



REGIONE LIGURIA

ASL3
GENOVESE



Conferenza dei Servizi ASL3

7 Novembre 2013
Palazzo della salute Doria

ESTRATTO DELLE RELAZIONI

Sommario

ANNI D'EMERGENZA ECONOMICO-FINANZIARIA E DI PROGETTI: MODELLI ORGANIZZATIVI IN TEMPI E LEGISLAZIONE DI CRISI (C. Bedogni, P.G. Reinaudo, I.Grossi)	3
DISTRETTI, PIANO DELLA PREVENZIONE, IMMIGRAZIONE (I. Grossi).....	10
IL CONTRIBUTO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE (M. C. Bonvento).....	13
IL PROGETTO DIAGNOSTICO DI ASL3: IL MIGLIORAMENTO DELLE ECONOMIE DI SCALA E LE NUOVE TECNOLOGIE MOTORI DELL'INNOVAZIONE (L. C.Bottaro)	17
LA SANITÀ TERRITORIALE VERSO IL FUTURO (D.Dall'Agata)	19
PASSATO, PRESENTE E FUTURO DEGLI SCREENING DI POPOLAZIONE: INTEGRAZIONE OSPEDALE/ TERRITORIO NEL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMARIO (N. Gandolfo, I. Valle).....	22
PERCORSI DI MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA: OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE E SERVIZI ALL'UTENZA (S. Nobile, A. Coccini)	31
IL RUOLO DEL COLLEGIO DI DIREZIONE NEL GOVERNO DELL'AZIENDA SANITARIA (M.P. Parodi)	36
IL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE DI ASSISTENZA (B. Rebagliati)	37
VACCINARSI (V. Turello)	45
IL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE TRA CONTINUITÀ ED INNOVAZIONE (M. Vaggi).....	47
LA FUNZIONE DEL VOLONTARIATO SOPRATTUTTO IN TEMPI DI CRISI (L. Vinci Barbieri)	49

ANNI D'EMERGENZA ECONOMICO-FINANZIARIA E DI PROGETTI: MODELLI ORGANIZZATIVI IN TEMPI E LEGISLAZIONE DI CRISI

Corrado Bedogni, Direttore Generale ASL3

Piero Giuseppe Reinaudo, Direttore Amministrativo ASL3

Ida Grossi, Direttore Sanitario ASL3

IL CONTESTO NORMATIVO

E' assolutamente evidente il forte condizionamento determinato dalle incertezze economiche politiche e normative sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Certamente i primi due elementi influenzano anche il terzo: ad oggi – novembre – manca il riparto del Fondo sanitario nazionale 2013, da cui deriva la certezza delle risorse disponibili per l'esercizio in corso, con un effetto a cascata sia sugli aspetti contabili-formali che sulla programmazione dell'Azienda..

Quanto all'aspetto istituzionale non è pervenuto a conclusione il cammino per la definizione del "Patto per la Salute 2013-2015" tra Stato e Regioni, accordo che avrebbe, tra gli scopi prioritari, quello di garantire la **sostenibilità** del sistema sanitario e, in linea generale, di definire regole e linee di azione a livello nazionale.

Resta, oggi, come riferimento, una legislazione di "emergenza permanente" ispirata quasi esclusivamente al bisogno di contenimento della spesa, spesso sistematica e di difficile applicazione, comunque **non in condizione di disegnare un profilo univoco e coerente del servizio sanitario nazionale**.

Come si è detto, l'unica linea interpretativa che si staglia con chiarezza è quella del contenimento dei costi.

Per il vero un tentativo di "riforma" del sistema, più o meno organica, è stata operata con la cd. Legge Balduzzi (l. 189/2012): ad un anno dall'approvazione non è certo ancora possibile un bilancio ma sicuramente alcune partite, quali quelle del riordino dell'assistenza territoriale e dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria richiederanno un forte impegno nei prossimi tempi.

IL CONTESTO MACROECONOMICO

La dotazione per il 2012 del Fondo Servizio Sanitario Nazionale è stata ridotta dalla Legge 135/12 da 108.78 miliardi a **107.96 miliardi**, di cui 105.06 per il finanziamento dei LEA, da ripartire tra le 20 regioni italiane. La delibera del Cipe è stata pubblicata il **26 aprile 2013** sulla Gazzetta Ufficiale.

Oggi, novembre 2013, sembrerebbe che non verranno operati tagli sulla dotazione del Fondo sanitario nazionale 2013.

D'altronde la preoccupazione del legislatore è ben visibile nei testi normativi dove oramai si ripete come una **filastrocca**, per ogni nuova iniziativa, che deve "essere svolta ad "invarianza di costi per la finanza pubblica".

L'AZIENDA DAL 2011 AL 2013: PROFILI ISTITUZIONALI E A AMMINISTRATIVI DAL 2011 AL 2013

Sicuramente l'ASL 3 odierna non è più quella del 2011.

E' stato dato corso ad una importante ristrutturazione aziendale, anche sulla scorta delle direttive regionali, che ha portato alla riduzione da n. 94 strutture complesse a **n. 54 strutture complesse** dell'area sanitaria e da n. 24 a **n. 12 strutture complesse** dell'area amministrativa.

Ne è derivato un disegno delle funzioni Aziendali più equilibrato e meno ridondante che ha trovato collocazione nell'atto aziendale approvato dalla Giunta Regionale nel giugno del 2012: si pensi alla unificazione delle 4 strutture complesse di chirurgia o alla **riduzione a due** delle sei strutture complesse del servizio tecnico.

Nello stesso tempo si è provveduto alla revisione delle strutture semplici aziendali, ormai terminato, al fine di adeguarle al nuovo assetto organizzativo delle strutture complesse e alla ridefinizione delle posizioni organizzative del personale di Comparto.

Con queste operazioni si è, di fatto, stabilizzato il processo di aggiornamento dell'organigramma dell'ASL 3 Genovese.

SITUAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

La buona salute economica dell'Azienda è comprovata da una costante e controllata riduzione dei costi a partire dal 2011, a fronte di una sostanziale tenuta delle prestazioni erogate.

Con ciò si è riusciti a rispettare i tetti di spesa assegnati dalla Regione Liguria e a perseguire il pareggio di bilancio.

Quanto sopra è comprovato anche dalla regolarità dei pagamenti a favore dei fornitori aziendali.

IL PERSONALE

L'avvicendamento delle normative pensionistiche – fattore prevalente per quanto riguarda i flussi in uscita del personale dipendente - ha determinato flussi piuttosto irregolari nella cessazione del personale: a fronte di **n. 204 cessazioni nel corso dell'anno 2011** (che non tengono conto della mobilità di 327 dipendenti verso l'Ospedale Evangelico di Voltri) e di **n. 200 cessazioni nell'anno 2012**, per il 2013 è prevista la cessazione, prevalentemente per pensionamento, di **n. 63** Colleghe e Colleghi.

In forza delle disposizioni in tema di disciplina del *turn-over*, gli ingressi sono molto ridimensionati rispetto alle cessazioni: di fatto il personale dipendente è passato da 5.898 teste al 31 dicembre 2010 a meno di 5.000 teste al 31 dicembre 2013.

Questo limitato turn-over incide anche per altri effetti comuni al settore pubblico, ma particolarmente impattanti nell'ambito sanitario: l'età media dei dipendenti dell'Azienda ormai progredisce quasi alla pari al trascorrere degli anni.

E' evidente, infatti, che sostituzioni di personale nell'ordine del 1% o 2% annuo non possono statisticamente aggredire la marcia verso gli "anta" di gran parte della popolazione lavorativa.

Questo induce a riflettere sulla sostenibilità "umana", ancor prima che "economica" della nostra Azienda e del S.S.N. in generale in termini di energie, di trasmissione delle competenze, di clima di lavoro e, quindi, anche di efficienza complessiva.

Questo tema sarà affrontato nel seguito.

Il costo del personale per l'anno 2012 ha rappresentato per l'Azienda una delle principali risorse utilizzate e quindi una voce di bilancio particolarmente significativa; l'accennata riduzione di personale, ha determinato una significativa riduzione dei costi per tale voce.

Tale riduzione è stata resa possibile anche dalla manovra attuata nell'area ospedaliera che si riassume in queste azioni:

- **Riconversione, a far data dal 25/10/2012, dei posti letto della S.S. di Cardiologia Gallino** in posti letto di Medicina Riabilitativa e contestuale attivazione di una piastra ambulatoriale cardiologica di secondo livello.
- **Soppressione dei ricoveri ordinari** in regime di elezione e dei ricoveri in regime di urgenza/emergenza con l'attivazione dei soli ricoveri in regime di Day/One /Week Surgery (sette ppll one/week surgery e sette ppll day surgery) presso la S.C. di Chirurgia Ospedale Gallino.
- **Conversione, in data 25.10.2012, del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Sestri Ponente in Punto di Primo Intervento** con conseguente riduzione del personale medico e infermieristico.
- **Ridisegno dell'intera area di Chirurgia Generale aziendale** con la chiusura delle seguenti Strutture Complesse:
 - Chirurgia Generale DEA (ppll 12)
 - Chirurgia Generale ad indirizzo colon proctologico (ppll 10)
 - Chirurgia Generale e Week Surgery (ppll 7)
 - Chirurgia Generale (ppll 11) con Sede all'Ospedale Gallino e la contestuale apertura della Struttura Complessa di Chirurgia Generale POU (ppll 29).
- **attivazione di Centro Unificato di preparazione antiblastici**
- **riduzione dei posti letto di degenza e di DH** e contestuale attivazione del regime di Day Service Ambulatoriale di natura diagnostica e di natura terapeutica.

Tali manovre hanno consentito di non sostituire il personale cessato e di utilizzare il personale operante nei settori interessati in aree con carenza di personale, non procedendo pertanto all'assunzione di nuovo personale.

FARMACEUTICA

I costi per l'assistenza farmaceutica convenzionata nell'anno 2012 hanno avuto una riduzione pari al 15,58% rispetto all'anno 2011, **con un risparmio di oltre 21 milioni di euro**; tale riduzione è dovuta principalmente alle azioni messe in atto dall'Azienda in tema di sensibilizzazione sull'utilizzo dei farmaci generici, di rafforzamento dell'attività di monitoraggio e di controllo sull'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, di incremento della distribuzione diretta.

Quanto al 2013 si prospetta un **risparmio aggiuntivo di oltre 5 milioni di euro**.

Purtroppo, occorre anche dire che parte del risparmio potrebbe derivare da un minor consumo di farmaci per le difficili condizioni economiche di molti assistiti.

RESIDENZIALITÀ

La riduzione del costo di **5 milioni di euro rispetto all'anno 2011** è dovuta all'applicazione della D.G.R. n. 226 del 28/02/2012 ad oggetto "Preso d'atto dell'accordo tra Regione Liguria ed enti gestori di strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere sottoscritto in data 20 febbraio 2012" che ha conseguito l'obiettivo di risparmio del 5% della spesa con riferimento all'analisi di spesa dell'anno 2011, effettuata per le strutture a convenzione, mantenendo l'attuale impianto tariffario, ex DGR 862/2011.

BENI E SERVIZI

Diverse disposizioni normative facenti parte della cd. "spending review" hanno imposto la rinegoziazione dei contratti di fornitura di beni e servizi, imponendo una riduzione delle prestazioni e dei corrispettivi pari prima al 5% (2012) e poi del 10% (2013) fino a termine del contratto.

Ovviamente l'imposizione unilaterale della riduzione è stato un problema particolarmente complesso per il contesto sanitario, vuoi per la incomprimibilità della fornitura di alcuni beni e servizi, soprattutto di carattere medico.

Ciò nonostante, la comparazione dei costi per la fornitura di servizi negli anni 2011 e 2012 certifica il raggiungimento, per il periodo di vigenza delle disposizioni, dell'obiettivo posto, insieme anche ad una notevole riduzione dei costi per i beni.

SERVIZI APPALTATI

I servizi appaltati comprendono tutti i costi sostenuti per i servizi che non possono essere svolti direttamente dal personale e con le strutture dell'Azienda (lavanderia, pulizia, mensa, smaltimento rifiuti speciali, servizio trasporti, giardinaggio) per alcuni di questi si sono verificati degli aumenti in particolare per le lavanderie e per le pulizie e lo smaltimento rifiuti.

Il sensibile decremento dei costi, rispetto all'esercizio 2011, è dovuto principalmente all'applicazione delle Disposizioni per la revisione della spesa pubblica (D.L. 95 del 6/7/2012, convertito in legge 135/2012), c.d. "Spending review".

Per i servizi appaltati, in particolare, la riduzione degli importi è stata raggiunta attraverso la razionalizzazione delle prestazioni, ovvero dei servizi resi da parte delle ditte, nonché tramite la revisione dei prezzi di alcuni contratti in essere, avvenuta a seguito di rinegoziazione con gli operatori economici.

ALTRI COSTI SANITARI

In quest'area la riduzione della spesa più significativa si è registrata per l'**assistenza integrativa** ed è stata ottenuta tramite la **distribuzione diretta dei presidi**; inoltre una leggera diminuzione si è registrata anche nella spesa protesica dove peraltro i margini di miglioramento rispetto al 2011 erano quasi nulli in quanto il 2011 è stato un anno di forte riduzione della stessa.

PUBBLICHE ASSISTENZE

In questa voce sono compresi i costi derivanti dalle convenzioni con le Pubbliche Assistenze per il trasporto di utenti (trasporti ordinari, dializzati ed ospedalieri), di organi e per i servizi di emergenza di cui alle DD.GG.RR. n. 1446 del 20/11/2003, n. 440, n. 441 del 26/4/2007 e n. 283 del 9/2/2010.

La riduzione dei costi si è potuta realizzare soprattutto a fronte della Delibera della Giunta Regione Liguria n. 583 del 18/05/2012 con cui si è introdotto il vincolo della non deambulabilità assoluta in materia di organizzazione dei trasporti sanitari secondari o programmati.

INFRASTRUTTURE

Qualificano questi anni la conclusione di alcune importanti opere appaltate dalle precedenti Amministrazioni: il padiglione "Lionello Ferrando" all'interno dell'Ospedale Villa Scassi; due nuovi padiglioni dedicati alle attività di salute mentale nel compendio di Prato Zanino di Cogoleto.

Intanto, dopo un laborioso confronto con le istituzioni, in primis Regione e Comune, e le associazioni e organizzazioni cittadine, sembrano definirsi i percorsi per la riorganizzazione del Presidio di Quarto.

In settimana si è dato luogo all'aggiudicazione provvisoria dei lavori per la costruzione della Piastra ambulatoriale "ex Martinez" di Pegli.

IL CONTENZIOSO

Merita menzionare la diminuzione importante del contenzioso, che si ha l'ambizione di motivare, almeno in parte, con la definizione dell'assetto organizzativo e l'adozione di numerosi provvedimenti d'ordine in materia di gestione del personale.

Le controversie di rito lavoro – che costituiscono la gran parte del contenzioso aziendale - sono **poco meno che dimezzate nel corso del 2013: ad oggi sono 36 a fronte di una media di 62 riferibile al triennio precedente.**

Quanto al contenzioso in materia di appalti pubblici, altra materia molto sensibile in tempi di ristrettezza di risorse economiche e finanziarie – e tralasciando le vertenze sorte antecedentemente l'anno 2011 – non vi sono allo stato situazioni conflittuali di grande rilievo che coinvolgano l'operato dell'Azienda.

PROSPETTIVE

Il 2013 dovrebbe essere, il condizionale è d'obbligo, il primo anno a “zero tagli” per la sanità pubblica.

Intanto si annuncia – entro fine anno – la ripresa del confronto per il nuovo “Patto per la salute” tra Governo e Regione, tanto carico di ambiziosi contenuti da rappresentare quasi una riforma quater del servizio sanitario pubblico.

I temi:

- **Costi standard;**

Dovrebbe essere avviato il meccanismo di definizione dei costi standard.

Che saranno determinati sulla base dei risultati ottenuti dalla tre Regioni di riferimento, che saranno scelte : tra quelle con i conti in regola: equilibrio di bilancio, nessun cartellino rosso dal Governo sotto forma di piano di rientro dal debito, garanzia di aver rispettato l'erogazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza) ai propri cittadini. Ma non basta: conteranno i costi per i ricoveri, la spesa per l'assistenza specialistica e diagnostica, per la medicina generale e per quella farmaceutica.

Un'ultima proposta andrebbe oltre: si vorrebbe infatti individuare quali “**Regioni di riferimento**” tutte le Regioni che non sono in piano di rientro, che superano l'esame del Tavolo di verifica e che rispondano a una serie di indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza determinati per ciascuna macroarea attraverso un Dpcm, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni.

- Revisione della rete ospedaliera e piccoli ospedali;
- Assistenza territoriale e cure h 24;
- Nuovi livelli di assistenza;
- **Gare centralizzate;**

Su questa materia occorre dire che la Regione Liguria sta implementando la gestione delle gare unificate da parte della Centrale regionale acquisti.

L'Azienda, allo scopo di potenziare la fondamentale funzione, ha disposto il trasferimento volontario di alcune unità di personale verso la Centrale.

Quanto alle gare gestite per ASL 3, vale la pena ricordare quella per la “fornitura per la realizzazione, manutenzione e conduzione del sistema informativo del Dipartimento Interaziendale di Patologia Clinica della ASL 3 Genovese e la fornitura dei sistemi diagnostici per i laboratori analisi”.

Il nuovo sistema informativo dei laboratori sta entrando in funzione in questi giorni, grazie al lavoro dei Colleghi del Dipartimento e dei partner Noemalife e Datasiel,

Sono stati aggiudicati anche i restanti lotti relativi ai sistemi diagnostici.

La procedura in questione determinerà un significativo aggiornamento tecnologico delle strutture del Dipartimento unitamente a un importante risparmio di risorse che illustrerà meglio il Direttore del Dipartimento Luigi Bottaro.

- **Gestione del personale**

L'invecchiamento del personale è certamente uno dei fattori maggiormente condizionanti, in prospettiva, il funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Finora il problema è stato oggetto di alcune analisi ma non ha trovato risposte a livello istituzionale.

L'età media del personale in servizio presso l'ASL 3 Genovese è di **50,07 anni**, un'età che, nel settore privato, definisce il lavoratore anziano.

L'invecchiamento tendenziale annuo è di oltre **7 mesi**, derivante dalla combinazione delle infauste regole del turn-over – e quindi dai pochissimi ingressi di personale – con le recenti modifiche dei requisiti per l'accesso alla pensione – e quindi dalla permanenza “obbligata” in servizio di personale “anziano”.

La convinzione è che un tale assetto normativo possa determinare nel breve medio e lungo periodo, per il servizio sanitario nazionale, e per l'ASL 3 Genovese in particolare, conseguenze negative maggiori dei benefici.

Pur vero, infatti, che la situazione politica economica e finanziaria del Paese non sembra lasciare spazio a modifiche ragionate di sistema, vi è da dire che il primo effetto della pluriennale politica di contenimento delle assunzioni sta nello sbarrare l'ingresso di giovani qualificati nel sistema, dando luogo ad una sperequazione generazionale che di fatto esclude intere categorie di professionisti dall'accesso al lavoro pubblico.

Esemplare, a suo modo, la vicenda della programmazione del fabbisogno di personale infermieristico, laddove si è passato da concorsi deserti alla pratica impossibilità di bandire i concorsi davanti alla potenziale platea di candidati.

I dati, è proprio il caso di dirlo, parlano da soli.

I dipendenti di **età anagrafica inferiore ai 35 anni sono n. 90 su complessivi n. 4.998**, pari all' 1,80% della forza lavoro.

I dipendenti di **età anagrafica superiore ai 55 anni**, e, quindi tendenzialmente nella fase conclusiva del proprio impegno lavorativo **sono 1.547**, pari al 30,95% della forza lavoro.

L'assenza di energie giovani all'interno dell'Azienda comporta evidenti difficoltà in termini di ricambio del personale nelle attività più faticose, logoranti, e a rischio per la salute dei dipendenti.

Ne è prova l'elevato numero di personale con limitazioni

Anche vista in prospettiva la situazione non è incoraggiante, tenuto conto che l'età per il pensionamento prevista, a regime, dalle riforme pensionistiche, non potrà che innalzare ancora l'età media del personale.

Non ultimo va rilevato il fatto che la concentrazione del personale su alcune classi di età potrà comportare inevitabilmente un esodo massiccio di personale in arco di tempo molto limitato con grandi rischi di mancata trasmissione e, quindi, di dispersione, delle competenze, dell'esperienza e della memoria Aziendale.

E' questione, questa, che non può più essere ignorata in sede legislativa e programmatica senza mettere a rischio la stessa esistenza del servizio.

E' mia ferma convinzione, infatti, che a prescindere dalla bulimia riformatrice del legislatore e dai vari modelli organizzativi adottati solo il valore delle persone possa qualificare e far funzionare il servizio sanitario.

Ne abbiamo prova tutti i giorni, nel bene e nel male.

Sotto un profilo sociologico sono rivelatori anche i numeri relativi alla fruizione dei permessi connessi alla legge 104/1992: da una analisi pur superficiale è indubbio che il nostro Collega tipo, di solito 50enne, oltre a prestare la propria attività in uno dei più delicati tra i settori dell'impiego pubblico, deve occuparsi dei familiari o di sé medesimo in funzione di caregiver o di assistente alla persona.

Cosa fare in questo contesto?

Occorre senz'altro, con gli strumenti a disposizione, intervenire sull'organizzazione del lavoro, cercando di limitare, per quanto possibile, i maggiori fattori di disagio lavorativo o, almeno, per distribuire i compiti più onerosi nel modo più equo possibile.

Nell'ambito sanitario assistiamo a percorsi di carriera svolti interamente in strutture ospedaliere ad alta intensità di cura - e in taluni casi la professionalizzazione necessaria rende il fatto quasi inevitabile - che si contrappongono ad iter lavorativi meno impegnativi.

E' chiaro che uno strumento che dovrà essere utilizzato è senz'altro quello di una maggiore personalizzazione dei percorsi lavorativi, perlomeno laddove si riuscirà a prescindere dalla tradizionale supremazia dei criteri anzianità - esigenze personali.

Si è adottato, in questa direzione, un regolamento per il part-time finalizzato anche a garantire le aspettative del personale di continuità e stabilità del rapporto ed è in corso un approfondito confronto con le Organizzazioni Sindacali al fine di gestire al meglio l'istituto della mobilità interna volontaria.

Nello specifico, rilevato che la causa maggiore di inidoneità, a livello nazionale, sono i disturbi muscolo-scheletrici, occorrerà potenziare da un lato il tema della formazione/informazione specifica sulle criticità della movimentazione dei carichi, e, dall'altro, investire negli strumenti di ausilio all'attività.

Certamente occorre migliorare ancora la sensibilità collettiva in sede di applicazione delle normative in materia di igiene e sicurezza del lavoro, mentre sono stati effettuati diversi interventi tesi al miglioramento degli ambienti di lavoro.

DISTRETTI, PREVENZIONE, IMMIGRAZIONE

Ida Grossi
Direttore Sanitario ASL3

LA VISIONE DISTRETTUALE IN ASL 3

Il Distretto sta emergendo come:

•luogo di prevenzione e medicina proattiva, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model e attività fisica adattata);

- luogo di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente;
- luogo in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio;
- luogo di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;
- luogo dove l'integrazione diviene sempre più strutturale e fisica;
- luogo riconoscibile e di ricomposizione di una rete di servizi sempre più articolata.

Ambulatorio Geriatrico di Comunità A.G.C.

L'ambulatorio è il riferimento del medico di medicina generale nel distretto per l'assistenza di pazienti cronici in fase di gestione complessa, finalizzata alla prevenzione del ricovero ed appoggio strumentale e diagnostico (facilitazione dell'accesso). E' rivolto agli assistiti affetti da ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza renale, bronco pneumopatia e comorbidità.

L'ambulatorio fornisce:

- a) Consulenza clinica
- b) Controllo aderenza alle terapie
- c) Programma educativo paziente e care giver
- d) Monitoraggio pazienti ad elevato rischio ospedalizzazione
- e) Prestazionale infermieristico, esami diagnostici

Chi si prenota

Assistiti affetti da una o più malattie croniche in stadio avanzato

In grado di recarsi a visita ambulatoriale

Come si prenota:

Ricetta rossa prenotata a CUP con dizione: Visita geriatrica/ internistica A.G.C. & diagnosi

Chi può prenotare:

1. Medico di famiglia
2. Divisione di Medicina in dimissione
3. OBI in dimissione

L'ambulatorio provvede:

- triage e stratificazione del rischio

- relazione clinica al medico di famiglia, inclusiva del percorso suggerito
- schema terapeutico concordato con il paziente e consegnato in cartaceo al care giver
- eventuale nuovo accesso con esami ematici di controllo, esami strumentali prenotati da ambulatorio ADC
- organizzazione incontri educazionali a gestione infermieristica cui vengono invitati i pazienti

IL PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE

Per la definizione della strategia aziendale di cui il Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) 2013-2015 è espressione è stato istituito un Gruppo di lavoro direzionale, coordinato dal Direttore Sanitario e composto dai Responsabili di tutte le Strutture aziendali interessate. Per la definizione di obiettivi e progetti specifici sono stati costituiti Tavoli di lavoro tematici che hanno visto un'ampia partecipazione di operatori appartenenti ai diversi Dipartimenti e Strutture aziendali.

Il coordinamento del lavoro di questi tavoli è stato affidato alla Struttura Semplice di Epidemiologia, in quanto l'attività di programmazione deve basarsi sulla conoscenza dei dati relativi alla salute della popolazione. La stessa Struttura si è occupata dell'integrazione dei contributi di tutte le Strutture aziendali e della redazione del documento relativo al Piano. Per il triennio 2013-2015 gli obiettivi del PAP costituiscono un riferimento per gli obiettivi di budget di tutti i Dipartimenti e Servizi nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Sulla base delle evidenze epidemiologiche e di performance disponibili sono state individuate le seguenti aree prioritarie di intervento nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

- salute riproduttiva e del sostegno alla genitorialità
- prevenzione delle malattie croniche, con speciale riferimento ai corretti stili di vita, agli screening oncologici e alla prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata
- prevenzione delle malattie trasmissibili
- sicurezza alimentare e della sanità animale
- prevenzione dei rischi in ambienti di vita
- prevenzione degli incidenti stradali e domestici
- prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

Ogni area, nel perseguire i propri obiettivi specifici, può trovare momenti di integrazione e di sinergia con le altre in una strategia complessiva volta al contenimento delle cronicità

Attività pianificate

- **Monitoraggio** continuo dello stato di salute: sistemi di sorveglianza sugli stili di vita
- Progettazione partecipata con ampia **collaborazione interdisciplinare** che coinvolge il POU, i Dipartimenti territoriali, i Distretti, i professionisti convenzionati (MMG e PLS), le organizzazioni professionali
- Integrazione del Piano attraverso la **condivisione con la comunità** e i portatori di interesse e la stesura partecipata di Piani per la salute: programmi Guadagnare salute e La salute in tutte le politiche

L'ATTENZIONE DI ASL3 VERSO GLI IMMIGRATI

L'impegno di ASL3 verso la popolazione immigrata è testimoniato dalla realizzazione nel corso degli ultimi anni di servizi dedicati.

Nel 2010 è stato aperto il primo sportello multilingue dell'Azienda presso l'URP del centro città.

Nel 2012 ne sono seguiti altri due: presso l'ambulatorio del Ghetto e il Pronto Soccorso di Villa Scassi.

Presso l'URP lo sportello è aperto 10 ore alla settimana, al Ghetto 5 e al Villa Scassi 10.

All'URP, essendo collocato in pieno centro città, si rivolgono casi di richiesta informazioni che vanno generalmente semplicemente instradati all'ufficio corretto.

Il Ghetto, grazie alla sinergia con il Comune di Genova e alle Associazioni Afet Aquilone e Mater Dominae, prende in carico casi più complessi dal punto di vista socio-assistenziale. La struttura offre uno spazio accogliente anche per potersi lavare, avere l'assistenza di un legale e, grazie all'intervento di ASL3, avvalersi della consulenza sanitaria, del mediatore culturale e poter ottenere l'STP o l'ENI. In particolare i medici messi a disposizione un giorno a settimana sono infettivologi, psicologi e psichiatri, oltre ad un educatore professionale e un mediatore di lingua araba. Inoltre l'Azienda provvede a parte della fornitura dei farmaci necessari e allo smaltimento dei rifiuti di origine sanitaria. I contatti dal 2012 al 2013 sono pressoché raddoppiati e appartengono a tutte le nazionalità, non soltanto più quelle tipiche magrebine residenti nel centro storico.

Il punto di sportello multilingue realizzato al Pronto Soccorso del Villa Scassi fornisce accoglienza alla considerevole utenza sudamericana che li affersce. L'attività consiste nella mediazione culturale e linguistica in spagnolo e frequentemente nell'instradamento ai servizi dell'ospedale.

IL CONTRIBUTO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

Maura Catia Bonvento
Direttore S.C. Professioni sanitarie ASL3

Il sistema Salute del Paese, ad oggi, si configura come una organizzazione complessa in cui è sempre più necessario ottimizzare e integrare processi e percorsi clinico assistenziali basati su modelli organizzativi avanzati e fondati sulla consapevole interazione delle diverse competenze professionali.

L'offerta delle prestazioni nelle strutture è cambiata e richiede cooperazione, lavoro di squadra, capacità di definire progetti di cura e di assistenza correlati e multiprofessionali e condivisione di saperi, competenze e responsabilità.

La normativa sanitaria ha posto l'esigenza di definire ambiti di autonomia e responsabilità delle Professioni Sanitarie recependo l'importanza del loro contributo alla soluzione dei problemi di salute dei cittadini mediante il coinvolgimento attivo del cliente/utente ed alla sua progressiva responsabilizzazione.

Nei dettami della Regione Liguria si legge che "si riconosce e promuove l'autonomia professionale, la valorizzazione e la responsabilità delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000....presso le Aziende Sanitarie devono essere istituite strutture organizzative per la direzione e gestione delle professioni sanitarie".

La delimitazione della struttura organizzativa dei professionisti dell'area infermieristica ed ostetrica, tecnica e riabilitativa e degli operatori che li coadiuvano nei processi di assistenza diretta alla persona, l'individuazione di modelli organizzativi per l'assistenza alla persona e lo sviluppo dei percorsi di valorizzazione delle prestazioni e delle competenze dei professionisti, è quindi punto focale per il miglioramento continuo che si deve perseguire.

E' pertanto di grande utilità sperimentare e diffondere esempi di buona organizzazione, di efficace governo clinico assistenziale, di integrazione multi professionale e di percorsi formativi basati sulla ricerca, sulle evidenze scientifiche e orientati al mantenimento e all'approfondimento delle competenze professionali.

Possiamo, così, assicurare la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-organizzativa delle attività assistenziali erogate alla persona e alla comunità nell'ambito della prevenzione, della cura, della riabilitazione e palliazione, attraverso quelle funzioni proprie e responsabilità attribuite a ciascuna area, nel rispetto dei profili delineati dalla norma per le professioni sanitarie ad essa afferenti.

La SC comprende tutte le Professioni sanitarie (Infermiere, Infermiere Pediatrico/Vigilatrice d'infanzia, Ostetrica, Tecnico di laboratorio, Tecnico sanitario di radiologia medica, Fisioterapisti, Logopedisti, Ortottisti, Dietisti, Tecnico di neuro fisiopatologia, Assistenti sanitarie, Tecnici della prevenzione, Tecnici di Neurofisiopatologia, Educatori professionale, Tecnici della riabilitazione psichiatrica), gli Operatori socio sanitari, gli operatori ausiliari.

La rappresentazione professionale in ASL 3 è evidenziata nel seguente grafico, 2863 operatori, 18 figure professionali, con una età media che supera i 48 anni (48,3):

La SC partecipa alla definizione degli obiettivi e alla loro realizzazione condividendo e promuovendo la Mission e la Vision Aziendale. Partecipa allo sviluppo organizzativo e professionale in sinergia con le altre Direzioni Aziendali ed ha l'obiettivo di promuovere e sviluppare il miglioramento continuo dei processi organizzativo-assistenziali favorendo la valorizzazione e l'integrazione delle risorse umane mediante le seguenti finalità:

- Promuovere l'erogazione di una assistenza Infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnico sanitaria in risposta ai bisogni dell'utenza di riferimento, attraverso un razionale utilizzo delle risorse assegnate.
- Implementare le capacità di risposta alla luce dell'innovazione scientifica e tecnologica, anche sulla base di progetti di ricerca propri.
- Sviluppare modelli di competenza per ogni famiglia professionale afferente alla Struttura.
- Migliorare i livelli di attività con l'utilizzo integrato dei sistemi documentali, favorendo l'interscambio delle risorse esistenti nelle diverse strutture, nella logica dello sviluppo delle competenze.
- Promuovere la gestione-organizzazione del processo di sviluppo di carriera del personale assegnato.
- Garantire coerenti politiche di addestramento e formazione in relazione a quanto stabilito dall'Azienda.

- Favorire lo sviluppo sinergico dell'apprendimento organizzativo e individuale.
- Presidiare i valori di riferimento dell'azienda.
- Incrementare il valore individuale.

Ha inoltre la responsabilità del governo clinico assistenziale complessivo, relativamente ai processi di assistenza legati alle professioni sanitarie, alle attività di supporto e a quelle domestico-alberghiere in un sistema integrato di cure.

Con l'entrata in vigore della Legge n. 42 del 26.2.1999 e n. 251 del 10.8.2000, l'attività infermieristica e quella di tsrm e fkt ha avuto finalmente un suo pieno riconoscimento sul piano giuridico e formale e si è fatta altresì chiarezza sul ruolo di tali professionisti e sulla loro autonomia, riconoscendone la validità sul piano normativo e sociale. La Legge n. 42/99 - "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" - in particolare ha abolito sia il precedente D.P.R. 225/74 che delineava le attività dell'infermiere (il c.d. mansionario) sia la denominazione di professione sanitaria ausiliaria, che risaliva al T.U.LL.SS. del 1934, riconoscendo di fatto alla attività infermieristica lo status di professione sanitaria. Oggi l'esercizio della professione risulta regolato, proprio in base alla Legge n. 42/99, da:

- Profilo professionale;
- Ordinamento didattico Universitario del Corso di Laurea;
- Codice deontologico.

In conclusione, si può affermare che da una lettura combinata del profilo professionale, della Legge n. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" e della Legge n. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", è stata definitivamente data piena responsabilità nelle decisioni e nelle scelte assistenziali. Infatti non si è più semplici esecutori ma si è soggetto autonomo nelle scelte professionali, con responsabilità dirette ben precise. Il riconoscimento della professione ha una valenza fondamentale, e non semplicemente semantica: si viene riconosciuti di fatto come professioni sanitarie proprie e non solo semplicemente di supporto.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi dell'organizzazione e dei percorsi-clinico-assistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.

METODO DI LAVORO: PARTECIPAZIONE, COMPrensIONE E CONDIVISIONE

Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e di organizzare i processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione che in tal modo garantisce valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza.

Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale.

Nell'ottica di cui sopra, diviene fondamentale che la politica orienti azioni programmatiche e piani di studio che valorizzino i concetti precedentemente illustrati; nel contempo diviene fondamentale anche che i Ministeri in condivisione con le Regioni producano atti e strumenti di pianificazione, attuazione e valutazione dell'impatto di tali innovazioni sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità economica.

Le politiche di rigore e di consolidamento fiscale adottate dai Paesi europei per ridurre il debito pubblico e i deficit sono sotto gli occhi di ogni cittadino. E, con la crisi a fare da sfondo, è in corso nel mondo sanitario anche un'importante quanto inevitabile evoluzione organizzativo-assistenziale conseguente allo sviluppo tecnico-scientifico, all'aumento dell'età media della popolazione e dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative e delle fragilità.

Non servono le statistiche per comprendere come, in tale contesto, sia sempre più difficile conciliare professione, lavoro, vita familiare e vita sociale: in termini di occupazione e tagli ai servizi l'impatto è stato e continua ad

essere pesante per tutti, ma in modo differente tra uomini e donne. E questo drammatico problema non riguarda solo il nostro Paese, ma colpisce tutta l'Europa.

L'intensità di cura e la complessità assistenziale sono alcune delle conseguenze operative con le quali si esplica la Clinical Governance (NHS, 1997). La medicina e il nursing basato sulle evidenze sfociano infatti, nella logica dell'adozione dei PDT/PDTR/PDTRA e dei piani di cura, come pure nella necessità di coinvolgere il paziente come soggetto ricevente le azioni e prestazioni erogate dal Servizio Sanitario.

PDTRA in particolare fungono da strumenti di integrazione tra le professioni sanitarie, assicurando una vera e propria presa in carico unica del paziente, nonché la conformazione dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, e la definizione di comportamenti standardizzati e replicabili, in grado di garantire una omogeneità di efficacia nell'erogazione delle prestazioni, adattati a livello locale (e quindi con le risorse disponibili). Ciò dovrebbe assicurare inoltre una nuova e più funzionale gestione delle risorse umane ed economiche, evitando così le duplicazioni generate dal modello per specialità, di tipo professionale.

È solo con la definizione di un percorso, inquadrato da una prospettiva tecnico-gestionale, che vengono condivisi tra gli operatori obiettivi, ruoli e ambiti di intervento, garantendo così anche una maggiore chiarezza nella comunicazione con il paziente. L'importanza dei PDTRA (Piani diagnostico terapeutici riabilitativi assistenziali) all'interno del modello per intensità di cura è primaria trattandosi di uno strumento utilizzabile in ambito sia ospedaliero, sia extra ospedaliero. Nel primo contesto, determinando la presa in carico del paziente, permettono al tempo stesso la standardizzazione del processo e un orientamento dello stesso verso il miglioramento continuo; varcando le mura dell'ospedale, i PDTRA rappresentano inoltre un utile strumento di collegamento con il territorio.

Questi si riproducono facilmente dalle Linee Guida (le raccomandazioni di comportamento clinico che sono elaborate attraverso un processo sistematico di revisione delle evidenze, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche, secondo la nota definizione dell'Institute of Medicine, 1992), e sono definiti come piani di assistenza per specifiche condizioni cliniche, elaborate a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute e caratterizzate da multidisciplinarietà e multi-professionalità (Carenzi, 2008).

I PDTRA in particolare fungono da strumenti di integrazione tra le professioni sanitarie, assicurando una vera e propria presa in carico unica del paziente, nonché la conformazione dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, e la definizione di comportamenti standardizzati e replicabili, in grado di garantire una omogeneità di efficacia nell'erogazione delle prestazioni, adattati a livello locale (e quindi con le risorse disponibili).

La condivisione dei PDTRA rappresenta un passo importante per sviluppare l'orientamento che vede il paziente al centro, analogamente a quanto sostenuto dalle organizzazioni per intensità di cura; essi infatti, garantendo un percorso stabilito, permettono ai differenti attori del processo, di essere sempre in stretto coordinamento tra loro.

Tra i molti vantaggi che comporta la condivisione e l'utilizzo di PDTRA, possiamo inoltre annoverare una maggiore chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità dello staff, lo sviluppo e l'incremento della collaborazione multiprofessionale, nonché il supporto offerto al risk assessment e management. Dal punto di vista dell'utenza si pensi invece alla maggiore sicurezza per il paziente, ivi compresa una miglior garanzia della continuità delle cure e la diminuzione della probabilità di errore clinico.

Una alternativa ad una strutturazione dell'attività clinica attraverso PDTRA, peraltro attuabile praticamente non su tutte le necessità cliniche dei pazienti, è quella di utilizzo dello schema del tutor clinico (i.e. case manager), cioè di una presa in carico non da parte del team di U.O. ma da parte di un singolo della stessa U.O.

Concludendo, possiamo affermare ancora una volta che non si rileva una netta contrapposizione tra complessità assistenziale e intensità di cura, piuttosto emerge un chiaro bisogno di costruire delle aree organizzativamente pensate in funzione dell'intensità di cura, intesa come l'instabilità clinica, o prevalentemente pensate in funzione della complessità assistenziale (si pensi ad esempio al paziente fragile, piuttosto che ad alcune aree all'interno del ricovero ordinario). Le due dimensioni sono strettamente correlate e sono entrambe elementi che vanno a fondare l'organizzazione dell'ospedale. A volte instabilità e complessità assistenziale coincidono perfettamente, in altri casi invece no. Il fine è trovare delle soluzioni organizzative capaci di rispondere a una intensità diversificata data, da un lato, dal fatto che abbiamo dei pazienti che vista l'anzianità, dati i trend demografici attuali e le competenze che permettono di mantenere il controllo anche a gradi di instabilità clinica molto elevati, stanno diventando molto più complessi nel profilo clinico; dall'altro lato, dal fatto che gli stessi pazienti - vista

l'anzianità e nuovamente vista la tipologia di problematiche – sono anche molto più complessi sotto il profilo assistenziale.

In particolare si rende necessario adottare uno strumento che, utilizzando indicatori oggettivi di complessità, possa predefinire la quantità e la qualità di assistenza necessaria, per assicurare che la presa in carico sia un reale accompagnamento del paziente lungo l'iter di cura, con il duplice obiettivo di evitare complicanze e ottimizzare il percorso di cura. Inoltre la definizione degli standard gestionali e il rispetto del criterio dell'appropriatezza richiedono una corretta e costante valutazione della complessità, per assicurare gli standard assistenziali propri di ciascun servizio.

Saper rispondere ai bisogni dell'utente in maniera efficace, flessibile, personalizzata ed economicamente compatibile con le risorse a disposizione, creando per ciascun paziente un piano assistenziale personalizzato, modificabile dinamicamente, costituisce condizione prioritaria per garantire alti standard qualitativi dei servizi sanitari.

A tal proposito, la definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del personale di supporto; atto a garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle diverse aree cliniche, rappresenta sicuramente un elemento centrale nel contesto di una programmazione sanitaria. Nonostante ad oggi poche metodologie di misurazione della complessità assistenziale siano riuscite ad affermarsi, si è sempre più consapevoli che una migliore performance professionale può determinare non solo un maggior controllo della spesa e un utilizzo appropriato del personale, ma anche un outcome superiore per il paziente.

IL PROGETTO DIAGNOSTICO DI ASL3: IL MIGLIORAMENTO DELLE ECONOMIE DI SCALA E LE NUOVE TECNOLOGIE MOTORI DELL'INNOVAZIONE

Luigi Carlo Bottaro
Direttore Dipartimento interaziendale di Patologia Clinica

Da parecchi anni A.S.L. 3 Genovese ha acquisito una forte competenza e professionalità nell'ambito della patologia clinica, nell'organizzazione territoriale delle strutture e nel rapporto ospedale/territorio. Le tecnologie acquisite e l'indispensabile supporto informatico adottato hanno contribuito al risultato di aumentare notevolmente la capacità produttiva e hanno reso A.S.L. 3 Genovese un'azienda attualmente capace di supportare nel contesto laboratori di analisi un carico di lavoro ben più elevato rispetto al punto di partenza della riorganizzazione. In particolare, attraverso un impegno pluriennale, si è formato un gruppo di competenze eterogenee (mediche, informatiche, organizzative e logistiche) che ha consentito di diffondere un'unica applicazione di gestione del laboratorio in azienda a partire da una situazione di estrema e dannosa autonomia con cinque applicazioni organizzative ed informatiche differenti. Tale realtà era caratterizzata da alti costi di gestione, ridondanza di investimenti, spreco di risorse, impossibilità di controllo e confronto della produttività e della qualità. Successivamente si è iniziato un percorso organizzativo (2004) che, attraverso la riprogettazione continua delle linee di lavorazione (anche dopo la de-aziendalizzazione dell'A.O. Villa Scassi) , ha consentito l'aumento della produttività, la diminuzione del numero dei laboratori, l'ottimizzazione delle risorse umane, il miglioramento della qualità e la possibilità di attivare un sistema di misurazione delle performance a oggettività aziendale.

A.S.L. 3 Genovese, quindi, ha maturato una concreta esperienza nella gestione di diverse applicazioni informatiche di laboratorio (Metafora poi Dedalus, Dasit e Bayer, ed ora Noemalife, solo per citare le più diffuse sul mercato) e nei processi di accorpamento applicativo per realizzare un sistema unico aziendale (gestione codifiche e dati storici, formazione, etc.), fino a creare i presupposti tecnologici e informatici capaci di consentire le ridefinizioni delle linee di produzione attraverso concentrazione e riduzione di laboratori. Inoltre possiede buone competenze nei progetti di integrazione di firma digitale certificata al sistema informativo del dipartimento di patologia clinica, nella condivisione di anagrafica territoriale e di alimentazione di repository. In maniera particolare A.S.L. 3 Genovese ha già da tempo avviato un processo che intende posizionare il cittadino in primo piano rispetto all'informatica e all'organizzazione dei servizi. La capillare diffusione dei punti prelievi territoriali, infatti, si colloca proprio in questo contesto, per consentire al cittadino di usufruire del servizio in una struttura il più possibile vicina alla sua residenza, nel concetto proprio della nostra organizzazione del "viaggio la provetta ed il referto, non l'utente" .

ACCENTRARE PER DECENTRARE

La presente progettualità Aziendale consolida ed implementa il concetto di L.U.V. (Laboratorio Unico Virtuale) ed è volta all'individuazione di un'unica sede diagnostica prima nell'Area Aziendale, superando l'attuale organizzazione che vede la presenza di un doppio Hub (Villa Scassi e Sestri Ponente), poi in Area Metropolitana.

Non certo nel senso di una semplice concentrazione di test, di strumenti e di personale al fine di ottenere un mero drastico miglioramento dell'impegno economico (pure già dimostrato e comunque obiettivo prioritario) ma nello sviluppo di una "massa critica" di competenze a disposizione del Medico e del cittadino.

Dico ciò in quanto negli anni pur avendo dimostrato capacità riorganizzative e migliorative del Servizio di Diagnostica di Laboratorio di notevole livello, il gruppo ha ben focalizzato come non basti aumentare la produttività in maniera esasperata, non basti offrire all'utenza un dato "analiticamente" corretto ma, sia assolutamente necessario che la struttura diagnostica sia fortemente compenetrata al di fuori del Laboratorio con le realtà Distrettuali (Domiciliarità, Prevenzione, MMG etc.), attraverso lo sviluppo e l'ottimizzazione della fase preanalitica nel senso dell'appropriatezza prescrittiva (MMG), della preparazione e dell'attuazione del prelievo biologico, della modalità di trasporto dei campioni, della fase analitica al letto del paziente (domiciliarità, INR etc) e della fase post analitica sia nei confronti del MMG (valori panico, consulenza) che del cittadino (assegnazione terapia TAO e comunicazione valori di panico).

Quanto sopra si pone come la logica prosecuzione di quanto già avviato da A.S.L. 3 Genovese in materia di patologia clinica e si basa fundamentalmente su:

1. definitiva riduzione dei laboratori di analisi dagli attuali due ad uno e definitivo accentramento delle specializzazioni sulle singole strutture Aziendali e di Area Metropolitana proponendo il modello implementato già oggi con l'OEI (Dipartimento Interaziendale di Patologia Clinica) e la collaborazione con l'IRCSS Gaslini ed, in parte, con l'E.O. Galliera. Tale attività comporterà un evidente riduzione dei costi in termini di beni sanitari (reattivi, strumenti e controlli) superficie utilizzata, logistica, utenze, reflui e personale impegnato.(**);
2. Riorganizzazione ed integrazione dei punti prelievo attualmente dislocati sul territorio, per consentire al cittadino di ricevere il servizio nei tempi giusti, al momento giusto, negli ambienti idonei ai livelli qualitativi adeguati;
3. gestione amministrativa unica delle strutture di laboratorio, volta a ottenere una ottimizzazione in termini di gestione delle risorse, costi del servizio e qualità dell'offerta sanitaria;
4. consolidamento di un laboratorio unico virtuale dotato di un motore centrale opportunamente ridonato, capace di recepire le richieste delle singole strutture e di garantire la qualità e le prestazioni su ogni nodo della rete;
5. ulteriore ampliamento della rete verso le altre aziende dell'area ottimale mediante la federazione tra i LIS;
6. gestione centralizzata della stampa delle etichette per le provette, che verranno catalogate dalla struttura committente (punto prelievi) e distribuite sul territorio a seconda della specificità degli esami richiesti;
7. gestione specifica degli esami urgenti, con particolare riferimento alle necessità dei Pronto Soccorso e delle strutture di rianimazione, mediante la rimodulazione dell'appropriatezza della richiesta, della strumentazione e degli spazi in dotazione;
8. gestione centrale unica della refertazione e laddove previsto della terapia; con l'ausilio delle necessarie infrastrutture per i meccanismi di firma digitale e degli strumenti informatici di gestione del Clinical Patient Record; dalla validazione del referto da parte del responsabile deriva la disponibilità pressoché immediata del referto stesso sul sistema centrale e di conseguenza la fruibilità da parte della struttura committente;
9. predisposizione all'integrazione con altri servizi sanitari, nell'ottica di una gestione esaustiva del percorso di cura del paziente, a partire dalla Rete TAO (per la quale esiste già una progettualità condivisa con OEI e ricompresa nella D.R. 1439 del 2007) per le terapie anticoagulanti a forte impatto su fragilità e domiciliarietà.
10. Prosieguo della collaborazione con l'ARS in tema di appropriatezza prescrittiva (linee guida prescrizione marcatori tumorali, linee guida diagnostica allergologica ed in corso IRC), in tema di epidemiologia ed in tema di coordinamento della Rete Regionale dei Laboratori Analisi.
11. Prosieguo della collaborazione fattiva con la CRA in tema di Centralizzazione degli acquisti nello specifico settore, anche in rapporto alle ottime risultanze economiche e qualitative raggiunte che hanno permesso, anche in campo economico, di aprire l'orizzonte alle nuove progettualità Aziendali (Accentrare per Decentrare)

D'altro canto tale razionalizzazione si rende ancora più impellente se si tiene conto dei risultati ottenuti con la Dipartimentalizzazione dei Servizi di Diagnostica in vitro di OEI e ASL3 e dell'elevato grado di compenetrazione diagnostica con l'IRCSS Gaslini con il quale ASL 3 da anni ha creato di fatto, in questo settore, una rete importante specialistica.

L'obiettivo della riorganizzazione della Diagnostica di Laboratorio di ASL3 e quindi inevitabilmente dell'Area Metropolitana, come detto, non può, tener conto semplicemente dell'esecuzione di una massa rilevante di test doverosamente eseguiti in economia di gestione ed in regime di qualità del dato, ma al contrario si vuole superare questo concetto ricercando la decentralizzazione dell'attività in favore delle fasce più "fragili" della popolazione tramite l'integrazione con la domiciliarietà, la interconnessione con i MMG sia a riguardo della fase del prelievo che a riguardo della fase di refertazione e comunicazione del dato "salvavita", sia tramite l'utilizzo delle tecnologie di comunicazione rapida del dato in favore della popolazione "attiva" e non permettendo, da un lato, di migliorare in maniera sostanziale e decisiva l'approccio alla fruizione della prestazione da parte dell'utenza e, dall'altro, abbattere drasticamente la tempistica del "brain to Brain" vale a dire il tempo intercorrente tra il quesito diagnostico del Medico prescrittore a momento in cui lo stesso ottiene la risposta.

LA SANITÀ TERRITORIALE VERSO IL FUTURO

Daniela Dall'Agata
Direttore Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali ASL3

IL TERRITORIO : DEFINIZIONE E SERVIZI

La sanità territoriale comprende tutte le strutture a cui ogni cittadino si rivolge per ottenere assistenza sanitaria al di là dell'ospedale: dal medico di medicina generale, alla farmaceutica convenzionata, dall'ambulatorio, alle strutture di diagnosi che non richiedono ricovero fino a forme di medicina preventiva...

I servizi territoriali della nostra ASL comprendono il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, il Dipartimento delle Attività Farmaceutiche, il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento delle Cure Primarie e Attività Distrettuali.

Quest'ultimo, fino all'adozione del nuovo atto aziendale, comprendeva al proprio interno quattro Strutture Complesse in collaborazione con i Distretti intesi quali articolazioni territoriali organizzative e funzionali dell'Azienda

Il Distretto assicura l'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale attraverso:

- Sportello Unico Distrettuale
- Anagrafe Sanitaria
- Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- Cure Domiciliari
- Continuità Assistenziale
- Ambulatori Infermieristici
- Centri Prelievo Ambulatoriali e Domiciliari
- Assistenza Specialistica

E' il fulcro dell'integrazione tra i diversi servizi erogati dalla sanità territoriale, dagli ospedali e dagli Ambiti Territoriali Sociali nell'ambito di un progetto di prevenzione, cura e riabilitazione personalizzato.

L'innovazione organizzativa rappresentata dalla distrettualizzazione centra l'attenzione non sull'offerta ma sull'area della domanda-bisogno.

Una delle funzioni più complesse del distretto, accanto a quelle di produzione e integrazione sopra indicate, è il governo della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del territorio.

Una funzione che parte dalla conoscenza della comunità locale in cui il distretto si inserisce, passa attraverso la caratterizzazione dei suoi bisogni sanitari e sociali, per arrivare alla definizione dell'offerta ed al controllo della domanda.

Le Strutture Complesse sono coinvolte nel percorso assistenziale socio-sanitario per il valore aggiunto culturale e di competenze.

Il Nuovo Atto Aziendale approvato con delibera del Direttore Generale nella versione aggiornata del 21/6/2013 (delibera n. 342: seconda revisione dell'atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'art.3 c.1 bis, del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.) prevede il "superamento " delle Strutture Complesse Assistenza Geriatrica e Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica con il trasferimento ai Distretti delle funzioni relative all'assistenza delle "persone fragili" (anziani e disabili) e un'organizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie e Attività Distrettuali così strutturata:

- S.C. Distretto 8 Ponente
- S.C. Distretto 9 Medio Ponente

- S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
- S.C. Distretto 11 Centro
- S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
- S.C. Distretto 13 Levante
- S.C. Assistenza Consultoriale
- S.C. Cure Primarie
- S.S. Dipartimentale Cure Palliative
- S.S. Dipartimentale Organizzazione e Coordinamento dei Percorsi del Paziente FragileS
- S.S. Dipartimentale Funzione Amministrativa

Nei Distretti trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di Prevenzione e le articolazioni organizzative delle Strutture Complesse Assistenza Consultoriale e Cure Primarie e della S.S. Dipartimentale Cure Palliative.

Con la nuova organizzazione i distretti garantiranno l'assistenza primaria alla popolazione di riferimento all'interno di un modello organizzativo dipartimentale con finalità comuni e regole di comportamento condivise

Un Dipartimento Sovradistrettuale che:

- **garantisce** la responsabilità trasversale tecnico – scientifica dei processi e la verifica dell'applicazione delle procedure e dei protocolli di erogazione delle prestazioni, ad es. degli ausili, ma anche delle Cure Primarie con l'integrazione ospedale territorio, in modo omogeneo nei sei Distretti (nuovi percorsi assistenziali basati sull'approccio multidisciplinare, meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali finalizzate all'obiettivo di efficacia della continuità delle cure. sviluppo dei PDTA per le patologie croniche più diffuse forme associative "Evolute" dei MMG per una più efficace risposta distrettuale al bisogno di salute
- **garantisce** un'adeguata programmazione di assistenza territoriale tenendo conto delle rilevazioni dei bisogni assistenziali distrettuali e identificando le priorità rispetto ai bisogni rilevati e alla concreta possibilità di intervento
- **favorisce** le iniziative di medicina proattiva atte a influire sullo stile di vita della popolazione anziana in fase di pre - fragilità con l'obiettivo di ritardare la fragilità
- **mette in atto un meccanismo di compensazione tra i distretti** garantendo equità di accesso alle strutture. L'offerta di strutture semiresidenziali e residenziali per anziani e disabili non è omogenea nei sei distretti (motivo dell'esistenza di liste di attesa per l'ingresso centralizzate) e non è oggi sufficiente a soddisfare la domanda
- **garantisce, attraverso una funzione amministrativa unificata** a livello del Dipartimento stesso, un unico punto di riferimento territoriale sia per l'interpretazione normativa di interesse specifico sia per l'omogeneizzazione dei comportamenti amministrativi e delle procedure. Funzione centralizzata che permette anche la redazione di protocolli operativi trasversali di gestione amministrativo-contabile della produzione erogata tra le strutture a seconda dell'evoluzione e/o del cambiamento dei bisogni dell'utenza.
- **accredita** la sinergia del Volontariato col Servizio Pubblico, ossia l'intervento delle Associazioni di Volontariato, in modo coordinato e integrato, a supporto di tutte le attività, non solo quelle di cura.

LA STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO DEI PERCORSI DEL PAZIENTE FRAGILE

Le novità più significative introdotte dall'atto aziendale sono di natura organizzativa, perché inducono a ripensare percorsi di cura che abbracciano trasversalmente più competenze e ne affidano il coordinamento al Dipartimento stesso attraverso questa Struttura

Riguardano appunto il paziente fragile (anziano, disabile, post acuto, urgente, ...)

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso l'integrazione dei processi assistenziali tra l'ospedale e il territorio, in modo da superare le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità delle risorse, rispetto a quella dei pazienti, nella rete.

LA STRUTTURA COMPLESSA ASSISTENZA CONSULTORIALE

Infine, ma non meno importante, il mantenimento all'interno del Dipartimento della S.C. Assistenza Consultoriale.

La complessità e numerosità delle materie trattate e il forte e storicizzato radicamento nel territorio metropolitano della struttura nella sua interezza hanno fatto sì che l'Azienda abbia sottolineato alla Regione l'importanza di organizzare questo tipo di attività attraverso la responsabilità di una Struttura Complessa.

Mi piace pensare che gran parte del merito vada alla dottoressa Angela Lidia Grondona che ha diretto questa struttura fino a quel tragico 2 agosto u.s.

Mi piace ricordarla attraverso le parole di una collega e amica **"...ha mantenuto intatta e unita una struttura che vedeva nella salute della donna, l'equilibrio degli adolescenti, il benessere nella procreazione e crescita dei figli di donne italiane e migranti, la salute psicofisica dei minori e il sostegno alle loro famiglie, la realizzazione di un vero e proprio programma di governo..."**

PASSATO , PRESENTE E FUTURO DEGLI SCREENING DI POPOLAZIONE: INTEGRAZIONE OSPEDALE / TERRITORIO NEL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMARIO

Nicoletta Gandolfo
Direttore Dipartimento Immagini ASL3

Ivana Valle
Responsabile SS Promozione della salute e prevenzione oncologica ASL3

GLI SCREENING DI POPOLAZIONE

Il termine “screening ”deriva dal verbo inglese “to screen” e significa setacciare.

I programmi di screening di popolazione prevedono che la ASL inviti, tramite lettera, a intervalli di tempo regolari, i cittadini "sani" che rispondono a particolari caratteristiche (per età, sesso etc) ad effettuare gratuitamente un particolare test offrendo, ai soggetti che risultano positivi al test, percorsi diagnostico-terapeutici strutturati e ben definiti che devono consentire un controllo costante delle attività ed offrire un sistema collaudato di prevenzione.

I programmi di screening sono percorsi assistenziali complessi d’ambito preventivo basati su evidenze scientifiche.

Essi coinvolgono un elevato numero di professionalità e diverse strutture che devono integrarsi per raggiungere gli obiettivi di salute proposti. Gli screening organizzati si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella. Sono queste le uniche neoplasie per le quali attualmente è riconosciuto il binomio “ esiste un test in grado di favorire l’anticipazione diagnostica e sono disponibili trattamenti efficaci per gli stadi precoci della malattia”. In alcuni casi gli screening riescono ad evitare l’insorgenza di un tumore, in altri possono concorrere a ridurre significativamente la probabilità di morire una volta diagnosticata la malattia. Gli screening dei tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella fanno riferimento a raccomandazioni nazionali ed europee. A essere efficace non è il test di screening (che ciascuno potrebbe utilizzare individualmente) ma il percorso screening (che vede combinati analisi epidemiologiche, di efficacia e di qualità).

L’organizzazione dei programmi di screening richiede un’attenzione particolare.

In uno screening di popolazione è la struttura assistenziale che invita individui asintomatici ad entrare in un programma destinato a durare per molti anni con lo scopo di diminuire , nel lungo termine, la loro probabilità di subire i danni irreversibili (morte) della malattia oggetto dell’intervento.

L’organizzazione non può quindi prescindere da:

- definire i necessari atti tecnico-professionali;
- contestualizzare i percorsi diagnostico terapeutici nella realtà assistenziale del territorio a cui si rivolge;
- facilitare al massimo l’accessibilità dei cittadini ai programmi;
- integrare le attività di tutti gli attori attraverso l’adozione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;
- rendere disponibili software gestionali adeguati;
- adottare indicatori per il monitoraggio costante della qualità ed efficienza dei programmi attivati;
- prevedere programmi di miglioramento continuo della qualità dei percorsi;
- rilevare a medio e lungo termine gli esiti dell’intervento organizzato.

Gli ambiti di patologia degli screening derivano da rilievi epidemiologici, dal progredire delle conoscenze mediche e dalle indicazioni della Comunità Europea e del Parlamento Italiano.

Ogni programma di screening di popolazione ha come obiettivo primario il bene della popolazione a cui si rivolge ed è per questo che deve:

- riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica;
- basarsi su prove di efficacia;
- attenersi a linee guida di qualità;
- utilizzare pratiche che la sperimentazione clinica ha dimostrato efficaci nel ridurre in maniera significativa mortalità e morbilità, mantenendo un rapporto favorevole tra i costi (economici, psicologici e sociali) e i benefici (miglioramento del tasso di guarigione, adozione di trattamenti meno invasivi, recupero di capacità produttiva dell'individuo).

Gli screening riguardano patologie ad elevata frequenza (cancro e non solo).

Se così non fosse, la probabilità di intercettare casi positivi sarebbe remota : gli screening richiedono elevati livelli di adesione della popolazione altrimenti i casi, anche frequenti, non potrebbero essere individuati. E' quindi necessario disporre di test che abbiano una elevata sensibilità (capacità di identificare correttamente i soggetti ammalati) per rilevare un numero elevato di sospetti, ma che al contempo abbiano una elevata specificità (capacità di identificare correttamente i soggetti sani) per evitare sovra trattamenti. Il raggiungimento della copertura della popolazione da parte dei programmi di screening avviati nelle singole AASSLL e l'incremento della % di adesione degli assistiti ai programmi sono le condizioni essenziali perché vi sia un impatto dei programmi in termini di beneficio per la salute e di riduzione di mortalità per tutti i cittadini.

Gli screening si inseriscono nel più ampio piano della lotta contro il cancro.

Il cancro è una delle principali cause di morte nel mondo. Contrastare il cancro costituisce una priorità per tutti i paesi del mondo, siano essi paesi in via di sviluppo o industrializzati. Nel 2008 nel mondo si sono registrati 7,6 milioni di decessi e si stima che ogni anno circa 13 milioni di individui abbiano una diagnosi di cancro. Oltre i 2/3 delle morti e dei nuovi casi si verificano nei paesi in via di sviluppo dove l'incidenza continua a crescere a livelli allarmanti. Almeno 1/3 delle morti sono riconducibili a fattori di rischio modificabili (uso di tabacco e alcool, obesità, infezioni). Per la Comunità Europea la priorità è contrastare il cancro mediante una strategia complessiva di prevenzione e controllo fondata su prove di efficacia proprio perché la malattia tumorale è frequente e qualitativamente importante per tutta la popolazione.

Gli screening per i tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella concorrono al successo della lotta contro il cancro.

Dopo la pubblicazione delle linee guida della Commissione Oncologica Nazionale sugli screening del 1996, i successivi Piani Sanitari Nazionali hanno dato indicazioni alle Regioni e alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dei programmi di screening di popolazione per i tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella; questi tre tumori impiegano parecchio tempo, anche anni, prima di provocare disturbi evidenti e i correlati test di screening (ricerca del sangue occulto fecale e rettosigmoidoscopia, Pap test e HPV DNA test, mammografia) sono esami di rapida esecuzione che permettono di intercettarli nelle fasi iniziali, in cui ancora non danno sintomi : anticipare la diagnosi consente di offrire un trattamento tempestivo, che in molti casi è meno traumatico e dà maggiori probabilità di guarigione. In termini di salute per la collettività , l'efficacia dei programmi di screening dei tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella ha portato a considerarli un elemento fondamentale per tutelare la salute dei cittadini e per alleggerire la spesa relativa alla sanità pubblica.

IL PASSATO E IL PRESENTE DEGLI SCREENING

Gli screening per i tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella sono inseriti tra i LEA (D. P. C. M. 29 10 2001) .

Devono pertanto essere garantiti per la popolazione che rientra nelle caratteristiche di genere ed età previste . Per definizione la loro offerta non deve mai assumere carattere discontinuo o a termine, perché la loro

finalità è proprio quella di ridurre la mortalità per neoplasia, in quanto il loro obiettivo primario è quello di diagnosticare la malattia in una fase pre - tumorale o tumorale iniziale.

In Liguria si è cominciato a “parlare” di screening oncologici nel 1997.

Nella nostra Regione, ogni anno, su un totale di circa 1.6 milioni di abitanti vengono diagnosticati circa 11.550 nuovi casi di tumore (53% sono maschi). La mortalità per cancro è più elevata rispetto alla maggior parte delle regioni del Nord: ciò è in parte da ascrivere all’invecchiamento della popolazione ligure e all’ elevata incidenza di malattia nelle persone anziane le quali, anche a causa della frequente concomitanza di altre patologie, sono frequentemente sottotrattate. Nel 1997, la Liguria ha individuato tra i suoi obiettivi prioritari lo screening di popolazione per i tumori della cervice uterina e della mammella. In seguito, il Piano Regionale della Prevenzione 2005 – 2007 ha individuato come obiettivo anche l’avvio dello screening di popolazione per il tumore del colon retto . Il successivo Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 ha fissato obiettivi specifici per ciascuna ASL ligure.

Il modello adottato da ASL3 per i programmi di screening si basa su un’organizzazione a “rete” .

I tre programmi di screening oncologico prevedono l’intersezione di due reti: una “rete orizzontale clinico – operativa” e una “rete verticale organizzativo – gestionale”: mentre la rete orizzontale è diversificata in base alla patologia neoplastica oggetto dello screening, la rete verticale conta sugli stessi attori per tutti e tre gli screening (Direzioni Mediche Ospedaliere, Direzioni Distrettuali, MMG, Sistema Informatico Aziendale, Comunicazione e Formazione); il coordinamento di entrambe le reti e delle loro specifiche intersezioni è affidato ad una struttura del Dipartimento di Prevenzione. Le strutture aziendali interessate sono evidenziate nella tabella [1].

Tabella [1]

<i>Screening</i>	<i>Rete clinico – operativa</i>	<i>Rete organizzativo- gestionale</i>	<i>Coordinamento</i>
	Dirigenza medica e non medica Professioni sanitarie	Dirigenza medica e non medica Professioni sanitarie e non sanitarie	Dirigenza medica Professioni sanitarie
Tumore colon retto	Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Chirurgie Dipartimento Medicina Dipartimento Cardiologia Dipartimento Immagini Dipartimento Farmaceutico	Direzione PUO Direzione DDSS	Dipartimento Prevenzione
Tumore collo utero	Dipartimento Cure primarie Dipartimento Materno infantile Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Farmaceutico Dipartimento Medicina	MMG S I A Settore Comunicazione Settore Formazione	
Tumore mammario	Dipartimento Immagini Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Chirurgie		

Dipartimento chirurgiche	Specialità		
Dipartimento Medicina			

IL PROGRAMMA DI SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO.

In Liguria annualmente sono diagnosticati circa 1400 nuovi casi di tumore invasivo mentre i decessi sono circa 600. Il rapporto Mortalità/Incidenza è circa 47% con un leggero vantaggio per le donne. Nella nostra Regione non c'è storia di interventi di prevenzione secondaria organizzata né è diffusa la pratica di screening spontaneo. Ciò spiega l'elevata incidenza di carcinomi diagnosticati in stadio avanzato e lo sfavorevole rapporto Mortalità/Incidenza. Il test di screening scelto in Liguria è la ricerca del sangue occulto fecale effettuata con metodo immunologico (identificazione selettiva di emoglobina umana), a retesting biennale, offerta alla popolazione maschile e femminile di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. In ASL3 l'attività di screening è stata avviata negli ultimi mesi del 2010 con un'estensione degli inviti ad un modestissimo 1,97 %. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012 ha chiesto ad ASL3 di implementare il programma raggiungendo a fine 2011 un'estensione degli inviti pari al 10 % della popolazione bersaglio e a fine 2012 un'estensione pari al 30 % e di condurre la sperimentazione di un progetto relativo a percorsi articolati per rischio individuale di neoplasia colo-rettale nei familiari di primo grado dei soggetti affetti da adk / adenoma grave screen-detected. Nel 2011, ASL 3 ha esteso gli inviti a screening del tumore del colon retto al 14 % della popolazione e, nel 2012, al 31 % . Nell'anno 2011 ha avviato il percorso di gestione del rischio individuale di neoplasia colo-rettale nei familiari di primo grado dei soggetti affetti da adk / adenoma grave screen-detected. Nell'anno in corso è previsto di invitare a screening del tumore del colon retto circa 116.000 assistiti per registrare un trend in positivo rispetto alla performance di estensione registrata nel biennio precedente. I punti di forza correlati allo sviluppo del percorso screening del tumore del colon retto negli anni 2010 -2013 sono riassunti nella tabella [2].

Tabella [2]

Anno	2010	2011	2012	Ottobre 2013	Dicembre 2013
Popolazione bersaglio annua	99.443	100.393	100.864	102.380	
Invitati	3.943	26.225	33.684	96.633	
Aderenti	1.007	7.428	9.999	14.351	
H consulenza telefonica /settimana	12,30	12,30	20,00	20,00	30,30
Centri infermieristici territoriali di consegna e ritiro provette / FOBT	3	5	5	15	15
Centri di colloquio precoloscopico	2	3	4	7	7
Centri di colonscopia	1	2	2	4	4
Diagnosi coloscopica di adenoma avanzato	13	120	135	91	
Diagnosi coloscopica di cancro / adenoma cancerizzato	5	20	21	9	

Persone inviate a chirurgia x adenoma avanzato	2	15	5	8	
Persone inviate a chirurgia x cancro / adenoma cancerizzato	5	17	18	5	
Persone inviate a follow up x adenoma cancerizzato	0	3	3	1	

IL PROGRAMMA DI SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA

Il tumore della cervice uterina è ormai classificabile come una malattia rara (circa 90 nuovi casi e 10 decessi ogni anno) ma, trattandosi di una malattia evitabile, questi numeri rappresentano ancora un problema sanitario di rilievo. In Liguria il PAP test è molto diffuso. Tuttavia, lasciando l'iniziativa di prevenzione oncologica alle donne e ai loro curanti (screening spontaneo o opportunistico) una quota importante di donne resta fuori dal circuito preventivo e, per le altre, non sempre c'è evidenza di sistemi di controllo della qualità che garantiscano tutte le fasi dei test effettuati, dal prelievo all'interpretazione del preparato citologico. L'introduzione dello screening organizzato del tumore della cervice uterina con citologia diminuisce il numero di donne che eseguono un eccesso di PAP test (1 all'anno o anche più) e aumenta la proporzione di donne che fanno almeno un PAP test ogni tre anni. In una realtà in cui l'iniziativa dello screening organizzato arriva in ritardo rispetto alla diffusione dell'utilizzo spontaneo del PAP test, è molto difficile ottenere una buona adesione da parte delle donne che hanno ormai individuato, per questa indagine, un loro referente "di fiducia". In ASL3 l'attività di screening è stata concretamente avviata nei primi mesi del 2011 con l'offerta del PAP test primario, a retesting triennale, alle assistite in fascia di età 25 – 64 anni che non risultano aver fatto il prelievo citologico negli ultimi tre anni e dell'HPV DNA come test di triage nei casi AS-CUS. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 ha chiesto ad ASL 3 di sviluppare il programma raggiungendo a fine 2011 un'estensione degli inviti pari al 5 % della popolazione bersaglio e, a fine 2012, un'estensione degli inviti pari al 10 %. ASL 3 nel 2011 ha esteso gli inviti al 9 % della popolazione target e nel 2012 al 19 %. Nell'anno in corso è previsto di invitare a screening del tumore della cervice uterina circa 66.500 assistite per registrare nel triennio 2011 / 2013 un trend in positivo rispetto all'estensione registrata nel triennio 2010 / 2012. I punti di forza correlati allo sviluppo del percorso screening del tumore della cervice uterina nel biennio 2011 -2013 sono riassunti nella tabella [3].

Tabella [3]

Anno	2011	2012	Ottobre 2013	Dicembre 2013
Popolazione bersaglio annua	67.565	66.348	65.377	
Invitate	14.020	21.669	62.931	
Aderenti	1.222	3.466	5.240	
H consulenza telefonica /settimana	12,30	12,30	20,00	30,30
Centri prelievo citologico /HPV test	2	2	6	6
Centri di colposcopia diagnostica	1	2	2	2
Centri di colposcopia interventistica	1	1	1	1
ASC-US	31	58	97	
ASC-US / hr -HPV (+)	20	35	46	

LSIL	18	29	54	
ASC-H	2	5	2	
HSIL	1	13	9	
CIN 2 - CIN 3	5	11	7	
LEEP (CIN 2 - CIN 3)	4	11	2	

IL PROGRAMMA DI SCREENING DEL TUMORE MAMMARIO.

In Liguria annualmente vengono diagnosticati circa 1300 nuovi casi di tumore invasivo (circa 1/3 nella fascia d'età 50-69 anni) e circa 200 carcinomi in situ. I decessi attribuibili alla patologia sono circa 400. Il rapporto Mortalità /Incidenza è pari al 28%. L'aumento costante nel tempo delle diagnosi di cancro sia invasivo sia in situ è in larga parte dovuta alla forte pressione diagnostica che da molti anni interessa la Liguria anche in assenza di un programma di screening radicato sul territorio. La pressione diagnostica, specialmente se non controllata, causa sovra-diagnosi (diagnosi di cancri che per le loro caratteristiche biologiche e per la mortalità competitiva non avrebbero mai dato segno di sé nel corso della vita della donna). Una recente meta-analisi ha calcolato che lo screening riduce la mortalità per cancro mammario di oltre il 20% ma ha valutato che almeno 1 cancro su 5 è sovra diagnosticato e trattato. Questa problematica deve spingere alla prevenzione del cancro mammario all'interno di programmi organizzati e rigorosamente monitorati. In Liguria, nel lontano 1999 è stato costituito il Gruppo Tecnico Regionale di coordinamento per lo screening mammario con delega a svolgere un ruolo attivo in merito all'attività di questo screening a livello regionale (*offerta di una mammografia , a retesting biennale, alle assistite in fascia di età 50 – 69 anni*). Nel giugno 2000, in ASL3 Genovese ha preso l'avvio un progetto pilota e nel luglio 2002 , la Regione ha stabilito di "...raggiungere la copertura dell'intera fascia d'età 50-69 anni nell'arco di un quadriennio...". I punti di forza correlati alla riorganizzazione del percorso screening del tumore mammario (iniziata negli ultimi mesi del 2012 e non ancora conclusa) sono riassunti nella tabella [4].

Tabella [4]

Anno	2011	2012	Ottobre 2013	Dicembre 2013
Popolazione bersaglio annua	52.345	52.621	68.668	
Invitate	13.279	33.438	55.471	
Aderenti	7.417	17.115	19.338	
H consulenza telefonica /settimana	10,00	20,00	20,00	30,30
Centri mammografia	2	7	6	6
Centri di approfondimento diagnostico	2	4	2	2
Centri chirurgia maggiore (+ ricostruttiva)	0	1	1	1
Mammografie eseguite	7.417	17.115	17.910	
Casi sottoposti ad approfondimento diagnostico	546	1.160	985	
Casi inviati a chirurgia	43	81	79	
Cancri / cancri in situ	16	68	Dato non	

			disponibile	
Lesioni benigne	1	7	Dato non disponibile	

II FUTURO DEGLI SCREENING

Il monitoraggio del trend degli indicatori di estensione e di adesione

Negli anni 2010/2012 la valutazione dell' estensione e dell' adesione a programmi di screening oncologici ha complessivamente registrato per ASL3 Genovese un punto di debolezza in parte attribuibile all'avvio dello screening del tumore del colon retto negli ultimi mesi del 2010 e dello screening del tumore della cervice uterina nel 2011 ed in parte ascrivibile alla prima fase di riorganizzazione dello screening del tumore della mammella iniziata negli ultimi due mesi del 2012. Occorrerà quindi attendere i dati di estensione e di adesione agli screening relativi al biennio 2013/2014 per verificare se le iniziative di sviluppo delle attività di screening già realizzate in ASL3 consentiranno di registrare un trend in positivo degli indicatori di estensione e di adesione agli screening. Occorre tenere presente che i livelli di estensione sono facilmente incrementabili ricorrendo ad una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso degli assistiti ai percorsi screening, mentre i livelli di adesione sono influiti da fattori poco controllabili dall'organizzazione se non con azioni di potenziamento dell'area informativo - comunicativa .

La collaborazione con strutture ospedaliere extraziendali e con il terzo settore

Nell'anno in corso il programma di screening del tumore del colon retto ha avviato una partnership colonscopica con la sede di Genova Voltri dell' Ospedale Evangelico Internazionale ed il programma di screening del tumore della mammella ha avviato, in tema di approfondimenti diagnostici avanzati e di protocolli operativi condivisi, una stretta collaborazione con le strutture universitarie ed ospedaliere di Radiodiagnostica di IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST. Per quanto attiene il terzo settore è' stata avviata una prima collaborazione che ha interessato l'Associazione Nazionale Sclerosi Multipla con l'obiettivo di offrire percorsi facilitati di prevenzione oncologica alle persone affette da sclerosi multipla iniziando dal percorso dello screening mammario per arrivare, non appena possibile, ai percorsi degli screening del tumore coloretale del cervicocarcinoma.

L' adozione del hr- HPV test come test primario del programma di screening organizzato del cervico-carcinoma nelle donne in fascia di età 35 / 64 anni.

L'ipotesi oggi perseguita dal gruppo di lavoro che a livello regionale si occupa di prevenzione del cervicocarcinoma immagina un programma di screening del tumore del collo dell'utero che preveda di offrire il PAP test ,a retesting triennale, come test primario nella fascia di età 25 - 34 anni (3-4 test/donna) e il Hr - HPV test, a retesting quinquennale, come test primario nella fascia di età 35 / 64 anni (5-6 test/donna).

Lo studio di fattibilità di un programma di screening cardiovascolare

Lo scopo della prevenzione nella popolazione a rischio è quello di anticipare il più possibile la scoperta di uno stato morbosità, ma quando questo si è rivelato dovrebbero intervenire, senza soluzione di continuità, le attività di prevenzione volte ad evitare le complicanze e le recidive di malattia. E' intenzione di ASL 3 Genovese studiare, in collaborazione con alcune AASSLL di altre Regioni e con il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova, la fattibilità di una risposta sistemica e strutturata alla prevenzione della malattia cardiovascolare con un approccio coordinato, multidisciplinare e integrato secondo la metodologia utilizzata per l'offerta degli screening oncologici di popolazione (chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi mirati per soggetti selezionati) , rivolto a maschi e femmine in fascia di età 45 - 59 anni che non hanno sviluppato in precedenza la malattia cardio-cerebro-vascolare, il diabete e l' insufficienza renale cronica.

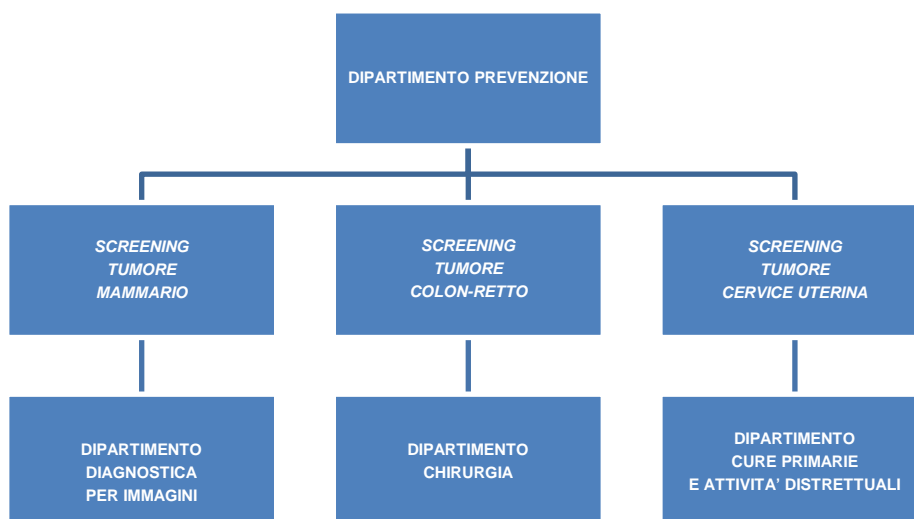
L' INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO NEGLI SCREENING

I Gruppi Aziendali Screening (I G.A.S.)

Nella nostra Regione, come su tutto il territorio nazionale, si sta consolidando la diffusione dei programmi di screening : questo è frutto del grande impegno, non solo economico, ma anche culturale e organizzativo dei Sistemi Sanitari Regionali. Nei programmi di screening di popolazione il metodo dei gruppi di lavoro multidisciplinari consente sia l'adozione di percorsi diagnostico - terapeutici condivisi , basati sulle più attuali evidenze scientifiche, sia la definizione di adeguati sistemi per il loro monitoraggio. In ASL 3, per ciascuno dei tre programmi di screening oncologico è attivo un gruppo tecnico multidisciplinare rappresentativo delle professionalità mediche , non mediche e delle professioni ospedaliere e territoriali interagenti a titolo organizzativo e clinico con il sistema screening (dirigenza medica e non medica , MMG, Specialisti Convenzionati Interni, Comparto).I componenti dei gruppi tecnici aziendali degli screening oncologici sono consapevoli dell'importanza del "proprio specifico ruolo" per rendere disponibili a livello aziendale protocolli operativi di qualità, basati su prove di efficacia, unitari , condivisi, rivolti a un target inusuale per le discipline che compongono le reti orizzontali dei tre sistemi screening, vale a dire rivolti a un target " clinicamente sano, soggettivamente asintomatico, a rischio di sviluppare un tumore".

La gestione dei percorsi assistenziali degli screening.

La gestione dei programmi di screening si basa sull'integrazione sinergica delle attività di quattro dipartimenti di cui tre d'area clinica territoriale ed ospedaliera (dipartimento di chirurgia per lo screening del tumore del colon retto, dipartimento delle cure primarie ed attività distrettuali per lo screening del tumore della cervice uterina , dipartimento di diagnostica per immagini per lo screening del tumore della mammella) ed uno d'area organizzativa (dipartimento di prevenzione) coadiuvati, nelle proprie specifiche attività, dalle altre strutture aziendali ed extraaziendali interessate ai percorsi degli screening oncologici .



La qualità nel programma dello screening del tumore mammario

I criteri e gli indicatori di qualità del programma di screening del tumore mammario (qualità di tutti i passaggi e dei loro percorsi, dall'invito rivolto alle persone per l'esecuzione del test, fino alla terapia e all'eventuale follow up delle lesioni riscontrate) contano su un'ampissima normativa di riferimento. Come già detto, lo screening mammario organizzato è attivo in ASL3 Genovese da più di un decennio. Nei primi cinque anni di attività il programma è stato offerto al 45% della popolazione che ne aveva diritto ed il grado di adesione è stato discreto. Dal 2005 al 2009 la situazione è andata in sofferenza con una contrazione dell'estensione e con un'offerta non equamente distribuita tra le assistite. I buoni livelli di adesione registrati nel 2009 (87% rispetto al 44% del 2004) erano falsati dal fatto che la quasi totalità delle donne invitate a screening risultava "fidelizzata" avendo eseguito ormai almeno 3 mammografie in regime di screening organizzato. Nel dicembre 2010 la Regione Liguria chiedeva ad ASL 3 di estendere nel 2011 l'offerta dello

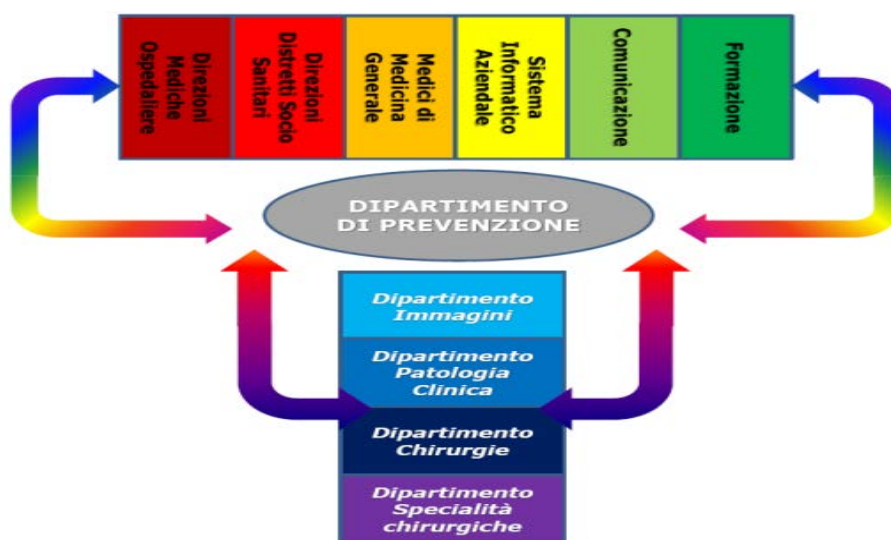
screening del tumore mammario al 30% della popolazione bersaglio per arrivare nel 2012 al 40% e di predisporre e attuare un piano di riordino di risorse umane, attrezzature e spazi da dedicare allo screening. Nel corso del 2011 l'estensione dello screening del tumore mammario non ha raggiunto l'obiettivo richiesto, mentre nel 2012 l'avvio del piano di riordino di risorse umane, attrezzature e spazi dedicati allo screening mammario ha consentito di estendere l'offerta del programma al 44,40% della popolazione target. Sono state considerate azioni indispensabili:

- avviare percorsi formativi rivolti al personale sanitario;
- standardizzare, migliorare e monitorare la qualità del prodotto offerto mediante il completamento del collegamento in rete di tutte le strutture radiologiche ospedaliere e territoriali, la digitalizzazione diretta o indiretta di tutti i mammografi in dotazione o in fase di acquisto presso la ASL3 Genovese e i rigorosi controlli periodici della Struttura Fisica Sanitaria sulla qualità degli apparecchi radiologici;
- ottimizzare la connessione tra il sistema di refertazione mammografica in rete e il software gestionale dello screening mammario;
- iniziare l'integrazione operativa tra mammografia clinica e preventiva.

Questa riorganizzazione ha permesso sia la capillare diffusione dell'offerta delle mammografie di screening su tutto il territorio di ASL3 Genovese, incrementando, isorisorse, il numero delle sedi radiologiche periferiche attive che sono passate da 2 a 6, sia l'individuazione di 2 sedi di eccellenza per gli approfondimenti diagnostici. Negli ultimi mesi del 2012 sono state invitate a screening circa 32.000 assistite, di cui un'alta % mai invitata in precedenza. Nell'anno in corso è previsto di invitare a screening del tumore mammario circa 66.000 assistite per registrare un trend in positivo rispetto alla performance di estensione registrata nel biennio precedente.

Il modello "hub & spoke"

Il modello di riferimento per la riorganizzazione della rete clinico - operativa del programma di screening del tumore mammario è di tipo "hub & spoke". Il modello hub & spoke (letteralmente: mozzo e raggi) parte dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattia (per gli screening oncologici le indagini di II livello) siano necessarie competenze che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in centri di alta specializzazione a cui vengono inviati gli assistiti. In questo modo i test di I livello screening sono offerti in più sedi aziendali territoriali / ospedaliere (sedi spoke) mentre gli approfondimenti diagnostici sono effettuati in centri di II livello appositamente individuati (sedi hub). A conclusione è corretto ricordare che i percorsi screening, per raggiungere livelli assistenziali di qualità, non possono prescindere da una reale e continua integrazione tra tutti gli operatori coinvolti.



PERCORSI DI MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA: OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE E SERVIZI ALL'UTENZA

Simonetta Nobile
Direttore Dipartimento farmaceutico ASL3

Adele Coccini
Direttore S.C. Assistenza farmaceutica ASL3

A) DISTRIBUZIONE DIRETTA : UN SERVIZIO ALL'UTENZA UN 'ECONOMIA PER IL SISTEMA SANITARIO

1) EROGAZIONE FARMACI

Nel contesto del contenimento della spesa farmaceutica si è perseguito l'obiettivo di incremento della distribuzione diretta del I° ciclo terapeutico a seguito di visita specialistica ambulatoriale, alla dimissione da ricovero, per i medicinali di fascia A e dei medicinali inseriti nel PHT, nel rispetto delle norme di riferimento.

L'attività di distribuzione diretta dei farmaci ai pz in dimissione da degenza ordinaria e D.H. e da visita ambulatoriale è cresciuta negli ultimi anni nella ns azienda

Alcuni dati :

- 2011 importo erogato € 11.728.148,24
- 2012 importo erogato € 12.658.153,60
- 2013 (primo semestre) importo erogato € 6.863.045

per un risparmio pari almeno al 50% del prezzo al pubblico per i farmaci di fascia A e Apht

Considerando esclusivamente gli importi della spesa per la diretta aziendale dei farmaci questa non sembrerebbe essere di molto cresciuta: in realtà vanno considerati i numeri dei pz che hanno ricevuto farmaci direttamente che sono invece incrementati del 83% dal 2011 al 2012, in particolare la diretta a pz affetti da malattia rara è aumentato del 310 % , la diretta a pz cronici circa del 79%.

La spiegazione dell'incremento dei pz raggiunti a fronte di un non corrispondente aumento della spesa è dovuto a diversi fattori

- maggior ricorso a farmaci equivalenti
- genericazione di un notevole numero di farmaci ad alto impatto di consumo e spesa
- attivazione nel 2010 della prima gara regionale di cui ASL 3 è stata capofila

I pz che hanno usufruito della distribuzione diretta dei farmaci sono stati

- nel 2011 circa n° 35.500
- nel 2012 circa n° 65.000

nel primo semestre del 2013 sono oltre 38.000 i pz che hanno ricevuto farmaci in diretta dalle varie sedi di distribuzione del Dipartimento Farmaceutico

Va sottolineato che , al fine di non creare una induzione di spesa che potrebbe verificarsi se le terapie ricevute dal pz in diretta venissero poi abbandonate o nuovamente prescritte a carico del SSR in un arco temporale ravvicinato , sono effettuati controlli a campione sulle prescrizioni SSR per verificare se gli stessi utenti che

hanno ricevuto farmaci in diretta abbiano poi avuto prescrizioni uguali o sovrapponibili nel periodo immediatamente successivo all'erogazione diretta

Vantaggi

oltre ad un indubbio risparmio dovuto all'elevata percentuale di sconto con i quali vengono acquistati i farmaci , in alcuni casi superiori al 80% , i pz ed i loro parenti ricevono , in un momento di particolare fragilità che segue il ricovero , direttamente al momento della dimissione da ricovero i farmaci necessari all'espletamento del completo primo ciclo di terapia , senza dover fare immediatamente ricorso alla prescrizione del proprio MMG .

E' doveroso ricordare che i pz ricevono insieme ai farmaci l'elenco di quanto prescritto e ricevuto e l'istruzione di mettere a conoscenza di ciò il proprio MMG

Anche per i pz cronici , affetti da patologie che richiedono accessi frequenti alla struttura ospedaliera , la diretta rappresenta un accorciamento dei tempi necessari per ottenere il farmaco prescritto che viene consegnato loro alla fine del trattamento ambulatoriale o di DH : è il caso per es. dei pz oncologici , dializzati , affetti da patologie reumatologiche o degenerative (SM) , trapiantati , pz . affetti da patologie rare

DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI A RSA / RP

Caso particolare di distribuzione diretta è quella che viene svolta a favore dei pz. Degenti presso RSA / RP convenzionate , compresi i posti letto privati , afferenti a diversi ambiti quali anziani , disabili , dipendenze e psichiatria.

Attualmente il numero di pz che usufruisce di tale distribuzione diretta è di circa 3000

Vantaggi

- monitoraggio delle richieste in termini di appropriatezza e quantità erogata
- monitoraggio di farmacovigilanza delle terapie (partirà nel 2014 progetto specifico finanziato da Regione per l'evidenziazione di eventuali interazioni nei pz in politerapia degentipresso RSA / RP)
- risparmio della spesa farmaceutica a carico del SSR

2) EROGAZIONE MATERIALI PER ASSISTENZA INTEGRATIVA

Nel corso dell'anno 2012 nei poli afferenti il Dipartimento delle Attività Farmaceutiche (S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata – S.C. Farmacia Ospedaliera) è stato erogato materiale ad assistiti aventi diritto per le seguenti tipologie (dati da Sportello Polifunzionale)

	Anno 2012	Anno 2011
Diabetici	24710	23704
Stomizzati	1.300	1.184
Tot incontinenza	1031	918
Medicazioni-lesioni	57	89
Nutrizione	927	242
Delibere Speciali	18	6

Il risparmio relativo è stato per l'anno 2011 di €. 8.745.000,00= e per l'anno 2012 di €. 8.739.000,00=.

Di particolare rilevanza l'attività inerente la distribuzione diretta degli integratori alimentari che ha prodotto un risparmio pari a circa € 762.000. Il percorso non è stato di sola mera distribuzione ma ha visto la condivisione

dei nutrizionisti con interventi finalizzati alla razionalizzazione dei prodotti nonché alla definizione di nuove procedure che migliorano l'appropriatezza della prestazione.

Inoltre tra la fine del 2011 e l'anno 2012 sono stati presi in carico, con erogazione diretta, gli assistiti diabetici e stomizzati delle circoscrizioni di Struppa-Cornigliano-Sestri Ponente, in precedenza forniti a domicilio da ditta esterna, con omogeneizzazione dei percorsi erogativi e riduzione della spesa.

OSSIGENO LIQUIDO

E' stato monitorato il servizio di fornitura di ossigeno liquido per ossigenoterapia domiciliare a favore di 772 assistiti (media mensile)

B) CENTRALIZZAZIONE PREPARAZIONI CHEMIOTERICHE : ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI (UFA)

Un passo in avanti per la sicurezza dei pazienti e degli operatori - appropriatezza come fonte anche di risparmio

Dal 1 Ottobre 2013 è attivo presso l' Ospedale Scassi l'Unità farmaci Antiblastici (UFA) per la preparazione centralizzata delle terapie antiblastiche a servizio delle varie Oncologie dell'Azienda

Il processo di attivazione di tale Unità è partito dall'Agosto 2012 quando è iniziata la fase preparatoria mediante l'adozione di un programma informatizzato che consente la gestione informatica e proceduralizzata sia dei protocolli chemioterapici che dei dati dei pz per il calcolo dei dosaggi da prescriversi secondo le indicazioni previste nel programma , che sono ovviamente aderenti alle indicazioni Ministeriali dei farmaci

Tale programma è stato la base affinché i medici oncologi possano inserire le prescrizioni dei protocolli chemioterapici ed il farmacista validarli verificando la correttezza dei dati fondamentali :

- la patologia per il quale è richiesta la preparazione ,
- i dati anagrafici e il corretto inserimento dei valori di peso, altezza ed eventualmente creatinina del paziente,
- i farmaci inseriti, il corretto utilizzo del diluente, il dosaggio e la concentrazione del farmaco,
- i tempi di somministrazione,
- la via di somministrazione,
- la presenza delle terapie di supporto utili,
- la congruità della prescrizione rispetto alle precedenti prescrizioni e le eventuali variazioni di dosaggio ed il rispetto dei drug day definiti.

Nella fase preparatoria sono stati inseriti:

- **14 tipi di somministrazioni**
- **27 forme farmaceutiche**
- **94 farmaci** per ognuno dei quali è stata inserita una scheda dettagliata con le informazioni per la preparazione, ricostituzione e diluizione; le informazioni riguardo la fotosensibilità ed eventuali precauzioni da utilizzare; l'elenco delle sostanze e dispositivi incompatibili con il farmaco, le avvertenze in caso di farmaco vescicante, le modalità di conservazione e la stabilità fisica e microbiologica, eventuali premedicazioni ritenute indispensabili per tale farmaco.
- **43 terapie di supporto** da associare alle chemioterapie contenenti 1 o più' farmaci
- **252 protocolli**, insieme ai medici oncologi, in ognuno dei quali, per tutti i farmaci inseriti, sono stati valutati e inseriti nel protocollo: i solventi più' appropriati per la diluizione, le vie di somministrazione, i corretti tempi di somministrazione, l'ordine di somministrazione dei diversi farmaci del protocollo, i dosaggi minimi e massimi, le terapie di supporto fondamentali, le patologie per le quali il protocollo è utilizzato e i tempi di durata dei cicli, eventuali alert per il prescrittore, il preparatore, il somministratore.

Da dicembre 2012 è iniziata una fase di test in cui i medici ed i farmacisti hanno iniziato ad utilizzare il programma informatico che ha permesso i controlli suddetti

Dal 1 ottobre 2013 , con la conclusione dei lavori per la costruzione dell'UFA , dotata di una camera bianca , le preparazioni delle oncologie sono state accentrate e preparate secondo procedura aziendale condivisa e validata che si basa sulle evidenze delle Buone norme di preparazione previste dalla vigente Farmacopea

L'attivazione presso lo SO Scassi della Unità Farmaci Antiblastici (UFA) consente di allestire tutte le preparazioni chemioterapiche per i vari poli di oncologia della ASL 3 e per tutti i reparti che anche occasionalmente utilizzano tali preparazioni (Urologia , RX interventistica , Ginecologia , Oculistica , Neurologia , Medicina) .

Il risultato atteso di tale struttura è sia in termini di :

- sicurezza e garanzia per il pz. :l'allestimento dei chemioterapici viene effettuato secondo le norme di buona fabbricazione previste dalla vigente FU in camera bianca classe B sotto cappa sterile classe A , con validazione e controllo dei reflui di preparazione , controllo particellare e microbiologico degli ambienti di lavorazione , controllo microbiologico dei reflui di preparazione
- sicurezza per gli operatori , che agiscono secondo procedure validate in ambiente protetto
- risparmio per una ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci , soprattutto per quelli ad alto costo

Da Gennaio 2013 ad oggi nel sistema sono stati inseriti 680 pazienti,

Dal 1 Ottobre 2013 , avvio dell'UFA , ad oggi sono state controllate , allestite , verificate più di 700 preparazioni antiblastiche

Tale Unità è partita per forte volere ed investimento della Direzione Aziendale , proprio per iniziare un percorso virtuoso in termini di qualità ,sicurezza , efficacia , appropriatezza e monitoraggio dei farmaci oncologici che oggi sono una delle maggiori voci di spesa per i farmaci in ambito Ospedaliero

C) MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA

verifica delle prescrizioni a carico del SSR

1) MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale convenzionata ha evidenziato una spesa nell'anno 2012 pari ad un importo netto di 114.983.000 € con un disavanzo di 21.064.597 € rispetto all'anno 2011.

La spesa farmaceutica territoriale convenzionata registra costanti contrazioni:

- scostamento 2011/2010 - 9,2%
- scostamento 2012/2011 - 15,48%

Analogo andamento si è confermato nei primi otto mesi dell'anno 2013 con uno scostamento pari -6,12% rispetto allo stesso periodo dell'anno 2012.

I significativi effetti sono la risultante di azioni concomitanti: essenzialmente la perdita della copertura brevettuale di molecole con un rilevante impatto sulla spesa (atorvastatina, irbesartan come monocomponente e in associazione, candesartan, rabeprazolo, donepezil e quetiapina) nel corso del 2012, ma anche di azioni di governo della spesa farmaceutica consistenti nell'insieme di attività finalizzate ad adeguare la spesa SSR per l'erogazione dei medicinali, al livello di risorse finanziarie disponibili.

Gli strumenti di intervento sono articolati a vari livelli decisionali, nazionale, regionale, di Azienda sanitaria.

Per quanto concerne la parte attinente alla S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata la principale attività di competenza si estrinseca nel monitoraggio della prescrizione farmaceutica e quindi della spesa.

Le azioni di maggiore rilevanza si possono riassumere nella:

- elaborazione e trasmissione trimestrale ai MMG e PLS di reports della loro attività prescrittiva volti alla verifica del profilo prescrittivo, nonché all'evidenziazione di situazioni di scostamento rispetto a indicatori di ASL, per stimolare percorsi di autoanalisi e di revisione di eventuali differenze. Particolare attenzione al livello di prescrizione dei medicinali equivalenti al fine di evidenziare comportamenti non conformi al migliore rapporto costo efficacia, nonché condizioni di scostamenti significativi rispetto alla media ASL
- elaborazione e trasmissione mensile alle Aziende Ospedaliere-IRCCS-Dipartimenti di ASL n. 3 di reports relativi all'attività
- prescrittiva dei medici dipendenti
- monitoraggio della distribuzione dei medicinali per conto dei farmaci del PHT (Prontuario Ospedale Territorio)
- analisi delle prescrizioni in relazione alle norme di prescrizione con spesa a carico del SSN (Note AIFA-scheda tecnica-Piani Terapeutici, normative specifiche di settore), conseguenti segnalazioni inviate alle Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva (CDAP) oltre a segnalazioni di condizioni non conformi alle norme vigenti in materia e alle specifiche procedure aziendali circa l'uso del ricettario del SSN
- informazione indipendente ai medici prescrittori attraverso note, incontri di aggiornamento al personale medico specialista aziendale, MMG/PLS, di Aziende Ospedaliere che ne hanno fatto richiesta
- applicazione informatizzata dei Piani Terapeutici per i medicinali per i quali è previsto da AIFA la prescrizione con redazione del Piano Terapeutico da parte di medici afferenti a Centri specialistici individuati dalla Regione, verifiche sulla corretta compilazione dei Piani terapeutici

Farmaci EQUIVALENTI

ASL3 ha svolto una specifica campagna di informazione sui medicinali equivalenti rivolta ai cittadini attraverso:

- la predisposizione di manifesti e brochure da distribuire presso gli studi di MMG e PLS, farmacie, sedi aziendali, associazioni di volontariato
- articoli e redazionali su quotidiani locali e periodico distribuito dalle farmacie
- spot e interviste in emittenti locali.

2) Monitoraggio prescrizioni sia interne che a carico SSN effettuate da parte di medici specialisti ospedalieri e territoriali

Dal 2011 sono stati trasmessi ai cdc report delle prescrizioni a carico del SSN dei medici specialisti, sulla base dei dati forniti dalla SC farmaceutica convenzionata.

Con tale evidenze i Responsabili di Dipartimento, di SC ed i singoli dirigenti medici sono stati informati delle loro prescrizioni e ragguagliati sulla possibilità / necessità di ricondurre tali ricettazioni ad una distribuzione diretta.

Queste azioni di sensibilizzazione, congiunte a quelle della DMO POU e della Direzione Generale e Sanitaria, hanno portato ad un sensibile calo delle prescrizioni SSN da parte degli specialisti ospedalieri, pari circa al 30 % in termini di importo lordo di spesa

In coerenza a quanto previsto da DGR 759/2011 vengono attualmente inviati ai Direttori dei Dipartimenti aziendali report sulle prescrizioni a carico SSR

E' indubbio che il lavoro svolto in collaborazione e condivisione con i Dipartimenti Aziendali, la Direzione Aziendale, la Direzione POU, le Direzioni DSS e i medici specialisti al fine di sostituire la prassi di prescrizione a carico SSR a favore della Distribuzione diretta ha portato evidenti e fruttuosi risultati

In definitiva le attività intraprese dalle strutture del Dipartimento Farmaceutico hanno portato ad un notevole risparmio mirato non solo a trarre obiettivi di contenimento della spesa, previste dalle recenti normative nazionali, ma anche per liberare risorse per far fronte alle sempre crescenti e nuove esigenze terapeutiche.

IL RUOLO DEL COLLEGIO DI DIREZIONE NEL GOVERNO DELL'AZIENDA SANITARIA

Mario Pilade Parodi

Membro Collegio di Direzione e Direttore Dipartimento Medicina ASL3

La relazione trae spunto dal bisogno di evidenziare in occasione della Conferenza dei servizi di ASL 3 Genovese la complessità gestionale dell' Azienda sanitaria, molto eterogenea per la coesistenza di aree ad elevata tecnologia sanitaria, come ad esempio i Centri specialistici ospedalieri, con la capillarità della diffusione dei servizi territoriali alla persona.

In questa complessità un aspetto meritevole di attenzione è il non sempre facile rapporto tra il ruolo gestionale dell'alta Direzione e le molteplici professionalità mediche e sanitarie, rapporto che ha subito nel tempo il condizionamento di legislazione nazionale e regionale, e che nel Collegio di Direzione riconosce uno degli snodi più importanti.

Dopo la costituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833 del 1978, legge attenta a individuare i criteri per il rispetto del diritto alla salute sancito dalla nostra costituzione, il legislatore negli anni successivi è dovuto intervenire in maniera sostanziale per cercare di arginare i costi crescenti (aziendalizzazione con poteri gestionali monocratici attribuiti al Direttore Generale) e per assegnare alle Regioni compiti organizzativi molto rilevanti nel rispetto dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), con i Decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, poi ripresi in maniera sistematica dal D.L 229 del 1999 (legge Bindi).

La componente gestionale con la necessità di crescente attenzione al contenimento e alla ragionata collocazione delle risorse, ha eroso sempre più esplicitamente l'autonomia decisionale dell'atto medico, anche per la sempre maggiore disponibilità di tecnologie e terapie costose, e per il crescere dei bisogni collettivi sanitari.

Per altro la nostra giurisprudenza conserva il richiamo alla responsabilità individuale e penale dell'atto medico, e la consapevolezza del diritto alla salute è sempre più esplicita e pretesa nella collettività, con facilitazione del contenzioso, e tutto questo rende fragile e incerta la decisione sanitaria.

Nel Collegio di Direzione secondo il legislatore queste diverse necessità dovrebbero trovare sintesi ragionata e condivisa, ma nei fatti l'operatività è resa difficoltosa per evidente asimmetria delle parti.

L'impegno di tutti, dirigenti medici e altri professionisti, direttori generali, sanitari e amministrativi dovrebbe sempre mirare alla massima collaborazione ,con senso di responsabilità, intelligenza e competenza, affinché una conquista prioritaria nel nostro welfare , l'assistenza sanitaria pubblica universale, venga per quanto possibile preservata e difesa per il futuro nostro e dei nostri figli.

IL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE DI ASSISTENZA

Bruna Rebagliati
Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL3

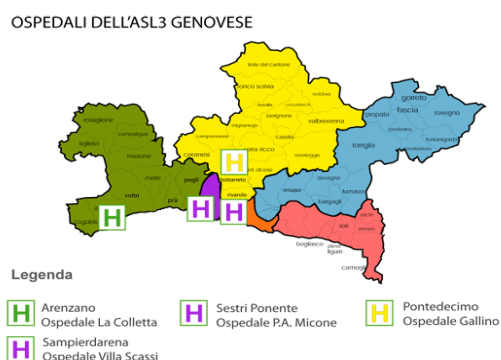
IL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO (P.O.U.) OGGI

Il Presidio Ospedaliero Unico nella sua attuale configurazione è il risultato di un importante lavoro di riorganizzazione e rifunzionalizzazione che ha comportato la ridefinizione delle attività e dei percorsi trasversali, sulla base della specifica mission individuata per di ogni singolo ospedale, nell'ottica della valorizzazione delle professionalità e delle eccellenze cliniche presenti.

Vorrei, infatti, ricordare che, nell'anno 2008, all'atto della sua costituzione, il Presidio Ospedaliero Unico disponeva di 7 ospedali, di circa 1000 posti letto e proveniva dall'unione di 3 Presidi ospedalieri ed un'Azienda.

GLI OSPEDALI DEL P.O.U.

Oggi il Presidio Ospedaliero Unico della ASL 3 Genovese è composto, dai seguenti Ospedali:



- Villa Scassi di Genova Sampierdarena
- Gallino di Genova Pontedecimo
- Padre Antero Micone di Genova Sestri Ponente
- La Colletta di Arenzano.

Dispone complessivamente di 690 posti letto.

Nell'anno 2012, sono state erogate circa 200.000 giornate di degenza ordinarie, 12000 interventi chirurgici, 1750 DSA, oltre 90.000 accessi di PS.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: TRA L'INDIVIDUALITÀ E L'INTEGRAZIONE

La riorganizzazione del presidio ospedaliero unico, considerando anche la collocazione dei vari stabilimenti ospedalieri sul territorio, ha inteso valorizzare al meglio le risorse presenti con l'obiettivo di riordinare una situazione che, nel corso del tempo ed infine con il processo di unificazione delle due aziende, aveva determinato una frammentazione ed una dispersione di professionalità, e spesso una duplicazione di attività.

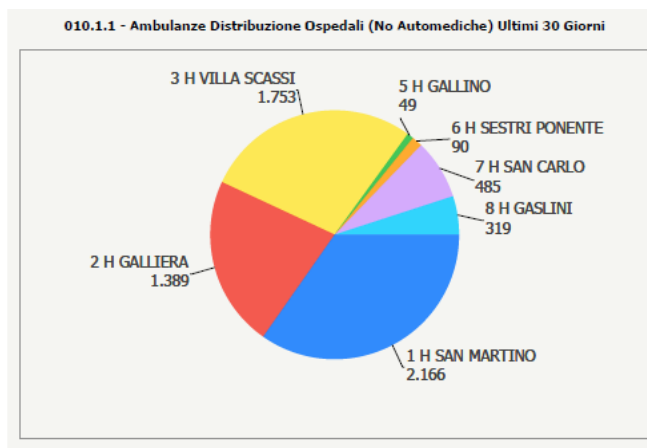
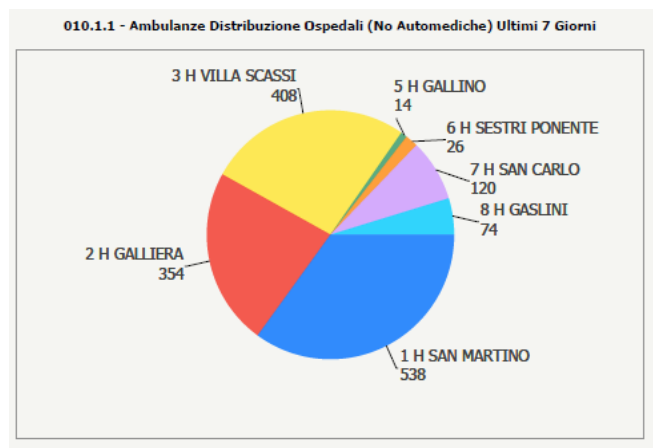
Ad ogni ospedale è stato attribuito un ruolo specifico e determinante all'interno del Presidio con un definito ed articolato percorso di rete che garantisce la presa in carico del paziente dal momento dell'accesso in emergenza o in elezione fino al rientro al domicilio con un ambizioso progetto di integrazione territoriale.

LE SPECIFICITÀ DELL'OSPEDALE VILLA SCASSI

E' il maggiore ospedale del Presidio, cuore nella gestione dell'emergenza e dell'alta complessità.

Il DEA di primo livello garantisce una risposta altamente qualificata all'emergenza dell'area metropolitana di afferenza e del ponente genovese.

Ivi afferiscono circa il 30% delle richieste di intervento che giungono alla Centrale operativa 118, come si rilevabile dai dati forniti dalla centrale operativa 118.



Dispone delle seguenti specialità:

- DEA di Primo Livello
- Rianimazione
- Cardiologia con Utic ed Emodinamica
- Day Hospital Multidisciplinare 1
- Day Hospital Multidisciplinare 2
- Chirurgia Generale
- Day Surgery
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Ortopedia
- Ortopedia Rieducazione Funzionale
- Urologia
- Ostetricia
- Pediatria
- Patologia neonatale
- Nido
- Medicina Generale
- Nefrologia e Dialisi
- Neurologia
- Neurologia Centro Ictus
- Neurologia Riabilitativa
- Pneumologia
- Psichiatria
- Medicina d'urgenza e Degenza Breve
- Rianimazione
- Rianimazione Sub Intensiva
- Centro Grandi Ustionati
- Radiologia
- Medicina nucleare
- Emodinamica
- Radiologia Interventistica
- Anatomia Patologia
- Piastra ambulatoriale

- UFA
- Pensionandi

LE SPECIFICITA' DELL'OSPEDALE A. GALLINO

E' la sede prevalente per la media complessità chirurgica in regime di Day, One Day e Week Surgery.

Dispone delle seguenti specialità:

- Medicina Generale
- Medicina ad Indirizzo Riabilitativo
- Day Surgery Multidisciplinare
- Week Surgery Multidisciplinare
- Cure Intermedie
- Radiologia
- Piastra ambulatoriale
- Isola Oncologica

LE SPECIFICITA' DELL'OSPEDALE P.A. MICONE

Centro di riferimento del Presidio per l'attività oculistica ed otorinolaringoiatrica, è sede di UTIC.

Sono presenti:

- S.C. di Medicina e di una SS di Oncologia che garantiscono una rilevante risposta internistica ed emato-oncologica al territorio del Ponente Genovese
- S.C. di Neurologia, per la quale è in corso il completamento del percorso di integrazione con quella dell'Ospedale Villa Scassi in un disegno di rete che garantisce la presa in carico del paziente secondo complessità assistenziale.
- Punto di Primo Intervento, aperto sulle 24 ore, che garantisce una prima risposta alle urgenze minori, la stabilizzazione del paziente per il trasferimento ed in piena integrazione con il DEA dell'Ospedale Villa Scassi
- S.C. Cardiologia
- Unità Coronarica
- S.C. O.r.l.
- S.C. Oculistica
- S.C. Medicina Generale
- Day Surgery Multidisciplinare
- Ortopedia e Traumatologia
- S.S. Psichiatria ad Indirizzo Riabilitativo
- Servizio di Anatomia Patologia
- Servizio di Patologia Clinica
- Servizio di Radiologia
- Piastra ambulatoriale

LE SPECIFICITA' DELL'OSPEDALE LA COLLETTA

Rappresenta l'eccellenza nella riabilitazione pubblica.

E' l'Ospedale individuato per il completamento dei percorsi di cura che necessitino di riabilitazione intensiva.

Dispone delle seguenti specialità:

- Cardiologia riabilitativa

- Medicina ad indirizzo riabilitativo
- Pneumologia riabilitativa
- Recupero e Rieducazione Funzionale
- Neuroriabilitazione
- Riabilitazione Neuromotoria
- Addestramento peritoneale
- Dialisi
- Diabetologia
- Laboratorio di 2° livello - centro di riferimento regionale di tossicologia analitica
- Radiologia

LE PROSPETTIVE

I progetti di adeguamento e ristrutturazione, in via di realizzazione all'interno dei diversi ospedali del Presidio, costituiscono il fulcro della ridefinizione di nuovi percorsi assistenziali finalizzati all'implementazione di nuovi modelli di assistenza e, in particolare, alla realizzazione di percorsi di intensità di cure e di presa in carico globale nell'ottica di favorire una reale integrazione tra ospedale e territorio.

RIFUNZIONALIZZAZIONE DEL PRESIDIO CONSEGUENTE ALL'APERTURA DEL PADIGLIONE FERRANDO

Il completamento dell'intervento relativo all'ampliamento ed all'adeguamento funzionale del pad. 9 consente di programmare una riorganizzazione funzionale complessiva del presidio, sia in relazione alle strutture sanitarie che alle loro funzioni di supporto.

In quest'ottica si è proceduto ad una redistribuzione delle diverse funzioni con, laddove possibile, riorganizzazione delle attività per specializzazione di attività all'interno dei diversi padiglioni; al termine dei lavori la maggior parte dei padiglioni dell'Ospedale Villa Scassi avrà, pertanto, una precisa connotazione specialistica:

- Pad. DEA – Padiglione Emergenza
- Pad. 3 - Padiglione chirurgia generale
- Pad. 4 – Padiglione ortopedico
- Pad. 6 - Padiglione specialità chirurgiche per intensità di cure
- Pad. 7 – Padiglione ginecologico
- Pad. 9 (compreso pad 9bis) – Padiglione internistico

L'INTENSITA' DI CURA IN UN OSPEDALE A PADIGLIONI

I progetti di ristrutturazione che coinvolgeranno i diversi padiglioni dell'ospedale Villa Scassi, successivi alla recentissima apertura del nuovo padiglione Ferrando, hanno permesso l'individuazione sperimentale, all'interno del padiglione 6 dell'Ospedale Villa Scassi del modello organizzativo per intensità di cure.

IL MODELLO DELL'INTENSITA' DI CURA

Il modello organizzativo per intensità di cure, prevede il superamento dell'organizzazione ospedaliera tradizionale, strutturata gerarchicamente per unità operative differenziate per disciplina specialistica, focalizzando l'attenzione sulla gestione integrata dei processi e dell'attività secondo differenti livelli di complessità assistenziale (aree di degenza a bassa, media ed alta intensità di cura).

L'obiettivo è quello di favorire l'unitarietà del percorso diagnostico terapeutico superando la logica della frammentazione per adottare quella della coesione, della condivisione delle risorse, dell'integrazione tra

specialità, della multidisciplinarietà, della completezza dei percorsi diagnostici-terapeutici e dell'innovazione dei servizi erogati.

PADIGLIONE 6 DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE

Il padiglione sarà completamente destinato alle specialità chirurgiche ed organizzato per intensità di cure. Al completamento dell'intervento di ristrutturazione, sarà così strutturato:

PADIGLIONE 6 (SPECIALITÀ CHIRURGICHE)		
	PONENTE	LEVANTE
P 2	DEGENZA ALTA INTENSITA' (6PL) DAY SURGERY (6PL)	BLOCCO OPERATORIO (2 SS.OO.)
P 1	DEGENZA ORDINARIA (24PL)	
P Amm	SPOGLIATOI E MAGAZZINI	
P Terra	AMBULATORI	STUDI

INTENSITÀ DI CURA: PERCHÉ

La motivazione a questa scelta organizzativa deriva, in primis, dall'evoluzione del paziente e delle tecniche/tecnologie: l'anzianità si porta dietro un paziente fragile, multi cronico, con diversi accessi acuti nel corso dell'anno e che presenta problemi di gestione nella medicalizzazione che è di fatti molto complessa sotto il profilo assistenziale ma estremamente variabile per le condizioni di stabilità o instabilità cliniche.

Pazienti che pongono una serie di problemi di integrazione tra ospedale e territorio, di gestione delle dimissioni; a volte occupano impropriamente posti nelle terapie intensive e invece dovrebbero essere sorvegliati, monitorati e trattati in un reparto ad alta intensità di cura.

In questo senso le aree ad alta intensità sono aree multi specialistiche a sorveglianza infermieristica più forte, con posti letto monitorati, dove viene ricoverato il paziente tendenzialmente post-chirurgico che non richiede una rianimazione o terapia intensiva ma che necessita di un'attenzione particolare perché a maggior rischio di aggravamento rapido.

IL NUOVO RUOLO DELL'OSPEDALE

Non è più possibile ignorare che il ruolo dell'Ospedale si sta rapidamente modificando in un'ottica di cure ad alta intensità e forte contenuto tecnologico; le degenze sono sempre più brevi e alla realtà territoriale viene affidata parte dell'attività assistenziale un tempo deputata all'Ospedale.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

La Liguria fa parte di quella che in demografia è definita "fascia di fortissimo invecchiamento", un semicerchio che corre dal Nord al Sud Europa. Esso inizia nella parte centro-meridionale della Svezia e della Norvegia, passa per la parte centro-meridionale del Regno Unito, per quella meridionale della Francia e per quella centrale della penisola iberica, per terminare in Italia in alcune province liguri e piemontesi (Cagiano de Azevedo R. e Capacci, G., 2004).

L'invecchiamento della popolazione si associa, con frequenza crescente, alla comparsa di malattie cronico degenerative.

Non a caso l'OMS definisce le cronicità le "nuove epidemie"; di fatto le patologie croniche rappresentano un grande problema per il SSN e necessitano di un approccio sistemico ed integrato tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale.

La chiave di volta deve essere necessariamente ricercata nell'integrazione tra ospedale ed il territorio che deve vedere il distretto e l'ospedale come componenti uniche ed indissolubili.

IL PAZIENTE CRONICO IN OSPEDALE: QUALI MOTIVAZIONI

L'arrivo del paziente cronico in ospedale viene usualmente determinato da 3 fattori:

- 1) l'evoluzione della storia naturale della malattia;
- 2) non aver trovato, a livello territoriale, idonee risposte;
- 3) essere sfuggiti alla rete di assistenza, precipitando verso un grado di scompenso di malattia che ha imposto il ricovero.

I PUNTI DI INTEGRAZIONE PIU' NATURALI DELL'OSPEDALE CON IL TERRITORIO

In quest'ottica, anche all'interno del Piano Aziendale di Prevenzione, abbiamo intrapreso un percorso di rifunzionalizzazione dell'ospedale in una prospettiva di gestione integrata delle patologie croniche, sia in ambito intra-ospedaliero, sia nei rapporti con il territorio agendo principalmente sulle "porte del sistema Ospedale".

LE PORTE D' INGRESSO

Abbiamo, in particolare, focalizzato la nostra attenzione sugli accessi che avvengono tramite il Pronto Soccorso.

Il PS svolge un ruolo estremamente rilevante per l'altissima percentuale di pazienti che frequentemente vi si presentano senza che ciò dia origine ad un ricovero; può fornire dati molto importanti sulle cause evitabili di ricovero e sui bisogni di assistenza territoriali.

Stiamo lavorando affinché i pazienti possano essere "agganciati" in questa sede e dimessi attivamente dal PS sul territorio.

MEGLIO A CASA

Si tratta di un nuovo progetto socio assistenziale, iniziato nel mese di luglio 2013, gestito dal Distretto Sociale in collaborazione con il Distretto Sanitario ed operatori sanitari che operano presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Villa Scassi.

L'iniziativa si propone di sperimentare, per la popolazione fragile o non autosufficiente, ultra sessantacinquenne, un ricorso appropriato e corretto al PS e all'ospedalizzazione offrendo alternative valide e tempestive in risposta ai bisogni sanitari e sociali: fruizione di assistenza domiciliare gratuita per un mese con un assistente familiare (badante), cure infermieristiche e fisioterapiche a domicilio.

Il tutto si concretizza con la presenza di infermieri dei Distretti 9 e 10 presso il PS dell'ospedale Villa Scassi dal lunedì al venerdì dedicati a individuare e filtrare i pazienti che accedono in modo inappropriato al PS, favorendo la presa in carico degli stessi da parte della UVGO/Cure Domiciliari e eventuale attivazione badante.

In casi valutati come idonei per il progetto viene proposta una forma di assistenza domiciliare articolata in tre diverse modalità, a seconda delle esigenze del nucleo familiare (6, 12 o 24 h). Qualora tale forma venga accettata, alla famiglia viene proposta una terna di assistenti tra cui scegliere l'assistente che meglio si adatta alle esigenze del nucleo.

Dopo un mese di attività gratuita la famiglia ospite decide se rinnovare, a costi trasparenti ed omnicomprensivi, il contratto alla badante.

Questo progetto coniuga la promozione della continuità assistenziale a domicilio del paziente con il buon uso del Pronto Soccorso migliorando la permanenza a domicilio dei cittadini anziani che, passando dal Pronto Soccorso, aderiscono al progetto.

I dati di outcome saranno disponibili a distanza di un anno dall'inizio della sperimentazione, i dati di adesione sono assolutamente incoraggianti.

LE PORTE D' USCITA

La nostra attenzione è prevalentemente rivolta alla dimissione del paziente ed al suo ritorno al territorio con due tipologie di percorsi:

1) le **dimissioni protette**: rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale

2) le **dimissioni facilitate**: per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizione di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale (la perdita o drop out del paziente cronico è oggi uno dei fattori più critici).

LA DIMISSIONE PROTETTA

Per "Dimissione Protetta" s'intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (domicilio o struttura residenziale) che si applica ai pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.

Per questi pazienti "fragili", al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, infermieristica e/o riabilitazione da organizzare in un progetto di cure integrate di durata variabile da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza.

Le dimissioni protette devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere e Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

LA DIMISSIONE FACILITATA

In tali ambiti stiamo individuando percorsi integrati e condivisi con il territorio che consentono la pianificazione della dimissione (alla quale occorre lavorare già nei primissimi giorni di degenza) attiva e concordata del paziente all'interno della rete territoriale.

UN NUOVO PERCORSO OSPEDALE-TERRITORIO

Affrontare il problema delle dimissioni difficili vuol dire in primo luogo agire a monte rispetto al ricovero, evitando i ricoveri inappropriati e potenziando l'assistenza domiciliare; questo richiede la piena collaborazione fra il MMG, il servizio di Cure Domiciliari (se presente) e il reparto ospedaliero.

Nell'ambito del Piano di Prevenzione Aziendale si sta procedendo, in piena collaborazione con MMG, Distretti, Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali, alla concretizzazione di un progetto di condivisione dei percorsi di cura.

In ogni reparto del Presidio è stata identificata una figura di riferimento per la comunicazione verso l'esterno ed in particolare verso i MMG e i servizi sociali. Allo stesso modo MMG e servizi sociali identificheranno figure di riferimento per ottimizzare la comunicazione con i colleghi ospedalieri.

La figura di riferimento ospedaliera:

- informerà tempestivamente i servizi sociali nel caso in cui vengano ricoverati pazienti - non solo anziani - a rischio di dimissioni difficili.
- comunicherà ai servizi sociali la data delle dimissioni del paziente.
- informerà tempestivamente il MMG del ricovero di un suo paziente che potrebbe essere a rischio di dimissione difficile.

Il MMG:

- collaborerà durante la fase di ricovero, attraverso la compilazione e invio di una scheda appositamente predisposta e condivisa, atta ad integrare la documentazione relativa al paziente, soprattutto in termini di terapia domiciliare e dipendenza nelle attività della vita quotidiana/fragilità.
- segnalerà direttamente al reparto, attraverso percorsi dedicati di prenotazione CUP, eventuali pazienti che, anche per difficoltà sociali o familiari, potrebbero essere “a rischio” di ricovero inappropriato o comunque evitabile. Gli accessi consentiranno la consulenza ed eventuali visite specialistiche, di norma presso gli ambulatori ospedalieri.

Sempre nell’ottica di un’ottimizzazione dell’integrazione ospedale territorio, il gruppo di lavoro (composto da rappresentanti ospedalieri, territoriali, servizi sociali e MMG) valuterà la fattibilità di visite/consulenze al domicilio del paziente da parte di specialisti ospedalieri.

Si verrebbe in questo modo a creare una sorta di “fidelizzazione” tra un produttore di prestazioni sanitarie relativamente complesse (il reparto ospedaliero) e il “cliente interno” (rappresentato dal MMG) o il cliente tout court (rappresentato dal paziente).

Questo processo di fidelizzazione può essere attivato sia per iniziativa del presidio ospedaliero, in occasione della dimissione di un paziente ricoverato, sia per iniziativa del MMG o delle Cure Domiciliari che si rivolgono al reparto ospedaliero per ottenere consulenza ed eventuale supporto specialistico per casi complessi.

IL DOMANI

Dal luglio 2008, periodo di costituzione, ad oggi il Presidio Ospedaliero Unico della ASL3 Genovese ha affrontato un percorso di profondi cambiamenti, non soltanto strutturali ma, anche e soprattutto, organizzativi, di integrazione, di rimodulazione dell’offerta, di innovazione dei percorsi di cura e di assistenza.

Il nostro desiderio non può essere altro che quello di proseguire nel cammino di crescita intrapreso garantendo al nostro paziente la piena integrazione tra i diversi livelli di assistenza come requisito indispensabile di un efficace, appropriato ed efficiente percorso di cura.

VACCINARSI

Valter Turello Responsabile S.S. Strategie Vaccinali ASL3

Vaccinarsi, cardine della prevenzione primaria, è un atto di grande valenza sanitaria e anche una scelta etica in quanto protezione non solo del singolo ma dell'intera comunità da malattie infettive contagiose, nonché strumento efficace nell'interrompere la catena di trasmissione in corso di epidemie e, non da ultimo, un dimostrato intervento di risparmio dei costi sanitari.

La ASL 3 Genovese rappresenta in questo contesto un punto di riferimento a livello nazionale e oggi anche internazionale per gli obiettivi raggiunti in linea con le indicazioni ministeriali e le raccomandazioni dell'OMS. Questa ASL è infatti particolarmente dedicata allo sviluppo dell'attività attraverso il puntuale utilizzo dei vaccini più sicuri ed efficaci disponibili e la realizzazione di strategie innovative anche sotto l'aspetto tecnologico rivolte ai soggetti più fragili di tutte le età dai neonati agli adulti e agli anziani e più recentemente anche ai soggetti a maggior rischio affetti da patologie croniche.

Dopo aver eliminato il vaiolo e la poliomielite e avere coperture elevate per malattie come difterite, tetano, pertosse, epatite b, l'attività vaccinale nei neonati è attualmente orientata da una parte a mantenere i risultati raggiunti, dall'altra a eliminare gravi patologie ancora presenti in età neonatale quali il morbillo e le meningiti batteriche.

La vaccinazione degli adolescenti è oggi rivolta innanzitutto a prevenire malattie di particolare gravità se contratte in età adulta quali varicella, rosolia in gravidanza, pertosse, morbillo, a continuare l'immunizzazione per la meningite C, e ha acquistato una particolare rilevanza da quando è stato introdotto il vaccino contro il papillomavirus, responsabile della maggior parte dei carcinomi della cervice uterina.

A tale scopo, a partire dal 2008, anno di introduzione del vaccino, il prodotto è stato somministrato al 60% delle 12enni e, per aumentare l'adesione, si è provveduto ad attivare un CALL CENTER con grossa esperienza in campo sanitario che attraverso il coinvolgimento attivo delle ragazze non ancora vaccinate, sta apportando risultati molto incoraggianti. L'integrazione di questa vaccinazione con lo screening citologico è un'ulteriore strategia allo studio che può offrire alle giovani donne un'arma in più per prevenire una forma tumorale che è la più diffusa nel sesso femminile.

Anche negli anziani le campagne di vaccinazione contro l'influenza e contro le infezioni pneumococciche quali polmoniti, meningiti, sepsi stanno contribuendo in maniera significativa a diminuire i ricoveri e la mortalità per tali patologie.

A tal fine la ASL 3 ha da sempre privilegiato l'utilizzo dei nuovi vaccini potenziati ed ha dispiegato una rete di distribuzione e somministrazione in grado di arrivare a tutti i cittadini, in modo da raggiungere quegli obiettivi di copertura necessari per contenere la diffusione di queste infezioni non solo negli anziani, target primario delle campagne, ma anche in tutti i soggetti affetti da patologie croniche di tutte le età. Ed è proprio a questi ultimi, zona di fragilità di complessa gestione, cui stiamo dedicando una particolare attenzione, da una parte con la realizzazione, in collaborazione con l'ARS, di un "Registro/Anagrafe dei soggetti a rischio" e dall'altra con progetti di integrazione tra l'attività vaccinale e i modelli organizzativi di presa in carico delle cronicità quali il CHRONIC CARE MODEL.

Ricordiamo inoltre che la vaccinazione influenzale è attivamente offerta ai lavoratori con particolare riguardo agli operatori dei servizi pubblici di primario interesse collettivo compresi gli operatori sanitari, categoria per la quale è ancora bassa la protezione. I lavoratori insieme ai viaggiatori per turismo e volontariato, che si recano in paesi a rischio possono trovare negli ambulatori di Igiene le consulenze e i vaccini necessari per la loro protezione anche in ottemperanza a quanto previsto dalle norme di profilassi internazionale.

Complesso e variegato quindi, il mondo sanitario che ruota intorno alle vaccinazioni che coinvolge in prima linea il Dipartimento di Prevenzione attraverso la Struttura Complessa di Igiene e Sanità Pubblica deputata alla gestione complessiva dell'attività attraverso network vaccinali tesi al coinvolgimento attivo di numerose figure professionali.

Una rete diffusa di ambulatori garantisce l'offerta ai cittadini secondo modalità personalizzate con possibilità di rivolgersi agli ambulatori gestiti dalla S.S. Strategie Vaccinali ad accesso libero per tutte le età, dalla S.C. Consultoriale su appuntamento per la fascia 0-3 anni, dai Pediatri di libera scelta e dai Medici di medicina generale con somministrazione diretta nei loro studi.

La Struttura delle Strategie Vaccinali programma la convocazione di 36.000 soggetti target all'anno, gestisce l'approvvigionamento e la distribuzione di 300.000 dosi vaccinali, promuove la formazione degli operatori sui nuovi vaccini e sulle più moderne tecniche operative.

L'ASL 3 è oggi attivamente coinvolta in due campi particolarmente innovativi per sviluppo dell'attività vaccinale in collaborazione con l'Università di Genova e la Regione Liguria.

Recentemente è stato costituito tramite convenzione con il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova, un organismo che prevede una collaborazione diretta tra esperti dell'Igiene e Sanità Pubblica e ricercatori del Dipartimento di Scienze della Salute Università di Genova, per l'effettuazione di studi clinici sul campo, studi epidemiologici e attività di sorveglianza volti alla valutazione dell'efficacia e sicurezza di vaccini e dispositivi medico-sanitari in corso di sviluppo clinico o già disponibili.

Inoltre è in atto un progetto pilota di vaccinovigilanza attiva promosso dalla Regione Liguria, che oggi interessa altre 7 regioni italiane che ha lo scopo principale di coinvolgere direttamente i cittadini nei sistemi di segnalazioni delle reazioni avverse con l'obiettivo ultimo di dare massima trasparenza all'atto vaccinale e aumentare in tal modo la fiducia nelle vaccinazioni.

Il contributo scientifico che scaturisce da queste collaborazioni consolida il ruolo di riferimento da tempo riconosciuto alla ASL 3, fondamentale per lo sviluppo di una sempre più diffusa cultura vaccinale tesa a raggiungere quegli obiettivi di copertura che il Ministero della Salute e l'OMS individuano quali priorità assolute ed inderogabili.

IL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE TRA CONTINUITÀ ED INNOVAZIONE

Marco Vaggi

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL3

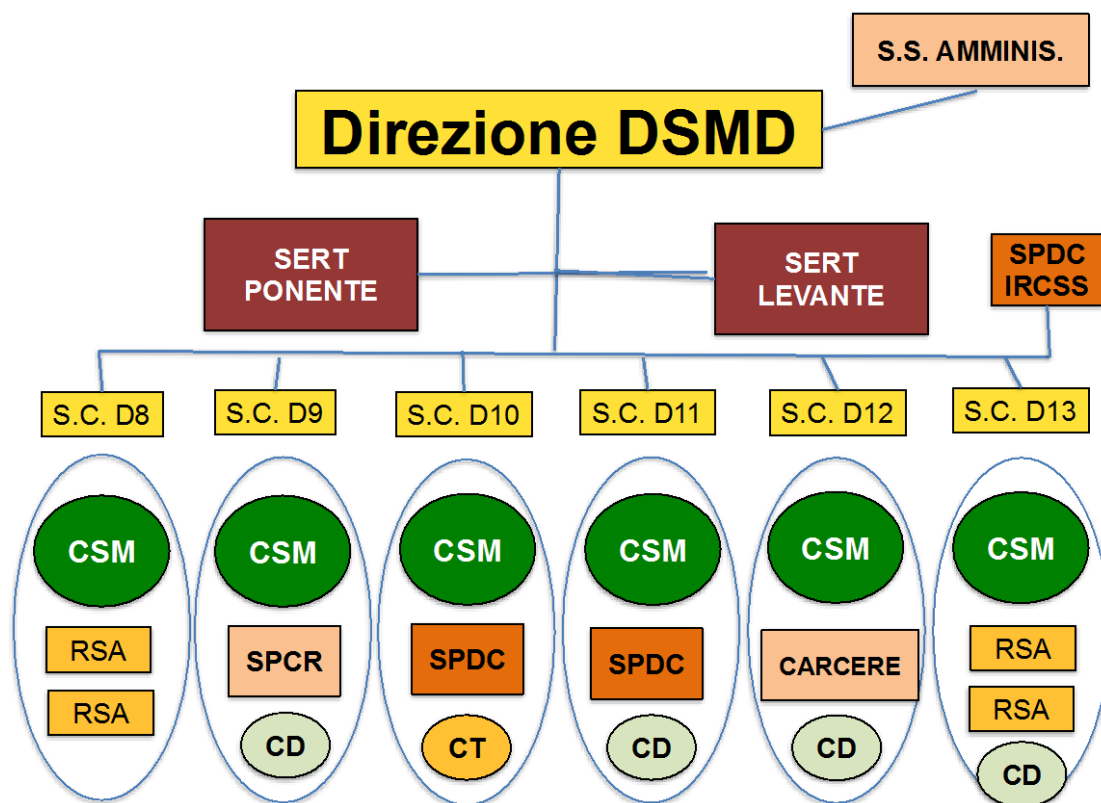
Malgrado il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) abbia avuto, sin dalla sua costituzione, l'obiettivo di dare una risposta ai bisogni di salute psichica della popolazione, ancora oggi viene spesso identificato come il servizio sanitario che si occupa unicamente dei "folli". Ciò appare stigmatizzante e nei fatti riduttivo; infatti la popolazione che si rivolge ai Servizi Psichiatrici ed ai Sert, anche grazie ad una costante opera di informazione, si è negli anni modificata e si è diversificata con la presenza, accanto a disturbi mentali gravi, di altri quadri clinici, di nuovi bisogni e nuove richieste. Si pensi a titolo di esempio alla crescente domanda di intervento per disturbi depressivi ed ansiosi che colpiscono la popolazione con una prevalenza life-time intorno al 10 % (per la ASL 3 circa 70.000 persone), ai gravi disturbi della personalità spesso in comorbilità con comportamenti di abuso, alle patologie psichiche correlate a fasi vitali (adolescenza, gravidanza e puerperio, senilità) o ai disturbi psichici correlati a patologie croniche. Anche nel campo delle dipendenze si è assistito ad un progressivo mutamento nella clinica con comparsa di "nuove dipendenze" (si pensi all'uso diffuso di psicostimolanti, al crescere della dipendenza da gioco d'azzardo patologico o da internet) con enormi ricadute in termini di sofferenza personale e sociale. Inoltre negli ultimi anni il DSMD si è dovuto confrontare con cambiamenti sociali (crisi economica e minori investimenti nel welfare) che hanno rappresentato un fattore determinante nell'insorgenza di ingravescenti disturbi emotivi di varia espressività clinica in cui è spesso difficile dipanare l'intreccio tra vulnerabilità psicopatologiche e eventi di vita stressanti. Infine la recente normativa di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e il passaggio delle competenze sanitarie in carcere alle aziende sanitarie hanno visto il DSMD sempre più impegnato nella presa in carico e nella definizione di percorsi di trattamento per autori di reato affetti da disturbi psichiatrici, con la ricerca di delicati equilibri tra applicazione della legge, diritti delle persone, bisogni clinici, aspetti medico legali e governo delle risorse disponibili.

Per rispondere adeguatamente a questi cambiamenti il DSMD ha dovuto affrontare negli anni una progressiva ristrutturazione ed un cambiamento dei propri modelli di intervento. Possiamo sintetizzare questi cambiamenti con la ricerca di una sintesi tra elementi di continuità con la storia della psichiatria di comunità nel nostro paese ed alcuni elementi di innovazione legati allo sviluppo delle conoscenze scientifiche, ai cambiamenti culturali ed ai mutamenti sociali degli ultimi decenni.

I principali elementi di continuità sono rappresentati da:

- Dimensione organizzativa: modello Dipartimentale organizzato sui bisogni di salute della popolazione di riferimento e non sulla base della semplice offerta di trattamenti.
- Dimensione psicologica: attenzione per la malattia ma anche per il paziente, la sua storia, la sua rete familiare e sociale
- Dimensione etica; attenzione per la dignità ed il rispetto dei diritti delle persone (la ricerca del consenso agli interventi, la attenzione sulla correttezza di tutte le procedure che limitano le libertà personali, etc)
- Governo delle risorse secondo criteri di pari accessibilità, equità e appropriatezza clinica
- Visione longitudinale della malattia: governo dei percorsi di trattamento con ricerca di una continuità tra ospedale, servizi ambulatoriali, interventi territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali.
- Organizzazione del lavoro in equipe pluriprofessionali e multidisciplinari (Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, tecnici Riabilitazione, Educatori etc) per affrontare malattie complesse
- Rapporti con il "territorio" (istituzioni locali, advocacy, associazionismo, volontariato)
- Formazione e aggiornamento costante degli operatori

Lo schema che segue rappresenta l'attuale assetto organizzativo del DSMD



IL DSMD nel 2012 ha avuto contatti con 17687 pazienti (11687 con problemi psichici e circa 6000 con problemi di dipendenza), ha trattato 12511 pazienti (8611 per problemi psichici e 3900 per problemi di dipendenza), effettuato 2177 ricoveri ospedalieri e ha inserito 693 pazienti in strutture residenziali a diversa intensità assistenziale (508 per problemi di tipo psichiatrico, 185 per problemi di dipendenza)

Nella traccia degli elementi di continuità sopra descritti il DSMD è attualmente impegnato nel perseguimento di alcuni obiettivi strategici che vengono sinteticamente di seguito elencati:

- Protocolli di collaborazione con le cure primarie (Distretto Sanitario e MMG) e gli altri Servizi socio-sanitari (Geriatrica, Consultori, Neuropsichiatria inf., Disabilità, Servizi Sociali,...)
- Nuovi modelli organizzativi (attività "generalista" vd Percorsi Diagnostico-Terapeutici nei Centri Salute Mentale, riorganizzazione rete urgenza-emergenza, integrazione funzionale ospedale-territorio, percorsi residenzialità per intensità di cura e progetti di residenzialità "leggera")
- Programmi di riabilitazione sociale (programmi di recovery sociale, gruppi di autoaiuto, progetti di inserimento lavorativo, collaborazione con associazionismo e volontariato)
- Collaborazione con la Magistratura, con UEPE, con le Forze dell'Ordine, con la Sanità Penitenziaria
- Collaborazione con l'Università (assistenza, formazione, ricerca)

Questi obiettivi rappresentano gli strumenti operativi per affrontare le difficili sfide che pone il presente, ma anche le tracce su cui andare a ridefinire l'identità del DSMD dei prossimi anni.

LA FUNZIONE DEL VOLONTARIATO SOPRATTUTTO IN TEMPI DI CRISI

Lucia Vinci Barbieri

Responsabile per ASL3 della Confederazione Centri liguri per tutela dei diritti del malato e Coordinatore Comitato Misto Consultivo ASL3

COMITATO MISTO CONSULTIVO

Con delibera n. 180 del 20/3/2013 ASL3 ha approvato la nuova composizione del Comitato Misto Consultivo, che risulta composto da:

10 Associazioni di volontariato

- ALFapp: Associazione Ligure Famiglie Pazienti psichiatrici
- Aned: Associazione Nazionale Emodializzati
- AS.Li.DIA: Associazione Ligure per la lotta contro il diabete
- Associazione Alzheimer Liguria
- Associazione Parkinson
- Associazione Volontari Ospedalieri – AVO
- Confederazione Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato “Maria Chighine”
- Consulta Regionale per i Diritti della Persona Handicappata
- EVOAL: Ente Volontariato Ospedaliero ANSPI Liguria
- Tribunale del Malato – CittadinanzAttiva

10 Strutture aziendali

- Direzione sanitaria
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
- Distretti
- SC Assistenza geriatrica
- SC Integrata fragilità e continuità terapeutica
- SC Nefrologia
- SC Malattie endocrine, nutrizione e ricambio
- SC Presidio Ospedaliero Unico
- SC Recupero e rieducazione funzionale
- SS Relazioni esterne - URP

Il Comitato Misto Consultivo è uno strumento per cercare soluzione alle segnalazioni giunte alle varie associazioni da parte dei cittadini per mancato servizio e/o non godimento dei diritti. Ciò si realizza attraverso un rapporto diretto e continuativo con l'Ufficio Tutela e partecipazione di ASL3 al fine di valutare i problemi, comprenderli e risolverli.

In sede di Comitato si pone in evidenza il diritto al reclamo da parte del cittadino, per dare voce a quegli utenti smarriti nel girovagare da un ufficio all'altro e/o scoraggiati dalla burocrazia per l'impossibilità di gestire i propri problemi.

VISITE NELLE STRUTTURE

Tra i compiti del Comitato Misto Consultivo vi è anche la verifica della qualità dei servizi erogati. Ciò è avvenuto, in particolare, con il “**gruppo distretto**”, che ha effettuato visite programmate presso le principali strutture

ambulatoriali dei distretti di ASL 3 facendosi carico di segnalare alla Direzione Distrettuale le criticità rilevate per quanto riguarda l'accessibilità, le informazioni, l'accoglienza, la situazione alberghiera e attrezzature affinché attuati le dovute azioni migliorative o correttive finalizzate, ove possibile, ad ovviare al disagio.

A titolo di esempio vale la pena citare la struttura di Villa De Mari, nella quale a seguito delle segnalazioni del Comitato è stato possibile mettere a disposizione dei cittadini posti auto esterni nella fascia oraria 7.00-18.00 con sosta consentita di 90 minuti, per agevolare l'accesso degli assistiti presso questi ambulatori. Il servizio, apprezzabile per i cittadini, è stato reso possibile grazie alla collaborazione e al fattivo supporto, conseguente alla richiesta del Comitato, della Direzione del Distretto.

INIZIATIVE CORRELATE

Nell'attuale contesto sociale le Associazioni di Volontariato prestano costantemente ascolto anche agli stranieri presenti nella nostra città e supportano ASL3 anche per la diffusione e distribuzione del materiale informativo realizzato dall'Azienda anche in varie lingue.

Altri impegni sentiti dal Comitato sono stati la sensibilizzazione della cittadinanza allo "Sprenotati", gesto di civiltà che consente di non togliere ad altri la possibilità di anticipare un esame, e alle modalità di prenotazione accertamenti e ricoveri attualmente in vigore, nell'ambito della campagna sulle liste d'attesa.

Grazie alla sensibilità dell'attuale Direzione aziendale di ASL3, inoltre, nel recente passato è stato possibile progettare e realizzare materiale informativo (cartoline) per incrementare le adesioni al volontariato e dedicando poche ore del proprio tempo al servizio degli altri.

PROVVEDIMENTI E DOCUMENTI AZIENDALI

IL Comitato Misto Consultivo è richiamato nell'ATTO AZIENDALE ASL3 GENOVESE, pubblicato con deliberazione n. 342 del 21/06/2013, all'art. 34 – Struttura Semplice Relazioni Esterne – URP, Comma e): "Attività di Tutela e Partecipazione", e nella sezione 4 "Meccanismi di Tutela e Verifica" all'interno della Carta dei servizi aziendale, pubblicata on line.

CONCLUSIONI

I volontari, quotidianamente impegnati ad aiutare le persone che si rivolgono alle Associazioni, chiedono a gran voce alle Istituzioni di impegnarsi a loro volta per migliorare la qualità dei servizi che non sempre richiedono l'impiego di risorse economiche, ma semplicemente una migliore organizzazione ed un impegno costante nell'eliminare la burocrazia.