

**IL MODELLO LIGURE
LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE
L'AGENDA SUL FUTURO**

Genova, 15 Giugno 2018

Sonia Viale

Obiettivo 1

Migliorare la programmazione sanitaria



Obiettivo 2

Migliorare l'efficienza amministrativa

Obiettivo 3

Revisione organizzativa delle reti

Obiettivo 4

Coinvolgimento attivo di MMG e PLS

Obiettivo 5

Integrazione socio sanitaria

Obiettivo 6

Gestione patrimonio immobiliare

Obiettivo 7

Modifica del sistema dei controlli

Obiettivo 8

Creazione di modelli formativi

Obiettivo 9

Sistema informativo basato sul paziente

Obiettivo 10

Rapporto professioni sanitarie

Obiettivo 1

Migliorare la programmazione sanitaria

- Migliorare la programmazione sanitaria attraverso il coordinamento delle attività PAC con funzioni di accreditamento, contrattazione e controllo ai vari livelli.

A.Li.Sa. (LR 17/2016)

Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria, ente del SSR, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amm.va, patrimoniale, organizzativa, tecnica, patrimoniale e contabile.

Finalità:..... Sviluppo del sistema autorizzativo sanitario e di accreditamento istituzionale.....

Gli strumenti di governance: A.Li.Sa.

- ◆ **Consolidamento della struttura: completamento organigramma e funzionigramma**
- ◆ **Consolidamento dell'attività di programmazione, governo, controllo**

Funzioni secondo la L.R. n. 17/2016

- a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale
- b) la programmazione finanziaria della sanità regionale
- c) la proposta degli obiettivi dei Direttori delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Ospedale San Martino
- d) la programmazione, la governance e le politiche relative:
 - 1) agli acquisti e agli investimenti in edilizia sanitaria:
nell'ambito di tale funzione l'Azienda può impartire direttive su singole procedure o tipologie di procedure;
 - 2) alle risorse umane e tecnologiche;
 - 3) alla formazione del personale del SSR;
 - 4) alla sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per la gestione delle risorse professionali;
- e) la definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende sanitarie e degli altri enti del SSR
- ...
- i) la definizione e la stipula degli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e dei contratti con i soggetti erogatori privati accreditati
- ...

Il Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.): la rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende

Obiettivi:

- ◇ Rispondere alle sempre maggiori necessità di *governance* del sistema attraverso un'architettura di sistema basata su una più spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e *governance*
- ◇ Garantire equità di accesso alle cure in ragione di una presa in carico della persona nel suo complesso precostituendo percorsi assistenziali integrati e appropriati.

I Principi ispiratori:

- A. Coerenza con le leggi riforma: centralizzazione delle strutture organizzative e delle attività proprie di A.Li.Sa.
- B. Omogeneità organizzativa della struttura Dipartimentale
- C. Omogeneità organizzativa dell'area territoriale
- D. Rispetto degli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina identificati dal DM70/2015

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

4. Programmazione e linee di intervento

4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

Gli obiettivi

- ◆ Efficientamento del sistema
- ◆ Miglioramento dell'offerta
- ◆ Governo della mobilità passiva
- ◆ Riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio
- ◆ Upgrading organizzativo e tecnologico

Migliorare l'offerta per rispondere alle esigenze di massima sicurezza ed elevato comfort del paziente e di rinnovamento tecnologico mediante

la costruzione di 3 nuovi ospedali ad elevata innovazione tecnologica, che assumeranno ruolo di riferimento nelle 3 aree ottimali regionali ed andranno integrare la rete ospedaliera regionale:

- Ospedale del Ponente dell'area metropolitana genovese
- Ospedale Unico ad Arma di Taggia
- Ospedale di La Spezia – Felettino

Il panorama del rinnovo del parco ospedaliero regionale è completato dalla costruzione del nuovo ospedale Galliera.

4. Programmazione e linee di intervento (cont.)

4.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

Principi ed elementi fondanti del processo di riorganizzazione della rete:

- ◆ **Specializzazione della vocazione delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità;** l'obiettivo è tendere ad “**ospedali e professionisti ad alti volumi**” e dare concreta attuazione al modello hub and spoke, in particolare per i percorsi ad elevata complessità. Il Dipartimento Interaziendale Regionale rappresenta lo strumento per la concentrazione nella fase ospedaliera della massima intensità di cura e dell'alta tecnologia.
- ◆ **Spiccata integrazione tra i centri di riferimento a vocazione oncologica, cardiocirurgica, neurologica.**
- ◆ **Riorganizzazione e potenziamento del sistema emergenza/urgenza,** secondo un'organizzazione basata su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello hub and spoke, e dimensionata secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità, il rilevante flusso turistico.
- ◆ **Stringente coerenza tra livelli di complessità crescente del sistema emergenza/urgenza e dotazione di specialità dell'ospedale.**
- ◆ **Mantenimento della dotazione di posti letto per acuti ed implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità.**
- ◆ **Il percorso verso l'autentica integrazione ospedale-territorio:** implementazione dell'attività ambulatoriale e territoriale, potenziamento dei reparti a media-bassa intensità, sperimentazione di nuovi modelli organizzativi volti alla gestione integrata dei percorsi.

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Definisce i ruoli che le strutture ospedaliere avranno all'interno del sistema e i gli elementi chiave dell'offerta:

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 1	Ospedale Unico, Arma di Taggia	DEA I livello	- Ospedale di riferimento del territorio dell'ASL 1 - Fulcro dell'attività in elezione
ASL 1	Bordighera	Pronto Soccorso	- Specialità ad ampia diffusione territoriale ¹ - Attività riabilitative e ad elevata integrazione territoriale
ASL 1	Imperia e Sanremo		- Riferimenti per l'attività ambulatoriale - Attività ad elevata integrazione territoriale e riabilitazione - Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza urgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 2	Pietra Ligure	DEA II livello	- Alta vocazione ortopedica, neurochirurgica e riabilitativa (presenza di unità spinale) - Forte sinergia con l'IRCCS regionale per la Neurologia (Osp. Policlinico San Martino)
ASL 2	Savona	DEA I livello	- Ospedale di riferimento del territorio dell'ASL 2
ASL 2	Albenga	Pronto Soccorso	- Attività di elezione a media complessità - Specialità ad ampia diffusione territoriale ¹
ASL 2	Cairo Montenotte	Pronto Soccorso	- Ospedale di riferimento per il Distretto della Bormide (ospedale area disagiata) - Specialità ad ampia diffusione territoriale ¹ - Attività ad elevata integrazione territoriale

¹ Specialità definite dal DM70/2015: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Definisce i ruoli che le strutture ospedaliere avranno all'interno del sistema e i gli elementi chiave dell'offerta:

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenzaurgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 3	Genova, Ospedale Policlinico San Martino	DEA II livello Centro Grandi Ustionati	<ul style="list-style-type: none"> - Hub regionale per l'adulto - Ospedale di riferimento del Levante cittadino - Alta vocazione in Oncologia, Neurologia, Cardiocirurgia - Riferimento per la formazione universitaria
ASL 3	Erzelli	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di riferimento del Ponente cittadino - Alta vocazione oncologica - Forte sinergia con Villa Scassi
ASL 3	Genova, E.O. Ospedali Galliera	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - Alta vocazione in Geriatria e Ortopedia - Riferimento per l'attività ambulatoriale del centro cittadino
ASL 3	Genova, Ospedale Evangelico Internazionale	Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> - Specialità ad ampia diffusione territoriale - Attività di elezione a media complessità

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza urgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 3	Genova, Micone e Gallino	Punti di Primo Intervento	- Attività riabilitative e ad elevata integrazione territoriale
ASL 3	Genova, Villa Scassi	Punti di Primo Intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Riferimento per l'attività ambulatoriale del Ponente cittadino - Medicina a media intensità e reparti a gestione infermieristica - Attività ad elevata integrazione territoriale - Polo riabilitativo ad elevata complessità - Hospice e cure palliative
ASL 3	Arenzano		<ul style="list-style-type: none"> - Attività riabilitativa - Attività ad elevata integrazione territoriale
ASL 3	Genova istituto G. Gaslini	DEA II livello pediatrico	- Hub regionale pediatrico per soggetti fino a 18 anni

Piano Sociosanitario Regionale 2017-19

Definisce i ruoli che le strutture ospedaliere avranno all'interno del sistema e i gli elementi chiave dell'offerta:

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza urgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 4	Lavagna	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di riferimento dell'ASL 4 e dei distretti Chiavarese, Tigullio e Tigullio occidentale³ - Concentrazione delle specialità a supporto del DEA I attualmente in altri stabilimenti
ASL 4	Rapallo	Punto di Primo Intervento/ Pronto Soccorso ¹	<ul style="list-style-type: none"> - Presidio specialistico ad indirizzo ortopedico - Attività ad elevata integrazione territoriale
ASL 4	Sestri Levante		<ul style="list-style-type: none"> - Medicina a media intensità e reparti a gestione infermieristica - Attività riabilitativa - Attività ad elevata integrazione territoriale

Ambito territor.	Stabilimento	Ruolo nella rete emergenza urgenza	Ruolo per l'attività di elezione
ASL 5	La Spezia	DEA I livello	<ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di riferimento del territorio dell'ASL 5 - Polo riabilitativo ad elevata complessità
ASL 5	Sarzana	Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> - Specialità ad ampia diffusione territoriale - Riferimento per l'attività ambulatoriale - Attività ad elevata integrazione territoriale e riabilitazione - Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi
ASL 5	Levanto	Punto di Primo Intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Attività a media intensità e ad elevata integrazione territoriale

¹ nel caso in cui si verificano le condizioni di sostenibilità di cui paragrafo 4.3, pagina 79

NORMATIVA REGIONALE

LR 9 dell' 11.5.2017

«Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.»

Efficace dal 16.7.2017

LR 9/2017 NOVITA'

AUTORIZZAZIONE

- Modifica relativa al soggetto istituzionale cui vengono demandati i compiti per l'istruttoria finalizzata all'autorizzazione ([Comune- A.Li.sa.](#)) e le funzioni di vigilanza ordinaria e straordinaria.
- [Classificazione](#) aggiornata delle strutture sanitarie e sociosanitarie
- Implementazione dei [requisiti di autorizzazione](#) con l'emanazione di un manuale rispondente sia alle norme nazionali di riferimento che alle realtà specifiche del territorio regionale.
- [Pianificazione delle vigilanze ordinarie](#) per il controllo sulle strutture sanitarie , sociosanitarie e sociali autorizzate.
- [Proroga i piani adeguamento](#) già presentati ai sensi della LR 20/99 per ulteriori 3 anni con obbligo di aggiornamento di detti piani e valutazione da parte di A.Li.sa.

L.R.9/2017 NOVITA' ACCREDITAMENTO

- ❖ Possibilità di accreditare **singole attività o singole strutture**, purchè autorizzate.
- ❖ Validità di **5 anni**.
- ❖ Processo di **autovalutazione annuale** nel corso del quinquennio di validità.
- ❖ Emanazione di **nuovo manuale di accreditamento** che rappresenterà uno strumento più adeguato nella valutazione e nell'accompagnamento delle strutture pubbliche e private richiedenti nel percorso di miglioramento continuo della qualità e nel garantire al cittadino prestazioni sanitarie e sociosanitarie appropriate e sicure .

LR 9/2017 NOVITA' CONTRATTI

- Revisione dello schema –tipo **dell'accordo contrattuale tra A.Li.Sa. - ASL e strutture private accreditate.**
- Controllo della qualità e della appropriatezza** delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR ; tale processo, governato da A.Li.sa. tramite strumenti che garantiscono omogeneità di valutazione da parte delle ASL competenti, determinerà una verifica degli accordi contrattuali e delle azioni intraprese dalle ASL in caso di inadempienze al fine di garantire a tutti i cittadini un omogeneo livello di qualità e sicurezza delle prestazioni.

UN MODELLO INNOVATIVO per la GESTIONE della DPC:

Progetto DPC

EQUITA ed ACCESSO alle CURE

- ✓ **Migliorare l'accesso del farmaco al cittadino (sanità km 0)**
 - Principio della prossimità
 - Incremento pezzi distribuiti in dpc
 - Adozione mini stock in farmacia
- ✓ **Validare il ruolo delle farmacie convenzionate come presidio sanitario per la sanità pubblica**
- ✓ **Omogeneità: Modello unificato in tutta la Regione e per tutte le ASL:**
 - Adozione Elenco Unico Regionale PHT
 - Istituzione Centro Unico per la gestione dei processi logistici e amministrativi

EFFICIENTAZIONE del SISTEMA

- Gestione della DPC in linea con i modelli più evoluti adottati nelle altre regioni
- Istituzione Centro Unico in ALISA per la gestione dei processi logistici e amministrativi in sostituzione delle attività delle singole ASL
- Nuovo modello distributivo (industria – distributori – farmacie)
- Applicativo informatico regionale unico (Gopen DPC, acquistato da Federfarma)



Razionalizzare la logistica distributiva (riduzione e razionalizzazione scorte dei farmaci DPC)



Razionalizzare utilizzo delle risorse impegnate al progetto dpc rispetto ad attuale organizzazione



Piena tracciabilità in REAL TIME delle operazioni amministrative e logistiche relative ai farmaci distribuiti

- **IN PROGRESS:** Gestione Piani Terapeutici on-line pazienti e distribuzione DPC tramite farmacie territoriali di alcuni presidi (fase 2)

Modello organizzativo new: i numeri del progetto

- Numero farmacie: 584
- Numero magazzini: 7
- Numero pezzi specialità erogate/anno: 1.400.000 (+/- 10%)
- Numero specialità medicinali in dpc: oltre 450
- Numero principi attivi: 115
- Numero aziende trattate: 60 (circa)

Farmacia dei Servizi del SSN

- Potenziamento delle cure primarie
- Facilitare accesso al SSN
- Integrazione Specialisti della salute
- Sviluppo assistenza domiciliare integrata
- Garanzia della continuità assistenziale sul territorio
- Innalzamento dei livelli di «patient safety»
- Rafforzamento delle diagnosi precoci
- Monitoraggio dei livelli di rischio dei cittadini
- Rafforzamento della capacità del sistema di governo e monitoraggio delle prestazioni, ecc
- Coinvolgimento e motivazione alle cure dei pazienti.

d.lgs. 153/2009 e DM attuativi 2010 e 2011

Dai Servizi alla Farmacia dei Servizi

Dec. 69,153/09 e attuativi 2011



nuovi ambiti operativi

Attività Cup

1. prestazioni diagnostico-strumentali di primo e secondo livello
2. assistenza dom. Integrata (ADI) tramite infermieri e fisioterapisti
3. attività di Integrazione Farmacista- medico-territorio

LE FUNZIONI SVOLTE DALLA CENTRALE REGIONALE DI ACQUISTO

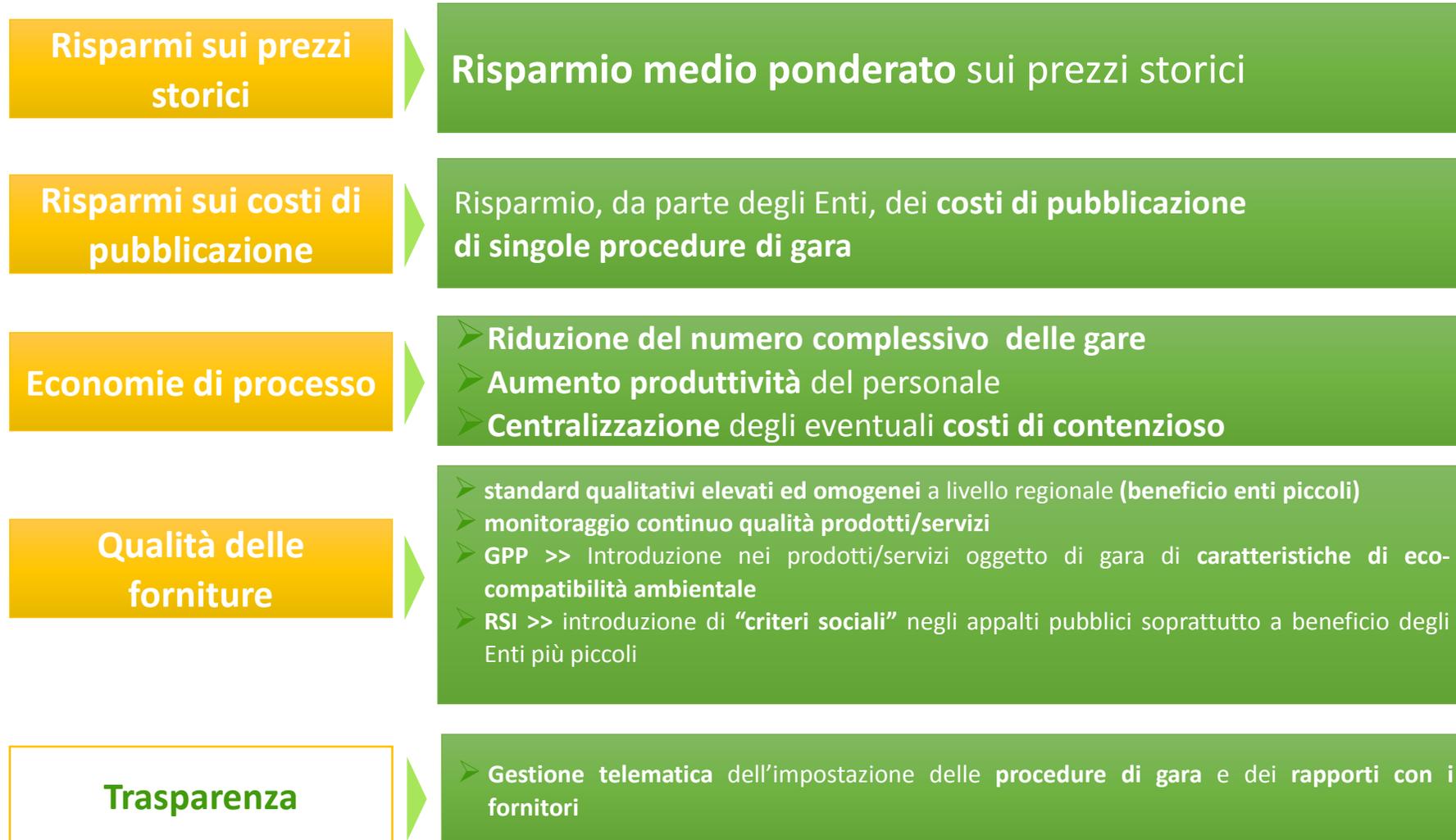
- **Stazione Appaltante** (in quanto organismo di diritto pubblico riferito alle spese di funzionamento dell'organismo stesso)
- **Centrale di Committenza**
- **Stazione Unica Appaltante Soggetto Aggregatore)**
- **Coordinatore Tavolo Tecnico Appalti**
- **Consulenza tecnica su Appalti**
- **Promozione e Sviluppo Piattaforme Telematiche**

I modelli funzionali della Centrale Regionale



CENTRALE DI COMMITTENZA: I BENEFICI (1)

L'ottimizzazione degli acquisti derivante dalle gare centralizzate può essere valutato su **diverse dimensioni di analisi**



CENTRALE DI COMMITTENZA: I BENEFICI (2)

L'ottimizzazione degli acquisti derivante dalle gare centralizzate può essere valutato su **diverse dimensioni di analisi**

Miglioramento delle competenze interne

- Individuando esattamente l'oggetto di gara e i requisiti da valutare: se si sa "cosa" si vuole ottenere si devono conoscere bene le caratteristiche tecniche e funzionali dei prodotti da acquisire

Incremento della appropriatezza assistenziale
proprietà

- Incentivo a pratiche assistenziali evidence based e all'appropriatezza delle prestazioni rispetto a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.
- Omogeneizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici
- Livellamento verso l'alto degli standard alberghieri

**Effetti «esterni»:
aumento della concorrenzialità del mercato**

- Le grandi multinazionali e gli oligopoli soffrono la concorrenza.
- La centralizzazione consente di superare le barriere alla entrata
- Piccole e medie imprese italiane all'avanguardia nell' «innovazione incrementale»

FOCUS «PROCEDURE DI ACQUISTO»: LA RAZIONALIZZAZIONE DELLE CENTRALI REGIONALI

Attualmente operano in Liguria, come Centrali di Committenza regionale ben 9 strutture, 8 con competenze «specializzate», 1 con competenza generica di cui le precedenti costituiscono «articolazione»

In base ai dati comunicati al Ministero dell'Economia concernenti le procedure indette e aggiudicate, la Centrale che gestisce gli acquisti sanitari realizza da sola oltre il 70% del valore di tutte le procedure. E' opportuna una riorganizzazione del settore



- Migliorare l'efficienza amministrativa attraverso l'aggregazione delle strutture (acquisti, formazione, concorsi, sistemi informativi, edilizia sanitaria, servizi trasversali vari come amministrazione del personale, fino alle reti di servizi) al fine di raggiungere la qualità erogativa delle prestazioni con il criterio delle «quantità minime».

GSA - ALISA

Dal 1/1/2017 A.Li.Sa. Gestisce:

1) Come bilancio dell' azienda A.Li.Sa.

Sotto il profilo economico: le spese prima gestite direttamente dalla Regione (es. finanziamento ARPAL, Elisoccorso, 112, funzioni, ecc.) e i costi diretti dell'azienda stessa che verranno contabilizzate nel Conto Economico .

2) Come GSA

Sotto il profilo patrimoniale: Trasferimenti ASL/ENTI SSR del Fondo Sanitario Regionale e relativi rapporti di debito e credito, tra Regione ed aziende/enti, tra GSA e Regione e tra Regione e Stato.

Sotto il profilo economico: in prospettiva non si rileveranno partite economiche (NO CE GSA).

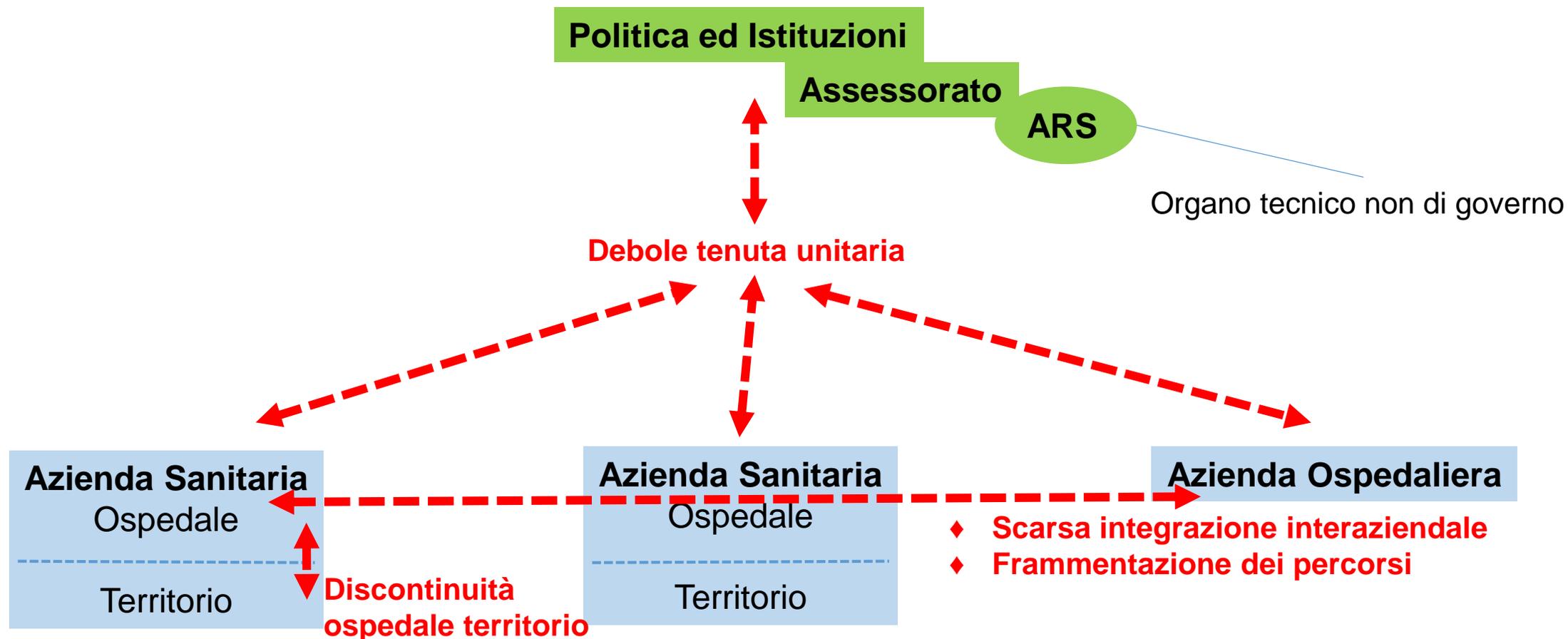
Sotto il profilo finanziario: tutti i flussi di cassa del perimetro sanità. Questo comporta che dal 1/1/2017 Regione trasferisce tutte le risorse che transitano sul c/c sanità (fondi perimetrati) ad A.Li.Sa (vantaggi per liquidità e tempi di pagamento).

Il sociale potrà essere gestito nel bilancio di A.Li.Sa. pur non facendo parte del perimetro sanità; pertanto tali partite non verranno riepilogate nei flussi CE,SP,LA che alimentano la procedura ministeriale NSIS

3) Consolidato Regionale

- Consolidamento e revisione organizzativa delle reti (*Hub & Spoke*) di specialità, patologia e superspecialità ad elevata intensità assistenziale e limitato accesso, per garantire modelli assistenziali di riferimento territoriali e sovra-territoriali al fine di garantire la massima sicurezza per i pazienti.

Il quadro antecedente alle leggi di riforma: il decentramento e le sue criticità

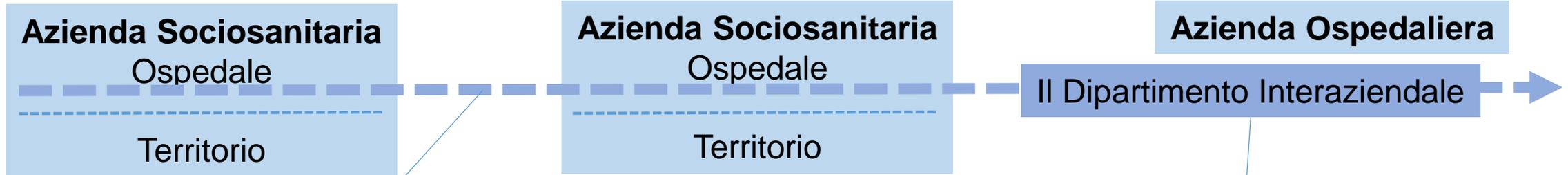


La risposta organizzativa delineata nelle Leggi di riforma (i)

Funzioni di governo, programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo della aziende regionali, gestione delle risorse e dei processi amministrativi

Politica ed Istituzioni

Assessorato



Nuovi modelli di presa in carico

- ◆ Strumento di governo e della programmazione strategica regionale
- ◆ Integrazione inter-Aziendale e dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie
- ◆ Centro di coordinamento tecnico e professionale

La risposta organizzativa delineata nelle Leggi di riforma (ii)

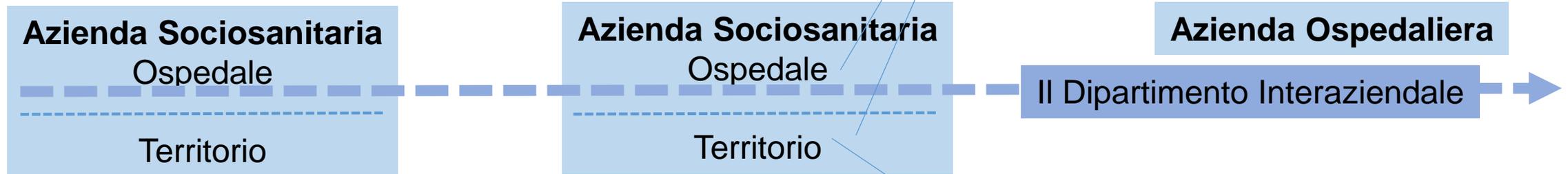
Politica ed Istituzioni

Assessorato

Rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende, concretizzata nel Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.)



Articolazione delle ASL in due aree: l'area territoriale e ospedaliera, che concorrono a realizzare e a favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie



Direttore Sociosanitario, regista del rafforzamento dell'attività assistenziale territoriale e delle risposte, necessariamente univoche e unitarie, ai bisogni sociosanitari e di protezione sociale

Il Dipartimento Interaziendale Regionale: mission

- ◆ **governo clinico e coordinamento organizzativo** perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e la gestione dei PIC
 - individuare e censire i bisogni di salute, la domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria e i modelli organizzativi adottati
 - procedere al censimento delle risorse umane e tecnologiche e proporre valutazioni HTA per l'introduzione di nuove tecnologie
 - formulare proposte organizzative
 - predisporre PDTA definendo responsabilità organizzative
- ◆ **valutazione delle performance** qualitative e di efficienza;
- ◆ **condivisione di linee guida e protocolli** e prassi operative;
- ◆ **formazione** professionale del personale

Il Dipartimento Interaziendale Regionale: gli obiettivi

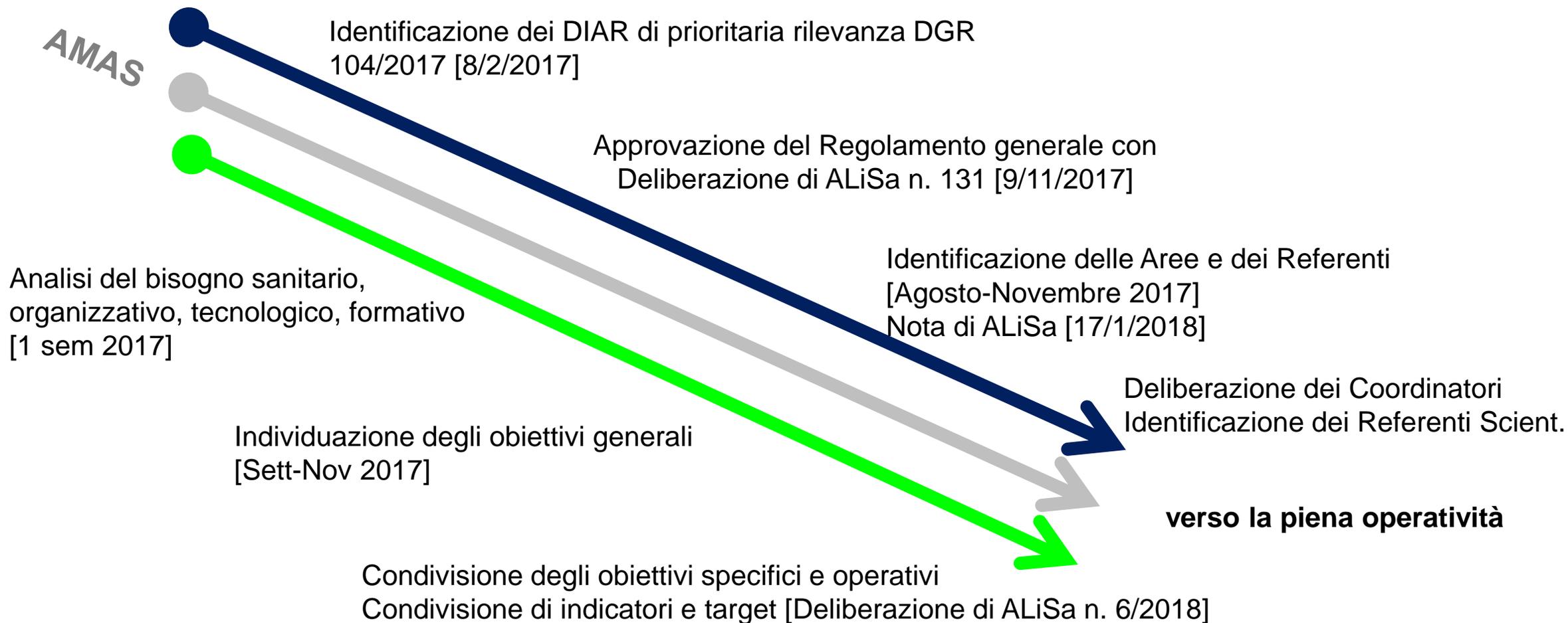
Gli obiettivi che si pone questo nuovo modello sono

- ◆ **implementare i vantaggi offerti dall'organizzazione a rete**, i.e. paziente al centro del percorso e dell'organizzazione, miglioramento dell'accesso alla cura, gestione più efficiente delle risorse umane e tecnologiche, riduzione dei confini professionali e organizzativi, condivisione dei percorsi *evidence-based*
- ◆ **garantire una più forte governance di sistema**

D.I.A.R.: Rete + Governance

DIAR: il percorso di attivazione

Art. 1 della L.R. n. 27/2016



DIAR, Aree e Referenti

DIAR	Aree	Referente
Cardio(Toraco)Vascolare	Chirurgia	D. Palombo
	Elettrofisiologia e Aritmologia	M. Brignole
	Scompenso	S. Domenicucci
	Emodinamica	M. Balbi
	Time-dependent*	A. Gratarola
Emergenza-Urgenza	PS	G. La Valle
	Rianimazione	C. Sani
	Time-dependent*	A. Gratarola
	Trauma	F. Lanza
	Continuità dei percorsi	P. Cremonesi
Neuroscienze	Chirurgia	G.L. Zona
	Organi di Senso	
	- Oculistica	C. Traverso
	- ORL	G. Peretti
	Malattie degenerative	Del Sette
	Time-dependent*integrata con Rete Ictus	A. Gratarola
	Psichiatria	M. Amore M. Vaggi
Oncoematologia	Ematologia e trapianto di midollo	R. Lemoli
	Oncologia	P. Pronzato
Chirurgico	Chirurgia generale e d'urgenza	F. Cafiero
	Chirurgia senologica	D. Friedman
	Ortopedia	F. Lanza
	Urologia	C. Terrone
	Ginecologia	S. Ferrero
	Chirurgia plastica e ricostruttiva	G. Perniciaro
	Chirurgia maxillo-facciale	

Obiettivo 4

Coinvolgimento attivo di MMG e PLS

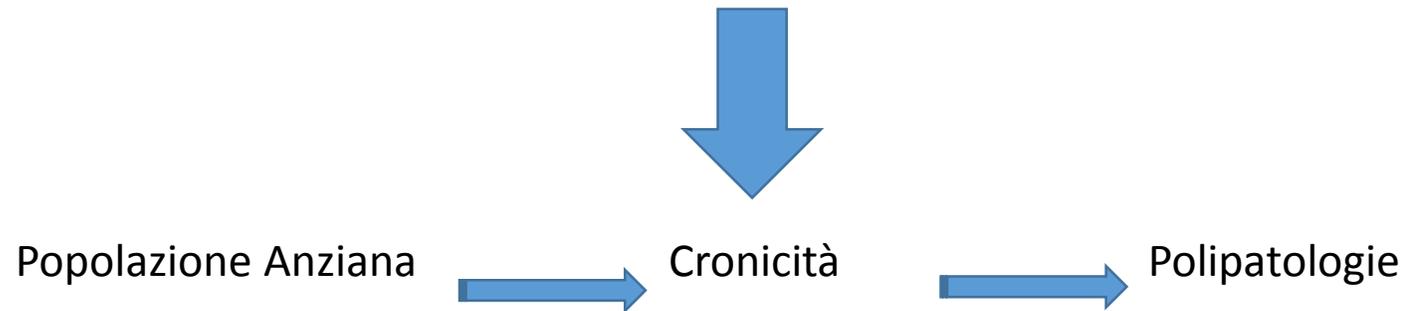
- Coinvolgimento attivo dei MMG e PLS in particolare per attività: acuti non complessi, riabilitazione non specialistica, poliambulatori, psichiatria, RSA, consultori, centri diurni e assistenza territoriale per i cronici.

Ciò consentirà il governo della territorialità da svilupparsi attraverso idonei strumenti operativi.

Indice di Vecchiaia = (Popolazione > 65 anni / Popolazione 0-14 anni) * 100

Liguria : 236,2

Italia : 147

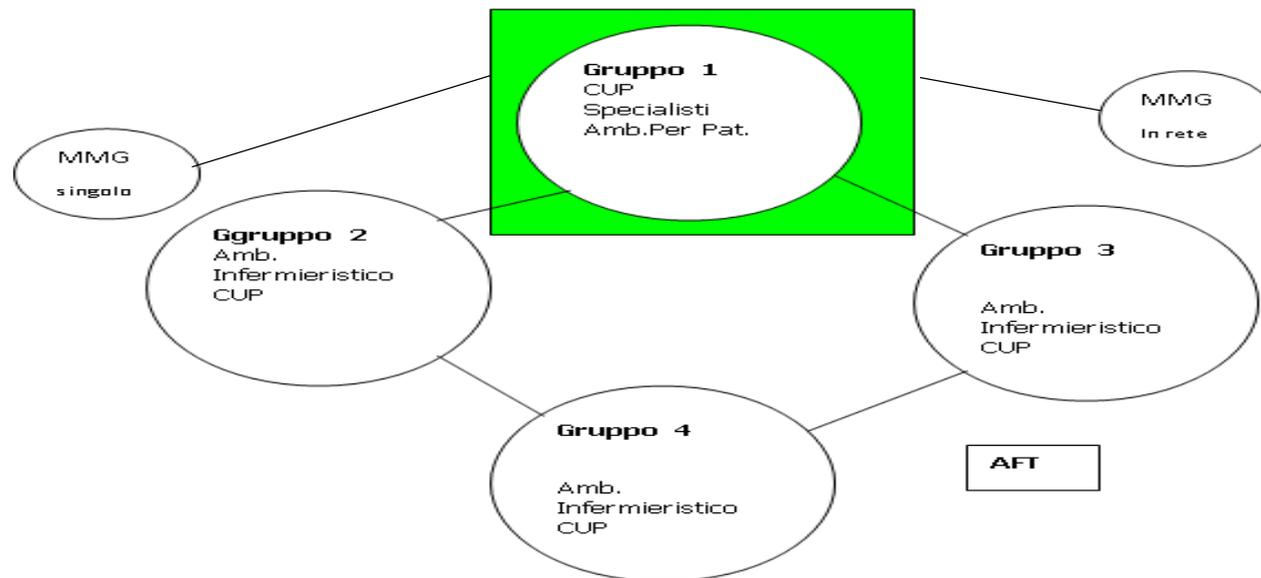


Focalizzare i bisogni del paziente attraverso la PRESA IN CARICO , adattarsi alle necessità attraverso l'applicazione del PDTA e del PAI personalizzato . Si realizza con la cooperazione del paziente (presa di coscienza/empowerment) e la sincronia degli Specialisti e dei MMG questi ultimi attraverso :

Accordo Regionale con la Medicina Generale sul
Programma di gestione delle Patologie Croniche
previste dal Piano Nazionale Cronicità

RIORGANIZZARE LA MEDICINA GENERALE CREANDO SISTEMA

Promuovere sul territorio regionale una progettualità finalizzata alla gestione delle cronicità che coinvolga **tutti** i Medici di Medicina Generale valorizzando le attuali AFT (**A**ggregazioni **F**unzionali **T**erritoriali) con l'individuazione di alcune associazioni di **Medicina di Gruppo** particolarmente organizzate, che svolgano un ruolo di appoggio nei confronti delle altre Medicine di Gruppo e/o reti e/o Medici singoli appartenenti alla stessa **AFT** giocando un ruolo da protagonista nella gestione delle CRONICITA'



Come azione dei progetti strategici :

- promozione della rete integrata per malati cronici e disabili
- promozione del territorio come sede dell'assistenza primaria e di governo dei percorsi

Finalità delle azioni di integrazione sociosanitaria sono :

- aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita
- migliorare il livello di soddisfazione
- ottimizzare l'efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga assistenza

SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

- ✓ RINFORZO ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE (DISABILI E ANZIANI) ATTRAVERSO LA **CENTRALITA' DEL PROGETTO PERSONALIZZATO**

- ✓ RIORGANIZZAZIONE DELLE MISURE A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' PER FAVORIRE L'INCLUSIONE E AMPLIARE **LA FILIERA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI**

SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (1)

FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: assegno di cura di euro 350 mensili per circa 1650 persone (anziani e disabili)

CONTRIBUTO PER LE GRAVISSIME DISABILITA': innalzamento da euro 500 ad un massimo di euro 1.200 mensili sulla base del Piano Assistenziale Individualizzato che articola il bisogno assistenziale e gli interventi da porre in atto. I beneficiari ad oggi sono 1004 per una spesa di circa 950.000 euro mensili

PROGETTI PER LA VITA INDIPENDENTE: questo intervento è stato messo a regime. E' incentrato su progetti individualizzati per persone disabili 18-64 anni articolati su necessità, non di natura meramente assistenziale, ma di sviluppo di autonomie e competenze individuali, inclusi i percorsi di inclusione lavorativa. Il contributo è per un massimo di euro 1.200 mensili per un numero di beneficiari che ad oggi è pari a 550

SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (2)

«DOPO di NOI» per persone disabili prive o carenti delle cure familiari : è stata data attuazione alla L.112/2016 – è in corso una procedura di selezione pubblica per l'erogazione di contributi per realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di civile abitazione, per gruppi – appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare nel momento in cui la famiglia non è più in grado di assisterla. Sono previsti altresì contributi per l'attivazione di progetti individualizzati di accompagnamento verso l'autonomia con programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo di competenze.

«MEGLIO A CASA» progetto dimissioni protette: è stata ampliata la progettualità e ad oggi il progetto è attivo in tutti gli ospedali della Regione Liguria. Alle persone dimesse dall'ospedale viene garantita gratuitamente con attivazione immediata l'assistenza tramite l'assistente familiare per un mese. In caso di necessità vengono congiuntamente attivate le cure domiciliari per garantire una continuità assistenziale ospedale territorio.

1. Obiettivi del piano socio sanitario integrato regionale alla luce del quadro demografico, epidemiologico e dei bisogni di salute della popolazione

1.3 La presa in carico e la continuità del percorso del paziente

◆ Percorso del paziente:

- inizia nel momento dell'accoglienza
- si declina non solo nell'individuazione della struttura ma anche del soggetto relazionale (medico tutor, infermiere di processo) che è garante del percorso e della sua continuità
- valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e conseguente articolazione di pacchetti assistenziali
- "passaggio in carico" del paziente da un *setting* all'altro: potenziamento dell'attività di pianificazione della dimissione ospedaliera e dell'interazione con i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale, favorendo *partnership* famiglia-caregiver

◆ Azioni dei sistemi informativi:

- implementazione del nuovo sistema unico di prenotazione (CUP, si veda paragrafo 1.4)
- analisi dell'impatto sanitario ed economico delle patologie croniche e dei profili di rischio dei soggetti residenti in Liguria attraverso il flusso della BDA;
- gestione operativa del *workflow* dei PDTA e dei Programmi Assistenziali Individualizzati (PAI), al fine di monitorare in tempo reale gli accessi degli assistiti, le prestazioni erogate, le prenotazioni;
- integrazione in tempo reale dei dati ottenuti attraverso i flussi informativi routinari (i.e. specialistica ambulatoriale, farmaceutica, etc.), ad esempio nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

La Regione attraverso le Aziende Sociosanitarie Liguri (ASL) promuove la tutela della salute ai sensi della presente legge.

Le Aziende Sociosanitarie Liguri sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

Le Aziende Sociosanitarie Liguri si articolano in due aree: “**area territoriale**” e “**area ospedaliera**” che afferiscono direttamente alla Direzione Generale. Le aree di cui al presente comma concorrono a realizzare e a favorire l’integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie, **tenuto conto delle peculiarità del territorio** in cui ha sede l’ASL di riferimento.

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

La rimodulazione degli attuali livelli assistenziali è caratterizzata dal rafforzamento della risposta assistenziale e territoriale con un conseguente riequilibrio delle prestazioni e delle attività ospedaliere a favore delle prestazioni di prevenzione e distrettuali nonché dell'integrazione dei percorsi assistenziali.

Tale scelta comporta la necessità di dare attuazione all'articolazione aziendale già prevista dalla Legge regionale 17/2016 in due aree, l'una "territoriale" e l'altra "ospedaliera", chiamate congiuntamente a realizzare l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio sanitarie

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

Le aziende Sociosanitarie Liguri provvedono- tenuto conto della ripartizione per materia e competenza delle due aree di cui ai commi precedenti e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta a:

a) erogare direttamente:

1. prestazioni e servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera;
4. prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3septies, comma 4, del d.lgs. 502/1992;
5. servizi di emergenza sanitaria sul territorio;

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

Le aziende Sociosanitarie Liguri provvedono- tenuto conto della ripartizione per materia e competenza delle due aeree di cui ai commi precedenti e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta a:

- b) applicare gli accordi e i contratti stipulati con i soggetti accreditati pubblici e privati ai sensi del d.lgs. 502/1992 e della l.r. 17/2016 e ;
- c) collaborare con l’Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) al monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell’offerta agli stessi, dei volumi delle prestazioni nonché degli accordi attuati;
- d) integrare la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai comuni;
- e) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- f) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite.

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

L'area ospedaliera è prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede di offerta sanitaria specialistica;

L'area territoriale realizza e favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie valutando il tessuto sociale e i bisogni nel territorio dell'ASL di riferimento in un'ottica di valorizzazione, **integrazione e collaborazione con gli Enti Locali** e, in generale, con tutti i soggetti presenti sul territorio tenuto conto delle loro competenze;

Collabora con l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) al monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi, dei volumi delle prestazioni nonché degli accordi attuati;

Integra la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai comuni

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

“Art. 22 (Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario)

Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario.

Il Direttore generale dell’Azienda Sociosanitaria nomina, oltre ai direttori amministrativo e sanitario, anche il **direttore** sociosanitario: il nuovo direttore fa parte del Collegio di direzione dell’Azienda;

Ai fini della nomina a direttore sociosanitario si stabilisce che occorre essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea ai sensi del previgente ordinamento e aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale

Riordino del Servizio Sociosanitario Regionale (ASL – Aziende Sociosanitarie Liguri)

E' previsto che al **presidio ospedaliero** possa essere preposto il direttore sanitario dell'Azienda Sociosanitaria ligure, fatta salva la possibilità di nomina da parte del direttore generale di un dirigente medico responsabile di struttura complessa;

Viene introdotto l'art. **40 bis** che disciplina in maniera compiuta le funzioni del Dipartimento interaziendale (già presenti nella L.R. 41), nell'ottica di un contenimento e una razionalizzazione dei costi;

GESTIONE PATRIMONIO EDILIZIO

OBIETTIVO

Classificare le strutture sanitarie in base alle loro:

- ✓ Caratteristiche architettoniche e strutturali
- ✓ Caratteristiche tecnologiche
- ✓ Distribuzioni funzionali

La mappatura deve tener conto della:

- ✓ Qualità del trattamento degli spazi
- ✓ Accessibilità
- ✓ Flessibilità
- ✓ Sicurezza degli ambienti di lavoro

Il nuovo ospedale del ponente genovese: la recente accelerazione

D.G.R. 384 del 19/5/2017

Programmazione del rinnovo del parco ospedaliero ligure

- ◆ Decreta «di stabilire che le valutazioni finalizzate alla fattibilità del nuovo ospedale metropolitano genovese debbano essere effettuate in via prioritaria»
- ◆ Individua il ruolo dei diversi soggetti: A.Li.Sa., ASL3, strutture regionali, Comune
- ◆ I diversi soggetti «provvederanno a redigere gli studi di fattibilità»

D.G.R. 43 del 26/1/2018

- ◆ Ravvisa l'esigenza di valutare la concreta possibilità di utilizzare strumenti di partenariato pubblico-privato, come previsti dal Codice dei contratti pubblici, Parte IV, Titolo I, artt. 180 – 191
- ◆ Considerata in tale ottica l'opportunità di disporre di una idonea analisi di fattibilità che, attraverso un'adeguata istruttoria con riferimento alla puntuale analisi della domanda e dell'offerta verifichi la sostenibilità economico finanziaria ed economico sociale dell'operazione, anche in relazione alla natura ed intensità dei diversi rischi presenti nello strumento del partenariato

Il nuovo ospedale del ponente genovese: la recente accelerazione

D.G.R. n.34 del 28/02/2018

- ◆ istituisce il Gruppo di Lavoro, diretto e coordinato dall'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.), composta da professionisti di Regione Liguria, A.S.L. 3, Università degli Studi di Genova, Comune di Genova, Finanziaria Ligure per lo Sviluppo Economico (Fi.L.S.E.), Infrastrutture Recupero Energia (I.R.E.)
- ◆ Affida il compito al gruppo di lavoro di redigere l'analisi di fattibilità relativa alla realizzazione dell'Ospedale del Ponente Genovese in località Erzelli.

Deadline: oggi, 15/6/2018

- ◆ Consegna dell'analisi di fattibilità della realizzazione dell'Ospedale del Ponente Genovese in località Erzelli.

Riconfigurazione dell'offerta nel Ponente genovese

Configurazione attuale



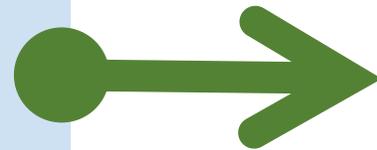
Villa Scassi (DEA I)



Micone (PPI)



Gallino (PPI)



Configurazione successiva alla riorganizzazione



Erzelli (DEA I)



San Martino (DEA II)



Villa Scassi (PPI)



Micone (PPI)



Gallino (PPI)

Potenziamento e centralizzazione attività su hub:

- ◆ Chirurgia Toracica
- ◆ Chirurgia Vascolare
- ◆ Neurologia (parz.)
- ◆ Pneumologia (parz.)

AFFIDAMENTO IN REGIME DI CONCESSIONE DELLA GESTIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE:

Ospedale S. Charles – Bordighera (ASL 1)

Ospedale S. Maria della Misericordia di Albenga (ASL 2)

Ospedale S. Giuseppe – Cairo Montenotte (ASL 2)

OGGETTO E DURATA

- GESTIONE IN REGIME DI CONCESSIONE DEI 3 PRESIDI
- EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE COMPRESSE NEI LEA NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO
- EROGAZIONE DI PRESTAZIONI – SENZA ONERI A CARICO DEL SSR – NON COMPRESSE NEI LEA
- 7 ANNI + PROROGA 5 ANNI

MODALITA' DI ESECUZIONE

- GESTIONE DELL'INTERA ATTIVITA', COMPRESSE FUNZIONI AMMINISTRATIVE, PROFESSIONALI E TECNICHE VOLTE AD ASSICURARE LA FUNZIONALITA' DI CIASCUN PRESIDIO
- IL CONCESSIONARIO DOVRA' AVVALERSI DELLE ATTIVITA' GIA' SVOLTE DALLE IMPRESE TITOLARI DI APPALTI DI SERVIZI IN ESSERE PRESSO LE AASSLL CON LE MODALITA' IN ATTO, FINO ALLA SCADENZA DEI RELATIVI CONTRATTI

APPARECCHIATURE E MANUTENZIONI

- IL CONCESSIONARIO PRENDERA' IN CARICO LE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE, GLI ARREDI, I PRESIDI PRESENTI NELLA STRUTTURA PROVVEDENDO ALLA RELATIVA MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA E, OVE NECESSARIO, ALLA RELATIVA SOSTITUZIONE
- IL CONCESSIONARIO SI FARA' CARICO DELLA MANUTENZIONE ORDINARIA A STRAORDINARIA DEGLI EDIFICI

PERSONALE DIPENDENTE ASL

- RESTA FERMO IL RAPPORTO DI IMPIEGO NEI CONFRONTI DELL'ASL
- ASSEGNAZIONE FUNZIONALE AL CONCESSIONARIO NELLA MISURA MINIMA DELL'80%
- E' DI ESCLUSIVA COMPETENZA DELL'ASL L'IDENTIFICAZIONE DELLE UNITA' DI PERSONALE DA ASSEGNARE AL CONCESSIONARIO
- IL CONCESSIONARIO SI IMPEGNA AD ASSUMERE CON RAPPORTO A TEMPO INDETERMINATO E A PARITA' DI POSIZIONE GIURIDICA ED ECONOMICA I DIPENDENTI ASL CHE NE FACCESSERO RICHIESTA

PERSONALE DIPENDENTE ASL

- E' FACOLTA' DELL'ASL REVOCARE L'ASSEGNAZIONE FUNZIONALE DEL PROPRIO DIPENDENTE AL CONCESSIONARIO OVE IL DIPENDENTE MEDESIMO POSSA ESSERE UTILMENTE COLLOCATO NELLE STRUTTURE DIRETTAMENTE GESTITE DALL'ASL
- IL PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO A RAPPORTO ESCLUSIVO PROSEGUE L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA
- I FONDI CONTRATTUALI, PROPORZIONALMENTE RIFERITI AL PERSONALE ASSEGNATO, SARANNO GESTITI DALL'ASL D'INTESA CON IL CONCESSIONARIO

MONITORAGGIO

- LE AASSLL POTRANNO PROCEDERE IN QUALSIASI MOMENTO AL MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' EROGATA DAL CONCESSIONARIO IN RIFERIMENTO A TUTTI GLI ASPETTI SANITARI, ASSISTENZIALI E GESTIONALI
- I CONTROLLI SULL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, SULLE PROCEDURE, SUI PROTOCOLLI ED ISTRUZIONI OPERATIVE ADOTTATE DAL CONCESSIONARIO SARANNO EFFETTUATI DAI N.O.C.
- I CONTROLLI SUL RISPETTO DEL CONTRATTO E DI TUTTE LE NORME IGIENICO SANITARIE E DI SICUREZZA SARANNO EFFETTUATI DA PERSONALE AUTORIZZATO DALLE AASSLL

- Modifica del sistema dei controlli con concentrazione nella macroarea e valutazione a ranking.
Creazione di una struttura di audit regionale indipendente per misurare le performance che i cittadini ottengono (modello inglese del National Audit Office).
- Disponibilità di un adeguato sistema informativo a supporto delle necessità di dati in tempo reale.

I CONTROLLI SULL'ATTIVITA DI RICOVERO

L'attività di controllo 2018 sui ricoveri del 2017 è stata effettuata in conformità al decreto 10/12/2009 che prevede che siano controllate almeno il 12,5% della cartelle cliniche/SDO:

- almeno 10% controlli random;
- almeno 2,5% controlli mirati.

I suddetti criteri sono stati implementati da Alisa nel 2018 con l'introduzione di:

- ulteriori specifici indicatori analitici per i controlli mirati;
- una quota di controlli «esterni» ovvero effettuati da NOC di altra azienda sanitaria.

I CONTROLLI SULL'ATTIVITA DI RICOVERO

Il sistema dei controlli ha le seguenti principali finalità:

- A) verifica del rispetto delle direttive regionali e nazionali in merito alla corretta codifica delle diagnosi e degli interventi;
- B) verifica della rispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto documentato in cartella clinica;
- C) verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale.

I CONTROLLI SULL'ATTIVITA DI RICOVERO

MODALITA' ORGANIZZATIVE

A) autocontrollo da parte degli erogatori:

il "Piano annuale dei controlli interni" di ogni azienda individua le tipologie di controllo che verranno messe in atto esplicitandone i criteri e le modalità;

il Piano deve inoltre tenere conto delle analisi periodiche effettuate da Alisa, rese disponibili ai NOC aziendali mediante report periodici, che evidenziano in modo mirato le aree a rischio di inappropriatazza e/o incongruenza nella rappresentazione dei ricoveri.

B) Controlli mirati selezionati da Alisa:

Mediante l'utilizzo di parametri e indicatori specifici individuati da Alisa sulla base dell'analisi progressiva dei flussi SDO.

I CONTROLLI SULL'ATTIVITA DI RICOVERO

Parametri utilizzati per i controlli mirati

PARAMETRI di cui al DM 10/12/2009:

- “valori soglia” per DRG ad alto rischio di inappropriatezza;
- volumi day hospital medici diagnostici;
- % tagli cesarei;
- quota DRG con peso medio maggiore di quello atteso (elevata tariffazione)

ULTERIORI INDICATORI correlabili a possibili fenomeni quali opportunismo nella codifica, selezione di casistica ed inappropriatezza di erogazione individuati da ALiSa sulla base dell'analisi progressiva del flusso SDO. Esempi:

- % DRG «complicati» relativi a ricoveri ordinari acuti, stratificati per disciplina, con severità e rischio morte minori;
- % DRG ad alto rischio di inappropriatezza, ordinari non urgenti con severità e rischio morte minori e durata degenza >1 giorno;
- % ricoveri «complicati» in regime day hospital stratificati per disciplina;
- % neonati patologici su totale neonati;
- % ricoveri ripetuti per la stessa MDC e per lo stesso ospedale.

I CONTROLLI SULL'ATTIVITA DI RICOVERO

Risultati del processo di controllo e misure adottate

RISULTATI: in esito ai controlli effettuati sui ricoveri relativi all'anno 2017 sono state confermate:

- il 95% delle cartelle cliniche controllate relative a ricoveri erogati dalle strutture pubbliche;
- l'87,5% delle cartelle cliniche controllate relative a ricoveri erogati dalle strutture private accreditate.

MISURE ADOTTATE sulla quota di cartelle/SDO non confermate:

- correzione codifica SDO;
- audit e/o eventi formativi rivolti specificatamente alle Strutture a carico delle quali sono stati rilevati errori di codifica che incidono sul valore del DRG.
- Le cartelle cliniche non confermate, relative a ricoveri erogati dalle strutture private accreditate, vengono sottoposte ai conseguenti abbattimenti tariffari.

- Creazione di modelli formativi per la crescita delle capacità gestionali e motivazionali dei dirigenti di I fascia (direttori distretti, direttori di presidi ospedalieri, direttori di dipartimento, ecc.) per metterli nelle condizioni di gestire al meglio le risorse assegnate e motivare il personale con modelli di *leadership* diffusa e sistemi di riconoscimento dei meriti.

Approvazione della deliberazione A.Li.Sa. n. 166 dell'01.12.2017 ad oggetto «Indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017-2019» tra i quali si segnalano:

- Corso di formazione per assicurazione della qualità e sicurezza nel management della cannabis ad uso medico (realizzato);
- Prevenzione e Rischio Corruzione (realizzato);
- Violenza intrafamiliare (realizzato corso base; in itinere corso di approfondimento);
- Piano Regionale Demenze (in itinere);
- Piano Regionale di Prevenzione (Screening mammografico) (in itinere);
- Cure Primarie e attività distrettuali (in itinere);

Attivazione partecipata dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR)

Il percorso formativo, rivolto a **Dirigenti Medici e Responsabili delle Professioni Sanitarie** appartenenti alle unità operative aziendali coinvolte nei DIAR attivati, si propone di:

- Consentire la comprensione del ruolo organizzativo assegnato ai Dipartimenti Interaziendali Regionali, conoscere il loro sistema di funzionamento e valutarne l'impatto sul sistema di erogazione dei servizi della singola azienda;
- Potenziare il possesso di quelle competenze tecnico specialistiche indispensabili per accompagnare il cambiamento in atto: Piano nazionale esiti, Balanced Scorecard, Governo clinico, Health Technology Assessment, Valutazione delle Performance;
- Supportare le Aziende nella fase di orientamento del proprio sistema di erogazione dei servizi agli obiettivi assegnati, favorendo la conoscenza e l'applicazione strumenti per la loro pianificazione, programmazione e monitoraggio

- Creazione di un sistema informativo basato sul paziente con integrazione di informazioni clinico/sociali (es. Fascicolo sanitario elettronico dinamico) con elaborazione tempestiva delle informazioni e massima fruibilità da parte del cittadino.

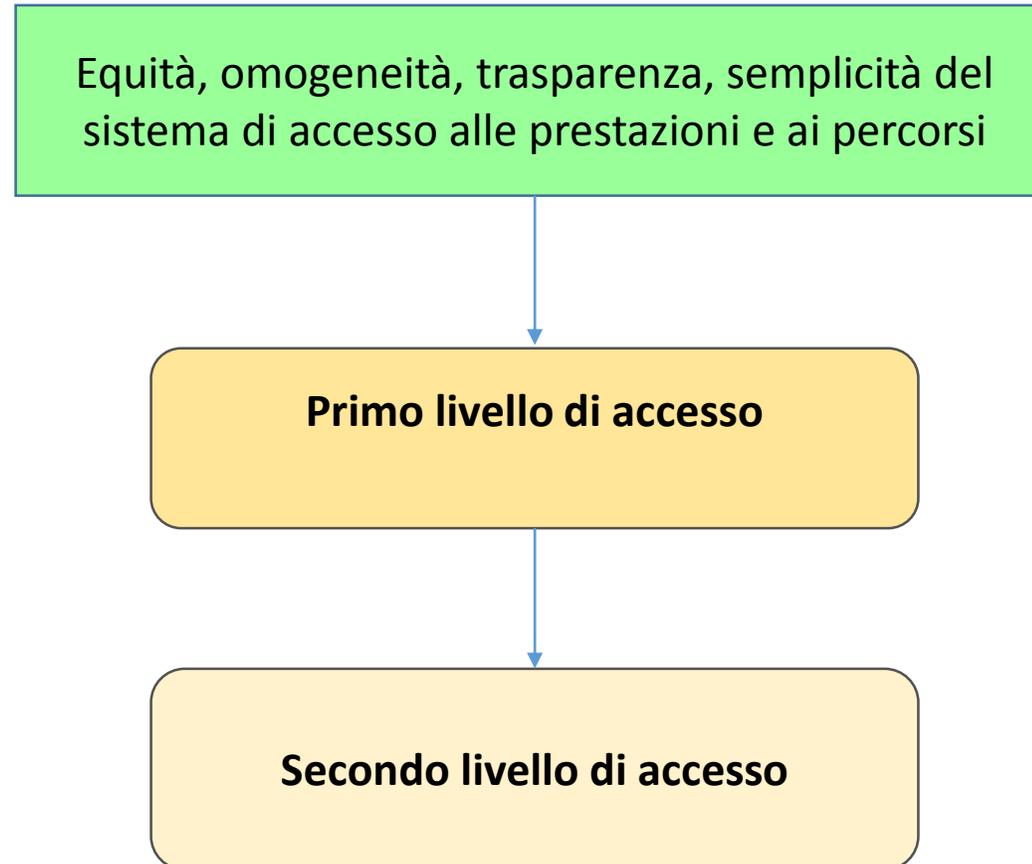
- Riorganizzazione del sistema CUP a circolarità regionale: numero verde unico , potenziamento del call center, attivazione del sistema di richiamata per la disdetta, inserimento di ASL 4 nel Sistema, progettazione del sistema di presa in carico dell'assistito.
- Potenziamento delle infrastrutture di A.Li.Sa. al servizio del Sistema Sanitario Regionale (PACS, CUP, Gestione Ambulatoriale).
- Avviamento del Sistema Informativo Sociosanitario e del portale Poliss.
- Potenziamento della Banca dati Assistito ed elaborazione della Scheda Cronicità per il Medico di Medicina Generale. Progettazione in logica Big Data dei Data Warehouse sanitari.
- Conclusione dei test sul Fascicolo Sanitario Elettronico e progetto di diffusione sul territorio ligure.

Banca Dati Assistiti (BDA)

Regione Liguria	popolaz.	importo farm tot (conv + dir)	importo ospedale	importo assistenza specialistica	importo assistenza totale	importo pro capite totale
01 - Decesso	19.541,00	12.896.543,82	112.473.939,87	5.459.103,98	130.829.587,67	6.695,13
02 - Trapianto	2.738,00	7.265.992,66	20.802.417,24	4.028.039,75	32.096.449,65	11.722,59
03 - Insufficienza renale	15.315,00	19.412.232,35	47.636.250,16	26.352.666,17	93.401.148,68	6.098,67
04 - HIV ed AIDS	3.810,00	25.364.498,57	4.938.402,26	1.597.767,23	31.900.668,06	8.372,88
05 - Neoplasia	109.390,00	87.193.278,19	155.224.916,34	37.425.194,89	279.843.389,42	2.558,22
06 - Diabete	74.740,00	50.609.237,31	59.998.349,73	16.502.665,83	127.110.252,87	1.700,70
07 - Cardiovascolopatia	264.550,00	118.988.188,21	160.281.228,09	44.372.078,48	323.641.494,78	1.223,37
08 - Broncopneumopatia	58.556,00	16.767.171,14	17.405.645,03	6.498.590,87	40.671.407,04	694,57
09 - Gastroenteropatia	33.862,00	15.404.526,66	15.375.643,15	6.523.533,62	37.303.703,43	1.101,64
10 - Neuropatia	17.253,00	15.524.375,70	11.931.173,97	2.835.661,04	30.291.210,71	1.755,71
11 - Malattia Autoimmune	11.309,00	1.809.940,12	2.742.167,86	1.661.386,99	6.213.494,97	549,43
12 - Malattia endocrina e metab.	27.985,00	6.437.292,82	6.700.080,40	3.871.936,90	17.009.310,12	607,80
13 - Malattia Rara	7.384,00	5.261.123,08	2.461.945,04	857.098,44	8.580.166,56	1.161,99
14 - Psicosi	3.049,00	865.835,02	4.987.147,21	513.494,54	6.366.476,77	2.088,05
X1 - Partoriente	7.619,00	253.350,69	17.236.305,17	2.358.102,16	19.847.758,02	2.605,03
X2 - Non Utente	310.365,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
X3 - Altro	621.243,00	35.327.659,04	98.195.409,86	56.117.568,54	189.640.637,44	305,26
Totale	1.588.709,00	419.381.245,38	738.391.021,38	216.974.889,43	1.374.747.156,19	865,32

Il percorso di prescrizione – prenotazione - erogazione

La prenotazione



CUP Liguria

Centro Unificato di Prenotazioni Sanitarie

NUMERO UNICO REGIONALE



800.098.543

GRATUITO DA FISSO E CELLULARE

da lunedì a venerdì dalle 8:00 alle 18:00 festivi esclusi

- Costituzione di un tavolo permanente per le professioni sanitarie per la valorizzazione delle singole competenze e la valutazione dei bisogni formativi e di aggiornamento al fine di adeguare costantemente l'apporto delle singole capacità ai bisogni di una risposta complessiva al cittadino-utente.
- Valorizzazione dei professionisti sanitari e socio-sanitari: infermieri, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, Tecnici di laboratorio, Fisioterapisti, tecnici di radiologia, logopedisti, psicomotricisti, assistenti sociali, ecc.. E' fondamentale il loro apporto per garantire la continuità assistenziale e declinare in modo appropriato i bisogni dei cittadini utenti (case manager, infermiere di comunità, sanità di iniziativa, ecc.)

POLITICHE DEL PERSONALE

*Deliberazione A.Li.Sa. n. 186 del 29.12.2017 ad oggetto
«Approvazione del Piano della Performance dell’Azienda Ligure Sanitaria
della Regione Liguria per il triennio 2017-2019» -
AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE:*



- Maggiore sinergia con la programmazione sanitaria e sociosanitaria del Servizio Sanitario Regionale;
- Maggiore sinergia tra il ciclo della performance e le azioni del Piano triennale anticorruzione e del Programma per la trasparenza;
- La formazione di nuove risorse che possano mantenere e gestire il ciclo della performance;
- Il rafforzamento del sistema di controllo e monitoraggio strategico degli obiettivi;
- L’interazione con i portatori di interesse esterni e interni;
- La fissazione di standard di qualità di servizi;

POLITICHE DEL PERSONALE

Nel maggio del 2016 è stato istituito un Gruppo di lavoro
A.Li.Sa./AA.SS.LL./Ospedali sanitari liguri
in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione



Rapporto preliminare sulla applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle
Aziende Sanitarie della Regione Liguria



Deliberazione A.Li.Sa. N. 77 del 06.04.2018 ad oggetto
Approvazione modulistica comune per tutte le aziende del S.S.R. ai fini dell'adempimento
delle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella
Pubblica Amministrazione e degli obblighi di pubblicazione sui Siti Istituzionali in materia
prevenzione alla corruzione,
trasparenza e accesso civico