

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA
21-22/11/2023 N. 19****Piano socio sanitario regionale 2023-2025.****IL CONSIGLIO REGIONALE
ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA**

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e, in particolare, l'articolo 1, commi:
 - 13, che dispone che le Regioni adottano i Piani sanitari regionali uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale (PSN) e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione;
 - 14, che prevede che le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del PSN;
- il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419);
- il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera);
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);
- il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la "Missione 6 salute (M6)";
- il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale);
- le leggi regionali:
 - 20 gennaio 2005, n. 1 (Disciplina dei rapporti fra la regione Liguria e l'Università degli studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);
 - 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e, in particolare, gli articoli:
 - 5: "1. Il Consiglio regionale approva il Piano socio sanitario regionale (PSSR), acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria di cui all'articolo 13.
 - 2. Il PSSR è elaborato in coerenza con il PSN, assicura l'integrazione con il Piano Sociale Integrato Regionale [...] e individua, tra l'altro:
 - a) gli obiettivi di salute, le aree di intervento prioritarie, le esigenze di saluterilevate o espresse;
 - b) i livelli di assistenza definiti attraverso indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali; standard di servizi; pacchetti assistenziali integrati;
 - c) l'organizzazione di dettaglio del Servizio sanitario regionale (SSR); [...]"

- 13: “1. La Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale di cui all’articolo 15 della l.r. 12/2006 assicura un efficace sistema di relazioni istituzionali, promuovendo forme di concertazione e integrazione sugli assetti organizzativi del sistema sanitario e sociale e in materia di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.
- 2. La Conferenza, la cui composizione è integrata dal Rettore dell’Università degli studi di Genova o suo delegato, in particolare, esprime pareri obbligatori, tra l’altro, su:
 - a) Piano socio sanitario regionale; [...]”;
- 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari);
- 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia di sanitaria e sociosanitaria);
- 11 maggio 2017, n. 9 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private);
- 5 marzo 2021, n. 2 (Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell’affidamento di lavori pubblici e strutture di missione) che, all’articolo 6, comma 1, prevede l’istituzione, da parte della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, di apposite strutture di missione aventi durata temporanea, comunque non superiore alla legislatura, specificata nell’atto istitutivo, al fine di attuare programmi regionali aventi valenza strategica o per raggiungere risultati determinati coerenti con il Programma di Governo;
- il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- la propria deliberazione 5 dicembre 2017, n. 21 (Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019);

Richiamate le deliberazioni della Giunta regionale:

- 7 maggio 2021, n. 400 (Istituzione della struttura di missione a supporto degli interventi del sistema sanitario e socio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 6 della legge regionale n. 2/2021);
- 22 giugno 2021, n. 541 (Definizione del sistema organizzativo regionale e istituzione, ai sensi dell’art. 6 della legge regionale n. 2/2021, di strutture di missione per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)) con la quale, in particolare, è stata definita la Struttura di Missione 6: Salute;
- 6 agosto 2021, n. 717 (Approvazione Programma Restart Sanità - “Risposta al fabbisogno sanitario: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022)”) con la quale è stato approvato il Programma Restart Sanità, finalizzato alla risposta al fabbisogno sanitario dei cittadini liguri inevaso a causa della situazione pandemica;
- 26 maggio 2022, n. 467 (PNRR - MISSIONE 6 Salute - Approvazione Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS));
- 6 dicembre 2022, n. 1223 (Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM 77/2022”);

Dato atto che:

- il coordinatore della Struttura di missione di cui alla citata deliberazione della Giunta regionale 400/2021 ha costituito un gruppo di lavoro al fine di contribuire all’analisi e alla formulazione di soluzioni programmatiche in specifici ambiti comuni al Piano socio sanitario regionale e al Piano sociale integrato regionale (PSIR) individuando, quali componenti, rappresentanti del territorio, di A.Li.Sa. e del Dipartimento salute e servizi sociali della Regione Liguria;
- il gruppo di lavoro, così individuato, ha contribuito ad analizzare i bisogni sanitari, socio sanitari e socio assistenziali del territorio ligure, secondo il mandato ricevuto;

Osservato che il Piano:

- partendo dai principi del PNRR, individua le direttrici di sviluppo volte al cambiamento innovativo necessario, sia alla luce di quanto emerso a seguito della pandemia, sia in relazione agli obiettivi posti dal PNRR stesso;
- fornisce indirizzi per costruire un sistema integrato e strutturato di risposte al cittadino che sia allineato alla domanda e ai bisogni espressi, dove l'universalismo dei servizi trovi attuazione nella personalizzazione degli interventi sull'individuo considerato nella sua unicità e nel suo sistema di relazioni, agendo sulle prestazioni ma anche sul contesto;

Preso atto dei seguenti valori perseguiti dal Piano:

- centralità della persona nei percorsi di cura e di presa in carico;
- valorizzazione del territorio;
- innovazione e digitalizzazione;
- sostenibilità;

Considerato, altresì, che il Piano delinea l'obiettivo di creare un modello di *governance* basato su una rete di servizi in grado di garantire qualità, motivazione e miglioramento nell'assistenza alle persone e individua le seguenti principali direttrici di sviluppo (DdS), che guidano il piano socio sanitario rappresentando elementi chiave sui quali si snoda la programmazione, concretizzati nella peculiarità di un "modello ligure":

- ridefinizione della *mission* dell'ospedale e del territorio nel nuovo layout indicato dal PNRR e dalle sue riforme;
- prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella "cura";
- integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale;
- investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie;
- nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali e organizzativi;
- interazione nei percorsi di assistenza;
- sviluppo di un ecosistema informativo socio sanitario;

Visti:

- il parere favorevole espresso formalmente dall'Università degli studi di Genova in ottemperanza al vigente Protocollo generale d'Intesa Regione Università;
- il parere favorevole della Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, espresso in data 16 ottobre 2023, ai sensi dell'articolo 5 della l.r. 41/2006;
- il parere favorevole espresso formalmente dal Ministro della Salute ai sensi dell'articolo 1, comma 14, del d.lgs. 502/1992;

Ritenuta, conseguentemente, la necessità di approvare Piano socio sanitario regionale 2023-2025, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

Vista la proposta di deliberazione della Giunta regionale 23 marzo 2023, n. 255 preventivamente esaminata dalla II Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 26 dello Statuto e 83, comma 1, del Regolamento interno nella seduta del 13 novembre 2023;

Visti gli emendamenti approvati dalla suddetta Commissione e quello approvato in sede di discussione in Aula;

DELIBERA

di approvare il Piano socio sanitario regionale per il triennio 2023-2025 di cui al documento allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.

IL PRESIDENTE
Gianmarco Medusei

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
Claudio Muzio

(segue allegato)

Piano socio sanitario regionale 2023-25

Indice

1. PARTE I - Principi e indirizzi.....	10
1.1. Premessa	10
1.1.1. I principi	10
1.1.2. I valori	11
1.2. L'evoluzione della domanda e i nuovi scenari	13
1.2.1. Struttura della popolazione	13
1.2.2. Stato di salute nella Regione Liguria	14
1.3. Le direttrici di sviluppo	19
1.3.1. Ridefinizione della mission del territorio e layout indicato dal PNRR e le sue riforme.....	19
1.3.2. La prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella "cura"	20
1.3.3. Integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale	20
1.3.4. Investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie.....	21
1.3.5. Nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali ed organizzativi	22
1.3.6. L'interazione nei percorsi di assistenza	22
1.3.7. Ecosistema informativo socio sanitario: architettura unica regionale	23
1.3.8. Monitoraggio e risposta programmatoria: i nuovi strumenti di governance	24
1.3.9. Sviluppo delle conoscenze e delle competenze in ambito sanitario a supporto della mission formativa dell'Università.....	32
2. PARTE II - Il territorio: persone, prossimità, contesti e governance	33
2.1. Elementi di novità nella rinnovata vision del territorio	34
2.1.1. Distretto.....	34
2.1.2. Direttore di distretto	35
2.2. La rete territoriale	36
2.2.1. Casa di Comunità	36
2.2.2. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.....	37
2.2.3. La centrale operativa territoriale	38
2.2.4. Gli ospedali di comunità	39
2.3. Organizzazione dell'offerta territoriale.....	40
2.3.1. Realizzazione dell'integrazione sociosanitaria	40

2.3.2.	Definizione del percorso unitario e del potenziamento delle equipe nella presa in carico	42
2.3.3.	Ridefinizione dei percorsi assistenziali e di continuità territorio-ospedale-territorio	43
2.3.3.1.	Percorso dimissioni protette.....	44
2.3.3.2.	Percorsi riabilitativi integrati sociosanitari	45
2.3.3.3.	Percorso di residenzialità extra-ospedaliera.....	47
2.3.3.4.	Il percorso del paziente cronico.....	49
2.3.4.	Potenziamento delle cure domiciliari per mantenere autosufficienza e inclusione sociale	50
2.3.4.1.	Cure domiciliari, Cure Palliative domiciliari (UCPDom) e Hospice.....	50
2.3.4.2.	Unità di continuità assistenziale (UCA)	53
2.4.	Il modello ligure.....	54
2.4.1.	Una regione, due modelli organizzativi.....	54
2.4.1.1.	Come viene garantita l'integrazione sociosanitaria.....	55
2.4.1.2.	L'organizzazione hub & spoke.....	55
2.5.	Innovazione del sistema informativo: Integrazione Territoriale del Coordinamento Unico Regionale dell'Assistenza IT-CURA - ECOSISTEMA INFORMATIVO UNICO SOCIO SANITARIO	58
2.5.1.	La cartella a casa.....	61
2.5.2.	Casa: il sistema di valutazione per la cartella a casa	61
2.5.3.	Il progetto di salute	62
2.5.4.	Il task planner: liste di lavoro	62
2.5.5.	Catalogo dei servizi di integrazione IT-CURA.....	62
2.5.6.	Workflow – IDPICRL: nuovi percorsi di presa in carico	63
2.5.7.	La gestione dell'offerta: gestione anagrafe strutture GAS.....	63
2.5.8.	La stratificazione della popolazione	63
2.6.	INNOVAZIONE DEI SERVIZI: risposte più adeguate all'evoluzione dei bisogni	64
2.6.1.	Linee generali di indirizzo sull'assetto delle cure domiciliari e delle cure residenziali	64
2.6.2.	Anziani	66
2.6.3.	Disturbi cognitivi in età adulta.....	70
2.6.4.	Persone in condizioni di alta complessità e scarsa stabilità clinica.....	72
2.6.5.	Messa a sistema di modelli innovativi in fase di sperimentazione	72
2.6.6.	Consultorio Familiare: salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie	74
2.6.7.	Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DCA)	75
2.6.8.	Minori	75
2.6.9.	Disabili adulti	78
2.6.10.	Salute mentale.....	79

2.6.11. Le Dipendenze: un cambio di approccio	82
2.7. La Salute in Carcere	83
3. PARTE III - La Prevenzione e la promozione della salute	86
3.1. Premesse	86
3.2. Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025.....	86
3.3. Prevenzione Vaccinale.....	87
3.4. Gli screening oncologici.....	89
3.5. Sistemi di sorveglianza su stili e abitudini di vita della popolazione.....	92
3.6. Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antibiotico-resistenza. Programmi di controllo ICA e antimicrobial stewardship.....	93
3.7. Azioni associate al programma	97
3.8. Le scuole che promuovono salute.....	100
3.9. Sorveglianza integrata piani pandemici	102
3.10. Sicurezza alimentare e sanità animale	102
4. PARTE IV - La rete ospedaliera ligure.....	104
4.1. Rete ospedaliera regionale: azioni e cambiamenti dell'offerta nell'ultimo triennio (2019-21).....	104
4.1.1. L'offerta ospedaliera e i principali indicatori.....	104
4.1.2. Le principali azioni intraprese.....	106
4.2. Piani di risposta alle emergenze pandemiche.....	109
4.2.1. L'organizzazione regionale in risposta alla pandemia: PanFlu 2021-2023.....	109
4.2.2. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto previsto dall'art.2 del D.L. 34/2020	112
4.2.3. I nodi di coordinamento della risposta.....	113
4.3. La programmazione dell'assetto ospedaliero	115
4.3.1. I macro-modelli organizzativi	115
4.3.2. Architettura organizzativa – una Regione, due modelli.....	118
4.3.3. Interventi strutturali e tecnologici di Programmazione	120
4.4. La rete di offerta, i nuovi ospedali e nuovi modelli di assistenza	120
4.4.1. I nuovi Ospedali	120
4.4.2. La rete di offerta ospedaliera	123
4.4.2.1. Il Sistema di Emergenza Urgenza (E-U).....	128
4.4.2.2. Interventi relativi alle strutture specialistiche mediche e chirurgiche in relazione ai bacini di utenza	130
4.4.2.3. Articolazione della rete punti nascita	131
4.4.2.4. Rete Breast Unit.....	132
4.4.2.5. Rete patologie time-dependent	132

4.4.3.	I modelli e strumenti di potenziamento dell'integrazione dei percorsi clinico-organizzativi	134
4.5.	Potenziamento e sinergie con il territorio	139
4.5.1.	Il governo dell'assistenza farmaceutica, integrativa, protesica e dei dispositivi medici	139
4.5.1.1.	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	139
4.5.1.2.	Dispositivi medici, Assistenza protesica e integrativa	143
4.5.2.	La presa in carico del paziente fragile con bisogni socio-assistenziali complessi	145
4.5.3.	Chirurgia ambulatoriale	145
4.5.4.	Telemedicina	146
4.6.	DIAR e Reti	147
4.6.1.	DIAR Cardio-Toraco-Vascolare	147
4.6.2.	DIAR Chirurgico	149
4.6.3.	DIAR dell'Emergenza-Urgenza	151
4.6.4.	DIAR dei Laboratori, Diagnostica Clinica e per Immagini	153
4.6.5.	DIAR delle Malattie infettive	155
4.6.6.	DIAR Materno-infantile	157
4.6.7.	DIAR delle Neuroscienze	159
4.6.8.	DIAR Onco-ematologico	161
4.6.9.	DIAR delle Specialità Mediche	162
4.6.10.	DIAR Trasfusionale	163
4.6.11.	DIAR dei Distretti	165
4.7.	Ricerca innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie	166
4.8.	Umanizzazione e coinvolgimento del cittadino/paziente	169
4.8.1.	Ospedali che promuovono salute	170
4.8.2.	Coinvolgimento del volontariato	173
4.8.3.	Verso strutture eco-sostenibili	173
5.	ALLEGATO TECNICO	175
5.1.	TAVOLE	175

1.PARTE I - Principi e indirizzi

1.1. Premessa

1.1.1. I principi

La pandemia da COVID-19 ha sottoposto la sanità ad un pesante “stress test”, mettendone a nudo le vulnerabilità e le carenze strutturali. In questo scenario, il valore ed il ruolo del capitale umano si sono dimostrati elementi fondamentali che hanno garantito l'aumento della resilienza del SSN attraverso lo straordinario impegno e senso di responsabilità del personale. Per ripartire occorre procedere attraverso scelte condivise con il territorio per creare un modello di governance basato su una rete di servizi in grado di garantire qualità, motivazione e miglioramento nell'assistenza alle persone.

I macro-obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) introducono una serie di riforme che impattano principalmente sul territorio, sulla tecnologia e sul processo di digitalizzazione a supporto di tutto il sistema della rete territoriale ed ospedaliera.

IL PNRR rappresenta pertanto un'opportunità per un cambio di paradigma e la sua declinazione programmatica a livello regionale si orienta sui seguenti principi, che, unitamente ai fondamenti su cui si basa il SSN dalla sua istituzione – Universalità, Uguaglianza ed Equità - costituiscono i fondamenti del documento:

- ♦ **CONTINUITA'** L'indirizzo che guida lo sviluppo della Programmazione Sociosanitaria regionale e che ne caratterizza l'impostazione metodologica è la continuità. Partendo dalla centralità della persona e dal luogo di vita abituale occorre garantire tutte quelle azioni che mantengono la persona il più a lungo possibile in uno stato di benessere nel suo setting relazionale e ambientale. L'interazione della persona all'interno della Comunità in uno scambio solidaristico favorisce l'empowerment e l'accompagnamento ad uno stile di vita “sano” della persona. Si crea una rete “monitorante” che consente di apportare correttivi a seconda delle necessità assistenziali che la persona manifesta nel corso della vita.
- ♦ **EVOLUZIONE** del modello assistenziale con il passaggio dal modello di offerta “diagnosi e cura” al paradigma della “presa in carico con personalizzazione - coinvolgimento dei pazienti” e la partecipazione attiva nei percorsi di cura e coinvolgimento della Comunità.

- ♦ **SEMPLIFICAZIONE** nell'accesso alle prestazioni e ai servizi grazie anche allo sviluppo di sistemi di assistenza e monitoraggio a distanza in diversi ambiti quali la somministrazione di farmaci, la rilevazione dei parametri di salute, la trasmissione a banche dati, ecc.
- ♦ **RICOMPOSIZIONE** della frammentazione dei percorsi, dei modelli di offerta, delle relazioni inter-istituzionali e tra i diversi soggetti responsabili per competenza delle diverse fasi del processo di presa in carico per rinforzare l'accountability della governance
- ♦ **CAPILLARITÀ** del sistema informativo. La possibilità di gestire tutti gli aspetti dell'intervento sociosanitario e di seguirne i percorsi consentirà la raccolta di una grande quantità di dati e la loro valorizzazione anche attraverso strumenti di Machine learning e Artificial Intelligence; ciò rappresenta una grande opportunità per migliorare l'attività di programmazione, l'operatività e la presa in carico del paziente attraverso la capacità del sistema di personalizzare ogni tipo di intervento.
- ♦ **COMPETENZE** La gestione del sistema di offerta richiede accresciute competenze manageriali, conoscenze e sviluppo di nuove abilità, da parte degli operatori del sistema integrato, per la gestione della complessità. Particolare attenzione dovrà essere riservata al profilo del Direttore di Distretto all'interno del nuovo contesto organizzativo definito dal PNRR (COT, Casa di Comunità e Ospedale di comunità), figura che dovrà affrontare nuove sfide organizzative e gestionali.
- ♦ **COMPLIANCE E ACCOUNTABILITY** Lo sguardo deve essere rivolto agli outcome e non agli output, valorizzando il risultato del processo piuttosto che il risultato della singola performance. In questo contesto, elevati livelli qualitativi di compliance e accountability sono requisiti indispensabili per una governance orientata ad una gestione efficace dell'intero processo.

Il presente Piano, partendo dai principi del PNRR, individua le direttrici di sviluppo volte al cambiamento innovativo necessario sia alla luce di quanto emerso a seguito della pandemia sia in relazione agli obiettivi posti dal PNRR stesso. Il Piano fornisce indirizzi per costruire un sistema integrato e strutturato di risposte al cittadino che sia allineato alla domanda e ai bisogni espressi, dove l'universalismo dei servizi trovi attuazione nella personalizzazione degli interventi sull'individuo considerato nella sua unicità e nel suo sistema di relazioni, agendo sulle prestazioni ma anche sul contesto.

1.1.2. I valori

“PERSONA, TERRITORIO, INNOVAZIONE, SOSTENIBILITÀ”

PERSONA. La centralità della persona nei percorsi di cura e di presa in carico diventano il punto di partenza nel ripensare la riorganizzazione dell'assistenza in tutti i luoghi di cura. Il PNRR rafforza il concetto della casa come primo luogo di cura e rappresenta il primo passo per migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie. Assumendo pertanto come focus la persona, risulta di interesse generale ricomporre e riequilibrare tra loro i diversi segmenti del sistema prefigurando un "sistema regionale di filiera" innovativo capace di combinare le soluzioni più tradizionali con quelle rispondenti ai nuovi bisogni emergenti senza prefigurare percorsi rigidi bensì favorire opportunità di accesso a qualunque segmento della rete sulla base del bisogno e della fase di vita della persona. Il sistema deve superare le attuali caratteristiche di frammentarietà e verticalizzazione attraverso un maggiore collegamento con l'ospedale ed una maggiore prossimità al territorio per accompagnare la persona che progressivamente esprime via via bisogni di cura sempre più complessi, a maggior ragione quando la situazione clinica è spesso aggravata dalla povertà e dall'isolamento sociale. I bisogni complessi vanno affrontati mettendo in campo in modo coordinato, tutte le risorse utili a soddisfarne le varie componenti, cliniche, assistenziali, sociali attraverso un'integrazione "orizzontale" (team multi professionali) e, un'integrazione "verticale" tra differenti livelli di cura (territorio-ospedale) e anche tra le diverse istituzioni, con il coinvolgimento dei Comuni.

TERRITORIO. Valorizzare il Territorio

- ◆ come "luogo" della resilienza, inclusione, coesione sociale, necessario per far crescere le competenze individuali e della comunità di appartenenza, per promuovere stili di vita orientati alla prevenzione al benessere e al mantenimento della salute;
- ◆ come "luogo" deputato a garantire sinergie tra gli attori delle reti di assistenza socio-sanitaria, grazie ad un utilizzo intelligente degli strumenti di comunicazione e informazione;
- ◆ come "luogo" per garantire la continuità assistenziale definendo un percorso integrato che parta dalla Casa come primo luogo di cura, passi dalla Casa della Comunità, per arrivare all'Ospedale di Comunità, superando la carenza di coordinamento degli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali;

INNOVAZIONE. Una visione innovativa è capace di ritornare alle origini in un contesto profondamente mutato. Per organizzare i sistemi di tutela della salute occorre riflettere sui bisogni e non sulla domanda di prestazioni, utilizzando la digitalizzazione come nuovo modo di pensare, relazionarsi, agire. La pandemia ha evidenziato come una "sanità sostenibile", equa e resiliente non possa prescindere dal ripensare l'intero sistema facendo leva sul digitale con investimenti in competenze, tecnologie e strumenti di change management. La digitalizzazione non deve essere una semplice informatizzazione dei processi ma un ripensare all'organizzazione dei servizi partendo dai bisogni degli utenti, riprogettando i modelli erogativi e promuovendo l'aumento di competenze digitali tra gli operatori per favorire specializzazione ed integrazione delle conoscenze.

SOSTENIBILITA' Mutuando il concetto dall'idea delle start up, in questo caso in cui l'offerta non è rappresentata solo da nuovi prodotti ma punta a configurare un nuovo modello di servizi orientato alla persona, il Piano sociosanitario promuove l'innovazione e la riorganizzazione in un'ottica di economie di replicabilità intesa come creazione di modelli che possono essere ripetuti in diversi luoghi e in diversi periodi senza essere rivoluzionati ma apportando eventuali modifiche di contesto. Perché i nuovi modelli di servizi possano concretamente realizzarsi nell'ambito del nuovo contesto, è necessario che il cambiamento messo in atto venga supportato dall'acquisizione di nuove competenze, dalla ricomposizione delle risorse disponibili, dalla definizione di obiettivi e target per misurare l'efficacia della programmazione.

1.2. L'evoluzione della domanda e i nuovi scenari

Il Piano descrive gli obiettivi regionali per il prossimo triennio necessari per rispondere in modo integrato ai bisogni della popolazione con particolare attenzione a Disabili, Anziani, Minori e pazienti cronici, considerando il contesto socio-demografico e le caratteristiche della popolazione peculiari della nostra Regione e le esperienze finora maturate dalle diverse aziende sanitarie liguri soprattutto per quel che concerne le cure domiciliari, i percorsi assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria.

1.2.1. Struttura della popolazione

La popolazione residente nella Regione Liguria, all'1 gennaio 2021 risulta costituita da 1.509.805 residenti (723.647 maschi, 786.158 femmine). Si osserva una tendenza generale al calo delle nascite (8.672 nati per un tasso di natalità pari al 6,8‰, mentre nel 2019 erano 8.747, e nel 2018 erano 9.043), che rispetto al 2008 è di oltre il 29% (12.450 nuovi nati). Parallelamente a ciò si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione: l'età media dei liguri corrisponde a 49,3 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 28,7% del totale della popolazione (23,5% in Italia) con un indice di dipendenza pari al 47,7% a fronte del 36,4 % nazionale. Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare con una popolazione over 65 che si stima raggiunga nel 2036 la percentuale del 34,13%. Gli ultra settantacinquenni sono pari al 15,6% della popolazione, a fronte dell'11,8% registrato a livello nazionale. Al 1° gennaio 2021, in base ai dati ISTAT nelle ASL della nostra regione la popolazione presenta le seguenti caratteristiche:

ASL	Popolazione Residente			Popolazione ≥ 65anni			%*	Popolazione ≥ 75anni			%*
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT	
1	100824	107761	208585	25185	33362	58547	28%	12628	18916	31544	15%
2	128962	139804	268766	33936	45365	79191	29,5%	17376	26457	43833	16,3%

3	321992	353432	675424	81419	112612	194031	28,7%	40614	64996	105610	15,6%
4	67558	73934	141492	17668	23746	41414	29,3%	8784	13801	22585	15,9%
5	104311	11227	215538	25506	33833	59339	27,5%	12768	19539	32307	14,9%
totale	723647	686158	1509805								

*totale della popolazione over 65 ed over 75 rispetto al totale della popolazione residente

Anche se le differenze fra le diverse ASL non sono così rilevanti, ASL 5 si conferma la più giovane della Liguria mentre ASL 2 la più vecchia. Quest'ultima presenta una struttura demografica più anziana, con valori degli indicatori decisamente superiori alla media regionale (età media 49,8 anni, indice di vecchiaia 278,4, indice di dipendenza anziani 49,3, indice di struttura della popolazione attiva 172,6), seguita dalla provincia di Genova ovvero ASL 4 e successivamente ASL 3. Gli stranieri residenti al 1° gennaio 2021 sono 140478 e rappresentano il 9,3% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17,5% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (10,8% cittadini autoctoni) e solo il 6,3% ha 65 anni e oltre (vs il 28,7% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione ligure.

Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 38% (elaborazioni Demo.Istat.it "Previsioni della popolazione, anni 2018-2065).

1.2.2. Stato di salute nella Regione Liguria

Lo stato di salute di una popolazione è influenzato da molteplici fattori quali la cultura in senso lato, la condizione socioeconomica (che a loro volta influenzano i comportamenti e gli stili di vita) e l'ambiente inteso come ecosistema. A questi determinanti, definiti socio economici, vanno poi aggiunti i fattori di rischio non modificabili (predisposizione genetica, età e sesso) e modificabili (attività fisica, alimentazione, fumo...) che possono essere corretti attraverso adeguati stili di vita o mediante l'uso di farmaci.

ISTRUZIONE

I dati aggiornati all'ultimo censimento evidenziano che tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Liguria è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di analfabeti è dimezzata mentre gli alfabeti privi di titolo di studio passano dal 3,5% al 3,0%. È cresciuta, inoltre, l'incidenza dei titoli di studio più alti e non obbligatori.

L'istruzione, in quanto elemento circolare tra persone e ambiente di riferimento, è fortemente condizionata dal contesto, a partire dalla presenza sul territorio di strutture scolastiche e universitarie fino alla

disponibilità di infrastrutture di mobilità adeguate. La distribuzione per provincia dei titoli di studio non è del tutto omogenea. Genova è la provincia dove è maggiore l'incidenza delle persone con titoli di studio più alti: il 16,7% ha un titolo di studio terziario, di cui il 12,4% un titolo terziario di secondo livello; la quota di persone con un titolo terziario di primo livello è superiore, seppur di poco, al valore regionale (3,7% rispetto a 3,6%). La percentuale di persone con il diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale è pari al 37,9% nella regione e varia tra il 35,4% nella provincia di Imperia e il 39,4 nella provincia di La Spezia. Le province di Imperia e Savona registrano, invece, una maggiore incidenza di persone con formazione fino alla secondaria di primo grado: il 53,1% ad Imperia e il 50,3% a Savona, rispetto ad una media regionale del 47,1%.

Dalla distribuzione percentuale della popolazione per grado di istruzione nei diversi comuni si osserva che in Liguria il livello di istruzione dipende dalla collocazione geografica del comune. Meno di un quinto dei comuni registrano una quota di persone con istruzione terziaria maggiore della media regionale (14,9%) e sono principalmente collocati sulla costa. I primi tre comuni per la percentuale di educazione terziaria sono Pieve Ligure (25,1%), Bogliasco (23,2%) e Camogli (22,6%). Diversamente la percentuale di popolazione con al più la scuola secondaria di primo grado è maggiore nei piccoli centri dell'entroterra: è superiore al 60% in 26 comuni con meno di 5.000 abitanti, che rappresentano soltanto l'1,1% della popolazione con più di 9 anni. La distribuzione dei titoli di istruzione per genere in Liguria si presenta sostanzialmente in linea con quella nazionale, con una prevalenza delle donne fra le persone che al massimo hanno conseguito la licenza elementare e tra i residenti in possesso di un titolo di studio terziario e superiore.

LA SITUAZIONE ECONOMICA

Con riguardo ai livelli degli indicatori semplici nell'ultimo anno disponibile, la Liguria si assesta ad un minor grado di povertà relativa familiare rispetto alla media italiana (9,2% nel 2019 contro 11,4% a livello italiano), e a un livello inferiore alla media italiana per la povertà assoluta (6,8% in Liguria e 8,4% in Italia). In termini di equità di genere, analizzata in riferimento al mercato del lavoro, la Liguria registra valori spesso migliori di quelli rilevati per l'Italia e per la ripartizione del Nord-Ovest, nella fattispecie le differenze, calcolate tra i due generi, del tasso di occupazione e di attività, che si configurano, rispettivamente, come la terza e la seconda meno elevate d'Italia. A fronte del netto progresso dell'indicatore relativo alla povertà relativa familiare (-1,4 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) e quello relativo alla bassa intensità lavorativa (-2,2 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) non si osserva ancora un miglioramento per la povertà assoluta (+3,3 punti percentuali tra il 2010 e il 2019), la grave deprivazione materiale (+1,7 punti percentuali tra il 2010 e il 2018), e la percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o problemi di umidità (+2,5 punti percentuali tra il 2010 e il 2018). La differenza tra il tasso di occupazione maschile e femminile della Liguria, nel 2020 è pari a 13,1 punti percentuali, un valore più contenuto rispetto a quello rilevato nei due contesti di riferimento (18,2 punti percentuali in Italia e 14,4 punti percentuali nel Nord-Ovest), pertanto la regione nel 2020 ha registrato il terzo valore più basso a livello nazionale, preceduta

solo dalla Valle d'Aosta e dal Trentino-Alto Adige (Fonte: elaborazione Liguria Ricerche su dati Istat). Nel 2020 il tasso di occupazione femminile regionale è pari al 56,2%, un valore superiore alla media italiana (49,0%) e in linea a quella del Nord-Ovest (58,6%). (Fonte: Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile – Regione Liguria. Anno 2021).

FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio non modificabili, in particolare età e sesso, sono già stati analizzati nella descrizione della struttura della popolazione. È ormai noto che l'aumentare dell'età determina un incremento del rischio di sviluppare malattie in particolare cardiovascolari, diabete, BPCO e malattie neurologiche degenerative che nel complesso rappresentano le principali malattie croniche. Il rischio è maggiore nel sesso maschile anche se nella donna aumenta molto dopo la menopausa. Di importanza rilevante sono sicuramente i fattori di rischio modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, come una sana alimentazione caratterizzata da un adeguato apporto di sostanze nutritive in modo equilibrato ed una corretta attività fisica, comportano benefici sulla qualità della vita ad ogni età, e in modo particolare nell'età avanzata.

Tra i principali fattori di rischio modificabili vanno considerati:

- l'obesità, che anche in Italia sta diventando un importante problema di salute, pur con un trend in lieve miglioramento rispetto al 2010. L'obesità rappresenta un fattore di rischio che incide non tanto sulla mortalità, quanto sullo stato funzionale con una maggiore esposizione al rischio di sviluppo di malattie croniche. A questo proposito, si evidenzia come accanto ad un lieve miglioramento dell'obesità, rispetto al 2010, anche le malattie croniche presentano un trend in positivo. In Liguria le persone obese nel 2020 sono pari all'8,2% della popolazione.

- L'assunzione di alcolici fuori pasto ha visto un incremento nel valore percentuale rispetto al 2010: studi scientifici hanno rilevato come l'isolamento, determinato dalla recente pandemia, abbia influito nel favorire questo comportamento a rischio soprattutto tra le persone giovani ed anziane. In Liguria nel 2020 le persone di età uguale o superiore a 11 anni che consumano superalcolici fuori pasto è pari al 31,3% della popolazione.

- Il fumo, che anche nell'età avanzata può determinare l'insorgenza di patologie cronic-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare (i dati del 2020 rivelano che la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di 55-59 superava il 23%, mentre si osservava una diminuzione nelle successive classi di età fino a registrare tra gli ultrasessantacinquenni un 5,8% e che la quota di fumatrici nelle classi di età adulte e anziane è sempre più contenuta di quella dei maschi). In Liguria i dati 2020 evidenziano un numero di fumatori di età uguale o superiore a 14 anni pari al 15,4% della popolazione.

Al 1 gennaio 2021 sono stati rilevati i dati di maggior dettaglio relativi alla distribuzione dei malati cronici nelle 5 ASL e la prevalenza per mille abitanti assistiti in ogni ASL, come da tabella* successiva:

ASL	Diabete	Ipertensione	Neuropatie	BPCO	Cardiovascolari

ASL 1	9479 - 45,1	31079 - 148	3654 - 17,4	6458 - 30,7	9705 - 46,2
ASL 2	14669 - 54,4	43413 - 161	5515 - 20,4	10170 - 37,7	15499 - 57,5
ASL 3	33172 - 48,9	111741 - 164,9	13792 - 20,4	28202 - 41,6	36066 - 53,2
ASL 4	6377 - 44,9	21411 - 150,8	2729 - 19,2	5293 - 37,3	7003 - 49,3
ASL 5	11270 - 52,2	33623 - 155,8	4207 - 19,5	8312 - 38,5	12206 - 56,6
TOTALE	74967 - 49,5	241267 - 159,2	29897 - 19,7	58435 - 38,6	80479 - 53,1

Prevalenza % di patologie croniche in soggetti di 65 anni ed oltre							
Cardiopatie	Malattie respiratorie croniche	Tumori	Diabete	Insufficienza renale	Ictus o ischemia cerebrale	Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	Iipertensione
22%	19%	15%	14%	9%	8%	4%	59%

*Fonte: Banca Dati Assistiti del Sistema Sanitario Ligure.

Molti dei pazienti affetti dalle patologie croniche sopra riportate vengono riconosciuti come invalidi civili. Non tutti gli invalidi civili sono identificabili come disabili e pertanto non tutti sono in carico ai servizi per la disabilità. Risulta difficile a livello nazionale conoscere il numero effettivo dei disabili presenti sul territorio per la mancanza di un sistema di raccolta dati appositamente strutturato, fatta eccezione per il numero dei minori frequentanti la scuola dell'obbligo per i quali viene utilizzato il dato relativo all'indennità di frequenza.

Si riportano negli allegati le tabelle con i dati statistici dell'invalidità civile (tavola 1) e della L.104 art. 3 (tavola 2)

Nell'articolare le tematiche affrontate nel Piano è indispensabile considerare che il paziente cronico non va confuso con la persona non autosufficiente.

Il paziente cronico si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una buona qualità della vita ma che lo espongono ad un maggior rischio di sviluppare una condizione di non autosufficienza soprattutto in età avanzata. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva. Con il termine malattie croniche si fa riferimento a condizioni patologiche che colpiscono l'individuo, caratterizzate da un lungo decorso che richiedono un'assistenza a lungo termine e non necessariamente rendono una persona non autosufficiente.

Il concetto di cronicità inoltre va distinto anche da quello di fragilità.

La fragilità è una condizione di vulnerabilità latente che determina un aumento del rischio di perdita di autonomia. È uno stato dinamico legato a problematiche di ordine fisico, psichico e sociale; questo spiega il frequente comparire nell'anziano di scompensi fisici e/o comportamentali senza un riferimento specifico ad un organo. La fragilità è spesso correlata con lo stile di vita che può essere causa di declino personale o strumento per trovare i compensi necessari al recupero o al mantenimento dell'autonomia.

È un fenomeno che può interessare tutte le fasce di età, ma si concentra essenzialmente nella fascia degli anziani: il dato italiano di prevalenza è del 14,3% negli ultrasessantacinquenni. Essendo una condizione dinamica è reversibile; la popolazione fragile può tornare ad essere "robusta" ma può anche diventare non autosufficiente se non vengono intrapresi specifici interventi che concorrono a prevenire e a contenere il danno causato dall'esposizione ad alcuni fattori. È quindi in questa **"zona di fragilità"** che occorre concentrare l'attenzione e gli sforzi proattivi del sistema sociosanitario attraverso una prevenzione di prossimità. In particolare i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFoC) devono avere un ruolo fondamentale nell'identificazione dei soggetti fragili, anche attraverso la somministrazione di questionari ad hoc, in modo tale da identificarli quando sono in condizione di reversibilità cercando di intervenire modificando i fattori che hanno contribuito a sviluppare tale situazione quali ad esempio l'eccessivo uso di farmaci, obesità, carenze dietetiche, solitudine. Fragilità e cronicità sono due aspetti di uno stesso problema ovvero il bisogno di assistenza a lungo termine, che richiede servizi e attività sanitarie e sociali, soprattutto di prossimità, per prevenire o rallentare l'evoluzione delle patologie e migliorare la qualità della vita. Affinché ciò si verifichi è necessario lo sviluppo di una "medicina di iniziativa" e di "prossimità" anche con il coinvolgimento dei caregivers attraverso lo sviluppo di modelli di organizzazione dei servizi territoriali integrati con quelli dei Comuni, che garantiscano l'appropriatezza delle cure, la continuità assistenziale e di gestione dei pazienti, in particolare cronici, con una presa in carico completa ed efficace.

1.3. Le direttrici di sviluppo

Le principali direttrici di sviluppo (DdS), di seguito descritte, guidano il Piano Socio Sanitario rappresentando elementi chiave sui quali si snoda la programmazione e sono approfonditi nel presente Piano e concretizzati nella peculiarità di un “modello ligure”:

- ◆ Ridefinizione della mission dell’ospedale e del territorio nel nuovo layout indicato dal PNRR e dalle sue riforme;
- ◆ Prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella “cura”;
- ◆ Integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale;
- ◆ Investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie;
- ◆ Nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali ed organizzativi;
- ◆ Interazione nei percorsi di assistenza;
- ◆ Sviluppo di un ecosistema informativo sociosanitario.

1.3.1. Ridefinizione della mission del territorio e layout indicato dal PNRR e le sue riforme.

La realizzazione degli obiettivi previsti in coerenza con i macro-obiettivi del PNRR richiede nuove competenze professionali e gestionali. Si attivano nuovi setting assistenziali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità), si implementano processi già in atto e si attivano nuovi processi erogativi (medicina di iniziativa, case management, centrali di transitional care-COT); si sviluppa inoltre un sistematico processo di digitalizzazione dei servizi e quindi di trasformazione delle loro caratteristiche a cui si aggiunge un uso sistematico dei big data a scopi clinici, gestionali e di programmazione.

Alla luce di questo è necessario procedere ad un’attenta e orientata formazione dei professionisti, di tutte le aree sanitarie coinvolte sia per il personale dipendente che in convenzione.

Viene ribadita la centralità della persona in una logica di offerta più sfumata rispetto ad un rigido modelling organizzativo in grado di aprirsi al coinvolgimento integrato fra servizi sanitari e servizi sociali governati in una prospettiva di integrazione inter istituzionale.

La finalità di potenziare l’integrazione complessiva dei servizi socio-sanitari e assistenziali per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie (una o più patologie) e/o cronicità, si consegue prevedendo la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le Case di Comunità, che si qualificano quale punto di riferimento per un’assistenza di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l’integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi professionali e

interdisciplinari) che operano secondo modelli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali.

L'organizzazione prevede l'identificazione di un modello di riferimento comune Hub e Spoke, attraverso il quale distribuire in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio regionale, indentificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale.

1.3.2. La prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella “cura”

Accostare il termine prossimità al termine prevenzione significa attenzionare “il passo che precede” l'attività di prevenzione già strutturata nei servizi territoriali a questo deputati. È un intervento agito con/per/sulla Comunità che cessa così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di empowerment, soggetto attivo e competente nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sociosanitarie locali. È necessario, accanto alla dimensione razionale più strettamente legata alle competenze sanitarie, sviluppare quella ideativa per promuovere un cambiamento volto a garantire il diritto alla tutela della salute a tutti ed in particolare ai gruppi così detti “hard to reach”.

Si deve porre l'accento sulla dimensione collettiva della salute e dei comportamenti a essa correlati e su modelli partecipativi che si propongono di modificare positivamente i livelli di salute di una comunità lavorando all'interno di questa dimensione.

Il Piano sottolinea l'importanza di agire nell'ambito della “prevenzione di prossimità” ponendo grande attenzione alle componenti di ordine sociale, relazionale, psicologico che influenzano lo stato di salute per prevenire efficacemente il disagio prima che diventi malattia. A questo proposito diventa estremamente importante sviluppare interventi mirati alla diagnosi precoce, alla prevenzione e alla gestione anche della fragilità in particolare alla condizione di pre-fragilità che si riferisce alla dimensione bio-psico-sociale e che richiede un approccio preventivo integrato tra i servizi sanitari e sociali.

Questo approccio richiede una visione olistica globale delle persone e della loro situazione, prendendo in considerazione i fattori medici, ambientali, educativi, economici e psicologici.

1.3.3. Integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale

L'integrazione sociosanitaria rappresenta un processo “obbligatorio” di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, che tutti gli enti coinvolti sono chiamati a realizzare. Nel processo di integrazione il SSR eroga, oltre alle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, anche le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Gli Enti Locali integrano gli interventi sociosanitari del SSR erogando le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno,

con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Realizzare l'integrazione sociosanitaria in modo tale da garantire alla persona la continuità del proprio percorso di cura presuppone il miglioramento delle integrazioni funzionali ed operative non solo tra i servizi sanitari della ASL e i servizi sociali dei Comuni, bensì anche tra gli stessi servizi e setting all'interno del sistema sanitario (MMG/assistenza sanitaria specialistica, ospedale/territorio, cure domiciliari/residenzialità sociosanitaria). Tale miglioramento richiede una più stretta interazione nelle risposte ai LEA e ai Livelli essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), previsti nel Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, attraverso modelli organizzativi integrati. Pertanto l'ambito sanitario deve operare in stretto raccordo con l'ambito sociale e rafforzarsi nella presa in carico, attraverso i Punti Unici di Accesso e la valutazione multidimensionale a cura delle equipe multidisciplinari rivolte alle diverse condizioni di fragilità per garantire la presa in carico e la definizione di un progetto individualizzato che offra alla persona reali opportunità per raggiungere l'autonomia.

1.3.4. Investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie

Il Piano prevede un'importante serie di investimenti nella definizione di nuove strutture organizzative territoriali, che rappresentano una condizione necessaria per facilitare la risposta alle esigenze del territorio piuttosto che "soluzione al problema". Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete territoriale secondo il modello *hub* e *spoke*, al fine di garantire una diffusione capillare sul territorio ligure.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la **Casa di Comunità** costituisce il principale punto di accesso ai servizi di assistenza primaria per la comunità di riferimento.

Si prevede l'attivazione di una **CdC-Hub** ogni circa 40.000 - 50.000 abitanti per l'erogazione di servizi, avvalendosi anche di telemedicina e tele-assistenza (con standard di personale aderente alle indicazioni della normativa).

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nella CdC avendone in esse la sede fisica oppure essendone a questa collegate funzionalmente. Le CdC sono organizzate in modo da disporre di equipe multi professionali (MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e altre eventuali figure sanitarie e sociosanitarie) e, laddove si configurino come *spoke*, le stesse devono garantire il collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento al fine di assicurare un lavoro coordinato ed il superamento di qualsiasi forma di separazione o disconnessione con il distretto.

La CdC, anche grazie all'ausilio delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste nel numero di 1 ogni 100.000 abitanti, è messa in rete con gli ospedali di comunità, hospice, strutture sociosanitarie extra ospedaliere, con l'attività ospedaliera, per la gestione bidirezionale di pazienti selezionati per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere specialistiche, soprattutto in relazione alla gestione integrata dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità e soggetti a frequenti ricoveri.

L'Ospedale di Comunità insieme alla Casa di Comunità rappresenta il pilastro di questa riorganizzazione laddove il Territorio diventa titolare di una funzione di prevenzione, di prossimità e di presa in carico integrata, evitando inappropriati accessi verso strutture finalizzate a garantire risposte a fabbisogni caratterizzati da maggior complessità ed urgenza.

1.3.5. Nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali ed organizzativi

Il cambiamento richiesto dal PNRR diventa sostenibile promuovendo nuove modalità organizzative che rendano strutturate le relazioni e le integrazioni rese necessarie per fronteggiare l'emergenza. Per favorire nuovi modelli di erogazione dei servizi è necessario ampliare le competenze attraverso una accurata formazione dei professionisti della salute favorendo l'acquisizione di ulteriori competenze tecniche, *soft skill* e competenze informatiche. Attraverso la formazione è possibile rivedere lo skill-mix nella valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, per rispondere ai bisogni di continuità assistenziale, come sottolineato dal PNRR che attribuisce all'infermiere di comunità un ruolo chiave nella gestione dei percorsi assistenziali di presa in carico. A tal proposito, in una logica di *Value Proposition* per una "rinnovata professionalità", appare utile riorganizzare la filiera delle professioni sanitarie in relazione ai nuovi setting assistenziali (CdC e OdC) nei quali nell'ambito del concetto di rinnovata professionalità l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) trova una collocazione privilegiata. L'IFoC è infatti chiamato ad intercettare precocemente i bisogni di assistenza infermieristica per facilitarne le risposte, favorire l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi e diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita.

1.3.6. L'interazione nei percorsi di assistenza

Le relazioni ed integrazioni non strutturate tra differenti setting e professionisti, necessarie per fronteggiare l'emergenza Covid, sono diventate modalità organizzative indispensabili per la ridefinizione dei percorsi assistenziali, per garantire la continuità tra ospedale e territorio nonché promuovere la casa come principale luogo di cura. Il Covid-19 ha reso altresì evidente l'importanza della sanità digitale, anche attraverso lo sviluppo di sistemi di telemedicina, della raccolta dei dati, dell'interscambio di informazioni per una rapida connessione multidisciplinare, ampliando notevolmente le possibilità di una efficace continuità assistenziale, ottenendo un miglioramento dei percorsi di cura, controllando i pazienti a distanza, riducendo gli accessi in ospedale, sia per gli ambulatori, incrementando le televisite, sia per i ricoveri prevenendo le riacutizzazioni. Il teleconsulto può essere uno strumento efficace anche per ridurre le liste ed i tempi di attesa delle prestazioni, contribuendo a migliorare l'appropriatezza delle richieste. D'altronde, il perseguimento dell'obiettivo del mantenimento a domicilio della persona non deve porre in secondo piano, nell'ottica di rete e di continuità assistenziale, la "Riforma della residenzialità extra ospedaliera" che necessita di investimenti non necessariamente antagonisti a quelli sulla domiciliarità, al fine di adeguarla all'evoluzione dei bisogni degli ultimi decenni. L'offerta sociosanitaria extra ospedaliera, sia residenziale che semiresidenziale, rappresenta uno snodo fondamentale nella più ampia rete di risposte ai cittadini,

costituendo uno specifico segmento collocato tra l'ospedale e i servizi territoriali volti al mantenimento a casa delle persone fragili e non autosufficienti.

La definizione dei percorsi assistenziali, nell'ottica di efficientare la rete dei servizi territoriali, potenziandone l'efficacia e favorendo l'appropriatezza degli interventi e delle risorse, investe target descritti più dettagliatamente nella parte II del Piano.

1.3.7. Ecosistema informativo sociosanitario: architettura unica regionale

La reingegnerizzazione dei processi implica la scelta di un modello di sistema informativo e di un'architettura tecnologica in grado di informatizzare i servizi per i cittadini tenendo conto delle trasformazioni digitali in atto al fine di agevolare tutte le fasi operative e gestire complessivamente i bisogni di assistenza sociosanitaria dei cittadini e le relative risposte. Si tratta di ampliare e migliorare le risorse tecnologiche, acquisire nuove modalità di interfaccia utilizzate anche in contesti diversi dalla sanità e soprattutto creare le interconnessioni tra sistemi tradizionalmente poco propensi all'interoperabilità.

La componente interna del Sistema Informativo Sociosanitario (SISS) dovrà essere costituita da una applicazione unica a livello regionale e gestita da un'infrastruttura adeguata in termini di sicurezza e continuità operativa. Particolare attenzione dovrà essere posta alla gestione della riservatezza dei dati personali trattandosi di percorsi assistenziali che necessariamente implicano la condivisione di professionalità, interdisciplinarietà, collaborazione tra enti, per garantire la presa in carico integrata.

L'informatica gestionale sanitaria territoriale deve evolversi superando la parcellizzazione e la frammentazione oggi determinata da un focus sul singolo professionista erogatore (es. MMG, medico specialista, IFoC, ecc..) e/o sul singolo luogo di erogazione (ambulatorio, domicilio, ecc..). Un SISS che si ponga come obiettivo la tracciabilità del percorso di presa in carico, deve gestire e integrare in modo continuativo tutte le informazioni relative alla persona lungo le diverse fasi del percorso. È evidente che, anche dal punto di vista della tutela dei dati personali, l'infrastruttura fisica e logica dovrà garantire il corretto accesso alle informazioni per creare un sapere condiviso e incrementale, in cui interverrà sempre di più l'assistito.

Affinché si possa realizzare un'analisi di contesto utile alla programmazione e definizione delle priorità di intervento è fondamentale la disponibilità ed accessibilità dei dati attraverso la creazione di un sistema di raccolta che consenta di ottenere "in tempo reale" un profilo dello stato sanitario, sociosanitario e socioassistenziale della popolazione nell'ambito delle singole ASL e dei relativi Distretti. La disponibilità dei dati consente infatti di procedere alla stratificazione della popolazione e alla classificazione del bisogno di salute nella sua accezione più ampia. Mutuando il metodo utilizzato in altri ambiti non sanitari, si prevede l'attuazione di un progetto volto a costruire strumenti di analisi a supporto della Salute della popolazione con l'idea di valorizzare tutti i dati a disposizione.

L'obiettivo è quello di rinvenire all'interno della complessa struttura del dato le informazioni necessarie a rispondere alle domande di salute e renderle accessibili in maniera visuale, interattiva ed immediata attraverso cruscotti/dashboard sviluppati ad-hoc consultabili in ogni momento.

1.3.8. Monitoraggio e risposta programmatica: i nuovi strumenti di governance

Per una concreta attuazione dei principi fondamentali del Servizio Sanitario è indispensabile una programmazione sanitaria che tenga conto e valorizzi principi organizzativi capaci di rendere operativi interventi e risposte adeguate alla domanda di salute dei cittadini. È pertanto imprescindibile sviluppare strumenti di monitoraggio dei principali fenomeni nodali che insistono sulla sostenibilità di sistema e sui processi organizzativi esistenti, sviluppando modelli di simulazione anche preventivi in grado di definire un incremento di efficienza e promuovendo l'applicazione delle strategie ottimali e la loro progressiva implementazione.

Il supporto tecnico e metodologico fornito da Liguria Digitale ha permesso di acquisire informazioni in modo strutturato e funzionale per consentire ad A.Li.Sa. di consolidare il ruolo di garante della governance di sistema attraverso l'analisi critica delle informazioni, il coordinamento delle organizzazioni in rete censendo i modelli utilizzati, promuovendo standard comuni e validati e la condivisione di soluzioni evidence-based utili per adottare nuove modalità di risposta con outcome soggetti a costante monitoraggio.

Accanto a criticità strutturali e di sistema, ben note e di difficile soluzione (o quanto meno caratterizzate da indispensabili interventi programmatici di natura centrale ed economica), esistono temi ricorrenti che possono essere affrontati secondo l'iter logico e metodologico sopra riportato. Di seguito ne vengono affrontati alcuni, indicando le azioni messe in campo e quelle da adottare nel corso del breve-medio periodo.

1) Dinamiche di flusso e risposte operative del sistema Emergenza-Urgenza

A fronte di una progressiva riduzione del numero di accessi ai Pronto Soccorso delle strutture del SSR, constatata nell'ultimo decennio pre-Covid, quantomeno nella percezione del paziente continuano ad essere presenti criticità nella risposta per quanto riguarda le attese e/o la gestione del percorso di cura. Le problematiche possono essere in parte legate alla complessità della casistica, dovuta all'aumento dell'età media dei pazienti e delle co-morbidità, e alla difficoltà della rete territoriale di gestire la medio-bassa complessità legata alla cronicità e alla fragilità.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 deve garantire massima affidabilità nell'invio tempestivo dei mezzi più idonei e nel trasportare il paziente all'ospedale più adeguato, nei tempi più brevi, come richiesto da linee guida nazionali ed internazionali. Al fine di monitorare in tempo reale il quadro epidemiologico, dare risposte concrete ed individuare interventi programmatici di supporto alla riorganizzazione del sistema Emergenza-Urgenza in ambito extra-ospedaliero, sono stati sviluppati indicatori di monitoraggio che permettano di mettere in atto azioni tempestive ed efficaci in risposta alle situazioni di sovraccarico del sistema.

Con Deliberazione A.Li.Sa. n° 11 del 13/01/2022 è stato approvato il documento “Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”, al fine di ridefinire la pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri e favorire la predisposizione di procedure utili ad ottimizzare tutte le fasi del percorso assistenziale dal momento dell’accesso in PS alla dimissione. È stato di conseguenza sviluppato un sistema di monitoraggio in real time con modalità di misurazione uniforme delle attività in tutti i DEA di I e II livello e PS, basate su indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione è effettuata in modo puntuale, in tempo reale nelle 24 ore ed è consultabile a livello regionale.

Ad oggi, il monitoraggio segue tutto il percorso del paziente che afferisce al sistema emergenza-urgenza dalla fase pre-ospedaliera, ai diversi momenti all’interno del PS, alla disponibilità all’interno della struttura ospedaliera fino all’eventuale dimissione in struttura residenziale. Il sistema di sorveglianza costituisce uno strumento a supporto delle attività di centrale operativa del 118, nella distribuzione dei trasporti, e di bed management per la gestione e il monitoraggio della risorsa “posto letto”, ponendo particolare attenzione ai flussi informativi di pazienti, all’appropriatezza dei ricoveri e dell’attività assistenziale.

2) Segnali di warning e attivazione delle sinergie inter-istituzionali di risposta alle emergenze

Elemento fondamentale per la governance di sistema da parte di A.Li.Sa. è il possesso di sistemi di verifica e controllo che permettano l’attuazione di risposte rapide e mirate per affrontare le criticità emergenti. Con Delibera di A.Li.Sa. n. 363 del 18 novembre 2022, è stata istituita una nuova **Unità di sorveglianza e di risposta alle emergenze**. L’Unità di sorveglianza ha il compito di i) l’identificare indicatori specifici per individuare precocemente eventi emergenziali; ii) valutare le risorse da utilizzare rapidamente in caso di bisogno anche attraverso il collegamento con la C.R.O.S.S. (Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario), struttura che opera in ambito nazionale ed internazionale, coordinata dalla Protezione Civile, che fornisce una ricognizione delle risorse sanitarie disponibili in campo nazionale utilizzabili sul nostro territorio; iii) fornire informazioni e indicazioni per favorire l’integrazione tra rete emergenza e assistenza territoriale anche alla luce delle nuove direttive ministeriali D.M.77; iv) coordinare, ove non diversamente disposto, le attività dei diversi Enti che si trovano ad operare nell’ambito dell’emergenza (Aziende Ospedaliere, ASL, Protezione Civile, Prefetture, ecc.); v) collaborare con istituzioni ed enti non sanitari (es. preparazione di piani di emergenza); vi) favorire la comunicazione e informazione efficace tra istituzioni e cittadini.

3) Sorveglianza e risposta agli eventi pandemici o potenzialmente pandemici

L’influenza, il SARS-CoV-2 e altre patologie infettive rappresentano, per la loro natura mutevole e per essere già state in passato causa di pandemie, una rilevante minaccia per la sanità pubblica a cui occorre prepararsi tempestivamente. Alla luce dell’esperienza maturata durante lo stato di emergenza sanitaria causato da COVID-19 e stante la necessità di disporre di piani di risposta a potenziali eventi pandemici,

Regione Liguria ha implementato vari sistemi di sorveglianza e predisposto un Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu).

Come già si è visto di recente con il SARS-CoV-2, le attività da implementare durante una pandemia prevedono il coordinamento delle azioni regionali e la comunicazione a livello nazionale. Diversi fattori hanno contribuito, ad esempio, a rendere incerte l'evoluzione epidemiologica del virus SARS-CoV-2 e le ricadute sul sistema socio-sanitario in termini di domanda di assistenza, tra cui (i) le caratteristiche del virus pandemico (ii) la compliance alla campagna vaccinale, (iii) l'osservanza delle misure igienico-sanitarie e comportamentali per la prevenzione della trasmissione del virus da parte della popolazione generale e (iv) la co-circolazione di altri agenti patogeni respiratori. Dall'inizio dell'evento pandemico, A.Li.Sa. ha strutturato la raccolta di flussi informativi per condurre attività di sorveglianza e monitoraggio del virus pandemico in modo da osservare l'andamento epidemiologico a livello regionale, valutare l'impatto che lo stesso esercita sul sistema sociosanitario ligure e realizzare analisi dei rischi e dei benefici delle principali misure di sanità pubblica a supporto di processi decisionali "evidence based". A seguito della definizione a livello nazionale dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica (Decreto del Ministero della Salute 30 aprile 2020), è stato sistematizzato l'invio dei flussi informativi dalle Aziende/Enti del SSR attraverso canali informatici e l'utilizzo di piattaforme dedicate. Tra gli altri, sono stati implementati sistemi di raccolta delle informazioni relative ai casi confermati (funzionali alle attività di contact tracing e gestione territoriale dei soggetti positivi al virus SARS-CoV-2) e piattaforme dedicate al monitoraggio dei pazienti con COVID19 ricoverati in ambito ospedaliero. L'impatto sulle Aziende/presidi ospedalieri del SSR è stato rilevato quotidianamente grazie all'inserimento da parte delle direzioni mediche, tramite piattaforma condivisa, di informazioni chiave (dati di occupazione delle aree a media e alta intensità di cura dedicate a COVID19, dati relativi agli ingressi, dimissioni, trasferimenti e altre informazioni riguardanti i pazienti). Ciò ha permesso di rafforzare le azioni di governance del sistema da parte di A.Li.Sa. in un'ottica di sistema.

Con tali premesse, si auspica quindi che la disponibilità e l'aggiornamento del PanFlu offrirà l'opportunità di rafforzare la preparazione per la gestione anche di altre minacce sanitarie; inoltre, i flussi informativi strutturati a seguito della pandemia da SARS-CoV-2 verranno ulteriormente affinati, al fine di rafforzare le attività di sorveglianza e monitoraggio.

4) Il modello «visual-hospital» regionale

La gestione via web e messa a sistema degli applicativi gestionali, in ambito ospedaliero, sono strumenti utilizzati nella ricerca della massima efficienza e garantiscono l'adozione di orientamenti chiari e dettagliati, basati sulla raccolta dei dati di sorveglianza e monitoraggio, oltre a facilitare il processo decisionale, consentendo l'uso razionale delle risorse, l'integrazione e il coordinamento degli attori coinvolti nei percorsi di ricovero.

L'approccio al modello del "visual hospital", che permette di conoscere in tempo reale la situazione dei posti letto nei vari setting di degenza, come il tasso d'occupazione, la disponibilità di posti letto dedicati alle urgenze, il numero di ingressi e dimissioni giornaliero ed il tempo di permanenza medio dei pazienti, permette un'ottimizzazione della gestione ospedaliera dei pazienti. Già ora tramite i cruscotti regionali si riesce ad elaborare dati complessivi e aggregati riguardanti i processi, utili a rivedere i percorsi decisionali e organizzativi al fine di garantire omogeneità ed efficientamento del sistema, e si prevedono ulteriori evoluzioni finalizzate ad implementare il modello, con l'obiettivo di rendere fruibili i dati del singolo paziente e il calcolo degli indicatori di attività per ogni step della degenza. Ciò permetterà in generale una ottimizzazione della risposta assistenziale, la riduzione delle attese non necessarie, una maggior umanizzazione/centralità del paziente e in ultima analisi una migliore presa in carico, grazie anche al rafforzamento della continuità assistenziale, in particolare dall'ingresso del paziente in ospedale, dal Pronto Soccorso alle Aree di Degenza e da queste verso i servizi territoriali.

5) La determinazione del fabbisogno e degli standard per il personale sanitario SSR

L'emergenza Covid-19 ha rilanciato il tema del fabbisogno di personale nel Sistema sanitario nazionale, aspetto affrontato anche nella bozza di legge di bilancio 2021 approvata il 16 novembre dal Consiglio dei ministri e ora all'esame del Parlamento. In sintesi, oltre a prevedere un incremento di circa 1 miliardo del fabbisogno sanitario standard per il 2021 e ulteriori aumenti sino al 2026, all'articolo 76 vengono prorogate le disposizioni sull'impiego di personale nel Sistema sanitario nazionale previste sia dal decreto "Cura Italia" che dal decreto "Rilancio". Davanti all'immissione straordinaria di risorse nel sistema, finalizzata sostanzialmente a reclutare temporaneamente personale per tamponare l'emergenza Covid, occorre programmare organizzazioni funzionali finalizzate ad impiegare al meglio questi professionisti, una volta che il sistema sarà tornato alla gestione ordinaria. Una prima metodologia di calcolo del fabbisogno di personale per i presidi ospedalieri, riportata in un documento tecnico approvato in Commissione salute nel dicembre 2017, identifica il fabbisogno di personale in base a tre fattori: organizzazione della rete di offerta, produzione e tempo lavoro. Obiettivo di Regione Liguria è quello di aderire alle più attuali metodologie disponibili a livello Nazionale, in cui si annovera certamente il documento AGENAS di giugno 2022, aggiornamento del metodo pubblicato nel 2017, attualmente in approvazione attraverso l'intesa Stato-Regioni per norme di natura economico-finanziaria. Nel definire la metodologia di fabbisogno di personale è dunque imprescindibile partire non solo da numeri teorici relativi a parametri statici (ad esempio, posti letto o numero di abitanti), ma anche dai dati di attività, che da una parte ci danno una dimensione da confrontare con il reale bisogno di salute e dall'altra ci permettono di specificare attraverso un riferimento standardizzabile le risorse necessarie alla loro produzione.

6) La governance delle prestazioni ambulatoriali: appropriatezza e transizione al digitale

L'acquisizione sistematica di tutte le informazioni che comprendono il fenomeno complesso della prescrizione consente di migliorare la governance attraverso l'analisi delle prestazioni richieste dai MMG e stratificate per patologia del paziente in carico fornendo report idonei a segnalare le eterogeneità di comportamento o la mancata applicazione dei PDTA/linee guida, intervenendo quindi per ridurre la variabilità prescrittiva, limitare i fenomeni di sovra- o sotto-utilizzo dei servizi.

In linea con quanto indicato nel PNRR, in continuità con il Piano Strategico Digitale della Regione, sono in via di progressivo sviluppo numerosi progetti riconducibili alla categoria "Sanità e servizi socioassistenziali". Un esempio di essi è il progetto "Prenoto salute": al fine di garantire la prenotazione on line delle **attività di specialistica ambulatoriale** e permettere il monitoraggio della domanda e dell'offerta in tempo reale è stata attivata una piattaforma che offre la possibilità ai cittadini di effettuare la prenotazione di esami diagnostici e visite, aggiungendo tale modalità ai tradizionali modi di prenotazione già disponibili (numero verde CUP, sportelli, farmacie e studi dei MMG). È inoltre prevista la creazione di un sistema integrato di monitoraggio in tempo reale che stratifichi le informazioni utili al potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e di offerta nelle Aziende del SSR, attraverso un cruscotto che rilevi:

- l'attribuzione del codice priorità rispetto alla diagnosi o al sospetto diagnostico;
- il numero di soggetti che non trovano spazio in slot ambulatoriali dedicati al momento della richiesta;
- la percentuale di drop-out;
- la temporalità di esecuzione del test di follow-up rispetto alle linee guida.

È infine in via di sviluppo la possibilità di garantire la prenotazione in maniera facile e veloce, in qualsiasi luogo con ogni tipo di *device* (*smartphone, tablet, pc*), in qualunque momento della giornata h/24, 7 giorni su 7, presso le strutture dell'intero territorio regionale, informando l'utente sulle avvertenze e le modalità di preparazione - uniformi sul territorio regionale - necessarie per accedere in modo guidato alla prestazione e disdire online l'appuntamento in ogni momento.

7) Il governo dell'assistenza farmaceutica, integrativa, protesica e dei dispositivi medici

L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici sia per l'efficiente allocazione delle risorse del SSR. In tale ambito, occorre promuovere, potenziare ed ottimizzare i processi volti a rafforzare sinergie per migliorare l'uso appropriato, sicuro ed efficace delle risorse, al fine di garantire ai pazienti un elevato standard di cura in termini di appropriatezza, sicurezza ed uniformità di accesso alle prestazioni.

Con Delibera A.Li.Sa. n.411/2021 "Costituzione gruppo di lavoro monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche" è stato istituito il Gruppo di Lavoro, in collaborazione con le AA.SS.LL., al quale sono assegnati gli obiettivi di (i) mettere a fattor comune le migliori esperienze acquisite dalle singole Aziende/Enti; (ii) efficientare il sistema per consentire una lettura agevolata delle proprie performance, anche disponendo di dati di confronto tra AA.SS.LL. (benchmark intraregionale); (iii) garantire ai pazienti un elevato standard di cura in termini di appropriatezza e sicurezza; (iv) assicurare uniformità di accesso

alle prestazioni; (v) promuovere la sostenibilità; (vi) permettere una governance e una visione omogenea regionale al fine di uniformare sul territorio regionale il monitoraggio della ricetta medica nonché l'efficace informativa ai Medici prescrittori. Il Gruppo di Lavoro costituito con la citata delibera A.Li.Sa. n. 411/2021 ha preso in esame i diversi indicatori di appropriatezza prescrittiva e per il monitoraggio della spesa utilizzati nelle diverse AA.SS.LL. e, a partire da questi, mettendo a fattor comune le migliori esperienze e promuovendone l'implementazione, ha definito un cruscotto unico regionale di indicatori di appropriatezza e di spesa. Il cruscotto può essere utilizzato in modo uniforme e capillare in tutta la Regione (Delibera Ali.sa. n. 207/2022 Allegato 1 e Delibera A.Li.Sa. n. 371/2022) e permetterà il monitoraggio regionale dell'aderenza alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva nonché dell'andamento della spesa, con una vista sia di tipo sintetico sia di tipo analitico (che arriva al dettaglio per singolo prescrittore e specifico indicatore/specifica molecola).

Aspetto di innovatività è la predisposizione di report per analizzare specifiche tipologie di pazienti ad esempio pazienti fragili. Inoltre, per evitare difformità di interpretazione e margini di discrezionalità saranno predisposte, coerentemente con la normativa vigente e con la consolidata letteratura in materia, ulteriori procedure operative per il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e la necessaria informativa e aggiornamento dei prescrittori. L'applicazione del nuovo modello di governance risulta, in conclusione, di peculiare rilevanza e richiede la massima aderenza da parte degli Enti del SSR.

8) La gestione del percorso del paziente chirurgico - con particolare riferimento alle liste d'attesa degli interventi chirurgici programmati

Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici rappresenta un obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Regionale (SSR), il cui compito è rispondere ai bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi di equità di accesso, efficienza, efficacia, appropriatezza, correttezza e trasparenza. Nella **gestione del percorso programmato del paziente chirurgico**, le liste di attesa rappresentano un nodo critico, ulteriormente aggravato dalla pandemia da Covid-19. La risposta alle problematiche evidenziate richiede di predisporre azioni articolate per ridurre i tempi di attesa dei ricoveri chirurgici in elezione. Il Ministero della Salute ha definito le "Linee di indirizzo sull'organizzazione del percorso chirurgico per il paziente programmato" (Accordo Stato-Regioni n.100/CSR del 09/07/2020), finalizzate a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini a tale percorso. A seguito di ciò, sono stati intrapresi due progetti di ricerca a livello Nazionale, di cui uno ancora in corso, che hanno previsto il coinvolgimento di Aziende Ospedaliere in varie regioni italiane, tra cui la Liguria. A.Li.Sa. ha costituito un gruppo di lavoro *ad hoc* al fine di declinare le linee di indirizzo ministeriali a livello regionale e permettere l'omogeneizzazione del percorso del paziente chirurgico, dalla sua presa in carico iniziale al post-operatorio e alle fasi successive di follow-up. Avvalendosi del supporto dei professionisti del DIAR regionale e grazie al contributo di Liguria Digitale spa per l'adeguamento informatico previsto, il percorso definito verrà adottato in tutte le Aziende del sistema sanitario regionale.

Per la realizzazione ottimale del processo sono previste le seguenti azioni:

- Affinare i modelli previsti per l'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- Uniformare la gestione delle liste d'attesa informatizzate attraverso la codifica ICD-9-CM per la diagnosi e la definizione dell'intervento;
- Integrare il sistema con software che gestiscano le attività clinico-organizzative delle sale operatorie;
- Supportare il paziente nella fase diagnostica e fornire informazioni secondo criteri di trasparenza e chiarezza circa la sua posizione in lista d'attesa e i tempi stimati d'intervento;
- Monitorare le liste d'attesa, avvalendosi di sistemi di notifica/alert sul rispetto delle tempistiche, e rafforzamento delle procedure per la "pulizia" delle stesse.

9) La governance ed il monitoraggio delle attività dei DMT (Disease Management Team)

L'attività del DMT si articola su due livelli distinti interdipendenti e complementari e che prevedono la gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici e l'organizzazione delle attività. In entrambe le aree di azione per poter valutare le performance e per poter monitorare le attività, sono stati definiti dei criteri che vengono di seguito riportati e che costituiscono in parte gli indicatori e gli strumenti di monitoraggio:

- Definizione delle regole di ingaggio/inclusione dei pazienti;
- Presentazione del 100% delle diagnosi neoplastiche (compresi coloro che sono operati d'urgenza o che provengono da altre aziende). In linea di massima la presentazione/discussione deve avvenire almeno due volte nel percorso di ogni paziente:
 - i. dopo la prima diagnosi su biopsia
 - ii. dopo l'esame istologico definitivo sul pezzo operatorio e comunque sempre prima dell'intervento chirurgico (fatto salvo in casi di interventi in urgenza).
- Discussione dei casi clinici con maggiori criticità (quadro clinico, stadiazione, ecc.);
- Definizione per 100% dei casi del percorso diagnostico-terapeutico;
- Necessaria discussione degli outcome di ogni paziente (decorso chirurgico, risposta alla radio-chemioterapia, progressione di malattia, ecc.), per le opportune valutazioni/registrazioni;
- Gli incontri devono essere verbalizzati tramite applicativo idoneo che consenta la presa in carico multidisciplinare e la stampa di un verbale, da consegnare al paziente/curante.
- Produzione di uno o più documenti di PDTA e pianificazione dei percorsi di cura in collaborazione con le strutture dedicate al Governo e Rischio clinico;
- Aggiornamento scientifico e recepimento di linee guida e indirizzi provenienti dai D.I.A.R;
- Collaborazioni intraaziendali tra le diverse Strutture;
- Collaborazioni interaziendali/regionali in un'ottica di Hub&Spoke e coerente con quanto definito nella Delibera A.Li.Sa. n. 253/2019;
- Definizione/aggiornamento dei consensi informati, conformi alla normativa vigente;
- Valutazione dei bisogni formativi e proposta annuale di corsi di formazione;

- Consuntivo annuale delle attività e definizione delle azioni di miglioramento.

Verrà predisposto, in collaborazione con le Aziende, un monitoraggio regionale a cadenza trimestrale/semestrale per poter valutare lo stato dell'arte e lo stato di avanzamento nonché avere una rendicontazione precisa e puntuale delle attività svolte dai DMT in un'ottica di implementazione e continuo miglioramento.

10) La governance delle strutture sociosanitarie e il percorso di dimissione ottimale

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in continua crescita (le stime effettuate da ISTAT prevedono nel 2030 un numero di over 65aa in Liguria pari a 456.196) ed è strettamente correlato con il fenomeno della non autosufficienza dell'anziano, che implica un aumento della richiesta sia qualitativa che quantitativa di servizi e di strutture, sociali e sociosanitarie. In tale contesto, la Governance dell'offerta Residenziale è un elemento chiave per il Sistema Sanitario Regionale; allo stesso tempo, è necessario limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase della acuzie e delle fasi immediatamente successive, rinviando alla rete territoriale i trattamenti di lungo-degenza e riabilitazione prolungata.

A tal fine, A.Li.Sa. ha avviato una mappatura completa delle attività delle strutture sociosanitarie a contratto con il SSR in collaborazione con le AASSLL, implementando le funzionalità dello Sportello Polifunzionale Distrettuale. Con Delibera n. 68/2022, è inoltre stato definito il percorso di assistenza alle persone in condizione di non autosufficienza e non assistibili a domicilio nell'Area Metropolitana Genovese.

Obiettivi centrali del prossimo triennio saranno:

- Aumentare l'offerta attualmente presente di pp.II. di strutture residenziali;
- Aumentare l'appropriatezza di attribuzione del setting;
- Aumentare l'efficienza delle singole strutture, anche attraverso il potenziamento di strumenti di monitoraggio in *real time*;
- Aumentare il numero di prese in carico domiciliari raggiungendo l'obiettivo di 44.000 pazienti in carico entro il 2026 (obiettivo PNRR).

11) La gestione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e della presa in carico territoriale

Il percorso di dimissioni protette individua l'insieme delle azioni che consentono il passaggio di un paziente, in condizioni di complessità assistenziale sanitaria e sociale, da un setting di continuità di cura ad un altro, con il fine di individuare, nelle tempistiche corrette, quello per lui più appropriato. Il complesso di applicazioni gestionali uniche a livello regionale, a cui afferiscono lo Sportello Polifunzionale Distrettuale (SPD) e i moduli applicativi PoLiSS, dovrà essere reso interoperabile, tramite la COT, con i sistemi informativi di altre strutture ed enti del territorio, in modo da acquisire tutte le informazioni che costituiscono gli elementi utili alla definizione e al monitoraggio dei percorsi di cura. Inoltre, l'adozione di un nuovo strumento per la decodifica del bisogno a supporto del processo decisionale di presa in carico nell'ambito dei servizi territoriali (residenzialità, cure domiciliari, ospedale di comunità, ecc) faciliterà gli operatori nella gestione del processo di *transitional care*. In attesa dell'attivazione della COT si è proceduto ad una

revisione quali-quantitativa dei dati disponibili su SPD attualmente presenti, ma non strutturati, in modo da renderli utilizzabili per programmare e definire le priorità di intervento e tracciare il percorso di presa in carico con una gestione integrata e continuativa delle informazioni.

1.3.9. Sviluppo delle conoscenze e delle competenze in ambito sanitario a supporto della mission formativa dell'Università

Una costante e proficua collaborazione tra sistema sanitario e sistema universitario è strategica per garantire prestazioni assistenziali di elevata qualità, efficacia ed efficienza. La formazione continua è lo strumento più idoneo per acquisire e affinare competenze da trasferire nella pratica quotidiana; quest'ultima, per contro, recepisce esigenze del personale e dell'utenza per fornire al sistema formativo suggerimenti su temi da approfondire e nuovi percorsi da avviare, in un continuo dialogo con l'Università di Genova, prevedendo che la domanda di lavoro trovi maggiori coincidenze con l'offerta formativa. A questo si affianca l'azione sinergica sanità-università nella ricerca in tutti i suoi ambiti, clinico, biomedico, traslazionale, computazionale, che può contribuire ad individuare nuove esigenze di formazione e ad attivare meccanismi virtuosi di partenariato tra istituzioni, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende sanitarie e imprese.

2.PARTE II - Il territorio: persone, prossimità, contesti e governance

NUOVO PARADIGMA: Ecosistema integrato, una visione interconnessa di salute

Per ripensare il concetto di salute in un'ottica *One Health* è necessario considerare la salute in tutte le politiche promuovendo la realizzazione di un modello olistico capace di integrare discipline diverse, valorizzando contestualmente ruoli e apporto dell'Individuo, della Comunità e dell'Ambiente.

La Missione 6 del PNRR estende tale vision nella più recente accezione di *Planetary Health*, che definisce un quadro per la prevenzione globale in ambito sanitario, ambientale e climatico. Questo nuovo assetto si sostanzia in un approccio multidisciplinare e trasversale dove gli obiettivi di salute, benessere ed equità potranno realizzarsi secondo un approccio di prossimità al cittadino affrontando, in modo sistemico, i bisogni delle persone sulla base della relazione tra la loro salute e l'ambiente in cui vivono. Le azioni da adottare devono consentire la rapida evoluzione verso un sistema integrato e digitalizzato incentrato sulle necessità di assistenza e cura della persona e flessibile al cambiamento della domanda di salute da parte dei cittadini. I processi clinici, la prevenzione, gli stili di vita, le scelte alimentari e la sostenibilità ambientale devono essere tra loro connessi. Il progetto salute-ambiente-clima si incardina nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che in questa prospettiva ripercorre gli indirizzi dei vigenti piani specifici, quali ad esempio il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano d'Azione per la Salute Mentale e il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (vedi Parte III).

L'indicazione è quindi quella di investire in modelli organizzativi che favoriscano la creazione di reti assistenziali multi professionali, multisettoriali e multidimensionali, realizzate tecnicamente attraverso il sistema informativo sociosanitario unico regionale, che non interviene su singoli episodi di malattia ma si fonda su un modello centrato sulla medicina di iniziativa ponendo al centro i bisogni delle persone, coinvolgendole attivamente nella gestione della malattia e sulla prevenzione. Occorre spostare l'accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute creando connessioni che aiutino le reti ad autoalimentarsi. La centralità dell'individuo nella presa in carico e cura lungo un percorso di malattia spesso prolungato implica la necessità di un approccio che possa anche comprendere e integrare opportunità di proposte complementari capaci di affiancarsi ai percorsi di cura tradizionali. Le medicine complementari possono essere considerate in programmi di salute per il miglioramento della qualità della vita nel paziente cronico, nella gestione del dolore e nell'assistenza al malato terminale garantendo soluzioni sicure, sostenibili nella libertà di scelta terapeutica del cittadino. Un ottimo connubio tra Medicina Accademica e Medicina complementare è rappresentato dal servizio ambulatoriale di Medicina Integrata, con positive esperienze maturate nel territorio di ASL3, rivolte a malati con patologie rare e immunologiche e a pazienti oncologici.

2.1. Elementi di novità nella rinnovata vision del territorio

Il governo dell'assistenza territoriale risulta complesso per la molteplicità degli interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (prossimità, risposte socioassistenziali, prevenzione, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati. La struttura sociodemografica attuale e la sua proiezione futura richiedono profondi cambiamenti nel modello organizzativo di intervento. La governance del nuovo impianto della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata al Distretto, cardine della risposta territoriale, chiamato ad operare attraverso:

- ◆ la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione di strutture della rete di prossimità quali le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC) e con la costituzione delle COT, nodo di coordinamento di sistema;
- ◆ il rafforzamento del sistema integrato delle Cure Domiciliari (CD), anche mediante il potenziamento delle attività in ambito Salute Mentale o Disabilità, finalizzato al mantenimento a domicilio delle persone fragili;
- ◆ una più efficace integrazione tra i servizi sociosanitari e sociali del territorio. La Casa della comunità (CdC) rappresenta anche il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multiprofessionali e della promozione della medicina di iniziativa;
- ◆ il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

2.1.1. Distretto

È la sede in cui si realizzano la gestione e il coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, nonché il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL, deputato alla facilitazione dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale delineata dal PNRR porta ad un modello di razionalizzazione della rete che concentra nelle Case di Comunità le strutture ambulatoriali territoriali, rafforzandole in termini di spazi, volumi e tipologia di servizi, tecnologie, professionalità e accessibilità al pubblico. Il Distretto, pertanto, per la sua valenza strategica, afferisce direttamente alla Direzione Aziendale.

L'omogeneità dell'attività dei Distretti è garantita a livello regionale da A.Li.Sa., che si avvale del DIAR dei Distretti Sociosanitari (istituito con DGR n.155 del 4/03/2022). Quest'ultimo rappresenta uno strumento organizzativo della programmazione strategica, dell'integrazione inter-Aziendale e ha lo scopo di uniformare a livello regionale percorsi e procedure e di integrare le varie dimensioni territoriali e le funzioni sociosanitarie e sociali, in connessione con l'area ospedaliera, anche alla luce delle progettualità introdotte con il PNRR con particolare riferimento alla missione 6 componente 1.

Il Distretto valuta i bisogni della popolazione e, sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali programma i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili.

A tal fine svolge funzioni di:

- ♦ **COMMITTENZA** ovvero la responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le unità operative di afferenza, di stabilire le connessioni funzionali con le altre strutture aziendali (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute mentale e materno-infantile) e i rapporti con le strutture del privato accreditato e la rete degli attori locali (comuni, scuola, terzo settore) sviluppando progettualità condivise.
- ♦ **PRODUZIONE** ovvero l'erogazione dei servizi sanitari territoriali facendo ricorso a strutture distrettuali, territoriale extra-distrettuali, ospedaliere o privato accreditato contrattualizzato.
- ♦ **GARANZIA** ovvero assicurare l'accesso ai servizi, l'equità di trattamento, la verifica della adeguatezza dei servizi in funzione dei volumi di attività attesi e degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

In particolare, l'organizzazione del Distretto deve garantire:

- ♦ l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- ♦ il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- ♦ l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

2.1.2. Direttore di distretto

La riorganizzazione del Distretto che riconosce al nuovo assetto funzioni maggiormente strutturate, così come sopra descritte, impone una ridefinizione del profilo e dei requisiti professionali del Direttore di Distretto. Quest'ultimo, pertanto, deve avere una formazione che garantisca competenze strategiche, organizzative e gestionali. Ad integrazione dei corsi di formazione manageriali previsti dal PNRR *mission 6*

componente C 2.2, Regione Liguria promuoverà ed implementerà percorsi formativi *ad hoc* in considerazione della sua funzione strategica.

Al Direttore di Distretto sono riconosciute responsabilità gerarchico dirette, di tipo organizzativo – gestionale, sulle unità operative territoriali che compongono il Distretto.

I compiti organizzativi e gestionali del Direttore fanno riferimento alle seguenti aree:

- ♦ analisi dei bisogni, progettazione e valutazione dei servizi;
- ♦ programmazione e gestione del budget, anche attraverso l'assunzione di responsabilità economico finanziaria delle risorse imputate alle relative autorizzazioni di spesa;
- ♦ acquisizione dei servizi;
- ♦ gestione organizzativa di personale, strutture, processi;
- ♦ verifica dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate;
- ♦ monitoraggio e valutazione dei risultati sulla base di dati e informazioni di natura differente compreso il feedback restituito dall'utenza ed il confronto interno/esterno (benchmark);
- ♦ piani di formazione del personale formalmente assegnato;
- ♦ attività di promozione della Salute e definizione di strategie di prevenzione concertate con il Dipartimento di Prevenzione;
- ♦ accordi strategici interaziendali (Contratti di Servizio, Convenzioni, Deleghe, Accordi di Programma, Protocolli d'intesa con i Comuni per le attività sociosanitarie), il Piano Attuativo Territoriale (PAT, per la parte sanitaria) e i Piani di Zona (PdZ per la parte sociale).

2.2. La rete territoriale

2.2.1. Casa di Comunità

Il PNRR pone al centro del disegno della riorganizzazione della rete territoriale la **Casa di Comunità**, quale riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la presa in carico (PIC) delle persone a maggiore intensità assistenziale, sedi del lavoro multiprofessionale e dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale. Posta sotto la direzione del Distretto, è strutturata per garantire interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (equipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi, protocolli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'attività all'interno della CdC prevede un lavoro interprofessionale e multidisciplinare e interventi coordinati tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali, ad esempio psicologi, afferenti anche ad altre Agenzie/Enti

pubblici o privati del territorio. Il coinvolgimento delle AFT e delle Medicine di Gruppo dei MMG e PLS nella definizione e assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multi professionale valorizza le competenze delle professioni sanitarie e sociali, evita l'isolamento di "singoli professionisti" o di singole "aggregazioni mono professionali".

La CdC quindi costituisce un modello organizzativo di integrazione istituzionale e professionale non solo in ambito sanitario ma anche tra sanità e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità.

L'attività della CdC è improntata ad un sistema organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di équipe interprofessionale secondo il modello organizzativo della cronicità.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- ◆ l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino per ricompattare i percorsi di risposta assistenziale;
- ◆ la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle équipe sanitarie e dalle aree della fragilità con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione aziendale per gli aspetti di competenza;
- ◆ la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa;
- ◆ la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito dei servizi sanitari e sociali;
- ◆ la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori ecc.);
- ◆ l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi;
- ◆ il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.
- ◆ Di prevedere la sperimentazione, qualora si rendesse opportuno, di un modello di Casa della Comunità spoke basato su principi di accreditamento e committenza con sistemi erogativi più flessibili, sotto la governance pubblica.

Si riporta negli allegati la distribuzione delle CdC nei Distretti Liguri (Tavola 3).

2.2.2. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Un aspetto di particolare rilevanza è quello relativo al coinvolgimento dei **Medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)** che operano secondo il modello delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente legislazione assicurando un'interfaccia organizzativa più larga e strutturata del singolo studio medico nel contesto della casa della comunità.

I coordinatori delle AFT partecipano alla definizione degli obiettivi strategici nell'ambito territoriale di competenza e sono previsti 2 coordinatori di AFT quali membri di diritto del "Collegio di Direzione" aziendale.

I MMG e i PLS assicurano la coerenza dei piani di cura dei loro assistiti attraverso:

- ◆ le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la CdC;
- ◆ l'assistenza domiciliare programmata o Cure Domiciliari nei confronti dei propri assistiti;
- ◆ la continuità assistenziale durante i periodi di eventuale ricovero nella fase acuta, post acuta e negli OdC;
- ◆ l'adozione di programmi di revisione della politerapia verso il *deprescribing* a tutela della salute del fragile in collaborazione con il farmacista di comunità;
- ◆ la partecipazione alle attività promosse dal Distretto e dalla CdC (progetti individuali di salute, ADI, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e altro) sulla base della programmazione nazionale, regionale, aziendale/distrettuale secondo la suddivisione oraria stabilita dall'accordo contrattuale.

Gli studi degli MMG costituiscono una rete che fa capo alle CdC con le quali devono essere funzionalmente collegate anche grazie ad un'infrastruttura informatica comune. Nelle aree interne a cui la CdC risulta particolarmente distante, lo studio dei MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e compensare diseguaglianze territoriali (Si rimanda all'approfondimento nel capitolo "Modello ligure").

L'organizzazione del Distretto, che prevede la presenza di MMG/PLS, SAI all'interno delle Case di Comunità o a queste collegati funzionalmente, garantisce quindi la prossimità con tutti gli operatori sanitari e sociali favorendo la collaborazione nel percorso di presa in carico. Inoltre la co-presenza di professionisti del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali all'interno della CdC e il collegamento in rete con l'ospedale favoriscono la partecipazione attiva dei diversi operatori alla definizione e gestione dei PDTA e dei PAI in una logica di continuità assistenziale.

L'infrastruttura informatica distrettuale rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi territoriali e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati, garantendo interoperabilità di una base dati sempre più larga per analizzare i risultati e sviluppare sistemi predittivi progressivamente più precisi ed efficaci per raggiungere i migliori obiettivi di salute dei cittadini. Una forte cooperazione tra sistemi informatici è altresì fondamentale per garantire al distretto la rilevazione e la tracciabilità del lavoro svolto (ambulatoriale, domiciliare e su base progettuale) dai MMG e di tutte le altre figure professionali.

2.2.3. La centrale operativa territoriale

Il disegno sopra esposto descrive un meccanismo di funzionamento del modello organizzativo garantito dalla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** quale servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma comune ed integrata con i principali

applicativi di gestione aziendale e di inter connessione con tutti gli enti/strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

- ◆ La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di *transitional care* garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali. In particolare, esplica la sua funzione di coordinamento:
- ◆ registrando ed indirizzando le richieste di transizione tra i diversi setting assistenziali assicurandone il tracciamento;
- ◆ garantendo il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- ◆ raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) ottimizzandone gli interventi;
- ◆ raccogliendo, gestendo e monitorando i dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, domotica, digitalizzazione, sperimentazione di strumenti di Intelligenza artificiale;
- ◆ assicurando il collegamento con la rete dell'emergenza ed urgenza.

Si riporta negli allegati la distribuzione delle COT nei Distretti Liguri (Tavola 4).

2.2.4. Gli ospedali di comunità

Per il potenziamento e la riorganizzazione della filiera dei percorsi di assistenza sono previsti gli **Ospedali di Comunità**. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, funzionali a ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e/o cronici stabili dal punto di vista clinico, provenienti dall'ospedale, dalle strutture residenziali sociosanitarie o dal domicilio:

- ◆ dimissibili dal setting ospedaliero ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare, per la necessità di un recupero psico-fisico; in questo caso l'OdC costituisce la prima tappa verso il domicilio;
- ◆ che necessitano di **riabilitazione multidimensionale** motoria, cognitiva e funzionale, supporto riabilitativo-educativo o interventi fisioterapici nell'ambito dei PDTA/protocolli già attivati nel reparto di provenienza prima del rientro a domicilio (vedi capitolo "Modello ligure");
- ◆ che necessitano di assistenza per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di educazione terapeutica al paziente e al caregiver;

Gli OdC di norma sono dotati di 20 pp.II. ogni 100.000 abitanti (come già previsto nel Patto per la Salute 2014-2016 e dagli standard dell'Intesa Stato-Regioni n.17 del 20 febbraio 2020) ed è possibile prevederne l'estensione fino a due moduli ciascuno da 15-20 pp.II.

È fondamentale la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionale con gli ospedali e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere). Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere e a tal fine devono essere predisposte

specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Si riporta negli allegati la distribuzione degli OdC nei Distretti Liguri (Tavola 5).

2.3. Organizzazione dell'offerta territoriale

L'esperienza della pandemia ha evidenziato quanto sia necessario, attraverso azioni preventive e proattive, privilegiare un sistema di offerta che superi la separazione delle risposte tra il sistema sanitario e quello sociale con la diffusione di nuovi modelli organizzativi di offerta territoriale che garantiscano:

- ♦ un percorso unitario di assistenza sociosanitaria alla persona;
- ♦ la multidimensionalità della presa in carico;
- ♦ la continuità degli interventi nei diversi setting assistenziali attraverso:
 1. Realizzazione dell'integrazione sociosanitaria rafforzando la continuità di percorso e uniformando i criteri di PIC dei sistemi sanitario, sociosanitario e sociale,
 2. Definizione del percorso unitario e del potenziamento delle equipe nella presa in carico,
 3. Ridefinizione dei percorsi assistenziali e di continuità territorio-ospedale-territorio,
 4. Potenziamento delle risorse per realizzare modelli di équipe di PIC delle Cure Domiciliari per mantenere autosufficienza e inclusione sociale.

2.3.1. Realizzazione dell'integrazione sociosanitaria

Il PNRR rappresenta un'importante opportunità per realizzare l'integrazione in quanto identifica il sistema sanitario come parte di un più ampio sistema di welfare, fornendo il supporto per il suo rafforzamento. In tal senso, la Casa della Comunità diventa il luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria attraverso specifici strumenti, alcuni dei quali individuati come Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), sinteticamente riportati nella tabella, approfonditi negli aspetti applicativi nei successivi paragrafi e comunque meglio dettagliati nel Piano sociale integrato (PSIR), che consentono il funzionamento dei servizi presenti all'interno delle CdC e le loro sinergie.

PUA - punto unico di accesso	Definito LEP dal Piano di Interventi e Servizi Sociali 2021-2023, è da intendersi come un punto di accesso "diffuso" sul territorio ma "unico" sotto il profilo del metodo e degli strumenti così da garantire un percorso unitario di presa in carico con l'attivazione della rete dei servizi per le situazioni ad elevata complessità. Garantisce e crea il collegamento tra i servizi competenti (sanitari, sociali e relativi all'inclusione), assicurando alla persona una risposta unitaria attraverso la ricomposizione di interventi e risorse in un
------------------------------	---

	unico percorso. La frammentazione dei diversi punti d'accesso viene superata grazie all'interoperabilità dei sistemi informativi, all'apporto delle nuove tecnologie per il raggiungimento degli obiettivi di digitalizzazione così come promossi dal PNRR. La facilitazione per l'utente di accedere ad un percorso di presa in carico è garantita dalla presenza capillare sul territorio di molteplici punti di accesso (servizi sociali, studi dei MMG, sportelli sociosanitari già operanti sul territorio...) che rappresentano "porte virtuali" che grazie alla connessione informatica, restituiscono alla persona una risposta unitaria evitandole l'effetto "flipper". Le attività svolte confluiscono in una cartella informatica interoperabile che dovrà necessariamente contenere elementi utili alla prosecuzione del percorso.
UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale	Costituisce un momento puntuale, non continuativo, che si attiva quando necessario su istanza di uno dei servizi della rete. Si prevede l'adozione di strumenti di <i>assessment</i> condivisi. A tal fine è previsto un tavolo di lavoro istituzionale sulla ricognizione degli strumenti valutativi in atto e l'aggiornamento dello strumento utilizzato da Regione Liguria (scheda AGED).
Equipe integrate sociosanitarie	Nelle situazioni complesse, dove al bisogno sociale si affianca un bisogno sociosanitario o sanitario, è necessario attivare il percorso di presa in carico congiunta attraverso le equipe integrate. Previste ed operanti presso le CdC, queste hanno carattere strutturale e permanente e sono composte da operatori nominalmente individuati dai rispettivi servizi/enti di appartenenza.
Progetto Personalizzato Di Salute (PP): Progetto Individualizzato di Assistenza (PAI) e Riabilitativo (PRI, sotto articolazione del PAI)	Costituiscono gli strumenti attraverso cui si definisce, nell'ambito delle equipe integrate sociosanitarie, il Progetto Personalizzato (PP) cui concorrono operatori, servizi, enti istituzionali diversi. Il PP pianifica e organizza, in chiave dinamica, l'insieme dei sostegni, formali e non formali di assistenza, anche ad

	alta o altissima intensità utili a garantire al beneficiario la migliore condizione di salute, l'accesso e la permanenza al lavoro, la piena partecipazione sociale l'indipendenza economica ed abitativa. Il PP garantisce la piena esigibilità e come tale è un livello essenziale, indipendentemente dall'età, dalla gravità della menomazione o dall'intensità o complessità dei sostegni necessari alla persona.
Budget di progetto	Ricomponi, integrandole, le risorse (economiche, strumentali e del personale) del SSR, dei Comuni e le risorse della persona per garantire e sostenere gli interventi previsti dal PAI e PRI.
Sistemi informativi integrati	L'implementazione del SISS, attraverso la creazione della piattaforma di interconnessione ed interoperabilità dei dati con i vari attori di tutto il Sistema sociosanitario, diventa condizione necessaria per l'attivazione e il funzionamento delle COT e per la costruzione della "cartella socio-sanitaria" che alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
Formazione congiunta	È previsto un piano di formazione per gli operatori delle ASL e dei Comuni coinvolti nell'attività delle equipe integrate per la valutazione multidimensionale. È altresì possibile, per tematiche specifiche, prevedere percorsi formativi che coinvolgano anche gli operatori degli enti privati accreditati che operano per conto del SSR.

2.3.2. Definizione del percorso unitario e del potenziamento delle equipe nella presa in carico

La CdC, così come declinata nella Missione 6 del PNRR, consente attraverso il PUA di agevolare l'accesso unitario ai servizi e alle cure collegando i diversi punti di accesso distribuiti sul territorio presso enti diversi oggi funzionanti con modalità indipendenti, settoriali e autoreferenziali. L'implementazione del PUA consente di realizzare quanto previsto dalla Missione 5 - Inclusione e Coesione, rafforzando il ruolo dei servizi sociali territoriali nella presa in carico integrata con i servizi sanitari. Nell'attivazione del percorso di presa in carico integrata, appare fondamentale collocare il momento della valutazione tra i LEPS e in tal

senso operare una distinzione tra la funzione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e le Equipe Integrate (EI).

L'UVM si caratterizza per essere uno strumento organizzativo, con sede nella CdC, composto da professionisti di diverse discipline e settori che viene convocata dall'Unità Distrettuale nelle situazioni di elevata complessità sanitaria e/o sociale, individuale e/o familiare, che richiedono un intervento "multiplo" e straordinario, oppure nelle situazioni in cui vi sia la necessità, tra i servizi interessati, di stabilire collegialmente responsabilità nella presa in carico, tipologia di interventi da attivare e, ove necessario, imputazione della spesa dell'intervento. L'UVM non ha quindi carattere "continuativo", assume composizione diversa a seconda della situazione da affrontare e si costituisce nel momento in cui se ne ravvisa la necessità. Può essere costituita dal personale del SSR (sia del territorio che ospedaliero) integrata da operatori sociali degli Enti Locali nonché, ove ritenuto necessario e condiviso/richiesto dall'interessato, dal "consulente alla pari" per i progetti di Vita Indipendente, da esponenti delle associazioni di rappresentanza e advocacy degli utenti, dall'amministratore di sostegno e dalla persona/famiglia destinataria dell'intervento. La funzione dell'UVM è quella di assumere decisioni puntuali e formalizzate individuando le rispettive responsabilità. Tutte le riunioni devono essere verbalizzate e sottoscritte con definizione chiara di tipologie e tempistiche di intervento.

L'Equipe Integrata (EI) ha carattere "strutturale", è costituita in modo permanente da operatori dei servizi sociosanitari territoriali della ASL e da operatori dei servizi sociali dei Comuni appositamente nominati dai rispettivi enti di appartenenza. Le Equipe hanno carattere distrettuale, sono collocate presso la Casa di Comunità come previsto dal PNRR e organizzate per aree tematiche: anziani, tutela minori, disabili, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo. Le Cure Domiciliari e Palliative, il servizio Protesica e Ausili, la Salute mentale e dipendenze e ogni altro servizio sanitario o sociale utile viene coinvolto su casi specifici in base alle necessità. La funzione dell'équipe integrata è quella di prendere in carico le situazioni individuali/familiari, elaborare il PAI, garantire la continuità nel tempo della presa in carico attraverso l'integrazione degli interventi sanitari e sociali necessari ricomposti nel budget di progetto. Al fine della sostenibilità del sistema, per tutte le tipologie di bisogno che non rientrano nell'ambito dei servizi sociosanitari come sopra definiti (ad esempio le estreme povertà) è sempre possibile richiedere la convocazione dell'UVM ove si debba valutare l'opportunità anche di un intervento sanitario, oltre a quello di protezione sociale.

2.3.3. Ridefinizione dei percorsi assistenziali e di continuità territorio-ospedale-territorio

La cornice disegnata dal PNRR (Missione 5 e 6), Case di Comunità, potenziamento delle Cure Domiciliari e Palliative, Ospedali di Comunità, rende necessario promuovere e realizzare un "sistema regionale di filiera" innovativo capace di combinare le soluzioni più tradizionali con quelle rispondenti ai nuovi bisogni emergenti. La filiera deve essere articolata in diversi setting, strettamente interconnessi tra loro per

consentire, ove necessario, il passaggio flessibile da un segmento all'altro sulla base del bisogno e della fase di vita della persona garantendo anche un maggiore collegamento con l'ospedale.

È inoltre necessario un processo di "ammodernamento" della rete di offerta residenziale e semiresidenziale sia in termini di "riorganizzazione degli spazi" che in termini di offerta di servizi/attività oltre che un miglioramento dell'interconnessione informatica con il sistema sociosanitario territoriale ed ospedaliero.

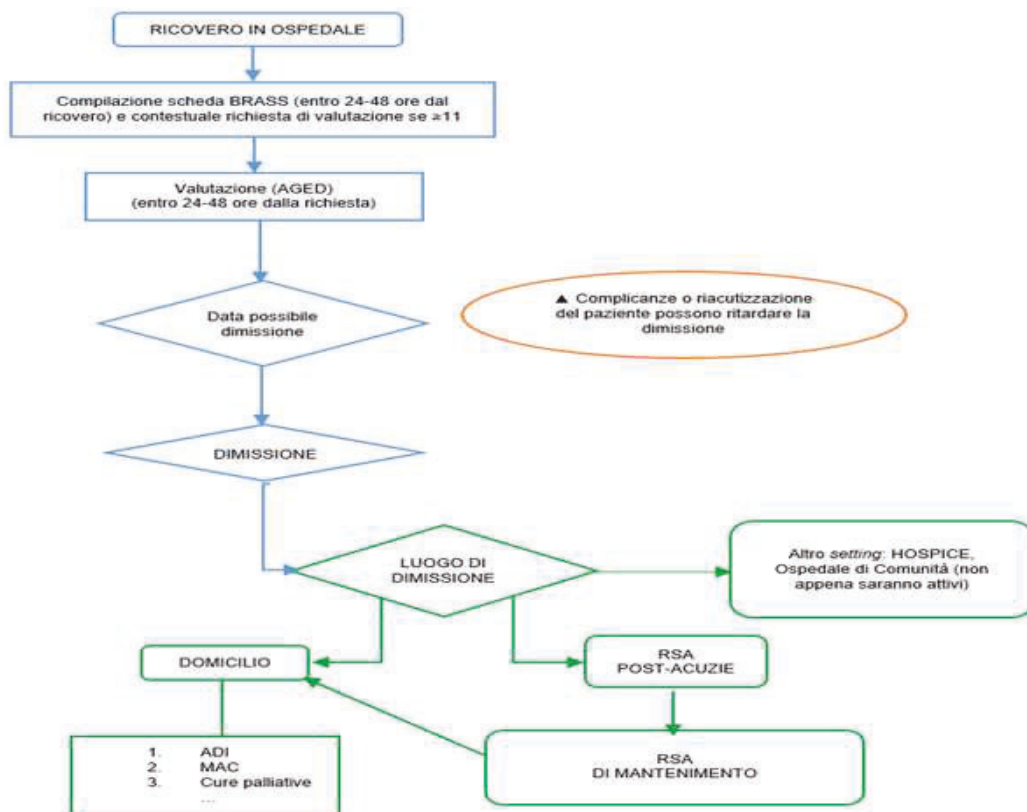
La necessità di ridefinire i percorsi assistenziali di presa in carico risponde non solo al mandato del PNRR, con la finalità di mantenere a domicilio il paziente ed evitare o ritardare l'istituzionalizzazione, ma anche all'obiettivo di garantire omogeneità ed uniformità dei percorsi sul territorio regionale ed appropriatezza degli interventi. La garanzia di un percorso di continuità assistenziale ai pazienti in stato di fragilità, con bisogni complessi di tipo clinico, assistenziale e sociale rientra in un processo di integrazione che, attraverso la comunicazione e l'uso delle risorse disponibili, è volto a programmare, attuare, coordinare, monitorare e verificare le opportunità e i servizi che rispondono ai bisogni della persona.

2.3.3.1. Percorso dimissioni protette

Il percorso di dimissioni protette individua l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente, in condizioni di complessità assistenziale sanitaria e sociale, da un setting di cura ad un altro, con il fine di individuare, nelle tempistiche corrette, il setting di continuità di cura più appropriato.

Anche il Piano Sociale Nazionale 2021/2023 prevede tra le azioni prioritarie la linea "Dimissioni protette", distinguendo due tipologie di servizio, la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità. A completare il quadro di presa in carico integrata, occorre tener presente anche il progetto regionale oggi denominato "Meglio a casa" (MAC) quale esempio di prestazione sociale (governance dei Comuni) a rilevanza sanitaria che garantisce alla persona in condizioni di fragilità il rientro a domicilio con un'assistenza di tipo familiare garantita gratuitamente per un mese.

Il percorso di dimissione protetta inizia al momento del ricovero, somministrando il BRASS index per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. La valutazione dei pazienti a rischio viene completata utilizzando uno strumento di screening leggero in grado di decodificare il bisogno prioritario e definire il setting di riferimento per la dimissione (CD, residenzialità, riabilitazione, OdC). Al momento della dimissione deve essere documentata la tipologia e le tempistiche dell'intervento territoriale.

Percorso schematico**2.3.3.2. Percorsi riabilitativi integrati sociosanitari**

Obiettivo generale dell'intervento riabilitativo è contribuire al miglioramento della qualità di vita della persona e dei suoi familiari/caregiver anche in relazione al contesto di vita. L'intervento riabilitativo rappresenta un processo che conduce la persona con una disabilità al raggiungimento del miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale intellettuale e relazionale, che si attua sostanzialmente mediante:

- ♦ attività sanitarie di riabilitazione che comprendono interventi valutativi, diagnostici e terapeutici volti a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare vestirsi, mangiare comunicare, lavorare);
- ♦ attività di riabilitazione sociale che comprendono azioni e interventi volti a garantire l'inclusione e la massima partecipazione alla vita sociale.

Appare utile precisare che a seconda della fascia di età l'intervento o il percorso riabilitativo si attua con modalità e finalità diverse, in particolare nei minori disabili assume una valenza più abilitativa, per le disabilità congenite nell'adulto assume una valenza di mantenimento delle funzionalità e autonomie acquisite, negli adulti e negli anziani interviene a seguito di eventi acuti con l'obiettivo del recupero di funzioni oppure di prevenzione rispetto a disfunzioni legate al progressivo invecchiamento.

Qualunque sia il ruolo e la finalità dell'intervento riabilitativo fondamentale è la stesura del Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI), frutto di una valutazione multidisciplinare che coinvolge tutti i clinici e gli operatori della riabilitazione in relazione alle problematiche dell'individuo e alle sue potenzialità/margini di recupero. Il PRI è indispensabile per delineare il percorso riabilitativo più appropriato, scandito da obiettivi definiti anche in uno spazio temporale, per ogni singolo paziente in relazione al bisogno manifestato, che sia semplice o complesso, acuto o persistente.

L'assistenza protesica costituisce, ove necessario, un segmento fondamentale del percorso assistenziale e riabilitativo. Pertanto, al fine di semplificare il percorso del paziente, sarebbe opportuno che la prescrizione degli ausili di serie fosse a carico:

- in ambito ospedaliero, dello specialista di riferimento per la patologia specifica;
- in ambito territoriale, del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico della struttura residenziale o dello specialista ambulatoriale, tenuto conto che la prescrizione degli ausili con finalità riabilitativa è di esclusiva competenza dello specialista come indicato dai LEA.

Nell'ambito del PRI, la valutazione funzionale, la stesura del piano di trattamento e la verifica del raggiungimento degli obiettivi sono messe in atto dal tecnico della riabilitazione coinvolto che si interfacerà direttamente col medico specialista che, tramite la valutazione funzionale, può identificare in ogni momento il manifestarsi di criticità o un aumento di complessità che trasformano il bisogno da semplice a complesso, richiedendo, quindi, la revisione Progetto Individualizzato.

Meritano un'attenzione particolare i setting assistenziali sotto rappresentati per gli aspetti di innovazione proposta:

Cure domiciliari e territoriali

È opportuno valorizzare il beneficio che deriva dalla sinergia tra le diverse specializzazioni dei tecnici della riabilitazione e delle figure coinvolte nel sistema delle Cure Domiciliari, negli Ambulatori e nelle Strutture socio-sanitarie extra ospedaliere che consente di aumentare i margini di autonomia delle persone di tutte le fasce d'età, ridurre le necessità di assistenza e migliorare l'efficienza dei percorsi di assistenza protesica con progetti, ad esempio, di recupero di ausili inutilizzati o utilizzati in modo improprio.

In linea con l'implementazione dell'utilizzo della telemedicina, a supporto della domiciliarità sono promossi progetti di Teleriabilitazione attivabili anche per pazienti ricoverati inseriti in strutture socio sanitarie. La teleriabilitazione consente di monitorare i pazienti e "domiciliarizzare" quei protocolli di riabilitazione che possono essere seguiti anche senza l'assistenza diretta di personale sanitario e senza l'uso di particolari

apparecchiature. A partire da sperimentazioni regionali in atto, risulta strategico introdurre nelle ASL l'utilizzo della teleriabilitazione con modello *Hub* (Dipartimento o Struttura di Riabilitazione, di norma ospedaliera) e *Spoke* (ambulatori, domicilio e strutture sociosanitarie extraospedaliere) dotando questi ultimi di tecnologie innovative. La sperimentazione potrebbe coinvolgere inizialmente 1-2 Distretti per ASL con target specifici di pazienti (come ad esempio con esiti di ictus e con M. di Parkinson), definiti dalle singole Aziende sui fabbisogni e le opportunità individuate, per passare progressivamente all'estensione della teleriabilitazione su tutto il territorio regionale con l'obiettivo di:

- ♦ garantire una continuità terapeutica ed un monitoraggio della disabilità dei pazienti;
- ♦ rendere più appropriati gli accessi dei pazienti in ospedale;
- ♦ ridurre la mobilità passiva interregionale nell'ambito della neuroriabilitazione.

In ultimo la telemedicina in ambito riabilitativo trova applicazione anche per:

- esecuzione di seconde visite fisiatriche-*follow up* di soggetti dimessi dalla Riabilitazione ospedaliera o comunque in carico ai servizi territoriali dedicati;
- rinnovi di piani terapeutici;
- collaudo di ortesi/ausili;
- progettazione e individuazione di ausili e presidi utili al paziente nel proprio domicilio.

Ospedale di Comunità:

All'interno dell'OdC, così come definito dalla normativa nazionale, è prevista la possibilità di attivare posti letto di riabilitazione multidimensionale con finalità di riequilibrio psico-funzionale sia per pazienti in dimissione ospedaliera, prima del rientro a domicilio, sia per pazienti provenienti dal domicilio per ricoveri brevi (massimo 30 giorni). La "riabilitazione" assume in questo caso una valenza più ampia che include anche la terapia occupazionale e l'animazione ed è finalizzata a ridurre il rischio di danni generati sulle funzioni neuro-muscolo-scheletriche, respiratorie, cognitive e relazionali che possono essere determinati dall'ipomobilità, dall'inattività, dall'isolamento. Fondamentale, laddove sia possibile il rientro a domicilio, è l'attivazione precoce e tempestiva di tutti i servizi preposti alla gestione della persona a casa, inclusa la dotazione degli ausili necessari e l'addestramento del caregiver.

Residenze sanitarie post-acuti

È necessario ripensare i percorsi riabilitativi di presa in carico nelle RSA post-acuti, rivolti principalmente alle persone anziane, prevedendo un nuovo concetto di riabilitazione che, alla luce della filiera dei servizi territoriali che si sta delineando, deve evolvere verso una dimensione più ampia assimilabile al concetto di riabilitazione multidimensionale.

2.3.3.3. Percorso di residenzialità extra-ospedaliera

L'attuale rete di offerta necessita di un rinnovamento e rivalutazione per corrispondere maggiormente agli evoluti bisogni della popolazione ligure. Vengono individuate le seguenti azioni:

1. revisione dell'attuale sistema contrattuale con gli enti erogatori in una logica di semplificazione ed efficienza;
2. adeguamento/riconversione dell'offerta assistenziale per i diversi target di utenza in funzione dei bisogni emergenti attraverso la piena applicazione dei LEA di cui al DPCM 12/1/2017;
3. analisi dei costi e revisione del sistema tariffario;
4. messa a sistema di modelli innovativi già sperimentati o in fase di sperimentazione;
5. revisione del sistema di valutazione;
6. implementazione del sistema informativo con verifiche attraverso i corrispondenti flussi.

La revisione del sistema deve perseguire alcuni specifici obiettivi:

- ◆ migliorare la capacità di analisi del fabbisogno attraverso l'implementazione del sistema informativo che deve consentire la raccolta dei dati per la costruzione di indicatori a supporto delle scelte dei decisori;
- ◆ definire e monitorare indicatori individuali e di struttura derivati dal sistema multidimensionale unico per tutti i setting assistenziali al fine di valutare lo stato di salute delle singole persone e la qualità dell'assistenza erogata;
- ◆ procedere alla revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale attraverso un modello basato su intensità di cura per la presa in carico dell'individuo;
- ◆ orientare progressivamente la spesa sanitaria sui bisogni prioritari emergenti quali ad esempio l'Alzheimer o le malattie neuro-degenerative a rapida involuzione e le gravissime disabilità non gestibili a domicilio che richiedono nuovi setting assistenziali;
- ◆ offrire una risposta semiresidenziale e residenziale per bambini e adolescenti affetti da patologie neuropsichiatriche ad esordio precoce;
- ◆ prevedere strutture semiresidenziali e residenziali adatte ad accogliere pazienti disabili adulti con comorbidità psichiatrica che rende difficile la convivenza con pazienti affetti da altre tipologie di disabilità;
- ◆ ripensare l'offerta semiresidenziale per gli anziani che non presentano disturbi cognitivi prevalenti, identificando soluzioni di accoglienza diurna nell'ambito della c.d. "Residenza Aperta";
- ◆ potenziare i centri diurni qualificati come luoghi "specializzati" per le persone con grave disturbo neuro-cognitivo (Alzheimer o altra demenza grave);
- ◆ prevedere per i giovani disabili nuovi setting riabilitativi, sia ambulatoriali che semiresidenziali secondo programmi a termine (PRI) al fine di acquisire le abilità necessarie per intraprendere percorsi di autonomia integrati con i servizi sociali dei Comuni;
- ◆ rivedere il sistema degli indicatori per la valutazione degli standard di qualità dell'offerta assistenziale degli operatori accreditati in rapporto contrattuale con il SSR valutando l'opportunità, laddove non vengano rispettati gli standard di turnover previsti, di contrattualizzare nuovi operatori accreditati.

2.3.3.4. Il percorso del paziente cronico

Nella Regione Liguria l'indice di vecchiaia rileva nel 2021 la presenza di 265,2 anziani ogni 100 giovani ed una importante percentuale di anziani è affetta da più patologie croniche. Il processo di invecchiamento si associa spesso a una concentrazione di fattori di rischio e/o patologie. In particolare, se la presenza di due o più patologie caratterizza già il 75% dei sessantacinquenni tale condizione sembra colpire gli ultraottantenni nella loro quasi totalità. Pertanto, risulta prioritario implementare azioni volte alla rimodulazione dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari finalizzata alla presa in carico e alla gestione del paziente pluripatologico, che superi il concetto della cura della singola malattia e preveda un approccio al paziente cronico basato sulla specifica complessità del singolo soggetto.

Quella per la gestione della cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva centralità della persona e al suo progetto di cura e di vita. L'obiettivo è quello di contribuire al miglioramento della qualità di vita delle persone affette da malattie croniche e delle loro famiglie rendendo più efficaci ed efficienti i servizi in termini di prevenzione, cura ed assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il nuovo assetto territoriale e la conseguente riorganizzazione della rete assistenziale rispondono a questa sfida affrontando la cronicità in modalità sistematica, dalla presa in carico alla gestione nel lungo periodo, secondo una definizione del modello di servizio di cui devono essere chiare la missione, le funzioni e i ruoli dei diversi nodi della rete sanitaria e sociosanitaria.

È possibile creare sistematicità:

1. Attraverso la creazione di una infrastruttura digitale di comunicazione tra livelli che garantisca la circolarità e la condivisione delle informazioni che riguardano il paziente fra i vari setting assistenziali, nella considerazione che il FSE diventi il perno di questa organizzazione;
2. Attraverso la maggior diffusione di strumenti digitali che favoriscano l'attuazione di un modello di presa in carico dei pazienti cronici che preveda anche la sottoscrizione di un PAI annuale, l'uso di procedure digitali di *case management*, l'utilizzo della telemedicina (teleconsulto, tele-visita, tele-riabilitazione etc) e l'utilizzo di piattaforme di collaborazione multimediale per favorire il lavoro dei team multidisciplinari.
3. Con il potenziamento del ruolo dell'IFoC nella gestione del paziente cronico. Partendo dal Piano Nazionale delle Cronicità (PNC) si sottolinea la necessità di seguire il cittadino ancora prima che si sviluppi una patologia, ovvero dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio; in questo modo si va ad intercettare il Piano nazionale della prevenzione (PNP) che per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili prevede un approccio combinato ed integrato tra strategie di comunità orientate alla promozione della salute e strategie rivolte alla persona, prevenzione e diagnosi precoce.

Il Distretto garantisce la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute, attraverso l'intervento di equipe multidimensionali e multiprofessionali con il coinvolgimento dell'IFoC che agisce in modo proattivo, in collaborazione con i servizi sociosanitari. Questa presa in carico individualizzata e proattiva consente di ridurre, nei soggetti fragili, gli accessi inappropriati al PS o ricoveri ospedalieri non necessari.

Il percorso delineato è indirizzato ad azioni ed obiettivi chiaramente definiti e con elevati standard di qualità:

- ◆ identificazione proattiva e precoce dei soggetti affetti da patologie croniche;
- ◆ definizione di valori, priorità ed obiettivi delle cure con un piano di gestione individualizzato;
- ◆ raggiungimento e mantenimento di un buon controllo della malattia;
- ◆ coordinamento dell'assistenza e delle cure;
- ◆ revisione periodica dei trattamenti;
- ◆ prevenzione e cura delle complicanze, delle comorbidità e delle disabilità;
- ◆ mantenimento o miglioramento della qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
- ◆ ottimizzazione delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).

In tale contesto risulta di primaria importanza il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, soprattutto nelle forme di aggregazione previste anche in virtù del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita e per le attività di medicina di iniziativa. Altrettanta importanza rivestono le forme di collaborazione tra MMG, servizi di continuità assistenziale notturne e festiva, pediatri di libera scelta e specialisti, anche utilizzando le forme organizzative previste nelle case di comunità.

2.3.4. Potenziamento delle cure domiciliari per mantenere autosufficienza e inclusione sociale

L'obiettivo di far sì che la casa sia considerata il principale luogo di cura implica necessariamente il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali. Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario integrare i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità dei Comuni con le misure per la Non autosufficienza che completano l'offerta degli interventi a sostegno della domiciliarità, per cui si rimanda al Piano Sociale Integrato 2022-2024 (PSIR).

2.3.4.1. Cure domiciliari, Cure Palliative domiciliari (UCPDom) e Hospice

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR si dovrà incrementare il numero di pazienti in carico alle cure domiciliari, comprese quelle palliative, nelle diverse ASL liguri, così come indicato dalla tabella seguente.

ASL	popolazione	over 65	pic gennaio/di cembre 2021			percentuale over 65 presa in carico	incremento	
			CD	CDP	CD + CPD		PIC AL 2026	
						ATTUALI % PIC		
asl 1	208585	59.238	2949	493	3442	5,1 +	4,9%	2482
asl 2	268766	79.807	3711	877	4588	5,2 +	4,8%	3393
asl 3	675424	196.959	5852	2031	7883	3,5 +	6,5%	11813
asl 4	141492	41.802	1930	428	2358	5,1 +	4,9%	1822
asl 5	215538	58.478	3052	227	3279	5,0 +	5,0%	2569

Tale risultato potrà essere raggiunto con l'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili e promuovendo l'impiego di strumenti di telemedicina. Inoltre è necessario procedere alla messa in atto di nuovi modelli assistenziali con approccio multi- e inter- disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie, sociali territoriali ed ospedaliere, grazie a nuovi strumenti come la tele-visita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza utilizzati con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella Casa di Comunità, dei MMG/PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e gestite da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo caso la richiesta avverrà da parte del MMG con autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà i percorsi di PIC.

Nello specifico, il servizio di Cure domiciliari, che costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la COT si interfaccia, viene garantito 7 giorni su 7 e H12 anche attraverso i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste nella Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare approvate con Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022. L'utilizzo della telemedicina garantisce la prossimità assistenziale, in quanto consente la fruizione dei servizi sanitari senza che l'assistito si rechi fisicamente presso setting assistenziali, rendendo in tal modo accessibile l'assistenza attraverso uno scambio di dati, immagini, documenti e videochiamate tra pazienti e professionisti e garantendo la continuità. La cura delle malattie croniche può rappresentare un ambito prioritario per l'applicazione di modelli di telemedicina.

Per quanto riguarda le UCP Domiciliari al fine di definire percorsi omogenei a livello regionale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative sono stati definiti, dalla Rete Regionale di Cure Palliative, gli indirizzi per la definizione del percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di Cure Palliative dall'accesso alla valutazione, secondo i seguenti passaggi ai sensi della normativa vigente (Deliberazione di A.li.Sa n.29 del 30/01/2019):

1. Eleggibilità del paziente con bisogno di Cure Palliative;
2. Segnalazione e l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP);
3. Rivalutazione del bisogno e dell'intensità assistenziale;
4. Chiusura e valutazione della presa in carico.

La programmazione regionale, recependo le indicazioni della legge 15 marzo 2010, n. 38, intende attuare un programma triennale nonché un percorso di definizione delle procedure di accreditamento delle Reti locali, come previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020). È altresì previsto il potenziamento del modello *Simultaneous Care* che implica la possibilità di accedere simultaneamente alle cure oncologiche e alle cure palliative e che consiste nella definizione di un percorso di accesso e presa in carico precoce del paziente oncologico con bisogno di cure palliative. Nell'ambito della Rete Regionale di Cure Palliative sono in via di definizione nuovi criteri di eleggibilità specifici per l'accesso in Hospice per i pazienti non oncologici.

Nell'ambito della **Terapia del dolore** si prevede la realizzazione del progetto mediante l'implementazione e lo sviluppo della rete stessa, l'avvio di percorsi formativi, l'implementazione di strumenti informativi e l'utilizzo della telemedicina, anche sulla base delle indicazioni del PNRR, contestualmente all'avvio del processo di qualificazione dei percorsi di Terapia del Dolore.

Alla luce dell'importante contributo che le Associazioni e il privato no-profit svolgono quotidianamente in sinergia con i servizi territoriali, risulta particolarmente significativo sviluppare questo apporto attraverso il sistematico utilizzo di equipe integrate.

L'Hospice si inserisce nella rete delle cure palliative quale struttura sociosanitaria residenziale per malati terminali, luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo dove il paziente, per il quale non è più appropriato svolgere una adeguata assistenza a domicilio, viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con adeguato sostegno medico, psicologico e spirituale, fornendo supporto anche ai congiunti.

Per questi motivi si può parlare dell'Hospice come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che va oltre l'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica (spesso non più possibile) ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme. Nell'ambito della Rete Metropolitana di Cure Palliative, sono stati avviati due sottogruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione della "Lista Unica Hospice":

1. Un primo gruppo di lavoro dedicato alla ridefinizione dei 'criteri di accesso' in Hospice;
2. Un secondo gruppo di lavoro dedicato alla 'aspetti organizzativi' per l'implementazione e gestione della lista unica degli Hospice, a livello metropolitano.

È prevista l'implementazione dell'accesso alla struttura Hospice ai malati non oncologici con bisogni di cure palliative, ovvero identificati attraverso lo strumento NECPAL CCOMS – ICO. Sono stati avviati i lavori, nell'ambito delle Reti di Cure Palliative, iniziando con un focus su BPCO, demenze e scompenso cardiaco. Al fine di permettere una presa in carico precoce è previsto il rafforzamento del raccordo dell'Hospice con gli ospedali, in sinergia con il potenziamento delle cure palliative.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale sono messe in atto le azioni per il pieno raggiungimento degli standard previsti.

2.3.4.2. Unità di continuità assistenziale (UCA)

In situazione di particolare complessità clinico assistenziale può essere attivata, attraverso la condivisione con MMG, l'Unità di continuità assistenziale (UCA) quale equipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente una infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati. L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti. La sede operativa delle UCA è nella Casa di Comunità HUB, intervengono a richiesta (non in sostituzione dei professionisti responsabili della PIC delle cure domiciliari) **per un periodo di tempo definito:**

- ◆ a supporto delle cure domiciliari in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostico terapeutiche;
- ◆ per la presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante eventuali focolai epidemici, garantendo accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- ◆ nei programmi di prevenzione territoriale (quali ad esempio ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/case di riposo per pazienti fragili) in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica;
- ◆ nella partecipazione a programmi di prevenzione nella Comunità.

Si riporta in allegato una rappresentazione grafica dell'organizzazione dell'offerta territoriale "one health journey" (Tavola 6).

2.4. Il modello ligure

2.4.1. Una regione, due modelli organizzativi

La Liguria è caratterizzata da un dualismo geomorfologico che rende complessa la mobilità e genera situazioni di difficoltà di accesso nelle aree montane rispetto alla zona costiera. È altresì caratterizzata da un dualismo che vede contrapporsi l'area metropolitana, connotata da elevata complessità sociale, rispetto al restante territorio regionale. Completa lo scenario lo sbilanciamento dell'età anagrafica, che conferma la Regione Liguria come la più vecchia d'Italia e più anziana d'Europa, avente una struttura demografica che verrà eguagliata a livello nazionale fra circa 15 anni.

L'invecchiamento è quindi un tratto strutturale dello scenario sociale ligure. In particolare l'unicità della Liguria, legata alla caratteristica anagrafica della popolazione, fa sì che l'origine del bisogno sia "indistinguibile" rendendo difficile comprendere se lo stesso nasce da una fragilità sociale o da una fragilità sanitaria. È pertanto necessaria un'organizzazione della rete dei servizi a *geometria variabile*, in quanto un modello univoco degli assetti organizzativi delle ASL e della rete ospedaliera risulterebbe non appropriato sia sotto il profilo della sostenibilità che della reale capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

Per queste ragioni si propongono due modelli organizzativi di cui uno riferito all'area metropolitana genovese e l'altro alle restanti ASL.

Il primo modello, che corrisponde al territorio di ASL 3, per quanto concerne l'organizzazione della rete ospedaliera prevede l'accorpamento funzionale del polo ospedaliero di Villa Scassi con l'IRCCS San Martino, con la costituzione di un'Azienda Ospedaliera Unica (AOU) meglio descritta nel capitolo dedicato. In questo scenario, la Direzione Aziendale della ASL, in raccordo con i Direttori dei Distretti, acquista prestazioni dalle altre Aziende erogatrici in risposta al fabbisogno dei residenti. Il Direttore Sanitario, oltre al ruolo di garanzia dell'erogazione dell'attività del Dipartimento di Prevenzione, avrà il compito di indirizzare e rendere operativa la capacità di acquisto della ASL per quanto riguarda il fabbisogno di attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

Nel secondo modello, applicato nei territori di ASL1, ASL2, ASL4 e ASL5, i Direttori dei Distretti provvedono attraverso la Direzione Aziendale all'acquisizione delle prestazioni dai Dipartimenti intra-aziendali afferenti ai diversi setting (ospedalieri o territoriali). La Direzione Aziendale contratta con le Aziende Ospedaliere e le altre ASL per le prestazioni non erogabili direttamente dalle strutture presenti nel suo territorio. Il Direttore Sanitario coordina l'attività di erogazione dei Dipartimenti ospedalieri ed è garante dell'erogazione dell'attività del Dipartimento di Prevenzione, avrà il compito di indirizzare e rendere operativa la capacità di acquisto della ASL per quanto riguarda il fabbisogno di attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

In entrambi i modelli, le strutture che svolgono funzioni sovra distrettuali a valenza organizzativa, che comprendono l'assistenza anziani e disabili, la medicina convenzionata, la continuità assistenziale, la

farmaceutica territoriale, cure palliative-hospice e le attività Consultoriali, afferiscono direttamente al Direttore Sociosanitario e sono in rapporto funzionale con il Distretto che mantiene le sue funzioni di committenza, produzione e garanzia.

Nell'ambito della riorganizzazione sopra descritta, in ragione del potenziamento del Distretto, quale attore della governance territoriale, viene istituito, presso A.Li.Sa., un livello di coordinamento regionale delle attività svolte dai Distretti attraverso la costituzione di un D.I.A.R. dei Distretti sociosanitari (DGR del 04/03/2022 n.155).

2.4.1.1. Come viene garantita l'integrazione sociosanitaria

Nella specificità del modello ligure, un aspetto fondamentale è la modalità con la quale viene garantita l'integrazione sociosanitaria prevista all'interno delle CdC. In particolare il coordinamento con i servizi sociali dei Comuni e il confronto professionale con la componente sanitaria, essenziali per l'integrazione, sono garantiti dal Direttore Sociale per la componente sociale e dal Direttore di Distretto Sanitario per la componente sanitaria che insieme costituiscono l'unità distrettuale di riferimento, modalità organizzativa per l'integrazione, avente sede all'interno della CdC e che si avvale di una segreteria tecnica-organizzativa composta da assistenti sociali, così come previsto dal DM 77, e da personale amministrativo.

2.4.1.2. L'organizzazione hub & spoke

Si riporta di seguito lo schema dei servizi e delle attività presenti nelle CdC Hub e Spoke previsti dal modello ligure per rispondere all'esigenza di una forte integrazione socio-sanitaria e alla necessità di facilitare l'accesso dei cittadini attraverso l'identificazione delle "porte" di ingresso al percorso unitario di assistenza sanitaria e sociale, tecnicamente chiamate PUA.

In particolare, l'articolazione delle CdC prevista nel modello ligure, al fine di garantire massima prossimità e la capillarità, si caratterizza per la presenza di CdC Hub del SSN e di CdC Spoke. La rete di prossimità costituita da CdC Hub e Spoke prevede, in particolare nelle aree interne e nelle zone a minor densità abitativa, la presenza di nodi della rete presso gli studi dei MMG. I singoli studi dei MMG si configurano come "raggi" dell'organizzazione all'interno del distretto di competenza, aventi come centro di riferimento la CdC Hub o Spoke con la quale sono interconnessi attraverso la COT, anche grazie all'ecosistema informativo integrato dedicato (IT-CURA).

Gli MMG dovranno garantire l'apertura del servizio secondo l'impegno orario previsto dal quadro normativo in evoluzione (ACN), fermo restando la possibilità per la Regione di anticipare in forma sperimentale le modalità organizzative in via di definizione a livello nazionale; le restanti ore da dedicare alle attività distrettuali, ivi incluse attività all'interno della CdC Hub, potranno essere negoziate direttamente con il Direttore di Distretto che valuterà l'opportunità di ampliare l'orario di apertura dello studio medico oppure impiegare le ore per coprire zone carenti limitrofe, oltre a prevedere la partecipazione ad attività all'interno della CdC in collaborazione con gli altri professionisti.

I centri Spoke, previo percorso di autorizzazione e accreditamento, devono garantire la presenza di MMG, servizi di specialistica ambulatoriale e del servizio di cure domiciliari di livello base, con l'obiettivo di una presa in carico del 5% degli over 65 assistiti da ciascun MMG appartenente allo Spoke e di tutti i servizi dettagliati nella tabella riassuntiva relativa ai servizi e modelli organizzativi che segue.

Servizi	Modello Organizzativo		
	<i>Casa della Comunità HUB</i>	<i>Casa della Comunità SPOKE</i>	<i>Studi MMG, nodi della rete</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Servizio di cure primarie erogato nel singolo studio del MMG			OBBLIGATORIO Servizio garantito secondo l'impegno orario previsto dal ACN; le restanti ore da dedicare alle attività distrettuali, ivi incluse attività all'interno della CdC, potranno essere negoziate direttamente con il Direttore di Distretto.
Punto Unico di Accesso (porta di accesso al percorso unitario di assistenza sanitaria e sociale)	OBBLIGATORIO		
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Unità Distrettuale e Segreteria tecnico-organizzativa (L.12/2006)	OBBLIGATORIO	NON PREVISTO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	

Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		OBBLIGATORIO	
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24,7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg	OBBLIGATORIO servizio garantito secondo l'impegno orario previsto dal ACN; le restanti ore da dedicare alle attività distrettuali, ivi incluse attività all'interno della CdC, potranno essere negoziate direttamente con il Direttore di Distretto.
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7gg; FORTEMENTE RACCOMANDATO H24,7/7gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Continuità assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	OBBLIGATORIO	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO		
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO		
Programmi di screening	FACOLTATIVO		
Interventi di Salute pubblica (incluse vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO		

L'integrazione MMG/distretto e CdC consentirà di promuovere l'evoluzione di nuovi modelli organizzativi; ad esempio le già esistenti Aggregazioni funzionali (AFT) potranno assumere un nuovo ruolo all'interno del network territoriale anche sotto forma di società di professionisti (STP).

Pur essendo punto fermo del modello organizzativo la gestione pubblica della rete nella sua interezza e dei singoli nodi, l'evoluzione potrà prevedere un sistema di relazioni basato su principi di accreditamento e committenza con sistemi erogativi più flessibili in grado di dare una risposta ai fabbisogni della popolazione.

Aree interne

Nella peculiarità del territorio ligure, per le aree interne identificate dal documento relativo alla Strategia Nazionale Aree Interne (Valli dell'Antola e del Tigullio, Beigua SOL, Valle Arroscia e Val di Vara, dove la popolazione anziana - over 65 - rappresenta il 30% del totale) l'esperienza relativa allo svolgimento delle attività degli IFeC (oggi IFoC), si è dimostrata efficace e strategica. Infatti l'esigenza di una rete territoriale proattiva in grado di prevenire e trattare i bisogni sanitari e sociali dei residenti, di agire sulla comunità e di fare prevenzione è imperativa in un territorio con queste caratteristiche e con l'obiettivo, condiviso anche dai Comuni, di mantenere il più possibile il cittadino presso il proprio domicilio.

Occorre implementare la presenza sul territorio degli IFoC potenziandone la presenza ed estendendola a tutte le aree interne della regione, dove oltre alla distanza dai punti di offerta prevalentemente costieri, si rilevano difficoltà nel garantire la presenza dei MMG. L'IFoC supportato dalla rete sociosanitaria e dagli strumenti di telemedicina previsti (tele-visita, teleconsulto medico, tele consulenza medico-sanitaria, teleassistenza), garantisce una presa in carico di prossimità ed è l'anello di congiunzione con gli altri nodi della rete a partire dai percorsi di dimissione protetta.

Completa il quadro la presenza delle farmacie rurali (Decreto MDS del 30 ottobre 2021 "criteri e modalità di attribuzione del contributo, sotto forma di credito d'imposta, in favore delle farmacie per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina da parte dei cittadini dei piccoli centri urbani, nel rispetto del limite di spesa previsto per il 2021" - PNNR M5C3 Investimento 1: strategia nazionale aree interne – Servizi sanitari di prossimità Farmacia rurali), che rappresentano una opportunità di potenziamento della rete locale in grado di fornire prestazioni di prossimità con refertazione puntuale e messa in rete dei dati in modo da renderli accessibili al MMG, all'IFeC e agli specialisti che seguono il paziente da remoto. Le farmacie potranno fornire prestazioni di secondo livello anche in relazione ai PDTA per patologie specifiche, erogare farmaci ad oggi ritirabili in ospedale, monitorare il paziente anche con l'ausilio di strumenti di telemedicina in collaborazione e sotto la supervisione dell'azienda sanitaria di riferimento.

2.5. Innovazione del sistema informativo: Integrazione Territoriale del Coordinamento Unico Regionale

dell'Assistenza IT-CURA - ECOSISTEMA INFORMATIVO UNICO SOCIOSANITARIO

L'integrazione dei servizi di cura in un approccio *One Health* è garantita dallo sviluppo della nuova piattaforma IT-CURA ECOSISTEMA INFORMATIVO UNICO SOCIOSANITARIO, secondo modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN, attraverso la reingegnerizzazione dei processi di cura tramite un sistema informativo e un'architettura tecnologica che rendano operativi i servizi ai cittadini nei paradigmi delle trasformazioni digitali in atto, interconnettendo sistemi tradizionalmente indipendenti legati ai singoli professionisti, oggi diventati interlocutori indispensabili. Tutte le procedure dell'area sociosanitaria dovranno essere accessibili dal sistema di autenticazione regionale (Identity and Access Management IAM-RL), tramite credenziali Spid e CIE, sia per il livello operatore sia per il livello assistiti, attraverso un Portale dedicato al SSR (PoLiSS).

Il complesso di applicazioni gestionali uniche a livello regionale, compatibili con i flussi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), a cui afferiscono lo Sportello Polifunzionale Distrettuale (SPD) e i moduli applicativi PoLiSS, dovrà essere reso interoperabile tramite IT-CURA con i sistemi informativi delle strutture ed enti del territorio, in modo da acquisire tutte le informazioni che costituiscono gli elementi dei percorsi.

Punto qualificante del Piano è l'inclusione di MMG/PLS all'interno del Sistema Informativo Sociosanitario. Oltre all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con il Patient Summary (come previsto dalle indicazioni ministeriali), documento digitale rivolto soprattutto ai professionisti che necessitano di informazioni sullo stato di salute dell'assistito (terapia farmacologica prescritta, patologie accertate, etc), è necessario pensare alla completa integrazione professionale attraverso una presa in carico del paziente condivisa all'interno dell'infrastruttura dell'ecosistema digitale. Inoltre MMG/PLS sono chiamati (al pari delle farmacie) ad ampliare competenze e servizi all'interno del modello territoriale che prevede Ospedali di Comunità e Case di comunità, e dovrà essere il sistema informativo a consentire e gestire la loro completa operatività nel contesto del Sistema Informativo Regionale attraverso la condivisione della "Cartella a CASA", del "Progetto di Salute" e delle informazioni dei percorsi operativi. Anche in questo caso il sistema tecnologico si evolve verso la massima sicurezza sia degli accessi sia della protezione dei dati memorizzati e delle strategie di condivisione (piattaforme regionali Identity and Access Management IAM e Application Programming Interface API Gateway).

Il progetto IT-CURA ECOSISTEMA INFORMATIVO UNICO SOCIOSANITARIO

♦ REALIZZA

- la reingegnerizzazione dei percorsi di presa in carico dello Sportello Polifunzionale Distrettuale (SPD) che evolverà verso piattaforme digitali avanzate;
- il sistema dei servizi informatici denominato "catalogo IT-CURA" (Integrazione Territoriale del Coordinamento Unico Regionale dell'Assistenza) che interconnette i diversi sistemi informativi in

uso a livello territoriale ed ospedaliero, consentendo sulla base delle segnalazioni pervenute, la presa in carico con apertura della Cartella a CASA da parte delle equipe multiprofessionali o del singolo professionista, per la valutazione del bisogno, stesura del Progetto di Salute e l'erogazione di misure di supporto economica per il mantenimento a domicilio per le persone non autosufficienti e disabili.

♦ **SUPPORTA**

- le COT per la gestione delle segnalazioni al fine di attivare setting assistenziali, prenotazioni, telemedicina, organizzazione e presidio delle liste di lavoro degli operatori, diari di monitoraggio dei dati;

♦ **SUPPORTA LA PIANIFICAZIONE** attraverso modelli di STRATIFICAZIONE della popolazione.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Gli obiettivi dell'ecosistema informativo sociosanitario sono in sintonia e supportano gli obiettivi generali di progetto:

- › PERSONA centralità della persona nei percorsi di cura e di presa in carico
- › TERRITORIO luogo per promuovere stili di vita orientati alla prevenzione, al benessere e al mantenimento della salute a casa
- › INNOVAZIONE digitalizzazione come nuovo modo di pensare, relazionarsi, agire
- › SOSTENIBILITA' condizioni organizzative dei servizi in un'ottica di economie di replicabilità, supporto all'acquisizione di nuove competenze, rispetto del territorio

ATTIVITA'ED INTERVENTI PREVISTI:

Fornire strumenti e servizi informatici interconnessi tramite IT-CURA per:

- ♦ Case di Comunità
- ♦ Centrali Operative Territoriali COT e centrale 116117
- ♦ Punti Unici di Accesso (PUA)
- ♦ Equipe integrate con Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
- ♦ Studi dei MMG e dei PLS
- ♦ Servizi sociali dei Comuni
- ♦ Infermieri di famiglia o comunità (IFoC)
- ♦ Cure domiciliari
- ♦ Rete di cure palliative e Hospice
- ♦ Classificazione dei nuovi percorsi di presa in carico (workflow IDPICRL)
- ♦ Ospedali di comunità OdC e strutture sociosanitarie extra ospedaliere
- ♦ Servizi per minori, anziani, disabili, salute mentale e dipendenze
- ♦ Dipartimento di prevenzione e Servizi di promozione della salute

- ◆ Assistenza protesica e sistema di distribuzione dei dispositivi medici
- ◆ Task planner - Pianificazione liste di lavoro degli operatori socio-sanitari del distretto a casa, in ambulatorio o da remoto, con la regia delle case di comunità
- ◆ Prescrizione del Progetto di Salute
- ◆ Gestione dell'offerta - tramite l'anagrafe delle strutture GAS con disponibilità di posti per tipologia di accoglienza
- ◆ Interfaccia con gestionali delle Farmacie
- ◆ Stratificazione della popolazione a partire dalla Banca Dati Assistito
- ◆ Sinergia con Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), Telemedicina
- ◆ Sinergia con i sistemi ospedalieri
- ◆ Sinergia con i sistemi prescrittivi (ricetta elettronica) e i Centri Unici di Prenotazione (CUP)

2.5.1. La cartella a casa

In riferimento alla normativa e alle indicazioni esistenti, il Fascicolo Sanitario Elettronico è elemento chiave per la condivisione delle informazioni sanitarie e sociosanitarie. L'arricchimento di dati afferenti anche ai titolari delle attività socioassistenziali, i Comuni, l'ampliamento dei percorsi di presa in carico sul territorio anche in relazione all'introduzione della telemedicina, portano all'evoluzione dei percorsi di presa in carico domiciliare e proattiva verso la "Cartella a Casa", sistema informativo della piattaforma IT-CURA. Tale consapevolezza richiede quindi che ogni ulteriore documento digitale prodotto nel corso dell'unica presa in carico di un assistito sul territorio identificato dall'IDPICRL sia collezionato nella Cartella a Casa e indirizzato nell'ambito normativo e tecnico del FSE. Lo sviluppo del sistema applicativo sociosanitario, tecnicamente una serie di gestionali unici a livello regionale con un unico punto di ingresso istituzionale attraverso il Portale PoLiSS, interoperanti sia a livello regionale che nazionale tramite i servizi web IT-CURA, richiede quindi che tutti documenti prodotti siano resi disponibili ai sistemi di indicizzazione del FSE. Inoltre deve essere evoluto lo stesso sistema applicativo affinché le componenti transattive e le memorizzazioni dei documenti facciano parte in maniera nativa del FSE, superando l'aspetto meramente archivistico di documenti digitali per comprendere tutte le informazioni di carattere sanitario e sociosanitario. Un obiettivo di questo genere consentirà ai sistemi informativi sanitari, sociosanitari e assistenziali di raggiungere unitarietà e compattezza, di essere interoperabili a livello nazionale, di condividere le informazioni anagrafiche e sensibili degli assistiti all'interno di una architettura condivisa e certificata secondo le specifiche competenze e tipologie di ruoli a tutela della privacy.

2.5.2. Casa: il sistema di valutazione per la cartella a casa

Lo strumento individuato, in supporto al processo decisionale di presa in carico della persona nell'ambito della rete dei servizi territoriali, è il Contact Assessment di InterRAI (InterRAI CA).

Il Contact Assessment è uno strumento di screening in supporto alla decisione di presa in carico complessa. Tra gli obiettivi dello stesso vi sono:

- ◆ sostenere il processo decisionale circa l'urgenza della presa in carico, l'urgenza di una valutazione di secondo livello e le opportunità riabilitative della persona valutata;
- ◆ fornire le informazioni minime per consentire l'immediata attivazione di un servizio, in attesa di procedere al completamento della valutazione.

Nell'esperienza italiana lo strumento InterRAI CA si presta bene anche nelle fasi di valutazione per la dimissione protetta dal servizio ospedaliero, oppure a livello di PUA (Punto Unico di Accesso o Porta Unitaria di Accesso alla rete dei servizi) o COT (Centrale Operativa Territoriale).

Lo strumento non è quindi un sostituto della valutazione completa della persona, ma propedeutico alla stessa.

CASA (Contact ASsessment Autorizzato), è lo strumento ligure della piattaforma IT-CURA per lo screening in supporto alla decisione di apertura di una "Cartella a Casa", arricchito dei dati minimi necessari all'adempimento della scheda del sistema di rilevazione NSIS del Ministero della Salute.

2.5.3. Il progetto di salute

Il "Progetto di salute" è il sistema della piattaforma IT-CURA di prescrizione armonizzata di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) complessivo della persona, che comprende diverse sezioni, eventualmente partendo da specifici Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Comprende la sezione di prescrizione dei parametri da telemonitorare, che riportano i valori di soglia, eventuali dispositivi medici (DM) da utilizzare ed il relativo Sistema Informativo per il rilevamento dei parametri, la sezione delle prestazioni ambulatoriali pianificate, la sezione delle attività prescritte (ad esempio Attività Fisica Adattata, AFA), la sezione della prescrizione farmaceutica.

2.5.4. Il task planner: liste di lavoro

L'organizzazione dell'attività socioassistenziale sul territorio rivolta alle persone prese in carico presuppone la redazione di liste di lavoro da parte degli operatori socio-sanitari del distretto, in ambulatorio o da remoto, con la regia delle case di comunità.

Questo modulo della piattaforma IT-CURA consente di governare le attività con particolare riferimento alla strumentazione integrata per la tele-visita, il telecontrollo, il teleconsulto, il telemonitoraggio.

2.5.5. Catalogo dei servizi di integrazione IT-CURA

Si istituisce un catalogo regionale di servizi web di integrazione che consentono di rendere interoperabili con il sistema IT-CURA tutti i sistemi software aziendali che devono interagire con la rete sociale e sanitaria degli operatori di cura e presa in carico degli assistiti sul territorio.

Gli utilizzatori dei servizi web IT-CURA saranno autorizzati e abilitati in sicurezza tramite un iter regionale di consegna di chiavi di accesso che stabilisce i confini funzionali e territoriali per la trasmissione o la ricezione di informazioni.

2.5.6. Workflow – IDPICRL: nuovi percorsi di presa in carico

L'ampliamento dei percorsi di presa in carico sul territorio, previsto nelle Case di Comunità, presuppone un lavoro di individuazione e **classificazione** uniforme dei percorsi a partire dalla segnalazione (attribuzione di un identificativo - IDPICRL), individuazione del bisogno registrata, monitorata e presidiata dalle Centrali Operative Territoriali (COT).

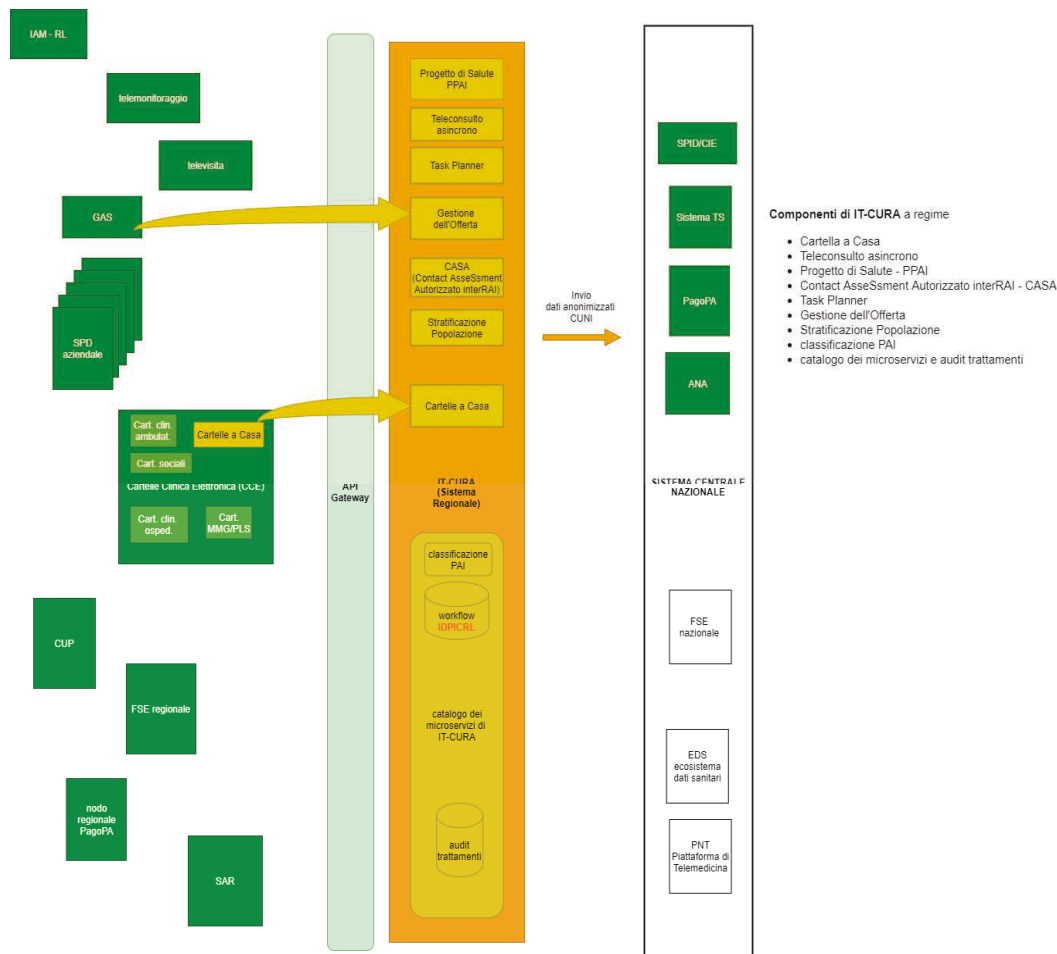
Per una gestione completa e uniforme dei percorsi sul territorio ligure dovrà essere effettuato un nuovo censimento di tutte le applicazioni software tramite le quali sia possibile attivare una segnalazione di proposta di presa in carico di un assistito (attribuzione o riattivazione di un IDPICRL) o l'aggiornamento del diario degli accessi da parte degli operatori nella Cartella a Casa di presa in carico.

2.5.7. La gestione dell'offerta: gestione anagrafe strutture GAS

L'organizzazione dell'attività socio assistenziale sul territorio rivolta alle persone prese in carico, presuppone la consultazione dell'offerta dei posti disponibili presso strutture pubbliche o accreditate. Il progetto di Gestione dell'Anagrafe delle Strutture ligure evolve nella Gestione dell'offerta IT-CURA per completare le funzionalità necessarie ai gestori di strutture sociosanitarie per la comunicazione con gli enti pubblici di autorizzazione e accreditamento.

2.5.8. La stratificazione della popolazione

La stratificazione della popolazione si pone come strumento di analisi dei bisogni finalizzata sia alla programmazione che alla presa in carico. A partire dalle regole della Banca Dati Assistito dovranno essere mappati i profili di rischio per individuare il bisogno di salute e i consumi di risorse.



2.6. INNOVAZIONE DEI SERVIZI: risposte più adeguate all'evoluzione dei bisogni

2.6.1. Linee generali di indirizzo sull'assetto delle cure domiciliari e delle cure residenziali

Le malattie cronic-degenerative rappresentano oggi, in un territorio ad invecchiamento spinto come quello di Regione Liguria, una linea prioritaria di intervento. Il quadro epidemiologico è rappresentato in prevalenza da soggetti di età avanzata che presentano spesso quadri di comorbidità complessa con schemi terapeutici basati su schemi di politerapia farmacologica, talvolta con prescrizioni inappropriate, sottostima delle reazioni avverse e tossiche dovute spesso ad interazioni tra farmaci.

Il modello di approccio individuale e di sistema alla cronicità differisce significativamente dall'approccio alla malattia acuta. Per questo molto spesso la risposta ricercata da questi pazienti si rivolge alle strutture ospedaliere incontrando un setting assistenziale inadeguato ed inappropriato.

Dall'altro lato la risposta territoriale risente ancora di una dipendenza da modelli operativi e approcci individuali basati su modelli obsoleti ed inadeguati ad un universo che in 40 anni è completamente cambiato. È pertanto necessario ripensare alle cure sul territorio con una tendenza a preferire, in coerenza con gli indirizzi del PNRR, il mantenimento a domicilio dando un impulso al sistema delle cure domiciliari e qualificando i necessari setting residenziali verso aree non vicariabili dal domicilio.

Cure domiciliari

L'offerta di cure domiciliari necessita di un potenziamento sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi per raggiungere l'obiettivo nazionale che individua un intervento annuo pari al 5-10% della popolazione over 65. Inoltre nell'ultimo decennio si è andati verso un modello di tipo prestazionale, a scapito di interventi di vera presa in carico della persona, in questo favoriti dal progressivo invecchiamento e assottigliamento delle risorse professionali e da un sistema di valutazione che non risponde pienamente alle richieste del debito informativo nazionale. Oggi peraltro, anche con il diffondersi della teleassistenza e della telemedicina, è potenzialmente possibile curare e non assistere a domicilio le persone, fornendo anche modelli di intervento globale nei quali si supera la dicotomia sociale-sanitario in quanto il progetto di cura è unico, come unica è la persona con i suoi bisogni.

Cure residenziali

È opportuna una revisione del sistema delle cure residenziali sia dal punto di vista strutturale, sia dal punto di vista organizzativo oltre che tariffario.

Se, come ripete il PNRR, la domiciliarità è la scelta primaria per la cura della cronicità e perdita di autonomia, vi sono situazioni nelle quali la cura in residenza è imprescindibile. Si tratta di situazioni nelle quali la polipatologia e la perdita della autonomia è particolarmente accentuata rendendo problematica la copertura della giornata, di situazioni nelle quali la solitudine porta a scelte personali di vivere in luoghi tutelati, ma che garantiscano la socializzazione. Queste condizioni e l'esperienza tratta dalla pandemia da Sars-Cov-2 impongono serie riflessioni e cambiamenti, a partire da una razionalizzazione degli spazi con camere con un massimo di 2 letti dotate di servizi igienici, con una quota di camere singole, incremento delle aree di socializzazione e di attività riabilitative in senso lato, presenza di spazi verdi all'aperto a disposizione degli ospiti e dei visitatori. Anche l'organizzazione di cura deve essere modificata con il superamento della concezione di struttura che fornisce servizi solo alle persone ospitate, ma che mette a disposizione le sue conoscenze anche all'esterno rispondendo alle esigenze della popolazione garantendo servizi di tipo alberghiero e sanitario, contribuendo così al mantenimento a domicilio. Pertanto:

- ◆ nelle residenze dovranno essere ospitate le persone che presentano situazioni di cura complesse con grave perdita dell'autonomia, anche se saranno disponibili spazi dedicati a persone che, pur

non presentando quadri di cura complessi, in presenza di limitazioni funzionali modeste, scelgano di vivere in collettività;

- ◆ sono da incrementare significativamente, nella nostra regione, nuclei specifici per la cura delle persone con disturbi neurocognitivi poiché esse necessitano, nella fase intermedia della sindrome, di cure specifiche;
- ◆ le residenze dovranno assumere connotazioni di luoghi aperti all'esterno in grado di fornire servizi di tipo socio-alberghiero e di tipo sanitario, anche semi-residenziale, in modo da contribuire alla permanenza a domicilio delle persone (modello Residenza aperta).

Appare utile, tra i Target, approfondire l'analisi di quelli ritenuti maggiormente strategici nella programmazione e nella conseguente riorganizzazione del sistema di offerta.

2.6.2. Anziani

Prevenzione della fragilità

Risulta indispensabile introdurre interventi efficaci per prevenire la fragilità nell'anziano, identificata attraverso l'utilizzo di strumenti di screening della popolazione. Regione Liguria ha già da anni introdotto alcuni importanti progetti in tal senso. Quelli di seguito descritti (promozione dell'attività fisica con corsi di Attività Fisica Adattata e Gruppi di Cammino, allenamento della memoria, insieme ad altri riguardanti la promozione della Dieta Mediterranea) vanno riformulati ed estesi ad una platea più vasta possibile in modo da poter misurarne gli effetti sulla popolazione con conseguente riduzione del fabbisogno di cure. L'utilizzo di strumenti di screening del rischio fragilità, come ad esempio il Sunfrail tool, permette di intervenire con azioni finalizzate al mantenimento dell'autonomia e alla presa in carico delle persone da parte dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) attraverso l'interazione con professionalità, setting e strutture territoriali che facilitano la definizione di percorsi long life oltre a fornire una puntuale situazione epidemiologica della popolazione con particolare riferimento agli anziani e alla gestione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT).

Sistemi di valutazione della cronicità e perdita dell'autonomia

Il riassetto delle cure territoriali domiciliari e residenziali richiede come elemento qualificante la revisione del sistema di valutazione. Attualmente la nostra Regione adotta un Sistema di Valutazione (scheda AGED Plus) ma è prevista l'adozione di un sistema con caratteristiche tali da fornire informazioni individuali (riguardo l'andamento della salute della persona) con esame completo dei problemi sanitari, assistenziali, sociali, economici e la creazione del piano di assistenza. Il sistema di valutazione sarà unico e seguirà la persona attraverso i diversi setting, consentirà una analisi dei dati raccolti e alimenterà il sistema informativo nazionale. La validazione dei dati a livello italiano ed internazionale consentirà un confronto

con quelli di altri territori. Lo strumento individuato, in supporto al processo decisionale di presa in carico della persona nell'ambito della rete dei servizi territoriali, è il Contact Assessment di InterRAI (InterRAI CA). Il Contact Assessment è uno strumento di screening in supporto alla decisione di presa in carico complessa. Tra gli obiettivi dello stesso vi sono:

- sostenere il processo decisionale circa l'urgenza della presa in carico, l'urgenza di una valutazione di secondo livello e le opportunità riabilitative della persona valutata;
- fornire le informazioni minime per consentire l'immediata attivazione di un servizio, in attesa di procedere al completamento della valutazione.

La percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 28,7% del totale della popolazione (23,5% in Italia). Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: Nel 2020 la popolazione maggiore di 65 anni si attestava al 29% (media italiana 23%) del totale con una crescita stimata per il 2030 al 31%. Gli ultra settantacinquenni sono pari al 15,6% della popolazione, a fronte dell'11,8% di presenza a livello nazionale. È necessario prendere atto di come la popolazione regionale crescerà a ritmi molto contenuti e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione che al 2047 gli over 65 sfioreranno il 38% (elaborazioni Demo.Istat.it "Previsioni della popolazione, anni 2018-2065).

Uno dei concetti più promettenti a livello preventivo è l'intercettazione anticipata della fragilità nell'anziano. Questa condizione, correlata all'invecchiamento, è riconosciuta come ancora reversibile. Per tale ragione è importante riuscire a trasferire a livello degli ambienti di vita, oltre che ospedaliero e ambulatoriale, la capacità di intercettare precocemente l'esistenza di segni di fragilità e mettere in atto interventi di prevenzione in grado di ostacolarne l'evoluzione.

Una interessante proposta deriva dalla sperimentazione del progetto **SUNFRAIL**, finanziato dall'*European Union's Health Programme 2014-2020*, disegnato per migliorare l'identificazione, la prevenzione e la gestione della fragilità, della multi morbidità e dei rischi legati alla polifarmacoterapia, in persone di età superiore ai 65 anni. L'utilizzo dello strumento *Sunfrail tool* consente agli operatori un'agevole raccolta di dati, adatta a generare *alert* su possibili rischi, e l'individuazione delle azioni preventive. Lo scopo è l'attivazione di interventi mirati attingendo alle risorse già presenti nella famiglia e nella comunità. E' in fase di attivazione il progetto "*Sunfrail Plus*" che è volto a sperimentare l'utilizzo del *Sunfrail tool* potenziato da una APP che, in presenza di risposte affermatrici alle domande poste consentirà approfondimenti per i domini Bio-fisico, Psicologico-cognitivo, Socio-economico, Ambientale, utilizzando ulteriori strumenti validati, come ad esempio il GPCOG test per la valutazione delle funzioni cognitive che, in base al risultato ottenuto e condiviso con il MMG, consente l'attivazione delle azioni necessarie: dal semplice monitoraggio all'avvio di percorsi di memory training, all'invio al Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

L'attenzione alla bassa soglia di complessità è, infatti, la chiave di volta per evitare che stati di iniziale fragilità non rilevati transitino verso la non autosufficienza. Questa attenzione necessita però di operatori adeguatamente preparati e in grado di instaurare una relazione di fiducia continuativa con le persone, in

collaborazione con il Medico di Medicina Generale e gli altri attori della rete di supporto, sia nel mondo dei servizi sia nella comunità.

Si inseriscono nella “zona di fragilità”, agendo in maniera preventiva e conservativa dello stato di benessere della persona a rischio di compromissione, i progetti relativi all’Attività Fisica Adattata (AFA) e il Memory Training (MT), che rappresentano un esempio di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, con conseguente riduzione del carico sul sistema sanitario. È importante che la persona sia inserita in un percorso più ampio di presa in carico, dove questo programma rappresenta un esempio non solo di prevenzione ma anche di sanità proattiva e di integrazione che si interfaccia con i servizi di prossimità già in essere quali ad esempio i Custodi Sociali ed il Maggiordomo di quartiere.

Si tratta quindi di potenziare una progettualità già esistente (esiste un tavolo di coordinamento con referenti per ogni ASL) di cui occorre tenerne conto nella rete del sistema territoriale.

Sono individuati alcuni OBIETTIVI del prossimo triennio:

1. Integrare e coordinare l’offerta dei due percorsi AFA e MT per 2 motivi:
 - a. Organizzativo: ottimizzare utenti e risorse;
 - b. Culturale: l’allenamento/apprendimento motorio non può prescindere da quello cognitivo e viceversa.
2. Applicare una “Strategia di popolazione”¹: l’obiettivo è la massima diffusione dell’attività per cui il maggior sforzo va rivolto a favorire la capillarizzazione dei corsi sul territorio e la partecipazione dell’utenza.

Per rendere possibile il punto 2 è necessario:

- a. Aumentare il numero dei trainer del MT ed elaborare un nuovo modello formativo per i trainer (FAD, misto DAD, ecc) che consenta una larga partecipazione di allievi e un maggior numero di trainer;
- b. Aumentare il reclutamento dei partecipanti ai corsi di MT semplificandone le procedure di selezione e di accesso: utilizzare ad esempio il SUNFRAIL tool e GPCOG test per la valutazione delle funzioni cognitive. I dati devono essere raccolti e messi a sistema in quanto ufficializzare i dati è indispensabile per la programmazione Socio-Sanitaria territoriale;
- c. Promuovere a cura della ASL e dei DSS, in collaborazione con il terzo settore che realizza i corsi, una campagna informativa efficace e continuativa;

¹ Con il modello di prevenzione Strategia di popolazione - Rose, 1985) si cerca di controllare le cause di incidenza delle patologie e non di proteggere solo gli individui suscettibili (approccio “ad alto rischio”).

- d. Organizzare un seminario annuale/biennale di report sulle attività svolte e di profilazione dello stato di salute della popolazione target dei corsi aperto agli operatori sociosanitari e alla popolazione (dati follow up per AFA e per Memory).

Residenzialità

La tabella sottostante evidenzia una diminuzione del numero delle persone inserite nel sistema residenziale anziani che rispetto al 2019 si è ridotto di circa 2.500 unità a causa della pandemia da COVID-19 che ha disincentivato significativamente il ricorso a questa tipologia di struttura per le sue caratteristiche di ricovero breve e quindi alto turn-over con innalzamento della circolazione del virus.

ANNO 2019 – Fonte flusso FAR (numero utenti inseriti)					
ASL	RSA POST ACUTI	RSA MANTENIMENTO	RSA ALZHEIMER	RP	TOTALE
1	1.245	563	-	314	2.122
2	1.290	365	-	814	2.469
3	2.085	2.445	72	1.118	5.720
4	335	522	110	173	1.140
5	897	632	59	110	1.698
LIGURIA	5.852	4.527	241	2.529	13.149

ANNO 2020 - Fonte flusso FAR (numero utenti inseriti)					
ASL	RSA POST ACUTI	RSA MANTENIMENTO	RSA ALZHEIMER	RP	TOTALE
1	684	532	2	326	1.544
2	716	315	-	820	1.851
3	1328	2626	86	1113	5.153
4	203	472	101	145	921
5	395	569	30	102	1.096
LIGURIA	3.326	4.514	219	2.506	10.565

Altro dato che emerge è che nelle RSA di mantenimento, dove ci si attenderebbe un numero maggiore di non autosufficienti totali (NAT) rispetto ai non autosufficienti parziali (NAP), è presente invece un numero inferiore a fronte di quanto si riscontra nelle Residenze Protette (RP) dove si rileva un rapporto NAT/NAP che si attesta ad esempio tra il 18% (in ASL 5) e il 61% (in ASL 1). Ciò può in parte essere giustificato dal fatto che fino al massimo del 20% degli ospiti delle RP che durante la degenza diventano non autosufficienti totali possono restare in tale setting, salvo l'obbligo di adeguamento degli standard organizzativi. E' opportuno avviare quindi un processo graduale di riconversione dell'offerta aumentando le risposte in termini di residenzialità "permanente" (RSA mantenimento) a sostegno delle situazioni cliniche maggiormente compromesse che non possono essere adeguatamente gestite al domicilio e potenziare l'assistenza domiciliare e diurna anche nella forma delle Residenze Aperte, come descritte

successivamente per le persone a minor livello di non autosufficienza; tale prospettiva potrebbe rappresentare un utile riutilizzo di diverse RP.

Inoltre in linea con quanto previsto, occorre promuovere, in sinergia con le linee di investimento della Missione 5 del PNRR, la riqualificazione delle attuali Comunità alloggio per anziani, in gruppi appartamento autonomi dotati di attrezzature di domotica e teleassistenza per anziani anche non autosufficienti.

In estrema sintesi, le azioni in corso, che rappresentano i punti di forza nel sistema e i temi da affrontare della rete di offerta residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti possono essere sintetizzati nei seguenti punti.

Per quanto riguarda i punti di forza vi è la messa a sistema delle sperimentazioni in corso su:

- Centro diurno Alzheimer (sperimentato nel medio ponente genovese);
- Residenza aperta per l'erogazione di cure domiciliari, accoglienza diurna, ricoveri brevi (per stabilizzazione clinica e/o per dimissione da ospedale).

I temi da affrontare sono:

- Esigenza di incrementare l'offerta (lunghe liste di attesa);
- Bassa offerta semiresidenziale che necessita di essere riconvertita in centri diurni Alzheimer qualificati;
- Esigenza di adeguamento degli standard di personale e relative tariffe.

2.6.3. Disturbi cognitivi in età adulta

Per le persone non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo, con disturbi gravi del comportamento (Alzheimer e altre forme di demenza gravi), vi è l'esigenza di rimodulazione della rete d'offerta dei servizi e degli interventi attraverso l'implementazione di offerte di servizi semiresidenziali e residenziali in collegamento con i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Seguendo le linee del Piano Nazionale Demenze, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni e declinato in Regione Liguria con il Piano Regionale delle demenze, sono stati definiti 7 CDCD (uno per ogni ASL, con l'eccezione della ASL 3 nella quale sono individuati tre CDCD). I CDCD hanno funzione di diagnosi e presa in carico della persona con disturbo neuro-cognitivo (DNC) e del suo familiare, seguendo questa "diade" attraverso la rete dei servizi presenti nel territorio di competenza. Ogni CDCD ha infatti un preciso riferimento territoriale distrettuale o di ASL, con funzioni di coordinamento e collegamento dei servizi dedicati al DNC.

Con la riorganizzazione territoriale presentata dal PNRR e dal DM77, le articolazioni ambulatoriali dei CDCD, di cui alla tabella sottostante, verranno collocate all'interno delle Case di Comunità. Questa collocazione favorisce una maggiore integrazione con gli altri servizi territoriali, una maggiore facilitazione nell'accesso al servizio nonché una maggiore capillarità territoriale.

CDCD	TERRITORIO DI RIFERIMENTO

ASL 1	DISTRETTI ASL 1
ASL 2	DISTRETTI ASL 2
ASL 3	DISTRETTI 8-9-10
GALLIERA	DISTRETTO 11
SAN MARTINO	DISTRETTI 12-13
ASL 4	DISTRETTI ASL 4
ASL 5	DISTRETTI ASL 5

Oggi circa il 4,5% della popolazione ligure over 65 presenta un DNC ma l'offerta è prevalentemente "generalista" in quanto non specifica né i necessari standard strutturali e organizzativi, né l'approccio psico-relazionale-riabilitativo orientato al contenimento del disturbo comportamentale e alla conservazione delle abilità.

Con riferimento ai pazienti affetti da Alzheimer, l'esigenza più volte sollecitata anche dagli stessi enti erogatori riguarda la realizzazione dei Centri Diurni Alzheimer (CDA), già previsti nelle attuali disposizioni regionali ma sostanzialmente inesistenti se non per un'unica esperienza in ASL 3. Il CDA per questi pazienti e per le loro famiglie diventa l'unica risposta adeguata per evitare i rischi di una gestione familiare in solitudine, con gravi conseguenze sotto il profilo della salute sia per l'interessato che per chi lo accudisce, e ritardare o evitare del tutto l'istituzionalizzazione.

Lo sviluppo dei CDA implica la riconversione/riqualificazione degli attuali centri diurni di secondo livello che, seppur dedicati a persone con prevalente disturbo cognitivo, hanno finalità principalmente tutelari, attraverso apposito investimento che potrà, almeno in parte, derivare dalla riconversione di spesa. L'intervento risulta al momento ancor più cogente in quanto, a seguito della pandemia che ha aggravato le condizioni di già scarsa sostenibilità dei CD di secondo livello, moltissimi di questi non hanno mai ripreso l'attività non potendo quindi garantire il servizio a numerose famiglie.

♦ Fondo regionale demenze

Il Ministero ha definito per la prima volta uno stanziamento specifico per tutte le Regioni e P.A. destinato al potenziamento di alcuni interventi nel campo dei disturbi neurocognitivi (demenze); tale fondo ha l'obiettivo entro il 2023 di aumentare la platea di persone che possono usufruirne in assenza, al momento, di terapie farmacologiche di provata efficacia. Regione Liguria ha definito una serie di azioni che, tramite i CDCD locali, potenzieranno gli interventi terapeutici psicosociali a favore delle persone affette da disturbo neurocognitivo e dei loro caregivers.

♦ Progetto innovativo Disturbi Neuro-Cognitivi "MCG (Modello di Cura Globale)"

Nell'ambito della Rete regionale demenze si intende sviluppare un modello di cura globale delle persone affette da DNC e del loro familiare (coppia assistenziale) creando poli sul territorio che possano anche comprendere collaborazioni tra assistenza sociosanitaria pubblica e privata, che contengano tutti i setting di cura necessari a soddisfare i bisogni della coppia assistenziale. Si tratta di nuclei che comprendono:

1. Un'Area di diagnosi (Centro per i disturbi cognitivi e le demenze);
2. "Caffè Alzheimer" come luogo di informazioni, scambio di esperienze, gruppi di auto aiuto, counseling destinato prevalentemente ai caregiver;
3. Centro Diurno, setting semiresidenziale, punto essenziale della rete per i DNC, che eroga interventi terapeutici prevalentemente di tipo socio-comportamentale a persone con DNC di grado lieve-moderato e che consente di evitare /ritardare il ricorso al ricovero definitivo;
4. Nucleo residenziale destinato a persone con DNC di grado moderato-grave che per motivi sanitari e/o sociali non possono essere assistiti al domicilio;
5. Nucleo per ricoveri temporanei destinato a persone con disturbo comportamentale scompensato;
6. Area per le persone con DNC in fase terminale con il fine di fornire cure e assistenza nella fase del fine-vita.

2.6.4. Persone in condizioni di alta complessità e scarsa stabilità clinica

I LEA del 2017 all'articolo 29 introducono per la prima volta, tra i servizi residenziali sociosanitari extra ospedalieri con oneri a totale carico del SSN, *"trattamenti intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che presentano livello alto di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissime disabilità, che richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore"*. Struttura che offrano tale tipologia di servizio non sono al momento previste dalle disposizioni regionali e dovranno trovare forma nel più ampio quadro di revisione della rete di offerta popolandosi di quelle situazioni ad oggi variamente collocate nelle strutture dedicate ai vari target di utenza o, talvolta, fuori Regione. Si tratta di un evidente tentativo di dare risposta a situazioni sanitarie croniche complesse che implicano grave carico assistenziale evitando il ricorso all'ospedalizzazione.

2.6.5. Messa a sistema di modelli innovativi in fase di sperimentazione

- ♦ **Modello di residenza aperta:** avviata con la DGR n. 290/2019, rappresenta l'opportunità per le strutture residenziali per anziani di trasformarsi in playmakers nell'ambito della filiera per la fragilità e la non autosufficienza sviluppando la contiguità tra servizi residenziali, domiciliari e altri servizi innovativi in un rapporto di partnership pubblico-privato volta a sostenere a casa il più possibile le persone in modo da garantire vicinanza relazionale e percorsi di accompagnamento nonché risposta capillare ai bisogni. La Residenza aperta costituisce un importante nodo della rete di assistenza che si connette con altri interlocutori sanitari e sociali operando in modo integrato, offrendo servizi aggiuntivi all'ospitalità residenziale tradizionalmente intesa. I servizi e le prestazioni

ulteriori che la Residenza Aperta può fornire, sia privatamente che attraverso contratto con il SSR, tramite l'impiego del proprio personale sono:

- Cure domiciliari nella logica di un ampliamento dell'assistenza a domicilio. La possibilità di mettere in gioco gli enti erogatori di servizi residenziali e semiresidenziali consentirebbe di raggiungere un maggiore numero di destinatari grazie alla prossimità di tali "presidi" diffusi sul territorio anche nell'entroterra;
- Accoglienza diurna che consente una risposta capillare a persone anziane fragili prive di disturbi del comportamento, che "vicino a casa propria" possono trovare un luogo protetto in cui pranzare, seguire le terapie necessarie, partecipare ad attività di animazione e socializzazione, se durante la giornata non possono essere accuditi a casa per mancanza di rete familiare. L'accoglienza diurna costituisce un sistema più capillare, agile, flessibile ed economico del tradizionale modello di Centro Diurno di I livello che oggi rappresenta una risposta fortemente limitata per la scarsa sostenibilità economico-organizzativa sia per le famiglie che per gli enti erogatori. Essa rappresenta una soluzione "ponte" tra il domicilio e l'inserimento residenziale in struttura che viene così allontanato il più possibile nel tempo;
- Accoglienza residenziale temporanea breve per la stabilizzazione del paziente con disturbo cognitivo in fase di grave crisi comportamentale. Questo tipo di accoglienza, nell'ambito della capienza massima stabilita dall'Autorizzazione al Funzionamento, è previsto solo in Ambiente Protesico per Gravi Patologie Involutive (c.d. Nucleo Alzheimer) per la stabilizzazione del paziente a seguito di grave crisi comportamentale, al fine di evitarne il ricovero ospedaliero, dare sollievo al caregiver, permettere l'inquadramento della persona per una ottimizzazione della cura in stretto rapporto con i CD Alzheimer e ai CDCD presenti nelle 5 ASL;
- Servizi accessori quali consulenze geriatriche, attività motorie riattivanti, bagno assistito, consegna pasti a domicilio.

Potenziamento dell'offerta residenziale per intensità di cura e assistenza

La particolare struttura della popolazione ligure, caratterizzata da un elevato indice di invecchiamento, è tra le principali cause dell'elevato numero di ricoveri che si concretizza con un tasso di ospedalizzazione pari a 163,5 ricoveri ogni 1.000 residenti, superiore del 22% rispetto al dato nazionale (il tasso di ospedalizzazione 133,5 ricoveri ogni 1.000 residenti). Lo stesso dato standardizzato per età mostra valori Nazionali e Regionali rispettivamente di 124,3 e 141,7 ricoveri ogni 1.000 residenti, indicando comunque come non sia solo la vecchiaia ad influire sull'elevato numero di ricoveri nel nostro territorio rispetto al dato Nazionale.

Ne consegue l'opportunità di ampliare l'offerta delle strutture sanitarie territoriali di ricovero introducendo, oltre all'Ospedale di Comunità previsto dal PNRR, un nuovo setting assistenziale, denominato "Cure intermedie territoriali" che consenta di rispondere ai bisogni che oggi, forse in maniera impropria, trovano risposta nell'ospedale.

Nel modello ligure quindi si configura un'organizzazione sperimentale di struttura sanitaria territoriale di ricovero per pazienti non acuti, rappresentato da un modello di **residenzialità per intensità di cura e assistenza**, organizzato su tre livelli:

1. **“Cure intermedie” territoriali: Posti letto per pazienti dimessi dall'ospedale che devono completare la stabilizzazione clinica**
2. **Ospedale di Comunità: Posti letto per pazienti a bassa-media intensità assistenziale provenienti prioritariamente dal domicilio**
3. **Riabilitazione Multidimensionale: Posti letto di Riabilitazione motoria, cognitiva e funzionale con finalità di riequilibrio psico-funzionale**

È indispensabile che vengano attivati e potenziati percorsi per intensità di cura a livello territoriale, garantendo una progressiva riduzione della degenza media ospedaliera e dell'indice di ospedalizzazione tendendo al raggiungimento degli standard ottimali indicati a livello nazionale. La creazione del setting di cure intermedie territoriali dovrà avvenire attraverso un meccanismo di riconversione della spesa dall'ospedale al territorio, con una diminuzione dei costi di degenza e un conseguente risparmio.

La struttura residenziale per intensità di cura e assistenza dovrà prevedere una forte integrazione con la rete territoriale costituita dalle varie tipologie di offerta attualmente presenti (assistenza domiciliare integrata, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, Hospice, RSA, Strutture di riabilitazione estensiva, cure intermedie). A tal fine ciascuna Azienda dovrà predisporre specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT e definendo appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e servizio sociale.

Il percorso organizzativo indicato, nella sua complessità, contempla pertanto un intervento sinergico fra la disponibilità di posti letto della struttura residenziale per intensità di cura e assistenza e il contestuale incremento di posti letto della residenzialità extra-ospedaliera per i quali verranno definiti criteri autorizzativi specifici. Sarà necessario, prevedere un sistema di remunerazione che garantisca al contempo la funzione di produzione e l'efficienza ed efficacia del sistema in analogia al sistema ospedaliero.

2.6.6. Consultorio Familiare: salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

L'attività consultoriale si caratterizza da un approccio multidisciplinare e olistico che richiama la *Planetary Health*. Il DM 77/2022 prevede che nella riorganizzazione territoriale sia presente un Consultorio ogni 20.000 abitanti, con la possibilità di uno ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Consultorio Familiare eroga l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Tali attività possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza e consentendo l'integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi

ospedalieri e territoriali: quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area di assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute.

Il principio ispiratore è un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro). Le attività del Consultorio Familiare devono essere definite e coordinate con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri protagonisti della Rete Materno Infantile, sui piani del funzionamento interno e dell'integrazione in rete.

Con la Missione 6 "Salute" componente 2 del PNRR, le Regioni dovranno adottare nel corso del 2023 un nuovo flusso informativo dedicato a rilevare l'attività sanitaria dei Consultori Familiari.

2.6.7. Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DCA)

Alisa con Deliberazione n. 128 del 14 aprile 2022 ha istituito il Tavolo di consultazione in materia di disturbi della alimentazione e della nutrizione. La Legge nazionale n. 234 del 30 dicembre 2021, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", all'articolo 1 comma 688 ha istituito, nelle more dell'aggiornamento dei LEA, presso il Ministero della Salute, il Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DCA), con dotazione per Regione Liguria di euro 667.500,00. Con DGR 788/2022 viene approvata la proposta di piano biennale presentata da ALISA e approvata dal Ministero della salute. L'obiettivo generale del Piano biennale è la definizione di un percorso regionale di presa in carico delle persone con disturbi dell'alimentazione e nutrizione che garantisca la continuità delle cure nei vari setting assistenziali attraverso:

- Costituzione di una rete integrata, multiprofessionale, competente e formata, che svolga funzione di filtro per l'orientamento ai setting di cura più appropriati ed ai successivi livelli di intensità terapeutica;
- Definizione a livello regionale di trattamenti Evidence Based da applicare in un percorso di cura (PDTA) appropriato;
- Formazione rivolta a tutti gli operatori implicati a vario titolo nella gestione delle problematiche DNA al fine di porre gli interventi in linea con i più moderni e accreditati protocolli operativi e terapeutici garantendo agli stessi livelli di appropriatezza e di efficacia.

2.6.8. Minori

Le principali azioni sono rivolte ai settori che hanno mostrato maggior necessità di intervento.

Minori sottoposti ad indagini dell'autorità giudiziaria e/o provvedimenti di tutela

L'operatività sociosanitaria trova nuove opportunità di valutazione congiunta e di intervento integrato attraverso le equipe integrate multidimensionali all'interno della Casa di Comunità.

Per realizzare quanto sopra occorre favorire il recupero dell'appropriatezza delle funzioni degli Enti locali e delle Aziende sanitarie locali; in particolare, nel caso di richiesta di indagine da parte dell'Autorità

Giudiziaria (AG), l'indagine sociale è in capo ai servizi di protezione sociale degli Enti Locali (servizi socio-assistenziali-educativi), l'indagine psicologica è in capo ai servizi sanitari delle ASL e di regola viene effettuata dal Consultorio e/o dal servizio di neuropsichiatria (NPJA).

L'obiettivo da raggiungere nel prossimo triennio è la ricomposizione di ruoli, funzioni e interventi dei servizi sociali e sanitari nell'ambito dell'équipe integrata. L'indagine psico-sociale richiede il supporto dei servizi per gli adulti (DSM e SERD) nei casi ad alta complessità socio-sanitaria in cui si evidenzino sin da subito o in corso di indagine dei disturbi psico-patologici in capo ad uno o entrambe i genitori, o comunque alle figure adulte di riferimento (ad es. qualora il/i minore/i si trovi/trovino in una situazione di affidamento extra familiare). L'équipe integrata assumerà la titolarità e la responsabilità della presa in carico, condividerà modalità operative e strumenti per condurre l'indagine necessaria alla definizione dei progetti specifici per le singole situazioni stabilendo gli interventi successivi.

Gli obiettivi del prossimo triennio:

- ◆ la revisione delle funzioni e della composizione del "Tavolo tecnico di coordinamento regionale ex LR 6/2009 area minori" in funzione degli interventi previsti nel DPCM LEA 2017;
- ◆ la definizione e messa in atto di un protocollo regionale tra Sistema sanitario Regionale, Sistema delle Autonomie Locali e Autorità Giudiziaria, volto a definire ruoli e funzioni degli attori coinvolti per la costruzione dei percorsi relativi alla tutela minori;
- ◆ l'adozione di uno schema regionale di "relazione psico-sociale" quale strumento tecnico utile a rispondere al mandato dell'AG di indagine;
- ◆ l'adozione, da parte di Regione Liguria, del documento per la valutazione e il sostegno delle capacità genitoriali elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare promosso da ANCI su mandato di Regione Liguria;
- ◆ l'avvio e la messa a regime, nella Casa di Comunità, dell'équipe integrata (EI) costituita in modo permanente da operatori dei servizi sociosanitari territoriali della ASL e da operatori dei servizi sociali degli Enti Locali appositamente nominati dai rispettivi enti di appartenenza.

Minori con disabilità

In conformità con quanto previsto dai LEA (art.25), la famiglia può accedere spontaneamente al servizio di NPJA o essere inviata dall'ospedale dal PLS, dai Servizi sociali, dalla scuola. Nel nuovo assetto organizzativo i casi ad alta complessità sociosanitaria sono assunti in carico dall'équipe integrata minori, presente nella Casa di Comunità, per l'elaborazione e la gestione il Progetto Individualizzato di Assistenza (PAI) e il Piano riabilitativo integrato (PRI). L'obiettivo da raggiungere è la condivisione della presa in carico del minore per la durata dell'intero percorso di crescita e riabilitativo elaborando, già dall'assolvimento dell'obbligo scolastico e fino al compimento della maggiore età, una progettualità condivisa con il Servizio Adulti a garanzia di una continuità assistenziale.

I nuovi assetti organizzativi così disegnati devono essere capaci di:

- superare la logica della prestazione ripensando gli interventi in una dimensione ecologico-sociale dove la comunità stessa diventa il luogo della cura, della salute, dell'educazione, del benessere;
- valorizzare "il sapere esperto delle famiglie" parte attiva nel progetto di cura, dare voce alle reti di sostegno per le fragilità legate alla disabilità nella scuola, nella famiglia, nella comunità anche attraverso il coinvolgimento attivo delle associazioni.

Particolare attenzione merita il tema del governo della domanda e della presa in carico delle prestazioni riabilitative che verrà affrontato nel prossimo triennio attraverso il lavoro di un tavolo tecnico regionale con la finalità di:

- ◆ Potenziare i servizi riabilitativi per la presa in carico dei minori
- ◆ Avviare un costante monitoraggio della lista d'attesa per la presa in carico dei minori con disturbi neuropsichiatrici e del neuro sviluppo
- ◆ Analizzare l'appropriatezza dei pacchetti riabilitativi
- ◆ Sperimentare modelli innovativi di presa in carico (es. la sperimentazione di un modello di centro servizi polifunzionale che offra anche risposte di tipo socio-ludico-educative ad integrazione delle prestazioni strettamente riabilitative)

Sperimentazione di struttura ad alta intensità per minori con gravi disturbi neuropsichiatrici e del neuro sviluppo

La sperimentazione, in fase di avvio, di una Struttura residenziale terapeutica di neuropsichiatria infanzia e dell'adolescenza ad alta intensità ed elevato impegno sanitario per minori con disturbi neuropsichiatrici e del neuro sviluppo è rivolta a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.

L'unità di offerta dovrà essere dotata di 10 posti letto, prioritariamente dedicati al fabbisogno dei pazienti minori della Regione Liguria, di età prevalentemente compresa tra i 12 ed i 18 anni con disturbo neuropsichiatrico e del neuro sviluppo in particolare psicopatologico e/o con diagnosi psichiatrica. L'inserimento potrà avvenire per minori già in carico al servizio territoriale di NPIA anche provenienti da un precedente ricovero, anche breve, in reparto ospedaliero di Neuropsichiatria Infantile o di Pediatria o dal SPDC.

La complessità e la gravità del quadro clinico deve essere tale da rendere necessario e richiedere un alto livello di contenimento ambientale con assistenza continuativa 24/24 h per tutti i giorni dell'anno.

La permanenza in struttura dovrà essere al massimo di 90 giorni, eventualmente prorogabili sulla base del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato in accordo con il Servizio NPIA dell'ASL.

Progetto autismo

E' in corso inoltre, l'elaborazione di un percorso per la presa in carico della persona con disturbi dello spettro autistico (ASD) per l'intero ciclo di vita attraverso anche la sperimentazione di "Percorsi differenziati per la formulazione del progetto di vita basato sui costrutti di 'Quality of Life' tenendo conto delle preferenze della persona, delle diverse necessità di supporto, livello funzionamento adattivo, e disturbi associati delle persone con ASD, con particolare attenzione alla fascia d'età superiore ai 16 anni e la conseguente necessità di pensare, progettare, strutturare ed attivare interventi di supporto, anche innovativi e, quindi, non rientranti nelle predefinite unità di offerta già esistenti sul territorio.

2.6.9. Disabili adulti

Il passaggio dalla Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) al servizio Disabilità per Adulti è un momento di forte impatto sulla vita del giovane disabile che deve transitare da un servizio che lo segue presumibilmente da molti anni all'altro in una fase delicata dello sviluppo, pertanto è necessario porre attenzione alla continuità di cura. È necessario uniformare, nelle varie ASL, comportamenti per arrivare ad un processo che renda omogenee le procedure operative del passaggio strutturato dei casi al compimento della maggiore età, in prossimità della stessa o al termine del percorso scolastico. Particolarmente dirimente risulta, infatti, definire se il passaggio debba avvenire solo in ragione dell'età oppure in ragione del progetto sulla persona. A titolo puramente esemplificativo, si può considerare il caso di ragazzi disabili che, dopo la scuola media, devono essere avviati a percorsi integrati (scuola superiore/formazione professionale) o di formazione professionale di primo livello (attività mista) e di secondo livello (specializzata) che si protraggono oltre il diciottesimo anno di età e implicano una progettualità a lungo termine che si sviluppa nell'età adulta con percorsi di inclusione lavorativa o sociale. Alla luce di quanto espresso al fine di garantire la migliore continuità di cura, appare necessario condurre:

- Un'analisi dei dati quantitativi e qualitativi relativi ai soggetti transitati nell'ultimo triennio al servizio per la disabilità adulta, al Servizio della Salute Mentale o ad altri servizi;
- La necessità di strutturare equipe stabili che prevedano la partecipazione delle figure professionali e dei servizi deputati alla PIC, distinguendo i percorsi specifici per le patologie psichiatriche dai percorsi dalle diagnosi di disabilità.

A questo riguardo è necessario avviare un progetto formativo che coinvolga operatori della NPIA, della Salute Mentale e dei Disabili Adulti finalizzato alla condivisione di strumenti clinici, tempi e modalità operative per il passaggio dei casi per la continuità assistenziale.

Si sintetizzano di seguito le azioni da concludersi entro il triennio:

- ♦ Ri-definizione della mission e del target del servizio;
- ♦ Riorganizzazione e potenziamento dei servizi aziendali per disabili adulti nell'ambito delle CdC (équipe integrate con i servizi sociali dei comuni);
- ♦ Definizione a livello regionale di strumenti, tempi e modalità del passaggio di presa in carico dal servizio di NPIA ai servizi per adulti (Salute Mentale e Disabili);

- ♦ Definizione di strumenti e metodi per la continuità assistenziale di soggetti con doppia diagnosi che interessano più servizi (Fisiatria, Salute Mentale, altri).

Sperimentazione budget integrato di comunità

La CdC rappresenta il luogo in cui le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità (BdC). Appare utile avviare la sperimentazione del BdC a partire dall'area della disabilità in quanto la platea dei beneficiari è relativamente limitata a differenza, ad esempio, degli anziani e negli ultimi anni si è consolidata nei servizi territoriali una modalità di lavoro integrato per la realizzazione dei progetti di Vita Indipendente, Gravissime Disabilità, Dopo di Noi. Al fine di garantire la massima appropriatezza degli interventi nella logica di ritardare quanto più possibile l'inserimento in struttura residenziale, è necessario comporre il BdC con le risorse dei Comuni, dei diversi Fondi Nazionali destinati alla disabilità e del Fondo Sociale Regionale, che finanziano gli interventi lungo tutta la filiera per la disabilità: assistenza domiciliare, trasporto, interventi socioassistenziali ed educativi, inclusione sociale e lavorativa, misure per la non autosufficienza e per il Dopo di Noi, servizi riabilitativi ambulatoriali (CAR), servizi riabilitativi e socioriabilitativi semiresidenziali e residenziali, incluso il sostegno alla compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti (Contributo di Solidarietà per la Disabilità c.d. CSD). La gestione del BdC implica l'adozione di specifico Protocollo/Convenzione tra Comuni e ASL in cui le parti annualmente destinano le risorse, pur mantenendole nei rispettivi bilanci, per gli interventi sopra indicati andando così a costituire il BdC. La responsabilità programmatica e di monitoraggio è posta in capo all'Ufficio di Piano Integrato coordinato dal Direttore di Distretto e dal Direttore Sociale i quali, tra le altre funzioni, autorizzano la spesa relativa ai singoli PAI e PRI elaborati dall'équipe integrata sociosanitaria. I due Direttori, sulla base degli esiti del monitoraggio, propongono ai rispettivi enti eventuali variazioni di bilancio, nel limite del BdC, riconvertendo la spesa nell'ottica di appropriatezza e ottimizzazione delle risorse.

2.6.10. Salute mentale

L'affiancamento del concetto di prossimità al tema della Salute Mentale appare innovativo. La promozione di una salute mentale in linea con il piano d'azione globale "Mental Health Action Plan 2013-2020", pubblicato nel 2013 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti; i valori in esso contenuti sono stati recepiti in Liguria nel "Patto per la Salute Mentale" che riporta l'attenzione sui servizi per la tutela della Salute Mentale, cercando di costruire un patto tra le tante forze che sono impegnate in questo lavoro comune, difendendo l'esistente che funziona, rimettendo al centro le persone e la coesione, avviando un rinnovato percorso di appartenenza per tracciare obiettivi di prossimità da condividere con una Comunità capace di occuparsi dei propri cittadini.

Il presente Piano si prefigge, quindi, nell'ambito dei Servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, di affrontare gli aspetti di possibile rinnovamento di un servizio spesso ai margini della interdisciplinarietà con gli altri servizi nonché di sperimentazioni utili ad affrontare un'utenza in cambiamento la cui necessità è di vedere allineati gli interventi alla domanda espressa.

Sono infatti emersi nuovi bisogni e nuovi scenari socio-demografici che hanno modificato ed allargato la platea delle persone con problemi di salute mentale richiedendo nuovi obiettivi da condividere. In primo luogo, occorre mettere in evidenza come i diversi luoghi di vita della persona possono diventare luoghi di "cura" con il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti promuovendo un empowerment non solo sulla persona ma anche sulla famiglia e sulla Comunità. La sfida resta sempre quella di creare uno strumento che vada verso la persona coinvolgendola in un percorso terapeutico e al contempo integrandola alla Comunità di appartenenza.

In un'ottica di prevenzione merita un focus la popolazione adolescente: l'adolescenza si configura come un periodo di transizione durante il quale la persona è portata a sperimentare e vivere nuovi comportamenti. Tra i comportamenti ad alto rischio maggiormente presenti all'interno della popolazione adolescente ritroviamo: il gambling, l'uso ed il misuso di Internet, il gaming, il cyberbullismo ed il consumo di alcol, tabacco, psicofarmaci senza prescrizione medica, energy drink, cannabis ed altre sostanze illecite, molti dei quali espongono anche a rischi quali le malattie sessualmente trasmissibili, l'incidentalità, la violenza.

La prevenzione ai consumi di sostanze, sia che si intenda prevenzione dell'uso sia che si intenda prevenzione dell'abuso, può concretizzarsi attraverso la promozione di stili di vita sani orientati al benessere.

È importante semplificare gli accessi a percorsi appropriati e condivisi in equipe multidisciplinare costituite da professionisti del Dipartimento salute Mentale e dei servizi territoriali che a vario titolo si occupano del disagio.

I Servizi per le dipendenze necessitano di innovare, avvalendosi di linee guida specifiche e di una formazione dedicata agli operatori, la presa in carico di persone che fanno domanda di trattamento per nuove dipendenze e dipendenze senza sostanza come, ad esempio, il Gioco d'Azzardo Patologico. La formazione deve basarsi su standard di qualità europei EUPC (European Prevention Curriculum), come previsto anche nel PNP promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga, in occasione della Conferenza Nazionale sulle dipendenze di novembre 2021.

Accanto all'offerta che già esiste, caratterizzata da percorsi di cura rivolti a chi fa domanda di trattamento per uso problematico di sostanza, è necessario ampliare l'offerta rivolta a target di persone più giovani non ancora dipendenti ma a rischio. È necessario prevedere luoghi diversi dal SERD, spesso stigmatizzanti, dedicati ai giovani tra i 14 e i 25 anni con rischio di dipendenze da alcol, sostanze stupefacenti o ludopatia. Questi luoghi dovranno essere facilmente accessibili senza connotarsi come ambulatori ma quali luoghi di vita dei ragazzi all'interno della comunità anche in collaborazione di associazioni culturali, ludiche, sportive, ecc.

L'innovazione consiste nel passare dall'informazione sul rischio legato al consumo di sostanze ad un approccio di rete che coinvolga, con il supporto di Peer Educator, scuola, famiglia, Comunità.

La "residenzialità" in psichiatria

È importante per le aziende socio sanitarie, in quanto la residenzialità rappresenta un capitolo di spesa notevole, la cui gestione incide significativamente sul budget dei Dipartimenti di Salute Mentale e quindi delle relative aziende socio sanitarie, procedere ad una programmazione attenta e con prospettive a lungo termine rivista anche in funzione del continuo cambiamento dell'utenza, che pone ora in primo piano condizioni un tempo di importanza minore (ad es. migranti, autori di reato, disturbi emotivi comuni, disturbi del comportamento alimentare, doppie diagnosi, disturbi di personalità, e molto altro ancora).

Occorre rivedere l'intera offerta di posti in residenzialità attraverso il concetto della durata del progetto riabilitativo e la promozione di percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità alle strutture a più bassa intensità, per approdare poi al reinserimento, quando possibile, nel tessuto sociale di appartenenza attraverso strumenti che prediligano l'intervento di prossimità (avvio del budget di salute). Si rende necessaria una maggiore differenziazione e "vocazione" delle strutture, dei programmi riabilitativi e dell'offerta specialistica, in modo da avere percorsi maggiormente appropriati con obiettivi definiti anche nel tempo (ad es. per autori di reato, doppia diagnosi, disturbi di personalità, pazienti giovani etc). Le Strutture ad alta intensità assistenziale e ad alta e media intensità riabilitativa rappresentano un "collo di bottiglia" per l'approccio riabilitativo dei pazienti con minori bisogni assistenziali/riabilitativi in funzione anche della relativa esiguità di posti a più bassa intensità.

Gli obiettivi previsti nella programmazione triennale sono:

- Riforma della rete di residenzialità in coerenza con i LEA 2017 a partire da:
 - ✓ Mappatura dell'offerta residenziale esistente nel territorio regionale finalizzata a identificare il target assistenziale attuale;
 - ✓ Rilevazione della domanda;
 - ✓ Allineare l'offerta residenziale con la domanda al fine di ottimizzare l'appropriatezza percorsi residenziali.
- Consolidare la presenza di equipe multidisciplinari e trasversali ai diversi servizi dedicati ai giovani adulti, che necessitano di implementazione di risorse e competenze, con la strutturazione di percorsi interdisciplinari integrati.
- Avvio della Sperimentazione di Budget in cui nell'ambito delle risorse assegnate per la residenzialità, quota delle stesse viene destinata a percorsi di presa in carico per progettualità "leggere" volte alla partecipazione ed emancipazione dei pazienti attraverso interventi di inserimento lavorativo, abitativo, formativo e sociale anche in collaborazione con la cooperazione sociale e con una forte integrazione tra Servizi territoriali ASL – Dipartimento di salute mentale e dipendenze (DSMeD) e Servizi Sociali del Comune.
- Istituire un tavolo di lavoro regionale per la realizzazione di questi percorsi.

- Favorire la sperimentazione dei Progetti per la Vita Indipendente e rafforzare il “Dopo di Noi”.
- Programmare percorsi di formazione congiunta per gli operatori in merito alla presa in carico, in raccordo con i servizi dipartimentali dando priorità al percorso di presa in carico integrato tra i Servizi CSM, NPIA, Servizio Disabili, per la fase di transizione verso l'età adulta. Il percorso dovrà essere differenziato in base al quadro clinico di appartenenza, a partire da una sperimentazione dedicata ai soggetti con disturbi dello spettro autistico.
- Implementare l'interazione con l'Amministrazione della Giustizia coinvolta nei percorsi di cura dei pazienti anche attraverso la stesura di nuovi ulteriori protocolli finalizzati alla gestione agile e realmente condivisa dei casi tra ASL e Tribunale nonché l'applicazione del già esistente “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente psichiatrico autore di reato e la gestione del rischio di performance”.

2.6.11. Le Dipendenze: un cambio di approccio

Il cambio di approccio si evidenzia nella prevenzione basata non più sull'informazione del rischio legato al consumo di sostanze ma su un approccio di rete che coinvolge oltre ai servizi anche la scuola, famiglia, associazioni di mutuo aiuto e l'ambiente. I servizi devono operare in setting innovativi, in zone neutre, rivolte ai giovani e ai familiari dove i ragazzi segnalati dalle scuole, dalle Prefetture, dai servizi o per accesso spontaneo, devono essere accolti da un'équipe multidisciplinare -che abbia la capacità di dialogare e stare in rete con le realtà sociali del territorio, comprese le associazioni di mutuo aiuto- e osservati per un periodo sufficiente a definire un'eventuale pertinente presa in carico o una dimissione. La prevenzione al consumo di sostanze basata su standard europei è anche obiettivo del Piano Nazionale Prevenzione. Inoltre, è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa sperimentale tra il Ministero delle Politiche Giovanili, Regione Liguria, Comune di Genova, Tribunale per i Minorenni, Procura presso il Tribunale dei Minorenni Prefettura di Genova e Autorità del Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno della dipendenza giovanile da sostanze stupefacenti. In particolare, attraverso il protocollo si intende favorire iniziative di prevenzione che coinvolgano attivamente i giovani, in particolare nei luoghi di maggior aggregazione giovanile, potenziare il tavolo di cui al citato Protocollo “Nessuno è spacciato” già attivo con il supporto di A.Li.Sa. per il confronto fra i vari Servizi sociosanitari, sociali e del terzo settore, anche attraverso l'implementazione e la realizzazione di progetti rivolti ai giovani e alle famiglie, agevolare percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione, anche psicologica, di giovani, adolescenti e minori, anche collaborando alle attività svolte all'interno delle scuole; promuovere strumenti innovativi per ascoltare e accompagnare i giovani e le famiglie attraverso attività culturali, sportive o ludiche, percorsi formativi, di reinserimento o recupero scolastico, individuando luoghi nei quali intercettare il bisogno.

Sperimentazione della comunità terapeutica per minori affetti da dipendenza patologica

La comunità terapeutica per minori affetti da dipendenza patologica è nata dalla necessità, palesata dai referenti dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze, di avere una struttura che facesse fronte a una domanda sempre maggiore di presa in carico ai Serd da parte di giovanissimi e giovani ma anche confermata dai dati epidemiologici di consumo.

La fase “esplorativa” si è tradotta in una ricognizione dell’offerta residenziale e semiresidenziale, compresa quella extra regionale da cui si è evidenziato che le tipologie di strutture residenziali previste dalla DGR n. 945/2018 non contemplano una Comunità Terapeutica per Minori e Adolescenti con Disturbo da Uso di Sostanze. Era pertanto necessario disporre di una struttura terapeutica residenziale sul territorio regionale, per particolari situazioni che necessitano di interventi specialistici precoci e per le quali il trattamento ambulatoriale non è indicato.

Si è giunti pertanto nel 2020 alla decisione di ampliare l’offerta di residenzialità con una tipologia sperimentale di Comunità Terapeutica esclusivamente dedicata a 10 persone della fascia di età 16-21 anni, a valenza regionale, rivolta a minori e adolescenti con fragilità a volte determinate dalla storia personale o familiare e diagnosi di abuso di sostanze e quindi a rischio di sviluppare una dipendenza.

La *value proposition* della sperimentazione si sostanzia nelle ragioni che seguono:

- A fronte dei dati relativi alla durata della presa in carico dei SERD e all’età delle persone che sono ad oggi nelle Comunità Terapeutiche, possiamo considerarlo un importante investimento per il futuro, fermando prima il processo che porta alla dipendenza;
- è una sfida etica intercettare in tempo il rischio e offrire a persone così giovani un percorso che renda liberi dalle sostanze e capaci di costruirsi un futuro.

Alla fine della sperimentazione si valuteranno i risultati e la possibilità della messa a regime.

2.7. La Salute in Carcere

La difficoltà nell’erogazione della salute in carcere, le asimmetrie normative, nonché la necessaria collaborazione tra diverse istituzioni che, per competenza, sono chiamate ad occuparsi delle persone recluse (amministrazione sanitaria e della giustizia) sono elementi nodali in un sistema così articolato e complesso.

In considerazione delle profonde differenze anche etniche della popolazione carceraria, degli ambienti di vita ma anche delle storie pregresse nonché l’abuso di alcool e sostanze stupefacenti causano aspetti di sofferenza psicologica dovuta anche allo stato di reclusione e che, spesso, si tramuta in psicopatologie rilevanti.

Ai fini della programmazione, la Commissione Permanente per la Salute in carcere definisce le linee di intervento e le attività da realizzare anche in considerazione delle risorse disponibili, anche a seguito di quanto indicato dall’Osservatorio Regionale per la Salute in Carcere.

L'offerta dei servizi sanitari, organizzata secondo il modello *hub and spoke*, individua la CC di Genova Marassi come presidio multispecialistico ad alta complessità di cura (*hub*) e gli altri istituti come "spoke" ove si realizzano prevalentemente interventi di assistenza di base e specialistica.

Nell'anno 2022 è stato avviato un percorso per la definizione di standard minimi sanitari negli Istituti di Pena al fine di realizzare modelli organizzativi dinamici.

In particolare:

- strutturali di accreditamento per i servizi sanitari;
- organizzativi di personale;
- tecnologici.

Il coordinamento della rete sanitaria per la salute in carcere (*hub* Genova Marassi) e l'autonomia del circuito dei servizi in ambito penale, così come definita anche dai più recenti Accordi di Conferenza Unificata rappresentata da procedure omogenee e condivise dagli operatori, consente di regolamentare anche il trasferimento per motivi sanitari connotato da sempre maggiore appropriatezza clinica, così come auspicato anche dall'amministrazione penitenziaria nell'ambito del territorio ligure.

L'*hub* di Genova Marassi, sede di S.A.I., offre prestazioni complesse e multi-specialistiche anche a carattere sovra-aziendale ed è dotata di:

- Reparto di Osservazione Psichiatrica;
- Sezione Articolazione Tutela Salute Mentale;
- Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.);
- Sezione per detenuti con malattie infettive.

In ogni I.P. sono comunque garantiti servizi sanitari anche in considerazione delle dimensioni strutturali, del numero delle presenze, della tipologia dei reati, del turn over dei nuovi ingressi e dei trasferimenti, in attuazione delle Linee Guida per la metodologia e la determinazione del fabbisogno di personale del SSN negli I.P., predisposte da A.Ge.Na.S. e previste dal Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 24 gennaio 2023.

L'obiettivo del nuovo ciclo programmatico definire procedure condivise e percorsi di presa in carico sanitaria omogenei in ogni istituto di pena e l'implementazione del servizio per la tutela della salute mentale quale *hub* sovra-aziendale per i casi più complessi.

In ambito ospedaliero, presso l'AOU San Martino di Genova, sono disponibili 8 posti letto nel Reparto di Medicina protetta dedicato alla popolazione detenuta.

Di seguito, la tabella della Rete dei servizi sanitari secondo il modello *hub & spoke* regionale:

RETE REGIONALE SANITARIA NEGLI IIPP DELLA LIGURIA				
AREA	ISTITUTO PENITENZIARIO	TIPOLOGIA	LIVELLO	PRESTAZIONI
ASL1	CC IMPERIA	Adulti	SPOKE	assistenza di base e specialistica
	CC SANREMO	Adulti	SPOKE	assistenza di base e specialistica
ASL3	CC GENOVA MARASSI	Adulti	HUB	assistenza di base e specialistica intensificata
	CC GENOVA PONTEDECIMO	Adulti (sez. F/M)	SPOKE	assistenza di base e specialistica
	CPA GENOVA	Minori e giovani (M/F)	SPOKE	assistenza di base e specialistica
ASL4	CR CHIAVARI	Adulti	SPOKE	assistenza di base e specialistica
ASL5	CC LA SPEZIA	Adulti	SPOKE	assistenza di base e specialistica

3. PARTE III - La Prevenzione e la promozione della salute

3.1. Premesse

La relazione tra prevenzione e salute si esprime fundamentalmente nel proporre interventi capaci di considerare la "Salute in tutte le politiche". La promozione della salute e in, senso più ampio, del benessere della persona e della comunità, sono garantiti da un continuum di azioni poiché la salute è un sistema complesso che dipende da numerosi determinanti, personali socioeconomici ed ambientali. Vengono riportati sinteticamente i principali interventi da adottare negli ambiti specifici rimandando al Piano Regionale vigente ogni approfondimento.

3.2. Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025

La Regione Liguria, con DGR 18 dicembre 2020, n. 1092 ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ed i contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, dando mandato ad A.Li.Sa. , con il supporto del Settore regionale Tutela della Salute negli Ambienti di Vita e di Lavoro, di predisporre la proposta del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 ed affidando alle Aziende Sanitarie liguri, ad ARPAL ed all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta il compito di partecipare alla pianificazione preliminare attraverso lo sviluppo dei 10 Programmi Predefiniti e la proposta di eventuali Programmi Liberi.

Con DGR n. 1224 del 23/12/2021 "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Liguria anni 2021-2025" Regione Liguria ha formalmente adempiuto ai contenuti dei suddetti atti di Intesa, 127/CSR art. 1 comma 3 e 51/CSR art. 1 comma 4, rispettivamente. Con stesso atto deliberatorio è stata aggiornata la composizione del Tavolo di Coordinamento Regionale del Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025 e dei relativi gruppi di Lavoro per ciascun programma predefinito, 10 "sotto-tavoli" di lavoro, uno per ciascun programma predefinito. La Regione documenta lo stato di avanzamento nella realizzazione del PRP al 31 dicembre dell'anno precedente, raggiungendo standard progressivamente crescenti negli indicatori certificativi. In particolare, la valutazione ministeriale avrà esito positivo se:

- il 60% degli indicatori raggiungerà il valore atteso al 31/12/2022
- il 70% degli indicatori raggiungerà il valore atteso al 31/12/2023
- l'80% degli indicatori raggiungerà il valore atteso al 31/12/2024
- il 90% degli indicatori raggiungerà il valore atteso al 31/12/2025

3.3. Prevenzione Vaccinale

Il documento di riferimento per l'individuazione di strategie efficaci ed omogenee da implementare a livello locale è costituito dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV). In ragione dell'emergenza pandemica legata al COVID-19, con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, la validità del PNPV 2017-2019 è stata prorogata a tutto il 2021 e, ad oggi, non è ancora disponibile una versione aggiornata.

Il Piano Regionale Prevenzione Vaccinale della Liguria, recependo e integrando gli obiettivi del PNPV 2017-2019, si prefigge di:

1. Mantenere lo stato polio-free;
2. Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free secondo gli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc);
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi nazionali di copertura;
4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale;
5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili;
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti);
7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione;
8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni, sostenendo, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva.

Il PNPV 2017-2019 era stato recepito in Liguria con DGR n. 284 del 07/04/2017, adottando contestualmente il calendario vaccinale regionale. Più recentemente, in ragione dell'evoluzione epidemiologica e della disponibilità di nuovi preparati, nelle more di approvazione di un nuovo PNPV aggiornato, a partire dall'anno 2020 l'offerta vaccinale nella nostra regione è stata in parte ampliata ed alcune azioni sono state poste in essere al fine di incrementarne la relativa adesione, come di seguito sintetizzato in ordine cronologico:

- a seguito di Accordo Integrativo Regionale siglato in data 26/07/2018 ed approvato con DGR 802/2018: i) i Medici di Medicina generale dotati dei presidi minimi di gestione delle vaccinazioni si sono resi disponibili a somministrare le vaccinazioni antinfluenzali ai soggetti aventi diritto per età o condizioni di

rischio; ii) sono stati fissati obiettivi di copertura vaccinale antinfluenzale nelle coorti individuate per il calcolo del compenso, incrementale al crescere delle coperture raggiunte tra i propri assistiti over 65 e soggetti < 65 anni con condizioni di rischio; iii) lo stesso accordo ha proposto la partecipazione attiva degli MMG anche all'interno della campagna di vaccinazione anti-Herpes Zoster (HZ) e anti-pneumococco rendendosi disponibili a somministrare le dosi agli aventi diritto secondo PNPV ed agli assistiti che si presentano c/o i loro studi muniti di lettera di convocazione da parte della Asl territorialmente competente;

- con Deliberazione A.Li.Sa. n. 12 del 15/01/2020 è stata implementata l'offerta vaccinale anti-meningococcica negli adolescenti e anti-papillomavirus (HPV) nelle donne di 25 anni di età e nelle donne trattate per lesioni pre-cancerose;

- a partire dalla stagione influenzale 2020/21, l'avvio della relativa campagna di vaccinazione viene anticipato al mese di ottobre e con DGR n. 885 del 15/09/2020 l'offerta gratuita è stata estesa alle fasce di età raccomandate nella Circolare Ministeriale per la stagione 2020/21 e successive (a partire dai 60 anni di età e popolazione pediatrica 6 mesi-6 anni); con la stessa DGR n. 885/2020 è stata inoltre ampliata l'offerta della vaccinazione anti-pneumococcica, prevedendone la proposta attiva al momento della vaccinazione antinfluenzale a tutti i soggetti di età compresa tra i 66 e i 75 anni non precedentemente vaccinati;

- a seguito della disponibilità di un nuovo vaccino ricombinante, comunicata con Circolare Ministeriale n. 8770 del 8/03/2021, in assenza di un PNPV aggiornato, con DGR n. 849 del 28/09/2021, l'offerta della vaccinazione anti-HZ è stata ampliata prevedendone la raccomandazione anche nei soggetti immunocompromessi e garantendo il mantenimento del diritto alla vaccinazione gratuita nei soggetti over 65 che non avevano aderito alla chiamata attiva in occasione del compimento del 65° anno di vita. Contestualmente, in ragione anche delle sedute vaccinali perse e con l'obiettivo di recuperare le lacune immunitarie generatesi durante l'emergenza legata al COVID-19, è stata avviata una campagna di recupero delle vaccinazioni anti-HZ (inizialmente nelle coorti 1955 e 1956) con relativo ampliamento della disponibilità di sedute vaccinali dedicate;

- nel luglio 2021 è stato siglato un Accordo Integrativo con le rappresentanze sindacali dei Pediatri di Libera Scelta per implementare la vaccinazione antinfluenzale nei minori affetti da patologie croniche, nei conviventi/contatti stretti di soggetti a rischio e nei bambini sani ricompresi nelle fasce di età 6 mesi-6 anni.

Risulta strategico procedere all'implementazione di un'anagrafe vaccinale regionale gestita da un software unico in quanto l'informatizzazione centralizzata a livello regionale consentirebbe di disporre di un sistema informativo con caratteristiche omogenee nelle diverse realtà operative aziendali, garantendo la standardizzazione del processo ed eliminando le criticità legate al riallineamento dei dati.

Inoltre, con Decreto del Ministro della Salute 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, è stata istituita, presso il Ministero della salute, l'Anagrafe nazionale vaccini (AVN), di cui all'art. 4-bis del Decreto-Legge del 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n.119. In AVN devono confluire i dati delle anagrafi regionali esistenti in cui sono registrati i soggetti vaccinati e da

sottoporre a vaccinazione nonché le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate e gli eventuali effetti indesiderati.

Al fine di poter disporre di un'anagrafe vaccinale regionale aggiornata in tempo reale, che salvaguardi maggiormente la sicurezza nella pratica vaccinale, che consenta il continuo monitoraggio e la pianificazione strategica dei programmi vaccinali e nella necessità di garantire la confluenza dei dati regionali nell'Anagrafe nazionale vaccini secondo le indicazioni contenute nel disciplinare tecnico allegato al suddetto DM 17/2018, con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 191/2020 è stata formalmente istituita l'“Anagrafe Regionale Vaccini Integrata”.

3.4. Gli screening oncologici

L'analisi di contesto della situazione degli screening oncologici è abitualmente condotta utilizzando i dati inviati annualmente all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

In Liguria, gli screening oncologici coinvolgono ogni anno fino a circa 667.304 persone che costituiscono circa il 45% della popolazione ligure: 445.631 donne (395.138 per lo screening della cervice uterina, 236.546 per gli screening mammografico e coloretale) e 221.673 uomini (screening coloretale).

Per l'attività svolta nel 2021, nonostante i ritardi dettati dalla pandemia e anche allo scopo di recuperare la popolazione non invitata nel 2020, sono state implementate le attività di screening e in ultima analisi rilevati buoni risultati in termini di estensione per tutti e tre i programmi di screening nelle 5 AASSLL, con un range compreso tra il 56% e il 130% per lo screening mammografico, tra il 90% e il 151% per lo screening della cervice e 104% e 184% per lo screening coloretale.

Per quanto riguarda l'adesione all'invito per l'anno 2021, in base a quanto rilevato dalla prima parte della survey condotta dall'ONS e indicato in Tabella 1, la diffidenza da parte dell'utenza è stata ancora alta.

Tabella 1 : Adesione corretta			
	Screening Mammella	Screening Cervice carcinoma	Screening colon-retto
ASL1	36%	28%	28%
ASL2	58%	53%*	27%
ASL3	37%	27%	24%
ASL4	76%	28%	41%
ASL5	81%	31%	27%
Liguria	48%	28%	27%
* In ASL 2 viene utilizzato il Test HPV DNA come screening primario			

I dati forniti dal sistema di sorveglianza PASSI confermano una lieve, ma costante riduzione del cosiddetto screening “spontaneo” per i tre programmi di screening, indicatore indiretto di una miglior capacità di

coinvolgimento della popolazione bersaglio da parte dello screening organizzato. Infatti, confrontando i dati riportati per il triennio 2015-2018 con quelli 2017-2020, risulta che per il colon-retto la copertura da screening spontaneo è passata dal 7,9% al 5,7%, per il mammografico dal 21% al 19,8% e per la cervice dal 48,4% al 45,1%.

Le Aziende liguri, nel corso degli ultimi anni, hanno messo in campo numerose azioni e compiuto importanti passi avanti nel campo degli screening oncologici, sebbene sia necessario un ulteriore sforzo per raggiungere livelli di estensione ed adesione in linea con gli standard nazionali e per recuperare le prestazioni non eseguite nel periodo pandemico. Sulla base delle rilevazioni effettuate dall'ONS in merito alle attività eseguite in Regione Liguria è emerso un ritardo importante per le tre principali tipologie di screening, seppure con notevoli differenze territoriali. In particolare, tale criticità è stata evidenziata nel quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale, in cui sono stati analizzati gli andamenti dei ritardi delle prestazioni effettuate tra il 1° gennaio 2020 ed il 31 maggio 2021 confrontando tale periodo con un analogo periodo di riferimento stimato a partire dai dati del 2019.

Nello specifico, nel Rapporto ONS sono riportati i mesi standard di ritardo e viene di conseguenza stimato il numero di lesioni non diagnosticate tramite screening nel 2021 attribuibili al periodo di lockdown e alle altre fasi di restrizione che hanno caratterizzato l'emergenza sanitaria legata al Covid-19:

- ◆ screening mammografico: 7.6 mesi di ritardo accumulati, che equivale potenzialmente a circa 133 carcinomi mammari non diagnosticati;
- ◆ screening cervicovaginale: 6.8 mesi di ritardo accumulati, corrispondenti a circa 113 lesioni CIN2+ non diagnosticate;
- ◆ screening coloretale: 9.5 mesi di ritardo accumulati equivalenti a circa 46 carcinomi e 254 adenomi avanzati non diagnosticati.

I dati osservati, in termini di patologie non diagnosticate per ritardo nelle attività di screening, possono influire notevolmente sul paziente in termini di: i) tipo di trattamento necessario e, di conseguenza, qualità di vita dei pazienti, ii) morbidità e mortalità, iii) costi per il SSR dovuti al potenziale aumento di casi di patologia avanzata.

Gli obiettivi dei programmi di screening oncologici sono indicati dal PRP 2021-2025 all'interno del **Programma Libero 11** e sono di seguito sintetizzati:

- ◆ Screening mammografico: mantenimento della copertura in atto e dell'adesione all'invito e **prosecuzione dell'invito biennale a screening che verrà progressivamente esteso fino a 74 anni di età come previsto dal corrispondente LEA.**
- ◆ Screening per il carcinoma coloretale: consolidamento dell'estensione al 100% della popolazione bersaglio e iniziative per favorire il miglioramento dell'adesione all'invito.
- ◆ Screening per il cervico-carcinoma: **completamento della transizione da pap test a HPV-DNA test primario ad intervallo quinquennale per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni. Il**

completamento della transizione è previsto in 3 anni. Il passaggio ad HPV-DNA test, in base ai risultati osservati in Asl2 che lo ha adottato nel 2012, dovrebbe favorire un miglioramento del tasso di adesione all'invito.

◆ **Identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.**

Per raggiungere gli obiettivi prefissati e mettere in campo le azioni necessarie, Regione Liguria ha messo in atto diverse strategie:

- ◆ la definizione del percorso per la gestione dei tumori ereditari, iniziato in Regione Liguria nel 2016 con la DGR n. 622 dell'8 luglio 2016 "Approvazione del documento istruttorio dell'ARS Liguria e conseguente individuazione dei centri di senologia nel territorio ligure" che ha visto identificare quale Hub regionale per la Hereditary Breast Ovarian Cancer (HBOC) il centro Tumori Ereditari dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova;
- ◆ approvazione da parte del Dipartimento interaziendale regionale (DIAR) Liguria di Oncoematologia del documento relativo al "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di oncogenetica per la sindrome ereditaria di predisposizione ai tumori della mammella e dell'ovaio (Hereditary Breast Ovarian Cancer – HBOC)", che è in attesa di deliberazione da parte di A.Li.Sa. per consentirne il recepimento da parte delle Aziende Sanitarie (AASSLL e Ospedali).
- ◆ Aggiornamento del protocollo con cui sono state fornite alle aziende le indicazioni operative per le colonscopie effettuate all'interno del programma di screening coloretale (Delibera A.Li.Sa. n. 50 del 19/02/2022);
- ◆ Tra le azioni volte ad aumentare l'adesione allo screening del colon-retto è stata inoltre prevista la stipula di un accordo con le farmacie liguri per l'effettuazione della consegna e del ritiro del kit per la ricerca del sangue occulto fecale così come indicato nel cronoprogramma della DGR 488 del 30/05/2022.

Infine, relativamente allo screening della cervice uterina, in previsione del completamento della transizione da PAP test ad HPV test in tutta la Regione Liguria, sono in atto aggiornamenti e implementazioni dei percorsi e dei protocolli diagnostico terapeutici così come indicato anche dalle recenti linee guida dell'ISS.

Il percorso di individuazione delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici e specifici è stato, in un certo senso, più semplice rispetto alla pianificazione del precedente PRP, grazie sia alla nuova strutturazione del PNP in Programmi Predefiniti (PP), sia dalla disponibilità di altri Piani di rilevanza nazionale nel frattempo intervenuti, come il Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 , il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, che hanno in parte già fornito orientamento per obiettivi specifici, linee strategiche e azioni, oltre ad aver reso applicativa una certa innovazione culturale nell'approccio operativo, quale quello *One Health* fortemente supportato dal PNCAR. L'impianto programmatico del Piano è stato dunque

modificato, passando dalla logica per specifici ambiti di azione o setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro, ambiente sanitario), verso una pianificazione per programmi che rende vincolante una maggiore trasversalità, anche tra realtà e istituzioni differenti e tradizionalmente molto distanti.

3.5. Sistemi di sorveglianza su stili e abitudini di vita della popolazione

È noto come i Sistemi di Sorveglianza in Salute Pubblica siano strumenti che possono contribuire efficacemente sia alla riduzione di morbosità e mortalità, sia al miglioramento della salute della popolazione. Nel nostro Paese costituiscono esempi di successo sistemi di sorveglianza che coprono diverse fasce di popolazione: prima infanzia (0-2 anni), bambini di 8-9 anni (OKkio alla SALUTE), adolescenti (HBSC), adulti (PASSI) e anziani (PASSI d'Argento), coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

I sistemi di sorveglianza sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali intervenire. Un sistema di sorveglianza permette di ottenere informazioni utili sull'andamento della malattia o dei fattori di rischio, di studiare l'influenza dei determinanti sui fattori di rischio e di osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche. Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 individua tra gli indicatori c.d. "CORE" dell'area Prevenzione anche l'"Indicatore composito sugli stili di vita".

Per la loro rilevanza i suddetti Sistemi di Sorveglianza sono stati inseriti all'interno del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017, pubblicato nella G.U. n. 109 del 12 maggio 2017, che riguarda i sistemi di sorveglianza e i registri, riconosciuti come fonti informative di fondamentale importanza ai quali le Regioni devono gradualmente aderire.

La **Sorveglianza ZERO-DUE** di più recente introduzione è un sistema di sorveglianza Nazionale su alcuni determinanti di salute nella prima infanzia (primi 1000 giorni di vita) che si caratterizza come indagine campionaria con rappresentatività nazionale e regionale e con la possibilità di una rappresentatività di livello più basso (Area Vasta, ASL, ecc).

L'indagine, attualmente in corso anche in Liguria, si svolge prevalentemente nell'ambito dei Centri Vaccinali attraverso interviste rivolte alle mamme di bambini di età compresa tra 0 e 2 anni, che vengono reclutati in occasione delle sedute vaccinali (I-II-III esavalente e I MPR/MPRV). Le informazioni raccolte sono relative alla salute del bambino, all'assunzione dell'acido folico prima della gravidanza, al consumo di tabacco e alcol in gravidanza e in allattamento, all'allattamento al seno e ad altri aspetti riconosciuti importanti per la salute del bambino piccolo, quali le vaccinazioni raccomandate, la posizione corretta in culla, la lettura ad alta voce e la sicurezza in auto e in casa.

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza biennale che stima la prevalenza di sovrappeso e obesità attraverso la rilevazione diretta dei valori antropometrici e di alcuni comportamenti nei bambini della classe terza della scuola primaria. Coordinato dal Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (CNaPPS) dell'ISS, è promosso dal Ministero della salute in accordo col Ministero dell'istruzione, università e ricerca, in attuazione del programma Guadagnare salute.

L'acronimo inglese **HBSC** (Health Behaviour in School-Aged Children) si riferisce a comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare. È uno studio internazionale sugli stili di vita dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni (rispettivamente di età 11,13 e 15 anni), svolto ogni quattro anni in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità. In Italia l'ultima indagine è stata condotta durante lo scorso anno scolastico 2021/2022, in particolare nel periodo compreso tra febbraio-maggio 2022. Tale indagine ha preso in esame diversi elementi, dall'analisi del contesto familiare agli stili di vita, che comprendono l'attività fisica, le abitudini alimentari e i comportamenti a rischio.

In Regione Liguria, a conferma dell'ottima sinergia tra il settore scolastico e quello della salute, già sperimentata nelle edizioni precedenti, è stata evidenziata una buona partecipazione delle classi campionate, che, oltre a garantire la rappresentatività del campione, ha confermato l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine.

PASSI e PASSI d'Argento (PdA) sono sistemi di sorveglianza, cui collaborano le Regioni e province autonome, coordinati anch'essi dal CNaPPS dell'ISS. Obiettivo di Passi e PdA è effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese realizza per modificare i comportamenti a rischio.

3.6. Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antibiotico-resistenza. Programmi di controllo ICA e antimicrobial stewardship

La sorveglianza ed il controllo delle ICA rappresentano azioni centrali al fine di garantire la massima sicurezza del paziente nei diversi *setting* assistenziali. La Commissione Regionale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO), recentemente aggiornata con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 125 del 14/04/2022 "Ricostituzione Gruppo Tecnico Regionale per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e sostituzione componenti".

Già con DGR n. 529 del 27/03/2015, in Liguria erano divenute istituzionali alcune attività in materia di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (linee di indirizzo regionali e messa a regime di sistemi di sorveglianza), ma, a partire dall'atto di Intesa Stato-Regioni/PA n. 188 del 2 novembre 2017, con cui è stato approvato il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, tali programmi

sono diventati oggetto di maggiore attenzione da parte di tutte le Regioni e di monitoraggio da parte del Ministero della Salute.

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è di fatto un'emergenza di sanità pubblica a livello globale e la stessa OMS riconosce che possa essere affrontata solo con interventi coordinati multisettoriali nell'auspicio che vengano attuate azioni di contrasto concrete e efficaci che passino attraverso una armonizzazione delle strategie in atto nelle diverse realtà del Paese.

All'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, è ricompreso un intero programma totalmente dedicato alla prevenzione delle ICA e al contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PP10- MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA), che prevede 19 indicatori certificativi ed un unico obiettivo specifico "Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione".

La declinazione del PP10 in Liguria nasce quale prosecuzione ed implementazione delle attività già in essere nella nostra Regione in tema di ICA ed AMR, integrandole con l'intento di raggiungere gli obiettivi indicati dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza, riallocandoli e rivalorizzandoli all'interno del Piano Regionale della Prevenzione.

Fase preliminare alla pianificazione è stata la condivisione degli obiettivi strategici, obiettivi specifici ed indicatori predefiniti dal programma con i principali stakeholder, gruppi tecnici specialistici e gruppi di lavoro regionali (CIO regionale, S.C. Politiche del Farmaco, DIAR di Infettivologia, tavolo regionale PNCAR e tavolo *ad hoc* istituito per la pianificazione regionale del PP10).

Dalla fattiva collaborazione con il personale sanitario delle Aziende Sanitarie liguri, dell'Università e stakeholder di altri Enti esterni al SSR, sono state individuate le linee strategiche di intervento e le azioni utili a perseguire l'obiettivo specifico ed a soddisfare gli standard annuali previsti dai singoli indicatori.

Complessivamente sono state selezionate 29 azioni, di cui 16 prevalentemente orientate alla Salute Umana e 6 di specifica competenza della Sanità Animale, mentre 7 delle azioni complessivamente individuate prevedono un approccio integrato tra le due componenti in coerenza con l'orientamento "One Health".

Molte delle attività previste saranno realizzate tramite il DIAR di infettivologia ed in collaborazione con la S.C. Politiche del farmaco di A.Li.Sa..

Alcune delle azioni individuate consentono di collegare il Programma Predefinito 10 con altri Programmi Regionali, predefiniti e liberi, come il PP01 "Scuole che promuovono salute" attraverso l'inserimento di specifiche progettualità all'interno della più ampia offerta formativa scolastica regionale ed il PP09 "Ambiente, clima e salute" attraverso lo sviluppo di progetti formativi e di sensibilizzazione sul rischio infettivo e sulla tematica delle vaccinazioni, nonché per l'attivazione di flussi informativi potenzialmente interoperabili quali quello relativo alle vaccinazioni somministrate ed i programmi di screening oncologico organizzati.

Di seguito, si riportano schematicamente gli indicatori e le azioni del PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza", così come inserite nel quadro logico del Piano regionale della Prevenzione 2021-2025.

INDICATORI TRASVERSALI				
	INDICATORE	Obiettivo	FORMULA	STANDARD
PP10_OT01_IT01	INTERSETTORIALITÀ: TAVOLI TECNICI INTERSETTORIALI	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	Standard: Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022
PP10_OT02_IT02	FORMAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	Standard: Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022
PP10_OT03_IT03	COMUNICAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR	Standard: Realizzazione annuale del programma di comunicazione
PP10_OT04_IT04	EQUITÀ LENTI DI EQUITÀ	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	Adozione dell'HEA	Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DI PROGRAMMA			
	INDICATORE	FORMULA	STANDARD
PP10_OS01_IS01	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (A)	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Standard: SI (verifica annuale)
PP10_OS01_IS02	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (B)	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: $(N. \text{ strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR}) / (N. \text{ totale delle strutture di ricovero per acuti}) \times 100$	Standard: 100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)

PP10_OS01_IS03	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (C)	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	Standard: Si (entro 2023)
PP10_OS01_IS04	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (D)_LABORATORI	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia	Standard: Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.
PP10_OS01_IS05	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (D)_PROCEDURE	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Standard: SI (entro il 2023)
PP10_OS01_IS06	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (D): A	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Standard: Produzione Report annuale (a partire dal 2022)
PP10_OS01_IS07	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (D): B	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR	Standard: produzione report annuale
PP10_OS01_IS08	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (D): C	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti	Standard: almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
PP10_OS01_IS09	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (D): D	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Standard: 100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
PP10_OS01_IS10	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (E)	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)	Standard: >90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
PP10_OS01_IS11	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (F)	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Standard: n. 3 sorveglianze (entro 2022)
PP10_OS01_IS12	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO (G)	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: $(N. \text{ CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza} / (N. \text{ totale CC-ICA}) \times 100$	Standard: 100% (ANNUALE)

PP10_OS01_IS13	PROMOZIONE DELL'APPLICAZIONE DI STRUMENTI A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (A)	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Standard: 100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025
PP10_OS01_IS14	PROMOZIONE DELL'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (B):	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Standard: almeno 1 iniziativa annuale
PP10_OS01_IS15	PROMOZIONE DELL'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO (C):	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie/Ospedali) x 100	Standard: 100%, (entro il 2025)
P10_OS01_IS16	PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) (A):	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	Standard: 100%, (entro il 2022)
PP10_OS01_IS17	PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) (B):	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100	Standard: 100% (entro 2024)
PP10_OS01_IS19	FORMAZIONE SANITARIA SPECIFICA SULL'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI E LA PREVENZIONE DELLE ICA	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N. Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100	Standard: 100% (entro 2024)

3.7. Azioni associate al programma

Aggiornamento e integrazione protocollo regionale Modifica del protocollo regionale GESTIONE DI ENTEROBACTERIACEAE RESISTENTI AI CARBAPENEMI NELLE STRUTTURE SANITARIE che recepiva le indicazioni contenute nella Circolare Ministeriale "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, redatto in collaborazione con il Gruppo Tecnico Regionale per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza ed approvato con DGR 529/2015, in coerenza con la nuova definizione di caso e le nuove indicazioni contenute nella più recente Circolare Ministeriale "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)" n. 1479 del 17/01/2020.
Sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CRE nelle strutture ospedaliere Sorveglianza attiva delle infezioni/colonizzazioni da CPE tramite tampone rettale o coprocultura. Per l'attività di screening viene indicata una estensione minima ad alcuni dei reparti riconosciuti a maggior rischio, da ampliare ad altre strutture qualora suggerito dalla situazione epidemiologica locale o in occasione di eventi epidemici. <i>Monitoraggio mensile e reporting zero.</i>

Sorveglianza e il controllo delle infezioni da Candida Auris Procedura regionale per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Candida Auris. Attivazione di un tavolo di lavoro regionale multidisciplinare ad integrazione del CIO regionale (microbiologi, infettivologi, igienisti, responsabili rischio clinico delle Aziende, Direzioni Sanitarie) per la stesura di un protocollo regionale secondo le definizioni e gli indirizzi contenuti nella Circolare Ministeriale n. 19275 del 05/06/2020 e successive modifiche e integrazioni.
Monitoraggio regionale consumo antibiotici Monitoraggio regionale ed in tutte le Aziende Sanitarie di molecole antibiotiche "traccianti": a partire dai flussi amministrativi della farmaceutica territoriale ed ospedaliera, su indicazioni del CIO regionale e della Commissione Regionale per l'Antimicrobial stewardship verranno definite le caratteristiche del monitoraggio (molecole e modalità di reportistica). Condivisione con i farmacisti e con i clinici del consumo antibiotico in ambito ospedaliero e territoriale in campo umano alla luce dell'epidemiologia locale e delle scelte terapeutiche attuate.
Richiesta motivata Revisione e aggiornamento DGR 1268/2009: condizionare la fornitura di alcuni principi attivi attraverso meccanismi di richiesta motivata e relativo monitoraggio tramite report aziendali e regionali.
Richiesta motivata: reportistica Report annuale relativo ai dati rilevabili dalle schede di richiesta motivata.
Marketing sociale Interventi di marketing sociale (predisposizione di materiali di comunicazione) per promuovere e migliorare la comprensione e la consapevolezza del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza e dell'uso appropriato degli antibiotici nella comunità e nei professionisti sanitari. Interventi rivolti alla popolazione nel periodo 18-24 novembre, settimana mondiale della consapevolezza antimicrobica.
Offerta formativa AMR Definire progetti formativi sul tema del fenomeno dell'AMR e dell'appropriato utilizzo degli antibiotici, a partire dai cicli scolastici primari, da inserire all'interno dell'offerta formativa scolastica regionale, formalizzata da A.Li.Sa. in collaborazione con Regione Liguria, l'Ufficio Scolastico Regionale e le AASSLL. Con D.G.R. n. 1293/2016 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Liguria e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria relativo alle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole e con la deliberazione di A.Li.Sa. n. 28/2018 è stato Istituito il Tavolo regionale "Educazione alla salute nelle scuole", coordinato da A.Li.Sa., con compiti di progettazione delle attività, pianificazione degli interventi e valutazione di efficacia degli interventi attuati, per garantire sul territorio regionale una modalità comune ed uniforme di gestione delle attività di competenza in materia di salute destinate al mondo della scuola.
Sorveglianza ICA Indagini puntuali annuali a valenza regionale di prevalenza delle ICA e dell'uso di antibiotici: secondo il protocollo di indagine proposto da ECDC nel 2016, ogni anno, a partire dal 2022, verrà condotta un'indagine di prevalenza delle ICA e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti in tutti gli ospedali pubblici della Liguria. Studi di sorveglianza puntuali sull'utilizzo dei devices (accessi intravascolari e catetere vescicale) in Ospedale ed RSA.
CIO Aziendali Ricognizione e revisione della composizione dei Comitati Aziendali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
Team Antimicrobial stewardship Istituzione in tutte le Aziende Sanitarie di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship.
Gruppo Tecnico Regionale per il controllo delle ICA Rinnovo dei componenti e formale istituzione del Gruppo Tecnico Regionale per il controllo delle ICA: formalmente istituito con Determinazione di ARS Liguria n. 58 del 19/05/2014 e successivamente rinnovato con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 97 del 29/03/2019, in ragione di sostituire alcuni componenti ed integrare le competenze.

Cabina di regia “One Health” Istituzione di una Cabina di regia “One Health” a livello regionale: istituzione di un gruppo multidisciplinare regionale con il mandato di definire le politiche di governo dell’uso responsabile degli antibiotici, in armonia con le politiche di controllo delle infezioni e del CIO regionale e del Dipartimento Interaziendale Regionale (DIAR) Malattie Infettive (DGR 1136 del 30/12/2020) responsabile dei programmi di Antimicrobial stewardship in tutte le Aziende.
Protocollo regionale prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni comunitarie e nosocomiali Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni e sistema di valutazione della loro adozione: al fine di omogeneizzare l’approccio diagnostico e le modalità di trattamento la stesura di un protocollo regionale sarà affidata al DIAR Malattie Infettive.
Progetti formativi per operatori sanitari Moduli formativi regionali sull’uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA: residenziali o FAD da applicare localmente nelle AASSLL e Ospedali, per i professionisti del SSR e personale in convenzione (MMG/PLS). Piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026). Missione 6 del PNRR* Sub investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici Attivazione di flusso organizzato di monitoraggio del consumo di gel idroalcolico con report annuale dal 2022: con la collaborazione del CIO regionale e la S.C. Politiche del Farmaco di A.Li.Sa, saranno definite le modalità operative.
Sistema di sorveglianza dell’AMR in ambito umano Adesione regionale al Sistema Nazionale di Sorveglianza dell’antibiotico-resistenza (AR-ISS) con incremento progressivo dei laboratori aderenti che rappresentino almeno il 15% delle gg deg regionali e successivo mantenimento.
Sorveglianza e monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario Analisi dei dati provenienti dai flussi della farmaceutica territoriale e dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV per la predisposizione di report annuale.
Report annuale su ICA e AMR Ciascun CIO Aziendale predispone un report annuale aziendale sulle Infezioni Correlate all’Assistenza a partire dai dati correnti provenienti dai flussi attivati nella nostra Regione (indagini di prevalenza, consumo di antibiotici, dati di laboratorio su AMR).
Sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) Identificare un modello organizzativo regionale per la sorveglianza dei casi di infezione invasiva da CRE secondo le indicazioni contenute nella Circolare Ministeriale n. 1479 del 17/01/2020, che preveda reporting annuale a ISS.
Protocollo regionale per la prevenzione del rischio infettivo in chirurgia Aggiornamento e implementazione di Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni in chirurgia, secondo quanto emerso dal profilo di equità, che evidenzia un differente profilo prescrittivo e di appropriatezza della profilassi antibiotica preoperatoria. La stesura di un protocollo regionale sarà affidata al DIAR Malattie Infettive e/o al Gruppo tecnico regionale per la sorveglianza dell’antimicrobico-resistenza e per il corretto consumo di antibiotici nel settore umano (istituito con Deliberazione A.Li.Sa. n. 145 del 8/06/2018).
Anagrafe laboratori regionali sorveglianza animale AMR Creazione anagrafica dei laboratori pubblici e privati coinvolti nella sorveglianza dell’AMR sia su animali da produzione di alimenti che da compagnia.

Procedura indagine patogeni rilevanti
Attivazione di una procedura per effettuare indagini intersettoriali in seguito a isolamento di patogeni rilevanti per la salute pubblica.
Report annuale su consumo antibiotici in Sanità Animale
Pubblicazione di un report annuale sul sito regionale sui consumi di antibiotici veterinari, suddivisi per singola azienda Usl e rapportati alle specie e categorie presenti sul sistema informativo Vetinfo ClassyFarm, espressi in DDDvet.
Reportistica su PRR
Invio ai servizi veterinari delle aziende Asl e pubblicazione sul sito regionale di un report annuale relativo alle attività di campionamento nell'ambito del PNR e del piano regionale residui, illustrativo delle risultanze generali (compresi gli esiti inferiori a LMR in assenza di corretta registrazione del trattamento) e delle indicazioni scaturite.
Monitoraggio uso di antibiotici in ambito veterinario
Programmazione annuale del piano dei controlli di farmacovigilanza negli animali destinati alla produzione di alimenti, utilizzando, per la selezione degli allevamenti da inserire nel piano, criteri basati sul consumo di antibiotici e sull'utilizzo di antibiotici di importanza critica per l'uomo.
Classificazione del rischio negli allevamenti
Utilizzo della categorizzazione del rischio basata sui dati forniti dal sistema informativo Vetinfo Classyfarm per classificare gli allevamenti in base al rischio collegato all'antibiotico resistenza.
Implementazione utilizzo check list ministeriale
Utilizzo da parte di tutte le Aziende Asl del territorio regionale della check list ministeriale per il controllo di farmacovigilanza negli allevamenti DPA, che comprende una sezione specifica mirata alla verifica dell'uso prudente degli antibiotici in allevamento.
Incontri di sensibilizzazione e aggiornamento
Realizzazione di un incontro almeno annuale con allevatori, veterinari, farmacisti o altri stakeholder interessati.

3.8. Le scuole che promuovono salute

Il Programma delle "Scuole che promuovono salute", all'interno del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, si propone di agire su molteplici ambiti quali la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e trasmissibili, prioritarie per la sanità pubblica, le dipendenze da sostanze da abuso e i comportamenti, l'incidentalità domestica e stradale, gli infortuni e gli incidenti sul lavoro, le malattie professionali, e intervenire sulla tutela dell'ambiente, clima e salute.

Tale programma prevede di strutturare un percorso partecipato e continuativo tra la Scuola e la Sanità che riconosca e comprenda formalmente il ruolo della promozione della salute e del benessere dell'intera comunità scolastica con il ruolo specifico del Tavolo di Coordinamento Regionale del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 con quelli dei programmi predefiniti (Decreto del Direttore Generale n. 3674/2021) e quello regionale, specifico delle scuole, costituiti da referenti di Regione, A.Li.Sa., AA.SS.LL. e Ospedali, Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria (USR) e altri portatori di interesse. Grazie al supporto degli enti del SSR, dell'USR, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Piemonte-Liguria-Valle d'Aosta (IZSPVLV), dell'Ufficio Sanitario Provinciale della Questura, dell'INAIL sono state individuate le priorità territoriali che prevedono la realizzazione di interventi mirati. Le istituzioni coinvolte hanno il mandato di collaborare con

la comunità scolastica per il raggiungimento del benessere psico-fisico e l'aumento della consapevolezza nella popolazione interessata, al fine di generare le "*life skills*" fondamentali per condurre il singolo individuo verso scelte favorevoli per la salute del singolo e della collettività.

La collaborazione tra "Scuola" e "Sanità", già da tempo sperimentata nella nostra Regione, ha progressivamente maturato un favorevole clima rendendo più facile la progettazione delle azioni da intraprendere e la successiva partecipazione da parte dei destinatari finali.

Specificatamente, si intende procedere su alcune azioni principali:

- "Scuola ligure che promuove salute", da realizzarsi attraverso incontri dedicati con le scuole;
- Orientamento alla pratica sportiva in età scolastica, rivolta ad alunni delle scuole primarie che non praticano alcun tipo di attività fisico-motoria (7-9 anni), da realizzarsi in collaborazione con il CONI, Sport e Salute e le associazioni sportive;
- Formazione dei formatori per la promozione di sani stili di vita. I destinatari sono personale sanitario e personale scolastico. Attività fisica curriculare per gli studenti con disabilità;
- Offerta formativa relativa agli interventi in ambito sanitario, su richiesta del Dirigente scolastico, erogati da soggetti pubblici e privati a vario titolo coinvolti. Il Tavolo regionale attribuisce maggiore rilevanza agli interventi: Unplugged, Pedibus, Diario della salute, Paesaggi di Prevenzione, Okkio alle 3 A, Disturbi del comportamento alimentare, Life skills, Peer education, prevedendone un'offerta estensiva sul territorio regionale;
- Offerta formativa su vaccini e malattie infettive prioritarie, per una corretta informazione sulle misure di prevenzione delle malattie trasmissibili e su quelle prevenibili mediante vaccinazione, ai fini di una adesione consapevole;
- "Alimentazione dei primi 1000 giorni", promozione, protezione e sostegno all'allattamento per disporre di personale formato ed aggiornato in grado di applicare modelli formativi e pratiche basate sulle prove di efficacia, affinché ogni madre e il suo bambino possano ricevere un'assistenza coerente con le linee guida e raggiungere gli standard definiti da OMS e UNICEF;
- Progetto "NIDA-individuazione precoce disturbi dello sviluppo 0-36 mesi" (deliberazione di A.Li.Sa. n. 238/2021) con partecipazione al *Network* Italiano per il riconoscimento precoce dei Disturbi dello spettro Autistico. L'obiettivo è istituzionalizzare una rete di coordinamento territoriale tra le parti coinvolte per il riconoscimento, la valutazione e l'intervento precoce;
- Ristorazione scolastica: percorso formativo per gli operatori della ristorazione scolastica secondo quanto indicato dagli obiettivi strategici del PNP 2020-2025 per favorire l'adozione di abitudini alimentari. Con D.G.R. n. 695 del 15/07/2022 sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'alimentazione preventiva, la nutrizione clinica e la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica della regione Liguria";
- Formazione nelle scuole sul rischio chimico - piano regionale controlli REACH&CLP, attraverso modalità interattive e partecipative, si intende far comprendere ai giovani l'impatto delle sostanze chimiche

sull'uomo e sull'ambiente ed il complesso sistema regolatorio europeo che disciplina l'impiego di prodotti chimici e il ruolo attivo degli studenti nel contesto;

- Scuole in movimento (azione *equity-oriented*): si prevede una promozione e implementazione della mobilità attiva su tutto il territorio ligure, anche in considerazione degli esiti della pandemia COVID-19, attraverso la trasmissione di informazioni, e gli accordi con associazioni di volontariato al fine di incentivare il progetto PEDIBUS.

3.9. Sorveglianza integrata piani pandemici

Tra le iniziative che andranno sviluppate nel periodo di vigenza del PSSR vengono indicate le seguenti, caratterizzate da un coinvolgimento interdisciplinare e dall'attivazione di sistemi di alert interconnessi.

- Sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica con i servizi Di Prevenzione e di Sanità animale per il monitoraggio e la tipizzazione di ceppi ad alta patogenicità di influenza aviaria tipo A H5N1.

La peste suina africana è una malattia virale infettiva che colpisce i suini detenuti e selvatici e può avere conseguenze gravi sulla popolazione animale interessata e sulla redditività dell'allevamento; di fronte ad emergenze di tale tipologia ci si trova a gestire anche fenomeni legati alla sinantropia degli cinghiali nelle aree urbane densamente antropizzate delle zone del territorio interessate dalla malattia.

- Sorveglianza attiva e passiva, secondo il Reg Ue 2016/429 normativa in materia di sanità animale, sulle malattie degli animali trasmesse per contatto diretto tra gli animali o tra gli animali e l'uomo; a seguito dei recenti focolai di Peste Suina Africana in regione Liguria è stato adottato il regolamento di esecuzione (UE) 2021/605 della Commissione che stabilisce misure speciali di controllo della peste suina africana.

3.10. Sicurezza alimentare e sanità animale

Nel campo della Sicurezza alimentare e sanità animale vengono inoltre indicati i seguenti obiettivi innovativi:

Primo obiettivo di Innovazione anni 2022- 2025: Progetto riguardante la sicurezza alimentare che verte sulla realizzazione di un sistema informativo comune per i servizi veterinari di Igiene degli alimenti di origine animale e Igiene allevamenti e produzioni zootecniche e area medica di Igiene alimenti e Nutrizione (IAN) di tutte le cinque AASSLL liguri in cui convergano le attuali installazioni locali in un'unica piattaforma regionale a cui sarà collegato un osservatorio per l'analisi e la rendicontazione delle attività di controllo ufficiale dei Dipartimenti di Prevenzione.

Questo consentirà di ottenere una omogeneità ed uniformità del sistema informativo a supporto di tutti i Servizi Veterinari regionali e lo IAN. Si procederà anche alla creazione di un Cruscotto di analisi e monitoraggio con predisposizione di report rispondenti ai debiti informativi ministeriali (LEA), ma anche ad esigenze specifiche del sistema. Infatti con l'entrata in vigore del Reg UE 2017/625 che ha il primario

scopo di “Assicurare un approccio armonizzato in materia di controlli ufficiali e di altre attività ufficiali, effettuati al fine di garantire l'applicazione della legislazione dell'Unione in materia di filiera agroalimentare”; e del D.lgs 32/2021 in cui vengono stabilite le modalità di finanziamento dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali; è previsto che le Asl territoriali facciano una categorizzazione degli stabilimenti di Operatori del settore degli alimenti e dei mangimi al fine di prevedere la frequenza dei controlli da espletare e la conseguente tariffazione annua a loro carico. Queste tariffe, a carico degli operatori dei settori interessati sono destinate e vincolate alle Autorità competente e sono finalizzate ad assicurare adeguate risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per organizzare, effettuare e migliorare il sistema dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea. Il nuovo sistema informativo predisporrà in automatico la classificazione del rischio degli stabilimenti e il conseguente calcolo della corretta tariffazione da applicare a seconda anche della tipologia produttiva.

Secondo obiettivo di innovazione: E' previsto dalla normativa vigente Reg UE 2017/625 art. 11 “Trasparenza dei controlli ufficiali” che le Autorità competenti effettuano i controlli ufficiali con un livello elevato di trasparenza e, almeno una volta all'anno, mettendo a disposizione del pubblico, anche pubblicando su internet, le informazioni pertinenti riguardanti l'organizzazione e lo svolgimento dei controlli ufficiali creazione per quanto concerne le tematiche della sicurezza alimentare della sanità animale, benessere animale antimicrobico resistenza etc. di uno spazio dedicato all'interno dei siti istituzionali in cui divulgare ed informare il cittadino sulle attività legate alle competenze specifiche dell'aree di competenza. Per tutto ciò premesso, si rende necessario e cogente la creazione di una piattaforma all'interno dei siti istituzionali in cui poter inserire la relazione annuale del Piano integrato dei controlli ufficiali, informazioni e avvisi rivolti al pubblico cittadino. La consultazione di questa parte pubblica dei siti aziendali garantisce la trasparenza dei controlli ufficiali e tutti le altre attività ufficiali.

4.PARTE IV - La rete ospedaliera ligure

4.1. Rete ospedaliera regionale: azioni e cambiamenti dell'offerta nell'ultimo triennio (2019-21)

4.1.1. L'offerta ospedaliera e i principali indicatori

La rete ospedaliera pubblica del Sistema Sanitario Regionale ligure comprende gli stabilimenti delle 5 Aziende Sociosanitarie Locali (ASL), 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (AOU Policlinico S. Martino e Istituto pediatrico G. Gaslini), l'Ente Ospedaliero Galliera (ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione) e l'Ospedale Evangelico Internazionale (ente ecclesiastico civilmente riconosciuto).

In tale contesto, gli IRCCS regionali - il Policlinico San Martino riconosciuto nelle discipline "neuroscienze ed oncologia", e l'Istituto Giannina Gaslini riconosciuto nella disciplina "materno infantile" - costituiscono HUB di riferimento regionale rispettivamente per le aree tematiche "oncologia e neurologia" e "pediatria".

Gli erogatori privati accreditati contrattualizzati con attività ospedaliera presenti in Liguria includono la casa di cura Sant'Anna a Imperia, la Clinica San Michele ad Albenga, l'Istituto Maugeri a Genova, l'Istituto Cardiovascolare Camogli, l'Istituto Clinico di alta specialità a Rapallo, la casa di cura Alma Mater a La Spezia.

L'attuale offerta presente negli ospedali della Regione è pari a 4.935 posti letto per acuti e 766 posti letto per post-acuti (riabilitazione e lungodegenza).

La definizione dell'offerta ospedaliera non può prescindere dal contesto demografico ed epidemiologico. La densità demografica media regionale, pari a 282 abitanti per kmq, è elevata rispetto alla media sia nazionale (197 ab./Kmq), sia europea (109 ab./Kmq per l'UE27). Una forte concentrazione abitativa si registra nella provincia di Genova, dove vive il 54,2% della popolazione ligure. La Spezia, Savona, Sanremo e Imperia si caratterizzano per un'offerta di servizi di rilievo sovracomunale e da dinamiche socio-economiche complesse che generano, in alcuni casi, veri e propri sistemi territoriali integrati con i Comuni minori che su di esse gravitano, configurandosi come aree urbane medie.

In questo contesto, caratterizzato da una elevata urbanizzazione costiera e da aree interne a scarsa densità abitativa, la creazione di un'efficace rete dell'emergenza-urgenza e di percorsi di centralizzazione compatibili ad una risposta gold-standard per le patologie tempo-dipendenti diventa elemento centrale nella caratterizzazione complessiva dell'offerta.

Al fine di meglio comprendere l'attuale configurazione dell'offerta a partire dal Sistema Emergenza-Urgenza, si riportano le distanze e i tempi di percorrenza medi delle città sede di Pronto Soccorso o DEA

presenti in Liguria:

Rete Emergenza - Distanza tra i Presidi sede di PS/DEA per adulti in Regione Liguria				
Sede di:	Da:	A:	Distanza (km)	Tempo di percorrenza medio (min.)
PS	Ospedale di Bordighera	Ospedale di Sanremo	16	30
DEA I	Ospedale di Sanremo	Ospedale di Imperia	36	35
PS	Ospedale di Imperia	Ospedale di Pietra Ligure	46	40
DEA II	Ospedale di Pietra Ligure	Ospedale di Savona	38	36
DEA I	Ospedale di Savona	Ospedale OEI di Voltri	29	35
PS	Ospedale OEI di Voltri	Ospedale Villa Scassi	19	28
DEA I	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Galliera	6	14
DEA I	Ospedale Galliera	Ospedale San Martino	5	14
DEA II	Ospedale San Martino	Ospedale di Lavagna	37	44
DEA I	Ospedale di Lavagna	Ospedale di La Spezia	65	56
DEA I	Ospedale di La Spezia	Ospedale di Sarzana (PS)	15	21

Nella descrizione della capacità di offerta ospedaliera del nostro SSR è necessario utilizzare il 2019 come anno di riferimento e ripercorrere la sua evoluzione in corso di evento pandemico. La pandemia SARS-CoV2 ha infatti causato una contrazione delle attività del 23% nel 2020 e del 16% nel 2021, ed i programmi di recupero delle prestazioni non erogate, per cause dirette o indirette, necessitano di un importante approfondimento (descritto nei capitoli successivi) per gli innumerevoli risvolti logistici, strutturali ed organizzativi che il sistema sanitario Regionale ha affrontato e deve ancora affrontare. Nell'allegato tecnico sono riportati i ricoveri nella nostra regione stratificati per regime, modalità e classe d'età (Tavola 7).

Il tasso di ospedalizzazione ligure per il 2019, anno di *benchmark*, precedente alla pandemia COVID19, è risultato pari a 163 ricoveri ogni 1.000 residenti, di cui 124 ricoveri ordinari e 39 diurni, superiore del 22,5% rispetto al dato nazionale, pari a 133 ricoveri/1.000 residenti, di cui 102 ricoveri ordinari e 30 diurni. Gran parte della differenza è riconducibile agli elevati indici di invecchiamento della popolazione ligure. Tuttavia, lo stesso dato standardizzato per età mostra valori Regionali e Nazionali rispettivamente di 141,7 e 124,3 ricoveri ogni 1.000 residenti (+14%), e ciò implica che non solo l'età avanzata impatta sull'elevato numero di ricoveri nel nostro territorio.

Durante il 2020, tra gli effetti della pandemia abbiamo assistito ad un calo del tasso di ospedalizzazione Nazionale e Regionale, con valori pari rispettivamente a 104 (-22%) e 121 (-26%) ricoveri ogni 1000 residenti. Durante il 2021, benché non vi siano dati ancora disponibili a livello Nazionale, si è assistito in Liguria ad una graduale ripresa delle attività, con un tasso di ospedalizzazione ligure pari a 146 ricoveri ogni 1.000 residenti (+21% rispetto al 2020), in conseguenza della forte riorganizzazione dei percorsi dovuta alla pandemia ancora in corso.

Per quanto riguarda i dati di mobilità passiva sanitaria di ricoveri per acuti, ovvero i ricoveri di cittadini liguri presso strutture fuori regione, il tasso standardizzato per età in Liguria nel 2019 risulta pari a 13,7 ricoveri

ogni 1.000 residenti.

La mobilità sanitaria, e in particolare quella per i ricoveri ospedalieri che ne costituisce la componente principale, è un fenomeno complesso. Le principali cause sono riconducibili a:

- ♦ Tempi di presa in carico del cittadino moderatamente lunghi, sia per la parte ambulatoriale che per gli interventi chirurgici. Gli utenti scelgono un presidio, anche fuori Regione Liguria, per ricevere cure appropriate e qualificate che rispondano in tempi più brevi;
- ♦ Complessità della domanda sanitaria –reale o presunta-, per cui il cittadino sceglie la struttura qualificata in altra Regione in grado di garantire percorsi e professionisti “a elevato volume”;
- ♦ Capacità di attrazione da parte di professionisti che operano in strutture fuori regione;
- ♦ Fattori logistico-spaziali – il cittadino sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione che non è la regione di residenza.

Lo studio dei determinanti e le azioni mirate a migliorare quali-quantitativamente l'offerta e la presa in carico dei pazienti sono alla base per affrontare una delle maggiori criticità, ovvero la difficoltà di governo delle liste di attesa, che si riflette nella latenza tra la prenotazione e la prima visita del paziente attraverso i canali disponibili del SSR.

Nell'allegato tecnico sono descritti (**Tavola 8**) i principali MDC di mobilità passiva negli ultimi 3 anni.

Nell'ottica di contrastare e governare la mobilità sono necessarie azioni sinergiche: l'implementazione dell'offerta con erogatore sia pubblico, sia privato, il rafforzamento del governo dei percorsi clinico-organizzativi e le sinergie tra i professionisti e le strutture presenti sul territorio.

I Dipartimenti Inter-Aziendali Regionali (D.I.A.R., approfondimento nel capitolo 6) hanno la funzione centrale di definire, condividere e gestire il governo dei percorsi, riprendendo l'attività interrotta a causa dell'emergenza sanitaria, onde poter garantire ai pazienti un percorso orizzontale di continuità assistenziale. Relativamente alle prestazioni ambulatoriali, sarà necessario assicurare prescrizioni appropriate e condividere con i medici curanti percorsi e priorità.

4.1.2. Le principali azioni intraprese

L'ultimo triennio si è caratterizzato per il consolidamento del percorso di riconfigurazione dell'organizzazione del S.S.R. previsto dalle leggi di riforma con l'implementazione degli strumenti previsti dal precedente Piano Sociosanitario Regionale (P.S.S.R. 2017-2019) e dagli altri documenti di programmazione strategica, seppur in un quadro caratterizzato dalla risposta all'emergenza pandemica che ha determinato una profonda ridefinizione della domanda a partire da febbraio 2020 e che perdura tutt'oggi. Elementi caratterizzanti la risposta della sanità Ligure alla pandemia COVID-19 e alla successiva implementazione dell'offerta sono stati il potenziamento di istituti delineati già nel piano sociosanitario precedente e operativi, il consolidamento dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) e dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.), e l'individuazione di nuove strutture di coordinamento quali la Struttura Tecnica di Missione (STEM), cabina di regia che vede la partecipazione oltre al Coordinatore, dei Direttori Generali dei Dipartimenti Regionali di Salute, Bilancio, Affari Generali e di A.Li.Sa. La Struttura Tecnica di

Missione rappresenta un modello innovativo a livello nazionale ed un unicum trasversale che mira a guidare la programmazione di medio e lungo periodo sia per la realizzazione del piano di edilizia sanitaria che per la gestione delle risorse del Recovery Fund e per il piano di gestione delle liste di attesa.

Il processo di riforma del S.S.R. (LL.RR. n.17 del 29/7/2016 e n.27 del 18/11/2016), improntato sui principi di equità, efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria, ha visto la progettazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi i quali hanno comportato che la separazione dei momenti di valutazione dei bisogni e della domanda di salute, la programmazione sanitaria e sociosanitaria e il governo dell'offerta venissero unificate e centralizzate nell'Azienda Ligure Sanitaria. A.Li.Sa, istituita con L.R. n.17/2016, è dotata di funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e *governance* delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del S.S.R.. Nell'ultimo triennio ha affiancato all'attività di proposta, supporto e operatività delle strategie per la rilevazione continua dei dati, al consolidamento e l'organizzazione delle reti di specialità, allo sviluppo del sistema autorizzativo sanitario e di accreditamento istituzionale, allo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale e l'elaborazione di modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, il ruolo di coordinamento della risposta alla pandemia.

La DGR n.1136 del 30/12/2020 ad oggetto "Indirizzi per la riorganizzazione del sistema sanitario Regionale – primi provvedimenti propedeutici" ha disegnato la riorganizzazione del sistema sanitario ligure ridefinendo il ruolo di A.Li.Sa. all'interno del S.S.R., evidenziando la riorganizzazione improntata agli indirizzi di: (i) potenziamento, presso A.Li.Sa., delle funzioni di coordinamento, presidio e monitoraggio dell'emergenza sanitaria di qualsiasi natura, comprese epidemie e pandemie; (ii) ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, sulla base di una complessiva revisione organizzativa dei suoi assetti, (iii) concentrazione delle funzioni di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e di programmazione e gestione delle risorse in capo all'amministrazione regionale.

Il ruolo strategico di A.Li.Sa. nel governo dell'offerta sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata accreditata, nella valutazione dei fabbisogni e della domanda di salute, nell'attività programmatiche e di monitoraggio delle *performance* del SSR, si avvale del contributo dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.), la cui attività è stata fortemente potenziata nel corso dell'ultimo triennio; istituiti nel 2017 con R.R. n.27, finalizzati a dotare il S.S.R. di uno strumento organizzativo di programmazione, di integrazione dei livelli di assistenza e delle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché a costituire un'occasione di indirizzo, governo e confronto professionale, rappresentano la risposta organizzativa per superare la frammentazione assistenziale e l'autoreferenzialità a favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi *evidence-based*. Il modello che si è rafforzato propone una triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di *governance* sul territorio regionale.

Nell'ambito delle attività del prossimo triennio sono previsti l'aggiornamento e il potenziamento dei percorsi clinici-terapeutici-assistenziali, in stretta sinergia con le opportunità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) e in linea le più attuali conoscenze scientifiche.

Recentemente, con la DGR n.155/2022 "Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR). Funzioni di coordinamento e d'indirizzo" e la successiva delibera A.Li.Sa. n.227/2022 sono stati individuati nuovi DIAR e i coordinatori per il triennio 2022-24; inoltre, la delibera A.Li.Sa. n.153/2022 ha aggiornato e approvato il nuovo regolamento DIAR al fine di favorire una partecipazione più capillare e una maggiore operatività.

Il profondo cambiamento della architettura ha, dunque, potenziato l'integrazione orizzontale dell'organizzazione a matrice e ne ha rafforzato il governo. La nuova organizzazione persegue, quindi, un unitario modello assistenziale in cui insiste la rete clinica e la triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di *governance* sul territorio regionale. Questo modello di piena integrazione si basa su una radicale riconfigurazione del sistema di erogazione con integrazione delle responsabilità, delle risorse e dei finanziamenti all'interno di un unico quadro organizzativo. In ragione del potenziamento della configurazione orizzontale del sistema, l'obiettivo è consentire la gestione interna dell'intero percorso assistenziale del paziente.

Come è evidenziato nel capitolo 2, la pandemia causata da SARS-CoV2 ha, provocato un drammatico impatto sia diretto, sia indiretto sul sistema sanitario regionale (SSR), con ripercussioni nel breve e medio termine sull'offerta sanitaria, sull'organizzazione di sistema e sui percorsi clinico-organizzativi. La riorganizzazione delle attività ospedaliere per garantire maggiore sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, al fine di contenere la diffusione del virus SARS-CoV-2 nei diversi *setting* erogativi e l'incremento della domanda sanitaria, ha portato al potenziamento dell'offerta per l'assistenza ai pazienti COVID-19 e determinato nella prima ondata pandemica una riduzione dell'attività in elezione con una significativa diminuzione delle attività chirurgiche e ambulatoriali. La rimodulazione dei percorsi assistenziali durante le fasi più acute della pandemia ha comportato modelli di presa in carico più complessi sia in termini di diagnosi sia in termini di trattamento per condizioni diverse da COVID-19.

La risposta assistenziale della Rete Ospedaliera è stata caratterizzata da diverse fasi, ciascuna rappresentata da un modello organizzativo e da obiettivi assistenziali diversi.

In termini di programmazione sanitaria al fine di riassorbire nel breve termine la domanda sanitaria espressa e arretrata latente, accumulata nel corso del 2020 e nei primi mesi del 2021, con DGR n.717/2021 è stato approvato il programma "Restart Sanità- Risposta al fabbisogno sanitario: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022)" con l'obiettivo di rispondere al fabbisogno sanitario dei cittadini liguri, inevaso per la pandemia da Covid-19.

L'elemento innovativo del programma è riposto nella duplice risposta con coinvolgimento di tutti i canali dell'offerta sanitaria da quelli pubblici con produzione diretta da parte del SSR a quelli a finanziamento privato da parte di soggetti autorizzati accreditati.

La successiva DGR n.833/2021 “Programma Restart Sanità. Indirizzi alle Aziende ed Enti del SSR per il recupero dei volumi di prestazioni in risposta al fabbisogno individuato nella DGR n.717/2021” ha previsto il costante monitoraggio dell’andamento della progressione economico-produttiva delle Aziende ed Enti attraverso un cruscotto di monitoraggio.

A.Li.Sa. ridefinisce periodicamente il fabbisogno sanitario dei cittadini liguri, declinato per disciplina e sulla base della domanda socio-sanitaria e della disponibilità dell’offerta, fornendo alle strutture regionali il supporto valutativo e programmatorio e alle aziende erogatrici il feedback indispensabile per le azioni di risposta. Dalla puntuale valutazione dei processi e delle performance organizzative, nella prospettiva delle risorse umane e tecnologiche e delle attività, e dal perseguimento dell’appropriatezza e dell’efficienza, nasce il ridisegno delle azioni di potenziamento dell’offerta e della logistica sulla distribuzione delle risorse a disposizione.

4.2. Piani di risposta alle emergenze pandemiche

La programmazione di indirizzo per le azioni di contrasto alla pandemia da COVID-19 che le Aziende socio-sanitarie e gli ospedali sono stati chiamati ad intraprendere, e tuttora li vedono coinvolti, è stata realizzata, in coerenza con le indicazioni ministeriali e commissariali, attraverso il coordinamento di A.Li.Sa., il Dipartimento Salute e Servizi Sociali e Protezione Civile che hanno operato in sinergia con il soggetto attuatore (Decreto del Capo Dipartimento della Protezione civile del 27/02/2020), nonché supportata costantemente dalla Presidenza della Regione per i diversi ambiti di intervento. Di seguito sono descritti sinteticamente la declinazione regionale del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, che rappresenta il documento programmatico alle emergenze epidemiche, e l’implementazione della risposta ospedaliera successiva alla prima ondata pandemica.

4.2.1. L’organizzazione regionale in risposta alla pandemia: PanFlu 2021-2023

L’influenza, per sua natura, rappresenta una rilevante minaccia per la sanità pubblica alla quale occorre prepararsi tempestivamente. La disponibilità del piano di risposta pandemica offre l’opportunità di rafforzare la preparazione per la gestione anche di altre minacce sanitarie. La pianificazione e la preparazione sono, infatti, fondamentali per contribuire a mitigare il rischio e l’impatto di una pandemia e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle attività ordinarie.

Una pandemia influenzale ha il potenziale di rappresentare un notevole rischio di salute e quindi di causare alti livelli di morbidità e mortalità, confondendo la comunità sia dal punto di vista sociale che economico. Come per ogni altra minaccia, occorre prevenire, ove possibile, lo sviluppo di una pandemia: assicurarsi di essere preparati a soddisfare le esigenze di salute della collettività, rispondere prontamente ed efficacemente al fine di ridurre al minimo l’impatto e contribuire al rapido recupero della popolazione e dei servizi.

Le pandemie influenzali sono eventi imprevedibili, ma ricorrenti, che possono avere un impatto significativo sulla salute, sulle comunità e sull'economia e si verificano quando, a livello globale, si diffonde un nuovo virus influenzale o un virus respiratorio ad alta patogenicità contro il quale la popolazione umana ha poca o nessuna immunità.

L'attuale pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 conferma l'imprevedibilità di tale fenomeno ed evidenzia la necessità di essere il più preparati possibile per attuare le misure necessarie per il contenimento e la mitigazione sul piano locale.

A tal fine Regione Liguria con DGR n.139/2022 ha formalizzato il Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 (PanFlu) recante indicazioni, ad interim, di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Il piano, come raccomandato dal Ministero della Salute, rappresenta una prima pianificazione costituita da più documenti "aperti" soggetti a progressivi adeguamenti e aggiornamenti e pertanto dotati di flessibilità. Il piano è stato predisposto dal gruppo regionale di lavoro multidisciplinare e multisettoriale (Delibera A.Li.Sa. n.165/2021) e si focalizza sulle diverse fasi di preparedness, allerta, pandemica e transizione ed è calibrato in base ai possibili scenari di circolazione di virus pandemici influenzali [$R(t)$ 1,7, $R(t)$ 1,4, $R(t)$ 1 e $R(t) < 1$]. Inoltre, identifica, per diverse dimensioni operative, le azioni chiave per i prossimi tre anni definendo i ruoli e le responsabilità del Servizio Sanitario nella preparazione e risposta ad una emergenza pandemica, nel contesto della risposta dell'insieme degli organi e delle istituzioni nazionali. I fattori chiave del Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia (PanFlu) 2021-2023 consistono nel:

- ◆ potenziare il SSR;
- ◆ dirigere i meccanismi di risposta già in uso per l'influenza stagionale;
- ◆ riconoscere precocemente i segnali di allarme per la minaccia di un virus influenzale pandemico che possano mettere a rischio il SSR;
- ◆ adottare un approccio flessibile che possa essere scalabile e rispondere alle diverse necessità, effettuare l'analisi del rischio e di eventuali benefici di Sanità Pubblica;
- ◆ implementare una chiara e dettagliata guida alla raccolta dei dati con particolare enfasi alla comunicazione interna ed esterna.

A livello regionale è stata effettuata la mappatura della rete di servizi sanitari ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, incluse le strutture pubbliche o private accreditate che possono essere utilizzate come strutture sanitarie alternative. L'azione di mappatura risulta rilevante al fine di disporre di un quadro completo e aggiornato della situazione sul territorio regionale. Inoltre, è stata condotta una valutazione della disponibilità dei posti letto per intensità di cure in relazione alla popolazione e agli scenari di gravità dell'epidemia.

La pandemia genera un sovraccarico sul SSR e rende ancora più rilevante la problematica di carenza di organico/risorse soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Difatti, oltre alla stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, si è previsto di disporre di piani per la continuità operativa delle strutture sanitarie in base agli

scenari di assenza degli operatori a causa di contagi. Sarà poi cruciale prevedere l'elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra strutture sanitarie.

Inoltre, per la tempestiva normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi il riferimento regionale è la DGR n.717/2021 "Risposta al fabbisogno sanitario: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022)": in essa sono state individuate le aree d'intervento prioritarie di risposta al fabbisogno sanitario 2021/2022, al fine di poter dare alla collettività risposta concreta ai bisogni sanitari nel breve-medio termine, garantendo i percorsi più penalizzati dalla pandemia con particolare riferimento all'attività chirurgica.

Tutti i piani di risposta predisposti saranno periodicamente testati a livello locale così da mantenere pronto il personale e il sistema ospedaliero in modo da renderli preparati all'arrivo della pandemia. I punti cardine saranno la preparazione di spazi adeguati, la formazione continua e periodica del personale e l'interconnessione e il coordinamento tra i professionisti.

Andranno necessariamente implementati i sistemi di sorveglianza e integrati con i sistemi informatici locali; inoltre, si potenzieranno i servizi di telemedicina al fine di garantire una presa in carico adeguata e tempestiva ottimizzando le risorse a disposizione.

In base alle conoscenze sul patogeno emergente e sul relativo R_0 saranno predisposti i piani di *preparedness* per modulare l'offerta di posti letto e saranno coinvolti MMG e PLS per la gestione al domicilio dei pazienti istituendo, dove possibile, linee guida e protocolli univoci con la collaborazione dei medici ospedalieri al fine di omogeneizzare le cure.

A livello regionale sarà diffusa la comunicazione di allerta all'intero SSR e a tutti gli altri livelli e si innescherà il meccanismo di coordinamento regionale nonché l'implementazione delle misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità di servizi.

Sarà effettuata un'azione programmatica che pone la gestione del rischio in maniera chiara e coerente al centro dell'attenzione individuale e dell'organizzazione.

Analogamente al coronavirus, anche per l'influenza si può prevedere di revisionare/elaborare il documento sulla preparazione e gestione della crisi attraverso l'attivazione dell'unità di crisi. In tale documento, oltre a riportare i membri dell'Unità di Crisi, saranno individuati i soggetti interessati all'applicazione delle azioni e attività previste con relative funzioni e responsabilità e, precisate le strategie per: la gestione degli spazi e dei posti letto, la gestione diversificata dei flussi dei pazienti (tenendo conto della tipologia di accesso, dei setting assistenziali e dei criteri per dimissione e trasferimento verso strutture intermedie), la gestione del personale, materiali di consumo, attrezzature e forniture mediche, approvvigionamento dispositivi medici e DPI, comunicazione interna ed esterna.

È stato definito un piano incrementale dei posti letto in terapia intensiva, sub-intensiva e media intensità.

In particolare, si sono stabiliti:

- ◆ $R(t)$ 1,7 e/o raggiungimento occupazione pp.II. fase di picco pandemico
- ◆ $R(t)$ 1,4 (e/o raggiungimento 85% occupazione pp.II. fase precedente

- ◆ $R(t)$ 1 e/o raggiungimento 85% occupazione pp.II. fase precedente
- ◆ $R(t) < 1$ con misure attive che si identifichino in una contestuale diminuzione dell'incidenza o stabilità $< 50 \text{ casi} / 10.000 \text{ ab sett.}$

In caso di scenari che prevedano la saturazione di un territorio rispetto ad altri, è previsto il trasferimento dei pazienti verso territori a più bassa penetrazione virale.

Per l'attivazione delle misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce dei servizi in base alle necessità, A.Li.Sa. effettuerà la necessaria azione di coordinamento con Aziende/Enti attraverso la trasmissione di piani ad hoc. Inoltre, la Task-force, A.Li.Sa. con il supporto dei D.I.A.R. e del Comitato Operativo Rete Emergenza Intraospedaliera potrà avviare protocolli di collegamento tra i diversi ospedali della regione e i servizi territoriali.

4.2.2. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto previsto dall'art.2 del D.L. 34/2020

La risposta organizzativa all'evento pandemico COVID-19 ha determinato una rimodulazione dell'offerta con un incremento della dotazione dei posti letto ad alta e media intensità dedicati al paziente con infezione da SARS-CoV2 e la necessità di riconfigurazione plastica in continua evoluzione in relazione al quadro epidemiologico. Le normative che stabiliscono gli standard minimi di offerta della rete intensivistica sono state recepite da Regione Liguria attraverso un piano operativo (D.G.R. 500/2020). La presente riconfigurazione è coerente con i dettami del piano operativo di potenziamento della rete intensivistica, riportando sia l'offerta programmata antecedentemente all'evento epidemico, sia quanto previsto dalla D.G.R. 500/2020.

Specificatamente, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario in ambito ospedaliero secondo quanto indicato dal D.L. 34/2020, è stato definito da A.Li.Sa il piano per il potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19, finalizzato a fronteggiare adeguatamente la pandemia, garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure (DGR 500/2020). In particolare, il piano dettaglia il potenziamento dell'offerta in terapia intensiva e l'assistenza ad alta intensità di cure, la rete emergenza-urgenza ospedaliera, l'emergenza territoriale, la ripartizione regionale delle risorse disponibili e il personale.

Globalmente, il piano prevede la strutturazione di ulteriori 87 posti letto in terapia intensiva e 88 posti letto in terapia semi-intensiva e si integra sulla dotazione prevista, coerente al fabbisogno riportato nelle linee di indirizzo che riportano 222 posti letto in terapia intensiva e 118 in terapia sub-intensiva (**Tavola 9**).

Il piano di potenziamento risulta coerente con le indicazioni descritte nelle linee di indirizzo che individuano prioritariamente le strutture di terapia intensiva da implementare negli ospedali Hub dotati di DEA di II livello con percorsi separati, diagnostica, unità operative di pneumologia e malattie infettive; ospedali che abbiano la presenza di attività di chirurgia specialistica e Dea di I livello con percorsi separati; ospedali interamente dedicati alla gestione dei pazienti affetti da Covid-19.

Analogamente, il potenziamento delle unità di terapia semi-intensiva riguarda sia gli ospedali Hub, sede di DEA di II livello, dotati di strumentazione diagnostica, sia gli Stabilimenti dotati di unità operative di pneumologia e malattie infettive, che le aree mediche dotate di posti letto inseriti in un percorso di gestione di pazienti urgenti ad alta complessità che afferiscono ad un DEA di I livello.

4.2.3. I nodi di coordinamento della risposta

La risposta alle emergenze pandemiche oltre a richiedere che siano attuate specifiche strategie per la prevenzione, la sorveglianza epidemiologica, la comunicazione e la formazione degli operatori sanitari, impone azioni tempestive a livello decisionale con un attento coordinamento tra i diversi livelli istituzionali, finalizzato al sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni poste in essere. I nodi di coordinamento della risposta alle emergenze sanitarie vedono più livelli coinvolti nel facilitare il processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti. In tale contesto, in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica e sanitaria, Regione Liguria (Dipartimento Salute e Servizi Sociali e Assessorato Salute) e A.Li.Sa. operano in stretta sinergia con Protezione Civile e Ministero della Salute.

Regione Liguria tramite A.Li.Sa. (cabina di regia regionale) conduce attività di coordinamento e indirizzo delle Aziende sanitarie regionali, che sono deputate all'erogazione delle prestazioni nell'ottica di una maggiore omogeneità organizzativa territoriale e secondo indirizzi comuni. Nell'ambito delle attività direzionali e di coordinamento di risposta all'emergenze sanitarie, la cabina di regia regionale ha le finalità di: (i) raccordo con le Istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Struttura Commissariale di Protezione Civile; (ii) raccordo con AA.SS.LL./Enti del SSR; (iii) supporto e riferimento per le azioni di mitigazione e contenimento; (iv) definire il modello organizzativo per la gestione delle attività da implementare delle diverse fasi pandemiche, adattabili alle diverse realtà; (v) monitorare l'attività e conseguentemente l'efficacia delle misure intraprese; (vi) monitorare e assicurare l'approvvigionamento dei farmaci; (vii) monitorare e garantire la registrazione dei dati relativi alle vaccinazioni somministrate; (viii) definire eventuali azioni di miglioramento laddove si renda necessario; (ix) indicare gli strumenti formativi e monitorare e collaborare con i Servizi di Comunicazione Regionali per l'attuazione di campagne informative da rivolgere alla popolazione.

Il Comitato Pandemico Regionale trova la sua costituzione nella Task Force per la Pandemia di Regione Liguria costituita con Delibera Alisa n. 373 del 23/10/2020 ad oggetto "Interventi urgenti in relazione all'emergenza sanitaria derivante da agenti virali trasmissibili – Ridefinizione composizione della task force regionale e adozione di un nuovo assetto organizzativo" e costituisce il livello tattico, classifica il rischio, definisce gli obiettivi e le priorità preventive e assistenziali, graduate in rapporto alla situazione epidemiologica; definisce, inoltre, gli indicatori da utilizzare per il monitoraggio dell'efficacia del meccanismo di allerta.

Il Comitato Pandemico regionale assicura il coordinamento delle attività a livello locale attraverso il costante raccordo con i Direttori Generali e Sanitari delle Aziende ed Enti del SSR chiamati ad applicare i

propri piani operativi locali che riguardano i servizi sanitari ospedalieri e territoriali e sono articolati fino al livello di struttura/organizzazione, coerenti e coordinati tra loro e con il Piano pandemico regionale, in modo da garantire la continuità operativa e il coordinamento dei servizi sanitari.

Per la scarsa prevedibilità del “*timing*” delle pandemie (insorgenza, fase acuta, plateau, ritorno alla normalità), la molteplicità degli interlocutori istituzionali coinvolti (Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Forze di pubblica sicurezza, mondo della formazione, terzo settore, operatori privati e loro associazioni), la necessità di garantire la continuità delle attività istituzionali ordinarie (in campo sanitario, sociosanitario, produttivo), l'urgenza di sviluppare celermente adeguati canali informativi sia verso la popolazione che nei confronti delle istituzioni preposte (ISS, Ministero), con DGR 302/2022 è stata autorizzata l'istituzione presso A.Li.Sa. dell'Unità di sorveglianza e risposta per le situazioni emergenziali. Tale struttura avrà funzioni di raccordo con le strutture regionali e quelle del SSR e dovrà interfacciarsi in modo sistemico e sinergico con l'Unità di sistema citata nella DGR 18/2022 “Indirizzi per il rafforzamento del raccordo tecnico, organizzativo e funzionale tra Liguria Digitale e A.LI.SA. (gli Enti e le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere liguri) e del coordinamento in materia informatica tra la parte regionale e la parte sanitaria (direttiva vincolante ai sensi dell'art. 8 della L.R. 41/2006). Durante le fasi interpandemiche, sarà chiamata a svolgere attività di monitoraggio e verifica di adempimenti/attività previste dei piani.

L'attuale contesto epidemiologico delle malattie trasmissibili, radicalmente modificatosi a seguito della diffusione di SARS-CoV-2, causa di COVID-19, rafforza la correttezza della strategia messa in atto da tempo dalla Regione Liguria per il controllo della circolazione di agenti patogeni, attraverso l'identificazione di un centro di riferimento regionale per le emergenze di Sanità Pubblica in grado di garantire una diagnostica avanzata coerente con le indicazioni ministeriali ed internazionali. La pandemia da COVID-19 ha pienamente dimostrato il valore delle indicazioni in tema di sorveglianza e gestione di eventi epidemici, relative alla necessità di individuare centri decisionali e di responsabilità e di strutturare e stabilizzare le attività dei centri di riferimento loco-regionali per garantire test diagnostici per la conferma rapida della diagnosi eziologica e per la caratterizzazione dei microrganismi. Il Laboratorio di Riferimento Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica (LaRESP), identificato a inizio 2020 quale laboratorio di riferimento regionale ligure per la diagnosi di COVID-19 (infezione da SARS-CoV-2), è parte della rete nazionale nelle attività di sorveglianza genomica delle varianti coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed è già istituzionalmente riconosciuto come Centro di Riferimento Regionale per numerose patologie trasmissibili di interesse.

La piena operatività del LaRESP garantisce l'adempimento degli obblighi normativi in tema di malattie infettive e consente altresì una valutazione razionale e scientifica degli attuali modelli organizzativi e gestionali, con l'obiettivo di avanzare ai decisori istituzionali proposte su modalità efficaci e sostenibili di attività di sorveglianza delle malattie trasmissibili.

Le periodiche segnalazioni di nuovi eventi epidemici, ad eziologia nota o ignota rimarcano la necessità e l'importanza di mantenere attivo un efficace ed efficiente sistema di *early warning and response system* (EWRS) a tutti i livelli, ma in particolare a livello regionale: la sinergia tra le attività clinico-assistenziali e

quelle di sorveglianza di laboratorio consentono una precisa analisi dei dati epidemiologici e una tempestiva emissione di segnali di allerta su tutto il territorio regionale.

4.3. La programmazione dell'assetto ospedaliero

4.3.1. I macro-modelli organizzativi

La programmazione regionale delinea una profonda ridefinizione dell'offerta ospedaliera alla luce dei numerosi elementi emersi nel corso della pandemia da COVID-19 e della declinazione regionale della riorganizzazione territoriale delineata dal PNRR. Quest'ultima prevede l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, in parte già operativi a partire dalla seconda metà del 2022, con l'implementazione di nuovi modelli di *governance* e la ridefinizione di una rete di offerta coordinata ed efficiente che comprenda anche i nuovi ospedali, che costituiranno punti di riferimento nelle tre aree ottimali della nostra regione.

La ridefinizione mira al pieno rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera riportati nel DM 70/2015 e previsti nelle successive modifiche e garantisce al contempo una migliore adesione alle *mission* delle strutture al fine dell'ottimizzazione dell'impiego delle risorse e del perseguimento degli ottimali *outcome* alla luce delle risultanze del Piano Nazionale Esiti (PNE) e delle valutazioni nazionali ed internazionali. Lo sviluppo di nuove forme di organizzazione risponde alla necessità di adeguare una nuova visione della rete dell'offerta ospedaliera che esprima nuove logiche e nuove architetture organizzative, in coerenza con il ruolo e le funzioni che il territorio dovrà avere.

La logica delle proposte di nuova organizzazione delle interazioni e delle risposte delle strutture ospedaliere si basa sull'*accountability*, processo nel quale i decisori e le Direzioni Aziendali sono chiamati a rendere conto delle misure adottate rispondendo dei risultati ottenuti e garantendo un processo partecipativo, trasparente e tracciabile, basato su evidenze e che coinvolga in modo diffuso e decentrato i professionisti come elemento fondamentale della *governance* di sistema.

Con l'obiettivo di aumentare i flussi e volumi in grado di garantire elevate performance e rafforzare la condivisione delle risorse, sono stati proposti, a partire dal 2022, modelli di integrazioni tra le diverse Aziende del S.S.R., rappresentando modalità gestionali e organizzative estendibili sull'intero territorio Regionale.

Sinteticamente, si riportano di seguito i principali progetti finalizzati a questi obiettivi:

Gaslini diffuso

La progettualità “Gaslini diffuso” (DGR n. 255/2022 Art.27bis della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. Provvedimenti attuativi) si inserisce nell’ambito della ricerca dell’applicazione di nuovi modelli organizzativi e prevede che le pediatrie, le neonatologie e le terapie Intensive Neonatali delle AASSLL 1-2-4-5 dal 1/07/2022 diventino poli dell’IRCCS Ospedale pediatrico Giannina Gaslini di Genova. L’Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico diventa con tale assetto il primo Ospedale pediatrico nel contesto nazionale a dotarsi di una rete di punti ospedalieri collegati all’*hub* genovese, attraverso i quali può gestire in modo unitario ed uniforme l’assistenza pediatrica in ragione del suo livello di complessità. Progressivamente, le risorse professionali mediche e le altre professioni sanitarie e assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico si integreranno nell’organizzazione dell’Istituto genovese in un percorso che si concluderà nel corso del 2023. A coordinare l’implementazione del progetto è la cabina di regia regionale istituita presso la Struttura di missione, integrata per l’occasione con un responsabile per ciascuna azienda.

Tale modello organizzativo consente la presenza delle professionalità in ambito clinico e scientifico dell’IRCCS Gaslini nel territorio regionale, garantendo le migliori risorse, umane e scientifiche con l’obiettivo condiviso di garantire la risposta più qualificata possibile ai bisogni assistenziali e di cura dei pazienti pediatrici, assicurando che le specifiche competenze e le eccellenze in ambito clinico e di ricerca scientifica proprie IRCCS possano svilupparsi a beneficio di tutte le realtà territoriali regionali.

Policlinico San Martino Diffuso

Il policlinico San Martino, IRCCS per le discipline dell’oncologia e delle neuroscienze, è Hub ligure centro di eccellenza per la diagnosi e cura di numerose patologie. L’evoluzione del modello *hub & spoke* e il potenziamento del *networking* di sistema trovano concreta attuazione in una serie di relazioni rese operative da opportuni atti convenzionali finalizzati all’estensione del campo di attività specialistica oltre i tradizionali confini operativi aziendali. Si tratta di un ampliamento delle capacità operative proprie dell’Hub San Martino, in particolare in ambito specialistico e superspecialistico, che possono trovare adeguata applicazione anche all’interno di altre Aziende mediante la condivisione di risorse umane, tecnologiche ed organizzative. La finalità del progetto, che trova il razionale nella necessità di garantire un complessivo miglioramento delle *performance* di sistema con riduzione della mobilità e valorizzazione delle realtà locali, che vengono condotte in un percorso di crescita sinergica sviluppando un’appartenenza condivisa ad un unico sistema sanitario regionale, superando la frammentazione dei percorsi. Gli atti necessari a consentire la concretezza operativa sono stipulati di volta in volta tra le singole Aziende e l’IRCCS Policlinico San Martino, con evidenza delle modalità operative condivise, dei percorsi clinico organizzativi che possono essere utilizzati anche per garantire il completamento dei requisiti richiesti dall’adeguamento di quanto previsto dal DM 70/2015 e per migliorare gli standard di cui agli indicatori del PNE in materia di volumi di erogazione.

Dipartimenti interaziendali

- ◆ Dipartimento interaziendale di Neuroscienze e di Neuroriabilitazione del ponente ligure (ASL1 e ASL 2 - delibere n.198/2022 di A.S.L.2 e n.168/2022 di A.S.L.1) che si pone l'obiettivo di riorganizzare i processi assistenziali – diagnostici, terapeutici e riabilitativi - per una collaborazione clinico/scientifica con il Policlinico San Martino- IRCCS e con l'Università degli Studi di Genova, tramite specifica convenzione. Il Dipartimento ha le finalità di assicurare un livello organizzativo uniforme ed omogeneo, perseguendo una sinergia operativa di competenze multiprofessionali e multidisciplinari secondo regole condivise e basate sulle *best practice*. Tale organizzazione intende fornire una migliore risposta ai bisogni di salute nella fase ospedaliera acuta, nella prevenzione e riabilitazione, e potenziare la continuità ospedale-territorio per le patologie di interesse. Inoltre promuove la crescita professionale organizzando eventi formativi e favorisce la partecipazione delle strutture del dipartimento a programmi di ricerca clinica e di base da realizzare attraverso collaborazioni con Enti di ricerca, Centri Universitari e strutture ad essi assimilate.
- ◆ Dipartimento Interaziendale Galliera-ASL 4: chirurgia protesica (D.I.G.A.) DGR 287/2022. Il percorso organizzativo risponde alla necessità di ridefinire e potenziare l'offerta attraverso l'identificazione di nuove mission aziendali, perseguendo specializzazione erogativa ed economia di scala e rafforzando i modelli di centralizzazione ed efficientamento del sistema. La difficoltà nel garantire in tempi appropriati la compiuta presa in carico e il trattamento di pazienti che necessitano di chirurgia protesica ha portato alla definizione del progetto P.R.I.G.A. (Progetto Regionale Interaziendale Galliera - ASL4, DGR 287/2022) che intende incrementare l'attuale offerta di prestazioni ortopediche attraverso la messa a fattor comune di risorse, spazi e professionalità nell'ospedale di Rapallo. Il modello organizzativo intende realizzare un volume di attività di circa 700 interventi annui, con l'obiettivo di contrastare la mobilità passiva e ridurre le liste d'attesa mediante l'individuazione di una lista di attesa unica e un *modelling* operativo comune.
- ◆ Dipartimento interaziendale di interesse regionale di infettivologia (DGR 1090 del 2021) tra IRCCS Policlinico San Martino, ASL 3, ASL 4, E.O. Galliera, Ospedale Evangelico Internazionale. La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato la necessità di un coordinamento in ambito infettivologico, al fine di garantire un'appropriata ed efficiente risposta ai pazienti in qualunque *setting* assistenziale residenti nell'area metropolitana genovese. Il Dipartimento interaziendale di infettivologia, agisce in coerenza e secondo le indicazioni di A.LI.Sa., e si occupa di coordinare le attività delle Aziende/ Enti del SSR ricomprese in materia di malattie infettive.
- ◆ Progetto interaziendale del ponente ligure di gestione degli emocomponenti (Delibera 251 del 14 aprile 2022). Considerate le difficoltà nel mantenere la piena attività dei sistemi trasfusionali a causa della carenza di personale specializzato, al fine di superare la frammentazione assistenziale ponendo al centro i bisogni del paziente e la sua presa in carico globale, ASL 1 e ASL 2 hanno implementato modelli organizzativi a rete definendo in forma convenzionale opportune interrelazioni operative tra le diverse strutture di offerta. La convenzione definisce percorsi, responsabilità e modalità operative che

valorizzano le rispettive competenze mettendo a fattor comune le risorse esistenti in una logica di sviluppo rete in area ottimale come previsto dalla L.R. 7 dicembre 2006, n.41 (art.7).

Le innovazioni organizzative sopra descritte - attuate o in via di realizzazione - possono già essere applicate nell'attuale setting di offerta ospedaliera regionale e possono rappresentare un'ottima palestra per affinarne l'efficacia.

4.3.2. Architettura organizzativa – una Regione, due modelli

La Liguria è caratterizzata da un dualismo geomorfologico che rende complessa la mobilità e genera importanti problematiche nella viabilità nelle aree montane rispetto alla zona costiera. È altresì caratterizzata da una dicotomia che vede contrapporre l'area metropolitana genovese e alcuni tratti costieri, connotati da elevata densità abitativa, rispetto al restante territorio regionale. Completa lo scenario, lo sbilanciamento dell'età anagrafica che conferma la Liguria quale regione più anziana d'Italia e d'Europa con una struttura anagrafica della popolazione che verrà raggiunta a livello nazionale fra circa 15 anni. Alla luce di questa eterogeneità della domanda e delle peculiarità demo-epidemiologiche è necessaria un'organizzazione della rete dei servizi flessibile a geometria variabile, al fine di garantire capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, appropriatezza e sostenibilità. Il quadro prospettico è arricchito dalla costruzione di 3 nuovi Ospedali andranno a modificare l'offerta del territorio del Levante (Nuovo Ospedale Felettino, ASL 4 e 5), del Ponente (Nuovo Ospedale Arma di Taggia, ASL 2 e 1) e dell'Area Metropolitana Genovese (Nuovo Ospedale Erzerli).

Per queste ragioni è indispensabile prevedere aspetti organizzativi che mettano in relazione ospedale/territorio rispetto alla committenza assegnata ai distretti modulati attraverso una duplicità di modelling e offerta ospedaliera. E' pertanto possibile evidenziare un assetto riferibile all'Area Metropolitana Genovese, dove è indispensabile definire le relazioni fra gli erogatori e la committenza alla luce della molteplicità della natura giuridica e della mission degli attori e una diversa realtà nei poli levante e ponente, dove gli erogatori sono stabilimenti delle stesse AASSLL. Di seguito sono riportati i due modelli organizzativi, di cui uno riferito all'Area Metropolitana Genovese e l'altro alle Aree Ottimali di Levante e Ponente:

Il modello dell'Area Metropolitana Genovese si articola in:

- A) Integrazione funzionale del polo ospedaliero di Villa Scassi con l'IRCCS San Martino. La misura indicata ha come scopo l'incremento degli standard qualitativi prestazionali attraverso la condivisione di percorsi e skill professionali nel quadro del già attivo e definito modello "IRCCS diffuso". L'integrazione indicata è propedeutica al percorso di transizione verso il nuovo Ospedale Polo tecnologico computazionale Erzerli. Il Policlinico San Martino manterrà, quindi, la duplice funzione di hub regionale per l'elevata specialità e di polo erogatore della medio-alta complessità per l'area del levante cittadino integrandosi con la mission di ospedale di I livello di riferimento del ponente genovese del presidio di Villa Scassi.

- B) Rafforzamento della mission di committenza di ASL 3 in linea con i dettami programmatori del DM77/2022 e del PNRR. L'Azienda territoriale mantiene tutte le funzioni previste dalle norme e consolida caratteristiche di programmazione e governance del fabbisogno di salute, interfacciandosi con Alisa nella definizione dei percorsi di acquisizione di prestazioni offerte dagli erogatori pubblici e privati.
- C) Rafforzamento delle sinergie di rete in ambito emergenza-urgenza dell'Area Metropolitana Genovese che comprende l'IRCCS San Martino, l'E.O. Galliera, Villa Scassi, il polo ospedaliero Padre Antero Micone di Sestri Ponente e OEI
- D) Integrazione funzionale fra i polo ospedaliero Padre Antero Micone di Sestri Ponente e OEI, sede di Voltri, al fine di garantire una maggior offerta all'emergenza del ponente genovese come misura propedeutica alla transizione di cui al punto precedente. Le sinergie così definite comportano il potenziamento di funzioni legate all'urgenza, i.e. cardiologia e neurologia, e l'ampliamento di offerta in specialità che attualmente non garantiscono la piena operatività e continuità di percorsi assistenziali.
- E) Rafforzamento dell'orientamento delle mission degli ospedali dell'Area Metropolitana Genovese, sia legato alle discipline caratterizzanti gli I.R.C.C.S., sia a specificità di indirizzo programmatico – ad esempio I.B.M.D.R. e chirurgia della colonna per E.O Galliera
- F) Il polo di Arenzano La Colletta consolida le sue funzioni di struttura riabilitativa intensiva ed estensiva per l'Azienda Socio Sanitaria Metropolitana; è inoltre previsto un ampliamento di offerta al fine di adeguare gli standard per il post acuto come da indicazioni di cui al DM 70.

Il secondo modello riguarda le aree del Ponente e Levante Regionale caratterizzate da una notevole e continua urbanizzazione costiera, senza alcuna interruzione abitativa tra una Comune e l'altro e con importanti incrementi demografici legati all'attrazione stagionale dei luoghi. Tale conformazione può essere assimilata per volumi e geografia a due "estese aree urbane", Area ottimale del Ponente e del Levante Ligure, in ognuna delle quali insistono due Aziende Sociosanitarie dotate di numerosi poli di offerta ospedaliera, simmetriche e speculari. La programmazione sanitaria regionale prevede la costruzione di un Ospedale per ciascuna area (Feletino per il Levante e Arma di Taggia per il Ponente) che andranno a costituire punti di riferimento per le aree indicate.

Viene pertanto definito un modello organizzativo a realizzazione compiuta e un modello di transizione. Nella fase di transizione, le Aziende di ogni area ottimale sono chiamate a sviluppare sinergie organizzative e gestionali mettendo a fattor comune analisi di fabbisogni e potenzialità e qualità di offerta attraverso l'attivazione di dipartimenti interaziendali strutturali che vanno a sostituire/integrare le organizzazioni esistenti a livello Aziendale.

4.3.3. Interventi strutturali e tecnologici di Programmazione

I programmi di edilizia sanitaria, finalizzati all'adeguamento e al potenziamento delle strutture pubbliche che costituiscono la rete ospedaliera regionale, prevedono attività di riqualificazione, ristrutturazioni e adeguamenti necessari alla riorganizzazione e al mantenimento degli standard di sicurezza normativi. In questo ambito i fondi messi a disposizione dal Piano Nazionale ripresa resilienza (PNRR) permettono di rinnovare e potenziare in modo straordinario i presidi e i servizi sanitari con nuove strutture ospedaliere, ampliando ed adeguando le esistenti, ammodernando le infrastrutture tecnologiche, riqualificando gli edifici ed efficientando reti e sistemi informatici.

In particolare, grazie agli investimenti messi a disposizione dal PNRR è possibile attuare interventi di adeguamento antisismico "Verso un ospedale sicuro e sostenibile". Per l'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie sono stati stanziati fondi per le "Grandi Apparecchiature", per interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature elettromedicali del SSN ritenute obsolete ovvero con oltre 5 anni di vita e la Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e DEA II livello). Gli investimenti riguardano anche la realizzazione di almeno 30 Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali; e la realizzazione di almeno 10 Ospedali della Comunità.

Nelle Tavole 10, 11 e 12 dell'allegato tecnico sono elencati gli interventi programmati per il triennio riguardo ad attrezzature, tecnologie ed edilizia ospedaliera.

4.4. La rete di offerta, i nuovi ospedali e nuovi modelli di assistenza

4.4.1. I nuovi Ospedali

La transizione verso nuovi modelli ospedalieri è guidata dall'evoluzione della domanda sanitaria, dalla necessità di risposte sempre più *patient-oriented* e dall'applicazione di modelli organizzativo-gestionali innovativi ad elevata efficienza. Il nuovo ospedale deve tendere al massimo benessere dei pazienti e degli operatori, volgendo verso modelli di degenza adeguata alle esigenze del singolo utente, alla forte integrazione con il territorio e all'ottimizzazione dell'efficienza operativa grazie all'apporto della tecnologia e della digitalizzazione.

Questi aspetti e la necessaria rivisitazione dell'allocazione dei nodi erogativi, che devono essere integrati con la rete di offerta territoriale dal punto di vista sia della logistica, sia del nuovo ruolo delle strutture territoriali di continuità, hanno portato alla definizione di 3 progetti di nuovi ospedali nelle 3 aree ottimali. Le future strutture nosocomiali (Ospedale del Ponente dell'area metropolitana genovese, Erzelli; Ospedale

Unico di Arma di Taggia e Ospedale di La Spezia, Felettino) assumeranno il ruolo di riferimento nelle aree ottimali regionali e andranno ad integrare la rete ospedaliera regionale.

Il progetto “Nuovo Galliera” si inserisce nel quadro dell’offerta di innovazione strutturale e tecnologica in grado di potenziare l’offerta ospedaliera in Area Metropolitana.

La programmazione delle nuove strutture ospedaliere si fonda su una *vision* che ne indirizzi il percorso di realizzazione progettuale, fornendo allo stesso tempo indicazioni chiare in merito alla vocazione, alle specifiche funzioni e alle principali specializzazioni e programmando percorsi di concentrazione della casistica per omogeneità e complessità, attraverso l’implementazione e l’evoluzione del modello “*hub and spoke*”. La concentrazione di casistica e l’individuazione di operatori ad elevata specializzazione impone l’adozione di modelli organizzativi flessibili, incentivando percorsi e sinergie interaziendali.

Occorre che vi sia evidente coerenza fra la disponibilità dell’offerta di prestazioni di alta e altissima specializzazione e il livello di complessità e di risposta emergenziale erogato dalle strutture; inoltre, il dimensionamento deve tener conto di una flessibilità di offerta legate alla orografia e alla variabilità dei flussi turistici.

La progettualità della rete ospedaliera ligure è in continuità con quanto definito dagli atti precedenti (D.G.R. n.384 del 19/05/2017 e P.S.R. 2017-19), e presenta rilevanti aspetti innovativi che vanno a completare la programmazione costituendo la risposta organizzativa strategica ai cambiamenti in ambito epidemiologico, normativo ed economico-finanziario, in particolare, alla luce delle opportunità contenute nel PNRR. Le nuove strutture per le quali vengono di seguito indicati le principali componenti logistico-organizzative si propongono come riferimento per attività clinico-assistenziale di alta specializzazione ed elevata complessità ed integrazione territoriale nel rispetto delle nuove indicazioni contenute nel processo di valorizzazione delle funzioni territoriali di analisi e committenza del fabbisogno di salute. I processi programmatori descritti troveranno concreta applicazione attraverso le sinergie che le singole Aziende metteranno in campo con i Processi Organizzativi Aziendali, integrati da una visione di governo centrale operata da A.Li.Sa. che utilizza i DIAR come supporto trasversale per la descrizione e l’aggiornamento dei percorsi di presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Nel dimensionamento dell’offerta è stato considerato un margine di flessibilità legato al superamento di alcune criticità, attualmente presenti, quali il miglioramento delle capacità attrattive e l’emergere della domanda sanitaria inespressa, prevedendo l’implementazione e adeguamento in alcuni ambiti. In particolare, la valutazione dei dati riguardanti la mobilità extraregionale e del potenziale bisogno inespresso consente di identificare l’ambito chirurgico e riabilitativo quali priorità di implementazione dell’offerta.

Nuovo Ospedale Felettino

La domanda sanitaria del territorio della ASL 5 non si discosta dall’andamento della Regione Liguria per gli aspetti demografici ed epidemiologici, evidenziando una popolazione caratterizzata da un’elevata prevalenza di soggetti anziani e con comorbidità con carichi assistenziali complessi per il SSR. Il nuovo

Ospedale della Spezia – Felettino dovrà, quindi, costituire il polo di riferimento per elevata intensità e complessità per la ASL5 e contribuire al miglioramento del processo di presa in carico e della gestione del paziente con particolare attenzione alla risposta del paziente anziano e comorbido. Storicamente, il territorio dell'ASL5 è caratterizzato da una forte spinta alla mobilità passiva in ragione della vicinanza con i poli di offerta limitrofi in regione Toscana e della distanza dagli hub regionali situati in area metropolitana genovese.

Il nuovo Ospedale di La Spezia – Felettino rappresenta il potenziamento dell'attuale offerta con attività ad elevata intensità e complessità e la sede del D.E.A. di I livello. La programmazione dell'offerta con una dotazione di posti letto pari a 470, di cui 400 in regime di ricovero ordinario e 70 in regime di ricovero diurno (Day Hospital/Day Surgery) e il potenziamento della rete intensivistica prevista dalla D.G.R. 500/2020 evidenziano una notevole implementazione rispetto all'attuale configurazione, sia in ambito di attività per acuti, sia riabilitativo, favorendo, quindi, l'azione di contrasto alla mobilità passiva in quest'area.

Nuovo Ospedale di Erzelli

L'individuazione dell'Ospedale del Ponente Genovese in località Erzelli è coerente con la D.G.R. n.43 del 26/01/2018 che recepisce le linee programmatiche riportate nel Piano Sociosanitario Regionale per il triennio 2017/2019. Con D.G.R. n. 518/2022 è stato approvato il Progetto Bandiera, ex art. 33, comma 3, lett. b), del D.L. 152/2021 – Centro Nazionale di Medicina Computazionale – “Approvazione del Protocollo di Intesa tra i Ministeri competenti e la Regione Liguria” che investe l'ospedale agli Erzelli quale centro di ricerca sulla salute di rilievo europeo grazie agli investimenti del PNRR. Vengono introdotti nuovi elementi che contribuiscono al perfezionamento delle indicazioni funzionali del Nuovo Ospedale Erzelli, assegnando allo stesso una doppia valenza:

(i) Ospedale sede di DEA di I livello per il centro-ponente genovese, ad elevata specializzazione e predisposto per la gestione della medio-alta complessità assistenziale e (ii) Centro Nazionale di Medicina Computazionale. Il nuovo ospedale avrà tra le sue *mission* il trasferimento sulla clinica dei risultati della ricerca relativa all'impiego del calcolo computazionale ai modelli biologici e ai programmi di gestione delle tecnologie robotiche d'uso biomedico e al loro successivo sviluppo come prototipi. Questo polo di ricerca traslazionale metterà a sistema le conoscenze dell'Università di Genova, Istituto Italiano di Tecnologia, Centro Nazionale Ricerca, Liguria Digitale, e centri di ricerca privati a valenza internazionale; vedrà al suo interno aree per i laboratori di scienze computazionali e dei joint lab a componente clinico biomedica, il Centro di ricerca tecnologica e di scienze computazionali, l'officina di sperimentazione prototipi e sviluppo modelli computazionali e tecnologici, costituendo un importante incubatore delle iniziative di partnership con le componenti ricerca e sviluppo delle aziende del settore operanti sul territorio.

In quanto Hub delle infrastrutture scientifiche tecnologiche, saranno anche sviluppati modelli matematici per la generazione e l'elaborazione di software emulativi di reti neurali e la sperimentazione di prototipi in ambito riabilitativo e protesico.

In tale contesto, il nuovo ospedale, risposta strutturale per il superamento dell'obsolescenza di alcuni presidi nel territorio dell'area metropolitana, costituirà il riferimento per l'attività ad elevata intensità e complessità nell'area del ponente genovese. Il nuovo Ospedale del Ponente Genovese sarà dotato di DEA di I livello e sarà il riferimento per il PS dell'Ospedale Evangelico Internazionale O.E.I., sede di Voltri. Complessivamente, il presidio sarà dotato di circa 550 pp.II. in area medica, chirurgica e riabilitativa e per attività di medicina traslazione e officina di sperimentazione riabilitativa e protesica; circa il 20% dei posti letto sarà dedicata alle specialità cliniche maggiormente "*tech-computational intensive*". Oltre alle discipline proprie di un DEA di I livello, saranno presenti attività ad elevata specializzazione coerenti con la mission di ricerca traslazionale del presidio (Ortopedia, Neurologia, Riabilitazione) e numerose specialità a Medio-alta Complessità (Gastroenterologia, Nefrologia, Pneumologia, Endoscopia multidisciplinare, Centro Ictus, ecc.).

Nuovo Ospedale Arma di Taggia

Il disegno della rimodulazione dell'offerta sanitaria dell'Ospedale di Arma di Taggia, secondo quanto previsto dai principi di riorganizzazione della rete ospedaliera descritti nei documenti programmatici (D.G.R. n.43 del 26/01/2018), è guidato dalla necessità di centralizzare la risposta sanitaria di alta complessità in unico polo erogativo, al fine di garantire migliori *outcome*, massima efficacia ed efficienza.

L'ospedale di Arma di Taggia sarà dotato di un D.E.A. di I livello, riferimento del territorio dell'ASL1 e fulcro dell'attività in elezione. Il nuovo Ospedale dovrà dunque perseguire il duplice obiettivo di essere il riferimento per l'attività ad elevata intensità e complessità nell'area dell'ASL1, anche integrandosi con la rete ospedaliera dell'area ottimale del ponente ligure, e contribuire al miglioramento del processo di presa in carico del paziente e dei percorsi assistenziali interaziendali con particolare attenzione alla risposta sanitaria del paziente anziano e con patologie concomitanti. La dotazione complessiva prevista per il nuovo Ospedale Unico Arma di Taggia è di 550 pp.II.

4.4.2. La rete di offerta ospedaliera

I paradigmi della programmazione

Gli elementi fondanti del processo di riconfigurazione dell'offerta ospedaliera si basano su alcuni capisaldi sinotticamente di seguito riportati:

- ◆ Potenziamento del sistema emergenza/urgenza basato su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello *Hub and Spoke* e dimensionato secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche del territorio, la viabilità e il rilevante flusso turistico;
- ◆ Specializzazione delle vocazioni delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità e *grading* di complessità attraverso l'implementazione del modello *Hub and Spoke*;
- ◆ Implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e post-acuti al fine di favorire il percorso di domiciliarizzazione del paziente;

- ♦ Spiccata integrazione tra i centri di riferimento per attività ad elevata complessità a vocazione oncologica, neurologica, cardiocirurgica e chirurgica;
- ♦ Consolidamento di modelli di presa in carico multidisciplinare garantendo uniformità di standard e percorsi, attraverso l'attivazione di DMT regionali;
- ♦ Ridefinizione del ruolo dell'ospedale quale riferimento e supporto della rete territoriale e centro erogatore del fabbisogno identificato dal Distretto Sociosanitario;
- ♦ Forte integrazione gestionale-organizzativa tra Aziende del SSR, anche attraverso il potenziamento del modello dei Dipartimenti Interaziendali strutturali, al fine di condividere capacità di attrazione, risorse umane e tecnologiche e garantire adeguate aree di catchment e volumi necessari alla specializzazione e all'eccellenza.

Il disegno dell'offerta in area metropolitana, area ottimale di levante e ponente, la mission degli ospedali

I principi della riorganizzazione soprariportati si muovono nella direzione di migliorare l'organizzazione e implementare l'offerta in termini di sicurezza ed outcome per il paziente e di sostenibilità di sistema per quanto riguarda le risorse umane, economiche, tecnologiche. L'obiettivo è garantire capillarità di offerta, migliorare le performance della risposta tempo-dipendente, attivare modelli di centralizzazione in grado di garantire la massima sicurezza del paziente.

Nelle sottostanti tabelle vengono riportati sinteticamente i nodi della rete ospedaliera, il sistema emergenza urgenza e la mission dei ospedali Liguri in due momenti distinti: a breve termine con l'organizzazione legata agli attuali stabilimenti ospedalieri e la prevista organizzazione quando saranno attivi i 3 nuovi ospedali nelle aree di ponente, levante e metropolitana.

Organizzazione della rete ospedaliera nel **breve termine**, prevista con la presenza degli attuali stabilimenti ospedalieri:

Ambito territoriale	Azienda	Presidio	Sistema Emergenza Urgenza	Mission
ASL 1	ASL 1	Saint Charles, Bordighera	PS	Ospedale di base distrettuale a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti
ASL 1	ASL 1	Borea, Sanremo	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento in ASL1 per l'emergenza-urgenza, a forte integrazione con Imperia e Bordighera
ASL 1	ASL 1	Imperia	PS	Ospedale di base e riferimento aziendale per l'attività elettiva a forte integrazione con l'Ospedale di Sanremo. Sede di Ospedale di Comunità.
ASL 2	ASL 2	Santa Maria della Misericordia, Albenga	PPI	Ospedale integrato con il presidio di Santa Corona ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità

ASL 2	ASL 2	Santa Corona, Pietra Ligure	DEA II livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del Ponente ligure per l'attività in emergenza-Urgenza di ASL 1 e ASL 2 e per l'elevata complessità. Presidio di riferimento Regionale per la Riabilitazione intensiva ed estensiva.
ASL 2	ASL 2	San Giuseppe, Cairo Montenotte	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale e ambulatoriale, sede di Ospedale di comunità e Casa di comunità
ASL 2	ASL 2	San Paolo, Savona	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento per l'elevata complessità assistenziale in integrazione con il presidio Santa Corona
Area Metropolitana Genovese	ASL3	La Colletta, Arenzano		Ospedale ad indirizzo riabilitativo intensivo ed estensivo
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Villa Scassi, Genova	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento del ponente genovese per l'elevata complessità assistenziale a forte integrazione con HSM
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Gallino, Pontedecimo	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale.
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Padre Antero Micone, Genova	PPI	Ospedale integrato con il presidio di San Carlo di Voltri ed orientato all'attività di elezione.
Area Metropolitana Genovese	OEI	San Carlo, Genova	PS	Ospedale di base a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti
Area Metropolitana Genovese	E.O. Ospedali Galliera	E.O. Ospedali Galliera, Genova	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento del centro genovese per l'elevata complessità assistenziale a forte integrazione con HSM
Area Metropolitana Genovese	Ospedale Policlinico San Martino	Ospedale Policlinico San Martino, Genova	DEA II livello	I.R.C.C.S. in ambito neurologico e oncologico. Ospedale di II livello, hub nazionale e regionale. Riferimento per la formazione universitaria. Presidio di riferimento del Levante cittadino.
Area Metropolitana Genovese	Istituto G. Gaslini	Istituto G. Gaslini, Genova	DEA II livello pediatrico	I.R.C.C.S. pediatrico. Ospedale di II livello, hub nazionale e regionale. Hub regionale pediatrico per pazienti fino a 18 anni
Area Metropolitana Genovese	ASL4	Rapallo		Ospedale integrato con il presidio di Lavagna ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità
Area Metropolitana	ASL4	Ospedali riuniti Leonardi e Riboli,	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento in Asl 4 per l'elevata complessità assistenziale

Genovese		Lavagna		
Area Metropolitana Genovese	ASL4	Sestri Levante		Ospedale integrato con il presidio di Lavagna a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità
ASL5	ASL5	San Nicolò, Levanto	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale. Sede di Ospedale di Comunità.
ASL5	ASL5	Sant'Andrea, La Spezia	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento per Asl 5 per l'elevata complessità assistenziale
ASL5	ASL5	San Bartolomeo, Sarzana	PS	Ospedale di base e riferimento aziendale per l'attività elettiva a forte integrazione con l'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia. Sede di Ospedale di Comunità.

Organizzazione della rete ospedaliera quando saranno attivi i nuovi ospedali nelle aree di ponente, levante e metropolitana:

Ambito territoriale	Azienda	Presidio	Sistema Emergenza Urgenza	Mission
ASL 1	ASL 1	Saint Charles, Bordighera	PS	Ospedale di base distrettuale a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti
ASL 1	ASL 1	Arma di Taggia	DEA I livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del ponente Ligure per l'attività ad elevata complessità. Ospedale di I livello di riferimento in ASL1.
ASL1	ASL1	Imperia	PS	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale. Sede di Ospedale di Comunità.
ASL 2	ASL 2	Santa Maria della Misericordia, Albenga	PPI	Ospedale integrato con il presidio di Santa Corona ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità
ASL 2	ASL 2	San Giuseppe, Cairo Montenotte	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale e ambulatoriale, sede di Ospedale di comunità e Casa di comunità
ASL 2	ASL 2	Santa Corona, Pietra Ligure	DEA II livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del Ponente ligure per l'attività in emergenza-Urgenza di ASL 1 e ASL 2 e per l'elevata complessità. Presidio di riferimento Regionale per la Riabilitazione intensiva ed estensiva.

ASL 2	ASL 2	San Paolo, Savona	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento per l'elevata complessità assistenziale in integrazione con il presidio Santa Corona
Area Metropolitana Genovese	ASL3	La Colletta, Arenzano		Ospedale ad orientamento esclusivamente riabilitativo intensivo ed estensivo
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Villa Scassi		Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale.
Area Metropolitana Genovese	HSM	Erzelli	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento del ponente genovese per l'elevata complessità assistenziale a forte integrazione con HSM Centro Nazionale di Medicina Computazionale. Polo di ricerca traslazionale.
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Gallino, Pontedecimo	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale.
Area Metropolitana Genovese	ASL3	Padre Antero Micone, Genova	PPI	Ospedale integrato con il presidio di San Carlo di Voltri ed orientato all'attività di elezione.
Area Metropolitana Genovese	OEI	San Carlo, Genova	PS	Ospedale di base a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti
Area Metropolitana Genovese	E.O. Ospedali Galliera	E.O. Ospedali Galliera, Genova	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento del centro genovese per l'elevata complessità assistenziale a forte integrazione con la rete metropolitana
Area Metropolitana Genovese	Ospedale Policlinico San Martino	Ospedale Policlinico San Martino, Genova	DEA II livello	I.R.C.C.S. in ambito neurologico e oncologico. Ospedale di II livello, hub nazionale e regionale. Riferimento per la formazione universitaria. Presidio di riferimento del Levante cittadino.
Area Metropolitana Genovese	Istituto G. Gaslini	Istituto G. Gaslini, Genova	DEA II livello pediatrico	I.R.C.C.S. pediatrico. Ospedale di II livello, hub nazionale e regionale. Hub regionale pediatrico per soggetti fino a 18 anni
Area Metropolitana Genovese	ASL4	Rapallo		Ospedale integrato con il presidio di Lavagna ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità
Area Metropolitana Genovese	ASL4	Ospedali riuniti Leonardi e Riboli, Lavagna	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento aziendale per l'elevata complessità assistenziale
Area Metropolitana	ASL4	Sestri Levante		Ospedale integrato con il presidio di Lavagna a forte

Genovese				integrazione con il territorio per le specialità presenti. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità
ASL5	ASL5	San Nicolò, Levanto	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale ed ambulatoriale. Sede di Ospedale di Comunità.
ASL5	ASL5	San Bartolomeo, Sarzana	PS	Ospedale di base distrettuale e attività elettiva a forte integrazione con il territorio per le specialità presenti
ASL5	ASL5	Nuovo Felettino, La Spezia	DEA I livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del Levante Ligure per l'attività ad elevata complessità. Ospedale di I livello di riferimento in ASL5. Sede di Ospedale di Comunità.

4.4.2.1. Il Sistema di Emergenza Urgenza (E-U)

La Regione Liguria ha voluto porre grande attenzione nella gestione del sistema Emergenza-Urgenza, garantendo standard di offerta che tengano in considerazione la spiccata vocazione turistica della nostra regione e l'iper-afflusso della popolazione durante la stagione estiva. Il potenziamento prevede una rete sia per l'altissima e l'alta-media specialità in grado, entrambe, di garantire un'offerta ottimale per i bacini d'utenza della nostra regione (Tavola 13).

Il potenziamento della risposta del sistema emergenza-urgenza si estrinseca attraverso l'implementazione di un sistema di monitoraggio in tempo reale in grado di garantire e indirizzare azioni di risposta rapida a situazioni di sovraffollamento e opportuni interventi programmatici.

Per quanto riguarda il monitoraggio e le azioni di risposta alle situazioni di sovraffollamento, la Giunta Regionale ha approvato il documento tecnico di A.Li.Sa. «Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso», (DGR 11/2022) in cui vengono declinate le attività oggetto di un percorso di implementazione quali:

- Sviluppare e implementare un sistema di monitoraggio real-time dell'intero percorso di gestione del paziente che afferisce al sistema E-U dall'attivazione della centrale operativa (fase pre-ospedaliera), alle diverse fasi della presa in carico presso il PS/DEA e alla capacità di risposta dei reparti ospedalieri e dell'offerta territoriale.
- Attivare le procedure affinché il reparto accettante prenda in carico il paziente che deve essere ricoverato, in tempi congrui rispetto alla valutazione, garantendo la disponibilità dell'offerta di ricovero necessaria.
- Potenziare l'attivazione dei percorsi *fast track* almeno nelle 12 ore diurne, che facilitino la presa in carico dei pazienti per le patologie a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS.
- Potenziare, la funzione di bed management, nell'arco delle 24 ore, per ottimizzare l'utilizzo della risorsa posto letto mediante un puntuale governo delle fasi di ricovero e dimissione.

- Predisporre, al fine di evitare l'iperafflusso inappropriato di pazienti ai nodi del Sistema E-U, procedure di attivazione di percorsi specifici ad accesso diretto per le prestazioni specialistiche o diagnostiche urgenze U, attivabili dal MMG. Si tratta di un'anticipazione organizzativa che troverà piena realizzazione all'interno del nuovo modello distrettuale della Casa di Comunità.

L'articolazione organizzativa dei percorsi di E-U prevede la definizione delle strutture in DEA di II e I livello e Pronto soccorso, in base alla complessità della casistica, del bacino d'utenza e della valorizzazione di strutture d'eccellenza a livello regionale. Si riportano di seguito i principali item programmatori:

a) Interventi programmatori per PPI, PS e DEA di II e I livello: Il presente piano individua 3 ospedali come sede di DEA II livello. L'ospedale San Martino e Gaslini presentano tutti gli standard previsti nel DM 70/2015. Per l'Ospedale Santa Corona, privo di alcune specialità (peraltro già presenti a livello regionale), si provvede a garantire l'offerta adeguata al cittadino attraverso misure organizzative, i.e. modello I.R.C.C.S. diffuso, equipe itineranti, sinergie organizzative con DEA I livello presente all'interno dell'ASL2. Sono stati, inoltre, individuati 6 Ospedali quali sede di DEA di I livello: ASL 1-Sanremo, ASL2-Savona, ASL3-Villa Scassi, ASL4-Lavagna, ASL5-La Spezia e Galliera. Tutti gli stabilimenti indicati sono in possesso di tutti i requisiti previsti e standard per gli ospedali sede di DEA di I livello anche attraverso misure organizzative intra-aziendali; per alcuni di essi è stata altresì richiesta la deroga al Ministero per il mantenimento di discipline relative all'alta specialità le quali, ancorché non espressamente previste dalla norma per DEA di I livello, rappresentano per strategicità e valori di produzione, strutture integrate nel Presidi Ospedalieri e necessarie a garantire ottimali risposte.

Gli ospedali sede di PS sono nel numero di 4: Bordighera, Imperia, Evangelico e Sarzana. Tutti soddisfano i requisiti previsti dal DM 70/2015, anche attraverso misure organizzative intra-aziendali.

Sono presenti 5 PPI sul territorio ligure presso gli ospedali di Albenga, Cairo Montenotte, Sestri Ponente, Pontedecimo e Levante, con operatività estendibile alle 24 ore/die legata all'implementazione dei flussi turistici.

b) Interventi programmatori per Centrali operative 118: I dati relativi ai bacini di utenza e la necessità di adeguamento a standard operativi riconosciuti richiedono il mantenimento di tre centrali operative 118. Il collegamento logistico e funzionale tra i punti della rete di emergenza-urgenza è svolto dalle centrali operative 112/118 e attuato sia dalle automediche che dal servizio di elisoccorso articolato con un elicottero H12 e uno H24 (con il superamento del numero di 600 missioni/anno, a partire da luglio del 2021 è stato attivato il secondo elicottero presso l'aeroporto di Albenga).

Al fine di garantire un'organizzazione speculare tra il Levante ed il Ponente ligure, è emersa l'opportunità di programmare anche nell'area del Levante l'attivazione di un servizio di Elisoccorso a completamento dell'offerta regionale in tema di gestione dei trasporti di emergenza.

L'attivazione prossima del numero 116/117 e l'apertura delle centrali operative territoriali, previsti dal DM77/2022, costituiscono un'opportunità per integrare il sistema emergenza-urgenza con le attività territoriali, favorendo l'interfaccia ospedale-territorio.

Saranno attivate sul territorio regionale Ambulanze con infermiere a bordo (MSAB, Mezzi di Soccorso Avanzato di Base, in gergo India), con copertura 12h e festivi. Tali ambulanze potranno garantire un'attività assistenziale più capillare sul territorio ligure, caratterizzato da una particolare orografia, attraverso un coordinamento dei soccorsi sul luogo dell'evento, l'attribuzione del triage con attribuzione del codice colore, e stabilendo la priorità dell'assistenza per assicurare la più tempestiva e corretta presa in carico.

4.4.2.2. Interventi relativi alle strutture specialistiche mediche e chirurgiche in relazione ai bacini di utenza

Per quanto riguarda la configurazione, prevista dalla programmazione regionale, delle strutture afferenti alle **Discipline chirurgiche** con pp.ll. dedicati anche all'urgenza, il numero complessivo di tali specialità presenti in Regione Liguria rispetta gli standard del DM70/2015.

L'obiettivo di un'offerta di cura di alta qualità clinica, accessibile a tutti e in grado di perseguire la sostenibilità del sistema, è garantito anche mediante l'implementazione di modelli organizzativi che prevedano:

- ◆ week e day surgery che accolgano le richieste di patologia a basso impatto degenziale;
- ◆ mobilità dei professionisti attraverso l'individuazione di equipe itineranti;
- ◆ centralizzazione della casistica ad alta complessità nei presidi con maggiori indici di performance e volumi di intervento e garantendo l'esecuzione di interventi a bassa complessità nei presidi definiti spoke;
- ◆ monitoraggio della qualità delle cure tramite l'utilizzo degli indicatori presenti nel PNE e nel Sistema di valutazione delle Performance della Scuola Superiore Sant'Anna.

Per ciò che attiene alle **specialità mediche** con pp.ll. dedicati al sistema emergenza urgenza, esse offrono importanti risposte a problematiche di emergenza da pronto soccorso sia per i soggetti nei quali la patologia di branca è marcatamente rappresentata, sia per i pazienti con poli-patologia che necessitano di un trattamento in regime di ricovero ospedaliero che può essere gestito anche da professionisti dell'area medica diversa dalla sola medicina interna, in relazione al numero di posti letto disponibili nei reparti. Pertanto queste strutture dell'area medica rappresentano un irrinunciabile presidio per la gestione di pazienti complessi con svariate componenti nosologiche. Inoltre, la presenza in contesti ospedalieri di specialisti differenti apporta un'integrazione con gli internisti, che fungono da consulenti, risultando funzionale all'approfondimento diagnostico e alla complessiva ed esaustiva gestione dei casi.

Tutto ciò, che risulta evidente in condizioni di operatività a bassa prevalenza di patologie infettive epidemiche, manifesta le piene potenzialità di flessibilità organizzativa in corso di eventi epidemici,

garantendo, come è stato possibile riscontrare nel recente passato, una buona risposta alle diversificate esigenze di settorializzazione assistenziale grazie alle specialità già presenti nei diversi presidi.

Pertanto Regione Liguria, considerando complessivamente l'insieme delle Strutture dell'area medica con Posti letto dedicati all'urgenza, come rapportabili ad un unico Standard di riferimento, garantisce il rispetto degli standard propri del DM 70/2015.

4.4.2.3. Articolazione della rete punti nascita

L'identificazione dei punti nascita rappresenta una scelta strategica, collegata ad un'analisi globale del percorso nascita in grado di coinvolgere anche culturalmente gli attori che operano nei diversi ambiti e che consideri volumi, flussi e offerta complessiva del presidio al fine di garantire la massima sicurezza della donna e del bambino. Nel percorso dell'attesa devono essere garantite alla donna tutte le informazioni finalizzate ad una completa comprensione e possibilità di scelta delle opportunità che l'evento nascita offre, così come la consapevole scelta della sede.

La programmazione regionale prevede, nel rispetto degli standard che garantiscano outcome e sicurezza ottimali per donna e bambino, 9 punti nascita a livello regionale, 3 nell'area ottimale di ponente, 4 in area metropolitana genovese e 2 nell'area ottimale di levante. In particolare, nelle aree di ponente e di levante, la realizzazione dei nuovi ospedali di Arma di Taggia e Felettino consentirà di allocare i punti nascita presso tali DEA di I livello. Il quadro programmatico porterà, quindi, alla presenza di un punto nascita nel territorio di ASL1, due nel territorio di ASL2, quattro nel territorio di ASL3 e uno ciascuno nei territori delle AASSLL 4 e 5. In particolare, nel territorio genovese saranno presenti punti nascita nei due hub Policlinico San Martino e I. G. Gaslini, negli E.O. Galliera e presso il dipartimento interaziendale ASL3-Ospedale Evangelico Internazionale. Nel percorso di perfezionamento del modello di erogazione sopra definito, sarà sempre garantita un'offerta coerente alla dimensione per area ottimale che preveda 3 punti nascita nell'area ottimale di ponente, 4 in area metropolitana genovese e 2 nell'area ottimale di levante.

L'identificazione dei Punti Nascita ha seguito criteri che assicurino i requisiti di qualità strutturale, tecnologica ed organizzativa e una dislocazione sul territorio ligure in grado di rispondere alla necessità di un'offerta di prossimità, garantendo, nel contempo, la centralità sul proprio ambito di afferenza.

Il centro hub regionale è costituito dall'integrazione funzionale tra IRCCS pediatrico G. Gaslini, con la Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e tutte le competenze specialistiche pediatriche e l'IRCCS S.Martino-IST, dotato di rianimazione e di ogni competenza specialistiche dell'adulto.

Ogniquale si renda necessario il trasferimento del feto in utero da un centro di I livello ad uno di livello superiore (hub) per l'adeguata assistenza viene attivata la procedura di trasporto.

La risposta all'emergenza neonatale è garantita da una rete che opera attraverso un'organizzazione strutturata e capillare, secondo specifici protocolli condivisi tra centri di I e II livello con definizione delle indicazioni, delle modalità ed equipaggiamento necessari a garantire il trasporto in sicurezza, nonché tipologia, ruoli, competenze e responsabilità degli operatori sanitari coinvolti sia della struttura inviante che di quella ricevente.

4.4.2.4. Rete Breast Unit

L'implementazione della rete di Breast Unit (DGR 1244/2015 e 622/2016), specializzata per la prevenzione, la diagnosi e la cura del tumore del seno, si avvale dei 5 centri ad oggi riconosciuti:

il Centro di senologia afferente all'Ospedale Policlinico S. Martino, Asl1, Asl 2, Asl 3 e un centro del Levante, che ricomprende il territorio di Asl 4 e Asl 5.

Il percorso assistenziale inizia dallo screening e dalla diagnostica e riguarda la chirurgia, la definizione della strategia terapeutica, la riabilitazione psicofisica, i controlli nel lungo periodo (follow-up) ed il counseling genetico. Elemento nodale, qualificante, è la multidisciplinarietà: il gruppo multidisciplinare è composto da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di diagnosi e cura, a garanzia della risposta migliore e personalizzata. Va sottolineato che, grazie ad una forte sinergia tra Breast Unit diverse, parte del percorso può essere programmato presso una diversa sede (ad esempio la radioterapia potrebbe essere effettuata nella sede più vicina al domicilio del paziente), senza modifiche della presa in carico.

La valutazione degli indicatori di processo e di outcome, sia nazionali sia regionali, costituiscono il driver per il continuo miglioramento della rete delle Breast Unit e per definire le azioni che meglio rispondono alle esigenze dei territori e dei cittadini.

4.4.2.5. Rete patologie time-depending

Al fine di garantire la presa in carico di pazienti che presentino patologie time-depending, cioè patologie per le quali l'outcome clinico sia fortemente condizionato dalle decisioni e dagli interventi attuati nelle prime ore dall'insorgenza dei sintomi, l'offerta viene articolata secondo una puntuale definizione di strutture operative coerenti con la possibilità di garantire i tempi di intervento raccomandati dalle linee guida e dalle buone pratiche in considerazione delle caratteristiche orografiche del territorio ligure.

La programmazione regionale prevede il mantenimento di servizi di anestesia e/o di terapia intensiva/semi-intensiva in ogni stabilimento sede di PS o DEA come previsto dal DM/70.

In considerazione della struttura demografica ed orografia della popolazione ligure e degli adeguati volumi di produzione in termini di procedure, come risultato dai dati emersi nell'ultimo Piano Nazionale Esiti si mantengono le strutture di cardiologia/UTIC e le 8 emodinamiche descritte nel paragrafo successivo.

Rete IMA

Il Laboratorio di emodinamica rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicate dalle più recenti linee guida sull'argomento.

L'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità h24 e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto dei criteri regionali di accreditamento e delle indicazioni dei documenti nazionali. Per assicurare le funzioni di Hub, prevede un volume minimo di attività del Laboratorio di emodinamica di 400 procedure di angioplastica, di cui almeno 100 primarie.

Nell'organizzazione dei percorsi di rete dell'infarto del miocardio in Regione Liguria sono presenti 8 punti di erogazione per il trattamento PTCA tempo-dipendente presso i servizi di emodinamica presenti nelle cardiologie Liguri.

Di seguito si riportano gli ospedali sede di laboratori di emodinamiche (CENTRI hub) presenti sul territorio ligure

- ◆ Irccs Policlinico S.Martino
- ◆ E.O. Ospedali Galliera
- ◆ Ospedale Villa Scassi
- ◆ Ospedale Sant'Andrea, La Spezia
- ◆ Stabilimento Ospedaliero, Sanremo
- ◆ Ospedale Santa Corona, Pietra Ligure
- ◆ Ospedale San Paolo, Savona
- ◆ Ospedali Riuniti Leonardi e Riboli, Lavagna

Rete traumatologica

La rete del trauma in Regione Liguria è costituita da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata *Hub and Spoke*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (Hub), fortemente integrati con i centri periferici (Spoke).

In particolare, sono presenti 3 centri Hub e 6 centri Spoke così suddivisi:

- ◆ 2 CTS: HSM (centro Hub), Gaslini (centro Hub)
- ◆ 2 CTZ: Pietra Ligure (centro HUB), Villa scassi (centro Spoke)
- ◆ 5 PST: Sanremo, Savona, Galliera, Lavagna, Spezia (tutti centri spoke).

Rete ictus

L'organizzazione della gestione sul territorio Ligure è caratterizzata da una risposta organizzativa a livello strutturale, con n. 8 Centri Ictus:

- ◆ ASL1 Imperia: Neurologia Ospedale di Imperia
- ◆ ASL2 Pietra Ligure (HUB del Ponente), Neurologia

- ◆ ASL2 Savona, Neurologia
- ◆ ASL3 Sampierdarena: Neurologia
- ◆ Galliera: (in condivisione con letti di Semintensiva)
- ◆ IRCCS San Martino: Neurologia (Hub Metropolitano e levante)
- ◆ Chiavari/Lavagna: Neurologia
- ◆ La Spezia: Neurologia

Tutti i Centri hanno un minimo di 4/6 letti, alcuni strettamente coordinati con letti con cod.56 (Riabilitazione Intensiva).

Esistono 2 HUB, finalizzati soprattutto alla trombectomia (Pietra Ligure per il Ponente, San Martino per l'Area Metropolitana ed il Levante). In generale il personale infermieristico del Centro Ictus è condiviso con l'U.O. Neurologia ed è dotato di specifico expertise, mentre i Neurologi svolgono attività di guardia H24. L'accesso agli strumenti diagnostici di base (compresa AngioTc e/o RM) è garantito H24; ugualmente sono garantite le attività di Consulenza Neuroradiologica H24 in presenza o in tele-consulenza. L'attività di trombectomia è garantita in 2 Centri H24 (1 Centro/800mila abitanti), mentre la trombolisi è praticata c/o tutte le Stroke Unit.

Particolare efficienza e consolidata esperienza si dimostra nella fase pre-ospedaliera e nella gestione ospedaliera, mentre la filiera neuro-riabilitativa necessita di revisione organizzativa e di implementazione quali/quantitativa. La recente organizzazione del Dipartimento di Neuroscienze e Neuro-riabilitazione del Ponente Ligure, nonché la riorganizzazione della Rete Neuro-riabilitativa nel contesto del DIAR Neuroscienze, sono funzionali ad un percorso di potenziamento della rete Neuro-riabilitativa a forte integrazione con tutte le componenti territoriali.

4.4.3. I modelli e strumenti di potenziamento dell'integrazione dei percorsi clinico-organizzativi

La recente esperienza vissuta nel corso della pandemia ha reso ancor più evidente come sia indispensabile "riprogettare" l'Ospedale rivedendone in particolare la capacità di risposta e le relazioni con il territorio. Nel contesto pandemico la capacità di adattare la struttura e l'organizzazione interna del SSR alle crescenti necessità di accesso al sistema richiede risposte estremamente efficaci e logiche di integrazione consolidate e condivise.

Il potenziamento e lo sviluppo dei percorsi clinico-organizzativi è alla base dell'efficientamento nei sistemi sanitari che sono per definizione organizzazioni ad elevata complessità. L'evoluzione delle organizzazioni e dei *setting* di cura è una rappresentazione sintetica della costante dinamica tra l'emergere di problemi e l'applicazione di progettualità innovative capaci di superarle in un'ottica di logica unitaria. Dall'analisi dei modelli esistenti derivano soluzioni di affinamento ed evoluzione di quanto già operativo nonché proposte innovative che possono comportare una profonda rivisitazione delle organizzazioni, finalizzata al potenziamento dell'integrazione e allo sviluppo di sinergie.

Nel presente piano si vogliono evidenziare i principali strumenti per potenziare l'integrazione dei percorsi clinico organizzativi:

Modello hub&spoke e sua evoluzione

Ad oggi l'evoluzione del modello *Hub and Spoke* rappresenta la risposta più efficace alle esigenze degli enti sanitari con il superamento della concezione mono-specialistica alla realizzazione di un percorso di cura per il paziente costruito sui suoi bisogni in un'ottica multi-specialistica integrata di sistema. Il modello si applica per alcune forme di domanda caratterizzate da elevata complessità, e prevede il potenziamento dei centri di eccellenza già presenti sul nostro territorio e del loro ruolo all'interno della rete, grazie al consolidamento di strategie *Hub and Spoke*. Tale modello organizzativo presuppone che patologie e situazioni complesse traggano vantaggio dal fatto di essere affrontate in un numero ristretto di centri caratterizzati da una concentrazione di competenze e risorse. Attualmente, l'organizzazione secondo il modello *Hub e Spoke* è adottata laddove la ricchezza di competenze e tecnologie concentrata negli *hub* rappresenta l'elemento chiave per definire il percorso che porta al trattamento di molte patologie nelle sedi dove le stesse possono ricevere le migliori offerte e standard di trattamento. I nodi *Spoke* svolgono un ruolo altrettanto rilevante nell'accompagnare il paziente, nell'identificare la diagnosi del paziente e il miglior percorso di cura a livello periferico. Per poter governare adeguatamente il modello *Hub & Spoke* servono cultura e competenze manageriali evolute, che consentano di organizzare una rete complessa, di valutare le performance in modo continuativo (quindi disporre di sistemi di monitoraggio costante) e che siano in grado di riorganizzare risorse.

Questo non implica automaticamente l'accentramento di tutti i trattamenti, spesso con una mobilità ingiustificata, ma occorre individuare tipologie di pazienti (o fasi del percorso) che in molti casi possono essere adeguatamente presi in carico con una miglior organizzazione in grado di qualificare i servizi disponibili sull'intero territorio, garantendo la crescita di professionalità e competenze, lo scambio e la valorizzazione dei professionisti, l'utilizzo efficiente delle risorse umane e tecnologiche, la fidelizzazione al territorio nel suo insieme da parte del cittadino che, viene attivamente e consapevolmente coinvolto in una gestione delle varie fasi del percorso di cura offerte in *setting* appropriati. In tale contesto sono state avviate iniziative finalizzate a garantire la presenza qualificata delle competenze ultra-specialistiche di alcune strutture con funzioni di *hub*, finalizzate a ricomprendere nelle attività cliniche e di ricerca segmenti di popolazione, professionalità e strutture già presenti in sedi AASSLL e non afferenti all'area metropolitana. Questa logica implica il superamento della territorialità aziendale, soprattutto per quelle funzioni che vengono riconosciute ai centri di eccellenza, garantendo attraverso lo sviluppo di idonee forme di relazioni convenzionali e istituzionali il potenziamento della presenza e dell'estensione della qualità del processo di cura e presa in carico nel suo insieme. Le esperienze già avviate e in via di completamento consentono di incrementare il bacino reclutabile in attività specialistiche garantendo che le prestazioni (o parte di esse) trovino compimento presso le sedi ospedaliere delle AASSLL del Levante e

Ponente, con l'obiettivo di limitare la mobilità dei cittadini sia in senso centripeto sia verso altri erogatori extra-regionali, delocalizzando fasi di trattamento e incrementando il reclutamento dei pazienti arruolabili per studi clinici, a garanzia di una maggior comprensione del percorso di cura all'interno del territorio Ligure con miglioramento dell'*outcome*.

Networking

L'ottimizzazione della risposta del sistema ospedaliero passa dal potenziamento del networking fra le Aziende, e vede non tanto una forte azione su punti di giunzione della rete già funzionante, quanto un forte impulso sulle connessioni stesse, valorizzando i percorsi, compresi i tratti intermedi, che possono trovare nei segmenti di unione elementi in grado di conferire un valore aggiunto al percorso stesso. Agire sulle interconnessioni con il territorio e le sue nuove articolazioni, definite dal PNRR, diventa particolarmente rilevante specialmente grazie all'attivo coinvolgimento dei centri *Hub* che devono rileggere il loro ruolo in un'ottica di decentramento operativo attraverso opportune emanazioni.

La sfida che viene richiesta alle singole aziende è di intervenire, da una parte, valorizzando le competenze presenti nella logica della corrispondenza ai volumi che configurano la qualità dell'offerta, secondo i parametri richiesti dagli standard di qualità ministeriali e regionali, e, dall'altra, costituire le articolazioni operative, attraverso opportuni accordi, finalizzate al completamento dell'offerta di prestazioni, estendendo l'area di azione anche al di fuori delle logiche del territorio aziendale in senso stretto (accordi contrattuali interaziendali, mobilità del personale, etc.).

I DIAR

I DIAR rappresentano il supporto tecnico per la *governance* di A.Li.Sa, garantendo la partecipazione attiva dei professionisti nel processo di analisi e proposte e definizione di priorità di intervento con il coinvolgimento delle Direzioni Aziendali. La progressiva estensione degli ambiti e la valorizzazione delle rispettive aree tematiche trovano completa attuazione nel corso del triennio 2022-2024.

I DIAR contribuiscono alla definizione e condivisione dei percorsi integrati di diagnosi e cura, capillarizzazione delle linee guida, protocolli e procedure impiegate e valutazione del loro stato di applicazione attraverso l'utilizzo sistematico dell'audit clinico. In sintesi, il DIAR rappresenta l'unità organizzativa in grado di fornire la risposta alla gestione sia dell'integrazione intra e inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza, sia della condivisione dei percorsi, costituendo quindi, un driver di grande importanza nella spinta all'implementazione dell'appropriatezza (vedi capitolo 6).

DMT (Disease Management Team)

L'approccio integrato alla malattia (*Disease Management DMT*) nasce con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici e la qualità dei servizi offerti all'utente, e da tempo è utilizzato nel contesto regionale per le patologie a più alta complessità (Delibera A.Li.Sa. n.354/2019 "Istituzione del *Disease Management Team* regionale come modello assistenziale di riferimento per i Tumori Rari solidi dell'adulto e approvazione del regolamento di funzionamento" e n. 253/2019 Disposizioni sui percorsi regionali individuati e definiti dai D.I.A.R.: indirizzi clinici e organizzativi"). Il *Disease Management Team* (D.M.T.) consiste nell'applicazione della metodologia che si avvale di un approccio multidisciplinare, sistematico e integrato, volto al miglioramento degli outcome sanitari e organizzativi, della qualità dei servizi offerti al paziente e alla massima appropriatezza delle cure con il fine di aumentare la tempestività degli interventi, migliorandone il coordinamento attraverso la collaborazione tra i professionisti coinvolti. Il DMT è quindi un modello assistenziale e può essere definito come una risposta organica e strutturata alla frammentazione delle cure e prevede l'intervento e la cooperazione dei diversi attori del processo assistenziale che, riuniti in un team multidisciplinare, ridefiniscono l'iter diagnostico-terapeutico coordinando e integrando i diversi interventi e le risorse disponibili. Trova un'applicazione naturale per le patologie complesse in relazione alla molteplicità delle discipline professionali coinvolte e alla complessità del malato. In questo senso, il D.M.T. determina i possibili percorsi terapeutici del paziente dalla sua presa in carico fino a tutte le evoluzioni cliniche della patologia.

Al fine di superare l'eterogeneità di formalizzazione e utilizzo di questo strumento in ambito oncologico è nata l'esigenza di redigere un regolamento di funzionamento con la garanzia dell'applicazione su tutto il territorio ligure.

MTB (Molecular Tumor Board)

I progressi nel campo della genetica e della genomica tumorale uniti alla sempre maggiore diffusione in ambito clinico di tecnologie all'avanguardia guidano l'innovazione in campo oncologico.

Inoltre, le nuove conoscenze unite al parallelo sviluppo di farmaci a bersaglio molecolare, stanno aprendo la strada alla medicina personalizzata. Le sfide aperte dall'oncologia mutazionale sono molteplici e, in parte, legate alla gestione di informazioni nuove e complesse che implicano il possesso di *expertise* specifiche. In questo ambito, l'istituzione dei *Molecular Tumor Board* (MTB), gruppo di lavoro costituito all'interno del DIAR Onco-ematologico, si propone come strumento di *governance* della complessità introdotta dall'oncologia mutazionale, portando al tavolo di discussione multidisciplinare nuove figure professionali tra cui genetisti, biologi molecolari ed esperti di gestione di dati omici. La collaborazione tra specialisti infatti è fondamentale per una corretta gestione del dato molecolare e la sua integrazione con i dati clinico-patologici classici per un'ottimale gestione del programma terapeutico del singolo paziente.

In particolare, il Molecular Tumor Board (MTB) ha le funzioni di (i) Individuare i test molecolari di provata efficacia per la diagnostica oncologica, ai fini della definizione prognostica o terapeutica; (ii) Definire i criteri demografici, clinici e di laboratorio per la selezione dei pazienti; (iii) Analizzare e valutare gli indicatori di

processo ed *outcome* della popolazione suscettibile; (iv) Definire i criteri per l'individuazione dei laboratori e dei centri di riferimento per l'effettuazione di test molecolari di primo e secondo livello; (v) Individuare i percorsi di accesso di primo e secondo livello identificati per i pazienti liguri e (vi) Individuare i criteri per la definizione delle tariffe e/o della rimborsabilità da parte del SSR.

Second opinion

In ambito oncologico, i pazienti spesso ricorrono ad un secondo parere in merito alle valutazioni diagnostiche, terapeutiche e prognostiche ricevute durante il primo consulto e talvolta, si rivolgono a centri fuori regione specializzati in patologie oncologiche, contribuendo all'incremento della mobilità passiva. Per arginare questa criticità e nell'ottica di una migliore presa in carico globale del paziente che comprenda non solo la parte clinica, ma anche la sfera psicologica, emotiva e sociale e non trascuri gli aspetti deontologici, emerge la necessità di disporre di una rete intra-regionale per l'offerta di una seconda opinione sul territorio ligure. La "second opinion" prevede la collaborazione multidisciplinare, avvalendosi del MTB, del DMT quali occasioni di confronto e discussione dei casi e della tele-consultazione, quale strumento a supporto ai clinici.

4.5. Potenziamento e sinergie con il territorio

4.5.1. Il governo dell'assistenza farmaceutica, integrativa, protesica e dei dispositivi medici

Il tema dell'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e dei dispositivi medici è di rilevanza nazionale e regionale ormai da diversi anni. Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche legate all'invecchiamento della popolazione hanno determinato e determineranno un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso.

Per assicurare l'uniformità, l'equità e l'efficienza della assistenza risulta necessaria la governance centrale di Alisa con la finalità di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- 1) consolidare e rafforzare le attività poste in essere nel periodo pandemico ed emergenziale per assicurare la capillarità dell'assistenza, l'accesso, la riduzione delle disuguaglianze ed una efficace e tempestiva presa in carico;
- 2) implementare i programmi operativi che, promuovendo l'appropriatezza e l'attivazione di buone pratiche, permettano di raggiungere significativi risultati sia per quanto riguarda l'appropriatezza della prescrizione di dispositivi medici e farmaci (es: biosimilari), sia la sicurezza dei pazienti nonché la qualità dei dati;
- 3) assicurare la sostenibilità ed il migliore rapporto costo/beneficio, nel rispetto dei tetti di spesa programmati imposti dalle leggi finanziarie;
- 4) garantire il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema consolidando il coordinamento delle reti;
- 5) attivare procedure e progetti che siano declinati in base alle esigenze definite dal PNRR nonché dal D.M.77/2022.

4.5.1.1. Farmaceutica ospedaliera e territoriale

L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici sia per l'efficiente allocazione delle risorse del SSR. In tale ambito, occorre promuovere, potenziare ed ottimizzare i processi volti a rafforzare sinergie per migliorare l'uso appropriato, sicuro ed efficace delle risorse, al fine di garantire ai pazienti un elevato standard di cura in termini di appropriatezza, sicurezza ed uniformità di accesso alle prestazioni. Con Delibera A.Li.Sa. n.411/2021 "Costituzione gruppo di lavoro monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche" è stato istituito il Gruppo di Lavoro, in collaborazione con le AA.SS.LL, al quale sono

assegnati gli obiettivi di (i) mettere a fattor comune le migliori esperienze acquisite dalle singole Aziende/Enti; (ii) efficientare il sistema per consentire una lettura agevolata delle proprie performance, anche disponendo di dati di confronto tra AA.SS.LL. (benchmark intraregionale); (iii) garantire ai pazienti un elevato standard di cura in termini di appropriatezza e sicurezza; (iv) assicurare uniformità di accesso alle prestazioni; (v) promuovere la sostenibilità; (vi) permettere una governance e una visione omogenea regionale al fine di uniformare sul territorio regionale il monitoraggio della ricetta medica nonché l'efficace informativa ai Medici prescrittori. A tale scopo è stato formalizzato il cruscotto completo degli indicatori di appropriatezza prescrittiva per il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche (Delibera A.Li.Sa. n.207/2022).

L'applicazione del nuovo modello di governance risulta di peculiare rilevanza e richiede la massima aderenza da parte degli Enti del SSR al fine di ottemperare alle principali azioni, previste per il triennio 2023-25, di seguito brevemente riassunte:

Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari

Occorre evidenziare come l'utilizzo dei farmaci equivalenti ha raggiunto, da tempo, in ambito territoriale, un livello di utilizzo soddisfacente, mentre al contrario per i farmaci biosimilari l'introduzione e l'impiego è stato meno rapido e molto più impegnativo. Regione Liguria e A.Li.Sa. nell'arco degli ultimi anni hanno adottato numerosi atti di indirizzo per promuovere l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto, orientando le scelte dei medici prescrittori verso alternative terapeutiche efficaci ed economicamente sostenibili.

Sulla base del monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci biosimilari, la Regione Liguria ha raggiunto livelli di consumo ragguardevoli per alcune molecole, con margini di miglioramento da realizzare nel prossimo triennio, tale da consolidare il consumo percentuale (100%) di tutte le molecole di biosimilari disponibili sul mercato rispetto all'originator. Questo obiettivo potrà essere raggiunto soprattutto grazie all'impegno e alla aderenza delle Aziende/Enti del SSR. Pertanto è indispensabile che l'acquisizione dei farmaci biosimilari avvenga in tempi rapidi da parte delle Aziende/Enti del SSR e che sia promosso il suo utilizzo con un attento monitoraggio delle prescrizioni mediche per verificare i consumi e per individuare gli switch da molecole non più coperte da brevetto o in prossimità della perdita dello stesso verso farmaci ancora soggetti a copertura brevettuale. È, inoltre, necessario che le Aziende/Enti del SSR svolgano attività informativa/formativa sull'efficacia e la sicurezza dei biosimilari e sui tempi di accesso delle molecole.

Farmaci a registro AIFA

I medicinali specialistici di recente immissione in commercio, destinati alla cura di patologie severe, sono monitorati attraverso i registri di monitoraggio AIFA che consentono l'utilizzo appropriato delle terapie, il controllo della loro efficacia e sicurezza, la raccolta di dati epidemiologici nonché l'omogeneità di accesso alle cure.

Alisa in applicazione della normativa vigente governa l'utilizzo dei farmaci di nuova immissione attraverso la formale individuazione dei centri in possesso dei requisiti necessari a garantire

l'utilizzo appropriato delle terapie con la finalità di fornire specifiche linee di indirizzo per promuovere l'appropriatezza e l'aderenza alle disposizioni AIFA ed assicurare l'ottenimento del 100% dei rimborsi previsti.

È, pertanto, necessario che le Aziende e gli Enti del SSR assicurino:

- una efficiente collaborazione tra Medico prescrittore e Farmacista pubblico per garantire la tempestiva attivazione delle procedure di competenza;
- la compilazione puntuale e completa delle schede assicurando l'allineamento dei dati inseriti a registro con quelli presenti nei flussi ministeriali della farmaceutica diretta e ospedaliera;
- la compilazione delle schede di fine trattamento e delle Richieste di Rimborso (RDR) in tempi brevi per consentire l'accesso ai rimborsi;
- il richiamo agli obblighi del personale sanitario in ordine al puntuale monitoraggio del profilo di sicurezza dei medicinali tramite la tempestiva segnalazione delle sospette reazioni avverse secondo le modalità e tempistiche previste dalla normativa vigente.

Piani Terapeutici

Allo scopo di assicurare l'appropriatezza terapeutica-assistenziale, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha previsto che, per la prescrizione a carico del SSN, alcuni medicinali di fascia A siano erogati solo sulla base di Diagnosi e Piano Terapeutico (PT). Nella maggior parte dei casi il PT è formulato da Centri specialistici individuati dalla Regione e, a partire dal 2011 (DGR n.759 del 5/7/2011), è disponibile l'informatizzazione degli stessi per assicurare il governo delle prescrizioni.

Attualmente, sono registrati sull'applicativo informatico regionale tutti i farmaci per i quali è previsto il Piano Terapeutico. Poiché nell'ambito degli indirizzi di tipo programmatico, l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica rivestono un ruolo cruciale nei trattamenti cronici, si intende consolidare le azioni in essere a livello regionale. Specificatamente, A.Li.Sa. con il supporto di Liguria Digitale, coordina progetti per favorire un'uniforme adozione degli indirizzi, anche armonizzando gli strumenti prescrittivi. Le Aziende/Enti del S.S.R. responsabili del controllo della qualità e della completezza dei dati registrati sui piani terapeutici nonché della loro archiviazione, hanno l'obiettivo di implementarne il monitoraggio al fine della promozione e verifica della appropriatezza, dell'aderenza e dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci.

Corretto utilizzo antibiotici

L'uso inappropriato degli antibiotici favorisce la selezione di ceppi resistenti: l'antibiotico-resistenza rappresenta una priorità di salute pubblica a livello globale con ricadute importanti sulla gestione clinica dei pazienti sia in ambito territoriale che ospedaliero, tra le quali un aumento della morbidità e della mortalità per infezioni e un aggravio dei costi sanitari e sociali. [OSMED 2020]. Con DGR 1124 del 23/12/2021 "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Liguria anni 2021-2025" sono stati individuati specifici obiettivi strategici finalizzati al contrasto dell'antimicrobica resistenza e con Delibera Alisa 207 del 29/06/2022 tra gli indicatori di appropriatezza prescrittiva è stato previsto uno specifico set per monitorare

l'uso appropriato degli antibiotici a livello territoriale. Gli enti dovranno assicurare l'aderenza ai provvedimenti regionali in essere e occorre implementare a livello Regionale modelli di antimicrobial stewardship e la gestione degli antibiotici classificati attraverso il sistema AWaRe dell'OMS come "Reserve". In particolare è previsto l'aggiornamento e l'informatizzazione della richiesta motivata per la prescrizione di antimicrobici per migliorare l'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero, la riduzione della resistenza microbica, nonché la razionalizzazione dei costi e la raccolta di dati utili ai fini epidemiologici.

Assistenza farmaceutica nelle RSA, RP ed Ospedali di Comunità

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria che è mandatoria nel caso di pazienti fragili in residenze sociosanitarie affetti da patologie croniche.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono spesso causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie. Particolare attenzione viene dedicata al tema della aderenza della terapia e alla farmacovigilanza. Le AASSLL forniscono direttamente i medicinali per i pazienti anziani istituzionalizzati nelle case di riposo (RP) e nelle residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) convenzionate.

Al fine di ridurre il rischio di inappropriatezza e promuovere l'uso sicuro del farmaco è in corso di realizzazione uno specifico progetto di Farmacovigilanza attiva finanziato da AIFA che ha tra gli obiettivi quello di evitare l'insorgenza di ADR (advers Drug Reactions) da interazioni tra farmaci nella popolazione anziana tramite un costante monitoraggio delle prescrizioni all'atto del loro rilascio. Gli enti del SSR dovranno garantire il controllo dei consumi, l'attività di sorveglianza, il monitoraggio dell'aderenza e dell'appropriatezza delle prescrizioni, la promozione dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci prescritti e richiesti, la valutazione di eventuali interazioni farmacologiche, la aderenza alla raccomandazione ministeriale 17 anche nell'ottica del deprescribing e la promozione della farmacovigilanza.

Farmacia dei servizi

La Regione Liguria intende promuovere e valorizzare il ruolo delle farmacie di comunità. Attraverso la sperimentazione dei nuovi servizi previsti dagli Accordi approvati dalla Conferenza Stato – Regioni in data 17 ottobre 2019 e in data 30 marzo 2022. Si intende strutturare le attività della sperimentazione per riconoscere alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità e vicinanza al cittadino, soprattutto nelle aree più disagiate e in ragione dell'età media elevata dalla popolazione regionale.

Con DGR n. 488 del 30/05/2022 è stato approvato il cronoprogramma delle attività sperimentali della farmacia dei servizi per la vaccinazione anti SARS-CoV2, Servizi di Telemedicina, Holter pressorio, Holter cardiaco ed ECG. Inoltre, sono state previste le attività di: monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con ipertensione, BPCO e Diabete di tipo 2, test su prelievo di sangue capillare e auto spirometria, servizio FSE/Screening per il tumore del colon retto /Riconciliazione ricognizione terapia farmacologica. Grazie alla DGR n.641 del 7/07/2022 la rete delle farmacie di comunità può

svolgere ulteriori attività a carattere amministrativo assistenziale (cambio della scelta del MMG o PLS in farmacia senza ricorre agli sportelli della ASL).

Sicurezza dei farmaci e farmacovigilanza (FV)

Con Delibera Alisa 23 del 2020 si è provveduto all'aggiornamento della rete regionale di FV e DV e alla nomina del responsabile regionale. Dal mese di giugno 2022, così come previsto dall'art. 26 del Regolamento di Esecuzione (EU) No 520/2012, è stato implementato il formato standard internazionale *ISO Individual Case Safety Report* (ICSR) ICH E2B(R3) per la segnalazione delle sospette reazioni avverse ai medicinali che garantisce una più elevata qualità delle segnalazioni, una miglior gestione ed analisi dei dati, ed una più accurata valutazione del profilo di sicurezza dei medicinali.

Si confermano le azioni in essere che dovranno essere ulteriormente consolidate, in particolare gli Enti dovranno assicurare la formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e cittadini alla segnalazione spontanea, la verifica della completezza e congruità delle informazioni raccolte ai fini della identificazione di potenziali segnali di sicurezza, la partecipazione attiva ed efficiente ai progetti di farmacovigilanza regionale, interventi mirati a migliorare le conoscenze sul profilo beneficio-rischio dei farmaci dopo la commercializzazione nelle reali condizioni d'uso nonché alla diffusione indipendente delle informazioni di sicurezza.

4.5.1.2. Dispositivi medici, Assistenza protesica ed integrativa

La governance dei dispositivi medici, nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e, soprattutto, ai fini della sicurezza e dell'appropriatezza d'uso, non può prescindere dalla conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso dei dispositivi medici e più in generale delle tecnologie. Il Monitoraggio costante dei costi e dei consumi dei dispositivi medici e la gestione del processo delle segnalazioni di Dispositivo Vigilanza a livello regionale rappresentano le attività attualmente prevalenti in questa area.

Si confermano le azioni che saranno ulteriormente consolidate, per le quali gli Enti del SSR sono chiamati a:

- ◆ garantire il rispetto degli specifici adempimenti LEA e la qualità dei dati trasmessi al fine di consentire il monitoraggio e la programmazione;
- ◆ garantire un'adeguata appropriatezza d'uso ed un contestuale contenimento dei consumi;
- ◆ recepire quanto stabilito dai Regolamenti Europei e conseguenti atti normativi nazionale al momento in via di definizione nell'ambito della Dispositivo-vigilanza.

Con il DPCM 12 gennaio 2017 sono stati aggiornati i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), al fine di permettere a tutti i cittadini di poter usufruire di prestazioni assistenziali innovative ed adeguate alle loro esigenze. In questo contesto A.Li.Sa, garantisce la governance ed il coordinamento tra gli Enti del SSR. Con Delibera Alisa n. 384 del 28/10/2020 è stato istituito un gruppo di lavoro regionale per l'aggiornamento

delle linee di indirizzo regionali di assistenza protesica, transcodifica del nomenclatore e informatizzazione, il quale ha anche il compito di definire modelli organizzativi tesi alla razionalizzazione delle attività, attivando azioni di miglioramento per la semplificazione dei percorsi assistenziali.

Si confermano le azioni in essere che dovranno essere ulteriormente consolidate, in particolare gli Enti del SSR sono chiamati ad assicurare la semplificazione dei percorsi, garantire una efficace presa in carico sia degli assistiti presso il loro domicilio e la continuità ospedale-territorio, assicurare l'appropriatezza d'uso dei dispositivi ricompresi nell'assistenza protesica e integrativa, rendere disponibili i dati per il monitoraggio e assicurare un'adeguata tracciatura ed informatizzazione delle prescrizioni e delle erogazioni. L'informatizzazione della prescrizione comporterà in particolare che il modulo prescrittivo sia implementato e aggiornato al fine di costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio ligure che garantisca la agevole gestione ed il monitoraggio completo dei campi informativi e parametri richiesti.

Dispositivo vigilanza

La Dispositivo Vigilanza (DV) comprende un insieme di attività volte ad incrementare la protezione della salute, la sicurezza dei pazienti e quella degli utilizzatori. A livello nazionale, il campo della Dispositivo Vigilanza è in una fase di grande transizione che porterà alla completa attuazione di quanto disposto dai Regolamenti UE 745/2017 e 746/2017 (Normativa europea di riferimento per la Dispositivo Vigilanza) con la completa riforma dei processi di controllo, segnalazione e comunicazione tra Enti, Regioni, Ministero della Salute ed omologhi europei.

Con la Delibera A.Li.Sa. n. 138 del 03/05/2021 è stata aggiornata la Rete Regionale di DV e definita la "Procedura Regionale nell'ambito della Dispositivo Vigilanza" volta a garantire la sicurezza e tutela della popolazione, promuovere l'aderenza ed il rispetto della normativa, implementare l'efficacia della condivisione delle informazioni e la conseguente necessaria tempestività nell'adottare le azioni opportune e l'uniformità dei comportamenti a livello di tutti gli enti della regione.

In tale quadro di innovazione gli Enti del SSR dovranno garantire l'aderenza alla nuova procedura, adoperandosi, dove necessario, per adattare le realtà procedurali aziendali alle indicazioni previste dalla normativa vigente.

Monitoraggio dei consumi e della spesa dei farmaci e dei dispositivi medici

I flussi informativi ministeriali per il monitoraggio dei consumi dei farmaci, dei dispositivi medici e dei contratti permettono di disporre di dati che costituiscono un importante patrimonio per assicurare il monitoraggio della spesa e la tracciabilità dei consumi e delle prescrizioni.

In considerazione della importanza della qualità di tali dati sono stati previsti specifici adempimenti LEA (C14 e C15 per i farmaci e C6 per i dispositivi medici) che impegnano le regioni nel garantire la efficacia e l'efficienza nella raccolta dei dati ed il successivo invio al Ministero. Regione Liguria è sempre stata adempiente nel rispettare gli obblighi relativi alla sottomissione dei dati e alle verifiche della qualità degli

stessi (adempimenti LEA) con risultati lusinghieri grazie alla creazione di tavoli di lavoro, l'assegnazione ai DG di specifici obiettivi e lo sviluppo di avanzati *tool* di analisi e controllo.

Si confermano le azioni in essere che dovranno essere ulteriormente consolidate, in particolare gli Enti del SSR dovranno assicurare la massima aderenza agli adempimenti LEA (C15, C14 e C6) con riferimento al rispetto della tempistica, completezza la qualità dei dati trasmessi ad Alisa e l'aderenza alla normativa di riferimento in vigore, questo per poter efficacemente attuare attività di programmazione, monitoraggio, controllo e miglioramento.

4.5.2. La presa in carico del paziente fragile con bisogni socio-assistenziali complessi

La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso più sfidante la gestione dei pazienti nel contesto ospedaliero soprattutto in presenza di soggetti con un'elevata complessità assistenziale e/o di età avanzata che all'atto della dimissione non hanno un'adeguata assistenza domiciliare.

La delibera A.li.Sa. n.60 del 2022 ha l'obiettivo di delineare un percorso che favorisce l'individuazione dei bisogni assistenziali in maniera tempestiva grazie alla valutazione precoce effettuata in pronto soccorso o comunque entro le 24-48 ore dall'accesso alla struttura di ricovero ospedaliera. Questo fondamentale passaggio consente una migliore gestione, una più efficiente presa in carico all'atto della dimissione e, di conseguenza, l'attivazione del percorso più idoneo al paziente. L'argomento è maggiormente approfondito nella Parte 2 - capitolo 6.

L'intero processo coinvolge un team multidisciplinare in stretto contatto con gli operatori del territorio al fine di favorire una continuità e una fluidità nel trasferimento dall'ospedale alle strutture territoriali o presso il proprio domicilio, attivando i servizi ritenuti necessari.

L'applicazione di schede validate su scala internazionale, quali la scheda BRASS, sono validi strumenti di supporto per gli operatori. Attualmente è in uso anche la scheda AGED, tuttavia è prevista un'implementazione verso una scala più esaustiva (InteRAI) che prevede la valutazione di molti aspetti al fine dell'inquadramento completo del paziente e della formulazione di un piano di assistenza personalizzato e adeguato alle esigenze specifiche.

4.5.3. Chirurgia ambulatoriale

La DGR n. 351 del 21.4.2022, nell'ambito del programma RESTART SANITA' LIGURIA ed in funzione della razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera in linea con gli indirizzi nazionali, si è posta l'obiettivo di regolamentare il settore della Chirurgia Ambulatoriale, con aggiornamento delle precedenti normative regionali in materia (DGR n. 1097/2001 e n. 245/2003) e sulla base di quanto previsto dal DM n. 70/2015, ha modificato anche il Manuale di autorizzazione di cui alla D.G.R. n. 944/2018 (in quanto la citata D.G.R. n. 351/2022 interviene su un'attività soggetta ad autorizzazione ai sensi della LR 9/2017),

con il fine di garantire la sicurezza del paziente, la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivo principale della D.G.R. n. 351/2022 è il progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, anche in considerazione dell'evoluzione della chirurgia legata all'innovazione tecnologica e all'espansione delle tecniche a minore invasività, che consentono di ampliare l'offerta di setting organizzativi.

La citata DGR è stata formulata sulla base di un documento tecnico predisposto da A.Li.Sa. in collaborazione con i professionisti del DIAR Chirurgico e del DIAR Emergenza-Urgenza, avendo preventivamente provveduto a richiedere le valutazioni delle associazioni/enti interessati (Confindustria Liguria, Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Genova), come previsto dall'art. 3, comma 2 della L.R. n. 9/2017.

Il suddetto documento tecnico predisposto da A.Li.Sa. classifica le strutture di Chirurgia Ambulatoriale su tre livelli in base alla complessità/invasività delle prestazioni, alle tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili, a possibili complicanze nel paziente, alle caratteristiche igienico-ambientali dell'area operatoria.

4.5.4. Telemedicina

L'innovazione tecnologica da un lato, e l'aumento dell'età media dell'altro, stanno spingendo sempre più verso il miglioramento dell'assistenza sanitaria attraverso la telemedicina, di supporto per favorire l'integrazione dell'assistenza sanitaria. L'OMS ha inserito la telemedicina tra i servizi essenziali per il rafforzamento della risposta dei sistemi sanitari al Covid-19. Anche il rapporto ISS "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19", ha affrontato il tema dei servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria offrendo indicazioni, individuando problematiche operative e proponendo soluzioni utili sostenute dalle evidenze scientifiche, ma anche utilizzabili in modo semplice nella pratica.

A livello regionale il teleconsulto medico risulta già avviato presso alcune Aziende e consente la possibilità ai medici, situati in postazioni remote, di valutare il caso clinico attraverso l'analisi del maggior numero possibile di informazioni disponibili e l'impiego della video conferenza personale, utile per sottoporre eventuali commenti estemporanei e scambi di pareri, sulla base dello specifico expertise. La pandemia da COVID-19 ha determinato l'utilizzo sempre più frequente di questo utile strumento e con Delibera A.Li.Sa. n.363 del 8/10/2020 è stata approvata la proposta tecnica per le prestazioni delle visite specialistiche in telemedicina con collegamento in tempo reale che consente l'interazione diretta con il paziente. La televisita può anche essere attivata dallo specialista in sostituzione della visita prenotata. Inoltre, nel territorio dell'area metropolitana genovese il teleconsulto è utilizzato grazie alla piattaforma digitale PoLiSS, messa a punto da Liguria Digitale per la presa in carico dei pazienti domiciliari affetti da virus pandemico da parte dei MMG in collaborazione con gli specialisti di malattie infettive del Policlinico IRCCS

San Martino. Si assicura in tal modo ai pazienti domiciliati un elevato standard di assistenza fornendo cure secondo i protocolli ospedalieri e, contestualmente, evitando accessi ospedalieri inappropriati. In caso di necessità di ricovero, è previsto un percorso diretto per evitare l'accesso dal pronto soccorso. Tale strumento importante consente ai medici di famiglia di assicurare la massima efficacia e uniformità delle cure su tutto il territorio dell'area metropolitana e potrà essere esteso sull'intero territorio regionale.

4.6. DIAR e Reti

I DIAR, strutture di governo clinico, di programmazione strategica, di integrazione inter-aziendale dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e socio-sanitarie, hanno permesso di proporre nuovi strumenti di tipo organizzativo per superare la frammentazione assistenziale favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di percorsi *evidence-based*.

L'attività dei DIAR ha ricadute positive non solo in termini di qualità dei servizi erogati, ma anche dal punto di vista dell'efficienza delle risorse impiegate.

Recentemente con DGR 155/2022 è stato istituito il nuovo DIAR dei Distretti Sociosanitari, sono stati confermati i precedenti DIAR ed è in fase di costituzione il DIAR delle Specialità Mediche.

Vengono forniti i principali obiettivi dei singoli DIAR da sviluppare nei termini di vigenza dell'attuale piano.

4.6.1. DIAR Cardio-Toraco-Vascolare

DIAR	Aree
Cardio-Toraco-Vascolare	Chirurgia cardiovascolare
	Chirurgia toracica
	Scompenso
	Cardiologia interventistica elettrofisiologia
	Time-dependent*

Il DIAR Cardio-Toraco-Vascolare ha come finalità il coordinamento della gestione integrata delle patologie cardiotoracovascolari a livello territoriale ed ospedaliero, per rispondere al progressivo aumento dei bisogni di salute della popolazione. Per garantire un'elevata qualità di cure, una corretta gestione delle risorse disponibili, la presa in carico dei pazienti con patologie cardiotoracovascolari e un'efficiente organizzazione delle attività, il DIAR Cardio-Toraco-Vascolare applica il modello Hub&Spoke che prevede la gestione delle patologie più complesse nel centro Hub, dove il *setting* permette il corretto inquadramento delle diverse fasi del percorso diagnostico terapeutico, e presso i centri Spoke quelle di minor complessità. In questo

contesto, si dettaglia la proposta di piano programmatico del DIAR Cardio-Toraco-Vascolare per il triennio sanitario:

Area chirurgica vascolare

1. Implementazione a livello regionale del percorso per il trattamento della patologia aortica complessa, con discussione multidisciplinare dei singoli casi e condivisione in tempo reale delle immagini anche grazie al potenziamento del teleconsulto al fine di attivare il percorso di centralizzazione e consentire il trattamento in tempi utili;
2. Definizione di un percorso multidisciplinare condiviso a livello regionale mediante un PDTA specifico per il trattamento dei pazienti affetti da ischemia critica degli arti inferiori, condizione con un elevato impatto in termini di incidenza e di outcomes del trattamento;
3. Collaborazione con il DIAR Emergenza-Urgenza nella riorganizzazione delle reti tempo dipendenti, in particolare per quanto riguarda la gestione dello stroke, delle sindromi aortiche acute e dei traumi.

Area chirurgica toracica

1. Implementazione della rete ligure della Chirurgia Toracica secondo quanto definito nella delibera di A.Li.Sa. n. 110/2019 e in parte già applicata grazie all'attivazione del Disease Management Team (DMT) per le neoplasie polmonari tra Hub e Spoke, oltre che tra Ospedale Policlinico San Martino (Centro HUB) e ASL 1 e ASL 2
2. Condivisione e definizione a livello regionale di 2 PDTA unitamente al DIAR Oncologico: trattamento del mesotelioma pleurico maligno; neoplasie timiche e miastenia. Centralizzazione degli interventi previsti nei 2 PDTA sopracitati presso il centro Hub dotato di 2 robot Da Vinci Xi di ultima generazione
3. Istituzione delle *equipe* itineranti fra Spoke ed Hub e migliore allocazione di risorse mediche e infermieristiche nell'ottica di una corretta ed uniforme esecuzione di interventi chirurgici a bassa e media complessità nei centri Spoke e centralizzazione nel centro HUB degli interventi ad alta complessità.

Area cardiocirurgica, cardiologica clinica ed interventistica

Applicazione di sinergie finalizzate a migliorare la qualità delle cure grazie all'implementazioni tecnologiche di qualità (es televisita, telemonitoraggio, tele *heart team*) ed a un contesto condiviso e focalizzato sulla continuità di cura;

Per l'Area di Cardiologia Interventistica: revisione dei percorsi formalizzati con delibera A.Li.Sa. n. 253/2019:

- Percorso aritmia: aggiornamento della rete hub and spoke a favore di una maggiore centralizzazione in sedi idonee a trattamenti multidisciplinari e creazione di un percorso specifico, condiviso con i rappresentanti di area e i responsabili delle cardiologie e della cardiocirurgia
- Percorso TAVI: il percorso attualmente attivato mostra ottimi risultati; alla luce di quanto indicato dalle nuove Linee Guida Internazionali potranno essere introdotti aggiornamenti clinico-organizzativi
- Percorso rivascolarizzazione nei pazienti ad elevata complessità clinico/anatomica vede già una buona collaborazione tra tutte le strutture Cardiologiche e Cardiochirurgiche liguri per la quale è auspicabile un impegno a migliorare la funzione di teleconsulto mediante connessione telematica ed invio di immagini tra le varie strutture della rete.

Per l'Area Scompenso:

- Implementazione del PDTA "scompenso cardiaco" con l'obiettivo di proporre strategie di terza missione volte a promuovere nella popolazione le opportunità di prevenzione e di cura.

4.6.2. DIAR Chirurgico

DIAR	Aree
Chirurgico	Chirurgia generale e d'urgenza (incl. Chirurgia EBP, Chirurgia bariatrica e trapianto organi solidi)
	Chirurgia senologica
	Ortopedia
	Urologia
	Ginecologia
	Chirurgia plastica e ricostruttiva
	Chirurgia maxillo-facciale
	Chirurgia robotica

Il DIAR Chirurgico rappresenta lo strumento organizzativo che permette l'incontro delle professionalità dell'area clinica coinvolte nel percorso del paziente chirurgico, e gli organi regionali deputati alla programmazione e al controllo dell'attività sanitaria.

Gli obiettivi generali e comuni a tutte le Aree del DIAR chirurgico sono: l'incremento dei percorsi ad alta complessità con potenziamento del modello Hub and Spoke (soprattutto per quanto riguarda la Chirurgia Oncologica); l'ottimizzazione delle performance clinico organizzative, la limitazione della dispersione della casistica e riduzione della mobilità passiva; la realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici

Assistenziali (PDTA) e Protocolli assistenziali con lo scopo di uniformare il trattamento e l'utilizzo delle risorse su tutto il Territorio Regionale.

Si riportano gli obiettivi specifici che il DIAR chirurgico intende perseguire.

Obiettivi chirurgia generale

- ◆ Esecuzione di intervento chirurgico di colecistectomia in urgenza (entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi) in almeno 30% dei casi
- ◆ Applicazione del protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) per consentire dimissioni precoci in almeno il 50% dei casi dei pazienti trattati con chirurgia maggiore
- ◆ Applicazione di protocolli condivisi con i Centri Trasfusionali per il corretto uso del sangue al fine di ridurre le trasfusioni perioperatorie

Obiettivi Chirurgia senologia

- ◆ Istituzione di equipe itineranti fra spoke e hub per una miglior allocazione delle risorse e omogeneità dell'offerta
- ◆ Garanzia di offerta di interventi di Oncoplastica di I e II livello da parte delle Strutture di Chirurgia afferenti alle Breast Unit
- ◆ Progressivo incremento dell'adesione alle linee guida in merito al trattamento chirurgico dell'ascella e per la chirurgia delle lesioni benigne

Obiettivi Ortopedia

- ◆ Implementazione di strategie per ottimizzare l'esecuzione dell'intervento chirurgico entro le 48 ore nel paziente anziano over 65 anni affetto da frattura del collo del femore
- ◆ Definizione di un PDTA condiviso a livello regionale sulla gestione in urgenza del paziente con fratture esposte, in modo da ridurre *outcome* sfavorevoli (infezioni, lunghi periodi di trattamento, amputazioni ed invalidità permanente)
- ◆ Aumento della centralizzazione in DEA di II livello del paziente politraumatizzato
- ◆ Implementazione di strategie per ridurre la mobilità passiva di pazienti affetti da patologia elettiva/non-traumatica ortopedica.

Obiettivi Urologia

- ◆ Miglioramento performance cliniche-organizzative del percorso del paziente con tumore del rene: esecuzione di nefrectomia parziale in almeno il 60% dei pazienti con tumore del rene con lesioni di tipo T1; esecuzione della nefrectomia radicale (soprattutto per tumori in stadio T1-T2, N0) preferenzialmente per via laparoscopica (> 50% dei casi)
- ◆ Miglioramento performance cliniche-organizzative del percorso del paziente sottoposto a prostatectomia radicale: riduzione dei tempi di ricovero postoperatorio per prostatectomia radicale [dimissione entro 5 giorni nell'80% dei casi]

- ♦ Miglioramento performance cliniche-organizzative del percorso del paziente sottoposto ad adenomectomie prostatiche: riduzione delle adenomectomie prostatiche [$< 10\%$ di tutti gli adenomi]; applicazione del trattamento endoscopico nella casistica restante

Obiettivi Ginecologia

- ♦ Individuazione e applicazione di PDTA condivisi per le più comuni patologie benigne, quali: endometriosi, adenomiosi uterina e fibromi uterini.
- ♦ Miglioramento performance cliniche-organizzative del percorso della paziente con endometriosi: riduzione [a meno del 5%] dei trattamenti chirurgici dell'endometriosi a favore degli interventi mini-invasivi (laparoscopici e robotici)
- ♦ Miglioramento performance cliniche-organizzative del percorso della paziente sottoposta ad isterectomia: riduzione degli interventi di isterectomia per patologia benigna a favore di trattamenti alternativi ormonali o di radiologia interventistica.
- ♦ **Obiettivi chirurgia plastica e maxillo facciale**
- ♦ Miglioramento performance cliniche-organizzative del paziente adulto e pediatrico con attivazione di equipe itineranti presso i centri spoke

Obiettivi chirurgia robotica

- ♦ Miglioramento performance cliniche del percorso del paziente sottoposto a trattamento di resezione del retto robot assistita: diminuzione delle giornate di degenza post operatoria
- ♦ Miglioramento performance cliniche del percorso del paziente sottoposto a prostatectomia robotica: diminuzione delle giornate degenza post operatoria
- ♦ Miglioramento performance cliniche del percorso del paziente sottoposto a linfadenectomia durante gastrectomia robotica (subtotale e totale): aumento numero medio linfonodi reperiti (tenendo conto di fattore confondente rappresentato da trattamento neoadiuvante) rispetto agli anni precedenti
- ♦ Sviluppo di programmi regionali di implementazione della chirurgia robotica nella patologia benigna oncologica

4.6.3. DIAR dell'Emergenza-Urgenza

DIAR	Aree
Emergenza-Urgenza	Pronto Soccorso
	Patologie Time-dependent*
	Tecnico-assistenziale
	Continuità dei percorsi

Il DIAR dell'Emergenza-Urgenza integra tutte le unità operative regionali coinvolte nel processo emergenziale.

Le sue strutture costituiscono una rete funzionalmente differenziata in grado di rispondere alle necessità di intervento in emergenza-urgenza al fine di assicurare a tutti i pazienti un'assistenza tempestiva ed efficace e garantire la continuità di percorso dal territorio sino alla loro definitiva collocazione.

Il DIAR Emergenza-Urgenza implementa l'impiego e la condivisione di protocolli operativi e cerca di migliorare la *governance* di centralizzazione e decentralizzazione del pazienti presso la struttura ospedaliera più idonea secondo modelli *Hub & Spoke* già in essere.

Di seguito sono descritti gli obiettivi che il DIAR dell'Emergenza-Urgenza intende perseguire.

- ◆ Revisione e razionalizzazione del numero di Centrali Operative del 118 attualmente esistenti con ottimizzazione delle risorse nell'ottica di convogliare il personale sanitario sui mezzi di soccorso (incluse le automediche) e rendere più capillare la disponibilità sul territorio di mezzi con sanitari a bordo ricorrendo anche all'utilizzo di ambulanze INDIA (mezzi di soccorso con presenza di infermiere a bordo)
- ◆ Implementazione di regolamenti e protocolli operativi condivisi con gli operatori per il trasporto primario in emergenza/urgenza dei pazienti
- ◆ Implementazione di regolamenti e protocolli operativi condivisi con gli operatori per il trasporto secondario in emergenza/urgenza da centro Spoke a centro Hub e viceversa in accordo con le più recenti raccomandazioni delle società scientifiche e le buone pratiche cliniche di AGENAS. Implementazioni di *équipe itineranti* in caso di paziente ad altissimo rischio di decesso durante il trasporto (classe 5 SIAARTI) e secondo disponibilità strumentale e logistica del centro spoke
- ◆ Riorganizzazione delle reti tempo dipendenti in collaborazione con il DIAR Cardio-Toraco-Vascolare e delle Neuroscienze
- ◆ Introduzione della rete clinica delle emergenze intraospedaliere nelle reti tempo dipendenti quale risposta operativa e organizzativa per la riduzione del rischio di morti evitabili all'interno dell'ospedale. La rete dell'emergenza intraospedaliera è inserita all'interno dell'organismo regionale COREI (Comitato Operativo Regionale delle emergenze intraospedaliere) che ne definisce le linee di indirizzo al fine di omogeneizzare ed uniformare i percorsi di cura all'interno degli ospedali.
- ◆ Rete STEMI: ottimizzazione della centralizzazione dei pazienti con potenziamento e maggiore capillarità della telemedicina per la refertazione dell'ECG anche sulle ambulanze INDIA, presso gli ospedali di comunità e le case di comunità
- ◆ Rete trauma: riarticolazione dei nodi territoriali e ospedalieri in accordo con il DM70 e sue integrazioni, creazione di un manuale di rete per il trauma con definizione delle indicazioni di centralizzazione e definizione degli standard di formazione. Definizione della rete traumi pediatrica
- ◆ Rete stroke: potenziamento della telemedicina e del teleconsulto con la possibilità di refertazione di esami diagnostici di secondo livello
- ◆ Potenziamento della capacità di presa in carico grazie all'applicazione del teleconsulto (adozione scheda di valutazione clinica riportante i dati clinici e completa delle immagini radiologiche necessarie per la valutazione da parte dello specialista)

- ◆ Rete pediatrica e neonatale: integrazione interdipartimentale per la condivisione dei percorsi
- ◆ Inserimento degli Ospedali di Comunità come sedi ove possano essere erogate cure di bassa complessità per ridurre l'affollamento dei PS in accordo con il piano regionale per la riduzione dello stesso. Nell'ambito della riorganizzazione dei nodi territoriali, perseguimento dell'appropriatezza di centralizzazione primaria per ottimizzare il percorso, garantendo al paziente l'accesso alle cure necessarie nel minor tempo possibile.

4.6.4. DIAR dei Laboratori, Diagnostica Clinica e per Immagini

DIAR	Aree
Laboratori, Diagnostica Clinica e per Immagini	Macroarea Medicina di Laboratorio
	Patologia clinica
	Anatomia patologica
	Genetica
	Malattie trasmissibili (virologia, microbiologia, igiene)
	Macroarea Diagnostica per Immagini
	Neuroradiologia
	Medicina nucleare
	Radioterapia
	Radiologia diagnostica
	Radiologia interventistica
	Fisica sanitaria

Il DIAR dei Laboratori, Diagnostica Clinica e per Immagini nasce dalla confluenza di due Dipartimenti, Diagnostica per Immagini e Patologia Clinica. Il DIAR declina gli obiettivi generali di A.Li.Sa., di governo della mobilità passiva, concorre al completamento della presa in carico del paziente, promuove l'appropriatezza delle prestazioni e del setting erogativo e l'ottimizzazione dei percorsi concentrandosi prevalentemente su:

- ◆ perseguimento di un processo di omogeneizzazione in ambito regionale delle prestazioni erogate (modulistica, preparazioni, indicazione alle indagini, tempistiche, modalità di accesso e di prenotazione)
- ◆ perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva condividendo con i Medici Prescrittori le indicazioni cliniche ed identificando gli strumenti di monitoraggio

- ♦ individuazione delle indagini specialistiche che necessitano, per complessità, di centralizzazione in strutture ben identificate
- ♦ perseguimento di un processo di riorganizzazione, integrazione e efficientamento delle attività dei Servizi, compreso il ridisegno dell'offerta della diagnostica in vitro, con conseguente ricaduta sulla pianificazione della sostituzione o introduzione delle tecnologie, secondo logiche cliniche, economiche e organizzative.

Il DIAR svolge un ruolo decisivo nel processo di implementazione del modello CUP regionale e nella diversificazione tra CUP di I e II livello, al fine di migliorare l'accessibilità alle prestazioni per il cittadino. Tale processo ricorrerà anche alla teledistribuzione al fine di ridurre l'accesso fisico agli sportelli da parte degli utenti, mediante l'introduzione di totem e portali che consentiranno al cittadino di scaricare referti/immagini anche sul PC di casa o di trasmetterli a distanza al medico curante.

Obiettivo orizzontale e condiviso con gli altri DIAR è lo sviluppo dei protocolli e l'individuazione di strumenti informatici per l'omogeneizzazione del Teleconsulto e della Teleconsulenza che consentiranno di inviare in sicurezza le immagini delle prestazioni eseguite, prima dell'eventuale trasferimento del paziente e di usufruire di una "second opinion", su casi di particolare complessità.

Macroarea Diagnostica per Immagini

Area Radiologica

Perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni TC ed RM. Per il raggiungimento di tale obiettivo è necessaria l'applicazione a più step della Delibera Alisa n. 185 del 12/06/2019 che recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019 – 2021 con un percorso di formazione – informazione dei medici prescrittori coordinato dalle ASL (Specialisti Ospedalieri) e dagli Ordini dei Medici (MMG) a cui potrà seguire una fase di monitoraggio del prescritto. Valutazione di eventuali vincoli informatici per le corrette indicazioni cliniche all'atto della prescrizione. L'azione di calmieramento della domanda dovrebbe accompagnarsi ad una verifica annuale da parte delle ASL dell'eventuale discrepanza tra domanda ed offerta.

Individuazione delle prestazioni di secondo livello che necessitano di competenze professionali iper specialistiche e dei centri in cui vengano erogate. L'obiettivo è definire l'elenco di tali prestazioni specialistiche, i requisiti tecnologici e professionali (*clinical competence*) necessari per garantire uno standard qualitativo elevato ed omogeneo sul territorio regionale e loro diffusione ai medici prescrittori.

Area Neuroradiologica

Implementazione dell'utilizzo del teleconsulto e della telerefertazione di prestazioni neuroradiologiche in ambito regionale, applicabile sia nelle urgenze – emergenze sia eventualmente all'elezione. Studio delle ricadute in termini di risposta all'utenza e delle risorse da allocare.

Riorganizzazione ed efficientamento delle attività di neuroradiologia interventistica sul modello hub&spoke attraverso l'introduzione su base regionale di software automatici di valutazione delle immagini nello stroke acuto per facilitare la valutazione dei pazienti e ridurre i trasporti inappropriati verso gli hub.

Area Medicina Nucleare

Discussione del nomenclatore, delle modalità di rendicontazione delle procedure attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro per identificare le prestazioni erogate dalla Medicina Nucleare orfane di un corretto codice di branca e relativa valorizzazione

Area Radioterapia

Creazione di un'agenda unica per l'area metropolitana, per pazienti con K mammario con indicazione al trattamento RT. Adeguamento dei protocolli utilizzati per offrire procedure, percorsi e trattamenti uniformi a livello del territorio regionale.

Macroarea Laboratoristica

L'adesione di Regione Liguria al "Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio" finanziato dai Ministeri della Salute e degli Interni per gli anni 2021-2022, operativo nell'ambito della gestione 2022-23, ha di fatto ricompreso ed integrato la programmazione della Macroarea laboratoristica e prevede le seguenti attività:

Attività /Azioni previste :

- ◆ Istituzione di coordinamento permanente regionale tra pubblico e privato per l'ottimizzazione dei processi e verifica dei criteri definiti nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 (Rep. Atti n. 61/CSR), con particolare riferimento ai requisiti di qualità e sicurezza dell'assistito.
- ◆ Mappatura delle attività diagnostiche (tipologia e capacità produttiva) fornite alle ASL e Aziende sanitarie regionali al fine della riorganizzazione.
- ◆ Rafforzamento del modello hub and spoke su tre livelli (locale, di area omogenea e regionale).
- ◆ Centralizzazione delle procedure di gara presso SUAR (Stazione Unica Appaltante Regionale).
- ◆ Gestione in rete dei Controlli di qualità analitica (CQI e VEQ) attraverso gara di fornitura centralizzata e implementazione di uno specifico Tavolo di Lavoro per la verifica degli esiti e l'attuazione di azioni correttive.
- ◆ Miglioramento degli standard qualitativi e della sicurezza del cittadino.
- ◆ Armonizzazione metrologica tra i laboratori attraverso l'allineamento delle unità di misura secondo standard internazionali.
- ◆ Implementazione del nuovo Sistema informativo di laboratorio (LIS) regionale.
- ◆ Processo di applicazione di codifiche uniformi nei sistemi di laboratorio liguri.
- ◆ Individuazione/formalizzazione di ≥ 1 centro/i di riferimento per alcuni ambiti di interesse regionale al fine di supportare early warning e azioni di risposta rapida.
- ◆ Inserimento tra le strutture qualificate degli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS).

4.6.5. DIAR delle Malattie infettive

DIAR	Aree
Malattie infettive	Uso appropriato degli antibiotici e infezioni da microrganismi difficili/multiresistenti
	HIV/AIDS e Malattie sessualmente trasmesse
	COVID e altre malattie diffusibili

La pandemia da COVID- 19 ha evidenziato la necessità di disporre a livello regionale del DIAR delle Malattie infettive al quale sono affidate funzioni di coordinamento, di indirizzo e compiti operativi dell'ambito di pertinenza (Delibera A.Li.Sa. 2/2021, DGR 21/2021 e 155/2022).

Il DIAR delle Malattie infettive intende agire sulle tre aree con gli obiettivi specifici di seguito descritti.

Uso appropriato degli antibiotici e infezioni da microrganismi difficili/multiresistenti

L'uso inappropriato della terapia antibiotica è corresponsabile dell'insorgenza di microrganismi multiresistenti. Questo fenomeno nel 2019 ha generato 1,2 milioni di decessi a livello mondiale evidenziando il forte impatto dell'antibiotico-resistenza in termini di morbosità e mortalità. Per contrastare l'antibioticoresistenza è necessario nel breve periodo agire su alcuni punti chiave.

- ◆ Creazione di un PDTA regionale, adeguato alle varie realtà ospedaliere, sulle patologie più frequentemente osservate nei pazienti che accedono al pronto soccorso. Si tratta della prima sfida per contenere l'impiego degli antibiotici e limitare l'insorgenza dell'antibioticoresistenza. Per tale obiettivo sarà necessario un'analisi approfondita delle abitudini prescrittive, dell'ecologia batterica dei singoli presidi e la stesura del PDTA.
- ◆ Sviluppo di programmi multidisciplinari di *antimicrobial stewardship* ovvero serie di interventi coordinati che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici e che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata, della terapia e della via di somministrazione. Una migliore gestione del trattamento delle infezioni è rilevante, sia per la qualità della vita dei pazienti sia per la sanità pubblica, risultando una priorità di intervento per migliorare gli obiettivi clinici, di sicurezza ed economici.

COVID e altre malattie diffusibili

La continua emergenza di variabili legate alla pandemia da COVID-19 impone di mantenere alta la guardia soprattutto nei pazienti fragili (anziani, immunodepressi) a rischio di ospedalizzazione e morte. Oggi grazie all'armamentario terapeutico e al razionale uso degli antivirali è possibile prevenire forme severe di malattia, accessi al pronto soccorso, ospedalizzazioni e decessi. Inoltre è possibile ridurre la durata della malattia, quindi la degenza ospedaliera, e la contagiosità del paziente, diminuendo la possibilità di trasmissione dell'infezione ad altri soggetti. Obiettivo principale dell'area COVID-19:

- ◆ Implementazione del corretto uso di antivirali orali, antivirali per via endovenosa in prevenzione e di anticorpi monoclonali.

- ◆ Definizione PDTA del paziente affetto da SARS-CoV-2: indicazioni per la gestione domiciliare del paziente, indicazioni sul rischio di progressione grave e indicazioni per il paziente con insufficienza respiratoria. Inoltre, l'identificazione di parametri ossimetrici e clinici condivisi con il personale afferente al DEA potrà ridurre i ricoveri dei pazienti infetti per liberare risorse per le altre patologie. Nel breve periodo saranno condivise le linee guida di gestione.

HIV/AIDS e Malattie sessualmente trasmesse (MST)

L'obiettivo dell'area HIV/MST è:

- ◆ Definizione di un PDTA per la gestione della persona con infezione da HIV al fine di rendere omogenea la sua presa in carico sul territorio regionale. Le sfide che attendono le infezioni da HIV sono molteplici: l'invecchiamento, la comorbidità e l'avvento di una nuova generazione di farmaci long acting. Diventa cruciale che le risorse disponibili siano distribuite in maniera equa sulla base di chiari e specifici criteri scientifici. In primo luogo dovranno essere uniformi l'organizzazione degli ambulatori per la presa in carico e le tempistiche di laboratorio dei controlli; la terapia antiretrovirale dovrà seguire principi di efficacia e tollerabilità.
- ◆ Realizzazione di una rete di collaborazione interaziendale per le malattie sessualmente trasmesse fra le diverse specialità di accesso (urologia, dermatologia, ginecologia,). Obiettivo della rete è la standardizzazione della presa in carico e della gestione dei pazienti.

4.6.6. DIAR Materno-infantile

DIAR	Aree
Materno infantile	Pediatria
	Ostetrica e percorso nascita
	Pediatria ospedale-territorio e transitional care
	Prevenzione, promozione e tutela della salute
	Area Malattie Rare

Il Dipartimento Materno-infantile svolge la propria funzione di coordinamento e di indirizzo a livello Regionale nell'ambito della promozione e della tutela la salute della donna e del bambino, nelle loro diverse e complesse componenti.

L'assistenza mamma-bambino inizia fin da prima del concepimento (prevenzione primaria infezioni congenite, eventuale supporto medico specialistico) per continuare durante il periodo della gravidanza (diagnosi, controllo della evoluzione, rilievo di malattie a carico della madre o del feto e loro trattamento, rilievo di malformazioni congenite del feto e programmazione del percorso di trattamento relativo), il parto e

la vita dopo la nascita (diagnosi e cura delle alterazioni dello stato di salute dovute a Malformazioni congenite, Traumi, Malattie infiammatorie, Malattie degenerative, Tumori).

Il DIAR materno infantile si articola in 5 aree e persegue le azioni/obiettivi sottoriportati:

Area pediatrica

Esercita un ruolo di coordinamento e indirizzo nei seguenti ambiti:

- garanzia della continuità dell'assistenza secondo un equilibrio appropriato tra livello territoriale e livello ospedaliero e secondo il concetto più ampio della presa in carico globale del bambino e della famiglia;
- proposta e valutazione di strumenti di gestione per la valutazione delle misure adottate a garanzia degli obiettivi di salute;
- dimensionamento appropriato del fabbisogno di prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA a livello regionale finalizzato a garantire un'adeguata e appropriata programmazione dell'offerta;
- attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei professionisti, non solo sanitari, che curano il bambino e la famiglia;
- individuazione e valutazione di regimi assistenziali per bambini fragili o non autosufficienti, sostenibili e appropriati, quali quelli della domiciliarità e residenzialità.

Area ostetrica e percorso nascita

Esercita un ruolo di coordinamento e indirizzo nell'ambito dell'assistenza alla genitorialità mediante un'offerta complessiva che va dalle visite preconcezionali alla continuità assistenziale in gravidanza, sia con percorsi di gravidanza fisiologica che a rischio, a livello territoriale e ospedaliero.

Area pediatrica ospedale-territorio e transitional care

Si occupa di coordinare le attività finalizzate a garantire la continuità assistenziale a quei pazienti affetti da patologie croniche, con particolare riferimento a quelle rare e a gravi disabilità, nel momento del delicato passaggio all'età adulta secondo un adeguato bilanciamento tra bisogni clinici e socio-assistenziali, privilegiando un'assistenza di prossimità, adeguata e sicura. Ambiti di attività dell'Area sono:

- continuità dell'assistenza, territoriale e ospedaliera, secondo il concetto più ampio della presa in carico globale del paziente e della famiglia;
- individuazione e valutazione di regimi assistenziali per pazienti non autosufficienti, sostenibili e appropriati, quali quelli della domiciliarità e residenzialità;
- dimensionamento appropriato del fabbisogno di prestazioni necessarie alla garanzia dei bisogni socio-sanitari del paziente e della famiglia finalizzato a garantire un'adeguata e appropriata programmazione dell'offerta;
- attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei professionisti, non solo sanitari, che curano il bambino e la famiglia.

Area prevenzione, promozione e tutela della salute

Esercita un ruolo di coordinamento e indirizzo nell'ambito della promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza, con particolare riferimento alla prevenzione primaria e agli stili di vita.

Area malattie rare

Si occupa dell'integrazione delle conoscenze e dei dati sulle malattie rare per favorire percorsi diagnostici, migliorare la presa in carico, selezionare e formare servizi socio-sanitari specializzati, arricchire le relazioni con le associazioni di pazienti e genitori.

4.6.7. DIAR delle Neuroscienze

DIAR	Aree
Neuroscienze	Neurologia
	Neurochirurgia
	Oculistica
	Otorinolaringoiatria
	Neuroriabilitazione
	Time dependent* integrata con rete ictus
	Psichiatria
	Psicologia

Il D.I.A.R. Neuroscienze include le aree relative alle Malattie Neurodegenerative, agli Organi di Senso (Oculistica e Otorinolaringoiatria), alla Neurochirurgia, alla Psichiatria, e all'area delle patologie *time-dependent* integrata con la Rete Ictus.

Tra gli obiettivi generali del DIAR è stato individuato il miglioramento dell'appropriatezza dell'offerta delle prestazioni, da perseguirsi anche attraverso l'implementazione del modello a rete e della triplice unitarietà della presa in carico, del progetto assistenziale e della governance sul territorio regionale.

Nell'ambito del DIAR delle Neuroscienze sono stati individuati gli obiettivi prioritari, per i quali i sono previste progettualità specifiche di ogni area in relazione ai criteri di priorità del presente PSSR 2022/2024.

Neuroriabilitazione

- ◆ Incremento dell'offerta in ambito riabilitativo tramite il miglioramento del management dei posti letto dedicati ai pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod 75) e dei percorsi assistenziali integrati ad elevata complessità (in primis A.S.L. 1 e A.S.L. 2)
- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva
 - Potenziamento Ambulatori e Day Service Riabilitativi
 - Progetto regionale di teleriabilitazione inclusivo
 - Scheda di triage per omogeneità di accesso a codice 56
 - Potenziamento del Dipartimento Neuroscienze e Neuroriabilitazione nel Ponente Ligure
 - Sostegno progetto pilota Prevenzione e Trattamento Piaghe nel Mieloleso.

Rete ictus

- ◆ Consolidamento ed implementazione dei Centri Ictus (priorità personale tecnologico ed infermieristico)
- ◆ Affinamento dell'implementazione degli strumenti diagnostici di base, con particolare riferimento agli aspetti funzionali ("finestra fisiopatologica")
- ◆ Ottimizzazione del percorso clinico organizzativo del paziente con ictus con miglioramento della presa in carico all'uscita dai Centri Ictus (riabilitazione intensiva/estensiva)
- ◆ Omogeneizzazione ed implementazione della trasmissione delle neuroimmagini
- ◆ Revisione degli assetti organizzativi di centralizzazione primaria e secondaria
- ◆ Costruzione di un progetto operativo di prevenzione

Rete psichiatrica

- ◆ Riorganizzazione anche "esplorativa" dei Centri di Salute Mentale (ridefinizione parametri personale, equilibrio organizzativo del lavoro con modello a matrice)
- ◆ Ridefinizione della Rete Urgenza/Emergenza Psichiatrica (ambito ospedaliero)
- ◆ Riprogettazione dell'Area Residenzialità/Semiresidenzialità Psichiatrica
- ◆ Definizione ed implementazione del percorso clinico assistenziale per minori: potenziamento rete assistenziale, sociale e clinica
- ◆ Definizione del percorso di cura dei Pazienti autori di reato: consolidamento a livello regionale del tavolo di coordinamento tra i referenti delle Unità Funzionali di Psichiatria Forense con funzioni di tipo organizzativo

Rete oculistica

- ◆ Miglioramento del percorso del paziente con patologie oculari in trattamento con farmaci intravitreali (ampliamento orario di accesso sale operatorie sia mattutino sia pomeridiano, effettuazione iniezioni intravitreali fuori dal blocco operatorio)
- ◆ Miglioramento *performance* cliniche o organizzative del percorso del paziente con Maculopatia e Retinopatia

- ◆ Implementazione del percorso per lo screening oftalmologico neonatale e del primo anno di vita
- ◆ Prevenzione dell'ipovisione e dell'ambliopia
- ◆ Ridefinizione e condivisione dei percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva,

Rete Otorinolaringoiatria

- ◆ Miglioramento *performance* cliniche o organizzative del percorso del paziente con patologia oncologica ad alta complessità
- ◆ Consolidamento della Rete Formativa Ligure e mantenimento degli standard relativi al personale
- ◆ Implementazione del progetto relativo alla patologia pediatrica complessa otorinolaringoiatrica

Rete psicologica

- ◆ Implementazione Rete Psicologica Regionale

4.6.8. DIAR Onco-ematologico

DIAR	Aree
Onco-ematologico	Ematologia e trapianto di midollo
	Oncologia

Ogni anno vengono osservati in Liguria 12.000 nuovi casi di tumore e la prevalenza è di oltre 100.000. La prevenzione e la cura delle malattie neoplastiche sono caratterizzate da profonde innovazioni tecnologiche (oncologia di precisione) e organizzative (rete oncologica, approccio multidisciplinare, oncologia territoriale).

Gli Obiettivi del Onco-ematologico sono in linea con il Piano Oncologico Nazionale, lo Europe's Beating Cancer Plan, l'Accordo CSR 59/2019 e le linee di indirizzo generale del presente Piano Sanitario Regionale.

- ◆ Sviluppo della Rete Oncologica. Il DIAR Oncoematologia provvede alla organizzazione di una Rete Oncologica (di concerto con gli altri DIAR coinvolti) anche attraverso la individuazione condivisa dei luoghi di cura più adatti e l'organizzazione del percorso da un nodo all'altro, a seconda delle competenze riconosciute e certificate. In questa ottica vengono redatti e aggiornati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, quali strumenti principali di Clinical Governance. La Rete deve assicurare punti di accesso diffusi a copertura del territorio e centri di cura e presa in carico, organizzati per approccio multidisciplinare.
- ◆ Implementazione dell'approccio multidisciplinare. La vera gestione multidisciplinare comporta la costituzione formalizzata di un team (una squadra e non un semplice gruppo; DMT, Disease

Management Team). Il funzionamento del DMT deve essere curato attraverso l'attenzione per la leadership e le dinamiche di gruppo, nonché per la fruibilità e protezione dei dati di percorso. Il successo delle Breast Unit spinge a un modello analogo per le neoplasie a maggiore incidenza. D'altro canto va assicurata la gestione multidisciplinare anche per i Tumori Rari (con il DMT Tumori Rari: Del ALiSa 354/2019), la possibilità di teleconsulti per "second opinion", la creazione di gruppi regionali di coordinamento dei DMT Aziendali (Reti di Patologia in analogia con il Coordinamento delle Breast Unit).

- ◆ Oncologia di Precisione e Molecular Tumor Board (MTB). La terapia delle neoplasie è sempre più legata a caratterizzazione molecolare avanzata (soprattutto analisi mutazionale) e farmaci a bersaglio molecolare. Già da ora l'individuazione delle alterazioni geniche rilevanti per la crescita neoplastica, permette che queste diventino bersagli di farmaci specifici. Questo approccio è oggi fattibile anche grazie all'applicazione di moderne metodiche di indagine genomica, quali la Next Generation Sequencing (NGS). Per questo anche alla luce di recenti indicazioni e normative è necessario disporre di un laboratorio hub regionale in grado di affrontare l'innovazione tecnologica e di un organo di governo multidisciplinare quale il MTB (Del. ALiSa 71/2020).
- ◆ Riorganizzazione del setting assistenziale. Le mutate esigenze dei pazienti neoplastici (in gran parte legate all'introduzione di nuove terapie in grado di cronicizzare la malattia) richiedono un nuovo sistema di offerta dell'assistenza oncologica ospedaliera -in linea anche con le indicazioni nazionali- basato sull'erogazione di terapie farmacologiche attraverso la modalità dell'assistenza ambulatoriale e sull'allargamento dell'offerta di degenza ordinaria per l'Oncologia Medica (in relazione all'aumentato bisogno per quadri clinici specifici).
- ◆ Integrazione Ospedale-Territorio per l'assistenza oncologica. Considerando la citata "cronicizzazione della malattia neoplastica", e la prevista espansione della sanità territoriale, è necessario guardare alla possibile integrazione tra diverse organizzazioni socio-assistenziali e la revisione del loro ruolo (assistenza domiciliare, hospice, cure intermedie, ecc). Nonostante l'Oncologia sia tuttora Ospedale-Centrica, si sta assistendo ad importanti cambiamenti nei bisogni, che debbono coinvolgere anche il territorio (screening, follow-up, terminalità, ecc): il coordinamento delle azioni di diagnosi, cura ed assistenza al malato neoplastico, sia in ospedale che sul territorio, rappresenta un compito fondamentale per la Rete Oncologica.

4.6.9. DIAR delle Specialità Mediche

DIAR	Aree
	Medicina interna
	Endocrinometabolica e del ricambio
	Area astanteria e degenza breve

Specialità mediche	Area immuno-allergo-reumatologica e dermatologia
	Area gastroenterologica ed endoscopia digestiva
	Area pneumologica e interventistica
	Area nefrologica e dialisi

L'esperienza maturata negli ultimi anni suggerisce l'allargamento dello strumento del DIAR anche all'area delle discipline mediche non ricompresa in quelle attività specialistiche che sono già state coinvolte nel processo. Le considerazioni che spingono ad inserire nel quadro di *governance* le attività specialistiche mediche non già ricomprese nei DIAR attivati sono:

- ◆ Volumi di attività. Le prestazioni effettuate dall'area medica rappresentano un'importante percentuale del prodotto ospedaliero, ambulatoriale e territoriale.
- ◆ Necessità di razionalizzare percorsi
- ◆ Integrazione ospedale territorio attraverso la definizione di percorsi con coinvolgimento di MMG e specialisti per la riduzione delle ospedalizzazioni dei pazienti anziani e fragili; in particolare scompenso cardiaco, diabete, potranno essere obiettivi di percorsi di presa in carico precoce a domicilio con supporto consulenziale per MMG
- ◆ Interventi sull'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale e conseguente governance delle liste di attesa
- ◆ Sviluppo percorsi sull'utilizzo dei nuovi farmaci/trattamenti e cronicità
- ◆ Analisi fabbisogno e revisione tariffe per prestazioni complesse endoscopiche
- ◆ Sinergie ospedale territorio alla luce dell'evoluzione normativo-organizzativa prevista dal PNRR in campo cronicità (telemedicina nella cronicità e nel rapporto con MMG)
- ◆ Deospedalizzazione di trattamenti cronici e analisi sostenibilità di nuovi modelli organizzativi.

4.6.10. DIAR Trasfusionale

DIAR	Aree
Trasfusionale	Raccolta sangue ed emocomponenti
	Plasma e medicinali plasmaderivati
	Produzione emocomponenti
	Attività di diagnosi e cura di medicina trasfusionale

Il DIAR di Medicina Trasfusionale si pone come obiettivo la riorganizzazione della rete trasfusionale regionale per garantire gli obiettivi di autosufficienza di emocomponenti e medicinali plasmaderivati e i livelli essenziali di assistenza sanitaria in continuità assistenziale attraverso l'integrazione funzionale con la rete di emergenza-urgenza, le altre reti cliniche ed i programmi trapianto di cellule staminali emopoietiche e di organo solido.

Le attività trasfusionali, così come definito all'art. 5 della legge 21 ottobre 2005, n. 219, sono articolate in tre distinti macro livelli essenziali di assistenza:

1. Promozione della donazione
2. Attività di produzione. Nell'ambito delle Reti Trasfusionali sono identificate come "hub" del sistema di produzione le strutture che svolgono attività di lavorazione/trattamento degli emocomponenti con volumi minimi di 40.000 donazioni di sangue intero/anno (Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 149/CSR del 25/07/2012 -Allegato A, punto C.1.2), di norma integrate con le strutture che svolgono attività di qualificazione biologica per almeno 70.000 - 100.000 donazioni/anno (Rep. Atti n. 149/CSR del 25/07/2012 - Allegato A, punto D2).
3. Prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale organizzate in relazione alla complessità assistenziale della rete ospedaliera pubblica e privata a cui afferiscono.

In questo contesto si espone la proposta di piano programmatico del DIAR medicina Trasfusionale per il triennio sanitario:

Area raccolta sangue ed emocomponenti

- ◆ Programmazione annuale della raccolta sangue ed emocomponenti attraverso il coinvolgimento e contributo di tutti i servizi trasfusionali regionali e le associazioni e federazioni dei donatori volontari di sangue e la disponibilità di un calendario annuale regionale, come peraltro richiesto dalla normativa nazionale vigente.
- ◆ Adozione sistematica della donazione differita a garanzia della sicurezza trasfusionale.
- ◆ Razionalizzazione ed efficientamento delle sedi di raccolta extraospedaliere sull'intero ambito regionale. Sviluppo della Casa del Donatore all'interno delle nuove Case di Comunità.
- ◆ Sviluppo di programmi permanenti di sensibilizzazione alla donazione di sangue con particolare attenzione alla fascia giovanile.
- ◆ Adeguamento tecnologico, strutturale ed organizzativo dell'attività di raccolta secondo quanto definito dall'accordo stato regioni del 25 marzo 2021 rep. Atti n.29/CRS e delle GPGs (prerequisiti vincolanti: acquisizione del sistema gestionale informativo unico regionale; sistema di trasporto dedicato alla rete trasfusionale regionale).
- ◆ Elaborazione di un sistema documentale regionale finalizzato a uniformare le attività inerenti la raccolta sangue ed emocomponenti.

Area plasma e medicinali plasmaderivati

- ◆ Implementazione delle attività di raccolta di plasma in aferesi presso le unità di raccolta associative al fine di raggiungere l'autosufficienza in medicinali plasmaderivati.
- ◆ Elaborazione di linee di indirizzo regionali multidisciplinari sull'appropriatezza prescrittiva dei medicinali plasmaderivati attraverso il tavolo tecnico istituito con Deliberazione A.Li.Sa n.427 del 22.11.2021

Area produzione emocomponenti

- ◆ Elaborazione di procedure a valenza regionale di gestione dell'emoteca unica regionale con la definizione dei requisiti qualitativi in ingresso delle unità raccolte ed i meccanismi di compensazione interaziendale (prerequisiti vincolanti: acquisizione del sistema gestionale informativo unico regionale; sistema di trasporto dedicato alla rete trasfusionale regionale).
- ◆ Elaborazione di procedure per la qualificazione biologica e la produzione di emocomponenti.
- ◆ Elaborazione di una proposta per l'accentramento delle attività di produzione al fine di raggiungere un ottimale ed omogeneo livello di qualità, sicurezza e standardizzazione e soddisfacendo i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi (prerequisiti vincolanti: risorse umane, acquisizione del sistema gestionale informativo unico regionale; sistema di trasporto dedicato alla rete trasfusionale regionale).

Prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale organizzate in relazione alla complessità assistenziale della rete ospedaliera pubblica e privata a cui afferiscono

- ◆ Implementazione su scala regionale dei programmi di Patient Blood Management quali strumenti di sicurezza per il paziente e di governo della domanda di emocomponenti e medicinali plasmaderivati, attraverso il tavolo tecnico già istituito con Deliberazione del Direttore Generale di A.Li.Sa. n. 426 del 22.11.2021.
- ◆ Definizione di percorsi di integrazione ospedale-territorio anche mediante il supporto della telemedicina.
- ◆ Definizione di procedure condivise per le attività di assegnazione e consegna di emocomponenti mediante il supporto della telemedicina (prerequisito vincolante: acquisizione del sistema gestionale informativo unico regionale) e l'implementazione tecnologica di emoteche a controllo remoto.

Revisione e razionalizzazione delle Strutture di Medicina Trasfusionale con possibilità di integrazione interaziendale secondo un modello Dipartimentale di tipo strutturale, al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa atta a garantire le attività/prestazioni nelle 24 ore in tutti i nodi della rete trasfusionale.

4.6.11. DIAR dei Distretti

DIAR	Aree
	Area integrazione territorio-ospedale-territorio (rete residenziale e

Distretti	semiresidenziale)
	Area organizzazione dei servizi territoriali (centri ambulatoriali riabilitativi, cure domiciliari, Infermiere di famiglia e comunità, misure per la non autosufficienza, cure primarie, MMG, PLS, continuità assistenziale)
	Area specialistica ambulatoriale
	Nutrizione territoriale e domiciliare
	Percorsi e presa in carico territoriale della neuropsichiatria infantile

Il nuovo DIAR rappresentando uno strumento organizzativo della programmazione strategica, dell'integrazione inter-Aziendale, ad opera di A.Li.Sa. persegue l'obiettivo, attraverso il coinvolgimento dei Direttori di Distretto, di uniformare a livello regionale percorsi e procedure e di integrare le varie dimensioni territoriali e le funzioni sociosanitarie e sociali, in connessione con l'area ospedaliera, anche alla luce delle progettualità introdotte con il PNRR con particolare riferimento alla missione 6 componente 1. La sua attività è volta alla standardizzazione dei processi a favore della presa in carico globale del paziente, della continuità delle cure e della condivisione ed uniforme applicazione di PDTA *evidence-based*.

I DIAR dei distretti rappresenta l'organizzazione che fornisce proposte organizzative finalizzate allo sviluppo dell'interazione intra- e inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza, attraverso la condivisione dei percorsi, costituendo un driver di grande importanza nella spinta all'implementazione dell'appropriatezza, anche alla luce delle nuove funzioni di committenza, produzione e garanzia che vengono assegnate dalla recente normativa

Dovranno essere sviluppate interazioni funzionali e operative in particolare con le aree dei DIAR implicati nella produzione di specialistica ambulatoriale, con il DIAR Materno-infantile, con le istituzioni scolastiche, con la salute mentale, con strutture e organizzazioni del circuito penale per soggetti autori di reato e, in generale, verso ogni realtà per la quale la precoce presa in carico sia in grado di agire positivamente sulla storia naturale della salute dell'individuo e della collettività.

4.7. Ricerca innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie

Nel contesto del sistema sanitario regionale, la ricerca biomedica e sanitaria riveste un ruolo fondamentale per l'implementazione di nuove conoscenze e prospettive, costituendo, al contempo, sia un fattore imprescindibile per favorire e supportare lo sviluppo del nostro sistema, sia un'opportunità di ampliamento degli orizzonti e promozione di approcci progettuali interdisciplinari.

Promuovere la cultura della ricerca è fondamentale per consentire ai professionisti di porsi domande e quindi di migliorare la conoscenza e la qualità del proprio lavoro, nonché di confrontarsi con altre realtà. Inoltre è nodale facilitare, a livello di sistema regionale, sia il processo di accountability, inteso come responsabilità di rendicontazione dell'uso delle risorse dal punto di vista dell'efficacia ed efficienza della gestione, sia puntare a partecipare a progetti di ricerca sanitaria in collaborazione con altre realtà per dare evidenza (anche scientifica) delle decisioni assunte e dei risultati ottenuti, anche in relazione alla programmazione della sanità ligure.

Un'occasione imperdibile per incrementare e consolidare la cultura e l'attività di ricerca è rappresentata dai bandi previsti all'interno del PNRR per le diverse componenti coniugate in salute. Gli enti pubblici e privati di ricerca nonché le grandi medie e piccole aziende del territorio ligure, stanno partecipando ai bandi previsti, aggiudicandosi progetti di grande rilevanza scientifica ed economica, dando risalto alle eccellenze esistenti e favorendo la collaborazione e la sinergia.

Promuovere ambiti di ricerca ed incentivare attività scientifiche favorisce inoltre il coinvolgimento dei giovani, anche attraverso lo sviluppo di spin off e start up, con possibili ricadute sullo sviluppo economico regionale.

Va sottolineato che, in Regione Liguria, sono presenti due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), poli di eccellenza e centri di riferimento per assistenza e per attività di ricerca, nonché l'Università degli Studi di Genova: tali enti assicurano - nel quadro della programmazione nazionale e regionale - attività assistenziale qualificata, ed ancor più, grazie ad una stretta collaborazione, attività di ricerca e didattica.

Una dimensione fondamentale, a tutela dei pazienti e a garanzia della scientificità della ricerca, è il comitato etico, attualmente in aggiornamento secondo le indicazioni europee.

Stante il crescente sviluppo delle attività di ricerca, un aspetto decisivo è costituito dall'individuazione delle condizioni per l'adozione di quanto deriva dalla ricerca e dall'evoluzione tecnologica, con il consolidamento delle logiche di Health Technology Assessment (HTA), al fine di supportare decisioni di politica sanitaria sostenibili e basate sulle migliori evidenze.

L'Health Technology Assessment (HTA) è da intendersi come un "processo" che costituisce un ponte fra ricerca e politica sanitaria, attraverso un approccio multidisciplinare capace di valutare il contributo di una determinata tecnologia all'interno di un percorso assistenziale.

Si possono schematicamente identificare alcuni ambiti strategici di intervento dell'HTA:

- ✓ Modelli organizzativi della/per la Ricerca Sanitaria e Biomedicale ;
- ✓ Monitoraggio/rilevazione delle grandi strumentazioni;
- ✓ Revisione sistematica e meta-analitica della letteratura per orientare i bisogni in campo di ricerca;

Il consolidamento della capacità di governance complessiva delle attività di ricerca e innovazione, da parte di Regione, attraverso lo strumento HTA, favorirà la capacità di indirizzare le iniziative di ricerca orientandole su obiettivi rilevanti per i pazienti, gli operatori e lo sviluppo dei servizi, a partire dalla individuazione di priorità esplicite ed evidenti, oltre a definire un'azione di complessiva armonizzazione ed

integrazione dei programmi di ricerca attinenti direttamente il contesto sanitario con conseguente ottimizzazione delle risorse anche attraverso la clusterizzazione dei progetti.

Il nuovo ospedale di Erzelli come progetto Bandiera

Il Decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 (cosiddetto "Decreto Recovery"), prevede all'art. 33, comma 3 lett. b), la possibilità che le Regione e le Province Autonome possano predisporre un "progetto bandiera" con "particolare rilevanza strategica", coerente con le linee del PNRR.

La necessaria trasversalità degli aspetti strategici che devono contraddistinguere i contenuti dei Progetti Bandiera ha condotto a una selezione delle ipotesi fondata sulla rispondenza di queste al duplice obiettivo di:

1. assicurare un upgrade sostanziale e permanente dei livelli di servizio fruibili per la collettività regionale;
2. integrarsi con i punti di forza presenti nella realtà metropolitana e regionale risultando anche un fattore di sviluppo economico per il territorio.

In ragione di tali presupposti la regione Liguria ha deciso di investire su un progetto specifico di sanità pubblica, che coniughi necessità assistenziali con nuove sfide di ricerca: si è quindi ritenuto che l'ipotesi progettuale di realizzazione della struttura sanitaria nel ponente genovese nell'area di Erzelli, oggetto di previsione programmatoria con DGR n. 43 del 26/01/2018 finalizzata al completamento e al potenziamento della rete ospedaliera metropolitana, potesse essere sviluppata ulteriormente attraverso una qualificazione della nuova struttura con l'integrazione di una componente di ricerca che ne caratterizzasse la vocazione clinica e che al tempo stesso vedesse il coinvolgimento di soggetti che, per livello di competenze specifiche e per ruolo nei rispettivi settori della ricerca e dell'innovazione tecnologica, consentissero di dare vita al disegno di un Progetto localizzato nell'ambito territoriale ligure, ma per vocazione e aspirazione punto di forza della strategia nazionale di ricerca e innovazione nel settore biomedico.

Il Progetto Erzelli quale Progetto Bandiera della Regione Liguria assume quindi l'obiettivo di realizzare un'infrastruttura sanitaria e di ricerca da mettere a disposizione di un conglomerato di istituzioni di ricerca sanitaria (IRCCS) e tecnologica (IIT, Università di Genova, CNR) già presenti nell'area genovese, finalizzato al trasferimento sulla clinica dei risultati della ricerca generati dall'impiego del calcolo computazionale ai modelli biologici ed ai programmi di gestione delle tecnologie robotiche d'impiego biomedico, nonché al loro successivo sviluppo nella fase prototipale in partnership con i player industriali di settore presenti nell'area del ponente genovese (Esaote, ASG Superconductors, Carestream, Siemens, Liguria Digitale).

Il Progetto Bandiera Erzelli – Centro Nazionale di Medicina Computazionale e Tecnologica, nella sua impostazione progettuale complessiva verrebbe a essere il risultato dell'integrazione:

1. della struttura clinica destinata ad assicurare la risposta ospedaliera per l'area del ponente, quale parte dell'hub sanitario metropolitano e regionale, con una quota di posti letto focalizzati sulle specialità cliniche maggiormente *tech – computational intensive*;
2. di un'area di ricerca traslazionale sede dei laboratori di scienze computazionali e dei joint Lab a componente clinico biomedica (IRCCS) e tecnologico – computazionale (IIT, CNR, UNIGE), destinata alle attività di costruzione, valutazione e sperimentazione in ambito clinico delle applicazioni computazionali e delle tecnologie robotiche;
3. di un Centro di ricerca tecnologica e di scienze computazionali (IIT – Center for Human Technology, CNR, Liguria Digitale, CNR, Leonardo Lab) destinato alle attività di gestione e sviluppo dell'infrastruttura di calcolo dedicata, allo studio delle modellizzazioni dei dati computazionali e della loro gestione;
4. di un'area Officina di Sperimentazione Prototipi e Sviluppo Modelli computazionali, sede delle iniziative di partnership con le unità di R&S delle industrie operanti nel settore delle tecnologie e delle *computer science* applicate al settore biomedico presenti sul territorio (*Esaote, ASG Superconductors, Carestream, Siemens, Leonardo, ecc.*)

Fattore moltiplicativo delle valenze strategiche trasversali del Progetto Bandiera è la contiguità nello stesso compendio fisico del Polo di ricerca e di attività industriali ed alta tecnologia, sede della facoltà di ingegneria dell'Università di Genova.

4.8. Umanizzazione e coinvolgimento del cittadino/paziente

L'umanizzazione è un elemento imprescindibile della qualità dell'assistenza sanitaria e va intesa quale impegno a rendere le sedi che erogano assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati il più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. La letteratura ha ampiamente rilevato che un'organizzazione, specialmente quella dedicata alla produzione di servizi alla persona, non può esimersi dal "mettersi in ascolto". Diverse sono gli aspetti per i quali questo elemento costituisce attualmente un elemento essenziale: (i) le organizzazioni sono costantemente sfidate da differenze culturali, da condizioni e gradi diversi di benessere sociale oltre che da quadri epidemiologici mutati, che impongono un rapporto più stretto con le persone e negoziazioni quotidiane; (ii) il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbidità), e in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Questo si traduce nella implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (le Case della salute, gli Ospedali di comunità, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati

alle cure palliative e al fine vita). Tutto ciò avviene in funzione dei mutamenti socio-demografici (invecchiamento, sfaldamento delle reti familiari di supporto con conseguente aumento della vulnerabilità sociale) e dei mutamenti epidemiologici (malattie croniche, co-morbidità). Pertanto è necessario considerare le attività di ascolto e coinvolgimento dei cittadini come azione organizzativa per rinegoziare i valori e gli obiettivi del sistema sanitario regionale. In tale ottica si devono predisporre momenti e tempi organizzativi da dedicare all'ascolto dei diversi attori sociali che popolano la scena della cura (utenti, familiari, operatori, associazioni...), prevedendo modalità e strumenti diversificati in funzione del grado di coinvolgimento che si intende raggiungere.

In tale ambito i professionisti delle strutture sanitarie e cittadini sono chiamati a partecipare insieme a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento: dalla costruzione degli strumenti di valutazione, alla rilevazione dei dati, per arrivare all'analisi dei risultati ottenuti ed alla definizione/implementazione e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento.

Grazie all'impegno e alla collaborazione attiva di Regione, strutture sanitarie, professionisti e cittadini è possibile implementare metodi e strumenti basati sui principi della centralità delle persone, del miglioramento continuo della qualità e dell'empowerment.

4.8.1. Ospedali che promuovono salute

Le aziende sanitarie, la cui *mission* è rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assumono un ruolo strategico nella **prevenzione e cura del tabagismo**, rappresentando il luogo ideale in cui attuare interventi efficaci, e sviluppare in senso intersettoriale le azioni di prevenzione richieste dal fenomeno le cui cause hanno origini multifattoriali. Le strutture sanitarie e, in particolare quelle ospedaliere, sono considerate contesti favorevoli per interventi utili al raggiungimento di obiettivi di salute, in linea con i principi indicati dalla Carta di Ottawa del 1986. L'azione di contrasto al tabagismo a livello regionale è inserita in un'ampia attività di promozione della salute, attraverso la quale viene raccomandata la promozione e l'adozione di stili di vita sani. Ogni azienda rinnova il forte impegno nella promozione di politiche antifumo e richiama la collaborazione di tutto il personale nel cambiamento culturale e nella fase applicativa. La tutela degli ambienti ospedalieri e del benessere di chi li frequenta passa anche attraverso il divieto del fumo e l'uso dei prodotti del tabacco da parte di dipendenti, pazienti e visitatori in tutti gli spazi di proprietà dell'Azienda, sia chiusi che nelle aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi e ai percorsi sanitari. Per informare e sensibilizzare sull'importanza di smettere di fumare e sui danni provocati dal fumo passivo, sono attive campagne di comunicazione in cui il principale messaggio "Ospedali senza fumo" è divulgato attraverso diversi canali e sostiene con forza ogni iniziativa di sensibilizzazione volta a favorire un miglioramento della qualità della vita e della salute pubblica in attuazione del D.Lgs n.6 del 12 gennaio 2016, che estende il divieto di fumo anche nelle pertinenze esterne delle strutture ospedaliere universitarie e dei presidi.

Altro rilevante tematica sulla quale tutto l'ambito sanitario è impegnato attivamente è il contrasto del fenomeno **dell'antimicrobico-resistenza** (AMR, *Antimicrobial resistance*). Tale fenomeno negli ultimi anni è aumentato considerevolmente e consegue, da una parte, alla progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie che garantiscono l'aumentata sopravvivenza di pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra il ricorso a procedure sempre più invasive che possono permettere l'ingresso di microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici a causa dell'esteso e spesso inappropriato utilizzo di queste molecole a scopo profilattico o terapeutico. Infatti, le informazioni sulla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ad oggi disponibili riportano la tendenza di alcuni patogeni a divenire maggiormente aggressivi e resistenti anche agli antibiotici di più recente generazione, proprio a causa della pressione selettiva determinata dall'abuso di questi farmaci in tutti i *setting* assistenziali, sia ospedalieri sia territoriali. A ciò consegue una maggiore gravità delle infezioni contratte dai pazienti ospedalizzati, che sono mediamente più anziani e più suscettibili di un tempo, facendo rientrare la prevenzione e il controllo delle ICA nel più ampio capitolo del *risk management*.

Gli eventi epidemiologici più recenti, in particolare l'impatto di nuove forme di antibiotico-resistenza e le relazioni con la pandemia di COVID-19 impongono di affrontare le ICA in chiave sistemica in un'ottica *One Health*. Regione Liguria dispone del proprio piano di contrasto all'antibiotico resistenza e il D.I.A.R. di Infettivologia opera attivamente sull'*antimicrobial stewardship*, condivisione basata su evidenze cliniche di appropriatezza, in termini di educazione e formazione all'utilizzo degli antibiotici e in termini di sorveglianza con un impegno che veda la collaborazione di operatori sanitari di diverse discipline (microbiologi, farmacisti, infettivologi, Direzioni sanitarie, Pronto Soccorso e medicina sul territorio). Infine, a livello regionale è disponibile un finanziamento del PNNR per il programma di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza (item dell'investimento 2.2 all'interno della linea progettuale "Innovazione. Ricerca e Digitalizzazione del SSN", indirizzato allo sviluppo di competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale afferente al SSR).

L'immunizzazione attiva del personale sanitario rappresenta uno degli interventi più sicuri ed efficaci per il controllo delle infezioni nosocomiali e comporta benefici per effetto diretto sui soggetti vaccinati, e in modo indiretto, determinando una riduzione della circolazione di patogeni e inducendo la protezione di soggetti non vaccinati (*herd immunity*). Nello specifico, la vaccinazione determina non solo protezione del singolo operatore, ma anche garanzia e tutela dei pazienti, soprattutto quelli più fragili e ad alto rischio. Inoltre, permette il mantenimento di un sistema sanitario funzionante in momenti di crisi.

Nonostante la disponibilità di vaccini e la loro dimostrata efficacia nella riduzione dell'incidenza di malattia e dell'assenteismo lavorativo, la loro accettazione da parte delle popolazioni target continua a rappresentare un elemento di criticità e le coperture vaccinali tra gli operatori sanitari sono spesso subottimali (vaccinazione Covid-19 esclusa). Questo, nonostante l'accesso facilitato alle vaccinazioni e la disponibilità di maggiori strumenti rispetto alla popolazione generale per comprenderne l'importanza. Poiché il successo di un programma vaccinale dipende dalla *compliance* del target e dalle coperture

vaccinali da raggiungere, in ambito ospedaliero si promuove un corretto atteggiamento verso la pratica vaccinale, permettendo l'acquisizione di una maggiore consapevolezza del problema fra il personale sanitario attraverso la messa a punto e la somministrazione fra gli operatori sanitari che operano in diversi ambiti di strumenti di comunicazione ad hoc e progettualità innovative. Inoltre, al fine di incrementare le coperture vaccinali nei soggetti fragili è da tempo implementato un programma di immunizzazione integrato e co-gestito, finalizzato ad una presa in carico globale dei pazienti con evidenti vantaggi.

Anche per le donne in gravidanza le vaccinazioni sono un'efficace arma di protezione e la possibilità di sottoporsi a vaccinazione in occasione di accesso alle strutture sanitarie può favorire il ricorso a questa misura di protezione. Da evidenziare come alcune malattie possano incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito della gravidanza.

Le campagne vaccinali rappresentano quindi una priorità e occorre continuare l'azione di informazione e responsabilizzazione dei diversi *stakeholder* per far capire il valore dei vaccini e sgretolare le false informazioni che circolano e ostacolo il successo delle campagne vaccinali.

L'art.3 della Legge 11 gennaio 2018 individua precisi ambiti di intervento nell'ambito della **Medicina di Genere** definendo la necessità di adottare misure nel campo della formazione, della prevenzione, diagnosi e cura che tengano in conto delle differenze derivanti dal genere al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal servizio sanitario in modo omogeneo sull'intero territorio. Inoltre, nell'ambito del DM 13 giugno 2019 sono state implementate azioni e collaborazioni presso i diversi ospedali operanti sul territorio ligure sulla formazione con tematiche "medicina di genere", con l'istituzione e la nomina dei componenti del tavolo tecnico sulla medicina di genere attraverso la DGR 638-2022.

Nel 2021 sette ospedali liguri (stabilimenti di Imperia, Lavagna, Galliera, Villa Scassi, Gaslini, Policlinico San Martino ed Evangelico) sono stati premiati dalla Fondazione Onda con assegnazione dei **Bollini Rosa** in qualità di strutture riconosciute come "a misura di donna". Questi ospedali si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili (ma non solo). Oltre agli ospedali a misura di donna, alcuni stabilimenti sono stati insigniti della menzione speciale "Fondazione Onda" per percorsi multidisciplinari sulla salute dell'uomo.

Altro ambito di intervento da parte delle aziende è garantire il **benessere organizzativo** e la lotta alla violenza sugli operatori sanitari.

Dal 2022 è istituita dal ministero della Salute, di concerto con il ministero dell'Istruzione e dell'Università e della Ricerca, la giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. In tale contesto, aziende ed ospedali del SSR hanno messo in campo diverse attività per rafforzare la tutela dei propri operatori a fronte di un aumento delle segnalazioni di atti violenti, compiuti spesso dai pazienti o, in alcuni casi, dai loro familiari. Una buona organizzazione del lavoro è riconosciuta come il fattore principale per ridurre l'entità di tali eventi, affiancata dall'implementazione di una serie di interventi puntuali sul piano strutturale, logistico e formativo-culturale.

Occorre evidenziare come il SSR, a differenza di altri ambiti, rivesta la doppia responsabilità, ovvero quella di prendersi cura dei soggetti che necessitano di cure e di garantire la sicurezza e il benessere fisico del personale sanitario che vi opera.

4.8.2. Coinvolgimento del volontariato

Il volontariato in Sanità rappresenta un valore aggiunto irrinunciabile e la recente esperienza pandemica ha rafforzato ulteriormente il legame già forte presente tra le Organizzazioni e le strutture Ospedaliere. Gli ambiti prevalenti sono riconducibili ai momenti dell'accoglienza, dell'accompagnamento, della relazione con i pazienti e le loro famiglie, sia all'interno che all'esterno degli Ospedali. Il volontariato rappresenta inoltre un'imprescindibile supporto agli operatori, garantendo una continuità relazionale che mantiene viva la presenza di quei valori che a volte le condizioni di stress lavorativo rischiano di offuscare nel rapporto dinamico tra paziente e operatore.

In particolare nel mondo ospedaliero è una risorsa importantissima capace di donare flessibilità di risposta ai nuovi bisogni, grazie alla presenza di numerose associazioni che operano a tutti i livelli e in diversi settori, dall'aiuto al malato alle attività di informazione e promozione della salute. Le organizzazioni di volontariato, opportunamente formate sono in grado di informare, orientare, aiutare, ascoltare e confortare fornendo sostegno ai pazienti e ai loro familiari, attraverso la loro capacità di dialogo e instaurando un rapporto empatico.

Infatti, l'umanizzazione e i rapporti personali con i pazienti sono il principale campo di intervento delle associazioni di volontariato ospedaliero che creano, tra volontario e ammalato, un rapporto di reciprocità.

L'obiettivo di tale relazione d'aiuto è quello di promuovere le risorse delle persone malate; è pertanto necessario che il volontario sia in grado di mantenere nel tempo un sufficiente livello di motivazione e che sappia avvicinarsi al malato con rispetto e responsabilità.

Il mondo del volontariato è in grado di proporre in ospedale molte iniziative capaci di condurre a innovazione e creatività che contribuiscono a migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Il volontariato rappresenta anche uno straordinario strumento di indirizzo, orientamento e verifica dell'attività sanitaria e scientifica. Obiettivo del presente Piano è quello di incentivare la presenza attiva delle associazioni di volontariato, di pazienti e di familiari, chiamate a partecipare attivamente attraverso appositi comitati alla presenza all'interno dei tavoli di programmazione sanitaria, offrendo punti di vista, consigli e valutazioni critiche per favorire un processo di miglioramento continuo della qualità in Sanità.

4.8.3. Verso strutture eco-sostenibili

Nel 2015 i Governi dei paesi membri dell'Onu hanno sottoscritto l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che consiste in un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità, strutturato in cinque aree, le cosiddette 5 P: Persone, Pianeta, Prosperità, Pace e Partnership.

Tutte le regioni italiane, come anche la Liguria, hanno declinato a livello locale la Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile, individuando gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 e riconoscendo quelle che sono le azioni prioritarie.

In tale contesto, è tecnicamente possibile migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture sanitarie, sia di nuova costruzione, sia già esistenti. Per queste ultime, una fondamentale esigenza è quella di verificarne le prestazioni energetiche e, se necessario, ottimizzarne gli impieghi; per le nuove strutture, invece, l'integrazione sin dalle fasi iniziali di soluzioni ad elevato contenuto tecnologico (per quanto riguarda gli impianti che per la loro gestione e manutenzione) con la progettazione degli edifici, permetterà di ottenere i migliori risultati.

Di fronte a questo scenario, le strutture ospedaliere costituiscono il punto di partenza per lo sviluppo di nuove soluzioni tecnologiche, non solo per le caratteristiche di utilizzo, ma anche per la notevole visibilità dei risultati: la definizione e l'attuazione di best practices in ambito energetico ha un'immediata e ampia visibilità nei confronti degli operatori (che sono anche chiamati a contribuire al raggiungimento dei risultati) e degli utenti. È quindi possibile diffondere in modo molto ampio la cultura del risparmio energetico e, più in generale, della sostenibilità ambientale.

Gli interventi di sostenibilità ambientale in ambito energetico sono finalizzati ad una riduzione di:

- consumi energetici;
- emissioni inquinanti
- emissioni di CO₂;
- produzione di rifiuti;
- utilizzo di acqua.

Ne deriva che l'approccio da seguire per ottenere risultati deve integrare soluzioni tecnologiche, aspetti gestionali ma, non ultima, una modifica delle abitudini comportamentali.

Gli ospedali sono tra i consumatori più importanti di energia per: illuminazione, riscaldamento e climatizzazione, apparecchiature per la diagnostica e per la terapia. Sono anche importanti produttori di rifiuti speciali. Non devono essere sottostimati i vincoli sulle forniture di energia per quanto riguarda la continuità del servizio e la produzione d'emergenza.

Pertanto, il punto di partenza per la progettazione e la realizzazione dei nuovi ospedali del Ventunesimo secolo deve basarsi su nuovi paradigmi: gli ospedali avranno un aspetto diverso da quello a cui siamo abituati, tanto nel concept quanto nella struttura, con spazi che siano accoglienti e umani, che tengano conto delle nuove consapevolezze maturate con l'emergenza sanitaria.

Nel Nuovo Ospedale si combineranno elevate tecnologie diagnostico-terapeutiche e la modernizzazione e personalizzazione delle cure. In un ambiente profondamente rinnovato il paziente sarà pertanto al centro del percorso di salute e il personale avrà a disposizione strumenti tecnologici che favoriranno non solo la cura ma anche i rapporti professionali in un clima di crescente collaborazione atto a favorire nuove e frequenti integrazioni multiprofessionali e multidisciplinari fra gli operatori.

Piano Sociosanitario Regionale 2023-25:

5.ALLEGATO TECNICO

5.1. TAVOLE

PARTE I – Principi e indirizzi**Tavola 1**

Soggetti con invalidità civile

<u>FASCIA PERCENTUALE</u>	<u>ACCOMPAGNAMENTO</u>	<u>MINORENNI</u>	<u>ADULTI</u>	<u>ANZIANI</u>
35-55	NO	44	11.537	7.649
55-64	NO	6	5.035	4.012
64-67	NO	0	169	133
67-75	NO	6	7.578	9.290
75-100	NO	7	9.817	18.171
100	NO	2	6.229	18.009
100	SI	1	3.087	25.917
N.P.	NO	4.742*	1.321***	2.300
N.P.	SI	1.657**	0	0
<u>TOTALE</u>		<u>6.465</u>	<u>44.773</u>	<u>85.481</u>

N.P. non percentualizzato* = Soggetti con Indennità di frequenza** = Soggetti con Indennità di accompagnamento*** = Soggetti con invalidità pregresse che non prevedevano una percentualizzazione**Tavola 2**

Soggetti L.104

TABELLA DATI STATISTICI L. 104 art.3 – REGIONE LIGURIA			
COMMA	MINORI	ADULTI	ANZIANI
Comma 1 handicap lieve	4.179	26.107	33.344
Comma 3 handicap grave	3.679	9.440	33.796
TOTALE	7.858	35.547	67.140

PARTE II - Il territorio: persone, prossimità, contesti e governance**Tavola 3**

DISTRIBUZIONE CASE DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI			
ASL 1	5	D.S. N. 1 VENTIMIGLIESE	1
		D.S. N. 2 SANREMESE	2
		D.S. N. 3 IMPERIESE	2
ASL 2	6	D.S. N. 4 ALBENGANESE	1
		D.S. N. 5 FINALESE	2
		D.S. N. 6 BORMIDE	1
		D.S. N. 7 SAVONESE	2
ASL 3	13	D.S. N. 8 GENOVA PONENTE	4
		D.S. N. 9 GENOVA MEDIO PONENTE	2
		D.S. N. 10 GENOVA VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA	3
		D.S. N. 11 GENOVA CENTRO	1
		D.S. N. 12 GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO	1
		D.S. N. 13 GENOVA LEVANTE	2
ASL 4	3	D.S. N. 14 TIGULLIO OCCIDENTALE	1
		D.S. N. 15 CHIAVARESE	1
		D.S. N. 16 TIGULLIO	1
ASL 5	5	D.S. N. 17 RIVIERA VAL DI VARA	1
		D.S. N. 18 SPEZZINO	2
		D.S. N. 19 VAL DI MAGRA	2

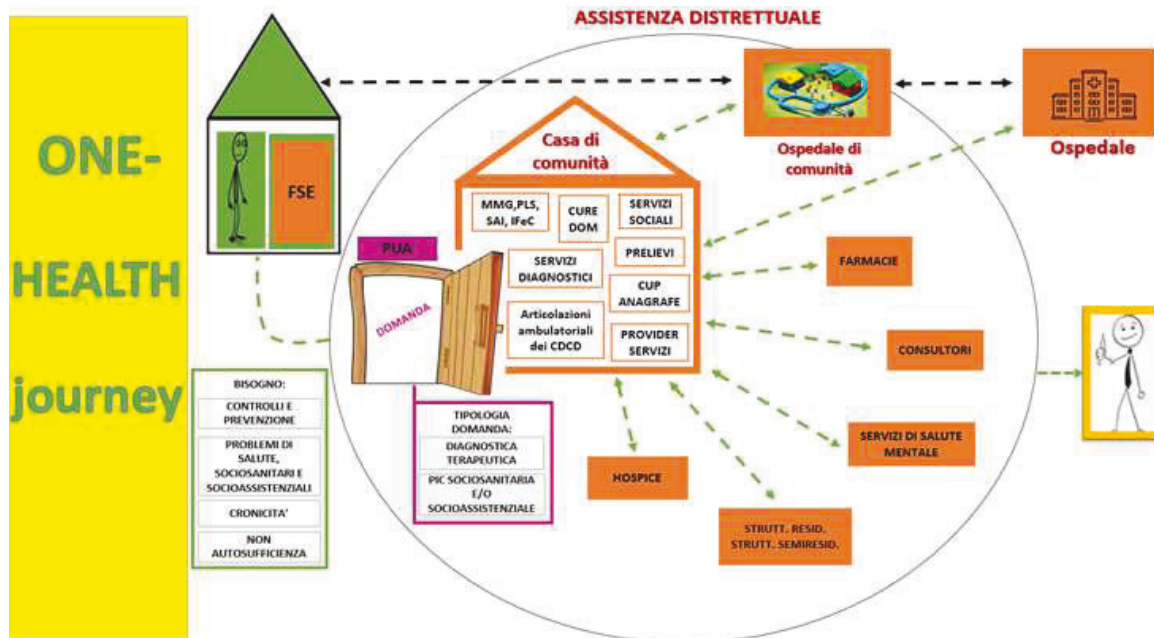
Tavola 4

DISTRIBUZIONE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI NEI DISTRETTI LIGURI			
ASL 1	2	D.S. N. 1 VENTIMIGLIESE	0
		D.S. N. 2 SANREMESE	1
		D.S. N. 3 IMPERIESE	1
ASL 2	3	D.S. N. 4 ALBENGANESE	0
		D.S. N. 5 FINALESE	1
		D.S. N. 6 BORMIDE	1
		D.S. N. 7 SAVONESE	1
ASL 3	6	D.S. N. 8 GENOVA PONENTE	1
		D.S. N. 9 GENOVA MEDIO PONENTE	1
		D.S. N. 10 GENOVA VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA	1
		D.S. N. 11 GENOVA CENTRO	1
		D.S. N. 12 GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO	1
		D.S. N. 13 GENOVA LEVANTE	1
ASL 4	2	D.S. N. 14 TIGULLIO OCCIDENTALE	0
		D.S. N. 15 CHIAVARESE	1
		D.S. N. 16 TIGULLIO	1
ASL 5	3	D.S. N. 17 RIVIERA VAL DI VARA	1
		D.S. N. 18 SPEZZINO	1
		D.S. N. 19 VAL DI MAGRA	1

Tavola 5

DISTRIBUZIONE OSPEDALI DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI			
ASL 1	1	D.S. N. 1 VENTIMIGLIESE	0
		D.S. N. 2 SANREMESE	0
		D.S. N. 3 IMPERIESE	1
ASL 2	2	D.S. N. 4 ALBENGANESE	1
		D.S. N. 5 FINALESE	0
		D.S. N. 6 BORMIDE	1
		D.S. N. 7 SAVONESE	0
ASL 3	4	D.S. N. 8 GENOVA PONENTE	1
		D.S. N. 9 GENOVA MEDIO PONENTE	0
		D.S. N. 10 GENOVA VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA	2
		D.S. N. 11 GENOVA CENTRO	0
		D.S. N. 12 GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO	0
		D.S. N. 13 GENOVA LEVANTE	1
ASL 4	2	D.S. N. 14 TIGULLIO OCCIDENTALE	1
		D.S. N. 15 CHIAVARESE	0
		D.S. N. 16 TIGULLIO	1
ASL 5	2	D.S. N. 17 RIVIERA VAL DI VARA	1
		D.S. N. 18 SPEZZINO	0
		D.S. N. 19 VAL DI MAGRA	1

Tavola 6



PARTE IV – la rete ospedaliera ligure**Tavola 7**

Ricoveri 2019 in Liguria stratificati per regime, modalità e classe d'età

Numero di ricoveri ospedalieri avvenuti in Liguria nel 2019, per fascia d'età								
Regime Ricovero	Modalità di ricovero	0-4 anni	5-14 anni	15-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	Oltre 75 anni	Totale
RICOVERO ORDINARIO	ORDINARIO PER ACUTI	14.937	6.879	29.652	35.015	28.489	63.328	178.300
	RIABILITAZIONE	40	52	587	2.420	2.840	4.286	10.225
	LUNGODEGENZA		1	148	527	779	3.269	4.724
RICOVERO DIURNO	DAY HOSPITAL	2.375	6.411	9.996	11.212	7.882	8.510	46.386
	RIABILITAZIONE	51	143	196	202	125	133	850
	DAY SURGERY	537	834	5.251	5.772	3.213	3.698	19.305
Totale Liguria		17.940	14.320	45.830	55.148	43.328	83.224	259.790

Tavola 8

Principali MDC di mobilità passiva negli ultimi 3 anni: è riportato il numero di ricoveri (N) di soggetti liguri avvenuti in strutture extra-regionali per MDC (Disciplina sanitaria) e la percentuale rispetto alla totalità dei ricoveri erogati ai cittadini Liguri.

Discipline sanitarie	2019 N	2019 %	2020 N	2020 %	2021 N	2021 %
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	7435	28%	5546	31%	7799	37%
09 - CHIRURGIA GENERALE	3900	18%	2434	18%	3025	19%
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	3237	27%	1907	23%	2316	25%
98 - DAY SURGERY	2044	36%	1539	39%	2004	35%
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	2265	11%	1774	10%	1923	10%
08 - CARDIOLOGIA	1738	15%	1161	13%	1382	13%
26 - MEDICINA GENERALE	1774	5%	1176	4%	1284	5%
43 - UROLOGIA	1422	13%	854	12%	935	11%
30 - NEUROCHIRURGIA	656	23%	537	25%	608	25%
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	809	14%	408	12%	556	14%
31 - NIDO	531	7%	531	7%	542	8%
64 - ONCOLOGIA	639	7%	444	5%	517	5%
32 - NEUROLOGIA	639	8%	411	6%	462	7%
40 - PSICHIATRIA	469	9%	272	7%	435	10%
34 - OCULISTICA	522	16%	361	15%	419	14%
07 - CARDIOCHIRURGIA	393	27%	277	23%	310	24%
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	333	31%	216	26%	307	33%
13 - CHIRURGIA TORACICA	342	32%	249	28%	273	26%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	291	10%	179	9%	207	9%

Tavola 9

Dotazione ppLL ordinari di Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva (Semi - UTI) secondo il piano di potenziamento della rete ospedaliera (DGR n. 500/2020)

Ente SSR	Presidio	UTI	Semi-UTI	Semi-UTI convertibili in UTI	Totale ppLL
ASL1	Sanremo	18	6	6	24
ASL1	Imperia	8	0		8
ASL2	Albenga	6	0		6
ASL2	Pietra Ligure	9	0		9
ASL2	Savona	13	6	0	19
ASL3	Villa Scassi	12*	0		12*
ASL4	Lavagna	8	6	3	14
ASL4	Sestri Levante	10	0		10
ASL5	La Spezia	14	12		26
ASL5	Sarzana	13	0		13
GALLIERA	Ospedali Galliera	12	10	4	22
OEI	Ospedale Evangelico Internazionale	7	0		7
HSM	IRCCS Policlinico San Martino	72	66	37	138
GASLINI	Ist.G.Gaslini	20	12	6	32
Priv. Accr. Contratt.	Iclas	11	0		11
Totale Pubblici		222	118	56	344
Totale PPLL (inclusi privati accreditati)		233	118	56	355

*rimodulazione dei PPLL rispetto alla DGR 500/2020 per motivi impiantistici e strutturali

Tavola 10

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie)

Ente SSR	Grande Apparecchiatura	Presidio	Unità Operativa	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
ASL 1	Ecotomografi	Sanremo	Radiologia	82.000,00	0,00
	Sistemi radiologici fissi	Imperia	Radiologia	244.000,00	75.900,00
	Angiografi	Sanremo	Utic	503.976,00	46.200,00
	Tac a 128 strati	Imperia	Radiodiagnostica Generale Levante	530.000,00	138.031,00
	Rmn a 1,5 t	Sanremo	Radiodiagnostica Generale E Senologica Del Ponente	914.000,00	200.000,00
ASL 2	Pet/tac	Pietra Ligure	Sc Medicina Nucleare	2.743.422,00	689.914,00
	Angiografi	Savona	Sc Cardiologia Levante	608.000,00	528.389,00
	Sistemi radiologici fissi	Savona	Pronto Soccorso	280.600,00	255.039,00
	Mammografi	Pietra Ligure	SC Radiologia Ponente	274.500,00	129.186,00
	Rmn a 1,5 t	Savona	SC Radiologia Levante	914.000,00	707.603,00
	Angiografi	Pietra Ligure	SSD Angiografia Interventistica	608.000,00	528.389,00
	Gamma camere	Pietra Ligure	Sc Medicina Nucleare	525.000,00	464.646,00
	Mammografi	Savona	Sc Radiologia Levante	274.500,00	166.807,00
ASL 3	Tac a 128 strati	Savona	SC Radiologia Levante	530.000,00	275.581,00
	Ecotomografi	Savona	Pronto Soccorso	82.000,00	38.081,00
	Angiografi	Villa Scassi	S.C. Cardiologia-Utic	589.015,00	0,00

	Angiografi	Villa Scassi	S.C. Radiologia	594.566,00	0,00
	Sistemi radiologici fissi	Micone	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Pol. Recco	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Tac a 128 strati	Gallino	S.C. Radiologia	530.000,00	60.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Marassi – Amb.	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Ecotomografi	Villa Scassi	S.C. Radiologia	82.000,00	0,00
	Sistemi radiologici fissi	Villa Scassi	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Pol.Nervi	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Villa Scassi	S.C. Radiologia	280.600,00	40.000,00
	Mammografi	Pol. Fiumara	S.C. Radiologia	274.500,00	10.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Gallino	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Sistemi radiologici fissi	Pol.Fiumara	S.C. Radiologia	244.000,00	40.000,00
	Ecotomografi	Villa Scassi	S.C. Radiologia	82.000,00	0,00
	OEI	Tac a 128 strati	Ospedale di Castelletto	Diagnostica Per Immagini	530.000,00
Sistemi radiologici fissi		Presidio di Genova Voltri	Pronto soccorso	280.600,00	490.432,00
GALLIER A	Sistemi radiologici fissi	Ospedali Galliera	S.C. Radiodiagnostica	280.600,00	0,00
	Tac a 128 strati		S.C. Radiodiagnostica	530.000,00	23.052,00
	Tac a 128 strati		S.C. Radiodiagnostica	530.000,00	23.052,00
	Ecotomografi		Chirurgia Vascolare	82.000,00	0,00
GASLINI	Rmn a 1,5 t	Ist.G.Gaslini	Neuroradiologia	914.000,00	250.000,00
	Ecotomografi		Radiologia	82.000,00	0,00
	Sistemi radiologici fissi		Radiologia	247.700,00	0,00
HSM	Gamma camere/tac	IRCCS Policlinico San Martino	UO Medicina Nucleare	793.000,00	110.845,00
	Angiografi		UO Cardiologia	608.000,00	296.422,00
	Pet/tac		UO Medicina Nucleare	2.403.400,00	600.789,00
	Tac a 128 strati		UO Radiologia di Emergenza	530.000,00	720.154,00
	Sistemi radiologici fissi		UO Radiologia	244.000,00	37.356,00
	Ecotomografi		UO Radiologia	82.000,00	40.634,00
	Tac a 128 strati		UO Radiologia	530.000,00	244.643,00
	Sistemi radiologici fissi		UO Radiologia	244.000,00	37.356,00
	Sistemi radiologici fissi		UO Radiologia PS	280.600,00	79.430,00
	Rmn a 1,5 t		UO Radiologia	914.000,00	612.268,00
Totale Liguria			23.360.579	8.674.149	

Tavola 11

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)

Progetto Generale	Ente SSR	Riferimenti DEA	Valore
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)	ASL 1	Stabilimento Ospedaliero di Sanremo	4.085.629,30 €
	ASL 2	Ospedale Santa Corona	2.364.508,61 €
		Ospedale San Paolo-Savona	2.840.662,10 €
	ASL 3	Ospedale Villa Scassi	2.259.987,10 €
	ASL 4	Ospedali Riuniti Leonardi e Riboli Lavagna	2.617.682,90 €

	ASL 5	Ospedale Sant'Andrea La Spezia	2.726.849,80 €
	GASLINI	IST.G.GASLINI	1.876.741,61 €
	HSM	IRCCS Policlinico San Martino	16.055.040,64 €
TOTALI DEA			34.827.102,06 €

Tavola 12

Principali interventi e investimenti programmati suddivisi per struttura

Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 1, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
PO Sanremo - Padiglione Borea - Ristrutturazione reparti di degenza UTIC e Ortopedia	2.800.000,00
Presidi ospedalieri ASL - Sostituzione e adeguamento degli impianti elevatori	1.700.000,00
PO Sanremo - Padiglione Castillo - Ristrutturazione laboratorio analisi e Microbiologia	1.500.000,00
PO Sanremo - Padiglione Borea - Realizzazione nuovo reparto di emodinamica e acquisizione nuovo angiografo	1.800.000,00
PO Imperia - Acquisizione e installazione di sistema TAC per il Pronto Soccorso	800.000,00
PO Imperia - Sostituzione del sistema di Risonanza magnetica RMN presso la radiologia del presidio	800.000,00
Strutture aziendali - Acquisizione di 15 sistemi ecografici di medio-alta gamma	900.000,00
PO Sanremo - Padiglione Castillo - Ristrutturazione reparto di degenza a destinazione medicina/cure intermedie.	1.300.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 1, fonte D.L. 34/2020:	
S.O: Sanremo- DEA I-Ristrutturazione dell'ala est del piano 1° del Pad. Borea per trasferimento del reparto di Rianimazione attualmente ubicato al piano terra ala est	1.600.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 2, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
PO San Paolo Savona - Palazzina Vigiola - Manutenzione straordinaria facciate e terrazzi	1.000.000,00
Sede Distretto sanitario di Carcare - Riqualificazione piani primo e secondo e sostituzione infissi esterni	1.450.000,00
Ammodernamento dei sistemi radiologici polifunzionali aziendali ed opere di adeguamento dei locali	1.910.000,00
PO San Paolo Savona - Ammodernamento centrale di sterilizzazione	1.000.000,00
PO San Paolo Savona - ammodernamento impianti elevatori. PO Santa Corona Pietra Ligure - Installazione nuovo elevatore montalettighe nel Padiglione Negri.	1.000.000,00
Ammodernamento dei sistemi radiologici e radioscopici portatili aziendali ed interconnessione con i sistemi gestione paziente immagini RIS/PACS	1.000.000,00
PO San Paolo Savona - Realizzazione spogliatoi nel Padiglione tecnologico	700.000,00
PO San Paolo Savona - Acquisizione e installazione di TAC, sistema Radiologico DR polifunzionale ed ecotomografo per il Pronto soccorso del presidio	700.000,00
PO San Paolo Savona - Adeguamento degli impianti elettrici del presidio	1.000.000,00
Ammodernamento della dotazione tecnologica elettromedicale dell'Azienda (Mammografo DR, Esoscopio, Oropantomografi, ecc.)	1.300.000,00
PO San Paolo Savona - Potenziamento della centrale frigorifera e delle linee tecnologiche del presidio	1.000.000,00
Ammodernamento degli apparati per anestesia e dei tavoli operatori per le sale operatorie dell'Azienda	840.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 2, fonte D.L. 34/2020:	
Osp. San Paolo- Medicina interna 1- ristrutturazione edile ed impiantistica locali esistenti	1.115.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 3, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
PO Villa Scassi Genova Sampierdarena - Completamento messa a norma prevenzione incendi dei padiglioni	2.493.432,00
Completamento della messa a norma di prevenzione incendi delle strutture territoriali aziendali	4.043.732,00
PO Micone – Realizzazione di un Hospice mediante ristrutturazione di Villa Santa Maria con annesso ampliamento volumetrico nell'area ex Centro Trasfusionale	4.300.000,00
Presidio di Quarto - Completamento della rifunionalizzazione dei Padiglioni 8, 9, 10, 15 e 21	5.700.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 4, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
P.O. Sestri Levante: adeguamento antincendio – 2ª ed ultima fase	2.056.670,00

Ex P.O. di Chiavari: adeguamento antincendio – 2 ^a ed ultima fase	1.394.340,00
Lavori di potenziamento del Polo Ospedaliero di Lavagna	4.073.490,37
PO di Rapallo e PO di Lavagna - Acquisizione apparecchiature (RMN, colonne endoscopiche e angiografo OCT) e apparecchiature e arredi per sala autoptica PO di Lavagna	1.050.000,00
Acquisizione e adeguamento locali ad uso magazzino in Comune di Cogorno attualmente in locazione	800.000,00
Manutenzione straordinaria e adeguamento delle strutture poliambulatoriali di Cicagna, Rezzoaglio e Varese Ligure	880.000,00
Ristrutturazione e ampliamento palazzina in Via Lamarmora a Rapallo per realizzazione uffici di Distretto. Manutenzione straordinaria e adeguamento sede di Chiavari per Dipartimento di Prevenzione aziendale.	1.710.000,00
Acquisizione e ristrutturazione immobile a Lavagna sede di SERD	3.390.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 4, fonte D.L. 34/2020:	
Osp. Riuniti Leonardi-Riboli, Lavagna- Adeguamento piano terra- Corpo tondo-P.O. Lavagna	721.000,00
Osp.civile di Sestri L. e P.O.unico- Adeguamento parte blocco operativo- P.O. Sestri L. e Potenziamento Impianti Covid-19 P.O.U.	1.472.524,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 5, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
PO S. Andrea La Spezia - Adeguamento antincendio 3° step.	1.630.000,00
PO S. Andrea La Spezia - Rifacimento delle coperture dei Padiglioni.	1.310.000,00
PO S. Andrea La Spezia - Adeguamenti impiantistici	940.000,00
Riqualificazione del complesso di Gaggiola a La Spezia destinato a centro residenziale e diurno per persone disabili o non autosufficienti	1.000.000,00
Acquisizione di nuovo immobile da Comune di La Spezia per sede del Dipartimento di Prevenzione e Centro di Formazione professionale a La Spezia	8.000.000,00
Ammodernamento del parco apparecchiature elettromedicali aziendale (TAC, sistemi radiologici, SPECT-CT, ecc.)	5.957.266,64
Integrazione finanziaria Nuovo Ospedale Felettino della Spezia	63.326.314,91
Principali interventi di Programmazione delle risorse in ASL 5, fonte D.L. 34/2020:	
Stabilimento San Bartolomeo di Sarzana-Adeguamento di posti letto esistenti e apparecchiature elettromedicali (letti per T.I., pensili, centrale di monitoraggio, ventilatori, un portatile di radioscopia e un portatile di radiografia) e arredi	1.172.420,00
Osp.Sant'Andrea a La Spezia- Ristrutturazione medicina d'urgenza per ppl. di terapia sub intensiva ed apparecchiature elettromedicali(1 ecografo, e ventilatori, monitor multiparametrici, sistema PRAM, portatile per radiografia, UPS) e arredi	1.331.020,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in IRCCS AOU S.Martino, fonte ex art. 20 L.67/1988:	
Ristrutturazione dei Padiglioni nn. 9-10-11	30.000.000,00
Pad. Monoblocco Piano 4° Levante: Lavori di ristrutturazione sale operatorie e Terapia Intensiva "Centro trapianti Fegato e Rene"	5.000.000,00
Padiglione IST Sud - Ristrutturazione edile e impiantistica dell'area ambulatoriale della Radioterapia oncologica	1.217.200,00
Padiglione Specialità - Ristrutturazione edile impiantistica per riorganizzazione ambulatori con realizzazione di una piastra ambulatoriale e DH dedicata alle Neuroscienze	1.323.000,00
Padiglione Specialità - Ristrutturazione edile e impiantistica Sale Operatorie di Neurochirurgia con ammodernamento tecnologico apparecchiature	7.265.400,00
Padiglione Laboratori Centralizzati - Ristrutturazione per realizzazione laboratori di Anatomia patologica al Piano secondo	1.814.000,00
Lavori di messa in sicurezza elettrica della rete UPS del Policlinico	1.330.000,00
Adeguamenti alla normativa antincendio di Padiglioni del Policlinico	8.500.000,00
Realizzazione della ridondanza del Centro Stella e dell'infrastrutturazione di rete in fibra ottica del Policlinico	4.550.000,00
Aggiornamento e ridondanza delle Centrali Telefoniche del Policlinico	2.000.000,00
Progetto bandiera "Centro Nazionale di Medicina Computazionale"	6.000.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in IRCCS AOU S.Martino, fonte D.L. 34/2020:	
IRCCS- nuova realizzazione DEA II livello- Intervento su struttura esistente	3.900.000,00
IRCCS- nuova realizzazione DEA II livello- Intervento su struttura esistente	3.000.000,00

IRCCS- adeguamento DEA II livello- Intervento su struttura esistente	3.610.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in Ente Ospedaliero Galliera , fonte ex art. 20 L.67/1988:	
Integrazione finanziaria costruzione nuovo Ospedale Galliera	12.850.000,00
Lavori di completamento antincendio del nosocomio relativi al D.M. 16.03.2015	2.450.000,00
Integrazione finanziaria costruzione nuovo Ospedale Galliera	20.000.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in IRCCS G.Gaslini , fonte ex art. 20 L.67/1988:	
Realizzazione del nuovo edificio denominato Padiglione Zero sul sedime degli attuali Padiglioni 7 e 8 (Nuovo Gaslini - Padiglione Zero) e la manutenzione straordinaria/rifunzionalizzazione di altri padiglioni deputati ad attività sanitaria	6.500.000,00
Principali interventi di Programmazione delle risorse in IRCCS G.Gaslini , fonte D.L. 34/2020:	
Lavori per predisposizione stanze degenza di terapia semintensiva; lavori per terapia intensiva; predisposizione impiantistica e servizi (comprensivi di ascensore di collegamento e centro stella); implementazione sistema monitoraggio, adeguamento spazi percorsi, implementazione dotazione tecnologica, fra cui n. 1 ecografo, n. 1 portatile radiologico, n. 4 ventilatori per Terapia intensiva e n. 6 per upgrade da semintensiva a intensiva, n. 10 umidificatori, n. 16 monitor multiparametrici, n. 50 pompe siringa	1.999.163,00

Tavola 13

Articolazione della rete emergenziale ligure e bacini d'utenza, valutati considerando i periodi di forte mobilità attiva legata al turismo caratterizzanti le aree di levante e di ponente (ASL 1, 2, 4 e 5)

Struttura EU	Presidio	Bacini d'utenza DM70		Bacini d'utenza dell'altissima Spec: risposta regionale		Bacini d'utenza di Alta e Media Specialità: risposta locale (ASL)		Popolazione residente*10 ³
PS	Ospedale di Bordighera	80	150			80	150	
DEA I	Ospedale di Sanremo	150	300			150	300	***
PS	Ospedale di Imperia	80	150			80	150	
ASL 1						310	600	208
DEA II*	Ospedale di Pietra Ligure	600	1200	600	1200	150*	300*	***
DEA I	Ospedale di Savona	150	300			150	300	
ASL 2						300	600	269
DEA II*	IRCCS Policlinico San Martino	600	1200	600	1200	150*	300*	
DEA I	Ospedale Villa Scassi, Genova	150	300			150	300	
DEA I	E.O. Galliera, Genova	150	300			150	300	
PS	Ente Ospedaliero Evangelico Internazionale, Genova	80	150			80	150	
DEA II**	I.R.C.C.S. Pediatrico - Ist. G. Gaslini, Genova			600	1200	80**	80**	
ASL 3						610	1130	678
DEA I	Ospedale di Lavagna	150	300			150	300	***
ASL 4						150	300	141
DEA I	Ospedale di La Spezia	150	300			150	300	***
PS	Ospedale di Sarzana	80	150			80	150	
ASL 5						230	450	212
Liguria				1800	3600	1600	3080	1508

*DEA II livello: i DEA di II livello garantiscono una risposta di altissima specializzazione a livello regionale, e una risposta equiparata ad un DEA di I livello a livello locale (ASL).

**per l'istituto Giannina Gaslini è stata considerata una risposta di alta e media specialità (ASL) per un bacino d'utenza di 80.000 abitanti, equivalente alla popolazione under-16 presente in ASL3.

***Ampia variabilità stagionale della popolazione assistita legata al turismo”.