
	<b>TUTTE LE CAUSE</b>									
<b>ITALIA</b>	<b>286324</b>	<b>1024,08</b>	<b>527,9</b>	<b>525,7</b>	<b>530,1</b>	<b>280160</b>	<b>945.57</b>	<b>297,0</b>	<b>295,6</b>	<b>298,4</b>
<b>Liguria</b>	<b>10621</b>	<b>1368,69</b>	<b>525,0</b>	<b>513,2</b>	<b>536,8</b>	<b>11440</b>	<b>1328.38</b>	<b>293,0</b>	<b>285,2</b>	<b>300,8</b>
	<b>MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE</b>									
<b>ITALIA</b>	<b>112463</b>	<b>402.24</b>	<b>187,4</b>	<b>186,2</b>	<b>188,6</b>	<b>137164</b>	<b>462.94</b>	<b>114,8</b>	<b>114,0</b>	<b>115,6</b>
<b>Liguria</b>	<b>4060</b>	<b>523.2</b>	<b>174,7</b>	<b>168,8</b>	<b>180,6</b>	<b>5432</b>	<b>630.75</b>	<b>104,1</b>	<b>100,6</b>	<b>107,6</b>
	<b>MALATTIE CEREBROVASCOLARI</b>									
ITALIA	28790	102.97	<b>45,6</b>	45,0	46,2	41639	140.54	<b>34,2</b>	32,0	34,6
Liguria	913	117.66	<b>36,7</b>	34,2	39,2	1460	169.53	<b>27,2</b>	26,0	29,0
	<b>MALATTIE ISCHEMICHE</b>									
ITALIA	41130	147.11	<b>71,4</b>	70,6	72,2	36156	122.03	<b>31,2</b>	30,8	31,6
Liguria	1404	180.93	<b>64,7</b>	61,0	68,4	1291	149.91	<b>27,3</b>	25,3	29,3
	<b>IPERTENSIONE</b>									
ITALIA	6806	24.34	<b>10,9</b>	10,6	11,2	12683	42.81	<b>10,4</b>	10,2	10,6
Liguria	214	27.58	<b>8,5</b>	7,3	9,7	430	49.93	<b>7,5</b>	6,7	8,3
	<b>MALATTIE CARDIACHE REUMATICHE</b>									
ITALIA	590	2.11	<b>1,1</b>	1,0	1,2	1246	4.21	<b>1,5</b>	1,4	1,6
Liguria	15	1.93	<b>1,0</b>	0,4	1,5	50	5.81	<b>1,6</b>	1,1	2,1
	<b>TOTALE TUMORI</b>									
<b>ITALIA</b>	<b>91742</b>	<b>328.13</b>	<b>171,8</b>	<b>170,6</b>	<b>173,0</b>	<b>65443</b>	<b>220.88</b>	<b>90,6</b>	<b>89,8</b>	<b>91,4</b>
<b>Liguria</b>	<b>3423</b>	<b>441.11</b>	<b>170,3</b>	<b>164,0</b>	<b>176,6</b>	<b>2606</b>	<b>302.6</b>	<b>91,9</b>	<b>87,6</b>	<b>96,2</b>
	<b>TUMORE POLMONE</b>									
ITALIA	25720	91.99	<b>49,0</b>	48,4	49,6	5475	18.48	<b>7,9</b>	7,7	8,1
Liguria	945	121.78	<b>48,4</b>	45,1	51,7	213	24.73	<b>7,9</b>	6,6	9,2
	<b>TUMORI COLORETTALI</b>									
ITALIA	10165	36.36	<b>18,3</b>	18,0	18,7	9360	31.59	<b>11,5</b>	11,2	11,8
Liguria	409	52.71	<b>20,1</b>	18,0	22,2	398	46.21	<b>12,0</b>	10,5	13,5
	<b>TUMORE STOMACO</b>									
ITALIA	6769	24.21	<b>12,4</b>	12,1	12,7	4849	16.37	<b>5,8</b>	5,6	6,0
Liguria	182	23.45	<b>8,5</b>	7,2	9,9	148	17.19	<b>4,5</b>	3,5	5,4
	<b>TUMORE PROSTATA</b>					<b>TUMORI MAMMELLA</b>				
ITALIA	7028	25.14	<b>10,9</b>	10,6	11,2	10875	36.7	<b>17,8</b>	17,4	18,1
Liguria	312	40.21	<b>12,2</b>	10,8	13,6	405	47.03	<b>16,7</b>	14,8	18,7

**Tab. 4b- Morti per alcuni gruppi di cause e sesso in Italia e Liguria (numero; tassi grezzi per 100.000 abitanti; tassi standardizzati e loro intervalli di confidenza al 95% per 100.000 abitanti) – Anno 1998**

1998	Maschi						Femmine				
Regione	Decessi	T. grezzo	T. stand.	IC95%- inf	IC95%- sup		Decessi	T. grezzo	T. stand.	IC95%- inf	IC95%- sup
	MALATTIE INFETTIVE										
ITALIA	1737	6.21	<b>3,5</b>	3,3	3,7		1662	5.61	<b>2,3</b>	2,1	2,4
Liguria	49	6.31	<b>2,5</b>	1,6	3,4		74	8.59	<b>2,7</b>	1,9	3,4
	MALATTIE SISTEMA NERVOSO										
ITALIA	5604	20.04	<b>10,7</b>	10,4	11,0		7092	23.94	<b>8,1</b>	7,8	8,3
Liguria	289	37.24	<b>13,2</b>	11,3	15,2		420	48.77	<b>9,3</b>	8,2	10,5
	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO										
ITALIA	21591	77.22	<b>34,3</b>	33,8	34,8		15243	51.45	<b>13,2</b>	13,0	13,5
Liguria	741	95.49	<b>30,4</b>	27,9	32,8		548	63.63	<b>12,1</b>	10,5	13,6
	MALATTIE APPARATO DIGERENTE										
ITALIA	13708	49.03	<b>25,9</b>	25,4	26,3		12518	42.25	<b>13,7</b>	13,4	14,0
Liguria	473	60.95	<b>23,9</b>	21,5	26,2		528	61.31	<b>13,2</b>	11,8	14,7

	MALATTIE MAL DEFINITE									
ITALIA	2949	10.55	<b>6,2</b>	6,0	6,5	3868	13.05	<b>3,8</b>	3,6	4,0
Liguria	303	39.05	<b>20,8</b>	18,0	23,7	289	33.56	<b>8,6</b>	7,1	10,1

### **1.2.3. Le cure palliative**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema 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; questo, sia nelle fasi terminali sia dopo il decesso dell'assistito. 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.

A tale proposito, è stata prevista 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 alcune strutture sono già state completate (Pastorino) ed altre lo saranno prima di tale data.

#### **Obiettivi**

La Regione fa proprio l'obiettivo del Piano sanitario nazionale 2003-2005: migliorare l'assistenza alle persone che affrontano la fase terminale della vita, offrendo livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, programmando un sistema a rete che offra la maggiore possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti (stretta integrazione tra rete sanitaria e sociosanitaria con quella socioassistenziale).

#### **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.

## **1.2.4. Il diabete e le malattie metaboliche**

### **Premesse**

Negli ultimi trenta anni la ricerca scientifica pura e quella clinica applicata hanno permesso di chiarire in modo esaustivo la fisiopatologia e la storia naturale della malattia diabetica, sia nella sua forma di tipo 1 (dipendente da carenza primaria di insulina), che in quella, di gran lunga più frequente nella popolazione mondiale, di tipo 2 (cosiddetto dell'adulto). In particolare è oggi possibile affermare, sulla base di evidenze scientifiche inoppugnabili, che in entrambe le forme di diabete uno stretto controllo del compenso glicometabolico è in grado di prevenire e ridurre fortemente l'incidenza delle complicanze microvascolari (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e di quelle macrovascolari (Infarto del Miocardio, Ictus, Arteriopatia Obliterante Periferica). In questo secondo caso, segnatamente nel diabete di tipo 2, è necessario che il controllo glicometabolico si accompagni con un altrettanto rigido grado di controllo degli altri fattori di rischio cardiovascolare noti (lipidi plasmatici, in particolare colesterolo, pressione arteriosa, peso, fumo).

Studi clinici condotti nell'ultimo decennio dimostrano la possibilità di prevenzione del diabete mellito di tipo 2. Gli studi finlandesi, Statunitensi, Cinesi, Euro Canadesi, condotti su soggetti definiti come "a rischio" di contrarre la malattia su basi genetiche ed ambientali, hanno dimostrato che opportune modificazioni dello stile di vita, o, in alternativa, ma con minori successi, anche alcuni farmaci, sono in grado di ridurre il rischio di incidenza di nuovi casi di diabete di tipo 2 del 58%. Ciò si traduce, anche in una fortissima e significativa riduzione degli eventi cardiovascolari. La Regione Liguria è promotrice, con parziale finanziamento del Ministero della Salute, di una grande esperienza italiana in tal senso, lo studio DIADEMA, teso anche a valutare l'importanza dei fattori organizzativi assistenziali in rispetto agli esiti raggiungibili.

### **Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria**

Studi specifici, relativi alla prevalenza del diabete in Liguria, non esistono. Quanto all'incidenza regionale di nuovi casi di Diabete Mellito tipo 1, studi clinici hanno evidenziato che la nostra Regione è tra quelle a più alto tasso di incidenza nella classe di età compresa tra 0 e 14 anni (12.05/ 100.000 abitanti/ anno) in Italia, terza dopo la

Sardegna, che peraltro rappresenta un'anomalia mondiale, ed il Friuli Venezia Giulia (12.08/100.000 abitanti/ anno).

Per quanto riguarda la prevalenza è necessario estrapolare i dati relativi alla Regione Liguria da studi nazionali. L'ultimo rilievo nazionale dell'ISTAT stima una prevalenza del DM in Italia del 2.8% della popolazione totale, e risale al 1998; l'OMS ha invece valutato la prevalenza europea nel 3.5% medio, e l'Italia sarebbe di poco superiore alla media. Le stime dell'OMS peraltro prevedono un progressivo incremento di tale percentuale, fino a raggiungere, nel 2025, il 6% della popolazione. La prevalenza della malattia è inoltre strettamente correlata alle diverse fasce di età, raggiungendo, in più studi controllati, valori superiori al 15% nei soggetti con più di 65 anni. Da questi dati e dalla rilevazione anagrafica della Regione Liguria, in cui la popolazione over 65 si aggira intorno al 25% è possibile estrapolare una prevalenza stimata del diabete di circa il 5% dei residenti, di cui lo 0.1% rappresentato da diabete di tipo 1. Si tratterebbe quindi di una presunta popolazione di 82500 persone, di cui 1600 affette da diabete di tipo 1.

## **Obiettivi**

L'OMS nel 1989 ha redatto la Dichiarazione di St. Vincent, sottoscritta dalle Autorità Sanitarie di un grande numero di Paesi, nella quale ci si pongono obiettivi etici molto ambiziosi nella cura del diabete. Tale dichiarazione è stata successivamente ripresa anche dagli Stati del Continente Americano e da quelli Asiatico ed infine Africano. Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 riprende i temi dell'OMS ed individua tra le priorità italiane un'adeguata organizzazione per la cura e l'assistenza alla persona affetta da diabete mellito. Per la Regione Liguria sono identificabili i seguenti macroobiettivi:

- Riduzione della mortalità per diabete
- Riduzione della mortalità per eventi cardiovascolari maggiori nel soggetto con diabete o sindrome metabolica
- Riduzione dei nuovi casi di cecità
- Riduzione dell'incidenza di nuovi casi di Insufficienza Renale Cronica in fase terminale (in trattamento dialitico) (ESRD)
- Riduzione delle amputazioni maggiori non traumatiche
- Riduzione dell'incidenza di nuovi casi di diabete di tipo 2

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

- Promozione da parte delle Asl – in considerazione dell’approccio multidisciplinare alla cura del diabete- di sistemi integrati di assistenza da svilupparsi perlopiù in sede distrettuale e caratterizzati dal necessario collegamento con i MMG e PLS e diabetologi
- Realizzazione di percorsi clinico diagnostico terapeutici presso le strutture territoriali o ospedaliere specialistiche, con canali dedicati.
- Promozione dell’attenzione alla cura del Diabete Mellito di tipo 1 in età evolutiva (0 – 14)
- Implementazione delle Linee Guida assistenziali ( Linee Guida in Medicina Interna della Regione Liguria - Raccomandazioni SID/SIMG/AMD per la gestione integrata fra Unità Specialistiche e MMG) , verificata attraverso:
  - Realizzazione di Database comuni
  - Identificazione e monitoraggio di indicatori di processo e di risultati, sui quali basare un sistema di incentivi.
- Predisposizione di programmi di screening dei soggetti a rischio di diabete di tipo 2 (Obesità, familiarità)
- Formazione Continua del Personale Sanitario
- Progettazione di revisione tariffaria anche valutando la possibilità di prevedere pacchetti integrati



### **1.2.5. I disturbi del comportamento alimentare**

#### 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.

Da una ricerca sulle abitudini e i consumi alimentari nella popolazione scolare in Liguria promossa dalla Regione ed effettuata negli anni 1995 e 2000 dall'Università degli Studi di Genova in collaborazione con le ASL , su un campione rappresentativo di scolari della scuola elementare, è emerso che il 32% dei soggetti risulta in sovrappeso (36% maschi e 28% femmine) e tra questi il 18% rientra nella fascia di obesità (21% maschi e 15% femmine). L'obesità in età pediatrica costituisce il principale fattore predittivo della cosiddetta sindrome plurimetabolica. La ricerca ha inoltre evidenziato in particolare la carenza nel 36% del campione del calcio alimentare, con equa ripartizione tra maschi e femmine, dato che si è mantenuto costante nelle due ricerche e che raggiunge il 76% nei soggetti che non consumano abitualmente latte e derivati ed il ferro risulta tendenzialmente inferiore al livello raccomandato nel 10% di entrambe i sessi .

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.

A tale riguardo va menzionata, accanto alle numerose attività territoriali esistenti orientate alla prevenzione, l'esperienza in atto presso la ASL 2 Savonese, che ha attivato nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale un Centro dei Disturbi della Adolescenza e della Alimentazioni (CDAA) all'interno dell'A. O. Santa Corona, dotato di 8 posti di degenza ordinaria e 4 di day hospital.

**Obiettivi:**

- Adeguamento agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici;
- Riduzione della percentuale di soggetti sovrappeso definita in base all'IMC (Indice di Massa Corporea);
- Attivazione di Centri di diagnosi e trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare su tutto il territorio regionale;
- Promozione della prevenzione in ambito scolastico, con il potenziamento di progetti di educazione alla salute fra i diversi soggetti;
- Coinvolgimento, nei programmi di prevenzione primaria, dei PLS, dei MMG, degli operatori consultoriali.

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

- Individuare i fattori di rischio nutrizionale e valutare gli effetti sulla salute attraverso il monitoraggio delle abitudini alimentari, degli stili di vita ed dei parametri antropometrici della popolazione, valutando l'opportunità di costituire un osservatorio nutrizionale permanente;
- Costituire almeno un punto di servizio presso ogni ASL, coordinato con tutti i servizi territoriali e ospedalieri competenti in materia per promuovere una sana alimentazione.
- Promuovere campagne di educazione sanitaria nutrizionale, ivi compresi i disturbi del comportamento alimentare, 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 e ai disturbi del comportamento alimentare.

## **1.2.6. Le malattie respiratorie ed allergiche**

### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

Le malattie polmonari croniche ostruttive hanno un grave impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità, sui costi per l'assistenza sanitaria, nonché sull'assenteismo dal lavoro in molti paesi europei ed anche in Italia.

Alcune patologie come la bronchite cronica e l'enfisema polmonare mostrano una tendenza alla diminuzione che può essere ulteriormente rafforzata attraverso l'intensificazione della prevenzione alle esposizioni ambientali ed occupazionali ed il miglioramento dei trattamenti terapeutici

La presenza di rinite allergica stagionale e perenne è invece in aumento costante e così pure l'asma allergica, che rappresenta un problema sanitario di primaria importanza in tutti i paesi occidentali, malgrado le conoscenze relative ai suoi meccanismi eziopatogenetici siano progredite negli ultimi anni e nonostante la disponibilità di farmaci molto efficaci.

I fattori principali alla base dell'aumento della prevalenza delle malattie allergiche sono l'inquinamento intramurale causato da acari della polvere, muffe, derivati epidermici di animali, il fumo di tabacco e l'inquinamento atmosferico causato da ozono, materiale particolato, NO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>, nonché le abitudini alimentari e le condizioni igieniche degli ambienti di vita e di lavoro.

Anche in Liguria, come nella maggior parte dei paesi occidentali, l'asma allergica è frequente sia nei bambini che negli adolescenti, ma si manifesta in tutte le età della vita. Nella nostra Regione si evidenziano, dagli studi eseguiti, alti livelli di sensibilizzazione allergica soprattutto agli acari della polvere, seguiti da allergeni volatili (pollini di parietaria, graminacee, olivo, betulla e cipresso).

Gli studi disponibili riportano una incidenza dell'asma in Italia che si aggira tra 0,5 e 5/1000 individui per anno, a cui si allinea l'incidenza di tale patologia in Liguria.

L'asma ha costi socio sanitari molto elevati (costi diretti ed indiretti, legati non solo al consumo di farmaci ed alla richiesta di prestazioni sanitarie, ma anche a perdita di giornate lavorative e di scuola e al ricorso all'ospedalizzazione) ed è riconosciuta malattia sociale dal 1999.

### **Obiettivi**

- Individuazione e valutazione dei fattori principali di rischio allergico

- Diminuzione dell'incidenza delle malattie polmonari croniche ostruttive anche attraverso l'intensificazione della prevenzione alle esposizioni ambientali e occupazionali ed il miglioramento dei trattamenti terapeutici.
- Diminuzione dell'incidenza della rinite allergica stagionale e perenne e dell'asma bronchiale

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

- Promuovere campagne di educazione sanitaria per le famiglie per individuare e rimuovere condizioni scatenanti della patologia asmatica allergica (anche in situazioni di emergenza) e prevedere interventi mirati di educazione sanitaria anche a livello scolastico
- Attivare opportune attività formative, rivolte agli operatori competenti delle ASL, MMG, pediatri di libera scelta, inerenti le problematiche legate all'esposizione allergica, agli inquinanti e a materiale da contatto
- Coinvolgere nei programmi di prevenzione i Medici di Medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli operatori consultoriali, creando punti di servizio ambulatoriali a livello distrettuale, coordinati con tutti i servizi territoriali e ospedalieri competenti in materia.

### **1.2.7. Le malattie reumatiche ed osteoarticolari**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Le malattie reumatiche comprendono una serie di patologie assai diverse tra loro e caratterizzate da un diverso potenziale di evolutività e cronicizzazione. Accanto a forme di moderata gravità e/o passibili di risoluzione nel breve termine, esistono un gran numero di patologie a decorso cronico evolutivo con elevato tasso di disabilità o invalidità quali l'artrite reumatoide ed altre poliartriti croniche, le spondiloartriti sieronegative, le connettiviti sistemiche, l'osteoporosi (e relative fratture da fragilità), la gonartrosi e coxartrosi gravi e così via.

In Liguria il numero di persone affette da patologie reumatiche è stimato intorno al 10% della popolazione: sono colpite tutte le fasce di età, inclusa quella pediatrica, con una maggiore incidenza percentuale tuttavia per gli adulti e gli anziani. Il dato numerico di questi pazienti potrebbe quindi notevolmente incrementare in un prossimo futuro a causa di un prevedibile ulteriore aumento della età media della popolazione.

Le malattie reumatiche costituiscono la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di invalidità permanente, rappresentando la più frequente causa di assenza dal lavoro e sono responsabili del 27% circa delle pensioni di invalidità sul territorio nazionale. Esse costituiscono pertanto un formidabile impegno economico per il sistema socio-sanitario.

I costi sociali derivanti sono elevati, sia in termini economici, sia per quanto concerne il deterioramento della qualità della vita, ed aumentano con il progredire del danno articolare che nel caso delle malattie reumatiche ha carattere rapidamente evolutivo, quando queste non vengono diagnosticate precocemente ed adeguatamente trattate.

In termini numerici, si può stimare che almeno 125.000 liguri soffrano per una artrosi sintomatica, 12.500 siano affetti da una artrite reumatoide, 9.300 da spondiloartriti sieronegative, e 4.700 da forme diverse, comprendenti le connettiviti e le artriti microcristalline.

L'osteoporosi colpisce un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni, e si stima che il rischio di incorrere durante la vita in una frattura da fragilità sia del 40% nella donna e del 15% nell'uomo. In particolare la frattura del femore è causa di elevata mortalità (compresa tra il 15 e il 30%) e di una elevata disabilità con conseguenti rilevanti costi socio-sanitari.

Un piano concreto d'intervento nel campo delle malattie reumatiche deve muoversi secondo principi che da una parte mettano al centro della organizzazione il malato reumatico e dall'altra realizzino azioni di coordinamento ed integrazione tra i vari livelli di assistenza che consentano una maggiore razionalizzazione delle risorse ed una maggiore omogeneità dei servizi erogati.

**Obiettivi:**

- Avviare programmi di informazione e prevenzione nel campo delle malattie reumatiche
- Assicurare la diagnosi precoce delle malattie reumatiche e osteoarticolari
- Realizzare la continuità assistenziale nel percorso clinico del malato reumatico
- Ridurre la disabilità e migliorare la qualità di vita del malato reumatico

**La realizzazione dei presenti obiettivi si traduce nelle seguenti Azioni per le Aziende:**

- Organizzare programmi educazionali relativi alle malattie reumatiche per gli operatori sanitari, nell'ambito della Educazione Continua in Medicina
- Organizzare iniziative di Educazione Sanitaria rivolte alla popolazione residente
- Organizzare programmi di screening mirati per patologia e/o per popolazione
- Promuovere l'adozione di protocolli assistenziali condivisi tra Medico di Medicina Generale e Medico Specialista, al fine di assicurare una diagnosi precoce

### 1.2.8. Le malattie rare

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

La Commissione europea ha definito rare quelle malattie la cui incidenza non è superiore a 5 casi per 10.000 abitanti.

In letteratura sono state identificate circa 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano nel complesso circa il 10% delle patologie che affliggono l'umanità.

L'80% delle malattie rare è di origine genetica, mentre il restante 20% sono acquisite, ma ugualmente gravi ed invalidanti.

A causa della scarsa diffusione, queste malattie sono difficili da diagnosticare e spesso sono pochi i centri specializzati nella diagnosi e nella cura; per molte di esse non esistono ancora terapie efficaci.

Le malattie rare, in quanto croniche ed invalidanti, rappresentano un importante problema sociale.

#### **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 è stata istituita, con deliberazione della Giunta Regionale n. 1413 del 22 novembre 2002, la Rete Regionale per la diagnosi e la cura delle malattie rare, che si coordinerà con la rete nazionale.

In particolare, in Regione, sono garantite alle persone affette da malattie rare ed ai familiari (se la malattia è di origine genetica) le prestazioni necessarie alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie stesse, ivi compresi i trattamenti farmacologici.

#### **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.
- Garantire l'avvio e la piena operatività della Rete regionale

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.



### **1.2.9. Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione e i rischi infettivi per la collettività**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Il controllo di molte malattie prevenibili con la vaccinazione è risultato in Italia molto efficace: la difterite e la poliomielite sono state eradicato, l'epatite B è in continua regressione e il tetano ormai colpisce quasi esclusivamente persone anziane non vaccinate (PSN 2003-2005). giustificazione

Altre malattie quali, ad esempio, il morbillo e l'influenza (*Haemophilus influenzae* di tipo B) sono ancora largamente diffuse in Italia ed in Liguria in particolare. Per esse occorre raggiungere una adeguata copertura vaccinale.

I rischi infettivi, comunque, vista la loro straordinaria capacità di mutazione, adattamento ecologico e velocità di migrazione (come recentemente confermato dalla SARS) rappresentano sempre una minaccia incombente. Recentemente sono infatti riemerse in Europa patologie infettive, umane ed animali, che si consideravano ormai controllate, quali ad esempio la tubercolosi e la malaria.

In tale ambito, le Regioni e le Province Autonome hanno individuato alcune priorità per un intervento coordinato, che attengono ai seguenti campi: miglioramento della sorveglianza delle malattie infettive; controllo delle malattie prevenibili con vaccinazione ed in particolare eliminazione del morbillo; pandemia influenzale; tubercolosi; infezioni acquisite nell'attività di assistenza; malattie a trasmissione sessuale e delle infezioni da HIV; malattie ad alta infettività (Ebola, Marburg, Lassa, Vaiolo, ecc.);

Va aggiunto che nel corso degli ultimi anni ha assunto evidenza, quale fattore di rischio per la salute, la qualità dell'aria ed in tempi ancor più recenti testimonianze scientifiche hanno confermato l'esistenza di correlazione tra la qualità dell'aria negli edifici e la salute delle persone che li occupano. Gli inquinanti che si rilevano, chimici, fisici e biologici, tra i quali la ben nota legionella, comportano gravi affezioni a livello polmonare a decorso in certi casi mortali.

A tale proposito la legge regionale del 02/07/2002 n. 24 "Disciplina per la costruzione, installazione, manutenzione e pulizia degli impianti aeraulici" si propone l'igienicità della conduzione dei sistemi impiantistici aeraulici per la salvaguardia della salute pubblica.

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.

E' pertanto necessario, al fine di coordinare l'azione regionale con le iniziative assunte a livello europeo in merito all'istituzione del nuovo Centro europeo di Controllo delle Malattie, valutare l'opportunità di costituire un organismo regionale di Controllo delle Malattie per supportare l'azione di contrasto alle diffusione di eventuali epidemie o pandemie con il compito di effettuare la sorveglianza epidemiologica ed il controllo delle malattie trasmissibili. Tra i suoi compiti, potrà anche essere previsto il monitoraggio, il controllo e la raccolta delle evidenze scientifiche in modo da poter selezionare gli strumenti da utilizzare contro malattie nuove come la SARS e i rischi di bioterrorismo e assicurare il sistema di allerta rapido nell'ambito dell'attuazione della decisione n. 2119/98/CE.

#### Obiettivo

Miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro della collettività, per la prevenzione dei rischi per la salute

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

Sviluppare le strategie vaccinali, già in atto con il coinvolgimento dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, per:

- 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%;
- raggiungere il 95% di copertura vaccinale per morbillo, rosolia e parotite, Hib entro i 24 mesi;
- raggiungere la copertura vaccinale per influenza del 75% della popolazione sopra i 64 anni;
- tendere alla completa eliminazione dei casi di tetano;
- offrire la vaccinazione antipneumococcica per le categorie con elevato rapporto costo/beneficio;
- estendere i livelli di copertura vaccinale alla popolazione immigrata;

- recuperare i soggetti non vaccinati;
- assicurare la sorveglianza e controllo della tubercolosi;
- assicurare la sorveglianza e controllo della legionellosi;
- adottare le misure atte ad assicurare la sorveglianza e controllo delle malattie ad alta infettività;
- assicurare la sorveglianza ed il controllo delle zoonosi;
- migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema di sorveglianza delle malattie, anche adeguando il sistema informativo e accrescendo la funzionalità dei laboratori;
- 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;
  - la definizione delle modalità più utili per il loro controllo e per l'impostazione di una corretta programmazione in materia;
  - la realizzazione dei relativi interventi formativi per contribuire alla crescita culturale in tema di sicurezza e salute..

## **1.2.10. La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale**

### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

Risale al 1984 la prima segnalazione di casi di AIDS in Liguria, riguardante un maschio quarantaseienne non residente nella nostra Regione. Da allora, sino al 30 giugno 2003, le segnalazioni provenienti dalle strutture della nostra Regione sono state 2772. Queste comprendono 2418 notifiche relative a persone residenti in Liguria e 294 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 167.

La residenza delle 354 persone non Liguri (12,7% del totale delle notifiche da strutture liguri) risulta essere principalmente nelle Regioni limitrofe.

Al 30.06.2003 si contano 2585 casi diagnosticati, di cui 813 in vita. Al 30 giugno 2003 riferendoci alla popolazione ligure del penultimo Censimento Nazionale della Popolazione (1991), il tasso cumulativo d'incidenza risulta di 156 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. Il dato sembra diminuire con 3,6 casi e 1,9 casi per 100.000 abitanti nel 2002 e nel 2003 rispettivamente

La provincia più colpita è Genova con 1706 casi di cui: 1141 deceduti, 373 viventi e 94 n. d. d.; segue Savona con 362 casi di cui: 229 deceduti, 113 viventi e 20 n. d. d..

### **La realizzazione dell'obiettivo di 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 1.3 RIDURRE GLI INCIDENTI E LE INVALIDITÀ**

### **Obiettivo 1.3.1. Ridurre gli incidenti sulle strade**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema 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.

Hanno particolare rilevanza anche nella nostra regione gli infortuni sul lavoro legati alla strada (parte dei quali - circa il 30% - "in itinere")

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
- Assicurare che le condizioni di lavoro non determinino un aggravamento del fattore di rischio.

### **Obiettivo 1.3.2. Ridurre gli incidenti 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 tassi di mortalità tra i più elevati del paese. Tuttavia tale triste primato emerge anche confrontando classi di età omogenee.

Anche a livello nazionale, quella degli incidenti domestici costituisce una causa di morte in progressiva crescita.

#### **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 1.4. MIGLIORARE LA MEDICINA TRASFUSIONALE**

### Situazione

Al momento in Regione Liguria operano 12 Strutture Trasfusionali di varie dimensioni e caratteristiche: sette di queste strutture afferiscono ad Aziende Sanitarie Locali , tre ad Aziende Ospedaliere, una all'Ente Ospedaliero Osp. Galliera e una all'Istituto Scientifico G. Gaslini.

Da un esame globale dell'attività trasfusionale nella Regione Liguria si evince che per l'anno 2001 è stata mantenuta l'autosufficienza di emazie ed emocomponenti corpuscolati mentre non è stata ancora raggiunta l'autonomia per gli emoderivati dalla produzione del plasma; l'autotrasfusione viene diffusamente utilizzata e la prevenzione delle malattie trasmesse con il sangue e l'attività immunoematologica è condotta ad ottimo livello .Le strutture trasfusionali del S. Martino e del Gaslini supportano l'attività ematologica e trapiantologica di due centri di portata nazionale; in tutte le strutture ospedaliere regionali viene assicurato un buon intervento trasfusionale.

L'attuale organizzazione non permette però alla struttura di adattarsi in modo organico alle molteplici esigenze ed evidenzia la frattura tra i diversi settori operativi e la ripetizione di identiche funzioni.

### Obiettivi

In considerazione del fatto che i compiti cui i Servizi trasfusionali devono assolvere rispondono ad esigenze di carattere sia intra-aziendale (attività d'assegnazione e distribuzione del sangue e derivati, attività di Medicina trasfusionale) sia sovra-aziendale (con riferimento alle problematiche dell'autosufficienza, della compensazione, della selezione e controllo del donatore, della raccolta, lavorazione, validazione, conservazione), è necessario:

- prevedere una razionalizzazione delle strutture esistenti su base territoriale ampia, di tipo dipartimentale, per poter meglio governare la gestione di tutte le attività ( raccolta, produzione, conservazione e distribuzione di emocomponenti, nonché tutte le attività di medicina trasfusionale);



- garantire allo stesso tempo livelli omogenei di qualità e di sicurezza operativa e livelli assistenziali essenziali e uniformi nelle strutture ospedaliere del territorio di competenza.

**L'istituzione dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale** è da considerarsi un intervento idoneo ai fini di una migliore programmazione della raccolta del sangue e ribadisce il principio espresso dalla normativa vigente in materia (L. n. 107/1990, D. M. n. 502/1992 e successive modifiche, D.M del 1° marzo 2000, DPCM 1° settembre 2000), che indica l'organizzazione dipartimentale come la più idonea a garantire contemporaneamente sufficienza e sicurezza della produzione di sangue e derivati e garanzia di qualità dell'assistenza di medicina trasfusionale, con un uso congruo e razionale delle risorse a disposizione.

La Regione Liguria inoltre riconosce il ruolo fondamentale ed insostituibile delle associazioni e federazioni dei donatori di sangue nel perseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, ne garantisce la necessaria partecipazione alle attività trasfusionali concernenti la promozione e lo sviluppo della donazione del sangue e ne garantisce la tutela. A tal fine promuove lo sviluppo associativo, ne sostiene le iniziative e ne salvaguarda l'autonomia.

## **Obiettivo 1.5. PROMUOVERE I TRAPIANTI**

### **Obiettivo 1.5.1. Aumentare il numero di trapianti e la sopravvivenza da donatore cadavere**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema

L'attività di trapianto d'organo in Italia, sicuramente è ai livelli qualitativi dei paesi con più elevato standard di prestazione. Dal punto di vista quantitativo, pur essendo vicina ai livelli dei principali paesi, è ancora insufficiente a soddisfare le lunghe liste di attesa

La Regione Liguria insieme con altre regioni del Centro Nord si è particolarmente distinta in questo settore raggiungendo nel 2003 la percentuale di 26 donatori per milione di abitanti a fronte di una media nazionale del 17 ed europea di 17.

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 effettuati con autorizzazione ministeriale presso l'Ospedale San Martino di Genova e Cliniche Universitarie convenzionate 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 (rene, pancreas e fegato di cui 292 trapianti pediatrici e 78 trapianti da donatore vivente), 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 anche in riferimento agli indirizzi del piano sanitario nazionale 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 (progetto SIFT finanziato dal Ministero della Salute in corso di attuazione);
- aumentare il numero dei trapianti d'organo e migliorare sopravvivenza e qualità di vita dei trapiantati.
- Promuovere la valutazione di qualità delle attività di trapianto

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

- Realizzazione della rete e del Registro Ligure dei Trapianti collegato con i Registri interregionali, Nazionale ed Europeo utilizzando ed integrando i risultati del progetto Liguria –Trento Network LTTN (finanziato dal Ministero della Salute);
- Potenziamento del Dipartimento Trapianti e del Centro di Riferimento Regionale presso l'Azienda Ospedale San Martino di Genova
- Potenziamento delle rianimazioni e dei prelievi di organi nella Regione attraverso la incentivazione dei coordinatori locali in ciascuna Azienda USL
- Indirizzo, supporto ed adeguamento degli aspetti organizzativi e strutturali 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 di eccellenza (trapianti multiorgano, trapianto pediatrico, trapianto da donatore 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;

- Attivare algoritmi oggettivi e trasparenti per l'assegnazione degli organi da trapiantare e per i pazienti trapiantati uniforme su tutto il territorio regionale e nazionale;
- 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.

## **1.5.2. Aumentare il numero di 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 1.5.3: 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 2: L'AMBIENTE E LA SALUTE**

### **Obiettivo 2.1. PROMUOVERE LA PROTEZIONE DELLA SALUTE E DELL'AMBIENTE**

Negli ultimi decenni si è affermata la consapevolezza della gravità del rischio sanitario correlato alle matrici ambientali e la necessità di considerare congiuntamente i problemi relativi allo stato di salute e alla qualità dell'ambiente.

Il concetto di "ambiente e salute" (Environmental Health) secondo la definizione dell'OMS comprende quegli aspetti della salute umana, inclusa la qualità della vita, che sono determinati da fattori dell'ambiente e si riferisce alla necessità di valutare, correggere, controllare e prevenire quei fattori ambientali che possono potenzialmente produrre effetti avversi sulla salute della generazione presente e futura.

Il Programma Comunitario "Ambiente 2010: il nostro futuro, la nostra scelta" raccomanda la coerenza tra le varie politiche per un rafforzamento vicendevole e sottolinea l'esigenza di continuare a integrare gli aspetti ambientali in politiche come i trasporti, l'energia e l'agricoltura, oltre all'importanza della pianificazione territoriale, degli interventi a livello regionale e locale per la promozione dello sviluppo sostenibile e di nuove forme di partecipazione di cittadini e imprese.

Il Programma individua quattro aree che necessitano di interventi più rigorosi: contrastare il cambiamento climatico, proteggere la natura, la flora e la fauna; affrontare i legami fra ambiente e salute; preservare le risorse naturali e migliorare la gestione dei rifiuti.

#### **Obiettivo**

Realizzazione di una pianificazione regionale coordinata per la salute e per l'ambiente

Per il perseguimento dell'obiettivo è necessario un approccio olistico all'ambiente e alla salute incentrato sulla protezione e prevenzione dei rischi, con la messa in atto di azioni strategiche, basate sulla collaborazione profonda tra forze istituzionali e sociali, nel pieno rispetto delle reciproche competenze tecniche e funzionali, per il rafforzamento della ricerca e delle conoscenze scientifiche a sostegno degli obiettivi di salute e ambiente, in particolare per indicare le aree prioritarie di ricerca ed intervento e definire



e sviluppare indicatori di salute e ambiente.

La conoscenza del quadro di riferimento in tema di promozione e protezione della salute e di protezione ambientale e delle loro connessioni, rende esplicita la necessità di una integrazione programmatica e operativa tra Aziende USL/ARPAL/IZS che, assicurando il proprio apporto tecnico allo sviluppo delle politiche degli Enti Locali per il miglioramento della salute della popolazione e nell'ambito dello sviluppo sostenibile, si traduca in interventi efficaci di tutti gli organismi preposti.

Saranno gestiti congiuntamente con una buona collaborazione integrata fra USL e ARPAL, e con il coinvolgimento dell'IZS, progetti riguardanti:

- la valutazione dell'esposizione ambientale e l'epidemiologia ambientale
- iniziative informative di prevenzione sanitaria e ambientale
- la comunicazione del rischio relativo alla salute e all'ambiente.
- il diritto di accesso all'informazione per la promozione della "salute ambientale"
- lo Sportello della prevenzione e lo Sportello ambientale

I nuovi strumenti di pianificazione sanitaria e ambientale di livello territoriale, come i Piani di azione locali per la salute e l'Agenda 21 locale, potranno concretizzarsi nell'obiettivo della realizzazione del Piano integrato locale per la salute e per l'ambiente.

#### **La realizzazione del presente obiettivo si traduce nelle seguenti azioni**

- individuazione ed analisi delle principali aree e situazioni di criticità;
- costruzione di profili di rischio integrati;
- definizione di indicatori comuni per la pianificazione degli interventi e la valutazione della loro efficacia;
- informazione alla popolazione, documentazione scientifica;
- integrazione e sviluppo dei sistemi informativi (SIS, SINA), all'interno del sistema informativo regionale;
- attribuzione alla valutazione di impatto sulla salute di un rilievo maggiore di quello attuale, nell'attività relativa all'esame dei progetti sottoposti a valutazione di impatto ambientale (VIA) o a valutazione ambientale strategica (VAS),
- incoraggiamento della partecipazione dei cittadini, a supporto dell'attuazione dei procedimenti di concertazione territoriale quali Città Sane, Agenda 21 locale.

## **Obiettivo 2. 2.: PIANIFICAZIONE E RISPOSTA SANITARIA IN CASO DI EVENTI TERRORISTICI ED EMERGENZE DI ALTRA NATURA**

La minaccia del terrorismo con armi non convenzionali ed in particolare il bioterrorismo negli ultimi anni è divenuta realtà. In molti Paesi occidentali, tra i quali l'Italia, tale rischio è diventato sempre più plausibile. Per questo motivo occorre che anche il sistema sanitario si mobiliti per far fronte a tali emergenze, ponendo in essere una attività di preparazione continua a monte dell'evento, al fine di offrire una risposta immediata ed efficace al verificarsi di tali evenienze.

A tale proposito, il sistema di emergenza 118, gli ospedali e le Asl, i Dipartimenti di prevenzione, i laboratori diagnostici e l'Arpal devono collaborare per mettere a punto una adeguata rete di difesa.

### **Obiettivi**

Il presente documento fa propri gli obiettivi previsti dal PSN 2003-2005:

- programmare le misure preventive
- definire le misure di sorveglianza, ovvero attivare preventivamente le funzioni specifiche adeguandole alla minaccia;
- pianificare le misure di soccorso e trattamento, al fine di ripristinare le condizioni di salute dei soggetti eventualmente colpiti, bonificare gli ambienti colpiti e/o i materiali contaminati nonché contenere e/o inattivare il rischio residuo;
- diffondere la cultura dell'emergenza e migliorare la capacità degli operatori a risposte pronte ed adeguate;
- incrementare la capacità informativa a favore della popolazione al fine di accrescere la fiducia del cittadino e la conoscenza dei comportamenti più opportuni da adottare;

### **La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le aziende:**

- predisporre un piano provinciale da concordare con gli uffici territoriali del Governo per fronteggiare le emergenze NBCR, finalizzato al potenziamento della capacità di risposta delle Istituzioni Pubbliche. Il fulcro dell'organizzazione dell'emergenza è il Servizio 118 territoriale che deve agire da tramite per tutte le emergenze, attraverso una banca dati che sia a conoscenza delle risorse disponibili; conseguentemente

alla predisposizione del piano, le Aziende provvederanno ad adeguare le proprie strutture

- formare il personale sanitario d'intesa con il Dipartimento della protezione civile per fronteggiare situazioni di emergenza NBCR

## **Obiettivo 2.3. SALUTE E SICUREZZA NELL'AMBIENTE DI LAVORO**

### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria.

La salute e la sicurezza sul luogo di lavoro rappresenta oggi uno dei settori più importanti della politica sociale dell'Unione Europea.

La nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006, "Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società", si basa su una impostazione globale del benessere sul luogo di lavoro, prendendo in considerazione:

- le trasformazioni del mondo del lavoro per migliorarne la qualità;
- il consolidamento di una cultura di prevenzione dei rischi;
- la combinazione di strumenti strategici differenziati;
- la realizzazione di alleanze tra tutti i soggetti nel campo della salute e della sicurezza.

L'ILO (International Labour Organization) stima che ogni anno nel mondo siano più di un milione gli incidenti e le malattie legate al lavoro.

I dati dell'Unione Europea mostrano che quattro settori (pesca, agricoltura, edilizia, servizi nel settore della salute e dell'azione sociale) presentano un tasso d'incidenza superiore alla media del 30%. Altri quattro (industrie estrattive, industria manifatturiera, alberghi e ristoranti, trasporti) registrano un tasso d'incidenza superiore alla media del 15%. Tali cifre subiscono un notevole aumento se si prendono in considerazione solo le piccole e medie imprese e le piccolissime imprese.

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

In Liguria, mettendo in rapporto gli infortuni con il numero di addetti e utilizzando quindi dei tassi (grezzi e standardizzati), si evidenzia che nel 2000, su un tasso standardizzato medio di 44,9 per la Liguria, si distacca significativamente da tale valore solo La Spezia con un tasso di 54,0, che dimostra la notevole rilevanza del fenomeno in questa provincia.

Nel complesso della Regione, i settori lavorativi che maggiormente contribuiscono ai livelli infortunistici sono l'industria, l'edilizia, l'agricoltura e le attività portuali.

Gli infortuni mortali riconosciuti tra il 2000 ed il 2001 sono stati 52 (rispettivamente 23 nel 2000 e 29 nel 2001), con un trend che, al di là delle oscillazioni annuali (ovviamente "casuali" relativamente a numeri di tale minima entità), appare in diminuzione rispetto al

decennio precedente, pur se sostanzialmente stabile negli ultimi 4 - 5 anni. Nel computo totale degli infortuni mortali è stato negli ultimi anni assai rilevante (pari a circa il 50%) il contributo degli infortuni sul lavoro legati alla strada (parte dei quali - circa il 30% - "in itinere").

Relativamente alle malattie professionali, nell'ambito del costante decremento delle denunce che si sta verificando negli ultimi anni a livello nazionale, anche in Liguria si è assistito nello stesso periodo ad una lieve diminuzione, con un numero complessivo di denunce di poco superiore al migliaio: tra queste rimangono in testa le ipoacusie da rumore, seguite dalle patologie respiratorie. Ancora poco significativo è il numero delle malattie professionali non tabellate.

Particolare riguardo meritano invece le neoplasie che rappresentano - come in ambito nazionale - un fenomeno a parte caratterizzato da un progressivo incremento di denunce e riconoscimenti nell'ultimo decennio. La Liguria contribuisce sensibilmente all'andamento nazionale con un trend in netto aumento progressivo: nel periodo 1994-2001 la Liguria, con 315 riconoscimenti di neoplasie professionali, ha contribuito con un 13% al complesso di quelle riconosciute in tutto il paese. Nel 2001 sono state denunciate nella nostra regione quali 100 neoplasie, circa l'80% di quelle riconosciute.

### **Alcuni dati sulla situazione infortunistica e delle patologie professionali in Liguria.**

Gli addetti assicurati all'INAIL sono in lieve progressivo aumento (da n. 394.491 nel 1998 a n. 401.675 nel 2000). I dati ISTAT depongono del resto per una ripresa negli ultimi anni degli occupati (n. 612.000 nel 2001) che dopo il significativo decremento dei primi anni '90 stanno risalendo fin quasi a raggiungere i livelli della fine del decennio '80. Tale risalita è derivata in particolare (ma non solo) dall'incremento di occupati nel settore terziario.

In base ai movimenti della Denuncia Normativa degli Assicurati, in vigore dal 16 marzo 2000 presso l'INAIL, ci sono state tra il 16/03/2000 ed il 31/12/2001 n. 202.215 nuove assunzioni cui hanno corrisposto 175.381 cessazioni di lavoro, per un saldo attivo di n.25.834.

Infortuni denunciati per anno in Liguria nel complesso di Industria, Commercio, Servizi e Agricoltura (escluso Conto Stato):

anno	Totale denunciati	GE	SP	SV	IM
1997	30521	50%	16%	19%	15%
1998	30413	50%	17%	19%	14%
1999	30785	50%	17%	19%	14%
2000	31173	51%	16,5%	19,5%	13%
2001	33033	53%	14%	19%	14%

Dal punto di vista delle conseguenze, la media - ormai stabilizzata - relativa alle frequenze d'infortunio nel triennio 1997-1999 indica:

	inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morte	Frequenze relative	Numero indice
Liguria	42,57	2,83	0,06	45,32	113,4
Italia	37,99	1,90	0,09	39,98	100,0

(in Liguria la frequenza infortunistica è superiore del 13% a quella media nazionale).

Tra le neoplasie riconosciute spiccano (in percentuale maggiore del 50% del totale) i mesoteliomi legati all'esposizione ad amianto, seguiti dai tumori polmonari e dai tumori della vescica. Complessivamente le neoplasie dell'apparato respiratorio rappresentano comunque una larga percentuale (superiore all'80%) del totale di quelle riconosciute

## Obiettivi

- continua riduzione degli infortuni e delle malattie professionali: tenendo in considerazione, nella valutazione dei rischi e nelle misure di prevenzione:
  - delle trasformazioni nelle forme di occupazione e nelle modalità di organizzazione del lavoro;
  - delle evoluzioni di natura demografica e sociale ;
  - dei rischi nuovi o emergenti, in particolare quelli che sono legati all'interazione tra agenti chimici, fisici e biologici, nonché quelli che sono legati all'ambiente globale di lavoro (rischi ergonomici, psicologici e sociali);
  - dimensioni delle imprese.
- rafforzamento della cultura della prevenzione dei rischi che permetta di anticiparli e

controllarli con maggior efficacia, coinvolgendo tutti i soggetti, compresi i lavoratori stessi.

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;
- all'efficienza della rete dei Servizi della prevenzione collettiva potenziata dal suo allargamento al Sistema integrato delle attività di prevenzione (ASL, INAIL, INPS, Direzione Regionale del Lavoro, ISPESL ecc.) anche con la programmazione coordinata;
- all'attuazione del Protocollo d'intesa Regione/INAIL/ISPESL siglato il 25/07/2002 dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni per la pianificazione e programmazione delle iniziative di prevenzione nei luoghi di lavoro, nella logica di un sistema informativo integrato finalizzato all'elaborazione di mappe di rischio;
- alla realizzazione del progetto Regione/ISPESL riguardante l'indagine sugli infortuni lavorativi attraverso il coordinamento sistemico per la conduzione e la registrazione delle inchieste infortuni nella regione

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

- attuare progressivamente le attività necessarie alla realizzazione del Protocollo d'intesa Regione/INAIL/ISPESL;
- 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 assistenza tecnica, 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)

- incrementare le funzioni di controllo negli ambienti di lavoro, anche attraverso i necessari raccordi con tutti gli altri Enti ed Organismi competenti;
- effettuare un monitoraggio permanente per l'applicazione del D.Lgs. 626/94 ;
- attuare gli interventi previsti nel progetto Regione/ISPESL per un sistema di sorveglianza epidemiologica degli infortuni lavorativi finalizzati alla ricerca delle causa.



## **Obiettivo 2.4: 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.

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 annualmente sulla situazione delle strutture sanitarie pubbliche riferita alla rilevazione sul possesso dei requisiti minimi (strutturali, strumentali ed organizzativi) di cui al DPR 14/1/97, al monitoraggio sugli infortuni, sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché sulle infezioni ospedaliere, è emerso 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.

La Regione, per una definizione sistemica e razionale di tali aspetti, ha affidato all'ARPAL la progettazione delle attività necessarie allo sviluppo dei sistemi di gestione aziendale finalizzati alla sicurezza nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e l'attuazione del progetto in strutture sanitarie campione, coordinata dalla struttura regionale competente.

### **Obiettivo.**

Riduzione dell'incidenza delle infezioni ospedaliere

**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;
- implementare il 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; d) ai requisiti minimi di cui al DPR 14/1/1997;
- assicurare la continuità dell'attività dei gruppi professionali ed interprofessionali per l'analisi e revisione critica delle procedure sanitarie e lo sviluppo di linee-guida finalizzate alla gestione del rischio anche nel campo delle infezioni ospedaliere;
- adeguare le misure di sorveglianza e controllo delle infezioni nei confronti delle malattie infettive emergenti;
- 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 di linee guida;
- provvedere alla formazione permanente dei lavoratori in relazione all'evoluzione dei rischi;
- 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;
- attuare, secondo programma e tempistica definiti, le attività necessarie allo sviluppo dei sistemi di gestione aziendale per la sicurezza, con il supporto tecnico dell'ARPAL, come previsto dai provvedimenti adottati dalla Giunta
- 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 3: LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITA' VETERINARIA**

#### **Obiettivo 3.1: LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI “DAI CAMPI ALLA TAVOLA”**

E' ormai universalmente riconosciuta la correlazione tra alimentazione e salute e il ruolo di prevenzione di patologie degenerative ed infettive affidato ad una corretta e sana alimentazione.

La sicurezza degli alimenti costituisce uno strumento primario di prevenzione e comporta per tutta la filiera alimentare il rispetto delle misure necessarie a garantire la salubrità e la sicurezza dei prodotti, tenuto anche conto che le condizioni e la qualità dell'ecosistema influiscono sui diversi anelli della catena alimentare.

Per la salute pubblica e la protezione dei consumatori è pertanto essenziale un approccio coordinato e olistico in relazione all'igiene che comprenda, come parte integrante delle politiche alimentari, il perseguimento della salute e del benessere degli animali, anche attraverso la sicurezza dei mangimi e la lotta alle più diffuse malattie zoonotiche.

L'Unione Europea, individuata la sicurezza alimentare quale priorità strategica fondamentale, ha presentato nel 2000, con il “Libro Bianco”, la propria strategia fondata sul principio che la sicurezza alimentare deve basarsi su un approccio completo e integrato di tutti i settori della catena alimentare, promuovendo la politica “dai campi alla tavola” e con il Regolamento CE 178/2002 del 28/1/2002 .ha stabilito i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituito l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare e fissato procedure nel campo della sicurezza alimentare.

Tutti i partecipanti alla catena alimentare (produttori di mangimi, allevatori, agricoltori, produttori e operatori del settore alimentare e consumatori) e, pur con ruolo diverso, l'autorità di sorveglianza e controllo, hanno pertanto responsabilità primaria sulla sicurezza degli alimenti.

Delle azioni per la sicurezza e la salute poste in atto dalle Aziende Sanitarie devono quindi essere compartecipi I consumatori e i produttori, i primi in quanto anello portante della catena dei consumi, rappresentano l'indice di gradimento della qualità dei prodotti alimentari, i produttori in quanto responsabili dell'autocontrollo sono parte attiva e incisiva nel sistema di controllo ufficiale da parte delle Aziende U. S. L.

## Controllo ufficiale sui prodotti alimentari nella Regione Liguria 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
NUMERO DI UNITA'	37271	38547	31985	34102
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	17816	11016	12067	11066
NUMERO DI ISPEZIONI	35932	25137	28377	28406
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	2530	1479	2137	1578
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	4778	4759	6957	9700
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	257	201	211	191
NUMERO INFRAZIONI	2810	2757	3454	3715
a) igiene generale				
b) igiene (HACCP, formazione personale)	48	317	607	459
c) composizione	9	12	8	2
d) contaminazione (diversa da quella microbiologica)	3	4	8	3
e) etichettatura e presentazione	124	43	40	58
f) altro	565	588	685	602
PROVVEDIMENTI a)	1742	1909	2654	2411
amministrativi				
b) notizie di reato	173	73	54	60

## **Obiettivo**

Riduzione delle malattie causate da alimenti.

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

- definire modelli operativi e protocolli di intervento per la valutazione e la gestione del rischio in tutte le fasi della catena alimentare, per uscire gradualmente dalla logica dell'emergenza;
- assicurare assistenza tecnica ai produttori primari e alle industrie alimentari per lo sviluppo della qualità igienica dei prodotti;
- realizzare interventi di informazione ed educazione sanitaria nei confronti degli operatori del settore alimentare e dei consumatori;
- garantire il sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili anche attraverso i Centri per le Malattie Trasmissibili da Alimenti (MTA)
- assicurare anche attraverso l'integrazione USL-ARPAL-IZS l'implementazione, in termini di efficacia e qualità, dei controlli svolti;
- rendere più efficace il sistema di allerta sugli alimenti anche attraverso il miglior utilizzo dei sistemi informatici.

### **Obiettivo 3.1: LA SANITÀ ANIMALE**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

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).

Fermo restando che gli aspetti organizzativi sono quelli disciplinati dalla legge 833/78, le disposizioni poste a tutela della salute del consumatore, e del benessere degli animali che ne costituisce il presupposto, sono stabilite da decisioni, direttive, regolamenti comunitari.

Pertanto, le Istituzioni competenti, per i propri livelli di responsabilità relativi alla tutela della salute collettiva, anche in questo campo di attività, devono sempre tenere conto dell'evoluzione scientifica e normativa di settore. Ne consegue che le strutture preposte a garantire le attività di sanità animale debbono mantenere adeguata la propria organizzazione territoriale per fornire agli utenti risposte efficaci ed efficienti ed assolvere, così, in modo soddisfacente ai compiti istituzionalmente previsti di tutela della salute collettiva.

#### **Obiettivi:**

- eradicazione e controllo delle malattie infettive, infestive e diffuse degli animali, come previsto dalle norme comunitarie, statali e regionali;
- controllo della tracciabilità nella filiera alimentare e dello stato di benessere degli animali;
- realizzazione di un sistema di auditing per la verifica dell'efficacia del sistema regionale del controllo ufficiale degli alimenti e delle popolazioni animali,

conformemente ai requisiti stabiliti da norme riconosciute a livello internazionale (OIE, Codex, ISO EN) che permettono di misurare la qualità del servizio / prodotto.

- **La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:**
- l'implementazione delle anagrafi degli animali da reddito e da affezione . Per gli animali da reddito l'implementazione è primariamente finalizzata al controllo della tracciabilità nella filiera alimentare e alla qualità del prodotto; per gli animali da affezione quello di garantire il rapporto cittadino-ambiente. Entrambe soddisfano l'esigenza di monitorare lo stato di benessere degli animali;
- l'implementazione dei controlli , anche attraverso le necessarie intese con gli altri organismi di controllo deputati, nel settore dei mangimi e nel processo produttivo degli alimenti destinati agli animali da reddito e agli animali familiari, anche al fine di procedere all'accertamento dell'eliminazione dal circuito dell'alimentazione animale del materiale specifico a rischio;
- monitoraggio del mantenimento dell'idoneità strutturale e funzionale degli stabilimenti del settore di produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati.
- realizzazione di un sistema informativo, integrato col sistema esistente, per la raccolta e l'analisi dei dati che consenta la caratterizzazione e il monitoraggio dei rischi per la sicurezza degli alimenti destinati all'uomo e agli animali e per la salute e il benessere degli animali ;
- promuovere iniziative di formazione permanente per il personale dei Dipartimenti di Prevenzione ;
- attuazione di interventi di informazione, aggiornamento e assistenza tecnica alle categorie interessate ;



## OBIETTIVO 4: LA SALUTE E IL SOCIALE

### Obiettivo 4.1: LA SALUTE DEL NEONATO, DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE

#### 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 2003-2005 e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale (D.M. 24/4/2000), non ancora pienamente applicato:

- Ridurre la mortalità perinatale ed infantile
- migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica
- Diminuire la prevalenza di neonati sottopeso alla nascita (in linea con l'obiettivo previsto dall'OMS)
- Diminuire le morti improvvise in culla, prima causa di mortalità infantile dopo la prima settimana di vita, attraverso campagne informative atte a ridurre i fattori di rischio.
- diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo

- ottimizzare il numero dei punti nascita
- 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
- educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola, degli enti territoriali e dei servizi socioassistenziali competenti. In particolare, si avrà riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, degli abusi e dello sfruttamento minorile, delle malattie sessualmente trasmesse, tossicodipendenza e degli infortuni ed incidenti

**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). Il distretto analizza la domanda ed attiva programmi assistenziali coinvolgendo i consultori familiari, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale, le divisioni ospedaliere di neonatologia, pediatria, ostetricia e ginecologia e, in generale, il Dipartimento Materno Infantile;
- 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 4.2. LA SALUTE MENTALE

### Considerazioni generali

È un dato ormai acquisito che i recenti straordinari progressi delle neuroscienze e le profonde trasformazioni socioculturali in atto da anni stanno modificando l'atteggiamento della popolazione nei confronti delle malattie psichiatriche, per cui, se da un lato permane purtroppo lo stigma nei confronti della patologia più grave ed il rischio di cronicizzazione, dall'altro sta aumentando considerevolmente la domanda sanitaria per tutta la patologia psichiatrica nel suo complesso. A ciò contribuisce lo sviluppo della psicofarmacologia, che ha reso possibile modificare sostanzialmente il decorso e la prognosi e, quindi, l'impatto sociale di molte malattie considerate intrattabili.

I progressi della psichiatria hanno accresciuto la consapevolezza che molte malattie fisiche e mentali e molti disturbi del comportamento sono il risultato di una complessa interazione tra i fattori biologici, psicologici e sociali. Questo significa che salute mentale e fisica sono strettamente correlate.

È di chiara evidenza come comportamenti atti a mantenere un buono stato di salute fisica (dieta, esercizio fisico, astensione da fumo e alcool,...) siano strettamente correlati alla salute mentale di un individuo, e come alterazioni della salute mentale possano favorire l'insorgenza di malattie somatiche: la depressione, ad esempio, è un predittore delle malattie cardiovascolari, che rappresenta la prima causa di morte non solo nella Regione Liguria ma in tutti i paesi occidentali. Non solo: l'ansia e/o l'umore depresso sono all'origine di modificazioni neuroendocrine che producono l'aumentata suscettibilità ad un vasto numero di malattie fisiche.

I più comuni disturbi che normalmente causano severa disabilità e maggiore impatto negativo sulla qualità della vita includono:

- Depressione: nel gruppo di età 15/44 anni rappresenta con l'8,6% la seconda causa di "DALY's lost" (indice internazionale di misurazione della qualità della vita) secondo i dati OMS 2000, con un incremento tendenziale per i prossimi anni che la porrà al primo posto in alcune regioni;
- Psicosi schizofrenica: tasso di prevalenza pari allo 0,5%
- Psicopatologia dell'età evolutiva.

In questo ambito assumono inoltre particolare significato il comportamento suicidario (il suicidio è la seconda causa di morte fra i giovani adulti di età compresa fra i 15 e i 34 anni e si correla strettamente con la patologia psichica, soprattutto la depressione) e la frequenza di comorbidità tra malattie psichiche e somatiche.

Le possibilità di guarigione, stabilizzazione o cronicizzazione sono diverse a seconda della patologia considerata, della disponibilità e dell'appropriatezza delle cure e della risposta a queste secondo uno schema concettuale che lo psichiatra condivide con il resto della medicina.

### **Obiettivi:**

- migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattia mentale cronica e delle loro famiglie;
- evitare la cronicizzazione nei casi in cui è possibile, rendendo disponibili trattamenti appropriati;
- ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale;
- ottimizzare e razionalizzare l'assistenza residenziale e semi residenziale extra ospedaliera, favorendo la riabilitazione precoce.

### **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 delle patologie più gravi, attraverso il recupero relazionale, sociale e il miglioramento della qualità della vita dei sofferenti psichici e del nucleo familiare di appartenenza;
- porre particolare attenzione ai percorsi diagnostico – terapeutici che risolvono le emergenze consentendo ai malati il recupero psichico, familiare, sociale;

- promuovere l'attuazione dei servizi residenziali e semi residenziali secondo le indicazioni previste dalla D. G. R. 842 del 26/7/2002. L'offerta di tipo residenziale è articolata su tre tipologie:
  - a) ad alta intensità terapeutico riabilitativa (comunità terapeutico riabilitativa)
  - b) a media intensità terapeutico riabilitativa (RSA psichiatrica)
  - c) a bassa intensità terapeutico riabilitativa (comunità alloggio utenza psichiatrica).
- Attivare posti letto di day hospital prevedendoli in ogni SPDC;
- Realizzare strutture riabilitative per i post acuti.

### **Obiettivo 4.3. LE DISABILITA'**

#### Caratteristiche e dimensioni del problema in Liguria

In Liguria oltre il 5% della popolazione (corrispondente a circa 80.000 persone) presenta almeno una disabilità grave nelle funzioni della vita quotidiana, delle capacità motorie e nelle funzioni della parola, della vista e/o dell'udito. Si stima che quasi un terzo di queste persone sia colpito dalla situazione più grave della disabilità, ossia la perdita totale di autonomia.

Il trend complessivo della disabilità è in aumento, sia in Italia che in Liguria, in quanto i progressi della medicina e l'erogazione di una tutela sanitaria e sociosanitaria più qualificata hanno determinato una minore mortalità (specialmente in età perinatale e neonatale), migliori condizioni di vita e quindi un aumento della vita media.

Queste condizioni richiedono un potenziamento degli interventi sanitari e misure di inclusione sociale mirate e continuate nel tempo. E' pertanto necessario potenziare la rete assistenziale, attraverso la costruzione di un percorso integrato sociosanitario, in cui i programmi di intervento sanitario - finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo - siano intimamente connessi con gli interventi sociali, orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali. La piena funzionalità di tale percorso è in grado di consentire un migliore inserimento della persona disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

Va citato, nell'ambito delle specifiche azioni promosse dalla Regione in tal senso, il progetto finanziato dal Ministero della Salute ad oggetto lo "screening neonatale della sordità in Liguria", al quale collaborano tutte le ASL e le Aziende Ospedaliere liguri sotto il coordinamento dell'Associazione Italiana per la Ricerca Cura e Prevenzione degli Handicap (AIRH). Obiettivo di tale progetto è la diagnosi precoce e l'avvio tempestivo della riabilitazione.

Le linee guida nazionali per le attività di riabilitazione formulano indirizzi alle Regioni affinché provvedano:

- a disciplinare l'attività riabilitativa in ambito ospedaliero;
- a classificare i presidi di riabilitazione extraospedaliera pubblici e privati;
- 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.
- Attuazione del progetto di "Screening neonatale della sordità", adottando misure organizzative (ossia "a costo zero") che consentano l'individuazione di ipoacusie e l'avvio precoce della riabilitazione anche al termine della fase sperimentale.

## **Obiettivo 4.4. LA LOTTA ALLE 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 e alla diminuzione del consumo di sostanze stupefacenti.

### **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 un moderno “sistema salute”, che sappia coniugare continuità nell’assistenza e contenimento dei costi.
- 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 4.5. L'ALCOOL**

### 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. Negli ultimi anni la mortalità alcolcorrelata è stimata in 30.000/35.000 unità. La stima dei pazienti ricoverati per patologie alcol correlate nella nostra regione è pari a 12.037 nell'anno 2001 e 11.694 nell'anno 2002 in base a quanto indicato dal Gruppo epidemiologico della Società Italiana di Alcolologia, che stima i ricoveri per patologie alcol correlate nel 25% dei ricoveri in medicina generale, 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. Gli utenti alcolisti che si sono rivolti ai Dipartimenti per le Dipendenze sono stati 593 nel 2000 e 1131 nel 2001, anno in cui i Dipartimenti si sono dotati di Servizi specifici per i problemi alcolcorrelati.

### **Obiettivi:**

Il presente documento assume come propri gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, dalla legge quadro in materia di alcool e problemi alcool correlati n. 125 del 30 marzo 2001, nonché dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005.

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

- provvedere alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie correlate all'alcool,
- 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
- attivare forme di aggiornamento rivolte a tutti gli operatori sociosanitari, 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 e del Pediatra di Libera Scelta 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 anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Adottare una visione non solamente sanitaria 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, ecc.)

## **Obiettivo 4.6. IL FUMO**

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;
- Protezione e tutela della salute dei non fumatori

### **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.

#### **4.7. L'ATTIVITÀ FISICO MOTORIA**

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.

In Liguria il numero dei tesserati delle Federazioni olimpiche, loro associati e discipline libere nel 2001 risultava circa 89.769 (dati CONI).

Nel 2002 hanno ottenuto la certificazione di idoneità sportiva agonistica 36.283 atleti, appartenenti alle federazioni sportive che richiedono la certificazione di idoneità per il tesseramento.

##### **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.
- Individuare i fattori di rischio e valutare gli effetti sulla salute degli stili di vita, nell'ambito dell'attività dell'osservatorio nutrizionale permanente ( vedi 1.2.5);
- monitorare lo stato di salute degli atleti agonisti per valorizzare gli elementi positivi per la salute

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

- assicurare la realizzazione, di interventi finalizzati alla promozione, prevenzione e alla tutela della salute nelle attività sportive;
- assicurare la sorveglianza epidemiologica delle patologie che precludono l'esercizio dell'attività sportivo agonistica o che da questo ne conseguono.
- 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 4.8. LA SANITÀ 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.

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

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 D.G.R. n. 1476 del 22/12/2000.

### **Obiettivi**

- Creare omogeneità operativa in tutte le AA.SS.LL./Istituti di pena.
- Preparare l'eventuale passaggio definitivo al S.S.R., dopo la fase sperimentale avviata in alcune Regioni, di tutta la medicina penitenziaria.
- Risolvere i problemi strutturali e organizzativi del Centro clinico di Genova Marassi e di quello di Genova 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 passaggio definitivo al S.S.N.



## **Obiettivo 4.9. LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI**

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 2003 – 2005:

- Garantire l'accesso all'assistenza sanitaria ai soggetti immigrati secondo la normativa vigente, adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sulla immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari.
- Garantire l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G.;
- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- 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;
- Attivare interventi di profilassi vaccinale.

## **Obiettivo 4.10. LA SALUTE DEI 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 anche una estrema mobilità delle malattie: sono infatti in aumento le patologie infettive ormai debellate o sconosciute nei paesi occidentali.

Va inoltre segnalato come significativo il fenomeno rappresentato da residenti di altre regioni che trascorrono lunghi periodi dell'anno in Liguria per motivi di salute. Il fenomeno interessa particolarmente le zone di Riviera (Levante e Ponente).

### **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;
- migliorare l'assistenza primaria e l'accessibilità ai servizi sanitari della Regione ai soggetti che soggiornano in Liguria per lunghi periodi dell'anno

### **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

- organizzare, anche con il supporto dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale) l'accesso ai servizi di assistenza primaria ai soggetti che soggiornano in Liguria per lunghi periodi dell'anno per motivi di salute.

## **OBIETTIVO 5: IL 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.