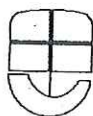


SCHEMA N. NP/3654
DEL ROT. ANNO 2016



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Segreteria Generale
Staff affari Giunta - Settore

SEDUTA DELLA GIUNTA REGIONALE : N 3370 del 26/02/2016

N. 161

IN DATA 26/02/2016

OGGETTO : Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016.

CERTIFICAZIONE DELLE RISULTANZE DELL'ESAME DELL'ATTO

Si ATTESTA che nel corso dell'odierna seduta della Giunta Regionale, PRESIDENTE Giovanni Toti , con la partecipazione dei seguenti Componenti, che si sono espressi in conformità di quanto a fianco di ciascuno indicato:

| PRESENTI | ASSENTI | I COMPONENTI DELLA GIUNTA - SIGNORI | VOTI ESPRESSI | | |
|----------|---------|--------------------------------------|---------------|--------|--------|
| | | | FAVOR. | ASTEN. | CONTR. |
| X | | Giovanni Toti - Presidente | X | | |
| X | | Sonia Viale - Vice Presidente | X | | |
| X | | Giovanni Berrino - Assessore | X | | |
| X | | Ilaria Cavo - Assessore | X | | |
| X | | Giacomo Raul Giampedrone - Assessore | X | | |
| | X | Stefano Mai - Assessore | | | |
| | X | Edoardo Rixi - Assessore | | | |
| X | | Marco Scajola - Assessore | X | | |
| 6 | 2 | | 6 | | |

RELATORE alla Giunta Sonia Viale e con l'assistenza del Segretario Generale e del Dott. Tiziana Coloretti, che ha svolto le funzioni di SEGRETARIO

LA GIUNTA REGIONALE

all'unanimità HA APPROVATO il provvedimento proposto secondo lo schema il cui testo integrale è riportato in originale da pag. 1 a pag. 3 della presente cartella, autenticato dal Segretario della Giunta Regionale.

Data - IL SEGRETARIO

26/02/2016 (Dott. Tiziana Coloretti)

Tiziana Coloretti

Il presente ATTO viene contraddistinto col numero, a margine indicato, del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE - Parte I

RISULTANZE
DELL'ESAME

AUTENTICAZIONE COPIE

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA

P C C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Ginés)

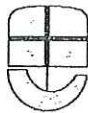
CODICE PRATICA :

indiriz

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N.....NP/3654
DEL PROT. ANNO.....2016



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento salute e servizi sociali
Dipartimento salute e servizi sociali

OGGETTO : Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016.

DELIBERAZIONE

N.

161

IN 2016

del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA

DATA

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATI

- Il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"
- D.L. 31 maggio 2010, n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica"
- Il D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", e in particolare l'articolo 15;
- il D.L. 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";
- il DM 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- D.L. 19 giugno 2015, n. 78 "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali", convertito in legge dalla L. 6 agosto 2015 n. 125;

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Francesco *Quaglia*)

Data - IL SEGRETARIO

26/02/2016
Enrico Colonna

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA

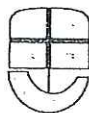
indiriz

P.....C.....C.....
ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Girleso)

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N..... NP/3654
DEL PROT. ANNO.....2016



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento salute e servizi sociali
Dipartimento salute e servizi sociali

- la L. 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep n. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- la Legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e, in particolare l'articolo 8, ai sensi del quale la Giunta regionale adotta direttive vincolanti per le Aziende ed Enti del SSR e svolge, altresì, funzioni di indirizzo attraverso attività di coordinamento, promozione e supporto a tutti i soggetti del sistema sanitario regionale allargato;
- la Legge regionale 29 dicembre 2015, n. 27 "Legge di stabilità della Regione Liguria per l'anno finanziario 2016"

CONSIDERATA la necessità di fornire prime indicazioni operative ai fini dell'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico del sistema sanitario regionale;

RITENUTO, pertanto, opportuno approvare gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016 di cui all'allegato A al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

ACQUISITE le proposte dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

Su proposta del Vice Presidente della Giunta regionale, Assessore alla Sanità, Politiche sociosanitarie e Terzo Settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione

DELIBERA

- Di approvare gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016 di cui all'allegato A al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di riservarsi l'adozione, con successivi provvedimenti, di ulteriori direttive e indirizzi per le Aziende, Enti ed Istituti Sanitari, anche in relazione al processo di ridefinizione del sistema sanitario e sociosanitario della Liguria recentemente avviato;

Data - IL DIRIGENTE

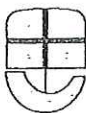
(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL SEGRETARIO

20/02/2016

| | | |
|-------------|---|----------------|
| ATTO | AUTENTICAZIONE COPIE | CODICE PRATICA |
| | SETTORE STAFF CENTRALE E SERVIZI GIUNTA P C C ISTRUTTORE (D.ssa Augusta Ginesi) | indiriz |
| PAGINA : 2 | COD. ATTO : DELIBERAZIONE | |

SCHEMA N.....NP/3654
DEL PROT. ANNO.....2016



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento salute e servizi sociali
Dipartimento salute e servizi sociali

- Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria.

----- FINE TESTO -----

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL SEGRETARIO

26/02/2016

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

ATTO

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA

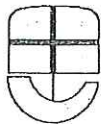
P. C.
P. C.
(Dott. Margherita Ginesi)

indiriz

PAGINA : 3

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N.....NP/3654
DEL PROT. ANNO2016



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento salute e servizi sociali
Dipartimento salute e servizi sociali

N. 161
IN DATA: 26/02/2016

OGGETTO : Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016.

DOCUMENTI ALLEGATI COSTITUITI DAL NUMERO DI PAGINE A FIANCO DI CIASCUNO INDICATE

INDIRIZZI OPERATIVI PER LE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO SANITARIE PER L'ANNO 2016

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI PAGINE N. 51

----- FINE TESTO -----

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Francesco Quaglia)

ALLEGATO
ALL'ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA :


SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA

indiriz


P. G. C.
UFFICIO
(Dott. Francesco Quaglia)

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

Dipartimento Servizi Sociali
Dipartimento Servizi Sociali
Dott. Francesco Quaglia


**INDIRIZZI OPERATIVI PER LE ATTIVITÀ
SANITARIE E SOCIO SANITARIE PER L'ANNO 2016**

SETTORE STAFF CENTRALI
E SERVIZI GIUNTA
Dipartimento Servizi Sociali
Dott. Francesco Quaglia


Sommario

| | | |
|-----|---|----|
| A. | QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO | 3 |
| 1. | QUADRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE 2016 | 3 |
| 2. | QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE 2016 | 4 |
| B. | INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA | 6 |
| 1. | AREA PREVENZIONE | 7 |
| 2. | SISTEMA CURE DOMICILIARI | 12 |
| 3. | AREA CRONICITA' | 13 |
| 4. | AREA CURE PRIMARIE | 15 |
| 5. | PIANO REGIONALE DEMENZE: AVVIO | 16 |
| 6. | ADEGUAMENTI DM 70/2015 - ASPETTI RELATIVI AL RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA | 17 |
| 7. | AREA MATERNO-INFANTILE | 20 |
| 8. | ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE | 22 |
| 9. | AREE SOCIO SANITARIA INTEGRATA | 26 |
| 10. | RISCHIO CLINICO | 27 |
| 11. | AREA PSICHIATRICA E NEUROPSICHIATRICA: | 30 |
| 12. | AREA CONTROLLI | 32 |
| 13. | GESTIONE DEI CITTADINI STRANIERI E MOBILITÀ INTERNAZIONALE | 33 |
| 14. | APPROPRIATEZZA SETTING EROGATIVO | 34 |
| 15. | FARMACEUTICA | 35 |
| 16. | CURE PALLIATIVE | 39 |
| 17. | Continuità assistenziale in riabilitazione 2016 | 40 |
| 18. | TERAPIA DEL DOLORE | 43 |
| 19. | RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA DI CHIRURGIA SPECIALISTICA REGIONALE | 44 |
| 20. | BANCA DEL SANGUE: MESSA A REGIME | 45 |
| C. | INDIRIZZI PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO ED I CONTROLLI DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE | 46 |
| D. | REGOLE PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA CONTINUITA' DEL SERVIZIO AL CITTADINO | 49 |
| E. | RIORGANIZZAZIONE CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI IN SANITA' | 50 |

A. QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO

1. QUADRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE 2016

La programmazione delle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale del 2016 ha subito nel corso dell'ultimo biennio una triplice revisione passando, dall'iniziale quantificazione del Patto della Salute 2014-2016 fissata in Euro 115.444.000.000 ad Euro 113.097.000.000 in base a quanto sancito dal Decreto Legge 78/2015.

Successivamente con la Legge di Stabilità 2016 (L.208/2015) il fabbisogno complessivo è stato ulteriormente rimodulato in Euro 111.000.000.000, a seguito di una nuova riduzione pari a 2,097 miliardi. Per la determinazione delle risorse disponibili a livello regionale un passaggio importante è stato stabilito nella Conferenza dei Presidenti dell'11 febbraio 2016, seduta nella quale è stato raggiunto l'accordo sul riparto del Fondo indistinto. In attesa della definizione dei flussi di mobilità attiva e passiva che permettono di stabilire l'effettiva erogazione per il 2016, il fabbisogno per la Liguria ammonta a Euro 3.044.793.047. A parità del valore del saldo di mobilità si registrerebbe un incremento di circa 25 milioni rispetto all'esercizio 2015.

Il quadro dei fondi vincolati per il 2016 è ancora totalmente da definire; riferimento più aggiornato si potrà avere allorché si perverrà agli stanziamenti definitivi 2015, al momento in corso di designazione.

Lo scenario delle risorse, in parte già delineato, deve tener conto di tre elementi importanti. Da un lato alcune poste di ricavo presenti nel 2015 non saranno ripetibili; in particolare la posta una tantum definita dal DL 179 del 13/11/2015 inerente le procedure di ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013 e 2014 e ammontante per la Liguria 21, 7 milioni e alcune quote arretrate di risorse collegate al finanziamento statale delle visite fiscali.

Altro elemento riguarda il fatto che il fabbisogno definito ricomprende anche il costo emergente dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza valutati in 800 milioni a livello nazionale e le campagne vaccinali valutate 300 milioni. Per quanto concerne invece i fondi vincolati gli stessi ricomprenderanno il fondo nazionale dei farmaci innovativi per 500 milioni, importo che già nel passato esercizio è stato insufficiente rispetto alle necessità. In particolare complessivamente il sistema regionale ha registrato nel 2015 un costo di circa 39 milioni per i farmaci epatite C.

Il terzo fattore da tenere presente concerne il costo derivante dai rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018; secondo quanto stabilito dalla Legge di Stabilità 2016 (art. 1, c. 469) sono posti a carico dei rispettivi bilanci e non trovano pertanto copertura in specifici fondi assegnati dallo Stato.

Il potenziale margine di incremento del fondo sanitario 2016 scontrerà gli elementi sopra evidenziati e pertanto si impone la necessità di proseguire ed implementare interventi di razionalizzazione ed efficientamento dell'organizzazione e dell'uso delle risorse.

In tale contesto va ricordato il vincolo ministeriale posto dalla L 191/2009 per l'accesso all'1% (massimo 2% vedere norma accesso) delle risorse indistinte del fondo sanitario, vincolo che si collega alla verifica positiva degli adempimenti definiti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Per la Regione Liguria detto saldo, già ricompreso nell'assegnazione complessiva del fondo indistinto, vale tra i 29 e i 58 milioni.

Tra gli adempimenti va evidenziato quanto sancito dal comma 174 della Legge 311/2004 il quale fissa il tetto massimo di disavanzo finanziabile con risorse proprie regionali al 5%. Per la Liguria detto limite ammonta a circa 150 milioni.

2. QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE 2016

Il quadro normativo definito dalla legge di stabilità regionale 2016 (LR 29/12/2015 n. 27) pone indicazioni specifiche in materia di razionalizzazione dell'uso delle risorse.

In particolare si richiamano le seguenti indicazioni valide per le Aziende/Enti del SSR:

- Il complesso della spesa per studi ed incarichi di consulenza per le attività non connesse all'esercizio delle funzioni sanitarie nel 2016 non può essere superiore al complesso degli impegni di spesa assunti nell'anno 2015 per le medesime finalità. (art. 6 comma 1 e 4);
- Il complesso della spesa per la manutenzione, il noleggio e l'esercizio di autovetture, nonché per l'acquisto di buoni taxi, per l'anno 2016, non può essere superiore al 50 per cento del complesso degli impegni di spesa assunti nell'anno 2011 per le medesime finalità (art. 7 comma 3);
- Il complesso della spesa per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza, per l'anno 2016, non può essere superiore al 50 % del complesso degli impegni di spesa assunti nell'anno 2011 per le medesime finalità (Art. 8 comma 1)
- Divieto di sponsorizzazioni. (Art. 9 comma 2)
- Il complesso della spesa per formazione del personale dirigente e di quello dipendente, per l'anno 2016, non può essere superiore al complesso degli impegni di spesa assunti nel 2015 per le medesime finalità ad eccezione dei corsi di educazione continua in medicina -ECM (Art. 10 comma 1 e 3).
- Il complesso della spesa per trasferte, effettuate dal personale dirigente e da quello dipendente, per l'anno 2016, non può essere superiore al 60 per cento del complesso degli impegni di spesa assunti nell'anno 2009 per le medesime finalità (Art. 11 comma 1). Tale disposizione non riguarda le attività connesse all'assistenza territoriale.

A livello di normativa nazionale è opportuno evidenziare, tra il resto, le disposizioni contenute all'art. 6 del DL 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" inerenti la riduzione dei costi degli apparati amministrativi e il successivo DL 78/2015 "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di

rifiuti e di emissioni industriali" le cui disposizioni contenute all'art. 9 ter forniscono indicazioni per la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci.

Considerando lo scenario delle risorse delineato ed il quadro normativo, il livello complessivo dei costi di sistema deve puntare ad una razionalizzazione volta alla riduzione degli stessi; ciò anche in considerazione della contrazione dei gettiti fiscali dell'addizionale IRPEF e IRAP.

Si pongono pertanto i seguenti vincoli di riferimento per la spesa delle Aziende/Enti del SSR, fermo restando il puntuale rispetto delle normativa di riferimento alla quale espressamente si rimanda.

Acquisto beni

Complessivamente il costo totale delle aziende ed enti del SSR deve attestarsi su un livello massimo pari al valore raggiunto al IV trimestre 2015.

L'azione della Centrale Regionale di Acquisto che opera all'interno dell'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) nel corso del 2016 acquisterà maggiore importanza, con l'obiettivo di dare impulso alla razionalizzazione degli acquisti, rendendo disponibili per le aziende del sistema beni e servizi con un mix prezzo qualità più vantaggioso potendo contare su quantitativi aggregati.

Acquisto servizi

Per l'aggregato dei servizi occorre intraprendere un processo di reingegnerizzazione e miglioramento degli stessi, con l'obiettivo di non superare il livello del 2015.

Particolare attenzione va posta al contenimento dei servizi non sanitari, ammontanti nel 2015 a 271 milioni di euro.

Costo del personale

Il sistema tendenzialmente deve tendere ad attestarsi sul livello del 2015 pari a 1.191 milioni di euro. Specifiche necessità che possono produrre scostamenti incrementativi dovranno essere analizzate e valutate in un più ampio quadro programmatico; ciò al fine di garantire una governance regionale di questo fattore produttivo così fondamentale per garantire il perseguimento degli obiettivi strategici dell'Assessorato.

Per quanto attiene invece alla gestione diretta di attività da parte della Regione ai sensi della LR 10/1995, per il 2016 si enucleano le seguenti principali aree di intervento, le cui risorse verranno destinate con successivi provvedimenti.

Area Prevenzione

Le risorse del Fondo Sanitario Regionale inerenti quest'area riguardano in particolare:

- il finanziamento di ARPAL (Agenzia Regionale Per La Protezione dell'ambiente Ligure) per 18 milioni di euro;
- Quota parte del finanziamento assegnato all'ARS (Agenzia Sanitaria Regionale);
- Azioni collegate al Piano prevenzione per sanità animale;

Area Emergenza Urgenza

Saranno disponibili fino a 5 milioni di euro per le spese di funzionamento dell'elisoccorso (comprensivo di trasporti sanitari, manutenzioni, spese straordinarie per attrezzature), il servizio di soccorso alpino, le spese di funzionamento relative alle linee telefoniche del 118, le spese di gestione, manutenzione ordinaria e straordinaria dei ponti radio e degli apparati fissi della rete di emergenza.

Le suddette risorse ricomprendono anche una prima stima per l'avvio della gestione del nuovo numero unico (NUE) dell'emergenza.

Area Supporto regionale conduzione Sistemi Informativi

Complessivamente si prevede per il supporto alla conduzione di competenza regionale un finanziamento fino a 3 milioni di euro.

Area Formazione

Per quanto attiene la formazione andranno osservate puntualmente le indicazioni contenute nella normativa nazionale e regionale, anche con l'obiettivo di rispettare gli adempimenti LEA delineati per il 2016, a partire dall'adozione del Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario.

Con successivi provvedimenti, anche a seguito della conclusione dell'iter di definizione delle risorse disponibili a valere sul Fondo Sanitario Nazionale, verranno specificatamente dettagliate le risorse, garantendo fin da ora la completa operabilità.

B. INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

AREE DI SVILUPPO 2016

1. AREA PREVENZIONE

a. Realizzazione delle azioni previste dal Piano Regionale Prevenzione 2014-2018

Nell'ambito dell'area della Prevenzione risultano prioritarie le azioni previste dal Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 (di seguito PRP), il cui cronoprogramma ne prevede lo sviluppo nel corso del 2016. Il PRP, in ossequio alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale, si articola in 2 programmi che in cui vengono declinati e sviluppati in base ai periodi della vita i 10 macro obiettivi indicati dal Piano Nazionale (vd. Tabella 1). Sinteticamente si può dire che sono previsti interventi preventivi quali quelli relativi all'offerta vaccinale e alla riduzione della frequenza delle malattie infettive, alla prevenzione oncologica tramite i programmi di screening, alla prevenzione delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti nonché quelli a tutela della salute dei lavoratori.

I programmi di promozione della salute e dello sviluppo sostenibile sono orientati sui 4 fattori di rischio delle malattie non trasmissibili (fumo, consumo di alcol, alimentazione non corretta compreso aumentare il consumo frutta e verdura e ridurre il consumo eccessivo di sale), sedentarietà, ed inoltre sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio, nonché sulla promozione della cultura della sicurezza (per incidenti stradali, domestici e infortuni sul lavoro). Attenzione particolare è poi riservata alla gravidanza, e alle prime fasi della vita (età neonatale, infanzia e adolescenza) in quanto periodi in cui le azioni di prevenzione e di promozione della salute possono produrre i migliori risultati.

| 10 MACRO OBIETTIVI PIANO NAZIONALE PREVENZIONE | |
|--|---|
| MO1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT | MO6 Prevenire gli incidenti domestici |
| MO2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali | MO7 Prevenire infortuni e malattie professionali |
| MO3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti | MO8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute |
| MO4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti) | MO9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie |
| MO5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti | MO10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli |

Premesso che tutte le azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, il cui cronoprogramma ne prevede lo sviluppo nel corso del 2016 debbono essere realizzate ai fini della certificazione ministeriale, si ritengono azioni prioritarie per il 2016:

- i. incremento offerta di programmi di contrasto alla sedentarietà quali Attività Fisica Adattata, Gruppi di cammino, Nordic Walking, Danza in tutte le ASL con particolare riferimento a ASL 1 e ASL 2
- ii. campagna di informazione per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus (monitoraggio effetti tramite analisi dati sistema sorveglianza PASSI, in cui è presente apposito modulo di rilevazione)

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|---|---------------------------|
| Realizzazione azioni PRP 2014-2018 previste per l'anno 2016 | Certificazione ministeriale PRP | Tutte le ASL |
| incremento offerta di programmi di contrasto alla sedentarietà (Attività Fisica Adattata, Gruppi di cammino, Nordic Walking, Danza) | incremento numero corsi e partecipanti | Attivazioni ASL 1 e ASL 2 |
| campagna di informazione per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus | empowerment popolazione - maggiore conoscenza dei sintomi ictus | Tutte le ASL |

b. Mantenimento/implementazione e sostegno dei Sistemi di sorveglianza su stili e abitudini di vita (Passi, Passi d'Argento e Okkio alla salute)

Passi d'argento è rivolto allo studio dello stato di salute e la qualità della vita della popolazione dai 65 anni in su e si pone l'obiettivo di mettere a disposizione delle Aziende Sanitarie e dei Servizi Sociali un quadro completo sui bisogni della popolazione anziana e sulla qualità degli interventi dei servizi sociosanitari.

AZIONE: La rilevazione avrà inizio a maggio 2016 e prevede la somministrazione di 20 interviste al mese ad anziani residenti nel territorio di ogni Asl /Conferenza dei Sindaci. La rilevazione avrà carattere continuativo nel tempo

Okkio alla salute è un sistema di sorveglianza rivolto ai bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e indaga l'eccesso ponderale e i fattori di rischio ad esso correlati.

AZIONE: La rilevazione si svolgerà durante il periodo Aprile – Maggio 2016 e l'analisi dati si concluderà entro fine anno.

Passi è rivolto allo studio delle abitudini di vita e dei comportamenti a rischio della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni;

AZIONE: il sistema è a regime e come ogni anno i dati verranno elaborati e utilizzati per il monitoraggio delle azioni di promozione della salute poste in essere dalle Aziende.

Coerentemente con quanto sopra espresso, al fine di sostenere le azioni di prevenzione e promozione della salute e con l'obiettivo di riorientare le attività delle Aziende verso modelli che le considerino come un momento fondamentale della cura e della riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità e

disabilità delle malattie croniche, si assegnano ad ARS risorse finanziarie dedicate nelle misure indicate e per le finalità così definite:

- i. attività relative al mantenimento dei sistemi di sorveglianza Passi, Passi d'Argento e Okkio alla salute (rilevazione e analisi dati): 60.000 €
- ii. attività di formazione (ECM) e diffusione dati: 30.000 €
- iii. supporto e sviluppo ad azioni locali di prevenzione e promozione della salute: 60.000 €

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|--|---|
| 1 - Implementazione e messa a regime del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento | Esecuzione numero interviste programmate | Tutte le ASL |
| 2 - Implementazione del Sistema di sorveglianza Okkio alla Salute | | |
| 3 - Mantenimento del Sistema di sorveglianza PASSI | Analisi dati e pubblicazione report | Gruppo tecnico regionale (coordinatori aziendali) |

c. Incremento coperture vaccinali – contrasto al fenomeno della riduzione dell'adesione all'offerta vaccinale

AZIONE

- i. Incrementare le coperture vaccinali (valori di riferimento indicati dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale), in particolare quella dell'antinfluenzale sia nei soggetti over 64 anni, sia nei soggetti appartenenti a categorie a rischio

d. Implementazione di un sistema di sorveglianza su malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento a infezione da virus Zika

In riferimento alla diffusione del virus Zika in America meridionale e centrale, con particolare riguardo all'area caraibica, ed alle possibili conseguenze di una infezione contratta durante la gravidanza, considerata la presenza nell'area metropolitana di Genova di una numerosa comunità di cittadini provenienti dall'Ecuador (oltre 17.000 soggetti, per lo più in età giovane adulta di cui il 56% di sesso femminile) e dei continui scambi con tale Paese che risulta compreso nell'elenco diramato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra quelli a media diffusione del virus Zika, si è ritenuto di implementare una serie di azioni tese al controllo e alla prevenzione di tale arbovirosi, che vengono qui di seguito riassunte:

| OBIETTIVI REGIONALI/ AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|-------------------------|----------------------|
| Implementazione sistema di sorveglianza arbovirosi – | Sorveglianza casi umani | Tutte le ASL |

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| applicazione Circolare Ministero Salute n. 20115 del 16/06/2015 | arbovirosi | |
| Laboratorio riferimento regionale | Esecuzione test diagnostici per definizione di caso | IRCCS San Martino IST – U.O. Igiene |
| Sorveglianza entomologica (Aedes Albopictus) nell'area metropolitana – progetto pilota Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte Liguria Valle d'Aosta | Verifica presenza virus nei vettori (Aedes Albopictus) | ASL 3 |
| Diffusione materiale informativo alla popolazione e MMG/PLS | Conoscenza rischi sanitari e esiti sorveglianza Empowerment popolazione | Tutte le ASL ed in particolare ASL 3 |

e. Screening oncologici

La programmazione regionale degli screening oncologici è indicata dal PRP 2014-2018. La situazione attuale vede valori di estensione dello screening mammografico (88%) e del carcinoma coloretale (90%) superiori alla media nazionale, mentre per lo screening del carcinoma del cervice uterina (38%) si è ancora lontani da livelli accettabili, ma in questo campo si attendono risultati confortanti da importanti modifiche introdotte. La principale criticità dichiarata dalle Aziende è rappresentata da una insufficiente disponibilità di risorse – essenzialmente umane - per svolgere le attività sia di primo che di secondo livello. E' quindi prioritario porre in atto interventi volti a recuperare risorse umane impiegabili per le prestazioni di screening; per taluni screening quali quello mammografico e coloretale importanti risultati in tal senso possono essere raggiunto migliorando l'appropriatezza delle prestazioni che ad oggi vengono richieste e giocoforza effettuate (appropriatezza prescrittiva).

AZIONI

- i. Consolidare l'estensione degli inviti delle tre popolazioni bersaglio :
- ii. Migliorare l'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening
- iii. Acquisire prestazioni (Mammografie- colonscopie) dalle Aziende Ospedale ed IRCCS al momento non impegnate nell'attività di screening regionale
- iv. Graduale estensione a tutte le Aziende Sanitarie del programma di screening per i tumori della cervice uterina mediante test HPV-DNA primario
- v. Predisporre percorsi ad hoc in tutte le aziende per la gestione delle "sindromi ereditarie associate ad un alto rischio di carcinoma della mammella e dell'ovaio"

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Acquisire prestazioni (Mammografie- colonscopie) dalle Aziende non impegnate | Riduzione screening "volontario" | ASL 3 IRCCS San Martino IST |

| | | |
|---|---|---|
| nell'attività di screening regionale | Incremento adesione screening Riduzione tempi attesa indagini di 2° livello | EO Galliera |
| estensione del programma di screening per i tumori della cervice uterina mediante test HPV-DNA primario | Riduzione screening "volontario" Incremento adesione screening | Tutte le ASL |
| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
| <ul style="list-style-type: none"> - Screening mammografico - Screening cancro coloretale - Screening cancro cervice uterina donne 30-64 anni - Screening cancro cervice uterina donne 25-29 anni | Estensione | Adesione |
| | <ul style="list-style-type: none"> 100% 80% 40% 80% | <ul style="list-style-type: none"> ≥50% ≥30% 25% |

13

2. SISTEMA CURE DOMICILIARI

AZIONI

1. Uniformare il modello organizzativo e la rendicontazione delle attività secondo quanto previsto dalla Delibera regione Liguria del 30.03.2007 "Definizione dei livelli di assistenza domiciliare" e dal sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)
 - Istituire un tavolo tecnico con le Aziende Sanitarie

2. Progettare la presa in carico proattiva di una patologia cronica, nello specifico lo scompenso cardiaco
 - i. Verificare applicazione del relativo protocollo regionale, attivare percorso con presa in carico proattiva (modalità variabili in relazione al bisogno, telefonica, ambulatoriale, domiciliare), definire riferimenti (in particolare Medicina Generale)

3. Utilizzare il personale del privato accreditato per l'erogazione di cure domiciliari nelle aree metropolitane
 - ii. Verificare la fattibilità, definire aree sperimentali, fissare le regole in relazione alla formazione degli operatori e alla supervisione/integrazione con il personale delle Aziende sanitarie

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P G C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Ginesi)

E

3. AREA CRONICITA'

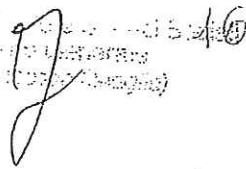
AZIONI

1. Utilizzo della Banca dati Assistiti al fine di una stratificazione della popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici e ne valutino i consumi avendo come riferimento l'adesione e il rispetto dei protocolli e/o PDTA regionali (DGR 518/2012 percorsi di gestione del diabete mellito e dello scompenso cardiaco e Determina n. 41/2015 PDTA Diabete mellito tipo 2 nell'adulto) e la valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese all'interno delle reti di patologia (riabilitazione, neurologia, oncologia)
2. Utilizzo dei Codici di priorità con i criteri indicati in DGR n.518/2012 per le prescrizioni di visite specialistiche ed esami diagnostici; predisposizione di agende dedicate per pazienti inseriti nei percorsi di cura
3. Realizzazione di un PDTA regionale per la malattia di Parkinson
4. Realizzazione di un PDTA regionale per la malattia renale cronica
5. Nuove forme di assistenza del malato cronico:
 - a. Ospedale di comunità (OdC): l'OdC si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali territoriali (RSA, Residenze protette), costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria. L'OdC così come definito dal D.M n. 70 del 02/04/2015, è una struttura con un limitato numero di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSR e la responsabilità igienico organizzativa è assicurata dal Distretto Sanitario che ne assicura anche le cure specialistiche. La sede fisica può essere allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o strutture residenziali territoriali
 - b. In ossequio a quanto indicato dalla DGR 1408/2013, nel corso del 2015 le Aziende hanno indicato le possibili sedi in cui realizzare gli OdC, prossimo step da compiere nel 2016 sarà:
 - i. formalizzare gli esiti del gruppo di lavoro regionale relativi ad una prima definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'OdC
 - ii. riconsiderare la scelta di talune sedi, specialmente in ambito metropolitano
 - iii. avviare in almeno una/due strutture la sperimentazione di tale forma di assistenza
 - c. sperimentazione presso EO Galliera di un reparto a gestione infermieristica
 - d. sperimentazione dell'utilizzo di nuove specializzazioni professionali nell'ambito della prevenzione e gestione della cronicità: l'infermiere di comunità:

- i. Progetto Consenso: finanziato dalla UE nell'ambito del programma di cooperazione internazionale Spazio Alpino; consiste nella sperimentazione della figura dell'*infermiere di comunità* all'interno di territori caratterizzati da ridotta accessibilità alle cure e con caratteristiche demografiche improntate ad elevata età media e alto tasso di fragilità
- ii. Progetto Aree Interne: finanziato tramite risorse statali provenienti dalla Legge di Stabilità e da risorse comunitarie che i programmi regionali hanno riservato a tali aree. L'area oggetto di intervento è quella denominata Valli dell'Antola e del Tigullio, che comprende i territori delle Valli Bisagno e Trebbia (di competenza di ASL 3 Genovese) e della Val d'Aveto, Sturla e Graveglia (di competenza di ASL 4 Chiavarese). Tali risorse per quanto attiene l'ambito sanitario saranno destinate al potenziamento di strutture ambulatoriali e delle cure domiciliari anche con il ricorso a personale di strutture accreditate e già operanti in regime di convenzione con il SSR, all'utilizzo della telemedicina e all'implementazione di un servizio di trasporto sociale

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P. ...
Dott. ...



Dipartimento di Salute
 Pubblica
 (D. 2008/2009)


4. AREA CURE PRIMARIE

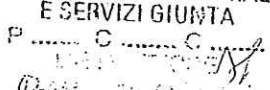
Le Aziende Sanitarie in ossequio a quanto previsto dall'art. 5 del Patto per la Salute portano a regime l'attivazione delle AFT sull'intero territorio regionale; contestualmente vengono individuati da regione e condivisi con Aziende e MMG/PLS gli obiettivi di salute e di attività, definiti in base alle indicazioni regionali al fine di garantire uniformità assistenziale e di accesso alle cure. I temi principali di intervento riguarderanno:

- la gestione della appropriatezza del ricorso alla specialistica ambulatoriale
- la gestione della appropriatezza della prescrizione farmaceutica
- la gestione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- la gestione della malattia cronica secondo modelli innovativi, conformi alle indicazioni nazionali e regionali
- la promozione della salute e partecipazione ad iniziative educative volte alla modifica degli stili scorretti
- la prevenzione attraverso la promozione degli screening oncologici e delle vaccinazioni sia nell'età adulta che in quella pediatrica/evolutiva.

AZIONE

- i. Definizione e attivazione AFT in tutte le Aziende Sanitarie; assegnazione obiettivi salute condivisi
- ii. Valutazione dell'applicazione dei protocolli regionali per la gestione di Diabete, Scemenso cardiocircolatorio e BPCO (DGR 518/2012) nell'ambito della sperimentazione gestionale delle Medicine di Gruppo come Centri di responsabilità aziendali in atto in ASL 2
- iii. valutazione in ASL 4 Chiavarese ed utilizzo del software Millewin e MilleGPG da parte di un gruppo di MMG

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|---|----------------------|
| Uniformare il modello organizzativo e la rendicontazione delle attività | Istituzione tavolo tecnico | Tutte le ASL |
| Progettare la presa in carico proattiva dello scompenso cardiaco | Miglioramento appropriatezza prescrittiva Riduzione accessi PS e ricoveri ripetuti | Tutte le ASL |
| Inizio di un percorso che preveda l'utilizzo di personale del privato accreditato per l'erogazione di cure domiciliari | Incremento numero soggetti presi in carico Riduzione accessi PS e ricoveri ospedalieri | Tutte le ASL |

SETTORE STAFF CENTRALE
 E SERVIZI GIUNTA
 P C C




5. PIANO REGIONALE DEMENZE: AVVIO

La rete regionale ligure per le demenze ha lavorato nel 2015 per proporre la declinazione a livello della Regione Liguria del Piano Nazionale.

Il Piano Nazionale Demenze (Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014) prevede la riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze con la costituzione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), configurato come sistema integrato in grado di garantire diagnosi, presa in carico e continuità assistenziale al paziente con demenza in ogni fase della malattia (gestione integrata), compresi i fabbisogni sociali.

Ogni singolo CDCD viene inteso come l'insieme dei servizi per i disturbi cognitivi e le demenze presenti su un territorio, messi in rete e coordinati tra loro, in cui gli operatori contribuiscono ad un processo diagnostico-assistenziale comune e quindi condividono protocolli e procedure.

L'applicazione dell'organizzazione con CDCD a livello delle singole Aziende deve avere caratteristiche funzionali (una struttura funzionale, con responsabile individuato e a rotazione, ogni 150/300 mila abitanti circa), anche in sintonia con la dimensione aziendale specifica. Sono prevedibili da 6 a 8 Centri in Liguria, ciascuno in grado di gestire e coordinare il percorso del paziente in ogni setting ambulatoriale, territoriale e residenziale.

Gli ambulatori oggi dedicati, le UVA, vengono quindi integrati in un sistema a rete socio-sanitario per l'avvio della riorganizzazione, che deve prevedere:

- formalizzazione dell'organizzazione gestionale
- adozione di protocolli di lavoro comuni
- integrazione con i servizi socio assistenziali
- la presenza di un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da: almeno uno tra neurologo, geriatra o psichiatra (le figure non sistematicamente presenti vanno garantite a livello consulenziale); uno psicologo con specifiche competenze neuropsicologiche;
- almeno una figura infermieristica di riferimento, specificatamente formata, con ruolo di Coordinamento Assistenziale che possa svolgere la funzione di case manager, provvedendo anche al collegamento con i servizi sociali territoriali.

Quest'ultima deve essere considerata la funzione indispensabile a garantire la continuità assistenziale e favorire la gestione integrata, nel guidare il paziente e la sua famiglia verso i servizi e i professionisti di volta in volta necessari secondo i bisogni sanitari o sociali del momento della malattia.

- AZIONE: PROGETTAZIONE DEL PIANO APPLICATIVO ATTRAVERSO TAVOLO DI LAVORO REGIONALE CON LE DIREZIONI SANITARIE

6. ADEGUAMENTI DM 70/2015 - ASPETTI RELATIVI AL RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA

L'approvazione del Patto per la Salute 2014/2016 e il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pongono precisi obiettivi rispetto al tasso di occupazione dei posti letto, alla rete dell'emergenza e dell'urgenza, ai livelli della rete ospedaliera ed al numero di unità operative afferenti alle diverse discipline, al numero minimo di letti per acuti necessari per poter accreditare e assegnare un contratto a una struttura privata accreditata.

- **AZIONI:** adozione di specifici atti di riordino, in puntuale applicazione delle previsioni del sopra citato decreto, da completarsi entro il 2016.

POSTI LETTO

Il Regolamento (Decreto n. 70 del 2/4/2015), dispone all'art. 1, c. 3 che ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto deve essere considerata la popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale. Per il 2015 ai fini della determinazione della quota di accesso di ciascuna regione al FSN, per il livello ospedaliero, è stato assunto il criterio della popolazione pesata al 50%, calcolata utilizzando i pesi del riparto del FSN 2011.

La popolazione pesata della Regione Liguria così ricalcolata è pari a 1.691.685 abitanti. L'applicazione dello standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti a tale popolazione determina i valori indicati in **tabella 1**.

Peraltro la circolare del Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione sanitaria del 22/02/2016-0000001-P, avendo a riferimento l'art. 27 del D.lgs 6/5/2011, n. 68, individua in 1.870.107 abitanti la popolazione pesata della Liguria. L'applicazione dello standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti a tale popolazione determina i valori indicati in **tabella 2**.

Il Regolamento stabilisce le modalità per ridurre i posti letto delle Regioni che presentano un saldo passivo per la mobilità ospedaliera. Il risultato della Regione Liguria è pari a 141 posti.

Tutto ciò premesso, dalla tabella 1 e ancor più dalla tabella 2 risulta che la dotazione di posti letto della Regione Liguria è sottodimensionata rispetto allo standard nazionale sia per i posti letto per acuti che per post acuti.

TAB. 1 Calcolo posti letto su popolazione pesata al 50%

| Popolazione residente 1/1/2015 pesata al 50% | regime di ricovero | posti letto indice 3,7 per 1000 | posti letto hsp 12 e 13 Gennaio 2015 | posti letto equivalenti mobilità passiva | posti letto attesi | posti letto in difetto |
|--|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|------------------------|
| 1.691.685 | Acuti | 5.075 | 4.793 | -115 | 4.960 | 167 |
| | Riabilitazione | 1.184 | 931 | -27 | 1.157 | 226 |
| | Totale | 6.259 | 5.724 | -141 | 6.118 | 394 |

TAB. 2 Calcolo posti letto su popolazione pesata al 100%

| popolazione residente 1/1/2015 pesata 100% | regime di ricovero | posti letto indice 3,7 per 1000 corretti mobilità | posti letto hsp 12 e 13 Gennaio 2015 | posti letto in difetto |
|--|--------------------|---|--------------------------------------|------------------------|
| 1.870.107 | Acuti | 5.517 | 4.793 | 724 |
| | Riabilitazione | 1.287 | 931 | 356 |
| | Totale | 6.804 | 5.724 | 1080 |

L'indice di occupazione, calcolato sui posti letto medi per acuti delle strutture pubbliche, equiparate ed IRCCS nell'anno 2014 - si attesta oltre l'87% ed è, pertanto, in linea con le indicazioni del Decreto 70/2015. La degenza media invece si colloca su valori superiori - 8,78 - rispetto al parametro di 7 giorni stabilito dal Regolamento.

Il tasso di occupazione dei posti letto post-acuti nell'anno 2014 delle strutture pubbliche, equiparate ed IRCCS è stato del 83,41%, e quindi inferiore al parametro richiesto.

In conformità ai dati soprariportati e agli obiettivi di miglioramento dell'efficienza non si ritiene di dover incrementare, se non limitatamente a specifiche aree territoriali obiettivamente carenti, la dotazione di posti letto ospedalieri per acuti.

Tale impostazione è coerente con il livello di finanziamento della funzione ospedaliera previsto dal riparto del FSN annuale. Un incremento significativo dei letti ospedalieri per acuti, in Regione Liguria, oltre a configgere con le politiche di deospedalizzazione da tempo in atto, produrrebbe una necessità di risorse finanziarie aggiuntive derivante dall'adeguamento agli standard riportati nelle tabelle 1 e 2.

In coerenza con quanto sopra esposto, Regione Liguria ha perseguito politiche sanitarie finalizzate a disincentivare il ricorso al ricovero ordinario e diurno per attività e problemi clinici che possono essere trattati con pari efficacia e sicurezza in regimi assistenziali meno onerosi.

Tali azioni hanno determinato, nel tempo, un decremento del tasso di ospedalizzazione che, nel 2014, si è attestato su 159,9 ricoveri per 1000 abitanti, valore in linea con il parametro nazionale (160/1000 abitanti).

Per quanto attiene la post acuzie si ritiene che limitazioni di tipo organizzativo, ritardi nell'inserimento dei percorsi assistenziali concorrano a ridurre il tasso di occupazione dei letti riabilitativi che, contrariamente all'area dell'acuzie devono essere incrementate dalle Aziende avendo a riferimento le indicazioni fornite negli specifici capitoli del presente documento.

➤ **AZIONI:**

1. Incremento tasso di occupazione posti letto post acuti (tendenza al 90%)
2. Riduzione della degenza media dei ricoveri per acuti.
3. Attivazione di posti letto post acuzie.

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P. ...
INSTRUTTORE
Dott. Augusta Giusti



7. AREA MATERNO-INFANTILE

a) **L'assistenza alla gravidanza integrata tra territorio/punto nascita** è perseguibile **attraverso** il rafforzamento della funzione dei consultori sul percorso nascita. È necessario che ogni ASL sviluppi il **Piano di ri-organizzazione dei consultori** che definisca:

1. Le Sedi in cui è disponibile la presa in carico delle gravidanze a basso rischio e del percorso puerperale, con l'ambulatorio della gravidanza a basso rischio gestito dall'ostetrica in stretta collaborazione con il ginecologo per il monitoraggio del livello di rischio, dotato delle apparecchiature adeguate, e con protocolli d'invio guidato al punto nascita in qualunque momento possa modificarsi il profilo di rischio, e protocolli d'invio alla diagnostica del II trimestre
2. L'offerta di incontri di accompagnamento alla nascita erogati in consultorio, che devono essere offerti a partire da una fase precoce della gravidanza e condotti dall'ostetrica con la partecipazione di tutte le figure che contribuiscono al percorso nascita, e devono essere sviluppati con diretta partecipazione, o stretta integrazione, degli operatori dei punti nascita.

I punti nascita devono attuare dimissione protetta nei confronti della puerpera che manifesti necessità di sostegno, inviandola al consultorio per una presa in carico secondo le necessità, per il sostegno all'allattamento, e nei casi che lo richiedono, per la prevenzione e la cura della depressione post-partum.

➤ **AZIONI:** PIANO RIORGANIZZAZIONE DEI CONSULTORI PER LA PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA

b) **Riduzione dei tagli cesarei inappropriati**

è presumibile che una quota di cesarei inappropriati sia legata a motivi organizzativi od opportunistici degli operatori, per cui per la loro riduzione è necessario che vengano messe in atto misure formative e gestionali. Le prime vedono l'adozione di protocolli regionali condivisi di corretta identificazione del rischio e dell'indicazione al cesareo, e l'adozione di audit multiprofessionali su tali protocolli nei punti nascita. Per quanto riguarda le misure gestionali, verranno adottate forme di disincentivazione, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni sul tema.

AZIONI: 1. AUDIT REGIONALE;
2. AUDIT AZIENDALI OBBLIGATORI (a gestione esterna indipendente) PER LE AZIENDE CON % DI CESAREI PRIMARI >30

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P. ...
...
(Dot. ...)

c) **Carta dei Servizi del percorso nascita**

Un percorso di qualità non può prescindere da un'adeguata informazione al pubblico sul dettaglio dell'offerta. La Carta dei Servizi del percorso nascita deve essere fornita da ogni punto nascita e contenere una parte generale, che può avere una valenza per area o regionale, e una parte specifica sulle informazioni da assicurare ad ogni donna che accede a quel punto nascita. Il dettaglio dei contenuti deve essere coerente con quanto indicato nell'allegato 2 del citato Accordo 12/2010.

- **AZIONE:** DISPONIBILITA' AL PUBBLICO DELLA CARTA DEI SERVIZI AZIENDALE PER IL PERCORSO NASCITA, COL DETTAGLIO DEI SERVIZI COLLEGATO ALLA RIORGANIZZAZIONE DI CUI SOPRA

d) GOVERNO DELLA DOMANDA IN PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

I due Centri liguri per prestazioni di 2° e 3° livello non riescono a soddisfare la domanda, secondo valutazioni già effettuate negli anni scorsi, sarebbe necessario integrare qualche unità di specialisti per aumentare la produttività in modo adeguato.

Inoltre hanno liste d'attesa piuttosto lunghe (circa 1 anno) su cui attuano qualche forma di integrazione/controllo incrociato (per evitare che l'iscrizione contemporanea ad entrambe le liste ne danneggi ulteriormente l'efficacia), tuttavia ciò non è sufficiente. Poiché condividono gli stessi criteri di accesso ai trattamenti, è necessario istituire una lista d'attesa unificata con la quale poter anche effettuare valutazioni della domanda da soddisfare eventualmente con un acquisto regolamentato di prestazioni nel privato e/o fuori regione.

- **AZIONE:** LISTA D'ATTESA UNIFICATA

e) COMITATO REGIONALE PERCORSO NASCITA


Previsto dall'Accordo S-R del 2010 sul miglioramento del PN, istituito con DGR 199/2012, ma non è di fatto più attivo perché necessita di rinnovo.

- **AZIONE:** RINNOVO COMITATO REGIONALE CON RAPPRESENTANZA MULTIDISCIPLINARE E A DIREZIONE REGIONALE

f) PERCORSI REGIONALI SPECIFICI AFFERENTI AL CENTRO DI RIFERIMENTO PER SIDS (morte improvvisa lattante)/SIUD (morte inattesa del feto dopo 25° sett gest)

Il DM 7/10/2014 sul tema prevede una disciplina autoptica e gestionale specifica per questa casistica; la Regione Liguria aveva già individuato presso l'Ist. Gaslini il Centro di Riferimento regionale per la SIDS, con cui già collaborano i punti nascita regionali; tuttavia è necessario, anche per tutti gli aspetti medico legali sottesi, che siano disponibili e attivi protocolli d'invio dai centri periferici al centro di riferimento

- **AZIONE:** DEFINIRE E ATTIVARE I PROTOCOLLI TRA IL CENTRO SIDS/SIUD E TUTTI I PUNTI NASCITA

Dipartimento Sanità e Servizi Sociali 23
 Direzione Provinciale
 ...


g) ADEGUAMENTO POSTI LETTO DI PATOLOGIA NEONATALE


revisione della codifica di reparti a codice 73 (terapia intensiva neon.), che sono stati di fatto ridefiniti con l'adeguamento ai livelli assistenziali dell'Accordo S-R sul miglioramento del percorso nascita. Nel contempo, per favorire una maggiore appropriatezza di utilizzo risorse, deve essere fatta una rivisitazione numerica sulla base del fabbisogno reale, tenuto conto che il tasso di occupazione dei p.l. dei reparti codici oggi 73+62 costituisce in parte un indice di fabbisogno

h) ADEGUAMENTO POSTI LETTO DI PEDIATRIA

Con DGR 1128/2014 era stato indicato il fabbisogno stimato dei posti letto di pediatria nelle ASL tenuto conto della riorganizzazione della rete pediatrica, che comportava il riposizionamento del IGG (indicato dalla stessa DGR) quale hub per tutti i percorsi, dell'emergenza come della cronicità, e della progressiva riduzione dell'ospedalizzazione pediatrica e l'estensione di attività in ricovero diurno e ambulatoriali. Anche tenendo conto di considerare solo i p.l. di degenza ordinaria, l'eccedenza è documentata anche in questo caso dai tassi di occupazione.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|--|---|
| Individuazione delle Sedi per la presa in carico delle gravidanze a basso rischio e del percorso puerperale, con l'ambulatorio ostetrico-ginecologico dotato delle apparecchiature adeguate, e con protocolli d'invio guidato al punto nascita secondo il profilo di rischio | Piano di riorganizzazione dei consultori per la presa in carico della gravidanza | Tutte le ASL |
| Riduzione parti cesarei | Audit clinico a conduzione esterna | Tutte le Aziende con % cesarei primari =>30 |
| Adeguate informazione sul percorso nascita aziendale | Carta dei Servizi del percorso nascita | Tutte le Aziende |
| Governo della domanda in PMA | Lista d'attesa unificata | IRCCS S.Martino e E.O. Evangelico |
| Adeguamento posti letto neonat/pediatria al livello complessità e volumi | Revisione delle definizioni NSIS-HTS dei reparti e rivisitazione numerica p.l. | Tutte le Aziende tranne IRCCS S.Martino e Gaslini (II livello ostetrico-neon) |

8. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

SETTORE STAFF CENTRALE
 E SERVIZI GIUNTA
 ...




24

A) **Decreto condizioni di derogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva**

L'obiettivo per l'anno 2016 per questa area dovrà necessariamente considerare l'applicazione del decreto relativo alle condizioni di erogabilità, in vigore dal 20/01/2016.

Tale normativa inevitabilmente avrà una ricaduta sulle prestazioni erogate.

Si ritiene quindi necessaria, da parte di ogni Azienda, la massima attenzione nel **rilevare** l'andamento dell'erogazione delle prestazioni oggetto del decreto e di verificare l'**incidenza** di tale normativa sui tempi d'attesa delle prestazioni di assistenza ambulatoriale prese in considerazione.

1 – **Azione da attivare**

Attività di monitoraggio che dovrà concretizzarsi in un flusso di dati da inviare all'ARS a intervallo di tempo trimestrale. Tali dati saranno oggetto di monitoraggio e verifica in collaborazione con prescrittori ed erogatori di prestazioni presso l'ARS.

2- **Azione da attivare**

Attivazione di percorso di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni

B) **Progetto ambulatori aperti**

Al fine di salvaguardare un'accessibilità ottimale alle prestazioni ambulatoriali, si reputa inoltre importante per l'anno 2016, rendere più operativo e diffondere il **progetto ambulatori aperti** nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.

Talune Aziende hanno già attivato questo progetto con l'apertura delle loro sedi negli orari richiesti e per alcune specialità.

Al fine di favorire il principio dell'**appropriatezza** nell'erogazione delle prestazioni, si reputa necessaria l'apertura di questi ambulatori per le **prestazioni che effettivamente rispondano ai bisogni dei cittadini.**

1 – **Azione da attivare**

Attivazione o implementazione di attività ambulatoriali nelle fasce serali e nella giornata di sabato seguendo il principio dell'appropriatezza e con finalità di abbattimento delle liste d'attesa

C) **Ricognizione e riordino della rete di offerta specialistica ambulatoriale**

L'assenza di una "fotografia" precisa, sistematica e soprattutto attuale dell'offerta dell'attività specialistica, impone di procedere ad una ricognizione che prenda in considerazione tutte le variabili del sistema, prima di programmare qualsiasi forma di riordino

1- Azione da attivare

Per ciascuna Azienda occorre rilevare :

- Branche e specialisti*(numero) coinvolti nell'erogazione
*tipologia di rapporto con il SSN (Dipendenti, SUMAI ecc.)
- Ore per ciascuno dedicate all'attività ambulatoriale e, per gli ospedalieri, quante dedicate ad utenti esterni
- Percentuale di saturazione dell'agenda per ciascun specialista

Tale ricognizione dovrà rilevare anche l'attività delle strutture private accreditate, considerando soprattutto lo specialista coinvolto e la quantità di ore dedicate all'attività ambulatoriale.

Successivamente al lavoro di ricognizione, da concludersi entro il giugno 2016, occorre prevedere una programmazione di riordino in relazione ai dati rilevati.

D) Contenimento tempi d'attesa (applicazione codici priorità)

Al fine di ridurre i tempi d'attesa per i cittadini che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si è sviluppato un modello di gestione delle liste d'attesa basato sul modello delle priorità cliniche.

Si è rilevato che nell'applicazione di questo modello, molte Aziende inseriscono il codice A (=altro non specificato) nel campo Fascia di priorità.

1- Azione da attivare

Controllo dell'applicazione corretta dei codici di priorità con diminuzione/azzeramento dell'utilizzo del codice A.

SETTORE STAFF CENTRALE
SERVIZIO GIUNTA
P. ...
...
(Dott. Augusta Limesi)

| Obiettivo | Risultato | Aziende |
|-----------|-----------|---------|
|-----------|-----------|---------|



| Aziendale | Atteso | Coinvolte |
|---|---|------------------|
| Decreto condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza | <ul style="list-style-type: none"> - Flusso dati trimestrale sulle prestazioni oggetto del decreto - Attivazione di un percorso di controllo sulle prescrizioni | Tutte le Aziende |
| Progetto ambulatori aperti | Attivazione/Implementazione in base al principio dell'appropriatezza | Tutte le Aziende |
| Ricognizione e riordino della rete di offerta specialistica ambulatoriale | Entro il 30/06/2016 attività di ricognizione a cui seguirà programma di riordino | Tutte le Aziende |
| Contenimento tempi d'attesa (applicazione codici di priorità) | Controllo dell'applicazione corretta dei codici di priorità con diminuzione/azzeramento dell'utilizzo del codice A | Tutte le Aziende |

SEZIONE GENERALE
 DI AMMINISTRAZIONE
 P. U. N. 1
 L'ISTRUTTORE)
 (D.ssa Augusta Ginesi)



Documenti Sanitari
Il Direttore
27

9. AREE SOCIO SANITARIA INTEGRATA

Ricognizione e riordino della rete di offerta dei servizi territoriali per anziani, disabili e minori

E' necessario acquisire una rappresentazione reale dell'organizzazione, delle attività, dei professionisti, dell'utenza in carico afferente nei servizi territoriali per anziani, disabili e minori al fine della riorganizzazione della rete territoriale in chiave distrettuale e di integrazione con il comparto sociale.

Per ogni Azienda Sanitaria Locale deve essere indicato:

1. collocazione del servizio all'interno di un dipartimento o del distretto (dipendenza gerarchica del personale)
2. numero degli operatori suddivisi per professionalità (nel caso dei medici indicare la specialità), numero ore settimanali per ciascuna tipologia di professionalità, tipologia di rapporto di lavoro (dipendente, specialista ambulatoriale, altro)
3. tipologia dell'attività: visite specialistiche, colloquio, sedute di riabilitazione, unità di valutazione multidisciplinare, certificazioni, prestazioni infermieristiche, visite/prestazioni domiciliari, o in altre sedi (es. ospedale, strutture extraospedaliere, ecc..), assistenza protesica, altro
4. numero utenti in carico nel 2015 (con almeno due interventi /accessi nell'anno)

La ricognizione deve concludersi entro giugno 2016.

Per la seconda metà dell'anno in corso è prevista un'ulteriore ricognizione volta a verificare l'appropriatezza degli interventi rivolti a persone disabili e anziane nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere.

SETTORE STAFF CENTRALE
REGIONE GIUNTA
P C C
ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Gines)

10. RISCHIO CLINICO

- a) **Ridurre e controllare i rischi associati alle cure e diffondere i risultati all'interno delle organizzazioni sanitarie e agli stakeholder.**

L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di indicatori in grado di rappresentare le performance delle Aziende Sanitarie in materia di Rischio Clinico e una guida per l'implementazione nel tempo.

Lo strumento da utilizzare è il CARMINA ¹(Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach)

- **AZIONI:** Adozione dello strumento CARMINA in tutte le Aziende, con l'obiettivo di sviluppare una serie di indicatori in grado di rappresentare le performance delle organizzazioni sanitarie in materia di gestione del rischio clinico, fornendo altresì una guida per l'implementazione nel tempo e azioni di benchmarking (azione da svilupparsi successivamente all'adozione dello strumento)

- b) **Adozione del Piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria: Determina ARS Liguria n. 42 del 11/02/2015**

La Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico ha predisposto, in ottemperanza a quanto richiesto dal Comitato LEA, un percorso unificato da adottarsi all'interno delle Aziende Sanitarie per la prevenzione delle cadute. Ha predisposto altresì una scheda unificata di segnalazione delle cadute, successivamente modificata e condivisa tra tutti i Risk Manager delle Aziende. Tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che deve essere definito da Liguria Digitale, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale, analogo a quello delle segnalazioni eventi avversi (Scheda Incident Reporting)².

AZIONI: 1. Conferimento incarico a Liguria Digitale per l'informatizzazione della scheda unificata di segnalazione delle cadute e creazione del flusso informativo

2. Inserimento dei dati nel flusso da parte delle Aziende Sanitarie e nelle strutture del privato accreditato

¹ Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach (CARMINA) P Tricarico, A Cambieri, A Campo, P Cantaro, A Costa, S Fiore, L Marazzi, A Marcolongo, M Monturano, I Mura, D Pascu, G Privitera, ORinaldi, G Romano, G Sotgiu, S Tardivo, D Zanardo, T Zerman, S Brusaferrò DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt124.017> First published online: 4 November 2013

² D.G.R n. 621/2008: è stato definito un programma di interventi comuni da adottarsi a livello delle aziende sanitarie su indicazioni della Commissione Regionale di Coordinamento:

1. realizzazione di percorsi formativi;
2. attivazione di progetti di buona pratica clinico-organizzativa;
3. adozione di una scheda unica (incident reporting) per la rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi per la creazione di un flusso informativo regionale;
4. avvio del sistema informativo degli errori in Sanità SIMES: le attività sono state formalizzate con D.M. 11 dicembre 2009:



c) Analisi della scheda di Incident Reporting.

La scheda unificata di segnalazione degli eventi avversi (Incident Reporting), adottata nel 2008 e rivista nel 2010, costituisce lo strumento per la segnalazione, da parte delle Aziende Sanitarie, degli eventi avversi occorsi nelle stesse. In oggi, solo le Aziende sono abilitate a inserire i dati nel flusso regionale.

AZIONI: 1. inserimento, nel flusso informativo sia degli eventi avversi che delle cadute, delle strutture del privato accreditato (azione da implementare tramite conferimento incarico a Liguria Digitale);

2. dall'analisi degli I.R., effettuazione di AUDIT, RCA e realizzazione di piani di miglioramento per gli eventi avversi di maggior accadimento

d) Formazione degli operatori

Con Determine di ARS Liguria n. 109 e 112/2015 sono stati forniti alle Aziende sanitarie indirizzi prioritari di interesse regionale per la realizzazione dei Piani Formativi Aziendali. Tra questi sono previsti anche interventi formativi sulle Raccomandazioni Ministeriali.

AZIONI: Le Aziende Sanitarie devono comunicare il numero degli eventi formativi realizzati sulla conoscenza e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, nonché il numero e la tipologia dei professionisti coinvolti.

e) Infezioni correlate all'assistenza

AZIONI

1. Mantenimento del sistema di sorveglianza regionale dei ceppi di Enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE) e di altri microrganismi alert.

2. Estensione alle strutture degenziali e residenziali accreditate del sistema di sorveglianza regionale dei CPE e dell'applicazione delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (DGR n. 529/2015)

3. Indagine per la rilevazione del tasso di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) presso le strutture degenziali ospedaliere pubbliche dell'intera rete ligure

4. Produzione di linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo nell'ambito della chirurgia addominale



| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|---|---|
| Adozione dello strumento CARMINA | Mappatura delle aree di eccellenza, di quelle da implementare e di quelle da riparametrare | Tutte le Aziende sanitarie |
| Adozione del Piano regionale di prevenzione delle cadute e della scheda unificata di segnalazione | Creazione di un database regionale sulle cadute | Tutte le Aziende Sanitarie |
| Analisi della scheda di Incident Reporting e inserimento, nel flusso informativo, delle strutture del privato accreditato | Predisposizione di azioni di miglioramento finalizzate alla riduzione del verificarsi di eventi avversi | Tutte le Aziende Sanitarie e strutture del privato accreditato tramite le ASL |
| Formazione degli operatori sulle Raccomandazioni Ministeriali | Adozione e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali | Tutte le Aziende Sanitarie |
| Rafforzamento dell'area come da legge di stabilità | In attesa dell'esito del DDL <i>"Disposizioni in materia di responsabilità professionale in ambito sanitario"</i> | Tutte le Aziende Sanitarie |
| Infezioni correlate all'assistenza | Controllo delle infezioni; controllo e riduzione del rischio infettivo nell'ambito della chirurgia addominale | Tutte le Aziende Sanitarie e le strutture accreditate |

SETTORE STAFF CENTRALE
 E SERVIZI GIUNTA
 P. ...
 (25/05/2013 - 10:00)

[Handwritten signature]



11. AREA PSICHIATRICA E NEUROPSICHIATRICA:

1. Applicazione progressiva della riorganizzazione della rete della residenzialità psichiatrica per adulti e per minori, sulla base delle nuove disposizioni contenute negli ATTI di Intesa della CU 2013-2014, sulla base del lavoro congiunto tra Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute (GISM, coordinato dalla Regione Liguria nel periodo 2006-2016), AGENAS e Ministero della Salute e recepiti dalla Regione Liguria con DGR 2014 (tipologia di strutture suddivise per intensità di cura e tempi massimi di accoglienza, specializzazione per patologie, appropriatezza delle prestazioni, integrazione pubblico-privato);
2. Ridefinizione dei percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori (D. dello spettro psicotico, D. dello spettro dell' umore e D. gravi di personalità), approvati dalla CU nel Dicembre 2014, sulla base del lavoro congiunto tra Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute (GISM, coordinato dalla Regione Liguria nel periodo 2006-2016), AGENAS e Ministero della Salute, con definizione degli obbiettivi e di indicatori necessari per il monitoraggio degli outcomes clinici;
3. Continuazione del processo di superamento degli OPG e per la presa in carico dei pazienti autori di reato con differenziate MdS, con attivazione della ReMS (già individuata in una struttura a Calice del Cornoviglio ed avviata dalla ASL 5 la gara per gli interventi di ristrutturazione ed adeguamento funzionale, in costanza di convenzione con la Regione Lombardia per l'utilizzo della ReMs di Castiglione delle Stiviere, sulla base della convenzione già in atto;
4. Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura (di cognizione e di sorveglianza), attraverso l'istituzione (già in atto), il miglioramento continuo delle attività ed il monitoraggio dei risultati delle Unità Funzionali di Psichiatria Forense (UFPF) in tutti i DSM liguri, sulla base dell'accordo sottoscritto con la Magistratura nel 2015;
5. Riorganizzazione dell'Area della Neuropsichiatria Infantile, in accordo con le richieste degli operatori e della Società Scientifica (SINPIA), attraverso l'istituzione di " Servizi di NPPIA" in ogni ASL, con équipes multidisciplinari per la gestione di tutto il percorso di cura, dalla diagnosi, al ricovero ospedaliero (è noto che in Liguria abbiamo pl di NPPIA solo all'IRCCS Istituto Gaslini che trattano prevalentemente patologie connesse alle disabilità complesse ad esordio precoce – DSA, DPS, ADHD, D. neurologici, ...- ma non patologie psichiatriche ad esordio nella fascia minorile 14-18), alla riabilitazione funzionale ed all'inclusione sociale.

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P. ... G. ... G. ...
...
(...)



32

[Handwritten signature]

AZIONI:

1. Riorganizzazione rete offerta ospedaliera psichiatrica dell'area metropolitana genovese
2. Istituzione nelle ASL di Servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (vedi Determina ARS n.10397 del 22/12/2014).
3. Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti e minori, con l'applicazione di quanto contenuto negli Accordi n. 116 CU del 17/10/2013 (residenzialità adulti) e n. 138 del 13/1/2014 (residenzialità minori), anche con l'obiettivo di riportare in Liguria, nel triennio 2016/2018, i pazienti inseriti in strutture extraregionali, attivando, se necessario, nuovi posti di residenzialità e tenendo conto della specificità dei percorsi di cura dei pazienti autori di reato (15% dei posti residenziali) in base alla nuova normativa vigente (D.P.C.M. 01/04/2008 e ss.m.ii. e Legge 9 del 17/02/2012).

Obiettivo al 30/06/2016: Predisposizione atti programmatori.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|---|---|
| Riconduzione sotto un'unica direzione dell'IRCCS San Martino-Ist dei posti letto di assistenza psichiatrica nell'area metropolitana | Possibilità di differenziazione dell'offerta ospedaliera per moduli in relazione alla tipologia della domanda e dei mutamenti del quadro epidemiologico | IRCCS S. Martino-Ist e ASL 3 "Genovese" |
| Istituzione nelle ASL di Servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza | Specializzazione dei percorsi di cura per le patologie psichiatriche dell'adolescenza | Tutte le ASL |

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI CLIENTA
P. ...
...
(... Ginesi)

[Handwritten signature]

12. AREA CONTROLLI

Nel corso del 2016, sarà modificato il sistema dei controlli delle prestazioni sanitarie, tramite l'adozione di specifici atti. Principali linee di intervento:

> AZIONI:

1. Individuazione di strumenti di programmazione per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.
2. Per l'anno 2016 sono soggette a controllo almeno il 12.5% delle attività di ricovero. I controlli riguardano la qualità documentale, la congruenza e l'appropriatezza generica. Il 10% dei controlli è di tipo casuale. Il 3% di tali controlli è effettuato in autocontrollo da parte dei soggetti erogatori il restante 7% dall'ARS/ ASL esterna.
3. La quota dei controlli mirati riferita alle prestazioni di ricovero è del 2,5%. L'ARS si riserva la selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza.
4. Introduzione criteri per l'attuazione di controlli sull'efficacia delle prestazioni.
5. Attivazione di un canale informativo del debito del NOC per l'invio degli esiti delle attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali.
6. Estensione dei controlli alle prestazioni ambulatoriali.
7. I Direttori Generali delle Aziende sanitarie a destinano alle attività di controllo un numero adeguato di operatori.

13. GESTIONE DEI CITTADINI STRANIERI E MOBILITÀ INTERNAZIONALE

1. Prosecuzione della sperimentazione sulla iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio ligure.

2. Adeguata rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate in Liguria a cittadini stranieri (mobilità attiva).

Si raccomanda di procedere ad una adeguata rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture liguri a cittadini stranieri (mobilità attiva). Una non adeguata rilevazione e rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate a tale categoria di cittadini dà luogo da una parte al mancato recupero di risorse aggiuntive da parte delle Amministrazioni competenti (nazionali) e dall'altra alla messa in carico al SSR ligure di attività sanitarie (e quindi risorse) che in realtà devono risultare a carico di soggetti diversi.

3. Monitoraggio delle prestazioni erogate all'estero a cittadini iscritti al SSR ligure (mobilità passiva).

Particolare attenzione dovrà essere dedicata dalle ASL al monitoraggio e controllo della mobilità internazionale passiva, riferita alle prestazioni usufruite nell'Unione Europea e nelle nazioni extraeuropee per le quali esistono accordi di collaborazione sanitaria.

➤ **AZIONI:** Rilevazione puntuale dell'iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio ligure.

| OBIETTIVO AZIENDALE | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|---|----------------------|
| Monitoraggio iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio ligure. | Rilevazione puntuale dell'iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio ligure. | Tutte le ASL |

STAFF CENTRALE
COMITATO GIUNTA
DIRETTORE
Dott. Giuseppe C...

14. APPROPRIATEZZA SETTING EROGATIVO

Considerato che la definizione delle soglie di ammissibilità rappresenta un valido strumento per l'incremento dell'appropriatezza erogativa dei ricoveri riconducibili ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza", si raccomanda, anche per il 2016, il rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario per i 108 DRG del Patto per la Salute. Tali soglie costituiscono, tra gli altri, obiettivo di performance assegnato ai Direttori Generali con DGR n. 401 del 27/3/2015 - GT1: Soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario per DRG del Patto per la Salute -Triennio 2015-2017- .

Anche se la Regione Liguria (con una percentuale pari all'8,8% di DRG critici pari al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale), si colloca nell'area dell'adempienza, il Comitato per la valutazione dei LEA ha segnalato le criticità per i seguenti DRG 008, 019, 036, 256, e 467.

➤ **AZIONI:**

1. Trasferimento a regime ambulatoriale di ulteriori prestazioni chirurgiche.
2. Riduzione dei ricoveri ordinari afferenti ai DRG 008, 019, 036, 256, e 467, favorendo il trasferimento in regime diurno/ambulatoriale.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|--|----------------------|
| Maggiore appropriatezza erogativa dei ricoveri ordinari per acuti | Rispetto delle soglie individuate per l'anno 2016 dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con particolare attenzione ai DRG 008, 019, 036, 256, e 467 | Tutte le Aziende |
| Maggiore appropriatezza erogativa dei ricoveri diurni | Rispetto delle soglie individuate per le prestazioni trasferite al livello ambulatoriale | Tutte le Aziende |

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P C C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Giansi)

36

[Handwritten signature]

15. FARMACEUTICA

i) FARMACI AD ALTO COSTO E REGISTRI AIFA

L'anno 2015 è stato caratterizzato dall'introduzione sul mercato di farmaci ad alto costo, molti dei quali contrassegnati dal requisito dell'innovativà " importante " o "potenziale". Il riconoscimento dell'innovatività ha consentito, come previsto dal comma 1, art. 1 dell'accordo Stato – Regioni sottoscritto in data 18 novembre 2010, l'introduzione degli stessi nei Prontuari Ospedalieri senza passare attraverso la valutazione, laddove esistono, delle Commissioni per il Prontuario Regionale.

Tutti i farmaci ad alto costo di recente introduzione in commercio sono soggetti al monitoraggio AIFA che prevede la compilazione tramite il portale web di AIFA delle schede di eleggibilità, follow up e fine trattamento dai parte dei centri appositamente individuati dalle Regioni. Tali procedure consentono l'utilizzo delle nuove terapie secondo i parametri di appropriatezza e sicurezza predefiniti dall'autorità regolatoria.

Le categorie terapeutiche interessate a tali procedure sono soprattutto i NAO (nuovi anticoagulanti) per i quali l'AIFA ha previsto la compilazione del Piano Terapeutico web based, i farmaci oncologi e i farmaci per la cura dell'epatite C cronica sottoposti a registro di monitoraggio.

Al fine di migliorare la gestione e il monitoraggio delle terapie ad alto costo nel corso del 2016 si dispone che le Direzioni Sanitarie delle Aziende e degli Enti del SSN vigilino sulla corretta tenuta dei registri e dispongano di una base dati aggiornata inerente le utenze degli operatori sanitari abilitati (medici e farmaci) all'utilizzo dei registri e dei centri prescrittori individuati dalla Regione. Nel corso del 2016 la Regione provvederà ad effettuare la verifica del numero dei trattamenti attivati presso i centri individuati e valuterà, conseguentemente, la necessità di razionalizzare la mappatura degli stessi.

Per garantire l'efficientamento dell'utilizzo delle risorse finanziarie destinate all'assistenza farmaceutica le Direzioni Sanitarie dovranno garantire il recupero al 100 % dei rimborsi previsti dagli accordi di condivisione del rischio e del reinvestimento degli stessi per l'acquisto delle terapie innovative in accordo con quanto previsto dalle direttive indicate con la delibera di Giunta Regionale n. 1717 del 22.12.2014.

[Handwritten signature]

- **AZIONI:** MONITORAGGIO DELLE TERAPIE AD ALTO COSTO; RECUPERO E REINVESTIMENTO DEI RIMBORSI NELLE TERAPIE INNOVATIVE, RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACCESSI ALLE TERAPIE INNOVATIVE.

j) Implementazione dei farmaci a brevetto scaduto

I medicinali equivalenti rappresentano un'opportunità irrinunciabile per la sostenibilità del Sistema socio sanitario e garantiscono qualità, sicurezza ed efficacia. L'incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto (equivalenti e biosimilari) gioca un ruolo importante nel mantenimento della sostenibilità del SSN, liberando risorse consente, infatti, l'introduzione di farmaci innovativi più efficaci ma di costo molto elevato. Altro vantaggio derivante dal ricorso alle terapie innovative è avere a disposizione medicinali " maturi " e pertanto conosciuti sia sotto il profilo dell'efficacia sia sotto il profilo della sicurezza.

Tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie fissati con la D.G.R. n. 401/2015 è ricompresa la promozione dei farmaci a brevetto scaduto. Con tale provvedimento è stato fissato il raggiungimento dell'obiettivo medio regionale del 78 % in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte.

Si dispone di innalzare nell'anno 2016 l'obiettivo medio regionale all' 80 % (*).

Al fine di garantire il rispetto dei vincoli economici imposti dalla normativa vigente è indispensabile incentivare la prescrizione dei medicinali equivalenti monitorando gli eventuali " swift " prescrittivi verso molecole ancora coperte da brevetto.

Si dispone che le Aziende sanitarie, tramite i servizi farmaceutici, verifichino l'attività prescrittiva dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta valutando l'incidenza percentuale delle DDD a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte e ne diano riscontro agli stessi con cadenza trimestrale.

- **AZIONI:** IMPLEMENTAZIONE PRESCRIZIONE MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO, AGGIORNAMENTO E SENSIBILIZZAZIONE MEDICI PRESCRITTORI, MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI TERRITORIALI CON INVIO INFORMATIVA DI RITORNO AI MEDICI PRESCRITTORI

k) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

Negli ultimi anni sono stati stabiliti obiettivi di razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica che hanno consentito, soprattutto, a livello della spesa territoriale convenzionata di conseguire risparmi considerevoli. Le categorie terapeutiche che sono state monitorate sono quelle che ricomprendono i medicinali che hanno preso la copertura brevettuale. In particolare : gli inibitori di pompa acida (ATC4 A022BC), gli antipertensivi: ACE inibitori semplici e associati al diuretico (ATC4 C09AA e C09AB), gli antagonisti dell'angiotensina II semplici e associati ai diuretici (ATC4 C09CA e C09DA), gli inibitori dell'HMG CoA reduttasi (ATC4 C10AA e C10AX), gli inibitori selettivi della serotonina – ricaptazione (ATC4 NO6AB), gli agonisti selettivi dei recettori beta 2 adrenergici (ATC 4 R03AC).

Con la D.G.R. n. 401/2015 sono stati individuati i seguenti obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende e degli Enti Sanitari:

- a) Consumo di inibitori di pompa protonica (PPI): obiettivo regionale riduzione del 25 % delle unità posologiche prescritte
- b) Incidenza percentuale dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina: obiettivo regionale incidenza del 40 % delle DDD a base di sartani sul totale degli antipertensivi prescritti

Si dispone la conferma degli obiettivi fissati con D.G.R. 401/2015 (*) e il monitoraggio delle prescrizioni relative alle seguenti categorie terapeutiche: inibitori dell'HMG CoA reduttasi (ATC4 C10AA e C10 AX), inibitori selettivi della serotonina – ricaptazione (ATC4 NO6AB), agonisti selettivi dei recettori beta 2 adrenergici (ATC 4 R03AC).

Nel corso del 2016 si prevede di attivare il progetto sugli indicatori di appropriatezza della prescrizione farmaceutica in collaborazione con AIFA per il rapporto OSMED (*)

- **AZIONE:** MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE CON INVIO INFORMATIVA DI RITORNO AI MEDICI PRESCRITTORI, ATTIVAZIONE PROGETTO SU INDICATORI APPROPRIATEZZA AIFA

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|--|--|-----------------------------|
| Monitoraggio dei trattamenti con i farmaci innovativi ad alto Recupero dei rimborsi in base ad accordi negoziali | Miglioramento della gestione e dell'acquisizione delle terapie farmacologiche | Tutte le ASL, IRCCS, EE.OO. |
| Razionalizzazione della spesa farmaceutica | Raggiungimento dell'obiettivo regionale dell'80% in DDD di medicinali a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte | Tutte le ASL |
| Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica | Raggiungimento obiettivi regionali di appropriatezza prescrittiva per categorie terapeutiche | Tutte le ASL |

(*) valore proposto da verificare

16. CURE PALLIATIVE

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

È necessario definire specifici impegni e procedure di segnalazione per i medici ospedalieri nei confronti delle cure palliative domiciliari.

| Obiettivi aziendali | Risultato atteso | Aziende |
|---|---|---------|
| Il reparto dimettente il pz che necessita di c.p. domiciliari /ricovero in hospice deve attivare il servizio (con procedura codificata*) prima della dimissione | Presa in carico dalla rete di cure p. domiciliari alla dimissione | tutte |

*E' previsto un Tavolo regionale con le Direzioni sanitarie aziendali per sviluppare una procedura comune.



17. Continuità assistenziale in riabilitazione 2016

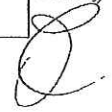
| | Area | Obiettivi aziendali principali | Risultato atteso entro il 2016 | Aziende destinatarie |
|--|--|---|---|---|
| <p>Lavoro sui nodi della rete</p> | <p>Definizione e somministrazione di uno strumento di analisi delle strutture riabilitative sulla base dei mandati dei codici 56 e 75.</p> <p>Mappatura dell' esistente sulla base di un questionario di rilevazione organizzato per livelli di complessità clinico assistenziale.</p> <p>(Det. 101/2013 e relativo questionario di mappatura)</p> <p>Identificazione dei mandati che caratterizzano i setting d'offerta territoriali</p> | <p>Mettere a disposizione i dati informativi delle strutture a gestione pubblica o privata accreditata con contratto sulla base dei criteri descrittivi previsti da Ars Liguria.</p> | <p>Mappatura completa delle caratteristiche delle strutture definite attualmente cod 56 e 75.</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS e le Case di Cura Private interessate.</p> |
| <p>Lavoro sui nodi della rete</p> | <p>Definizione di uno strumento di analisi utile all' estensione della mappatura all'offerta di cure intermedie cod 60 sulla base della metodologia utilizzata per i codici 56 e 75.</p> <p>(Det. 101/2013 e relativo questionario di mappatura)</p> <p>Rete delle UGCA - Definizione, sulla base dei mandati di struttura delle caratteristiche essenziali clinico - organizzative necessarie al funzionamento delle SUAP.</p> | <p>Partecipazione attraverso i professionisti al tavolo di definizione delle tipologie di domanda.</p> <p>Individuazione sul territorio dei luoghi possibili adibiti a SUAP, analizzando il</p> | <p>Definizione del documento di ridefinizione del setting delle cure intermedie omogeneo per tutta la Regione.</p> <p>Ipotesi di definizione delle strutture candidabili ad assumere la funzione di SUAP.</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS</p> <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali</p> |

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P C C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Cirio)



| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>Percorsi modello</p> | <p>Percorsi riabilitativi o percorsi integrati di cura per la protesi in elezione d'anca (Adempimento <u>LEA</u>)</p> | <p>Partecipazione al tavolo di lavoro attraverso i professionisti per la definizione del percorso riabilitativo della protesi in elezione d'anca.</p> | <p>Redazione Percorso riabilitativo per la protesi in elezione d'anca</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS</p> |
| <p>Indicatori di processo-esito e flussi informativi</p> | <p>Definizione di indirizzi utili alla compilazione della SDO da parte delle strutture riabilitative sulla base dello studio Ars Liguria-IPER 2 (Indicatori di processo ed esito in riabilitazione). Lo studio (10.000 casi analizzati) ha permesso di individuare i fattori di complessità clinica che se presenti nella SDO orientano nella predizione il consumo di risorse e il risultato funzionale. (durata di degenza, complicanze, recupero del cammino, ecc.)</p> | <p>Partecipazione al tavolo di lavoro attraverso i professionisti per la definizione del PDTA morbo di Parkinson</p> | <p>Redazione Percorso riabilitativo per il morbo di Parkinson in condivisione con il PDTA per il morbo di Parkinson e la rete neurologia.</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS</p> |
| <p>flussi informativi</p> | <p>Indirizzi relativi ai contenuti minimi caratterizzanti il Progetto Riabilitativo Individuale che devono</p> | <p>Partecipazione al gruppo di lavoro in Ars per la</p> | <p>Applicazione a regime nella compilazione della SDO delle indicazioni emerse dal "manuale di compilazione".</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS e LE Case di Cura Private con Interessate.</p> |
| | | <p>Partecipazione al gruppo di lavoro in Ars per la</p> | <p>Presenza della scheda progetto standard di PRI</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS</p> |

SETTORE STAFF CENTRALE
 E SERVIZI GIUNTA
 C
 C
 L'ISTRUTTORE
 (D.ssa Augusta Ghisà)



| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>essere inseriti nella Cartella Clinica ai sensi del Piano di Indirizzo della Riabilitazione nazionale</p> <p>Monitoraggio dei soggetti in condizione di prostrata alterazione della coscienza con presa in carico territoriale, utile alla definizione della rete gravi cerebro lesioni attraverso un questionario di rilevazione orientato allo studio degli elementi di specificità e complessità clinica.</p> <p>Analisi degli aspetti problematici relativi alla transizione tra un setting di cura e l'altro (<i>transition of care</i>).</p> <p>In particolare questa analisi deve riguardare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La transizione dall' acuzie e post acuzie 2 Le carenze informative che possono indurre mal funzionamento nella gestione dei processi di presa in carico 3 La specificità dei bisogni di cura che non possono essere offerti all' interno dell'offerta regionale. | <p>costruzione di una scheda di PRI standard da inserire nelle cartelle cliniche</p> <p>Partecipazione attraverso i professionisti alla mappatura delle persone in condizione di prostrata alterazione della coscienza.</p> | <p>nel 100% delle cartelle cliniche</p> <p>Mappatura delle persone in condizione di prostrata alterazione della coscienza in modo tale da porre le basi per costruire un monitoraggio costante negli anni.</p> <p>Creazione di un documento di analisi che identifica gli indicatori orientanti la presa in carico aziendale o il trasferimento fuori regione.</p> | <p>Tutte le Aziende Sanitarie Locali e IRCCS</p> <p>Fase di sperimentazione Asl tre genovese, IRCCS San Martino-IST, E.O Galliera. Evangelico, IRCCS Gaslini per la parte Pediatrica.</p> <p>Le indicazioni dovrebbero essere allargate nel 2017 anche alle altre Aziende.</p> |
|---|---|--|--|

STAFF CENTRALE
 SERVIZI GIUNTA
 DIRETTORE
 INSEGNANTE
 ISTRUTTORE
 (D.ssa Augusta Ginesi)

18. TERAPIA DEL DOLORE

Nel 2015 la Rete regionale di terapia del dolore, con il supporto delle Reti cure palliative e farmaceutica liguri, coordinate in ARS, hanno redatto un documento di consenso sulle indicazioni cliniche, procedure di gestione ed erogazione del preparato galenico magistrale a base di cannabis, per consentire un utilizzo regolamentato e definire i limiti dell'uso terapeutico a carico del SSR. Nel novembre 2015 il decreto ministeriale pubblicato sulla G.U. n. 279 del 30.11.2015 ad oggetto: "Funzioni di organismo statale per la cannabis previsto dagli art. 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961 come modificata nel 1972" ha disciplinato la produzione nazionale e la fornitura alle Regioni, specificando le modalità di impiego, la prescrizione, l'allestimento, la dispensazione e il monitoraggio delle preparazioni magistrali a base di cannabis. Peraltro Il citato D.M. subordina alle indicazioni regionali la rimborsabilità a carico del SSN e il protocollo del gruppo di lavoro ligure consente di meglio circoscrivere le condizioni e i requisiti per la prescrizione. E' necessario procedere alla formalizzazione del protocollo per uniformare l'operatività presso tutti i centri regionali di terapia del dolore e consentirne il monitoraggio.

STAFF CENTRALE
RIZI GIUNTA
P C C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Ginesi)



45

19. RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA DI CHIRURGIA SPECIALISTICA REGIONALE

E' in corso la definizione delle unità di senologia secondo i criteri dell'Intesa Stato – Regioni del 12/2014, e il programma in seguito stabilito dalla DGR 1244/2015. Il completamento dell'istruttoria da parte di ARS sui progetti presentati dalle Aziende consentirà di definire la rete dei centri di senologia.


Nel 2016 la Regione inoltre svilupperà un piano dell'offerta in alcune aree chirurgiche specialistiche basato sia sugli adeguamenti previsti dal DM 70 in termini di volumi sia sulla rilevazione e valutazione dei fabbisogni complessivi tenuto conto anche della mobilità passiva (per es. ortopedia, chirurgia urogenitale, chirurgia bariatrica).

In alcuni ambiti, specie riguardo a tipologie di interventi superspecialistici (Impianti valvolari aortici transcuteanei TAVI, impianti cardiocirurgici VAD, impianti cocleari) dato l'alto costo dei device impiantabili verrà valutato il finanziamento a funzione del centro regionale di riferimento individuato.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|--|----------------------|
| Messa a regime dei centri di senologia secondo le delibere regionali in via di formulazione | Offerta completa ed omogenea di percorso per il tumore mammario da screening a terapia in tutta la Regione, con tempi di attesa adeguati | tutte |

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P C C
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Gines)



 216

20. BANCA DEL SANGUE: MESSA A REGIME

Lo sviluppo del progetto di concentrazione della validazione e lavorazione del sangue regionale avviato con DGR 708/2013 è funzionale ad adeguare le attività produttive alle norme europee e quindi all'accreditamento di tutta la filiera di produzione degli emoderivati e fa riferimento all'Intesa Stato-Regioni 12/2010. Attualmente è avvenuta la centralizzazione di tutte le validazioni delle sacche regionali su IRCCS S.Martino-IST, ma non ancora la centralizzazione della lavorazione sui due poli previsti (IRCCS S.Martino-IST e S.Paolo-Asl2). Quest'ultimo step del progetto deve essere portato a compimento dall'Azienda IRCCS S.Martino-IST con il completamento dell'interoperabilità del software specifico.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|---|----------------------|
| Portare a conclusione entro giugno 2016 l'adeguamento informatico già progettato e finanziato | Operatività della banca del sangue a regime | IRCCS S.Martino-IST |

SETTORE STAFF CENTRALE
E SERVIZI GIUNTA
P. ...
ISTRUTTORA
(D.ssa Augusta Guesi)

 45

247



C. INDIRIZZI PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO ED I CONTROLLI DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE

1. OBIETTIVI PROPOSTI PER IL 2016

a. **Revisione della normativa regionale su autorizzazione, accreditamento , accordi/contratti**

La bozza di tale revisione normativa è già stata predisposta, ma deve essere rivisto il soggetto istituzionale cui sono demandate le funzioni di autorizzazione e di vigilanza ordinaria e straordinaria (ASL-Dip. Prevenzione su delega regionale o Regione).

I suddetti aggiornamenti normativi dovranno prevedere inoltre:

una classificazione aggiornata delle strutture sanitarie e socio sanitarie ;

l'autorizzazione degli studi medici e odontoiatrici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

l'autorizzazione per nuove forme di erogazione di prestazioni e servizi , anche da parte dei soggetti privati, al fine di rispondere in modo adeguato ed efficace ai bisogni della popolazione ligure (es: assistenza domiciliare di tipo sanitario e sociosanitario).

b. **Predisposizione del Manuale dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie (requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi)**

La bozza di tale manuale è stata già predisposta, ma necessiterebbe di alcune modifiche/aggiornamenti sulla base di nuova classificazione delle strutture/servizi, di cui al punto 1.1.

Tale documento inoltre dovrà essere integrato con un aggiornamento/revisione dei requisiti organizzativi delle strutture sociosanitarie in termini di figure professionali e di tempi assistenziali, al fine di garantire una buona e omogenea qualità organizzativa delle strutture

c. **Stabilire una proroga per la conclusione dei piani di adeguamento da parte delle Aziende pubbliche (5 ASL e 4 A.O./IRCCS)**

Si precisa che attualmente In Regione Liguria non ci sono strutture private soggette a piani di adeguamento, in quanto quelle attualmente operanti sono tutte autorizzate in modo definitivo e pertanto la problematica dagli adeguamenti strutturali/impiantistici è circoscritta alle Aziende pubbliche.

Il termine del 31.12.2018 , già proposto nel 2015 dall' Agenzia sanitaria al Dipartimento Salute Regionale , non è ancora stato recepito con atto regionale (in questo momento c'è un vuoto normativo in quanto l'ultima proroga è scaduta il 31.12.2015).

d. **Piani di adeguamento delle Aziende pubbliche**

rivalutare i piani delle aziende pubbliche liguri (5 ASL e 4 A.O./IRCCS) , con particolare riferimento allo stato di attuazione del piano presentato al Comune di competenza territoriale , alle eventuali modifiche apportate , alle modifiche da apportare in base al nuovo termine che verrà fissato dalla Regione, con indicazione di cronoprogramma o di riformulazione dello stesso.

Valutare le soluzioni messe in atto dalle Aziende al fine di garantire comunque, pur in assenza di alcuni requisiti strutturali/impiantistici, la erogazione delle prestazioni in condizioni di sicurezza per pazienti e operatori.

e. **Predisposizione di un manuale di accreditamento recependo i requisiti fissati dall'Accordo Stato-Regioni del 2012.**

Il manuale è già stato predisposto secondo quanto previsto dalla revisione di cui all'Accordo stato-Regioni 2012, integrato con alcuni requisiti già previsti dai manuali attualmente vigenti in Regione Liguria . Tale nuovo manuale deve essere recepito con delibera dalla Regione.

Inoltre nel corso del 2016 devono essere predisposti requisiti specifici di accreditamento aggiornati per le strutture ospedaliere, per le strutture di diagnostica, per le strutture ambulatoriali e per le strutture territoriali extra-ospedaliere.

f. **Revisione dello schema-tipo dell'accordo contrattuale tra ASL e strutture private accreditate.**

Lo schema -tipo già deliberato e applicato in modo disomogeneo in Regione Liguria, dovrà essere riformulato con la previsione di adeguate sanzioni conseguenti agli inadempimenti contrattuali (ad es. venir meno dei requisiti di autorizzazione, di accreditamento, ecc.).

Dovrà comunque essere garantito, **da subito e senza alcun impedimento, il diritto di libera scelta del cittadino del luogo di cura**, primario rispetto alle esigenze di contenimento della spesa che sono comunque assicurate dal tetto di spesa contrattualmente stabilito.

Conseguentemente, nell'ambito di un contratto di accreditamento concluso da una Asl territorialmente competente con una struttura privata accreditata, non possono essere opposti, alla libera scelta degli assistiti del SSN, qualsiasi condizionamento di tipo giuridico, organizzativo o economico come ad esempio l'assenza di un contratto specifico tra Asl di provenienza del paziente e la struttura accreditata, la presenza di strutture sanitarie nel territorio dell'Asl dell'assistito in grado di erogare la medesima prestazione o la definizione di limiti di spesa specifici per gli assistiti di una Asl diversa da quella contraente. Gli oneri derivanti dalla mobilità intraregionale sono compensati sulla base di accordi tra le Aziende.

g. **Verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private.**

Pianificare le vigilanze, stabilendo una percentuale minima per tipologia di strutture private autorizzate da controllare nel corso del 2016 .

h. Valutazione della qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate.

Predisposte dall'ARS (Determinazione Direttore Generale ARS Liguria n. 43 del 13.5.2015) check list differenziate per la valutazione della qualità nelle strutture per anziani, disabili, psichiatrici . Si precisa che tale valutazione prende in considerazione requisiti diversi e ulteriori rispetto a quelli di autorizzazione e di accreditamento ed è finalizzata ad aumentare qualità e tutela dell'assistenza nei confronti di soggetti in condizioni di maggiore fragilità , aumentare la professionalità e la sicurezza degli operatori e a fornire alle ASL , che hanno attivato la convenzione , uno strumento di controllo delle prestazioni remunerate.

Tale controllo nel corso del 2015 è già stato effettuato dalle ASL tramite l'applicazione in via sperimentale delle suddette check list, nella misura del 50% delle strutture operanti nel territorio delle ASL 1-2-4-5 e nella misura del 30% di quelle in ASL 3: si propone di completare entro il 2016 il controllo di tutte le restanti strutture .

i. Controlli per verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei centri di PMA

Nel 2016 controllo dei centri di PMA di 3° livello regionali di IRCSS AOU San Martino IST e E.O.I. Evangelico

j. Controlli per verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Sistemi Trasfusionali e delle UdR Associazioni Donatori Sangue .

Nel 2016 controllo dei S. Trasfusionali delle ASL 1-2-3-4-5 e di IRCSS AOU San Martino IST, . E.O. Galliera e IRCSS Ist. Gaslini.

Programmazione delle verifiche presso i Sistemi Trasfusionali e le UdR delle Associazione Donatori , secondo le modalità stabilite dall'Accordo Stato-Regioni del 2010. Il coordinamento del percorso è governato dall'ARS Liguria e le verifiche sono effettuate dai tre Valutatori regionali iscritti all'elenco nazionale.

50

D. REGOLE PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA CONTINUITA' DEL SERVIZIO AL CITTADINO

Tutte le prescrizioni di follow-up ambulatoriale entro 6 mesi che derivano da trattamenti chirurgici e da necessità di cura di patologia cronica devono essere prescritte dai medici ospedalieri su ricetta regionale e organizzate nell'ambito di agende dedicate. In questi casi la prescrizione non potrà essere demandata al MMG e la prenotazione non potrà essere demandata al paziente tramite l'uso del CUP.

Inoltre, **nei percorsi oncologici** devono essere garantiti tempi certi nei passaggi tra i vari setting diagnostico-terapeutici, basati su procedure e riferimenti organizzati. Il monitoraggio di tale aspetto si realizza tramite indicatori, secondo l'impostazione già definita dal Piano Nazionale del Governo delle Liste d'attesa (Accordo Stato- Regioni del 28/10/2010). Si introduce la rilevazione anche degli indicatori dei tempi intervento-chemioterapia e intervento-radioterapia secondo una progettazione da definire entro aprile 2016, per i percorsi del tumore mammella e tumore colon.

DEFINIZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Nel riconfermare il ruolo delle reti dei professionisti nella definizione dei PDTA regionali e aziendali, devono essere individuati gli strumenti che favoriscano l'organizzazione di **percorsi ad alta efficacia nella continuità assistenziale.**

Inoltre i percorsi devono essere basati sulle linee guida di riferimento contestualizzate e personalizzate sul paziente. A tale proposito si sottolinea per esempio come sia via via più evidente che, particolarmente nei soggetti anziani, la necessità di modulare le terapie, specie le politerapie, in funzione dell'età sia divenuta emergente, a causa delle patologie iatrogene sempre più descritte in presenza di terapie multiple.

Per una scelta ragionata e personalizzata delle cure appare fondamentale il confronto e il contributo congiunto tra specialisti di ambiti diversi. Vanno quindi promossi tavoli interdisciplinari che coinvolgano internista, geriatra ed MMG nella definizione dei PDTA specialistici.

| OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|--|----------------------|
| 95% delle prescrizioni di specialisti ospedalieri effettuate direttamente su ricetta rossa | Riduzione dell'impegno burocratico per il paziente in numeri di accesso al CUP e agli ambulatori dei MMG | tutte |
| Garantire la continuità assistenziale secondo indicatori che verranno forniti entro aprile 2016 | Presenza in carico malati cronici Continuità assistenziale nei percorsi oncologici | tutte |

UFFICIO REGIONALE
P.L. 11/2011
L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Ginesi)

[Handwritten signature]

E. RIORGANIZZAZIONE CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI IN SANITA'

Con il D.P.C.M. del 24/12/2015 sono state individuate le categorie merceologiche di esclusiva competenza dei soggetti aggregatori, così come previsto dal articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014 n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, tale norma è un ulteriore impulso al processo di centralizzazione che oramai è di fatto un'importante realtà.

La Regione Liguria, nell'ambito degli acquisti di tipo sanitario, è attualmente organizzata come prevede la L.R. n. 34, con l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS Liguria) che opera in funzione di Centrale Regionale d'acquisto, come previsto all'articolo 62 bis della L.R. stessa.

A seguito del D.P.C.M. sopracitato, si rende necessario rafforzare ulteriormente tale area dell'Agenzia, raccordando maggiormente la funzione di "Acquisto" con l'attività programmatica di ARS Liguria, coinvolgendo quindi maggiormente l'Area Centrale Regionale di Acquisto - di seguito CRA - nei percorsi decisionali interni.

Azione:

- A. Applicazione del comma 3 dell'articolo 71 bis della legge 34 del 26 novembre del 2012
"3. La funzione di Centrale Regionale di Acquisto può essere svolta anche mediante articolazione territoriale presso le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale o presso le Aree ottimali di cui all'articolo 7."

Le articolazioni territoriali possono garantire il collegamento decentrato, svolgendo eventuali procedure specifiche per quelle categorie merceologiche il cui percorso di standardizzazione, in fase di avvio, sarebbe troppo lungo, rendendo necessarie procedure "ponte". Le articolazioni territoriali possono svolgere, inoltre, un'importante azione nel recupero dei dati storici e nell'attività di programmazione. Queste strutture decentrate dovrebbero avere libero accesso al sistema Gestionale di contabilità delle diverse Aziende.

Le 3 sedi distaccate saranno così identificate:

- "Ponente": ASL 1 Imperiese e ASL 2 Savonese
- "Levante": ASL 4 Chiavarese e ASL 5 Spezzino
- "Area metropolitana": per ragioni logistiche, verrebbe integrata all'interno degli spazi della CRA, mantenendo collegamenti con le diverse strutture sanitarie che gravitano in quest'area.

- B. Per adeguare alle nuove esigenze l'attività della CRA, si rende necessario organizzare funzionalmente questa area come "Struttura Dipartimentale" di ARS Liguria, soggetta ad approvazione delle attività da parte del Commissario Straordinario/Direttore protempore dell'Agenzia stessa.

Il Responsabile della Struttura ne manterrebbe la rappresentanza legale, mentre al Commissario Straordinario/Direttore di ARS Liguria resta in capo la supervisione di tutta la programmazione.

Obiettivi

| OBIETTIVI REGIONALI | Risultato atteso | Aziende destinatarie |
|---|--|---------------------------|
| Completamento del processo di centralizzazione degli acquisti in ambito sanitario | Aumento del numero delle procedure di gara | Tutti gli enti del S.S.R. |

ATTESTO che la presente COPIA, ricavata su n. 40. CORRISP. pagine da me singolarmente firmata, è CONFORME ALL'ORIGINALE agli atti.
Genova, 07.10.2016



L'ISTRUTTORE
(D.ssa Augusta Ginesi)

Augusta Ginesi