

INDIRIZZI OPERATIVI PER LE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE PER L'ANNO 2016

A) QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO

La programmazione delle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale del 2016 ha subito nel corso dell'ultimo biennio più revisioni passando, dall'iniziale quantificazione del Patto della Salute 2014-2016 fissata in Euro 115.444.000.000 all'ultima rimodulazione definita dalla Legge di Stabilità 2016 che stabilisce

FABBISOGNO COMPLESSIVO 2016 → 111 MILIARDI DI EURO

La Conferenza dei Presidenti dell'11/2/2016 ha sancito la ripartizione tra le Regioni del fondo sanitario indistinto.

In attesa della definizione dei flussi di mobilità che permettono di stabilire l'effettiva erogazione per il 2016, il fabbisogno per la Liguria ammonta a Euro **3.044.793.047**.

Il quadro dei fondi vincolati per il 2016 è ancora totalmente da definire.

QUADRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE 2016

A saldo di mobilità invariato si registrerebbe un incremento di circa 25 milioni rispetto all'esercizio 2015.

Occorre però tenere presente alcuni elementi:

- nel 2016 alcune poste di ricavo non saranno ripetibili (in particolare 22 mln relativi al pay-back 2013 e 2014)
- le risorse assegnate ricomprendono il costo emergente dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (800 milioni a livello nazionale) e le campagne vaccinali (300 milioni a livello nazionale).
- i fondi vincolati ricomprenderanno anche il fondo dei farmaci innovativi (500 milioni a livello nazionale)
- il costo derivante dai rinnovi contrattuali 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.

QUADRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE 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.

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

QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE 2016

Indicazioni di riferimento nel rispetto del quadro normativo nazionale e regionale in materia di razionalizzazione della spesa:

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 nel corso del 2016 acquisterà maggiore importanza ai fini della razionalizzazione degli acquisti

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 al IV trimestre 2015.

Costo del personale

Il sistema deve tendere ad attestarsi sul livello del IV trimestre 2015 .

Specifiche necessità che possono produrre scostamenti incrementativi dovranno essere analizzate e valutate in un più ampio quadro programmatico

QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE 2016

Principali linee di intervento gestite direttamente dalla Regione

Area Prevenzione

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

il finanziamento di ARPAL 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, il servizio di soccorso alpino, le spese di funzionamento relative alle linee telefoniche del 118, e l'avvio del nuovo numero unico (NUE) dell'emergenza

A 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.

QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE 2016

**B) INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA
AREE DI SVILUPPO 2016**

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 (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 in cui vengono declinati e sviluppati in base ai periodi della vita 10 macro obiettivi indicati dal Piano Nazionale.

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

1. AREA PREVENZIONE

REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2014-2018

PRP – Le azioni prioritarie per il 2016:

1. 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;
2. 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, <i>Nordic Walking</i> , 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

1. AREA PREVENZIONE

MANTENIMENTO/IMPLEMENTAZIONE E SOSTEGNO DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA SU STILI E ABITUDINI DI VITA (PASSI, PASSI D'ARGENTO E OKKIO ALLA SALUTE)

SISTEMI DI SORVEGLIANZA	AZIONI
PASSI D'ARGENTO	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	La rilevazione si svolgerà durante il periodo Aprile – Maggio 2016 e l'analisi dati si concluderà entro fine anno.
PASSI	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.

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Implementazione e messa a regime del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento	Esecuzione numero di interviste programmate	Tutte le ASL
Implementazione del Sistema di sorveglianza Okkio alla salute	Analisi dati e pubblicazione report	Gruppo tecnico regionale (coordinatori aziendali)
Mantenimento del Sistema di sorveglianza PASSI		

1. AREA PREVENZIONE

INCREMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI E CONTRASTO AL FENOMENO DELLA RIDUZIONE ALL'ADESIONE ALL'OFFERTA VACCINALE

AZIONE PREVISTA:

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.

IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA SU MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A INFEZIONE DA VIRUS ZIKA

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Implementazione sistema di sorveglianza arboviroosi – applicazione Circolare Ministero Salute n. 20115 del 16.06.2015	Sorveglianza casi umani arboviroosi	Tutte le ASL
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

1. AREA PREVENZIONE

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.

LE AZIONI:

1. Consolidare l'estensione degli inviti delle tre popolazioni bersaglio
2. Migliorare l'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening
3. Acquisire prestazioni (Mammografie- colonscopie) dalle Aziende Ospedale ed IRCCS al momento non impegnate nell'attività di screening regionale
4. Graduale estensione a tutte le Aziende Sanitarie del programma di screening per i tumori della cervice uterina mediante test HPV-DNA primario
5. 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"

1. AREA PREVENZIONE

SCREENING ONCOLOGICI

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO		AZIENDE DESTINATARIE
Acquisire prestazioni (Mammografie- colonscopie) dalle Aziende non impegnate nell'attività di screening regionale	Riduzione screening "volontario"	Incremento adesione screening	ASL 3 IRCCS San Martino IST 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
<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	Tutte le ASL
	100%	≥50%	
	80%	≥30%	
	40%	25%	
	80%		

1. AREA PREVENZIONE

AZIONI PREVISTE:

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
 - *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
 - *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*

2. SISTEMA CURE DOMICILIARI

AZIONI PREVISTE:

1. Utilizzo della Banca Dati Assistito (BDA) per le principali malattie croniche (diabete mellito, broncopneumopatia, scompenso cardiaco)
2. Utilizzo dei Codici di priorità con i criteri indicati in DGR n. 518/2012
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:
 - *Ospedale di comunità (OdC);*
 - *sperimentazione presso E.O. Ospedali Galliera di un reparto a gestione infermieristica;*
 - *Nuove specializzazioni professionali: l'infermiere di comunità*
 - i. *Progetto Consenso: finanziato da 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.*

3. AREA CRONICITÀ

I TEMI PRINCIPALI

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

4. AREA CURE PRIMARIE

LE AZIONI

AZIONI PREVISTE:

1. Definizione e attivazione AFT in tutte le Aziende Sanitarie; assegnazione obiettivi salute condivisi
2. Valutazione dell'applicazione dei protocolli regionali per la gestione di Diabete, Scompensazione cardiocircolatorio e BPCO (DGR 518/2012) nell'ambito della sperimentazione gestionale delle Medicine di Gruppo come Centri di responsabilità aziendali in atto in ASL2
3. 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

4. AREA CURE PRIMARIE

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.

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.

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

5. PIANO REGIONALE DEMENZE

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.

AZIONE: ADOZIONE DI SPECIFICI ATTI DI RIORDINO, IN PUNTUALE APPLICAZIONE DELLE PREVISIONI DEL SOPRA CITATO DECRETO, DA COMPLETARSI ENTRO IL 2016

6. ADEGUAMENTI DM 70/2015

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA INTEGRATA TRA TERRITORIO/PUNTO NASCITA

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:

- 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;
- 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

7. AREA MATERNO INFANTILE

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

7. AREA MATERNO INFANTILE

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

7. AREA MATERNO INFANTILE

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

7. AREA MATERNO INFANTILE

COMITATO REGIONALE PERCORSO NASCITA

Il **Comitato Regionale Percorso Nascita** è previsto dall'Accordo Stato-Regioni 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

7. AREA MATERNO INFANTILE

PERCORSI REGIONALI SPECIFICI AFFERENTI AL CENTRO DI RIFERIMENTO PER SIDS (MORTE IMPROVVISA LATTANTE)/SIUD (MORTE INATTESA DEL FETO DOPO 25[^] SETTIMANA DI GESTAZIONE).

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'Istituto Giannina 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

7. AREA MATERNO INFANTILE

ADEGUAMENTO POSTI LETTO DI PATOLOGIA NEONATALE E DI PEDIATRIA

Posti letto di patologia neonatale

Revisione della codifica di reparti di terapia intensiva neonatale, 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, sulla base del fabbisogno reale, tenuto conto che il tasso di occupazione dei p.l. dei reparti codici 73+62 costituisce in parte un indice di fabbisogno.

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 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)

7. AREA MATERNO INFANTILE

LE AZIONI

1. Decreto condizioni di derogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva

Le azioni:

- 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;
- attivazione di percorso di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni.

2. Progetto ambulatori aperti

Le azioni:

- 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.

3. Ricognizione e riordino della rete di offerta specialistica ambulatoriale

Le azioni:

- per ciascuna Azienda occorre rilevare:
 - ❑ branche e specialisti (numero e tipologia di rapporto con il SSN) coinvolti nell'erogazione;
 - ❑ ore (per specialista) dedicate all'attività ambulatoriale e, per gli ospedalieri, quante dedicate ad utenti esterni;
 - ❑ Percentuale di saturazione dell'agenda per ciascuna azienda.

4. Contenimento tempi d'attesa (applicazione codici priorità)

Le azioni:

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

8. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

LE AZIONI

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Decreto condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza	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

8. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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.

9. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

LE AZIONI

1. **Ridurre e controllare i rischi associati alle cure e diffondere i risultati all'interno delle organizzazioni sanitarie e agli stakeholders**

Le 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).

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

Le azioni:

- conferimento incarico a Liguria Digitale per l'informatizzazione della scheda unificata di segnalazione delle cadute e creazione del flusso informativo;
- Inserimento dei dati nel flusso da parte delle Aziende Sanitarie e nelle strutture del privato accreditato.

3. **Analisi della scheda di Incident Reporting**

Le azioni:

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

4. **Formazione degli operatori**

Le 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.

2. **Infezioni correlate all'assistenza**

Le azioni:

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

10. RISCHIO CLINICO

LE AZIONI

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 "Disposizioni in materia di responsabilità professionale in ambito sanitario"	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

10. RISCHIO CLINICO

IL CONTESTO

- 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).
- 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 obiettivi e di indicatori necessari per il monitoraggio degli outcomes clinici.
- 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).
- 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.
- Riorganizzazione dell'Area della Neuropsichiatria Infantile, in accordo con le richieste degli operatori e della Società Scientifica (SINPIA), attraverso l'istituzione di "Servizi di NPIA" 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 NPIA solo all'IRCCS Istituto Gaslini che trattano prevalentemente patologie connesse alle disabilità complesse ad esordio precoce – DSA, DPS, ADHD, D. neurologici, etc. - ma non patologie psichiatriche ad esordio nella fascia minorile 14-18), alla riabilitazione funzionale ed all'inclusione sociale.

11. AREA PSICHIATRICA E NEUROPSICHIATRICA

LE AZIONI

AZIONI PREVISTE:

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
Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti e minori	Applicazione Accordi n. 116 CU/2013 e n. 138/2014 Predisposizione atti programmatori	Tutte le ASL

11. AREA PSICHIATRICA E NEUROPSICHIATRICA

LE AZIONI

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

AZIONI PREVISTE:

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

12. AREA CONTROLLI

LE AZIONI

AZIONI PREVISTE:

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.

13. GESTIONE DEI CITTADINI STRANIERI E MOBILITÀ INTERNAZIONALE

LE AZIONI

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 PREVISTE:

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

14. APPROPRIATEZZA SETTING EROGATIVO

LE AZIONI

1. Farmaci ad alto costo e registri AIFA

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 oncologici e i farmaci per la cura dell'epatite C cronica sottoposti a registro di monitoraggio

Le azioni:

- Monitoraggio delle terapie ad alto costo; recupero e reinvestimento dei rimborsi nelle terapie innovative, razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative.

2. Implementazione dei farmaci a brevetto scaduto

Le azioni:

- Implementazione prescrizione medicinali a brevetto scaduto, aggiornamento e sensibilizzazione medici prescrittori, monitoraggio delle prescrizioni territoriali con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori.

3. Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio delle prescrizioni

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.

Le azioni:

- Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori, attivazione progetto su indicatori appropriatezza AIFA

15. FARMACEUTICA

LE AZIONI

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Monitoraggio dei trattamenti con i farmaci innovativi ad alto recupero dei rimborsi in base ad accordi negoziati	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
Monitoraggio dei trattamenti con i farmaci innovativi ad alto recupero dei rimborsi in base ad accordi negoziati	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

15. FARMACEUTICA

LE AZIONI

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 PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Il reparto dimettente di pz che necessita di c.p. domiciliari/ricovero in hospice deve attivare il servizio (con procedura codificata) prima della dimissione	Presenza in carico dalla rete di cure palliative alla dimissione	Tutte le Aziende

16. CURE PALLIATIVE

ATTIVITÀ SUI NODI DELLA RETE

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Definizione e somministrazione di uno strumento di analisi delle strutture riabilitative	Mappatura completa delle caratteristiche delle strutture definite attualmente cod 56 e 75.	Tutte le Aziende
Definizione di uno strumento di analisi utile all'estensione della mappatura all'offerta di cure intermedie codice 60 sulla base della metodologia utilizzata per i codici 56 e 75.	Definizione del documento di ridefinizione del setting delle cure intermedie omogeneo per tutta la Regione	Tutte le Aziende
Rete delle UGCA - Individuazione sul territorio dei luoghi possibili adibiti a SUAP, analizzando il fabbisogno	Ipotesi di definizione delle strutture candidabili ad assumere la funzione di SUAP	Tutte le ASL

17. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN RIABILITAZIONE

PERCORSI MODELLO

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Percorsi riabilitativi o percorsi integrati di cura per la protesi in elezione d'anca (Adempimento LEA)	Redazione Percorso riabilitativo per la protesi in elezione d'anca	Tutte le Aziende
Percorsi riabilitativi o percorsi integrati di cura per il morbo di Parkinson (Adempimento LEA)	Redazione Percorso riabilitativo per il morbo di Parkinson in condivisione con il PDTA per il morbo di Parkinson e la rete neurologia.	Tutte le Aziende

17. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN RIABILITAZIONE

INDICATORI DI PROCESSO

OBIETTIVI AZIENDALI PRINCIPALI	RISULTATO ATTESO	AZIENDE DESTINATARIE
Definizione di indirizzi utili alla compilazione della SDO da parte delle strutture riabilitativa sulla base dello studio Ars Liguria-IPER 2 (Indicatori di processo ed esito in riabilitazione).	Applicazione a regime nella compilazione della SDO delle indicazioni emerse dal “manuale di compilazione”.	Tutte le Aziende
Indirizzi relativi ai contenuti minimi caratterizzanti il Progetto Riabilitativo Individuale che devono essere inseriti nella Cartella Clinica ai sensi del Piano di Indirizzo della Riabilitazione nazionale	Presenza della scheda progetto standard di PRI nel 100% delle cartelle cliniche	Tutte le Aziende
Monitoraggio dei soggetti in condizione di protratta alterazione della coscienza con presa in carico territoriale	Mappatura delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza in modo tale da porre le basi per costruire un monitoraggio costante negli anni.	Tutte le Aziende
Analisi degli aspetti problematici relativi alla transizione tra un setting di cura e l'altro (transition of care).	Creazione di un documento di analisi che identifica gli indicatori orientanti la presa in carico aziendale o il trasferimento fuori regione	Tutte le Aziende

17. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN RIABILITAZIONE

LE AZIONI

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.

AZIONE: FORMALIZZAZIONE DEL PROTOCOLLO SPERIMENTALE DELL'USO DEI PREPARATI GALENICI A BASE DI CANNABIS

LE AZIONI

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 transcutanei 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 le Aziende

19. RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA DI CHIRURGIA SPECIALISTICA REGIONALE

LE AZIONI

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

20. BANCA DEL SANGUE: MESSA A REGIME

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

OBIETTIVI PROPOSTI PER IL 2016

1. Revisione della normativa regionale su autorizzazione, accreditamento, accordi/contratti
2. Predisposizione del Manuale dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie (requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi)
3. Stabilire una proroga per la conclusione dei piani di adeguamento da parte delle Aziende pubbliche (5 ASL e 4 A.O./IRCCS)
4. Piani di adeguamento delle Aziende pubbliche
5. Predisposizione di un manuale di accreditamento recependo i requisiti fissati dall'Accordo Stato-Regioni del 2012
6. Revisione dello schema-tipo dell'accordo contrattuale tra ASL e strutture private accreditate: 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.
7. Verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private
8. Valutazione della qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate
9. Controlli per verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei centri di PMA
10. Controlli per verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Sistemi Trasfusionali e delle UdR Associazioni Donatori Sangue
11. Programmazione delle verifiche presso i Sistemi Trasfusionali e le UdR delle Associazione Donatori , secondo le modalità stabilite dall'Accordo Stato-Regioni del 2010

D) REGOLE PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO AL CITTADINO

OBIETTIVI PROPOSTI PER IL 2016

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 le Aziende
Garantire la continuità assistenziale secondo indicatori che verranno forniti entro aprile 2016	Presenza in carico malati cronici Continuità assistenziale nei percorsi oncologici	Tutte le Aziende

OBIETTIVI PROPOSTI PER IL 2016

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 le Aziende
Garantire la continuità assistenziale secondo indicatori che verranno forniti entro aprile 2016	Presenza in carico malati cronici Continuità assistenziale nei percorsi oncologici	Tutte le Aziende

**E) REGOLE PER LA RIORGANIZZAZIONE
CENTRALIZZAZIONE DEGLI 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.

LE AZIONI

- 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 PROPOSTI PER IL 2016

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.