

# **Presente e futuro di una Regione**

## **Una Sanità rinnovata per la Liguria**

A cura dell'Assessore Sanità, Politiche  
socio-sanitarie e Terzo Settore, Sicurezza,  
Immigrazione ed Emigrazione

**SONIA VIALE**



E' opportuno richiamare il Disegno di Legge Costituzionale "*Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione*", che prevede la soppressione della **competenza concorrente** con una **redistribuzione delle materie tra competenza legislativa statale e competenza regionale**. Interviene **sulle disposizioni generali per la tutela della salute; la sicurezza alimentare; la tutela e sicurezza del lavoro**, nonché le politiche attive del lavoro; l'ordinamento scolastico, l'istruzione universitaria e la programmazione strategica della ricerca scientifica e tecnologica.

Appare evidente che ogni azione, presente e futura, delle Regioni a Statuto Ordinario dovrà valutare il nuovo assetto costituzionale.

**DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE**

# Introduzione

## Più di cent'anni fa qualcuno ispirò questi principi

*«L'Ente si riconosce quale luogo dell'accoglienza, della speranza, dell'attenzione, della lotta al dolore ed alla sofferenza, affermando il valore fondamentale della dignità della persona, nella difesa e promozione dei suoi diritti e responsabilità, a cominciare da quelli riguardanti la vita umana, dal suo inizio alla sua fine naturale.*

*Nella configurazione della sua organizzazione e nello svolgimento di tutte le sue attività, l'Ente ospedaliero pone al centro il servizio alla persona, individuata non solo come destinatario delle singole prestazioni sanitarie, ma come fulcro di tutta l'attività istituzionale, garantendo l'ascolto, l'informazione, l'accoglienza e la cura di tutti gli aspetti rivolti alla salvaguardia della sua salute, dignità ed integrità.*

*A tal fine l'Ente ospedaliero persegue il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, attraverso l'utilizzo delle più avanzate scoperte della scienza e della tecnologia nel settore biomedico e la ricerca dell'eccellenza nella qualità dei servizi erogati anche attraverso l'impiego di modelli gestionali innovativi e sperimentali.*

*L'ente ospedaliero assicura il più efficace impiego delle risorse a sua disposizione per il perseguimento delle sue attività istituzionali garantendo la trasparenza dei criteri e delle procedure decisionali e prevedendo forme di partecipazione degli operatori alla struttura ospedaliera»*

**Oggi più che mai attuali**

# **NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER IL SISTEMA SANITARIO E SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE LIGURIA**

Premessa

I principi ispiratori

Il contesto

Gli obiettivi strategici

I progetti strategici

Le azioni



Il rapporto tra il S.S.R. e gli STAKEHOLDERS  
deve fondarsi su modalità *partecipative* basate  
sulla **CONDIVISIONE RESPONSABILE**



**CONDIVISIONE RESPONSABILE**



Significa:

1. Valutare i bisogni (*needs assessment*)
2. Proporre soluzioni
3. Valutare i processi (*process evaluation*)

MA ....



...DEFINENDO  
OBIETTIVI, FONTI DI  
FINANZIAMENTO,  
TECNICHE DI MONITORAGGIO  
E DI VALUTAZIONE DI  
IMPATTO (*impact assessment*)

**CONDIVISIONE RESPONSABILE**

## Gli attori della condivisione responsabile.

- Le istituzioni
- Il personale e i professionisti
- Le associazioni scientifiche
- Le organizzazioni datoriali e sindacali
- Il terzo settore - volontariato
- Ogni altro soggetto coinvolto nella definizione degli assetti organizzativi del S.S.R.



## REGIONE LIGURIA

*Assessorato alla Sanità, Politiche socio sanitarie e terzo settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione*

Presiede e coordina le attività dei Tavoli Tecnici di Lavoro

## DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI

Sovrintende agli aspetti organizzativi, redigendo proposte operative, verbali e indicazioni di sintesi  
Supporta la Giunta e il Consiglio per gli atti di propria competenza

## ARS LIGURIA

Sovrintende al sistema dei controlli, individuando bisogni, valutando processi e *outcomes* ed emana atti di indirizzo vincolanti nei confronti delle Aziende ed Enti del S.S.R. in un'ottica di programmazione basata sull'evidenza.  
Garantisce una corretta politica degli approvvigionamenti in funzione di Centrale Regionale di Acquisto.

8



## ISTITUZIONI, PROFESSIONISTI, ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE, ORGANIZZAZIONI DATORIALI E SINDACALI, TERZO SETTORE

Elaborano proposte sul modello della condivisione responsabile, sulla base del loro background professionale e culturale

## CONFRONTO: I RUOLI



Alla base del buon funzionamento di un sistema sanitario, esistono dei principi fondamentali che vanno uniformemente preservati come vincolo non eludibile:

- il principio di dignità della persona, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
- Il principio del bisogno di salute;
- il principio dell'equità nell'accesso all'assistenza;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il problema è, dunque, trovare un punto di equilibrio accettabile tra *l'uniformità*, che è avvertita dai cittadini come un'esigenza fondamentale in materia di sanità (come del resto in tutti gli ambiti che attengono ai "diritti civili e sociali") e la *diversità* che discende dai bisogni specifici e dalle scelte organizzative dei livelli istituzionali locali.

**PER UNA «BUONA» SANITA' - PRINCIPI**

- Migliorare la qualità delle prestazioni attraverso l'appropriatezza nelle sue varie declinazioni (prescrittiva, preventiva, diagnostica, organizzativa, economica ...) per migliorare l'assistenza ai cittadini con una risposta pertinente ed eliminare gli sprechi, recuperando la motivazione degli operatori verso l'eccellenza attraverso una efficace gestione sanitaria
- Libertà di scelta del cittadino in un servizio programmato per livelli e per cronicità attraverso l'equità di accesso ai servizi per ricevere buone cure

## I PRINCIPI ISPIRATORI



- Dai cittadini
  - Liste di attesa
  - Accessibilità
- Dal sistema → Frammentazione offerta
- Assetto organizzativo – governance
- Focalizzazione bisogni acuzie
- Focalizzazione bisogni cronicità

**CRITICITÀ RILEVABILI**

- Demografia;
- Indicatori di salute;
- Distribuzione popolazione;
- Piano di prevenzione;
- Piani di screening;
- Rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria

## Presente e futuro della Regione :

**1.583.263** abitanti *(al 31/12/20104)*

**4** Province

**235** Comuni

**Ricognizione del modello socio-sanitario attuale** (Aumento longevità; aumento cronicità, flussi migratori)

**L'evoluzione del contesto sociale, il cambiamento dei bisogni e le nuove sfide** (Innalzamento età media; crescita dei fabbisogni legati alla cronicità, innovazioni scientifiche e tecnologiche, comunicazione, mobilità...)



Necessità di una programmazione/attività più coerenti con le esigenze del tessuto sociale

**Contesto**



Fattori demografici e socioeconomici		Liguria		Italia	
	Popolazione	<b>1.583.263</b>		<b>60795612</b>	
	Età media	48.3		44.4	
	Indice di vecchiaia	242.7		154.1	
	Tasso natalità	7.56		9.54	
	Età maternità	31.79		31.55	
	Età paternità	35.37		35.16	
	Tasso scolarizzazione superiore	80.9		77.9	
	Licenza media inferiore in sogg. 25-64 anni	37.2		41.8	
	Tasso abbandono studi prematuro	15.1		17.0	
	Tasso occupazione	60.7		55.7	
	Stranieri residenti				
	- numero	138.697		5.014.437	
	- % su totale	8.7%		8.2%	
Stato di salute					
	Speranza di vita	M	F	M	F
	Aspettativa vita nascita	79.8	84.8		
	Mortalità infantile	3.9		2.9	
	Mortalità Tumori x 10.000	26.7		25.6	
	Mortalità Cardiocircolatorio x 10.000	28.3		29.4	
	Incidenti stradali x milione abitanti	53.8		56.2	

Età (anni)	Femmine	Maschi	Totali
0-14	89.641	94.598	184.239
15-64	488.095	478.412	966.507
65-100	257.875	183.318	682.324
<b>totali</b>	<b>835611</b>	<b>75.6328</b>	<b>1.591.939</b>

Età (anni)	Femmine	Maschi	Media
<b>indice vecchiaia (1)</b> è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.	<b>287,7</b>	<b>193,8</b>	<b>242,7</b>
<b>indice di dipendenza strutturale (2)</b> è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.	<b>71,20</b>	<b>58,09</b>	<b>64,71</b>
<b>indice di dipendenza strutturale degli anziani (3)</b> è il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100	<b>52,8</b>	<b>38,3</b>	<b>45,6</b>

## REGIONE LIGURIA

### popolazione al 1° gennaio 2014

<b>Età (anni)</b>	<b>ASL 1</b>	<b>ASL2</b>	<b>ASL3</b>	<b>ASL4</b>	<b>ASL 5</b>	<b>totale</b>
0-14	25.089	32.833	84.038	16.918	25.361	<b>184.239</b>
65-100	59.136	80.269	200.669	41.868	59.251	<b>682.324</b>
15-64	133.478	170.711	438.475	89.320	134.523	<b>966.507</b>
<b>totali</b>	<b>217.703</b>	<b>283.813</b>	<b>723.182</b>	<b>148.106</b>	<b>219.135</b>	<b>1.591.939</b>
<b>indice vecchiaia(1)</b>	<b>235,7</b>	<b>244,5</b>	<b>238,8</b>	<b>247,5</b>	<b>233,6</b>	<b>242,7</b>
<b>indice di dipendenza strutturale (2)</b>	<b>63,10</b>	<b>66,25</b>	<b>64,93</b>	<b>65,82</b>	<b>62,90</b>	<b>64,71</b>
<b>indice di dipendenza strutturale degli anziani (3)</b>	<b>44,3</b>	<b>47,0</b>	<b>45,8</b>	<b>46,9</b>	<b>44,0</b>	<b>45,6</b>

**REGIONE LIGURIA**  
**popolazione al 1° gennaio 2014**

# Demografia

---

- Si registra la più bassa natalità del Paese : 10.749 nuovi nati, tasso di natalità pari a 7,56
- L'età media di 48,3 anni è la più alta di tutto il Paese (valore medio in Italia di 44,4 anni); l'indice di vecchiaia è pari a 242,7, ma in alcune zone dell'entroterra raggiunge valori 2 (Val d'Aveto) o 3 volte (Val Trebbia) superiori
- La popolazione lavorativa : nel 2014 il numero degli occupati si è attestato a circa 599.000 unità; rispetto al 2008 il calo è pari a 36.500 unità; tra 2008 e 2014 la variazione osservata è pari a -5,7%. In Liguria il calo interessa sia maschi che femmine (rispettivamente -1,8% e -2,3%). Nel 2014 il tasso di occupazione è pari al 60,7%, superiore al dato nazionale (55,7%), ma inferiore al dato delle regioni del Nord (64,3%) e del Nord Ovest (63,8%)
- Il livello di istruzione è superiore sia a quello medio italiano e sia a quello delle regioni del Nord e del Nord Ovest: l'80,9% della popolazione ha conseguito almeno un titolo di scuola secondaria di primo grado

# Popolazione straniera residente

---

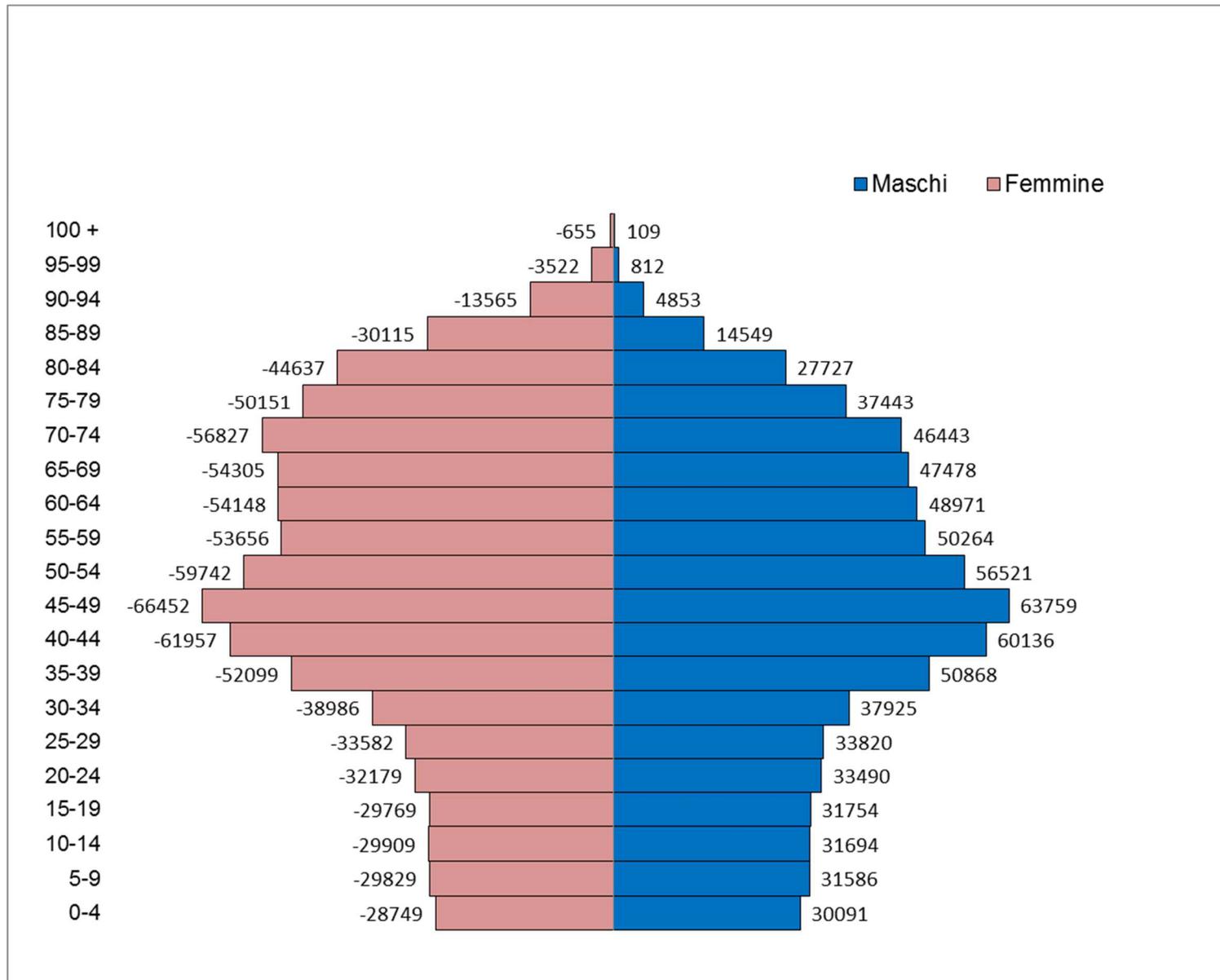
- Al 1/01/2015 la popolazione immigrata residente ammonta a 138.697 unità, pari all' 8,7% della popolazione totale. Al 1 Gennaio 2013 risultavano residenti in Liguria 138.697 stranieri, di cui 21.325 di età compresa tra 0 e 14 anni, la fascia di età corrispondente all'età adulta (15-44 anni) comprendeva 75.761 soggetti, mentre gli ultrasessantacinquenni rappresentano un totale di 5937 soggetti.
- I nuovi nati ammontano a 2012 unità, rappresentando il 18,7% sul totale dei nuovi nati della Liguria

# Aspettativa di vita e mortalità per causa

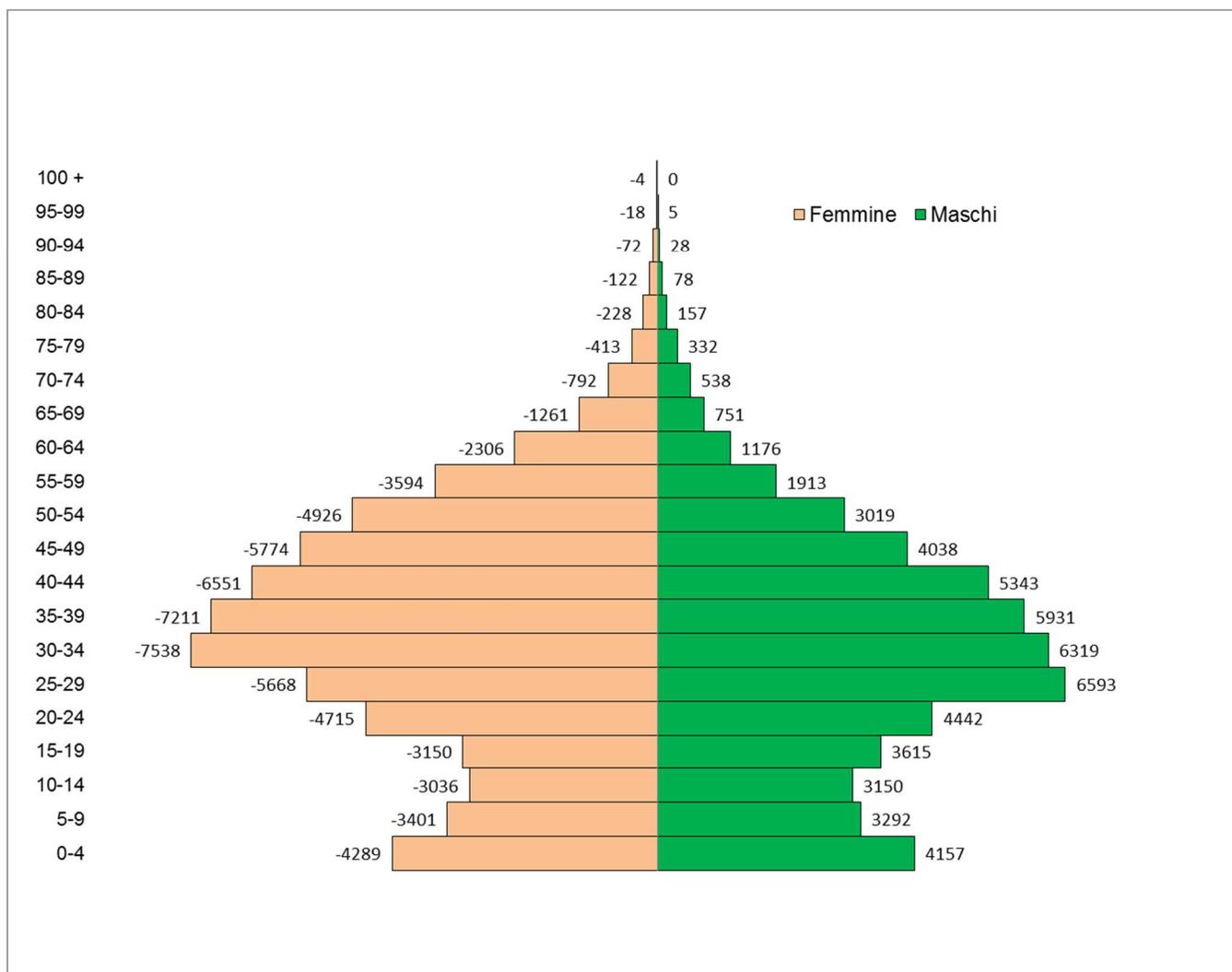
---

- L'aspettativa di vita alla nascita in Liguria è pari a 79,8 anni per gli uomini, 84,8 anni per le donne; l'aspettativa di vita in buona salute è di 56,9 anni per gli uomini e 51,7 anni per le donne; l'aspettativa di vita libera da disabilità è di 75,5 anni per gli uomini e di 79 anni per le donne
- La Liguria presenta una mortalità per tumore pari a 38,59, per malattie dell'apparato cardiovascolare pari a 50,96, per malattie ischemiche del cuore pari a 16,64, per malattie dell'apparato respiratorio pari a 9,84 e per diabete mellito pari a 4,52

# Popolazione Ligure



# Stranieri residenti

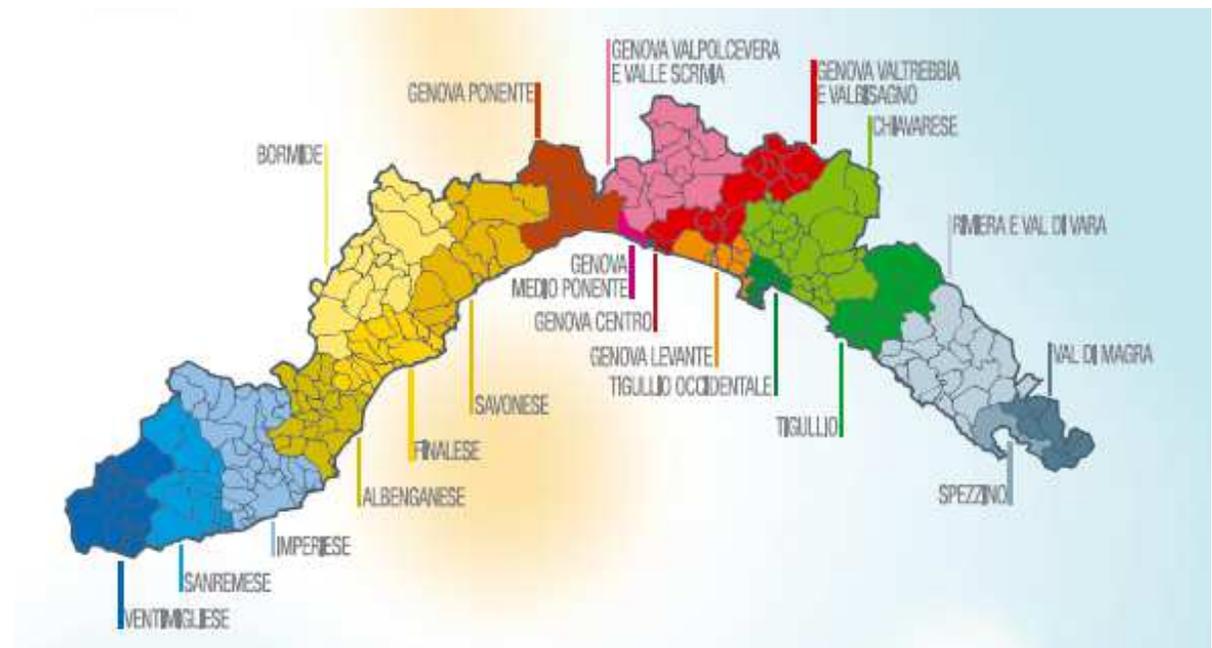


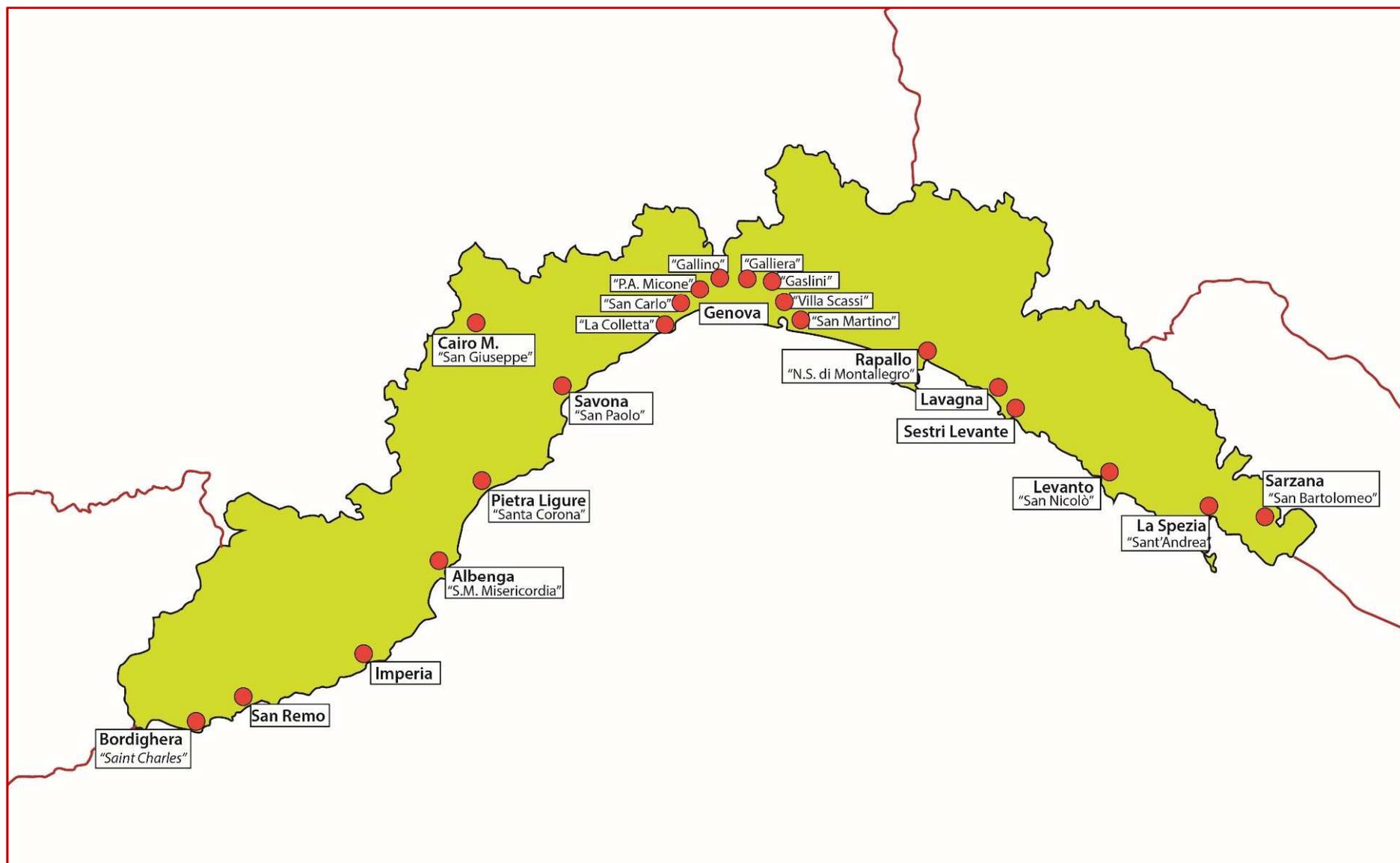
# La Liguria in numeri

## Assetto Territoriale:

- 4 Ex-province
- 5 ASL, 2 IRCCS (AOU S. Martino-IST, G. Gaslini), 2 Enti Ospedalieri convenzionati (E.O. Ospedali Galliera, Ospedale Evangelico Internazionale), 6 Strutture private accreditate
- 19 Distretti Sanitari
- 235 Comuni Associati in 63 Ambiti Territoriali Sociali (ATS) aggregati in 19 distretti sociali
- Distretti sanitari e Distretti sociali coincidenti.

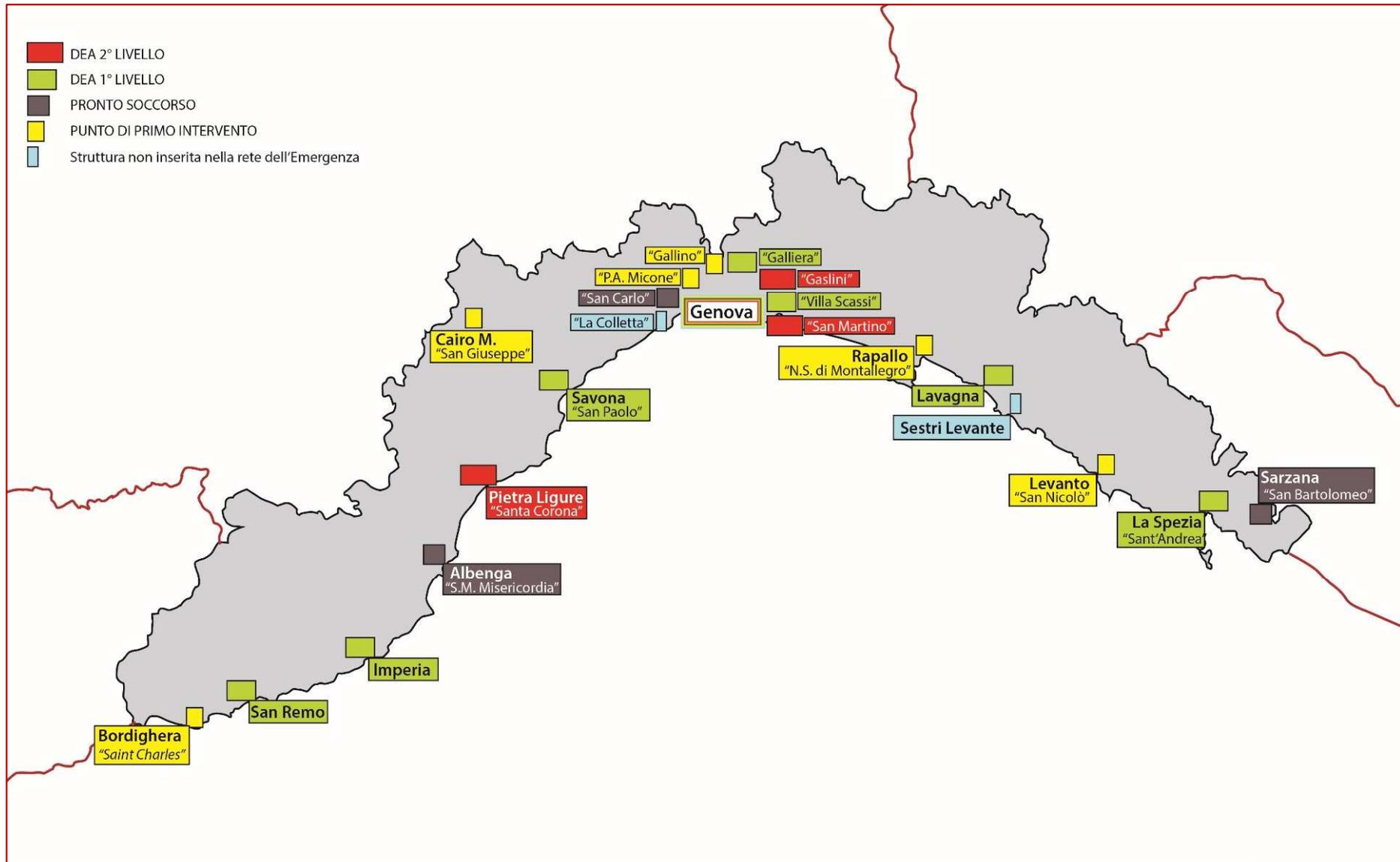
• A differenza che nelle altre Regioni, in Liguria permane il doppio livello nell'organizzazione dei servizi sociali ATS-Distretto Sociale che rende complessa la governance e l'integrazione con le ASL





## DISTRIBUZIONE PRESIDII OSPEDALIERI





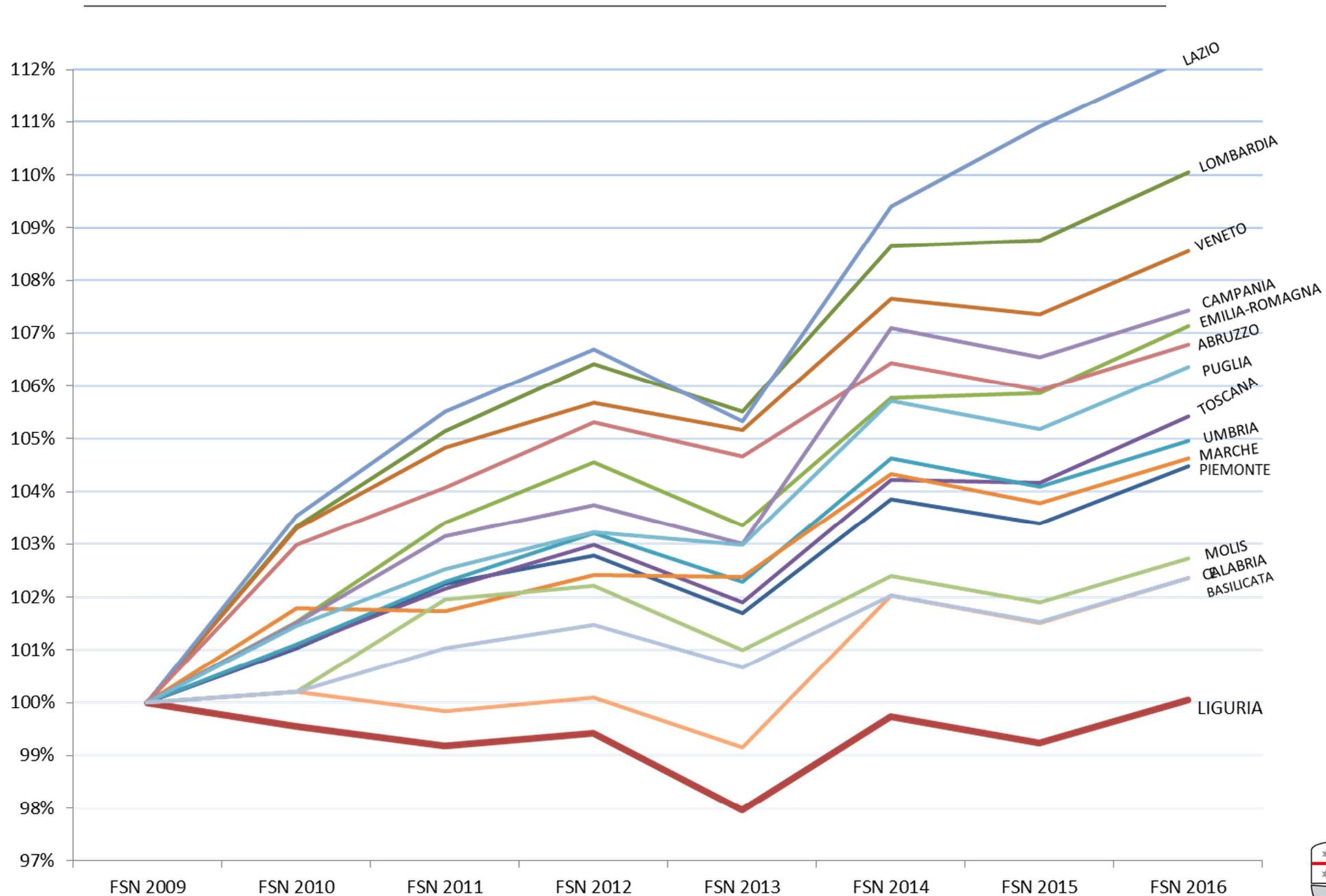
## PUNTI DI ACCESSO RETE EMERGENZA URGENZA



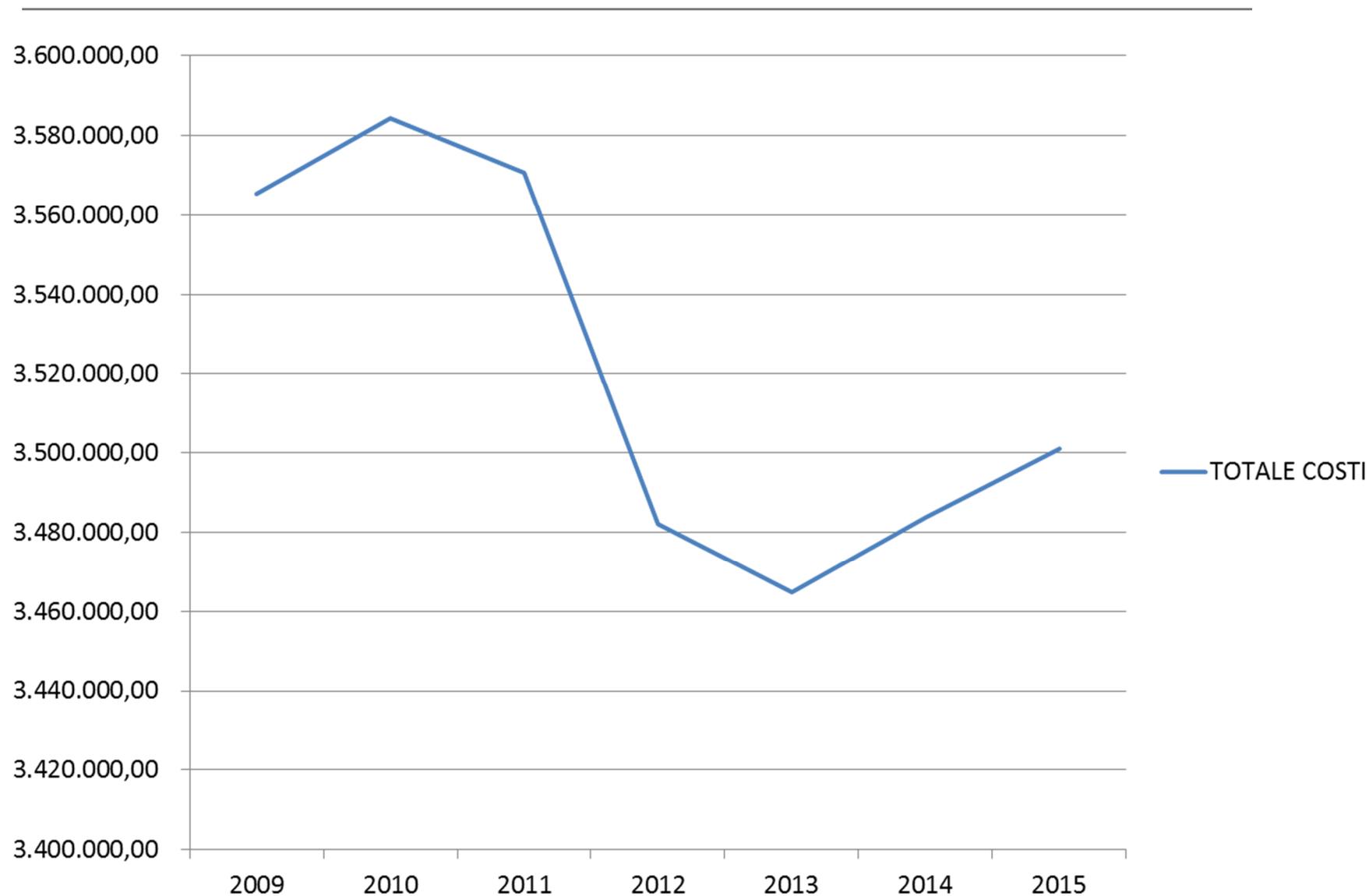
# Evoluzione Riparto Fondo Sanitario Nazionale (2009-2016)

	FSN 2009	FSN 2010	FSN 2011	FSN 2012	FSN 2013	FSN 2014	FSN 2015	FSN 2016
PIEMONTE	7.697.155.971	7.776.142.436	7.869.950.671	7.911.810.836	7.828.293.143	7.993.445.280	7.958.947.057	8.042.518.413
V D'AOSTA	217.654.563	219.458.434	222.208.589	223.481.007	223.011.458	225.293.304	228.000.000	229.965.871
LOMBARDIA	16.159.064.131	16.697.961.512	16.989.194.365	17.197.183.182	17.049.371.589	17.555.611.212	17.574.750.000	17.782.903.729
BOLZANO	837.491.984	834.033.772	848.107.986	857.885.862	856.812.970	886.974.141	890.000.000	900.647.539
TRENTO	861.606.254	885.359.722	899.983.679	910.619.612	907.243.072	928.860.411	938.000.000	948.081.680
VENETO	8.078.296.761	8.344.425.632	8.467.865.787	8.536.405.008	8.495.096.025	8.696.096.348	8.672.000.000	8.769.086.159
FRIULI	2.158.680.631	2.166.502.422	2.190.001.616	2.199.314.456	2.190.575.944	2.203.179.738	2.214.000.000	2.240.253.730
<b>LIGURIA</b>	<b>3.043.209.491</b>	<b>3.029.586.924</b>	<b>3.018.259.922</b>	<b>3.025.753.139</b>	<b>2.981.154.724</b>	<b>3.035.048.025</b>	<b>3.019.861.016</b>	<b>3.044.793.047</b>
E ROMAGNA	7.494.470.981	7.609.849.731	7.749.536.337	7.835.861.938	7.746.385.259	7.927.475.339	7.933.750.000	8.028.834.802
TOSCANA	6.481.321.732	6.550.602.607	6.621.196.253	6.674.457.985	6.604.048.134	6.754.547.007	6.751.500.000	6.832.328.584
UMBRIA	1.558.644.044	1.575.817.950	1.594.209.917	1.608.695.738	1.594.235.209	1.630.645.923	1.622.486.370	1.635.899.441
MARCHE	2.699.217.088	2.747.377.121	2.746.212.610	2.764.186.146	2.763.206.491	2.816.223.247	2.801.131.211	2.824.286.068
LAZIO	9.278.614.124	9.606.506.384	9.789.736.046	9.899.257.038	9.773.573.076	10.151.259.149	10.290.500.000	10.412.623.204
ABRUZZO	2.244.433.870	2.311.625.829	2.335.690.665	2.363.432.277	2.349.023.927	2.389.044.546	2.377.090.059	2.396.743.998
MOLISE	557.287.697	558.439.806	568.214.822	569.594.324	562.872.500	570.678.098	567.822.495	572.515.029
CAMPANIA	9.457.800.054	9.601.546.946	9.755.566.115	9.811.257.814	9.741.874.637	10.128.259.460	10.077.578.888	10.160.870.935
PUGLIA	6.757.219.537	6.856.022.310	6.927.952.814	6.975.132.359	6.958.474.914	7.143.608.168	7.107.862.426	7.187.524.095
BASILICATA	1.022.209.246	1.024.322.510	1.020.463.656	1.023.212.973	1.013.543.757	1.042.974.790	1.037.755.871	1.046.328.671
CALABRIA	3.404.449.512	3.411.487.699	3.439.388.269	3.454.475.832	3.427.284.325	3.473.730.518	3.456.348.395	3.484.925.833
SICILIA	8.250.298.014	8.474.621.116	8.557.879.743	8.601.941.481	8.585.770.497	8.802.000.545	8.801.000.000	8.904.853.100
SARDEGNA	2.802.574.314	2.843.807.037	2.874.286.529	2.887.790.538	2.860.521.566	2.910.673.417	2.932.000.000	2.966.438.750
<b>ITALIA</b>	<b>101.061.699.999</b>	<b>103.125.497.900</b>	<b>104.485.906.391</b>	<b>105.331.749.545</b>	<b>104.512.373.217</b>	<b>107.265.628.667</b>	<b>107.252.383.788</b>	<b>108.412.422.678</b>

# Evoluzione Riparto Fondo Sanitario Nazionale (2009-2016)



# Evoluzione Riparto Fondo Sanitario Nazionale (2009-2016)

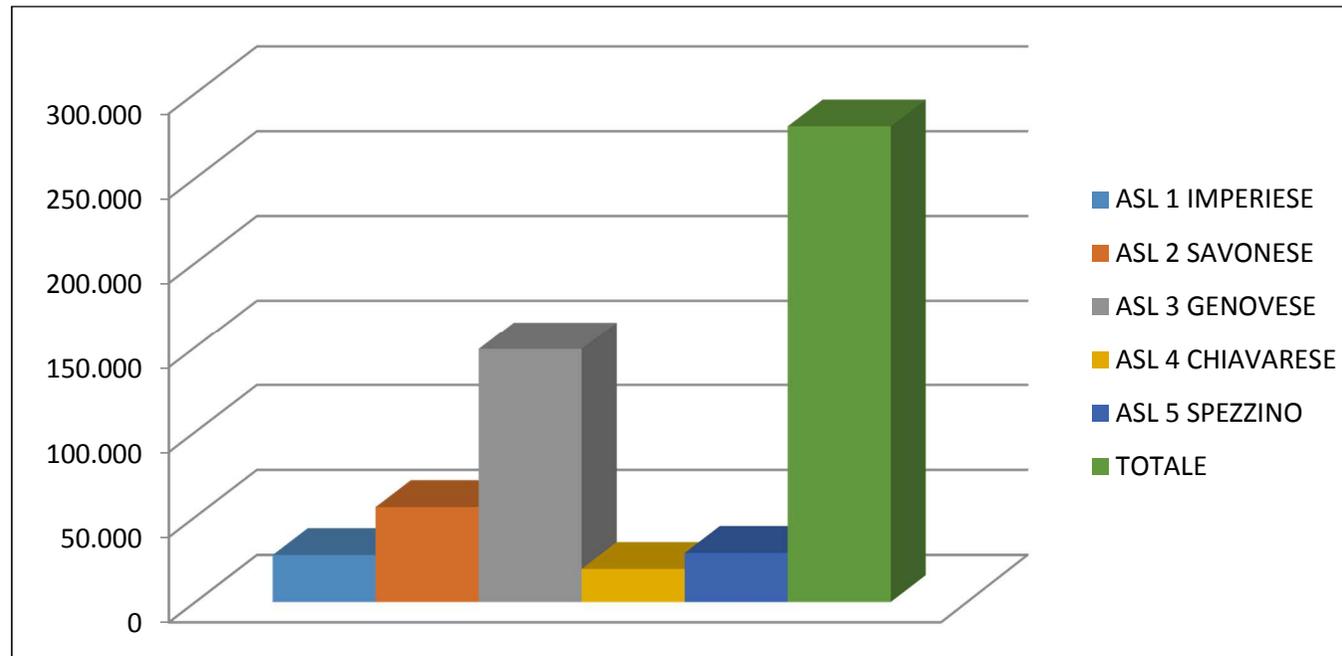


*Nota: i costi 2015 sono comprensivi dei nuovi farmaci per la cura dell'epatite C (circa 39 mln)*

# Strutture Ospedaliere (al 11/2015)

Aziende	Deg. ordinaria	Day hospital	Riabilitaz.	Totale p.l.
ASL 1	448	69	46	563
ASL 2	727	141	167	1035
ASL 3	486	58	154	698
ASL 4	281	45	76	402
ASL 5 (*)	420	60	30	510
GASLINI	293	59	2	354
EVANGELICO	100	23	4	127
GALLIERA	319	47	45	411
S.MARTINO-IST	1.044	124	135	1303
<b>Totale pubblico</b>	<b>4.118</b>	<b>626</b>	<b>659</b>	<b>5.403</b>
<b>Private Accreditate</b>				
S.MICHELE			40	40
VILLA AZZURRA	60	3	8	71
ALMA MATER	8	10		18
ISCC-CAMOGLI			69	69
S.ANNA			8	8
ISPRI-MAUGERI			92	92
<b>Totale priv. Acc.</b>			<b>67</b>	<b>67</b>
<b>Totale regionale</b>	<b>68</b>	<b>13</b>	<b>244</b>	<b>325</b>

(\*) Nel luglio 2015 la Fondazione Don Gnocchi ha trasferito i propri letti dall'Ospedale di Sarzana ad un presidio sanitario autonomo nella città di La Spezia per complessivi 75 p.l. di riabilitazione ordinaria e 8 p.l. di riabilitazione diurna.



	POPOLAZIONE	totale	
	AL 01/01/2014	Ricoveri	Importi (in €)
<b>ASL 1 IMPERIESE</b>	217.703	27.581	80.154.069,55
<b>ASL 2 SAVONESE</b>	283.813	55.774	171.451.377,99
<b>ASL 3 GENOVESE</b>	723.182	148.897	461.047.323,17
<b>ASL 4 CHIAVARESE</b>	148.106	19.483	68.876.944,80
<b>ASL 5 SPEZZINO</b>	219.135	28.850	91.615.205,09
<b>TOTALE</b>	<b>1.591.939</b>	<b>280.585</b>	<b>873.144.920,60</b>

## RICOVERI 2014 ASL DELLA REGIONE LIGURIA

# Produzione ricoveri strutture liguri (Anno 2014 )

<b>ASSISTITI ASL 1</b>	97.842.994	11,2%
<b>ASSISTITI ASL 2</b>	145.749.044	16,7%
<b>ASSISTITI ASL 3</b>	361.671.341	41,4%
<b>ASSISTITI ASL 4</b>	68.018.972	7,8%
<b>ASSISTITI ASL 5</b>	90.904.509	10,4%
<b>ASSISTITI FUORI REGIONE</b>	94.567.386	10,8%
<b>ASSISTITI STRANIERI</b>	8.407.354	1,0%
<b>ALTRI ASSISTITI (*)</b>	5.983.321	0,7%
<b>TOTALE</b>	<b>873.144.920</b>	<b>100,0%</b>

*(\*) Altri Assistiti: a carico SSN residenza non definita, marittimi, italiani residenti all'estero, pagante in proprio, da accertare.*

# Ricoveri per liguri (Anno 2014 )

## per fasce d'età

Fascia età	residenti (al 31-12-14)	% assistiti	Valorizzazione a tariffa (€)	costo unitario (*)
<b>0-14</b>	181.762	11,5%	42.683.572	235
<b>15-64</b>	950.663	60,2%	267.009.561	281
<b>65-74</b>	204.702	13,0%	164.245.825	802
<b>OLTRE 75</b>	243.203	15,4%	290.247.902	1193
<b>TOTALE</b>	<b>1.580.330</b>	<b>100,0%</b>	<b>764.186.860</b>	<b>484</b>

(\*) Le tariffe regionali non corrispondono ai costi sostenuti per le prestazioni erogate così come risultante dal modello LA, che ribalta i costi generali per ogni livello di assistenza (ospedaliera, specialistica ecc.). Pertanto il costo unitario è assolutamente sottostimato.

# Tasso ospedalizzazione (Anno 2014 )

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	Liguria
<b>Residenti (31-12-2014)</b>	215.514	279.231	719.782	146.134	219.669	1.580.330
<b>T.O. ACUTI (COMPENSIVO DEI RICOVERI FUORI REGIONE)</b>	152,5	175,0	162,8	147,8	161,4	162,0
<b>T.O. POSTACUTI (COMPENSIVO DEI RICOVERI FUORI REGIONE)</b>	8,4	12,2	12,4	11,6	10,0	11,4

# Costo procapite assistenza ospedaliera (Anno 2014)

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	LIGURIA
<b>Residenti</b>	215.514	279.231	719.782	146.134	219.669	1.580.330
<b>SPESA (Compresa mobilità passiva) (*)</b>	115.451.348	169.484.888	411.649.823	81.600.515	127.919.963	906.106.537
<b>COSTO PROCAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	536	607	572	558	582	573

(\*)Gli importi relativi alla mobilità passiva si riferiscono all'anno 2013, non essendo ancora disponibili quelli del 2014

# Produzione Specialistica strutture liguri (Anno 2014 )

<b>ASSISTITI ASL 1</b>	36.272.409	12,1%
<b>ASSISTITI ASL 2</b>	49.575.204	16,5%
<b>ASSISTITI ASL 3</b>	132.400.683	44,1%
<b>ASSISTITI ASL 4</b>	25.899.480	8,6%
<b>ASSISTITI ASL 5</b>	35.068.650	11,7%
<b>ASSISTITI FUORI REGIONE</b>	16.045.930	5,3%
<b>ASSISTITI STRANIERI</b>	515.792	0,2%
<b>ALTRI ASSISTITI (*)</b>	4.772.700	1,6%
<b>TOTALE</b>	<b>300.550.849</b>	<b>100,0%</b>

*Altri Assistiti(\*): Libera professione intramuraria, pagante in proprio, prestazioni non a carico SSN, non definiti ecc.*

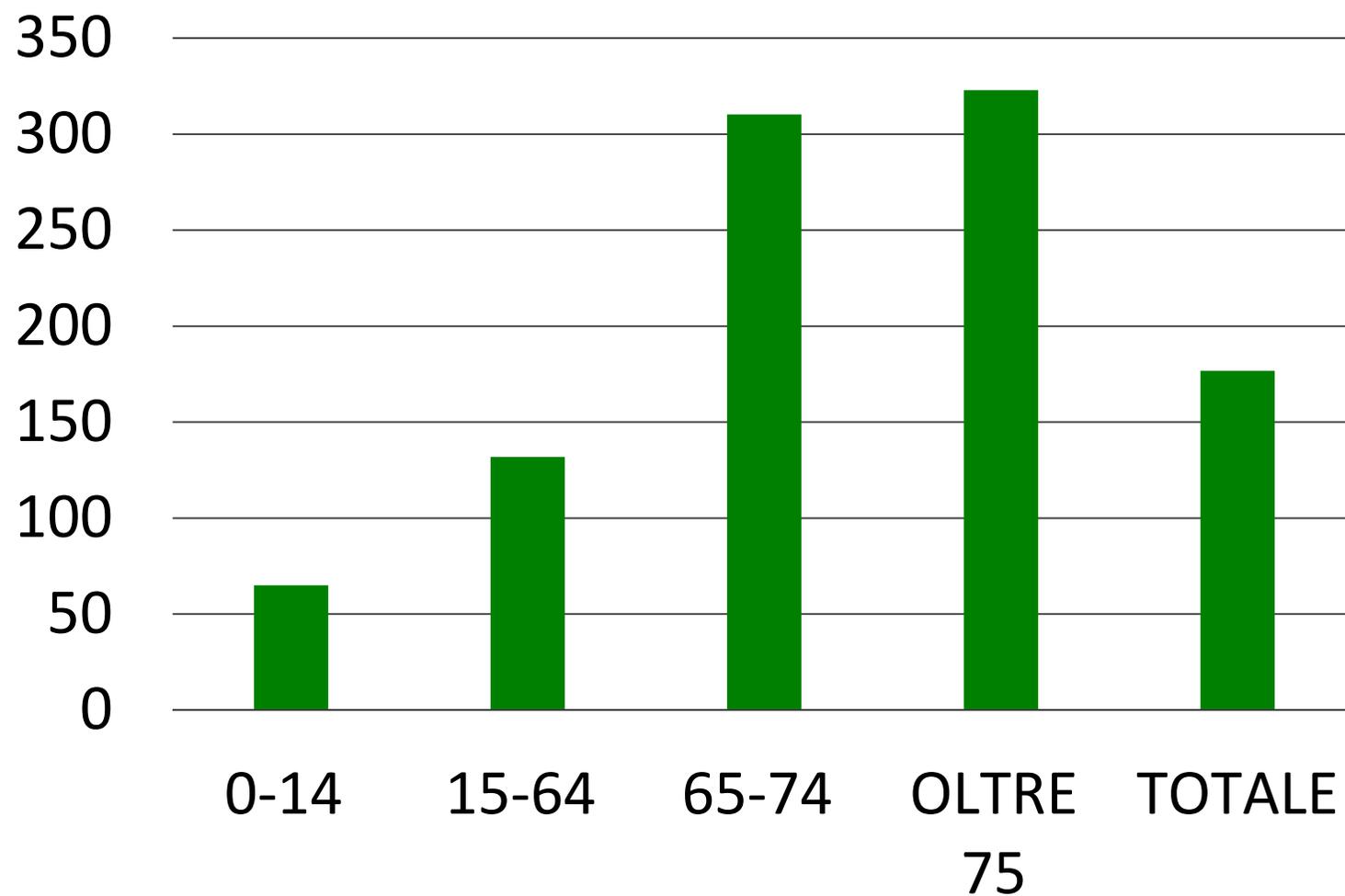
## Produzione Specialistica per liguri (Anno 2014 ) per fasce d'età

Fascia età	Residenti (al 31-12-2014)	Valore a tariffa (€)	Costo unitario (*)
<b>0-14</b>	181.762	11.802.671	65
<b>15-64</b>	950.663	125.372.297	132
<b>65-74</b>	204.702	63.502.376	310
<b>OLTRE 75</b>	243.203	78.539.082	323
<b>TOTALE</b>	<b>1.580.330</b>	<b>279.216.426</b>	<b>177</b>

*(\*) Le tariffe regionali non corrispondono ai costi sostenuti per le prestazioni erogate così come risultante dal modello LA, che ribalta i costi generali per ogni livello di assistenza (ospedaliera, specialistica ecc.). Pertanto il costo unitario è assolutamente sottostimato.*

# Produzione Specialistica per liguri (Anno 2014 )

## Costo unitario



# Assistenza specialistica per liguri

## (Anno 2014 - fonte DWH)

---

	Liguria	ASL 1 Imperiese	ASL 2 Savonese	ASL 3 Genovese	ASL 4 Chiavarese	ASL 5 Spezzino
<b>Costo procapite assistenza specialistica ambulatoriale laboratorio</b>	40,94	34,66	43,33	41,08	43,16	42,13
<b>Costo procapite assistenza specialistica ambulatoriale attività clinica</b>	114,83	118,71	122,06	109,33	115,88	119,12
<b>Costo procapite assistenza specialistica ambulatoriale diagnostica per immagini</b>	41,49	29,49	32,37	44,86	30,23	24,96

# Screening oncologici

	Mammografico estensione (donne invitate %)	Mammografico adesione (adesione invito %)	Cervice uterina estensione (donne invitate %)	Cervice uterina adesione (adesione invito %)	Colonrettale estensione (soggetti invitati %)	Colonrettale adesione (adesione invito %)
ASL 1	100,5	82,9	89,4	16,0	91,2	35,1
ASL 2	120,7	54,9	85,5	47,5	35,5	49,6
ASL 3	107,1	58,2	124,9	15,0	114,0	33,3
ASL4	76,7	70,2	26,4	49,8	108,5	42,5
ASL 5	122,0	42,7	23,9	2,3	8,30	36,5
<b>Liguria</b>	<b>107,7</b>	<b>64,2</b>	<b>85,5</b>	<b>24,7</b>	<b>91,3</b>	<b>36,7</b>

# Assistenza farmaceutica per liguri

(Anno 2014 - fonte MES)

	Liguria	ASL 1 Imperiese	ASL 2 Savonese	ASL 3 Genovese	ASL 4 Chiavarese	ASL 5 Spezzino
<b>Spesa farmaceutica territoriale pro-capite</b>	160,6	151,83	163,81	163,74	161,64	153,9
<b>Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza</b>	74,56	73,87	75,77	74,39	72,56	75,51

# Assistenza farmaceutica per liguri

(Anno 2014 - fonte DWH)

FARMACI INNOVATIVI			
ASL	COSTO	POPOLAZIONE	PRO/CAPITE
1	1.221.528,98	215.514,00	5,67
2	1.973.583,11	279.231,00	7,07
3	4.095.164,97	719.782,00	5,69
4	1.073.637,86	146.134,00	7,35
5	1.260.310,47	219.669,00	5,74
<b>TOTALE</b>	<b>9.624.225,39</b>	<b>1.580.330,00</b>	<b>6,09</b>

FARMACI FILEF			
ASL	COSTO	POPOLAZIONE	PRO/CAPITE
1	23.988.479,59	215.514,00	111,31
2	36.104.908,17	279.231,00	129,30
3	92.506.792,05	719.782,00	128,52
4	19.152.915,47	146.134,00	131,06
5	22.850.970,77	219.669,00	104,02
<b>TOTALE</b>	<b>194.604.066,05</b>	<b>1.580.330,00</b>	<b>123,14</b>

Tipologia di assistenza (modello STS11-RIA)		STRUTTURE	POSTI
Assistenza agli anziani	RESID	188	6.433
	SEMIRES	20	580
Assistenza residenziale disabili extraospedaliera		87	1331
Assistenza semi-residenziale disabili extraospedaliera		53	1136
Assistenza psichiatrica extraospedaliera	RESID	84	1.071
	SEMIRES	19	322
Hospice	RESID	7	70

Tipologia di assistenza (modello STS11-RIA)	TOT
Assistenza tossicodipendenti /alcolodipendenti Aids	49
Attività di consultorio familiare	65

# SERVIZI DOMICILIARI SOCIOSANITARI PER ANZIANI

(Fonti: flussi ministeriali ADI e FAR 2014, ISTAT 2012, dati gestionali)

DOMICILIARITA'	ASL	COMUNI	REGIONE misure socio-sanitarie per NA	REGIONE misure sociali prevenzione e prossimità	INPS per indennità di accompagnamento
<b>UTENTI</b>	16.408	5.000	2.344 di cui 1.000 dimissioni protette da ospedale	5.800 di cui 2.500 seguiti da rete di prossimità 2.800 partecipanti a corsi AFA 500 partecipanti a corsi Memory Training	31.632 60% dei beneficiari totali
<b>ACCESSI</b>	463.971 media di 2,3 accessi al mese per persona	NR	NR		

DOMICILIARITA'	ASL	ASL protesica e territoriale	ASL farmaceutica	COMUNI	REGIONE misure socio-sanitarie per NA	REGIONE misure sociali prevenzione e prossimità	INPS per indennità di accompagnamento	FAMIGLIE
<b>SPESA</b>	29.000.000	19.000.000	287.000.000	16.850.000	11.000.000	1.800.000	180.000.000	900.000.000 + 60.000.000 di spesa farmaceutica



# SERVIZI RESIDENZIALI SOCIOSANITARI PER ANZIANI

## (Flussi ministeriali ADI, FAR 2014, STS11)

RESIDENZIALITA' SEMIRESIDENZ	NUMERO TOTALE	POST ACUTI	RSA e RP	CENTRO DIURNO	
UTENTI	13.749 di cui A carico delle ASL	5.803	7.366	777	2.400 a carico dei Comuni
STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	POSTI ACCREDITATI RESIDENZIALI	POSTI CONTRATTUALIZZATI ASL RESIDENZIALI	POSTI CONTRATTUALIZZATI SEMIRESIDENZIALI		
188 RESIDENZIALI 20 SEMIRESIDENZIALI	9.644 di cui 5.005 NAT e 4.639 NAP	6.433	580 (non vengono accreditati)		
RESIDENZIALITA'	ASL	COMUNI	FAMIGLIE		
SPESA	102.500.000	11.800.000	84.000.000		

**TOTALE SPESA RESIDENZIALITA' ANZIANI: 198.300.000 EURO**

## SERVIZI DOMICILIARI SOCIOSANITARI PER DISABILI

(Fonti: flussi ministeriali ADI e FAR 2014, ISTAT 2012, dati di gestione)

DOMICILIARITA'	ASL	COMUNI	REGIONE misure socio-sanitarie per NA	INPS per indennità di accompagnamento
<b>UTENTI</b>	NR	562	842 di cui 200 sostegno gravissimi (tra cui circa 100 malati di SLA)	21.088 40% dei beneficiari
<b>ACCESSI</b>	NR	NR		

DOMICILIARITA'	ASL	ASL protesica e territoriale	COMUNI	REGIONE misure socio-sanitari e per NA	INPS per indennità di accompagna mento	FAMIGLIE
<b>SPESA</b>	NR	42.000.000	5.250.000	11.000.000	120.000.000	NR

# SERVIZI RESIDENZIALI SOCIO SANITARI PER DISABILI

(Flussi ministeriali ADI e FAR 2014, STS 11)

RESIDENZIALITA'	NUMERO TOTALE	COMUNE	REGIONE misure socio sanitarie per NA	NUMERO STRUTTURE ACCREDITATE
<b>POSTI</b>	2.321 di cui residenziale 1.330 semiresidenziale 991			87 Residenziali 53 Centri diurni
<b>UTENTI</b>	5.288 di cui 2.747 disabili 2.541 psichiatrici	100	2.384 di cui 1.708 disabili 676 psichiatrici	

RESIDENZIALITA'	ASL	COMUNI	REGIONE misure socio sanitarie per NA	FAMIGLIE
<b>SPESA</b>	68.000.000	900.000	24.000.000	5.000.000

# INTERVENTI REGIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Destinatari	Misura	Descrizione	Stanziamiento annuo
Anziani fragili in dimissione dall'ospedale	PROGETTO "MEGLIO A CASA"	Contributo per la durata di un mese finalizzato all'assunzione in regola di un assistente familiare (badante) al momento del rientro a domicilio dall'ospedale. L'entità del contributo varia a seconda del numero delle ore giornaliere di assistenza: 6, 12 o 24 ore.	Vengono stanziati annualmente circa <b>47 MILIONI DI EURO</b> a copertura totale di questi interventi finanziati direttamente dalla Regione e gestiti operativamente dai Comuni e dalle ASL.
Anziani e Disabili a casa	FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FRNA)	Assegno per acquisto servizi socioassistenziali 350 euro mensili a disabili e anziani con ISEE < 12.000 euro e indennità di accompagnamento che stanno a casa e non frequentano centri diurni.	
	SLA E GRAVISSIME DISABILITA'	Assegno per acquisto servizi per un valore max di euro 500 euro per la fase sperimentale in corso e innalzabile a 1.200 mensili nella fase di messa a regime. I destinatari sono disabili minori e adulti, e persone anziane con indennità di accompagnamento e valutati in condizioni di dipendenza vitale sulla base dei criteri clinici, sganciato da ISEE.	
	VITA INDIPENDENTE	Assegno per acquisto di servizi per un valore max di euro 1.200 mensili a persone disabili adulte in grado di autodeterminarsi e in possesso dell'attestazione di gravità di cui all'art.3 comma 3 l. 104/92.	
Disabili, pazienti psichiatrici e persone affette da Aids in struttura	CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'	Contributo finalizzato a sostenere le famiglie per la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente inserito nelle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate dalla Regione.	

# INTERVENTI REGIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA



INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E L'INVECCHIAMENTO ATTIVO			
Destinatari	Misura	Descrizione	Stanziamiento annuo
<b>Anziani</b>	CORSI DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA	Corsi di ginnastica specificatamente studiata per le persone anziane anche con alcune disabilità per il mantenimento delle funzionalità motorie. Il costo del corso per ogni partecipante è abbattuto (20/25 euro al mese) grazie al finanziamento regionale erogato ai Distretti per la realizzazione del progetto.	Vengono stanziati annualmente circa <b>1,8 MILIONI DI EURO</b> a copertura totale di questi interventi finanziati direttamente dalla Regione e gestiti operativamente dai Comuni e dalle ASL.
	CORSI DI MEMORY TRAINING (ALLENAMENTO DELLA MEMORIA)	Corsi di 10 incontri per allenamento della memoria per la prevenzione del decadimento cognitivo. Il costo del corso per ogni partecipante è abbattuto (20 euro a corso) grazie al finanziamento regionale erogato ai Distretti per la realizzazione del progetto.	
	CUSTODI SOCIALI	Attività di sostegno per la vigilanza, disbrigo pratiche, accompagnamento e altri interventi di supporto ad anziani in condizioni di fragilità. La fruizione del servizio è gratuita.	
	ATTIVITA' PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO	Partecipazione a centri sociali e ad attività di socializzazione, compagnia telefonica, accompagnamenti e altri interventi sostenuti dalle Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale. La fruizione del servizio è gratuita.	

# Servizi sanitari di base

ASL	MMG - AP	PZ per MMG	PLS	PZ per PLS
<b>ASL 1 IMPERIESE</b>	161	1176	23	1085
<b>ASL 2 SAVONESE</b>	200	1241	24	1357
<b>ASL 3 GENOVESE</b>	542	1155	78	1056
<b>ASL 4 CHIAVARESE</b>	108	1196	14	1056
<b>ASL 5 SPEZZINO</b>	178	1071	24	1033
	<b>Totale regionale 1.189</b>	<b>Media regionale 1.168</b>	<b>Totale regionale 163</b>	<b>Media Regionale 1.117</b>

# Rilevazione consumi cittadini per settore specialistico

## LEGENDA

<b>Medicina Generale</b>	Sono considerati tutti i ricoveri dimessi dai Reparti cod. 26 Medicina Generale
<b>Chirurgia Generale E Day Surgery</b>	Sono considerati tutti i ricoveri dimessi dai reparti cod. 09 Chirurgia Generale, cod. 98 Day surgery
<b>Ortopedia</b>	Sono considerati tutti i ricoveri MDC 8
<b>Cardiologia</b>	Sono considerati tutti i ricoveri dimessi dai Reparti cod. 08 Cardiologia
<b>Cardiochirurgia</b>	Sono considerati tutti i ricoveri ordinari - DRG compresi tra 103 e 111, 145, 518, 525,547, 548, 549, 550 e rendicontati con codice di reparto "07"
<b>Emodinamica</b>	Sono considerati seguenti DRG: 110, 111, 117, 118, 124, 125, 515, 518, 535, 536, 551, 552, 555, 556, 557 e 558 (ricoveri ordinari)
<b>Stroke Unit</b>	DRG 14 e DRG 559 (ricoveri ordinari)
<b>Accessi P.S.</b>	Sono considerati tutti gli accessi p.s. di qualsiasi codice di priorità al triage
<b>Specialistica Ambulatoriale</b>	Sono considerate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale.
<b>RMN</b>	Sono considerate tutte le prestazioni ambulatoriali rendicontate con i codici del Nomenclatore tariffario compresi tra 88911 e 88956
<b>PET</b>	Sono considerate tutte le prestazioni ambulatoriali rendicontate con i codici 92091, 92092, 92115, 92116, 92117, 92186 del Nomenclatore tariffario.
<b>FARMACI ATC</b>	Anno 2014 - costo primi 10 ATC ad alto costo al primo livello

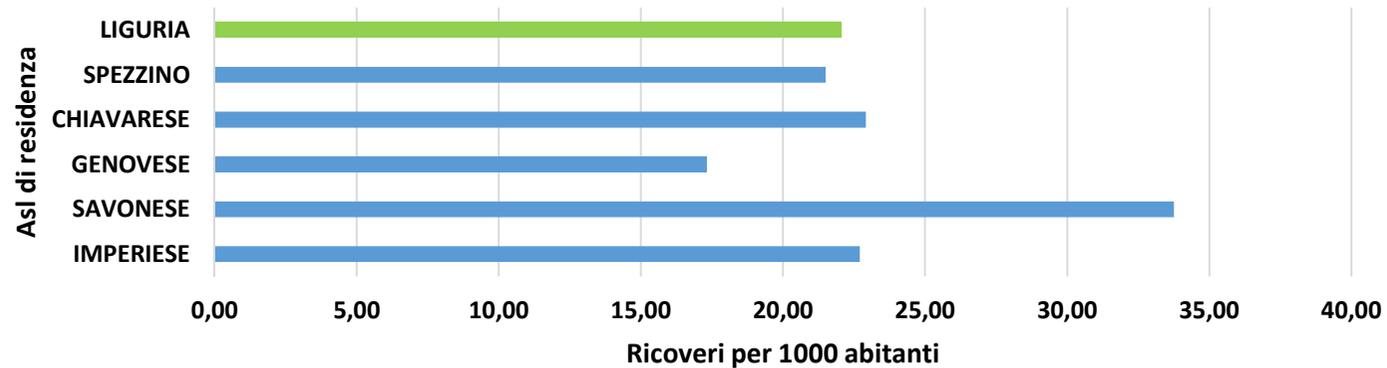
L'attività delle Strutture liguri è riferita all'anno 2014

L'attività delle strutture fuori Regione (mobilità passiva) è riferita all'anno 2013

# MEDICINA GENERALE

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	4894	22,71	4811	2,95
SAVONESE	279.231	9426	33,76	9811	53,04
GENOVESE	719.782	12.465	17,32	12104	-21,49
CHIAVARESE	146.134	3349	22,92	3501	3,90
SPEZZINO	219.669	4724	21,51	4193	-2,50
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>34858</b>	<b>22,06</b>	<b>34420</b>	

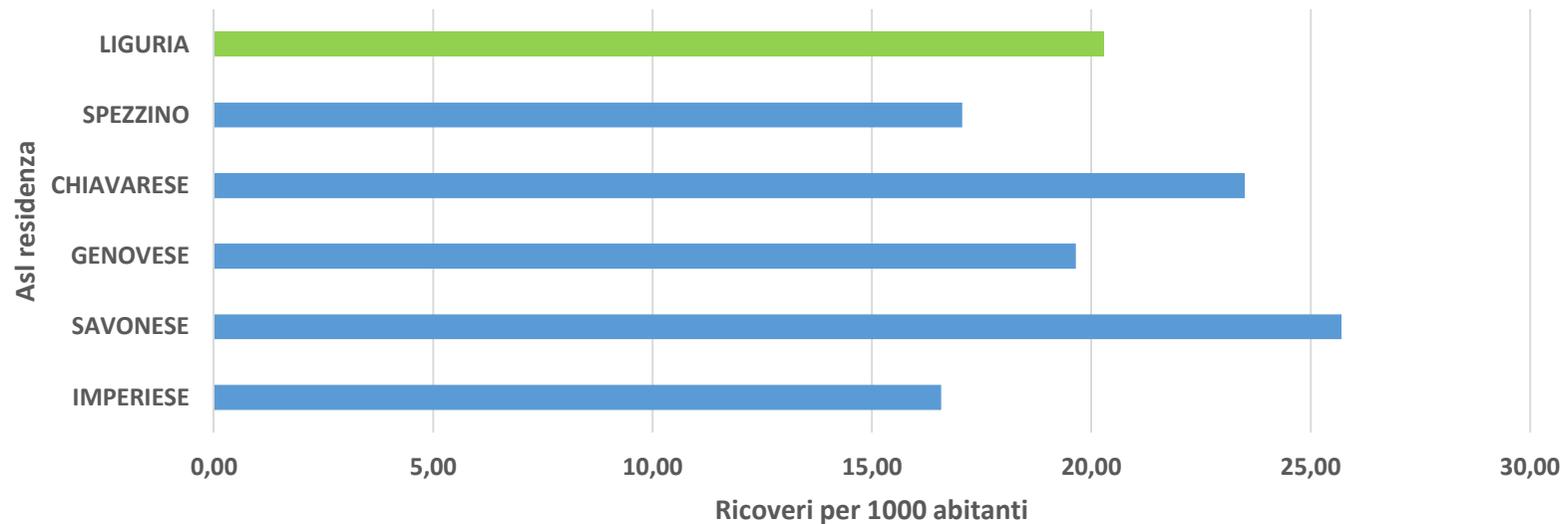
## MEDICINA GENERALE



# CHIRURGIA GENERALE E DAY SURGERY

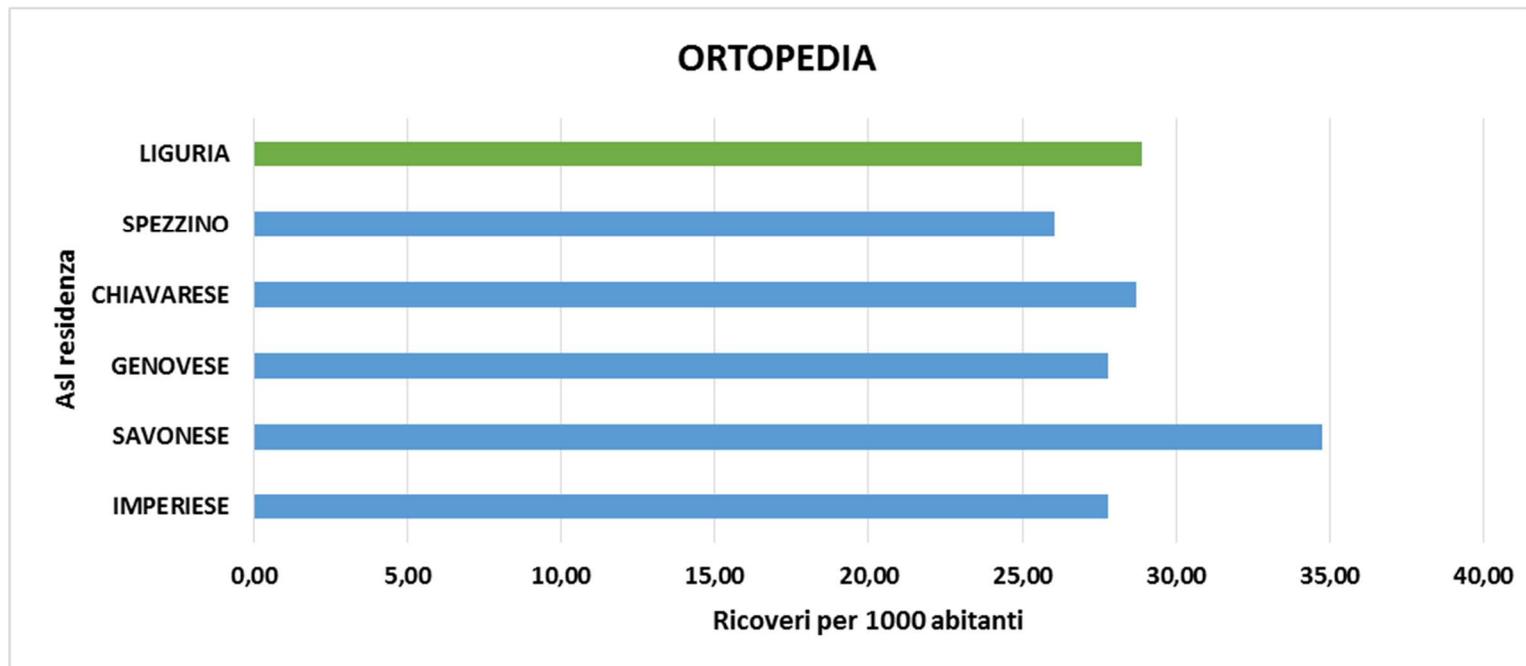
ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	3573	16,58	2614	-18,30
SAVONESE	279.231	7176	25,70	6901	26,64
GENOVESE	719.782	14.140	19,64	14434	-3,19
CHIAVARESE	146.134	3434	23,50	3295	15,80
SPEZZINO	219.669	3746	17,05	2408	-15,96
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>32.069</b>	<b>20,29</b>	<b>29.652</b>	

## CHIRURGIA GENERALE E DAY SURGERY



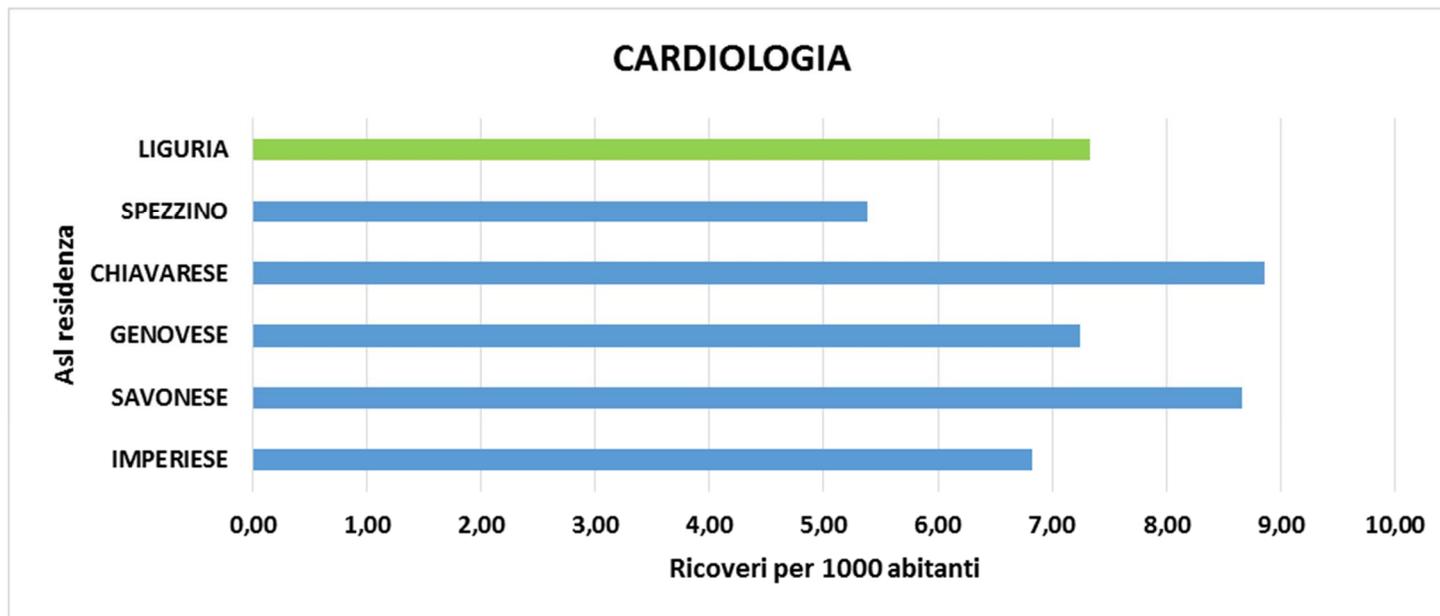
# ORTOPEDIA

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	5952	27,62	2558	-4,11
SAVONESE	279.231	9757	34,94	14794	21,32
GENOVESE	719.782	19.762	27,46	17082	-4,67
CHIAVARESE	146.134	4279	29,28	3607	1,67
SPEZZINO	219.669	5765	26,24	4361	-8,88
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>45.515</b>	<b>28,80</b>	<b>42.402</b>	



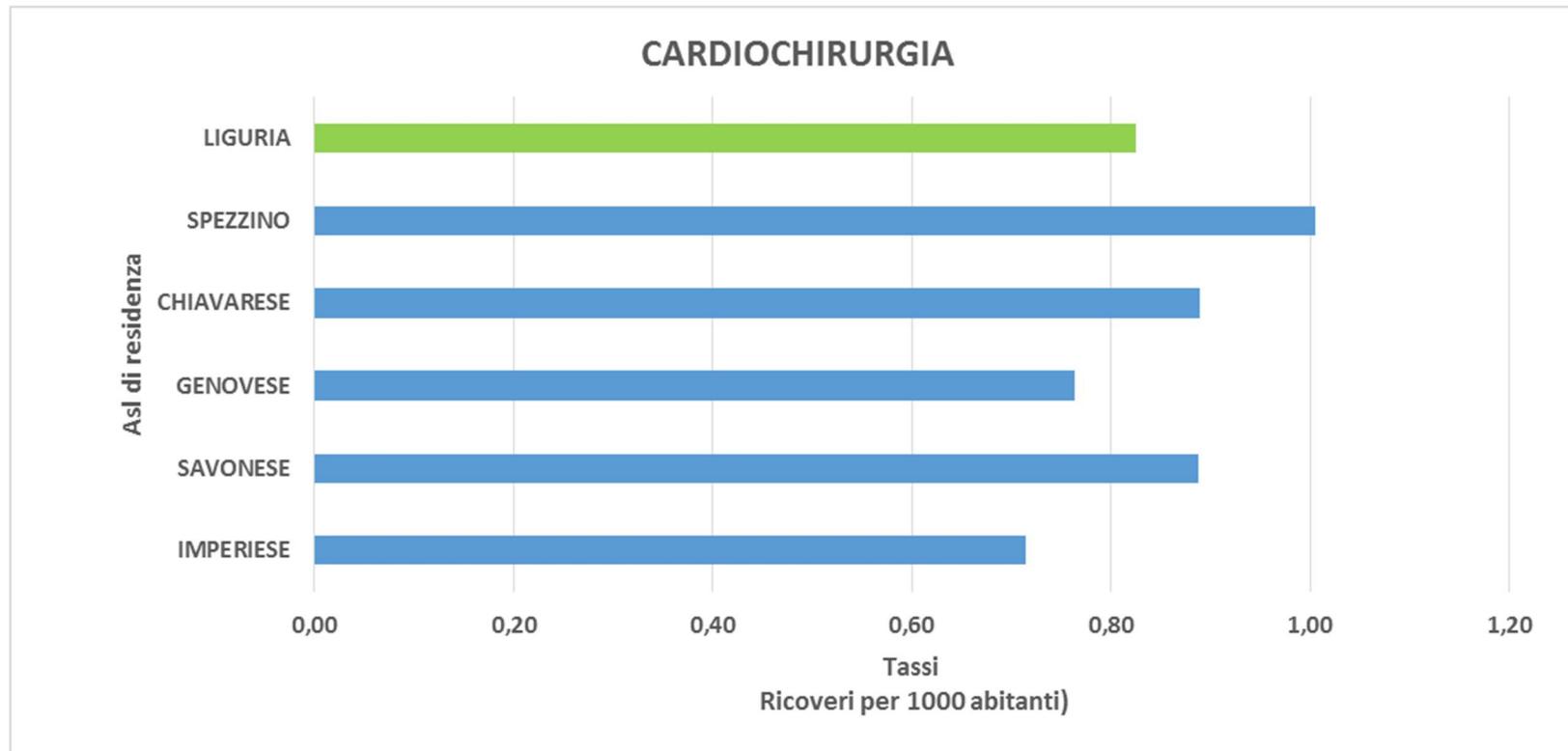
# CARDIOLOGIA

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	1471	6,83	1337	-6,84
SAVONESE	279.231	2418	8,66	2354	18,20
GENOVESE	719.782	5.212	7,24	4936	-1,16
CHIAVARESE	146.134	1295	8,86	1609	20,96
SPEZZINO	219.669	1182	5,38	692	-26,55
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>11.578</b>	<b>7,33</b>	<b>10.928</b>	



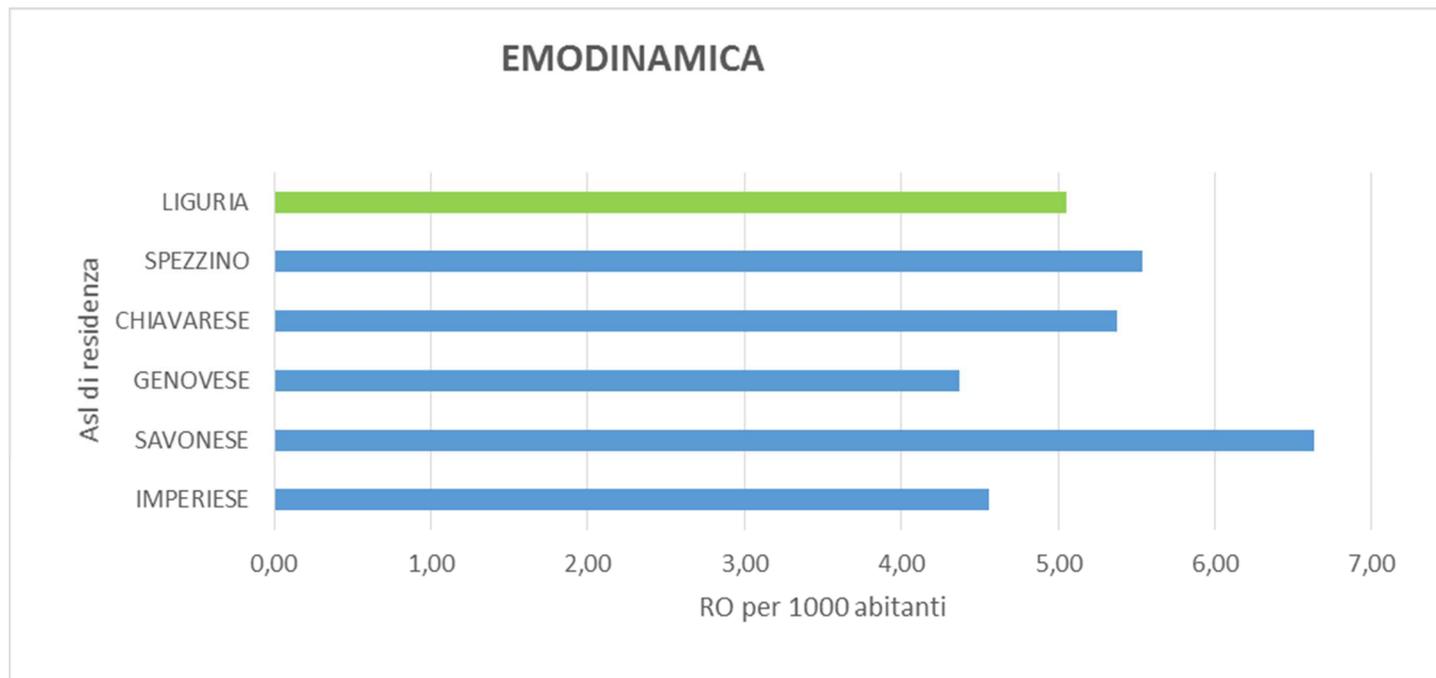
# CARDIOCHIRURGIA

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	154	0,71		-13,33
SAVONESE	279.231	248	0,89		7,72
GENOVESE	719.782	550	0,76	501	-7,32
CHIAVARESE	146.134	130	0,89	431	7,89
SPEZZINO	219.669	221	1,01		22,02
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>1.303</b>	<b>0,82</b>	<b>932</b>	



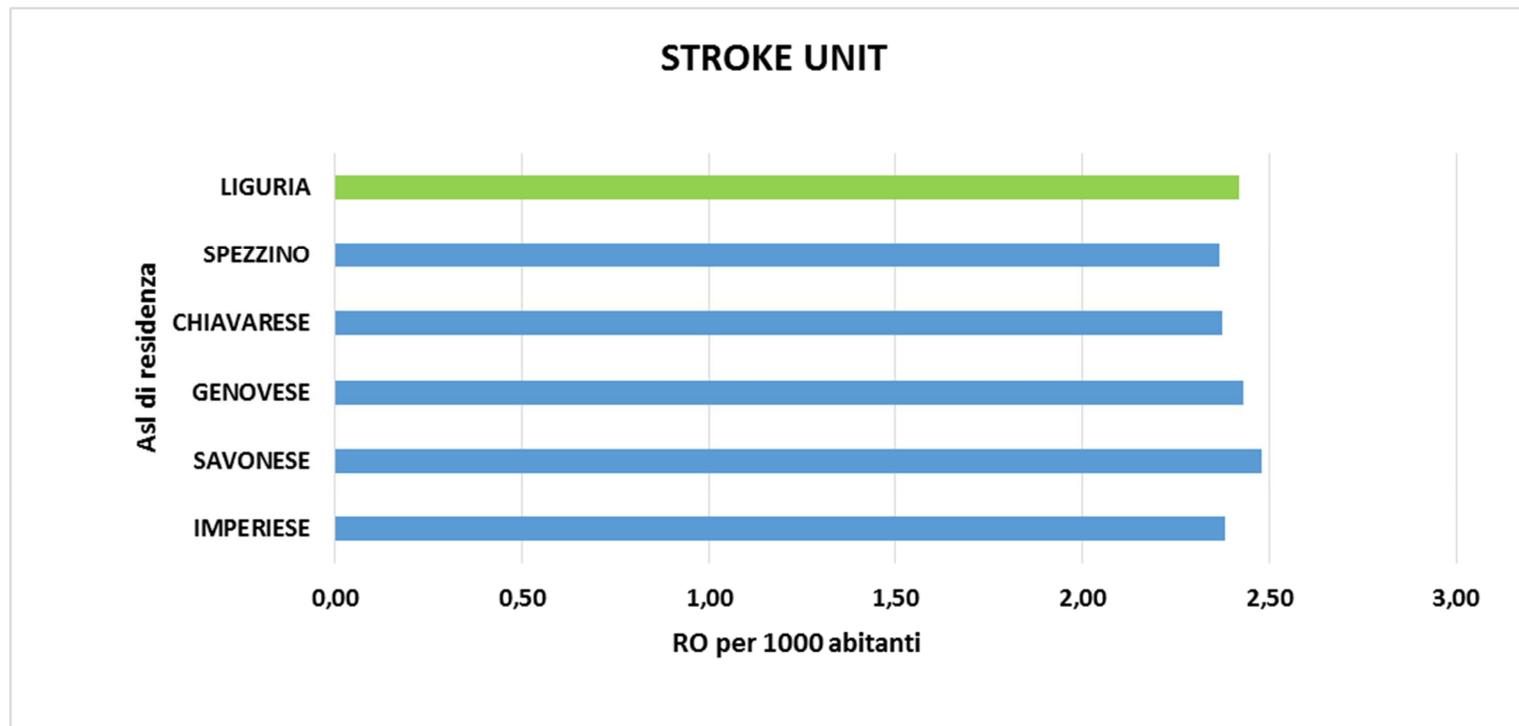
# EMODINAMICA

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	982	4,56	851	-9,74
SAVONESE	279.231	1851	6,63	1814	31,31
GENOVESE	719.782	3.144	4,37	3115	-13,48
CHIAVARESE	146.134	785	5,37	927	6,41
SPEZZINO	219.669	1216	5,54	898	9,65
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>7.978</b>	<b>5,05</b>	<b>7605</b>	



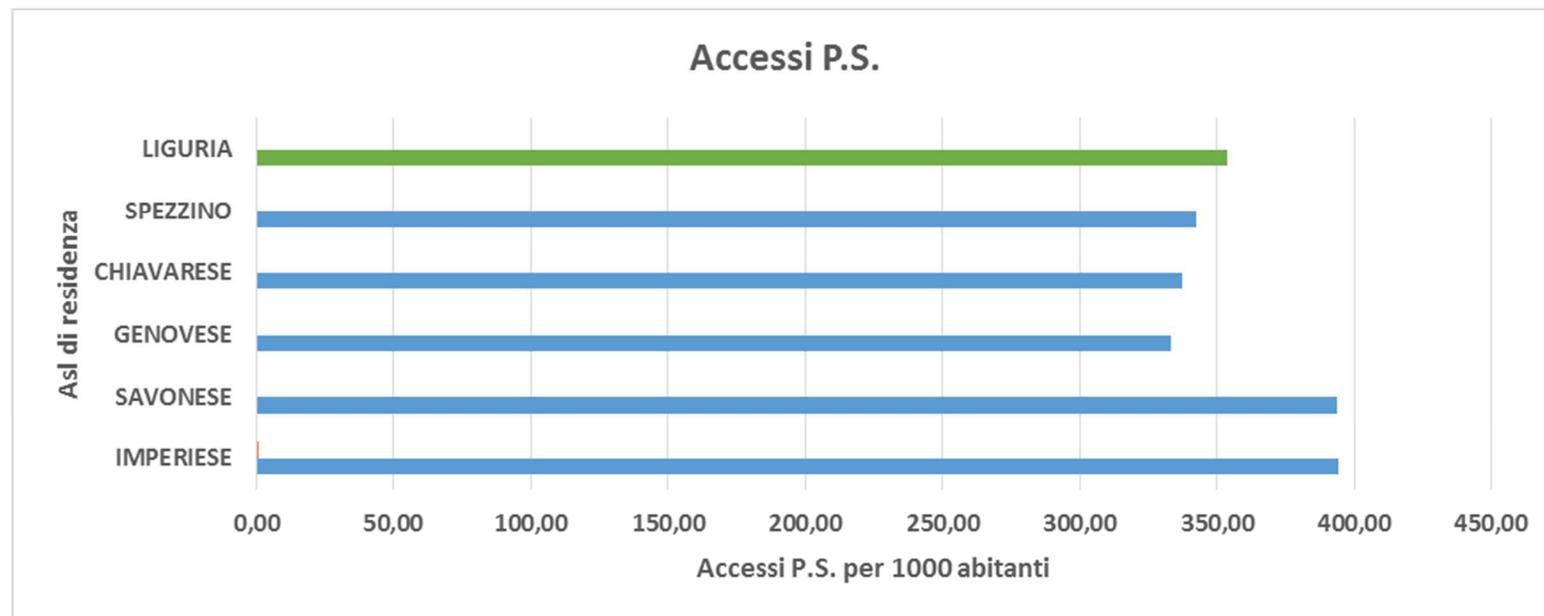
# STROKE UNIT

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Ricoveri erogati ai liguri	Ricoveri per 1000 abitanti	Ricoveri erogati da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	513	2,38	535	-1,55
SAVONESE	279.231	692	2,48	781	2,50
GENOVESE	719.782	1.749	2,43	1777	0,50
CHIAVARESE	146.134	347	2,37	352	-1,79
SPEZZINO	219.669	520	2,37	474	-2,09
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>3.821</b>	<b>2,42</b>	<b>3.919</b>	-



# ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

ASL DI RESIDENZA	Popolazione e 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Accessi PS dei liguri in strutture liguri	Accessi per 1000 abitanti	Accessi strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	84945	394,15	96932	11,35
SAVONESE	279.231	110004	393,95	135571	11,30
GENOVESE	719.782	239.838	333,21	257354	-5,86
CHIAVARESE	146.134	49307	337,41	56778	-4,68
SPEZZINO	219.669	75282	342,71	85952	-3,18
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>559.376</b>	<b>353,96</b>	<b>632.587</b>	



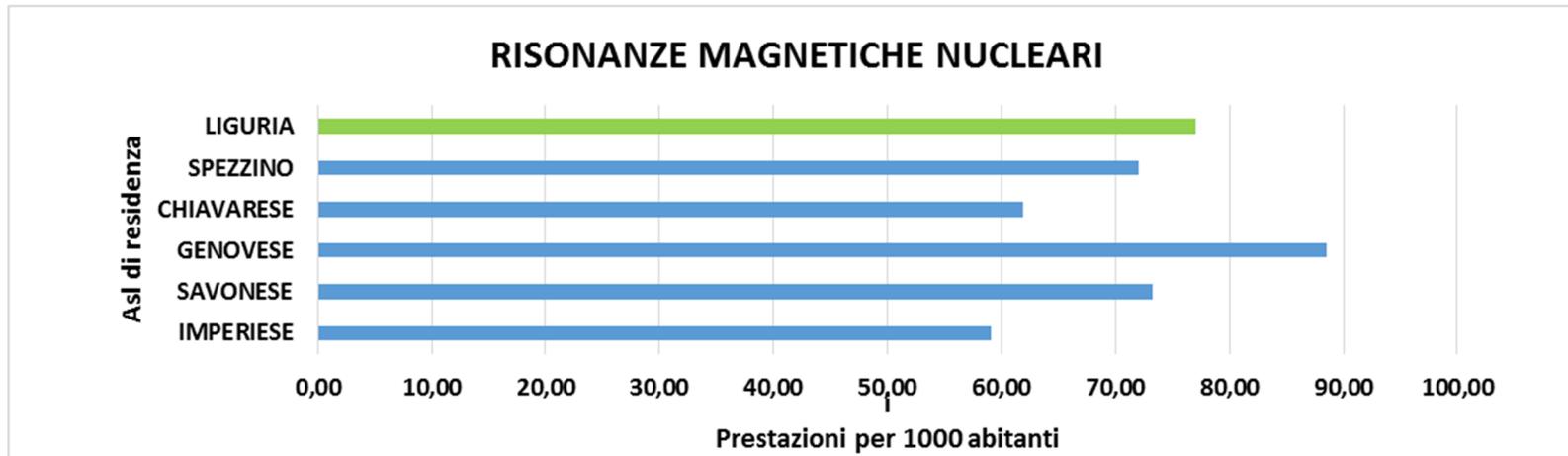
# SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	Confronto domanda con media regionale (%)
		Numero di Prestazioni erogate ai liguri	Numero Prestazioni per abitante	Numero Prestazioni erogate da strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	3.100.959	14,39	3.056.418	-10,17
SAVONESE	279.231	4.716.003	16,89	4.637.301	5,44
GENOVESE	719.782	11.904.702	16,54	12.413.555	3,25
CHIAVARESE	146.134	2.264.372	15,50	2.131.168	-3,27
SPEZZINO	219.669	3.327.987	15,15	3.075.575	-5,42
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>25.314.023</b>	<b>16,02</b>	<b>25.314.017</b>	



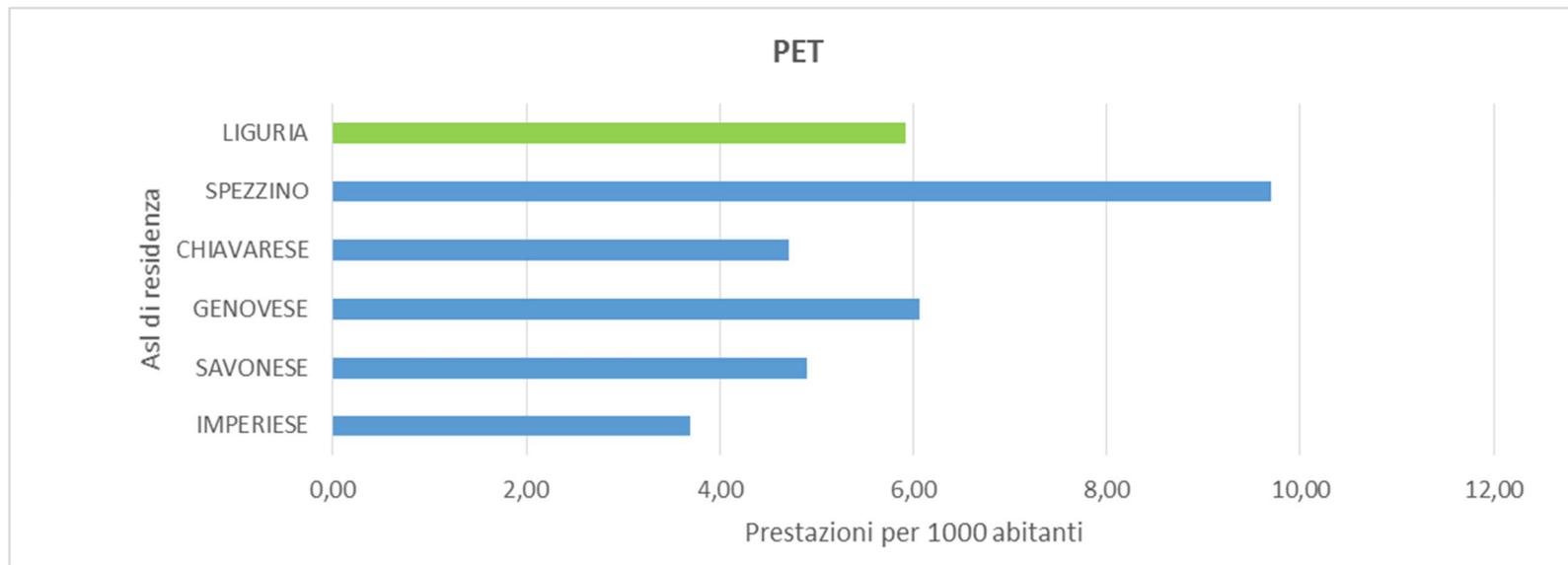
# RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	delta% confronto con media regionale
		Prestazioni erogate ai liguri	Prestazioni per 1000 abitanti	Offerta strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	12.738	59,11	9.786	-23,32
SAVONESE	279.231	20.453	73,25	14.397	-4,97
GENOVESE	719.782	63.732	88,54	66685	14,88
CHIAVARESE	146.134	9.054	61,96	5.346	-19,62
SPEZZINO	219.669	15.831	72,07	7.165	-6,50
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>121.808</b>	<b>77,08</b>	<b>103.379</b>	



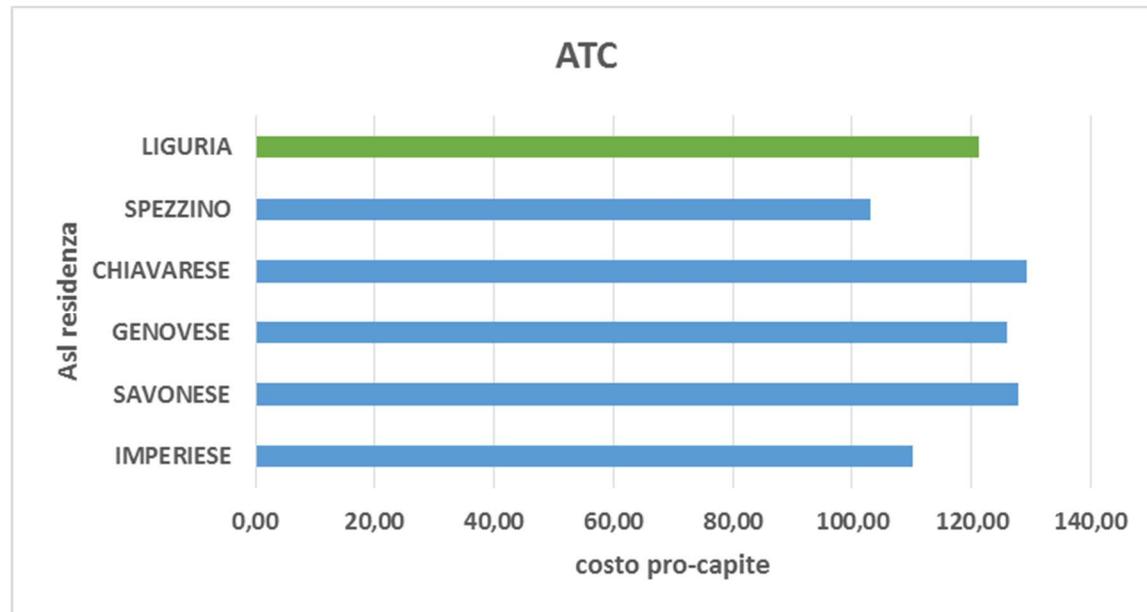
# PET

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	Domanda		Offerta	delta% confronto con media regionale
		Prestazioni erogate ai liguri	Prestazioni per 1000 abitanti	Offerta strutture liguri	
IMPERIESE	215.514	797	3,70		-37,51
SAVONESE	279.231	1.368	4,90	1.489	-17,22
GENOVESE	719.782	4.369	6,07	5157	2,56
CHIAVARESE	146.134	688	4,71		-20,45
SPEZZINO	219.669	2.131	9,70	1.688	63,91
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>9.353</b>	<b>5,92</b>	<b>8.334</b>	



# FARMACI ATC

ASL DI RESIDENZA	Popolazione 1-1-2014	COSTO PRIMI 10 FARMACI ATC	PRO/CAPITE	Confronto domanda con media regionale (%)
IMPERIESE	215.514	23.727.317	<b>110,10</b>	<b>-9,20</b>
SAVONESE	279.231	35.671.860	<b>127,75</b>	<b>5,36</b>
GENOVESE	719.782	90.676.029	<b>125,98</b>	<b>3,90</b>
CHIAVARESE	146.134	18.872.788	<b>129,15</b>	<b>6,51</b>
SPEZZINO	219.669	22.664.237	<b>103,17</b>	<b>-14,91</b>
<b>LIGURIA</b>	<b>1.580.330</b>	<b>191.612.230</b>	<b>121,25</b>	



## Rilevazione per unità di offerta

---

Predisporre un meccanismo di rilevazione continua dei dati (*cf. ad esempio la tabella successiva per Cardiochirurgia*) che consenta una valutazione dell'offerta disaggregata per singola realtà erogativa.

Ciò consentirà valutazioni/determinazioni basate sull'evidenza

**ANALISI DELL'OFFERTA**



# Cardiochirurgia

CARDIOCHIRURGIA	ITEMS DI ANALISI																				
	Logistica/ricettività/risorse							Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance						
	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE Guardia attiva divisionale	Dotazione n. medici(*)	DOTAZIONI DI PRESIDIO				PS DEA	Ricoveri	Urgenza%	Elezione %	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice di inappropriatazza %	i.t.o.	degenza media trimmata a sx	icp (media ponderata)
Emodinamica				UTIC	CH TORACICA	CH VASCOLARE															
S.MARTINO-IST	24	78,45	X	10	X	X	X	DEA 2°	582	19	81	8.524	49%	47%	3%	1%	3,86	3,6	1,64	14,71	1,095
VILLA AZZURRA	15	84,69	(**)	X				NO	485	5	485	5.905	7%	73%	19%	1%	4,74	0	1,68	12,30	0,9

(\*) I medici della cardiochirurgia del San Martino sono 10 di cui 4 universitari.

(\*\*) Non si conosce il numero dei medici della cardiochirurgia di Villa Azzurra.

# Chirurgia vascolare

CHIRURGIA VASCOLARE	ITEMS DI ANALISI																			
	Logistica/ricettività/risorse						Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance						
	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE	Guardia attiva divisionale	Dotazione n. medici	DOTAZIONI DI PRESIDIO			Ricoveri	Urgenza % (accesso in P.S.)	Elezione %	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice di inappropriatazza	i.t.o.	degenza media trimmata a sx	icp (media ponderata)
Cardio chirurgia					Radiologia interventistica	PS DEA														
01 - IMPERIA	16	67,48			x	DEA	694	30	70	3.484	77,8	19,2	2	1	1,9	4	3,18	8,39	0,91	
03 - BORDIGHERA	1			10		PPI h24	123	0	100		94,3	3	2							
02 - PIETRA L.	12	83,84		9	x	DEA 2	578	23	77	3.455	90	5	4		1,76	20	1,18	7,08	0,78	
04 - SAMPIERDARENA	11	87,97		7	x	DEA 1	406	32	68	3.713	92	4,4	4		1,98	5	1,06	9,37	0,87	
01 - LA SPEZIA	10	93,95			x	DEA 1	386	20	80	2.132	93	1,3	6		1,89	4	0,43	8,31	0,98	
04 - SARZANA	1			7		PS	180	1	99		87	2,8	10	1						
01 - S.MART-IST	23	76,26		10	x	x	DEA 2	932	11	89	8.018	83,9	9,1	6	1	2,15	3	3,12	13,69	1,32
01 - GALLIERA	9	90,52		9	x	DEA 1	644	10	90	3.173	76	19,7	4		1,77	5	0,85	8,94	1,05	

# Emodinamica

EMODINAMICA	ITEMS DI ANALISI																
	Logistica/ricettività/risorse						Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance			
	Dotazione p.l. dei reparti di Cardiologia e UTIC	Guardia attiva divisionale	DOTAZIONI DI PRESIDIO				Ricoveri	Elezioni %	Urgenza % (accesso in P.S.)	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	icp	degenza media trimmata a sx
UTIC			Cardio chirurgia	Radiologia interventistica	PS DEA												
PRES.ASL1	22		X		x	1	851	38	62	5.399	91	3	5	1	1,81	1,02	6,4
ASL2-PON	9		X		x	2	901	48	52	3.953	82	5	12	1	1,71	0,75	4,4
ASL2-LEV	15		X		x	1	913	52	48	4.370	90	3	6	1	1,69	0,79	4,9
PRES. METROPOLITANO	21		x		x	1	982	57	43	5.910	95	2	3	1	2,01	0,90	6,1
P.O. ASL4	22		X		x	1	770	45	55	4.712	81	12	6	1	1,75	1,05	6,5
P.O. ASL 5	13		X		x	1	898	37	63	6.111	90	2	8	1	1,91	1,08	6,9
S.MART-IST	32		X	x	x	2	1.105	54	46	9.631	89	7	4	0	2,03	1,14	8,8
GALLIERA	14		X		x	1	859	36	64	6.893	91	5	4	1	1,83	1,38	8,1
V.AZZURRA	7			x	x		157	97	3	630	4	35	59	2	1,41	0,75	4,2

# Chirurgia Toracica

CHIRURGIA TORACICA	ITEMS DI ANALISI																			
	Logistica/ricettività/risorse							Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance					
	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE	Guardia attiva divisionale	Dotazione n. medici	DOTAZIONI DI PRESIDIO				Ricoveri	Urgenza	Elezione	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice di inappropriatelyzza %	i.t.o.	degenza media trim mata a sx
Cardiochirurgia					RADIOTERAPIA	CHIRURGIA VASCOLARE	PS DEA													
PIETRA LIGURE (ASL 2)	5	73,00		1	X	X	DEA 2	154	8	92	1.215	68	26	5	1	2,14	3	2,59	7,94	0,893
SAMPIERDARENA (ASL 3)	3	231,23		4	X	X	DEA 1	254	35	65	2.493	92%	6%	2%	0	2,16	1	-4,82	10,65	1,288
S.MART-IST	13	72,85		10	X	X	DEA 2	413	10	90	3.410	64%	17%	19%		2,17	5	2,15	8,72	0,899

NEUROCHIRURGIA	ITEMS DI ANALISI																								
	Logistica/ricettività/risorse											Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance						
	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE	Guardia attiva divisionale	Dotazione n. medici	DOTAZIONI DI PRESIDIO									Ricoveri	Urgenza %	Elezione %	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice sintetico di inapproprietezza	i.t.o.	degenza media trimmata a sx
Neurologia					Stroke	NEUORIANIMAZIO NE	Neuroradiologia	Radioterapia	Chirurgia vascolare	G- Knife	PS DEA														
02 - PIETRA L.	18	91,8		8	X	X		x	x	x	x	DEA 2	819	21	79	5.656	47	42	10	1	2,03	13	0,61	7,7	0,927
01 - S.MART-IST	18	64,21	1	10	X	x		x	x	x	X	DEA 2	794	34	66	7.063	67	23	8	2	2,43	20	3,17	12,02	1,298
01 - GALLIERA	22	87,63		10	X			x	x	x	X	DEA 1	785	20	80	5.491	85	9	6	1	2,2	22	0,94	7,44	0,925

# Ortopedia

ORTOPEDIA		ITEMS DI ANALISI															
		Logistica/ricettività/ris		Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance						
Criteria di individuazione	Reparto	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE	Dotazione n. n.	Ricoveri	Urgenza	Elezione	Gg Degenza	Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice di appropriatezza	i.t.o.	degenza media
01 - IMPERIA		(*)	79,21		270			3.703		93%	2%	4%	1%	1,53	21%	3,15	14,8
02 - SANREMO		31	97,35		713			7.074		91%	0%	7%	3%	1,46	22%	0,25	10,4
03 - BORDIGHERA		2	0		251			3		95%	1%	3%	1%		0%		
01 - ALBENGA	3606 ORTOPEDIA GSL (O) (ALBENGA)	25	63,92		2.742			4.802		48%	44%	9%	0%	2,06	4%	2,13	3,96
	3607 MALATTIE INFIAMMATORIE OSTEOARTICOLARI (O) (ALBENGA)	13	98,08		279			3.241		30%	38%	31%	1%	1,93	34%	0,16	12
02 - PIETRA L.	3601 - 3601 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA (O) (PIETRA L.)	30	102,76		1.391			10.666		61%	25%	13%	2%	1,51	22%	-0,20	8,75
	3603 - 3603 CHIRURGIA DEL REUMATISMO E PROTESI ARTICOLARE (O) (PIETRA L.)	26	95,05		1.026			7.864		36%	46%	18%	1%	2,05	5%	0,39	7,77
	3605 - 3605 CHIRURGIA VERTEBRALE (O) (PIETRA L.)	9	107,28		375			3.435		45%	27%	26%	2%	1,75	57%	-0,56	9,62
04 - SAVONA	3601 - 3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (O) (SAVONA)	27	94,55		1.197			9.340		82%	9%	7%	2%	1,51	22%	0,48	9,55
	3602 - 3602 CHIRURGIA DELLA MANO (O) (SAVONA)	13	82,60		1.749			1.501		33%	42%	24%	1%	0,97	224%	0,49	3,78
03 - SESTRI P.		7	0		1.089			0		87%	8%	6%	0%				
04 - SAMPIERDARENA		45	89,7		1.223			13.260		91%	3%	3%	2%	1,45	23%	1,37	13,4
01 - LAVAGNA		12	92,60		393			2.408		84%	10%	5%	1%	1,36	23%	0,38	6,55
05 - RAPALLO		41	82,52		2.111			10.590		61%	35%	3%	0%	1,94	3%	2,38	15
01 - LA SPEZIA		35	75,25		1.464			9.988		89%	0%	9%	2%	1,54	20%	2,38	8,31
04 - SARZANA		19	47,42		765			2.918		81%	1%	18%	0%	2,09	21%	9,07	10,1
01 - GASLINI		29	78,34		1.564			5.939		25%	26%	47%	1%	1,15	70%	1,19	4,82
01 - S.MART-IST	3602 U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT. D'URGENZA (O) (S.MAR-IST)	45	55,69		1.935			10.473		90%	5%	4%	1%	1,64	10%	6,71	9,25
	3605 U.O. CLINICA ORTOPEDICA 1 (U) (S.MAR-IST)	24	69,00		1.092			5.047		79%	7%	12%	1%	1,42	64%	2,32	6,41
02 - EVANG. VOLTRI		20	90,64		764			6.775		95%	2%	3%	0%	1,62	31%	0,88	9,92
01 - GALLIERA	3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E ORTOGERIATRIA LIV.2 (O) (GALLIERA)	20	103,4		1.935			7.671		64%	2%	3%	1%	1,69	11%	-0,28	10
	3603 ORTOPEDIA DELLE ARTICOLAZIONI (O) (GALLIERA)	7	61,48		1.092			1.115		49%	12%	2%	0%	1,96	14%	3,21	5,41
01 - V.AZZURRA		5	41,15		558			751		0%	0%	100%	4%	1,75	29%	8,88	6,21
01 - ALMA MATER		9	92,53		1.540			1.351		33%	0%	66%	2%	2,07	2%	0,48	6,03

# Patologia neonatale

PATOLOGIA NEONATALE	ITEMS DI ANALISI																			
	Logistica/ricettività/risorse							Attività Risorse (dimissioni 2014)							Performance					
	N. P.L. ACCREDITATI	TASSO DI OCCUPAZIONE	Guardia attiva divisionale	Dotazione n. medici	DOTAZIONI DI PRESIDIO			PS DEA	Ricoveri	Urgenza	Elezione	Gg Degenza Dimessi	% resid ASL	% resid Regione	% extra regione	% stranieri	Peso Medio	Indice sintetico di inappropriatazza	i.t.o.	degenza media trimmata a sx
NIDO					PEDIATRIA	T.I.N.														
SAVONA(cod. 62)	6	77,4		(****)	SI	SI		DEA 1	259		100	1.755	92	3	5	0	0,67	2	1,93	7,01
S.MART-IST(cod. 62) (**)	8	145,7	1		SI	NO		DEA 2	394		100	3.851	78	19	3	0	1,5	24,7	-2,97	10,19
EVANG. VOLTRI (cod. 62)	2	63,84			SI	NO		PS	153	3	97	553	92	4	2	2	0,38	8,5	1,75	3,74
GALLIERA (cod. 62)	11	12,9			SI	NO		DEA 1	147	1	99	453	86	11	3	1	2,38	0	49,67	10,40
IMPERIA (cod 73)	4	81,16			SI	SI	(*)	DEA 1	268	1	99	1.245	92	6	3	0	0,38	4,3	1,06	4,89
PIETRA L. (cod 73)	4	48,4			SI	SI		DEA 2	118	19	81	724	91	3	4	1	0,39	4,4	6,60	6,77
SAMPIERDARENA (cod 73) (***)	5	12,55			SI	SI		DEA 1	74		100	242	96	3	1	0	0,66	4,2	23,13	6,09
LA SPEZIA (cod 73)	8	51,88			SI	SI		DEA 1	266	2	98	1.652	92	0	8	0	1,16	6,8	5,26	6,31
GASLINI (cod 73)	21	91,81	2	13	SI	SI		DEA 2	253	2	98	7.569	49	44	8	0	6,2	2,4	1,13	31,74

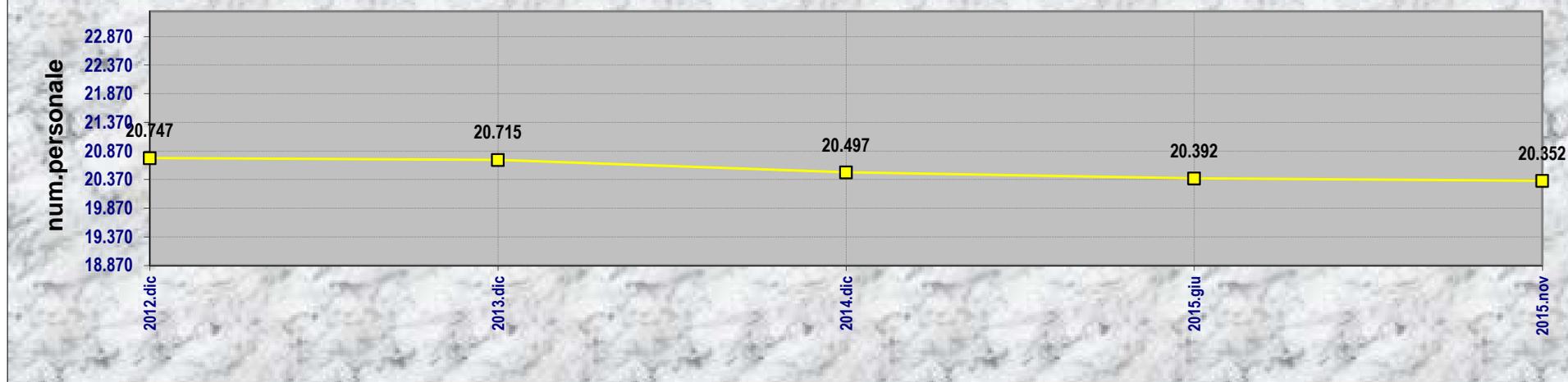
# SSR – Risorse umane: trend personale

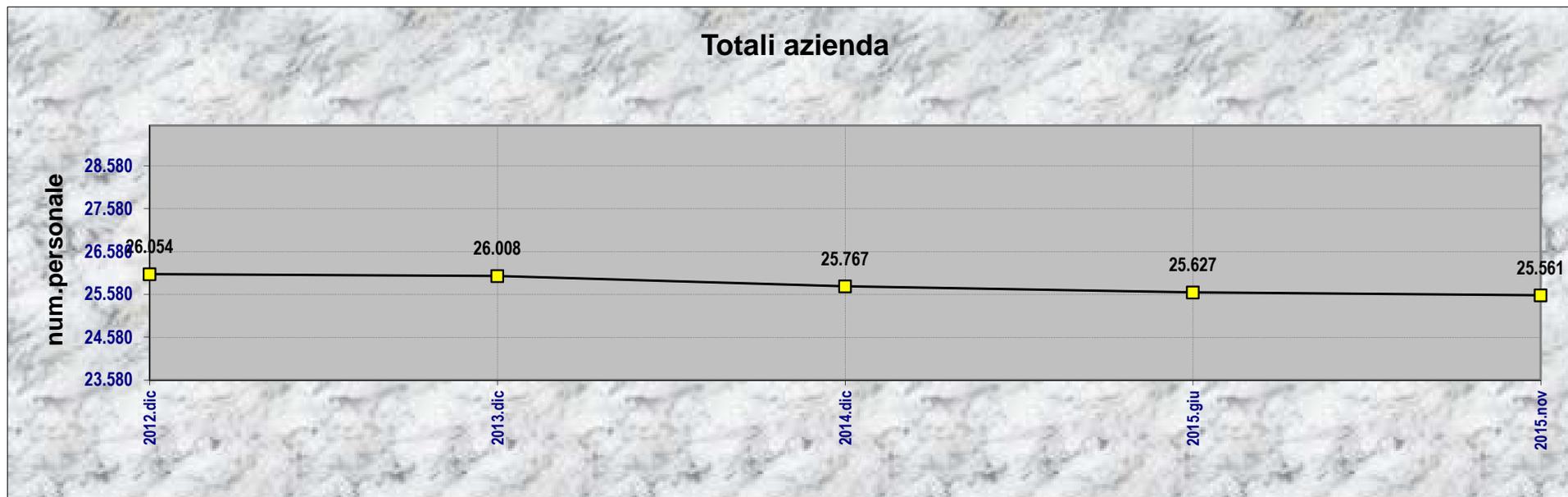
	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	363	340	327	321	316
020 Medici/Veterinari	3.933	3.915	3.901	3.885	3.874
030 Dirigenti.san.str.compl.	21	22	22	22	22
040 Dirigenti sanitari	706	745	741	734	735
050 Dirigenti amministrativi	78	73	76	74	76
060 Dirigenti professionali	33	33	35	37	35
070 Dirigenti tecnici	23	22	22	21	21
<b>Totali dirigenza</b>	<b>5.157</b>	<b>5.150</b>	<b>5.124</b>	<b>5.094</b>	<b>5.079</b>
080 Personale infermieristico	10.628	10.608	10.507	10.460	10.468
090 Tecnici sanitari e riabil.	2.379	2.398	2.393	2.408	2.387
100 Assistenti sociali	141	139	146	146	149
110 Pers.della prevenzione	325	328	329	323	314
120 Assist./operatori tecnici	1.760	1.751	1.722	1.695	1.676
130 Assistenti religiosi	22	21	19	19	16
140 OTA/OSS	2.326	2.342	2.339	2.367	2.399
150 Ausiliari	428	419	385	376	360
160 Amministrativi	2.738	2.709	2.657	2.598	2.583
<b>Totali comparto</b>	<b>20.747</b>	<b>20.715</b>	<b>20.497</b>	<b>20.392</b>	<b>20.352</b>
200 Profili atipici	149	142	146	141	129
n.s.	1	1	0	0	1
<b>Totali azienda</b>	<b>26.054</b>	<b>26.008</b>	<b>25.767</b>	<b>25.627</b>	<b>25.561</b>

### Totali dirigenza



### Totali comparto





# SSR – Risorse umane: trend personale

## ASL 1 IMPERIESE

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	47	41	38	39	41
020 Medici/Veterinari	379	398	390	386	384
030 Dirigenti.san.str.compl.	2	2	2	2	2
040 Dirigenti sanitari	43	58	55	54	55
050 Dirigenti amministrativi	4	4	6	6	6
060 Dirigenti professionali	4	3	3	3	3
070 Dirigenti tecnici	2	2	2	2	2
<b>Totali dirigenza</b>	<b>481</b>	<b>508</b>	<b>496</b>	<b>492</b>	<b>493</b>
080 Personale infermieristico	1.183	1.178	1.162	1.153	1.153
090 Tecnici sanitari e riabil.	263	261	261	269	270
100 Assistenti sociali	19	19	19	19	19
110 Pers.della prevenzione	42	44	44	42	40
120 Assist./operatori tecnici	158	162	162	160	155
130 Assistenti religiosi	0	0	0	0	0
140 OTA/OSS	303	296	295	296	295
150 Ausiliari	25	25	24	23	22
160 Amministrativi	269	270	265	263	259
<b>Totali comparto</b>	<b>2.262</b>	<b>2.255</b>	<b>2.232</b>	<b>2.225</b>	<b>2.213</b>
200 Profili atipici	6	7	8	7	6
n.s.	0	1	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>2.749</b>	<b>2.771</b>	<b>2.736</b>	<b>2.724</b>	<b>2.712</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## ASL 2 SAVONESE

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	57	56	54	52	51
020 Medici/Veterinari	657	645	647	651	657
030 Dirigenti.san.str.compl.	3	3	3	3	3
040 Dirigenti sanitari	78	77	78	75	73
050 Dirigenti amministrativi	13	12	11	10	11
060 Dirigenti professionali	8	8	7	7	6
070 Dirigenti tecnici	3	3	2	2	2
<b>Totali dirigenza</b>	<b>819</b>	<b>804</b>	<b>802</b>	<b>800</b>	<b>803</b>
080 Personale infermieristico	1.826	1.826	1.803	1.790	1.807
090 Tecnici sanitari e riabil.	460	457	450	450	447
100 Assistenti sociali	26	23	23	23	22
110 Pers.della prevenzione	57	55	54	52	52
120 Assist./operatori tecnici	386	384	380	377	370
130 Assistenti religiosi	1	1	0	0	0
140 OTA/OSS	405	411	411	416	415
150 Ausiliari	57	54	50	49	45
160 Amministrativi	416	413	400	392	388
<b>Totali comparto</b>	<b>3.634</b>	<b>3.624</b>	<b>3.571</b>	<b>3.549</b>	<b>3.546</b>
200 Profili atipici	6	6	7	7	7
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>4.459</b>	<b>4.434</b>	<b>4.380</b>	<b>4.356</b>	<b>4.356</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## ASL 3 GENOVESE

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	52	47	44	43	41
020 Medici/Veterinari	710	701	681	680	681
030 Dirigenti.san.str.compl.	3	5	5	5	5
040 Dirigenti sanitari	130	132	129	124	123
050 Dirigenti amministrativi	17	14	14	13	13
060 Dirigenti professionali	7	7	10	10	10
070 Dirigenti tecnici	4	4	4	3	3
<b>Totali dirigenza</b>	<b>923</b>	<b>910</b>	<b>887</b>	<b>878</b>	<b>876</b>
080 Personale infermieristico	1.918	1.904	1.862	1.845	1.828
090 Tecnici sanitari e riabil.	461	456	453	454	447
100 Assistenti sociali	56	57	54	54	53
110 Pers.della prevenzione	125	125	122	121	120
120 Assist./operatori tecnici	342	337	327	323	315
130 Assistenti religiosi	0	0	0	0	0
140 OTA/OSS	470	465	449	459	457
150 Ausiliari	75	75	69	66	62
160 Amministrativi	694	671	649	622	609
<b>Totali comparto</b>	<b>4.141</b>	<b>4.090</b>	<b>3.985</b>	<b>3.944</b>	<b>3.891</b>
200 Profili atipici	8	9	9	7	6
n.s.	1	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>5.073</b>	<b>5.009</b>	<b>4.881</b>	<b>4.829</b>	<b>4.773</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## ASL 4 CHIAVARESE

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	30	27	25	26	27
020 Medici/Veterinari	317	314	303	307	302
030 Dirigenti.san.str.compl.	1	1	1	1	1
040 Dirigenti sanitari	31	35	35	36	37
050 Dirigenti amministrativi	6	5	5	5	6
060 Dirigenti professionali	2	2	2	2	2
070 Dirigenti tecnici	4	3	3	3	3
<b>Totali dirigenza</b>	<b>391</b>	<b>387</b>	<b>374</b>	<b>380</b>	<b>378</b>
080 Personale infermieristico	752	765	764	771	773
090 Tecnici sanitari e riabil.	162	164	165	166	168
100 Assistenti sociali	13	12	13	13	14
110 Pers.della prevenzione	26	26	29	29	28
120 Assist./operatori tecnici	78	76	80	81	84
130 Assistenti religiosi	4	4	4	4	4
140 OTA/OSS	152	150	145	150	169
150 Ausiliari	88	87	87	86	93
160 Amministrativi	225	226	224	225	224
<b>Totali comparto</b>	<b>1.500</b>	<b>1.510</b>	<b>1.511</b>	<b>1.525</b>	<b>1.557</b>
200 Profili atipici	4	3	6	6	4
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>1.895</b>	<b>1.900</b>	<b>1.891</b>	<b>1.911</b>	<b>1.939</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## ASL 5 SPEZZINO

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	45	40	39	35	35
020 Medici/Veterinari	374	372	375	367	369
030 Dirigenti.san.str.compl.	3	3	3	3	3
040 Dirigenti sanitari	48	52	54	53	52
050 Dirigenti amministrativi	7	7	12	11	11
060 Dirigenti professionali	2	2	2	2	2
070 Dirigenti tecnici	1	2	1	1	1
<b>Totali dirigenza</b>	<b>480</b>	<b>478</b>	<b>486</b>	<b>472</b>	<b>473</b>
080 Personale infermieristico	1.006	1.019	1.025	1.014	1.017
090 Tecnici sanitari e riabil.	211	230	232	233	233
100 Assistenti sociali	20	21	24	24	26
110 Pers.della prevenzione	44	47	49	49	45
120 Assist./operatori tecnici	85	85	85	85	89
130 Assistenti religiosi	3	3	3	3	3
140 OTA/OSS	62	61	60	60	59
150 Ausiliari	16	15	12	12	12
160 Amministrativi	268	265	264	261	254
<b>Totali comparto</b>	<b>1.715</b>	<b>1.746</b>	<b>1.754</b>	<b>1.741</b>	<b>1.738</b>
200 Profili atipici	12	9	10	10	10
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>2.207</b>	<b>2.233</b>	<b>2.250</b>	<b>2.223</b>	<b>2.221</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## E.O. OSPEDALI GALLIERA

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	24	23	23	24	23
020 Medici/Veterinari	302	306	313	314	313
030 Dirigenti.san.str.compl.	2	2	2	2	2
040 Dirigenti sanitari	57	63	65	65	61
050 Dirigenti amministrativi	13	13	11	11	11
060 Dirigenti professionali	4	5	5	6	5
070 Dirigenti tecnici	4	4	6	6	6
<b>Totali dirigenza</b>	<b>406</b>	<b>416</b>	<b>425</b>	<b>428</b>	<b>421</b>
080 Personale infermieristico	643	640	637	646	647
090 Tecnici sanitari e riabil.	190	192	192	195	189
100 Assistenti sociali	0	0	0	0	0
110 Pers.della prevenzione	11	11	11	10	10
120 Assist./operatori tecnici	192	192	188	178	193
130 Assistenti religiosi	0	0	0	0	0
140 OTA/OSS	189	198	203	204	212
150 Ausiliari	3	3	3	3	3
160 Amministrativi	234	237	245	236	253
<b>Totali comparto</b>	<b>1.462</b>	<b>1.473</b>	<b>1.479</b>	<b>1.472</b>	<b>1.507</b>
200 Profili atipici	4	3	3	3	3
n.s.	0	0	0	0	1
<b>Totali azienda</b>	<b>1.872</b>	<b>1.892</b>	<b>1.907</b>	<b>1.903</b>	<b>1.932</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	4	5	5	4	5
020 Medici/Veterinari	115	113	115	113	111
030 Dirigenti.san.str.compl.	0	0	0	0	0
040 Dirigenti sanitari	7	4	4	4	3
050 Dirigenti amministrativi	4	4	4	4	4
060 Dirigenti professionali	0	0	1	1	1
070 Dirigenti tecnici	0	0	0	0	0
<b>Totali dirigenza</b>	<b>130</b>	<b>126</b>	<b>129</b>	<b>126</b>	<b>124</b>
080 Personale infermieristico	241	241	240	240	239
090 Tecnici sanitari e riabil.	47	46	45	43	41
100 Assistenti sociali	0	0	0	0	0
110 Pers.della prevenzione	0	0	0	0	0
120 Assist./operatori tecnici	41	40	41	41	40
130 Assistenti religiosi	0	0	0	0	0
140 OTA/OSS	47	51	58	61	61
150 Ausiliari	41	38	28	27	27
160 Amministrativi	73	73	73	71	71
<b>Totali comparto</b>	<b>490</b>	<b>489</b>	<b>485</b>	<b>483</b>	<b>479</b>
200 Profili atipici	1	2	2	2	1
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>621</b>	<b>617</b>	<b>616</b>	<b>611</b>	<b>604</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## IRCCS AOU S.MARTINO-IST

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	83	78	75	75	71
020 Medici/Veterinari	809	803	811	800	790
030 Dirigenti.san.str.compl.	7	5	5	5	5
040 Dirigenti sanitari	156	160	160	160	166
050 Dirigenti amministrativi	8	8	7	8	8
060 Dirigenti professionali	5	5	4	5	5
070 Dirigenti tecnici	3	2	2	2	2
<b>Totali dirigenza</b>	<b>1.071</b>	<b>1.061</b>	<b>1.064</b>	<b>1.055</b>	<b>1.047</b>
080 Personale infermieristico	2.209	2.192	2.189	2.171	2.179
090 Tecnici sanitari e riabil.	418	419	422	425	419
100 Assistenti sociali	3	3	3	3	5
110 Pers.della prevenzione	17	17	17	17	16
120 Assist./operatori tecnici	300	296	287	286	284
130 Assistenti religiosi	4	4	4	4	2
140 OTA/OSS	500	517	541	543	557
150 Ausiliari	91	87	85	84	80
160 Amministrativi	392	377	359	350	348
<b>Totali comparto</b>	<b>3.934</b>	<b>3.912</b>	<b>3.907</b>	<b>3.883</b>	<b>3.890</b>
200 Profili atipici	104	99	97	95	89
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>5.109</b>	<b>5.072</b>	<b>5.068</b>	<b>5.033</b>	<b>5.026</b>

# SSR – Risorse umane: trend personale

## IRCCS G. GASLINI

	2012.dic	2013.dic	2014.dic	2015.giu	2015.nov
010 Medici/Vet.dir.str.compl.	21	23	24	23	22
020 Medici/Veterinari	270	263	266	267	267
030 Dirigenti.san.str.compl.	0	1	1	1	1
040 Dirigenti sanitari	156	164	161	163	165
050 Dirigenti amministrativi	6	6	6	6	6
060 Dirigenti professionali	1	1	1	1	1
070 Dirigenti tecnici	2	2	2	2	2
<b>Totali dirigenza</b>	<b>456</b>	<b>460</b>	<b>461</b>	<b>463</b>	<b>464</b>
080 Personale infermieristico	850	843	825	830	825
090 Tecnici sanitari e riabil.	167	173	173	173	173
100 Assistenti sociali	4	4	10	10	10
110 Pers.della prevenzione	3	3	3	3	3
120 Assist./operatori tecnici	178	179	172	164	146
130 Assistenti religiosi	10	9	8	8	7
140 OTA/OSS	198	193	177	178	174
150 Ausiliari	32	35	27	26	16
160 Amministrativi	167	177	178	178	177
<b>Totali comparto</b>	<b>1.609</b>	<b>1.616</b>	<b>1.573</b>	<b>1.570</b>	<b>1.531</b>
200 Profili atipici	4	4	4	4	3
n.s.	0	0	0	0	0
<b>Totali azienda</b>	<b>2.069</b>	<b>2.080</b>	<b>2.038</b>	<b>2.037</b>	<b>1.998</b>

# Banca Dati Assistiti (BDA)

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

Obiettivo 1

Migliorare la programmazione sanitaria

Obiettivo 2

Migliorare l'efficienza amministrativa

Obiettivo 3

Revisione organizzativa delle reti

Obiettivo 4

Coinvolgimento attivo di MMG e PLS

Obiettivo 5

Integrazione socio sanitaria

Obiettivo 6

Gestione patrimonio immobiliare

Obiettivo 7

Modifica del sistema dei controlli

Obiettivo 8

Creazione di modelli formativi

Obiettivo 9

Sistema informativo basato sul paziente

Obiettivo 10

Rapporto professioni sanitarie

## I 10 OBIETTIVI STRATEGICI



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

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

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

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

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

Obiettivo 4

Coinvolgimento attivo di MMG e PLS



## Come azione dei progetti strategici :

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

Finalità delle azioni di integrazione sociosanitaria sono :

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

Obiettivo 5

Integrazione socio sanitaria/1



*"L'integrazione sociosanitaria è una delle risposte alla più vasta azione del prendersi cura della persona, che va accolta e curata sempre nell'insieme delle sue condizioni e delle sue espressioni.*

*La qualità dell'integrazione si raggiunge quando obiettivi, azioni e prestazioni sanno adattare i principi generali del prendersi cura alle condizioni individuali, restituendo al soggetto il suo ben-essere e il massimo delle sue autonomie psicologiche, sanitarie e sociali."*

*(Documento: "Raccomandazioni sulla qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario", Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – SIQuAS - 16/3/2012)*

Obiettivo 5

Integrazione socio sanitaria/2



# GESTIONE PATRIMONIO EDILIZIO

## OBIETTIVO

Classificare le strutture sanitarie in base alle loro:

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

La mappatura deve tener conto della:

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

**Obiettivo 6**

**Gestione patrimonio immobiliare**

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

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

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

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

- Attuare e aggiornare i LEA
- Promuovere una rete integrata di servizi per i malati cronici e disabili
- Garantire e monitorare la qualità
- Potenziare i fattori di sviluppo nella sanità
- Realizzare la formazione permanente
- Promuovere l' eccellenza e riqualificare le strutture
- Promuovere il territorio come sede di assistenza primaria e di governo dei percorsi
- Potenziare la rete emergenza-urgenza
- Promuovere la ricerca
- Promuovere gli stili di vita salutari
- Promuovere un corretto impiego dei farmaci

## I PROGETTI STRATEGICI



1. Libertà di scelta consapevole
2. Rapporto pubblico/privato basato sulle reali necessità e finalizzato al miglioramento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie
3. Qualità
4. Governo della domanda basato sulle evidenze e su una puntuale analisi dei bisogni dei cittadini

**MODELLO ORGANIZZATIVO CHE GARANTISCA:**



## Garantire la salute della popolazione attraverso politiche sanitarie:

- che favoriscano un' offerta appropriata ed efficace (EBM, EBP);
- ottimizzando le risorse (efficienza);
- garantendo l' equilibrio economico del sistema (governance).

**COSA INTENDIAMO PER «QUALITÀ» IN SANITÀ/1**



- Qualità in sanità = appropriatezza
- Valutazione di un intervento in relazione:
  - ✓ al rapporto rischio-beneficio
  - ✓ ai costi
  - ✓ ai bisogni della popolazione

**COSA INTENDIAMO PER «QUALITÀ» IN SANITÀ/2**



## *Qualità aziendale:*

negli ultimi anni si sono sviluppati un gran numero di strumenti e metodi per misurare, valutare e migliorare la qualità delle cure:

- l' Evidence Based Medicine;
- il technology assesment;
- il risk management;
- gli indicatori di performance;
- il benchmarking;
- i percorsi di assistenza;
- l' audit clinico;
- i sistemi di valutazione della qualità.

**COSA INTENDIAMO PER «QUALITÀ» IN SANITÀ/3**



- La **documentazione sanitaria** (cartelle cliniche, referti ambulatoriali, immagini radiologiche/ diagnostiche /terapeutiche, ecc.) prodotta è “specchio” **fedelissimo** dell’organizzazione sanitaria. Curare la documentazione (format, procedure, sistemi di supporto informatici/cartacei) è strategico **per tenere sotto controllo** e per **valutare l’operato** di un’organizzazione complessa come quella sanitaria (ospedale, territorio, ecc.).
- **Indicatori di outcome**: molto complessi da definire in relazione al loro utilizzo: per il governo delle risorse, per lo stato di salute della popolazione, per la ricerca, per i professionisti sanitari, ecc.: ad esempio i tassi di infezioni ospedaliere (microrganismi sentinella), mortalità a 30 gg, ricoveri ripetuti, esiti Infarto Miocardico Acuto, utilizzo del PS, ecc. (sono tantissimi a seconda di ciò che si vuole misurare).

Diversi fattori dimostrano che la domanda (quantità di prestazioni erogate) non è direttamente correlabile al bisogno della popolazione:

- il bisogno sanitario non espresso, per mancata capacità di riconoscere determinati problemi di salute (da parte del paziente o della sua famiglia);
- le richieste di prestazioni non appropriate per inadeguate conoscenze, per “consumismo” sanitario, per medicina “difensiva”;
- la presenza di facilità o difficoltà di accesso alle prestazioni (distanze, orari o procedure per l’accesso, costo).

Esiste una relazione diretta tra l’incremento dell’offerta (numero di medici, di tecnologie, di posti letto, di prestazioni disponibili) e l’incremento della domanda.

L’incremento dell’offerta da parte delle strutture si accompagna progressivamente non solo ad un incremento della domanda, ma anche ad una riduzione dell’appropriatezza.

## **II PROBLEMA DEL RAPPORTO TRA DOMANDA E BISOGNI (GOVERNO DELLA DOMANDA)**

# Confronto internazionale

## Caratteristiche degli assetti di governance dei servizi sociosanitari

- Elemento -	Germania 	Francia 	Regno Unito 	Spagna 	Paesi Bassi 	Italia  (focus Lombardia)
<b>Modalità di finanziamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurazione pubblico / privata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurazione pubblica</li> <li>Fondi statali e dipartimentali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondi nazionali</li> <li>Fondi regionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondi nazionali</li> <li>Fondi regionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurazione pubblico / privata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondi nazionali</li> </ul>
<b>Potestà legislativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livello statale (federale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livello statale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livello statale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppio livello;               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Statale</li> <li>– <b>Regionale</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livello statale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppio livello;               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Statale</li> <li>– <b>Regionale</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>Programmaz. sociosanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestita a livello di <b>Lander</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mista regionale e dipartimentale</b> (per i rispettivi ambiti di competenza)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Più livelli: statale, "intermedio", <b>regionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida statali</li> <li><b>Programmazione regionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione standard: Stato</li> <li>Programmazione Offerta: <b>Regioni</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida statali</li> <li><b>Programmazione regionale</b></li> </ul>
<b>Accreditamento e autorizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Lander</b> (Casse Mutue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statale</li> <li><b>Regionale</b> (ARS – Agenzia Reg. Salute)</li> <li>Locale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Nazionale" (National Health System)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Regionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Regionale</b></li> </ul>
<b>Verifica e controllo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Lander</b> (Ministeri competenti per materia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statale</li> <li><b>Regionale</b> (ARS)</li> <li>Locale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Nazionale" (NHS)</li> <li><b>Regionale</b> SHA – Strategic Health Authority</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Regionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Regionale tramite le ASL</b></li> </ul>
<b>Accesso servizi / Valutaz. bisogno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Lander</b> (Casse Mutue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accesso: CCAS (Comuni)</li> <li>Valutazione: dipartim. /ARS / Stato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Locale (Care Trust e Local Authority)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Regionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Livello regionale</b> (Organismo indipendente di valutazione)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ASL attraverso modello di valutazione regionale</b></li> </ul>
<b>Programmazione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Locale</b> (Comuni e province)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mista regionale e dipartimentale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida: a livello statale e "intermedio"</li> <li><b>Programmazione operativa: locale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida statali</li> <li>Programmazione regionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linee guida statali</li> <li><b>Programmazione servizio sociale: comunale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Programmazione servizio sociale: comuni e ASL (Piani di Zona)</b></li> </ul>

Tradizionalmente i tre modelli di sanità presenti in Italia :

- Lombardia: CONCORRENZIALE con forte presenza del privato
- Emilia Romagna: MISTO
- Toscana: INTEGRATO a prevalenza pubblica

si sono retti in questi anni con parziale equilibrio rispettivamente e prevalentemente attraverso una maggiore attenzione alle dimensioni di:

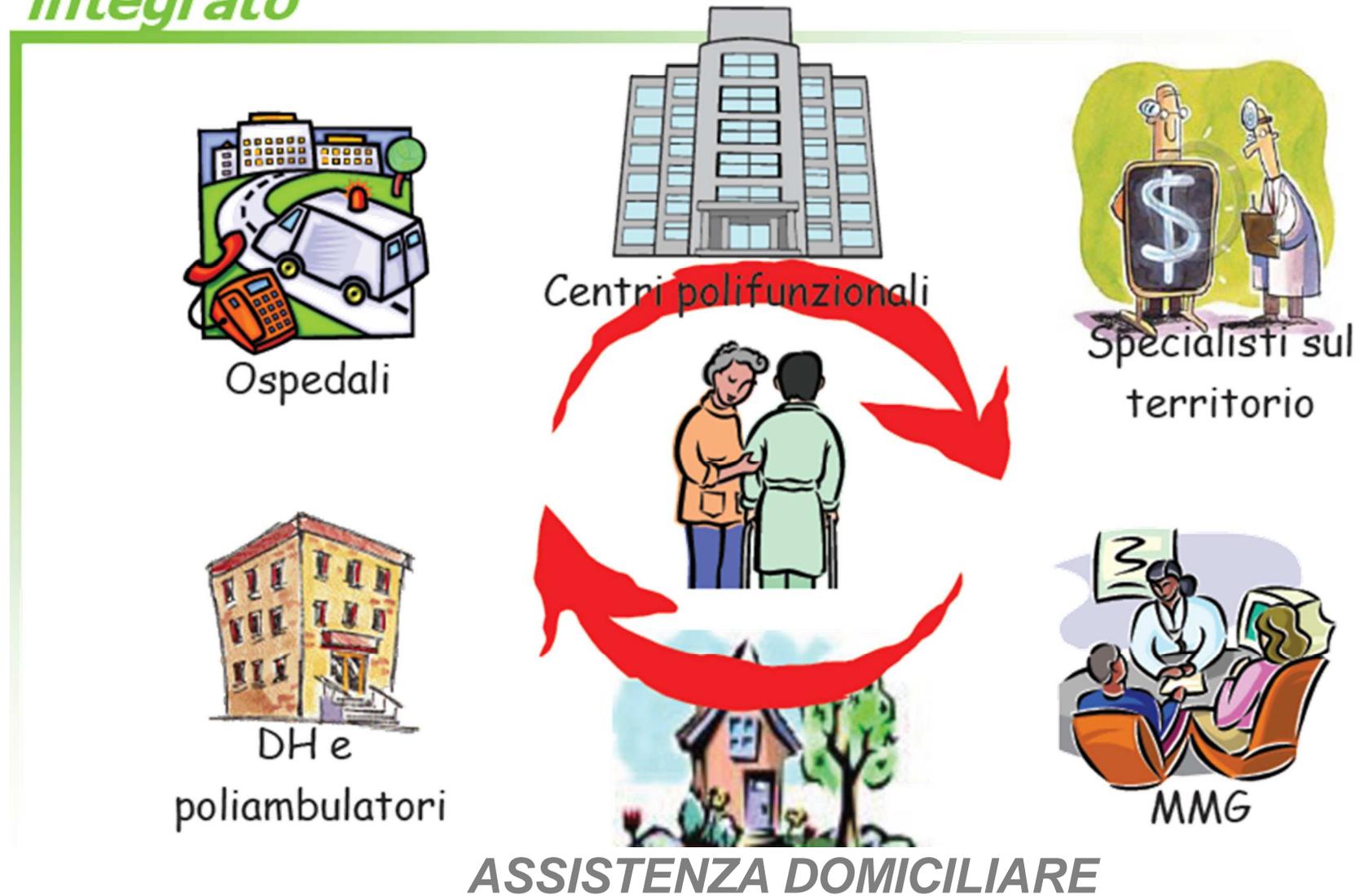
- PROGRAMMAZIONE forte e centrale nel caso della Lombardia
- LEADERSHIP di settore ad orientamento tecnico-professionale per l'Emilia Romagna
- CONSENSO diffuso, con ampia partecipazione professionale nella Toscana.

Le nuove sfide in sanità rendono oggi necessario ripensare al sistema prevedendo la presenza di un diverso mix di questi aspetti per evitare che in caso di :

- prevalente programmazione centrale: si verifichi una ingessatura del sistema
- forte leadership di settore: questa possa venire meno per mancanza di competenze professionali
- prevalenza partecipativa: si rallenti il processo decisionale.

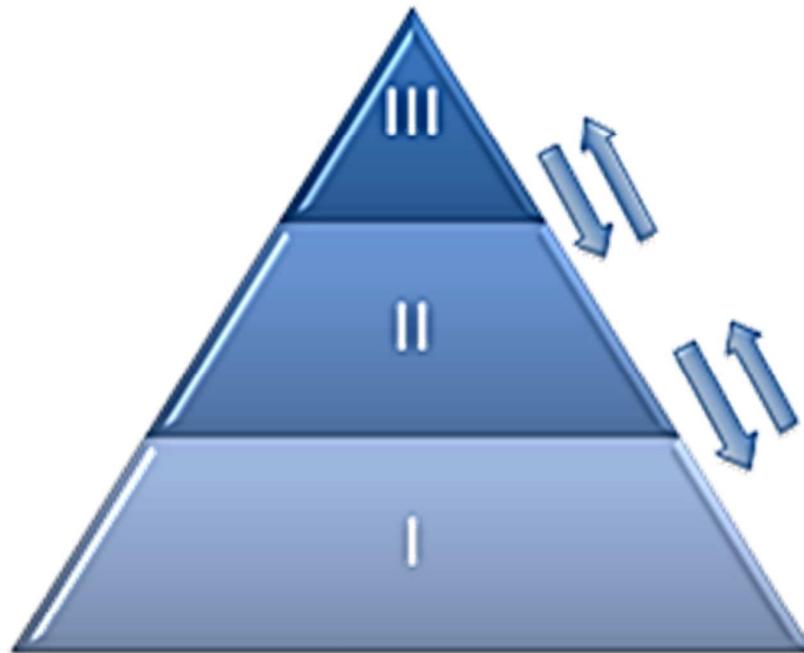
## MODELLI REGIONALI A CONFRONTO

# Un sistema di servizi per un percorso di cura integrato



**OBIETTIVO INTEGRAZIONE**

## IL MODELLO:



Terzo Livello ospedaliero ad alta specializzazione

Secondo livello sociosanitario

Primo livello "sociale"

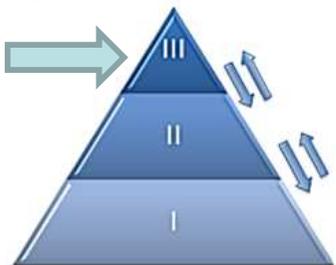
**Una premessa valida per ogni livello: il numero di "casi", elemento critico**

Un elevato numero di casi di un problema di salute favorisce:

- un aumento della competenza delle professioni
- l' utilità economica degli investimenti in attrezzature e personale
  - o rapporto costo/utilità e/o costo/beneficio rispetto ad altri programmi

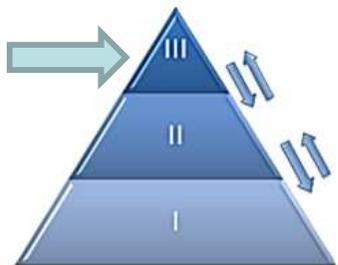
**DEFINIZIONE MODELLO PIRAMIDE SANITARIA**

- Ospedaliero ad alta specializzazione;
- Risponde a bisogni “sanitari”, in senso stretto a danni sanitari;
- Oggi la risposta a questi bisogni avviene o con ricovero o con attività di Day Hospital o con Macroattività ambulatoriali complesse;
- Aree territoriali “piccole” non possono permettersi investimenti per mantenere standard qualitativi elevati.



**PIRAMIDE SANITARIA : 3° LIVELLO**  
**Ospedaliero ad alta specializzazione bisogni sanitari**

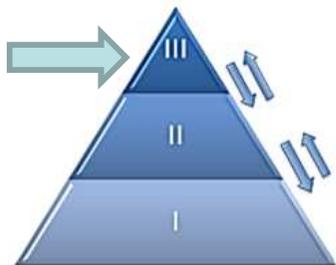
- Potenziare le reti razionalizzando le offerte di prestazioni specialistiche (Radioterapia, Emodinamica, Cardio e Neurochirurgia, punti nascita , etc.) favorendo lo sviluppo di centri più importanti e quindi più efficaci dal punto di vista di risultati di salute oltre che di risultati economici.
- Si rende necessario valutare l'efficienza delle strutture erogatrici anche sulla base del rispetto di standard minimi di casistica trattata sotto i quali non è stata garantita qualità.
- Problema remunerazione DRG (sistema di pagamento) può valere per tutte le prestazioni? Occorre una riflessione.
- DRG studiato per H per acuti dotati di Pronto Soccorso, per situazioni di intensità interventistica/assistenziale minori presenta aspetti critici che vanno legati agli assetti di accreditamento da ripensare. Utile valutare la possibilità di utilizzo dei costi standard di ricovero.



## PROBLEMI SUL TAPPETO

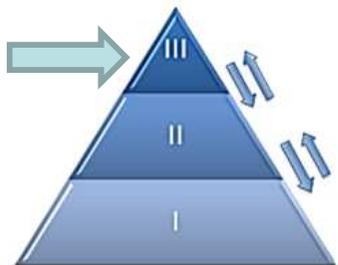
- Risponde anche a bisogni sanitari emergenti o cronicizzati, cominciano ad evidenziarsi danni alla persona (non però prevalenti);
- Permane una componente di bisogno assistenziale con l' esordio di necessità di ambito sanitario (es. quote sanitarie in RSA);
- Vanno visti in territori di riferimento, considerando anche che aree territoriali "piccole" non possono permettersi investimenti per mantenere standard qualitativi adeguati;
- Gli standard qualitativi possono essere incentivati e sviluppati e può essere ottimizzato il controllo sugli standard di erogazione;
- I professionisti possono partecipare maggiormente alla definizione dei programmi di lavoro;
- I modelli di erogazione di assistenza alla fragilità sono rapportati al tessuto sociale.

**PER RISPONDERE AI BISOGNI DEI CITTADINI NON È POSSIBILE  
RIDIMENSIONARE L'ATTUALE RETE OSPEDALIERA**



**PIRAMIDE SANITARIA: 2° LIVELLO**  
**socio-sanitario prevalente – area territoriale**

- Gli attori coinvolti sono molti:
  - Medici e Pediatri di Famiglia
  - RSA e centri diurni
  - Strutture di riabilitazione
  - Cure intermedie
- Occorre un nuovo e più incisivo governo di questi elementi.
- MMG e PLS: va superato il rapporto convenzionale nazionale (obiettivo minimo razionalizzarlo), ma soprattutto andrebbe superato con altre forme contrattuali di lavoro (contrattualizzazione?)
- Vanno indicati nuovi modelli organizzativi che portano all' associazionismo nelle sue varie evoluzioni.
- Gli altri attori coinvolti devono trovare una “governance” più di sistema.



## PROBLEMI SUL TAPPETO

Ad oggi bisogni vicariati da interventi di tipo sanitario impropri (mancano strutture sul territorio che non rendano necessari interventi di altro tipo).

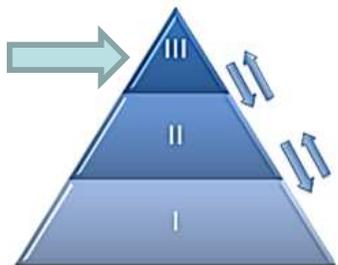
Trattamenti domiciliari (ADI) – cure alla salute - c'è bisogno di Assistenza;

Vanno integrati maggiormente interventi con le Istituzioni (Comuni);

Necessario forte coordinamento istituzionale.

Si rileva che la numerosità dei bisogni rilevati in ciascun segmento della piramide è inversamente proporzionale al costo necessario per soddisfarli. Ciò significa che intervenire efficacemente dal basso consente di evitare il passaggio al livello superiore il cui trattamento comporterà maggiore utilizzo di risorse.

Si rileva inoltre che il tasso di ospedalizzazione degli anziani cresce esponenzialmente con l'avanzare dell'età, il che rende necessaria la messa a punto di criteri di de-ospedalizzazione.



## PIRAMIDE SANITARIA: 1° LIVELLO a prevalenza “sociale”

- disabilità
- non autosufficienza
- materno-infantile,
- patologie cronico-degenerative,
- patologie psichiatriche,
- dipendenze da sostanze e alcool ,
- patologie per infezioni da HIV,
- patologie in fase terminale.

(definite dall'art. 3 septies, comma 4, del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi)

**LE AZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA  
SI APPLICANO ALLE AREE**



- 1 – istituzionale
- 2 – gestionale
- 3 – di sistema
- 4 – professionale

# *1. ISTITUZIONALE*

Attraverso la programmazione integrata sociale e sanitaria con obiettivi di riqualificazione delle azioni rivolte al corso di vita delle persone e delle famiglie, con strategie mirate per la fragilità e la non autosufficienza.

## 2. GESTIONALE

Attraverso il "governo della domanda" sociosanitaria con la definizione :

- Dell' **Accesso** ai servizi ( Punto Unico Accesso ?)
- Delle modalità della **Valutazione multidimensionale del bisogno** che esplori le diverse dimensioni e bisogni della persona nella sua globalità, clinici, funzionali, cognitivi, sociali-relazionali-ambientali e con il coinvolgimento dei MMG e PLS

**LE DIMENSIONI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**



## 2.1 GESTIONALE

- dei **Percorsi di Presa in carico** (care) della persona; i percorsi assistenziali sono interventi multidisciplinari e interprofessionali progettati per la gestione complessiva di un problema di salute ( diabetici) , coi quali si coordinano i diversi processi di assistenza e si effettua il monitoraggio degli esiti.
- della **Continuità dei percorsi** di care tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale .

### *3. di sistema (rete)*

Attraverso la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali e la continuità ospedale-territorio con la sottoscrizione di protocolli operativi e tecnico-professionali (Le reti assistenziali sono l'insieme di servizi, di attività e di professionisti – MMG e PLS - tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi e connessioni, che ricompongono le proprie azioni intorno al bisogno di assistenza della persona)

La complementarità delle competenze professionali può generare sinergie che intervengono positivamente nel governare la domanda e i percorsi di continuità.

**LE DIMENSIONI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**



## 3.1 di sistema (rete)

**Per essere efficace l'integrazione sociosanitaria** devono essere rese operative :

- La costituzione di Unità Valutative Multidimensionali (UVM ) con il coinvolgimento dei MMG e PLS;
- La gestione unitaria della documentazione con la strutturazione di un Fascicolo sociosanitario e il supporto di un sistema informativo unitario;
- La definizione delle responsabilità nel lavoro integrato attraverso l'individuazione del case-manager (MMG/PLS);
- La predisposizione di criteri di appropriatezza per tipologia d'intervento;
- La definizione di indici di complessità delle prestazioni integrate.

**LE DIMENSIONI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**



- Le azioni necessarie hanno in parte impatto sul consenso elettorale di vari attori, in primis dei cittadini.
- È necessario un efficace supporto tecnologico da ri-aggiornare alla luce delle evoluzioni tecnologiche rapidissime:
  - Tracciabilità;
  - Prenotazioni;
  - Supporto alle reti;
  - Patient summary;
  - Fascicolo sanitario elettronico;
  - Dematerializzazione;
  - Semplificazione
  - .....

## RIFLESSIONI



- **Ambulatori aperti**
- Apertura in tempi facilitanti, in orari pomeridiani e sabato mattina per prestazioni ambulatoriali.
- Meccanismo: organizzazione interna - finanziamento a progetto
  
- *Nota: probabile ininfluenza sui tempi di attesa*

- **Tempi di attesa: (quattro fasi)**
- Fase 1:
  - Ampliamento offerta degli ambulatori.
  - Finanziamento ipotizzabile: area a pagamento e/o incentivi
- Fase 2:
  - Valutazione dello stato di attuazione dei criteri di prioritarizzazione nella gestione delle prescrizioni specialistiche.
  - Attivazione di un percorso strutturato per la corretta e compiuta gestione delle prestazioni secondo criteri di priorità d'accesso.
  - Valutazione situazione delle liste di attesa evidenziando le situazioni più critiche.

**ACCESSIBILITÀ/2**

- Fase 3:
  - Sperimentazione progetto “paziente con appuntamento e non con impegnativa” conseguente alla presa in carico specialistica dei cittadini.
  - Incontro e valutazione con le Aziende erogatrici.
  - Esplicitazione della progettualità e definizione di possibili obiettivi aziendali.
- Fase 4:
  - Istituzione di progetti sperimentali di presa in carico di pazienti in ambito cardio-cerebro-vascolare, oncologico, materno infantile e riabilitativo.
  - Incontro e valutazione con le Aziende erogatrici.
  - Esplicitazione della progettualità e definizione di possibili obiettivi aziendali.

*Occorre predisporre un percorso informativo/formativo capillare per tutte le aziende erogatrici.*

**ACCESSIBILITÀ/3**

**LEGISLATIVI**

definizione ex ante

regole con normative vincolanti, Testo Unico delle leggi sanitarie

**SOSTANZIALI E DI INDIRIZZO**

regole di processo

regole di allocazione e trasferimento risorse, atto di indirizzo annuale

**CONFIGURAZIONE**

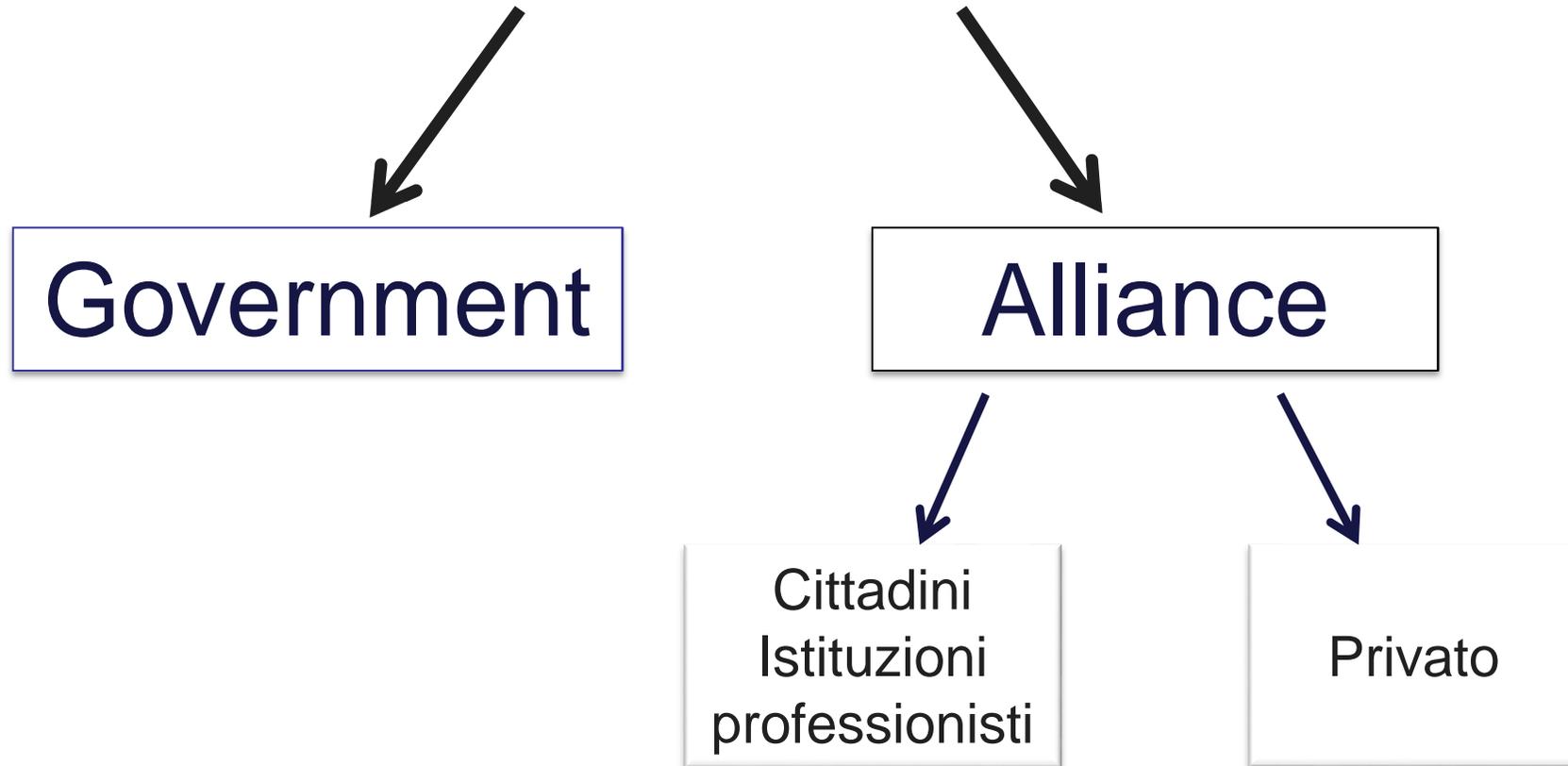
Joint Commission, Qualità, Codice Etico, DWH...

**Strumenti di governance**

assetto istituzionale, rapporti tra Assessorato, Dipartimenti, Agenzie e Aziende

**STRUMENTI DI GOVERNO**

# GOVERNANCE



- Confronto e Tavolo con rappresentanze:
  - Cittadinanza Attiva
  - Volontariato
  - Terzo Settore
  - Professionisti Sanità
- Alleanze tra Regioni

**ALLEANZA CON I CITTADINI**



- Nuovi bisogni delle famiglie
- Cronicità e fragilità
- Sistemi di accreditamento e controllo
- Sistemi di finanziamento
- Politiche del personale
- Politiche della qualità

**EVIDENZE**



1. necessità di un forte sistema di controllo  
necessità di un forte sistema autorizzativo
2. parità di valutazione outcome/output
3. collaborazione guidata (sui bisogni veri e verificati)
4. modelli innovativi che superino i confini regionali

In assenza di controlli efficaci:

1. inappropriata erogativa
2. inefficace controllo della spesa
3. scarsa garanzia a tutela della qualità erogativa

Il sistema dei controlli è strutturato con il fine di verificare sia il «produttore» (cioè la struttura fisica all'interno della quale vengono prodotte le prestazioni sanitarie) che il «prodotto» cioè l'insieme delle attività sanitarie erogate.

Il «produttore» viene verificato attraverso l'istituto dell'accreditamento istituzionale al momento della sua messa in esercizio e ciclicamente, attraverso l'istituto della vigilanza, viene confermato il mantenimento del soddisfacimento dei requisiti stabiliti dalla norma.

Il «prodotto» inteso come l'insieme delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali viene verificato «ex post» attraverso l'analisi della documentazione sanitaria che descrive quanto erogato.

Nelle funzioni di controllo deve essere utilizzato personale specificamente preparato.

**COSA SI INTENDE PER CONTROLLO IN SANITÀ/1**



Premessa per un'attività di controllo è un'ampia azione informativa volta a rendere espliciti e condivisi i criteri di esercizio di tali attività.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla formazione del personale nella tenuta della documentazione sanitaria, premessa indispensabile per una corretta valutazione dell'attività svolta.

Deve altresì essere svolta un'azione formativa generale volta a rendere percepibile l'attività di controllo come normale attività gestionale e non come sistema coercitivo.

**COSA SI INTENDE PER CONTROLLO IN SANITÀ/2**



Utilizzo del sistema informativo regionale e delle basi dati costantemente aggiornate relativamente alle prestazioni erogate e alle loro caratteristiche.

Il sistema dei controlli deve essere basato su un insieme di norme chiare, sintetiche e facilmente applicabili, che si possano riferire a:

- **Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**
- **Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale**
- **Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità**
- **Promozione e valutazione dell'appropriatezza**

**COSA SI INTENDE PER CONTROLLO IN SANITÀ/2**



**Logistica:** trasporto e distribuzione corrispondenza, materiale farmaceutico, beni economici e servizio archiviazione documentale.

**Ristorazione:** assegnazione di fornitura esternalizzata del servizio di ristorazione per le strutture ospedaliere e residenziali territoriali che viene garantito da aziende private del settore.

**Servizi alla persona:** esternalizzazione strutture per anziani e disabili attraverso l'affidamento in concessione ad un gestore privato, previa gara di Appalto, con la corresponsione di un canone sia di affitto dell'immobile sia di concessione dell'attività convenzionata.

**ESTERNALIZZAZIONI: IPOTESI**



# GESTIONE PATRIMONIO EDILIZIO

## OBIETTIVO

Classificare le strutture sanitarie in base alle loro:

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

La mappatura deve tener conto della:

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

**RAZIONALIZZAZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE**



# METODOLOGIA

## 1. Check-list edificio (con pesatura)

Es. Analisi generale – barriere architettoniche – rischio incendio/elettrico – ecc.

## 2. Valutazione

Calcolare il punteggio di ogni argomento comparando il valore ottenuto con una scala di riferimento

	INTERVALLO	GIUDIZIO SULLA STRUTTURA	DESCRIZIONE	EMOTICON
	Da - 580 a -29	INSUFFICIENTE	La struttura complessivamente necessita di misure di miglioramento e azioni correttive urgenti ed indifferibili	
	Da -28 a +9	SUFFICIENTE	La struttura necessita di essere inserita all'interno di un programma di adeguamento aziendale (Piano Opere)	
	Da +10 a +31	BUONO	La struttura complessivamente ha un giudizio positivo	

## 3. Relazione

definire tempi – modalità – priorità di intervento per ogni edificio

**RAZIONALIZZAZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE**

Per la Liguria trattasi spesso di mobilità di confine: “fisiologica attrazione” verso il Piemonte per i paesi delle Valli dell’Appennino, verso la Francia per i territori della ASL 1 e verso la Toscana per La Spezia e Sarzana.

**Stato attuale:**

Mobilità passiva di pazienti liguri verso Regioni limitrofe (Piemonte, Lombardia, Toscana) per soddisfare il fabbisogno di prestazioni nelle Discipline Ortopedia, Cardiochirurgia e Chirurgia (x MDC Apparato Digerente).

**Prospettive:**

Focalizzare l’attenzione sullo sviluppo e incremento di punti di eccellenza a livello regionale in grado di soddisfare la richiesta di residenti Liguri e di esercitare capacità attrattive nei confronti di residenti delle regioni limitrofe, fenomeno peraltro già presente ed attivo nella diagnosi e cura delle patologie ortopediche ed oculistiche.

**MOBILITÀ SANITARIA**

Anno 2013		Totale		
Azienda ligure				
		Importo Avere	Importo Dare	Saldo
Argomento	Sotto argomento			
A -OSPEDALIERA		99.122.327	141.922.761	-42.800.434
B- MEDICINA GENERALE		691.713	1.209.294	-517.581
C- SPECIALISTICA AMBULATORIALE		15.088.840	25.951.166	-10.862.326
DF-FARMACEUTICA	Farmaceutica Territoriale	3.822.751	3.736.469	86.281
	Somministrazione Diretta	6.282.194	10.227.100	-3.944.906
E- CURE TERMALI		24.790	1.824.714	-1.799.925
G- TRASP.AMBUL./ELISOCCORSO		1.930.398	1.791.653	138.745
R- RESIDUI MANICOMIALI		0	114.959	-114.959
<b>TOTALE</b>		<b>126.963.012</b>	<b>186.778.118</b>	<b>-59.815.105</b>

## MOBILITÀ SANITARIA

- Integrazione tra assistenza, ricerca e didattica: possibile e necessaria
- Aumentare la cooperazione tra Ospedale e Università
- Valorizzazione strategica IRCCS
- Riflessione/verifica su: convenzione-protocollo di intesa

## PER UN SISTEMA EFFICIENTE

Riflessione/verifica con gli Operatori:

- degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi
- della funzione di soccorso e di trasporto
- 112: un numero unico per l'emergenza-urgenza

**RETE EMERGENZA-URGENZA**

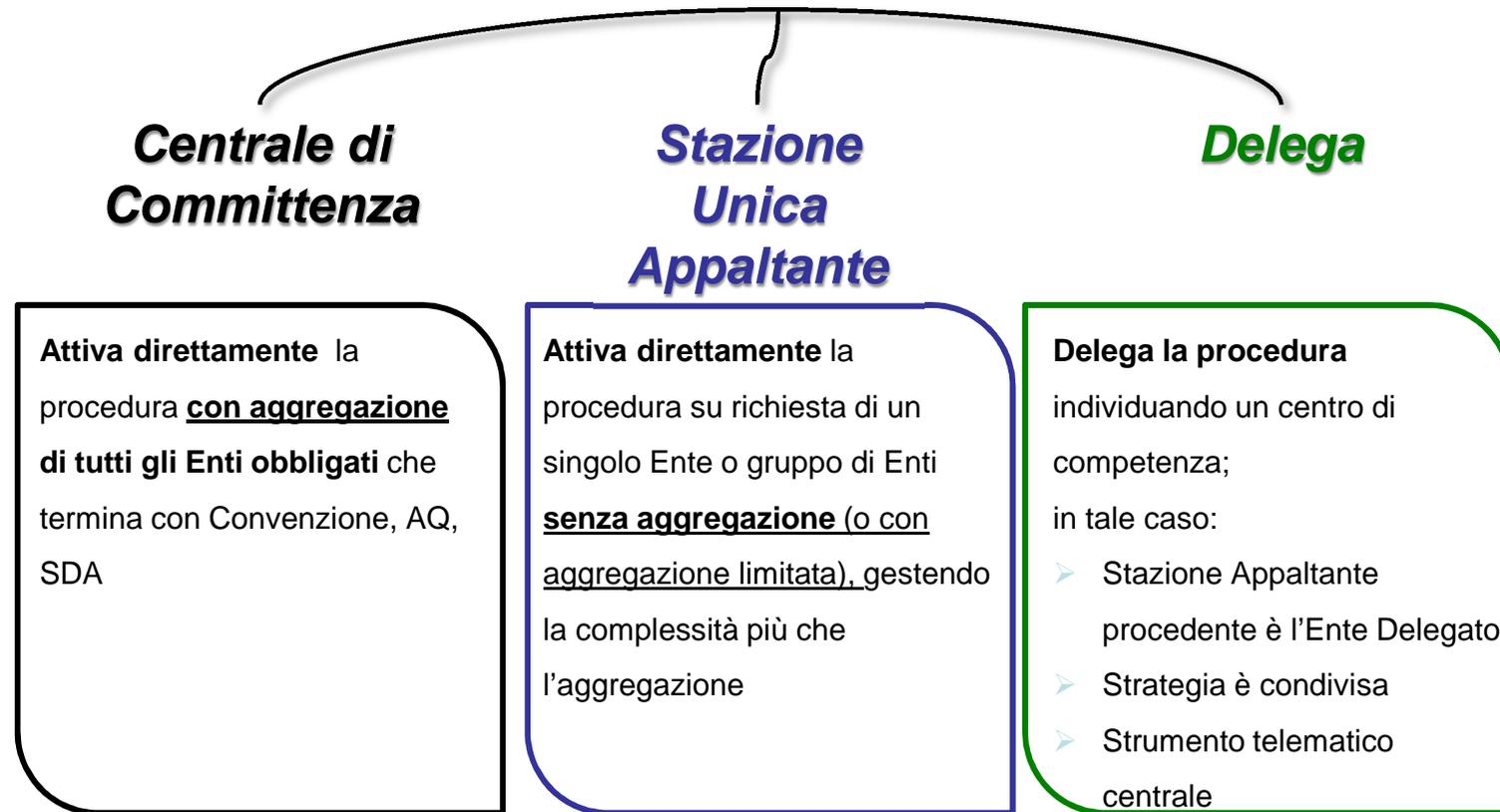


Contribuire, insieme ad altre regioni, anche utilizzando network e banche dati già esistenti a livello nazionale (Ministero Salute, Consorzio Bio-Ingegneria Università Pavia, modello N.I.San “Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard»), alla definizione di costi standard, per regolare le dinamiche di approvvigionamento anche a livello nazionale

**COSTI STANDARD E TRASPARENZA DEI MERCATI SANITARI**

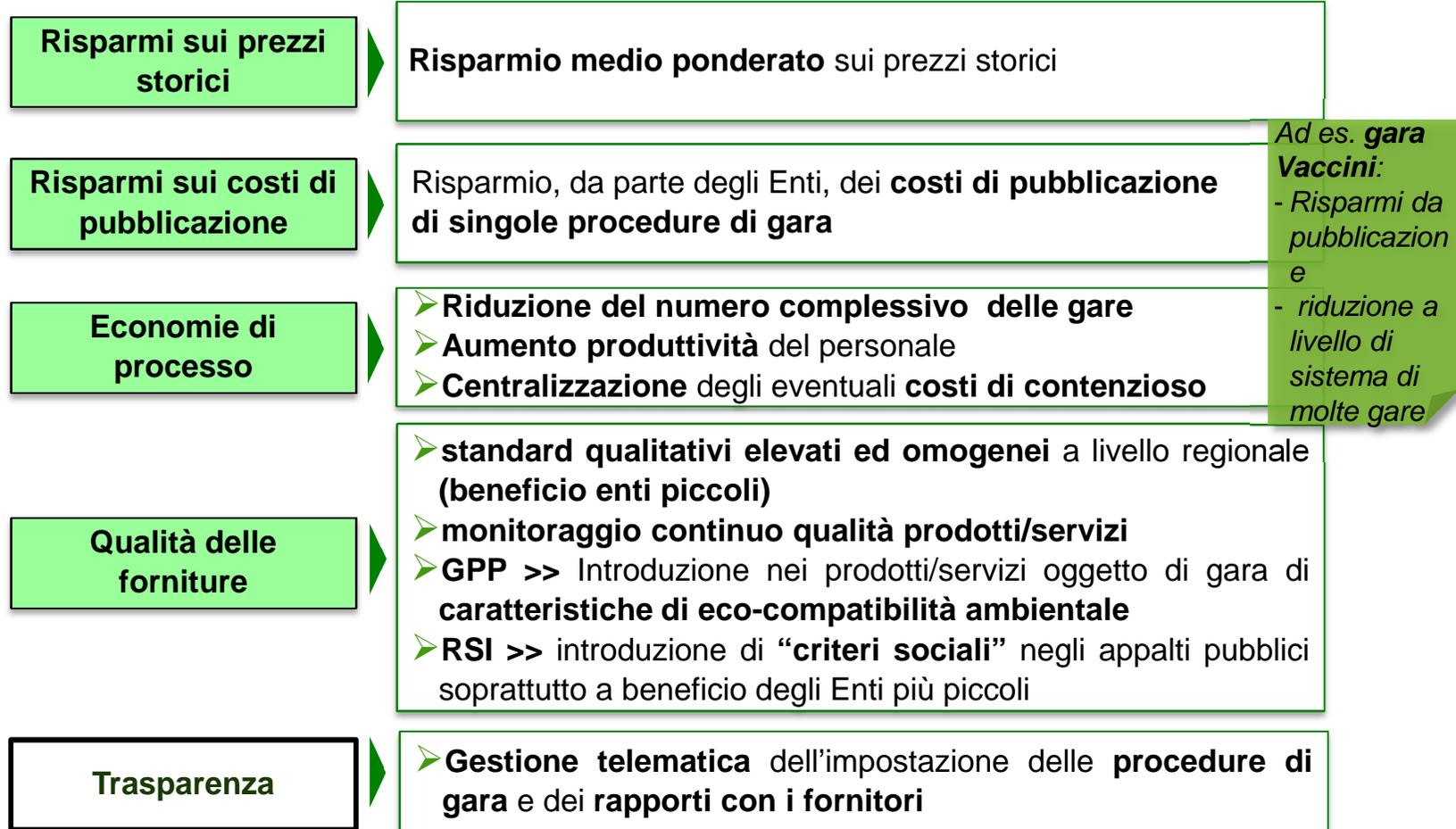
- **Stazione Appaltante** (in quanto organismo di diritto pubblico riferito alle spese di funzionamento dell'organismo stesso)
- **Centrale di Committenza**
- **Stazione Unica Appaltante Soggetto Aggregatore)**
- **Coordinatore Tavolo Tecnico Appalti**
- **Consulenza tecnica su Appalti**
- **Promozione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

**LE FUNZIONI SVOLTE DALLA CENTRALE REGIONALE DI ACQUISTO**



## I modelli funzionali della Centrale Regionale

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



*Ad es. gara Vaccini:  
- Risparmi da pubblicazione e  
- riduzione a livello di sistema di molte gare*

## CENTRALE DI COMMITTENZA: I BENEFICI (1)

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

**Miglioramento  
delle competenze  
interne**

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

**Incremento della  
appropriatezza  
assistenziale  
proprietà**

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

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

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

**CENTRALE DI COMMITTENZA: I BENEFICI (2)**

## Focus «procedure di acquisto»: la piattaforma regionale

La **piattaforma di e-procurement** consente agli Enti di realizzare **gare sopra e sotto soglia comunitaria tramite tutte le procedure previste dalla normativa vigente**, interamente online, usufruendo dei servizi di formazione ed affiancamento operativo.

### AUTONOMIA

Gli Enti in forma singola o associata possono **gestire autonomamente** i propri acquisti utilizzando la piattaforma

### GRATUITA'

La piattaforma è utilizzato gratuitamente da:

- **Enti pubblici aventi sede in Liguria**
- **Operatori Economici italiani e internazionali**

**BENI  
SERVIZI  
S.D.A.  
LAVORI  
CONCESSIONI  
ASTA ELETTRONICA**

## Focus «procedure di acquisto»: la razionalizzazione delle Centrali regionali

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

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

Per valore delle procedure, eterogeneità degli approvvigionamenti, complessità tecnica dei prodotti e servizi acquistati, impatto sociale e mediatico il settore sanitario è quello che richiede il più importante presidio

## CENTRALE DI COMMITTENZA: I BENEFICI (2)



**ARS - Area Centrale regionale di Acquisto**

***Acquisti settore sanitario***

<b>Principali procedure indette anni 2012-2015</b>	<b>Valore (mln €)</b>
Prodotti Farmaceutici 2014	441,22
Gestione e manutenzione apparecchiature elettromedicali	208,27
Lavanolo	146,18
Servizio di ristorazione	118,84
Osteosintesi- Fratture Femore Tibia	45,11
Materiali e attrezzature per laboratorio analisi	48,23
Pacemaker e Defibrillatori	36,21
Trattamenti depurativi extracorporei per la cura dell'uremia	17,91

**Principali procedure indette anni 2012-2015**

**La centralizzazione degli acquisti prepara lo sviluppo di una logistica integrata, gestita interamente online, per la distribuzione di farmaci e dispositivi**

### MAGAZZINI CENTRALIZZATI



- Il magazzino potrà essere unico
- Potrà essere un hub con altri magazzini satelliti
- Potranno essere previsti presso le aziende sanitarie dei «transit point» con dimensioni e compiti a seconda della strategia
- il personale non è necessariamente concentrato presso un'unica sede; anche la Legge regionale n. 34/2012 prevede delle sezioni distaccate
- Efficientamento della gestione: garantire la completezza della gamma
- Garantire un buon compromesso tra livello di servizio elevato (tempi di ciclo ordine-consegna rapidi)

**Focus «procedure di acquisto» e «logistica»**

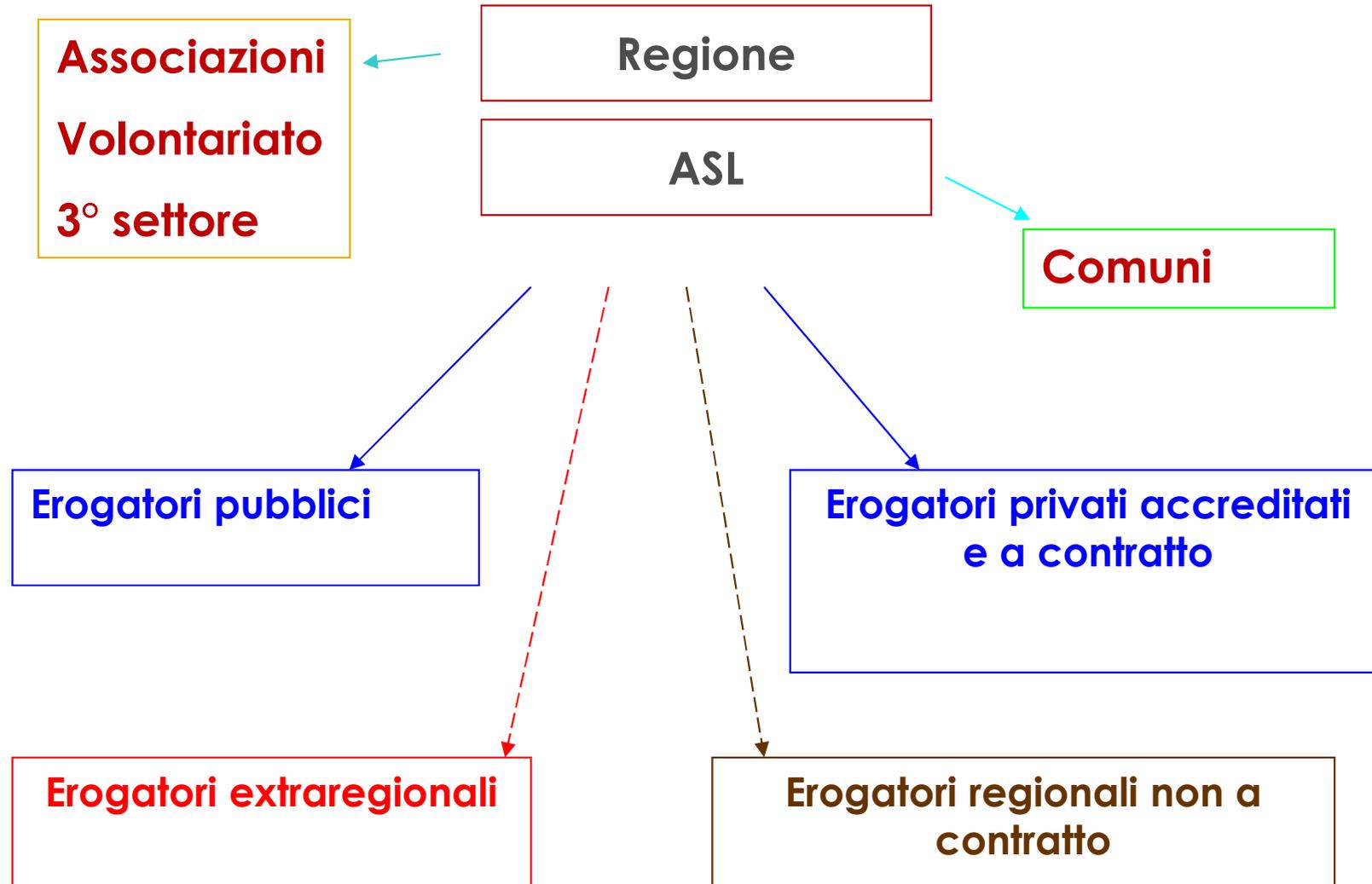
## LOGISTICA CENTRALIZZATA



- Migliore politica delle scorte
- Abbattimento rischio «buchi» di stock
- Maggiore produttività del personale
- Minori costi di gestione del servizio
- Maggiore controllo e tempestività della distribuzione

**Focus «procedure di acquisto» e «logistica»: benefici di una logistica integrata**

# contesto



**MODELLI DI GOVERNANCE DELLA SALUTE MENTALE**

La salute mentale è un sistema molto complesso e difficile da gestire a più livelli ma può essere laboratorio utile per individuare modelli efficaci in termini di gestione sanitaria.

Ruolo di intermediazione tra tutte le organizzazioni che , a diverso titolo, partecipano alla gestione della patologia psichiatrica (Aziende ospedaliere, Enti accreditati, Medici di Medicina generale, Enti locali, Terzo Settore).

La ASL assume la funzione competente per il coordinamento, la programmazione e la tutela degli interventi in ambito psichiatrico

**FUNZIONE DI ASL PER LA SALUTE MENTALE**



- Analisi bisogni e risorse del territorio
- Controllo e verifica delle attività erogate
- Definizione previsioni di spesa e budget
- Definizione inserimenti in strutture residenziali
- Proposta linee strategiche di sviluppo e riorganizzazione di servizi e unità d'offerta, anche nell'ambito di Programmi Innovativi
- promozione programmi di prevenzione, educazione, integrazione sociale
- Valutazione attività e risultati con studi di benchmarking e analisi critica di indicatori

- Le Regole Regionali
- I Contratti
- I Budget
- I Tavoli Tecnici Tematici
- I Flussi Informativi

**STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO  
IN SALUTE MENTALE**



... un'attenzione alla **programmazione**,  
attraverso strumenti adeguati, **responsabilizzazione**,  
**maggior integrazione** dei servizi può portare, anche  
nella complessità psichiatrica, a risultati rispondenti  
all'esigenza di **appropriatezza degli interventi**.

## *Obiettivi prioritari*

- Maggiore efficienza
  - Minori costi diretti ed indiretti
  - Minori tempi di refertazione
- Maggiore qualità
  - Maggiori competenze professionali
  - Maggiore disponibilità nell'offerta ai Clinici

**RAZIONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE**



*Diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio*

## *Punti di interesse per il riordino*

1. Attività ordinaria
2. Attività in emergenza
3. Service
4. Acquisti

**RAZIONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE**



## *Possibili Steps*

- Riorganizzazione intra-aziendale con completo consolidamento attività sul Laboratorio
- Riorganizzazione intra-aziendale nelle realtà multi-presidio
- Riorganizzazione interaziendale con reti cittadine

**RAZIONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE**



*Diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio*  
**Informazioni preliminari**

**ATTIVITA'**

	<b>Ambulatoriali</b>	<b>Interni</b>	<b>Urgenza</b>
Numero di prestazioni SSN eseguite			
Valorizzato			
Numero prestazioni inviate in Service			

**RAZIONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE**



1. Adeguamento assetti territoriali rete offerta
2. Modello di *governance* basato sull'integrazione attiva delle attività aziendali
3. Gestione controlli
4. Programmazione annuale sulla base delle evidenze specifiche di attività: correlazione domanda-offerta
5. Creazione di supporti tecnologici adeguati ai nuovi percorsi (FSE, Fascicolo socio-sanitario,...)
6. Creazione di modelli interdipartimentali per percorsi di cura (rete)
7. Modellizzazione assistenza per intensità di cura
8. Punti unici di accesso al sistema socio-sanitario

1. Mantenimento di tutto il patrimonio erogativo ospedaliero presente, quale punto cardine per una corretta ed efficace integrazione dei percorsi di cura
2. Nuovo modello organizzativo per la rete ospedaliera con particolare attenzione all'area metropolitana, dove è fondamentale l'integrazione delle strutture esistenti
3. Un nuovo rapporto con gli attori della medicina territoriale (medici di base, pediatri, farmacie) per costituire una rete efficace a km0

- Regione Liguria : Programma di Governo X Legislatura
- ISTAT : Rapporto statistico Regione Liguria, 2014
- Ministero della Salute: Atto di indirizzo per la Sanità, 2014
- Rapporto CEIS Sanità, 2012
- OECD: Health at a Glance: Europe, 2012
- Drummond M.F. et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi Sanitari – Il Pensiero scientifico, 2010
- La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE: Il ruolo degli enti locali e regionali; Unione europea, 2012
- [www.hspm.org](http://www.hspm.org) : Health Systems and Policy Monitor
- A. Pioggia; I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità, 2011
- Ministero Economia e Finanza (MEF): Il monitoraggio della spesa sanitaria, 2014
- AGENAS, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute;
- Monitor n. 36 Anno XII - 2014
- Libro Bianco Sanità – Regione Lombardia
- ARS Liguria Lo stato di salute dei Liguri – I Quaderni dell’Agenzia
- Sistema di Sorveglianza Passi Liguria rapporti regionali 2007-2008.
- Okkio alla salute. Risultati dell’indagine 2008, Regione Liguria
- Atlante ERA 2007.
- Database Health for All (ISTAT)

## BIBLIOGRAFIA



# ALLEGATI



# GLI ANZIANI

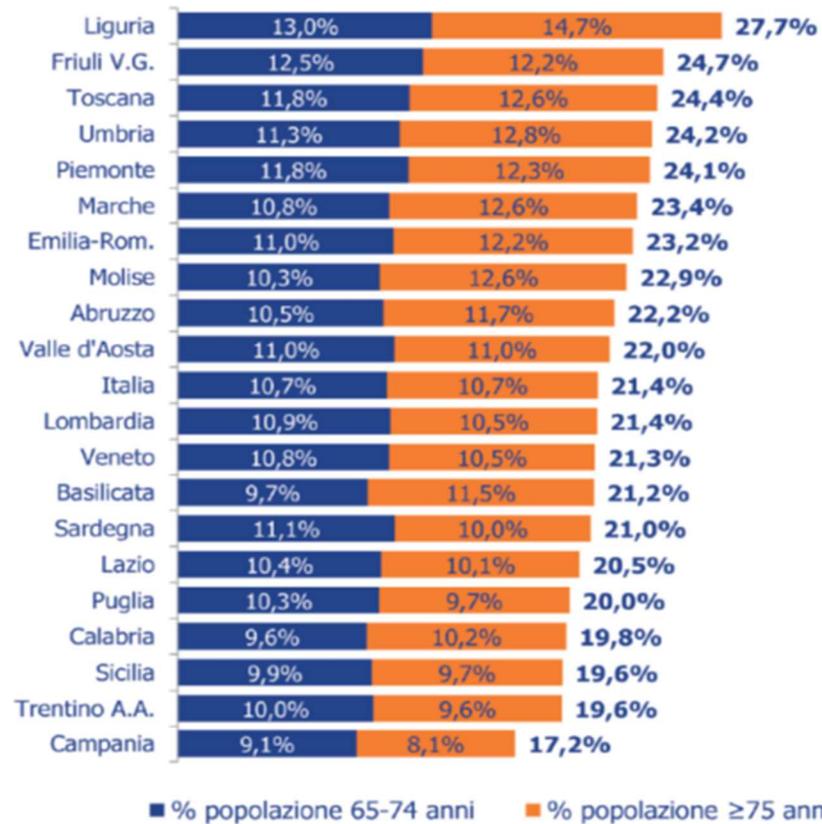


Figura 7. Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni nelle Regioni italiane (percentuale della popolazione), 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2014

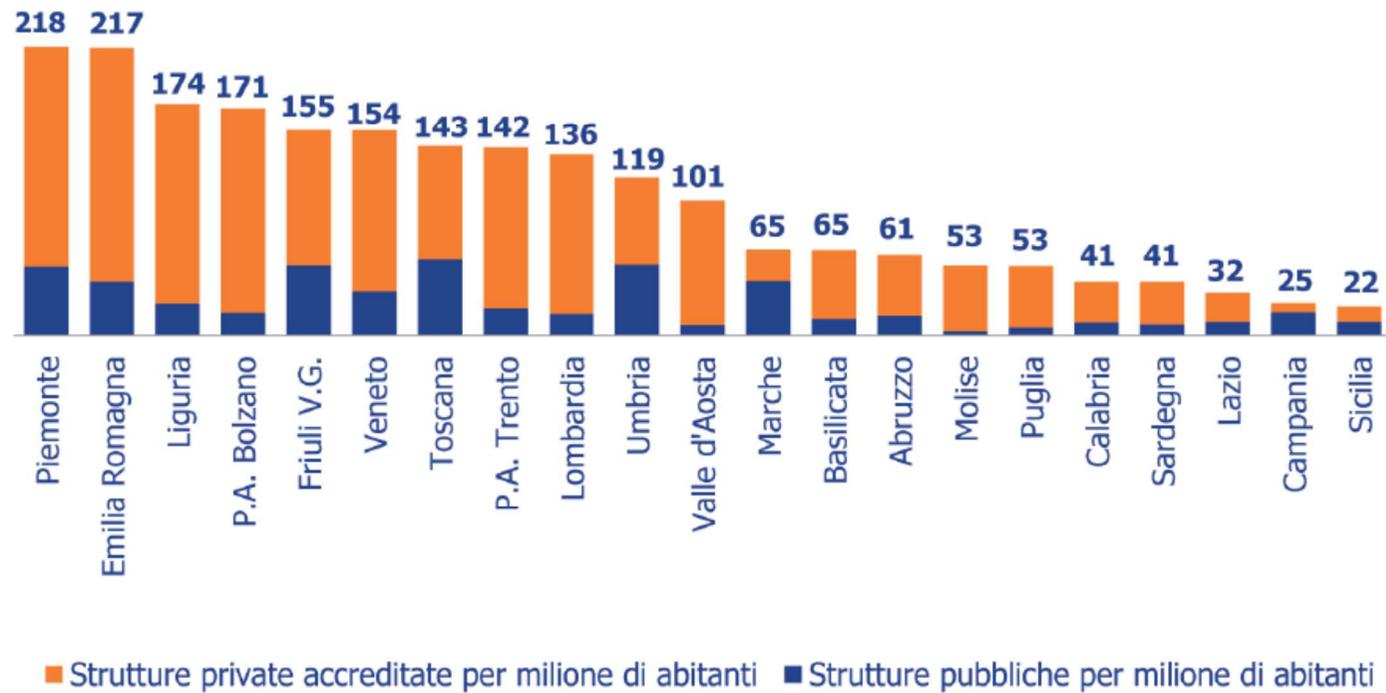
# OFFERTA DI POSTI LETTO

	Posti letto complessivi	Posti letto per 1.000 abitanti
P.A. Trento	2.144	4,05
Emilia Romagna	17.871	4,03
Valle d'Aosta	482	3,76
Molise	1.193	3,73
P.A. Bolzano	1.885	3,71
Lombardia	36.606	3,69
Piemonte	16.352	3,67
Sardegna	6.125	3,66
Friuli V.G.	4.379	3,54
Marche	5.382	3,44
Veneto	16.899	3,42
Italia	203.806	3,36
Lazio	18.855	3,29
Puglia	13.292	3,25
Basilicata	1.859	3,16
Abruzzo	4.247	3,16
Liguria	5.093	3,15
Toscana	11.504	3,07
Calabria	6.027	3,00
Umbria	2.676	2,95
Sicilia	14.598	2,89
Campania	16.155	2,77

Figura 20. Numero di posti letto nelle Regioni considerando le strutture pubbliche e quelle private accreditate, 2011

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute, 2014

# PUBBLICO E PRIVATO



**Figura 21.** Strutture pubbliche e private accreditate nelle Regioni per milione di abitanti, 2011

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute, 2014

# SPESA SANITARIA – CONFRONTI INTERNAZIONALI

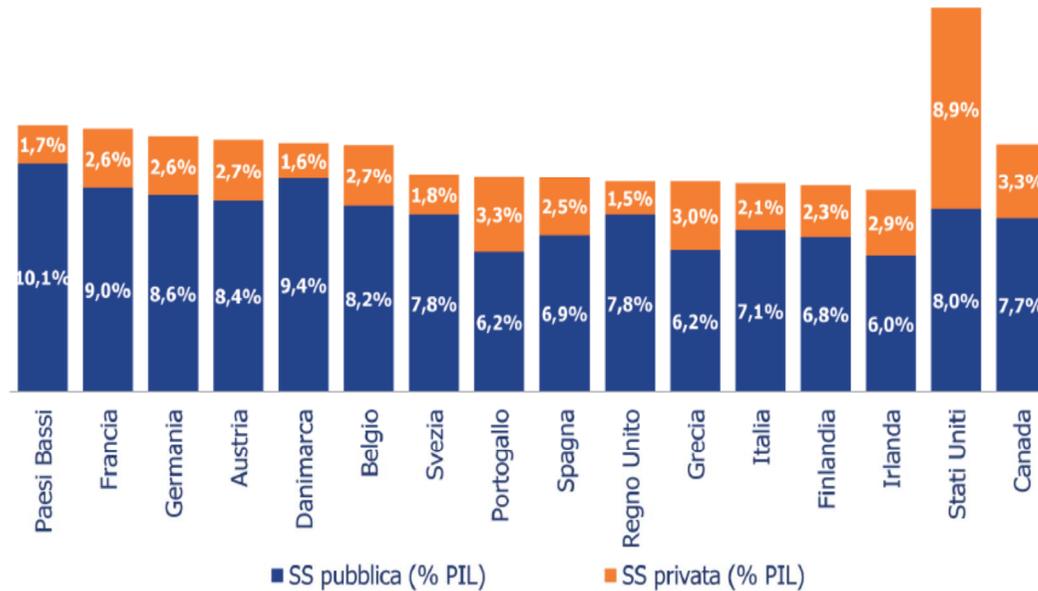


Figura 1. Spesa sanitaria *pro capite* pubblica e privata nei Paesi UE-15, Stati Uniti e Canada in percentuale del PIL, 2012

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health 2014

## Allegato 5

# SPEA SANITARIA PROCAPITE – CONFRONTI REGIONALI

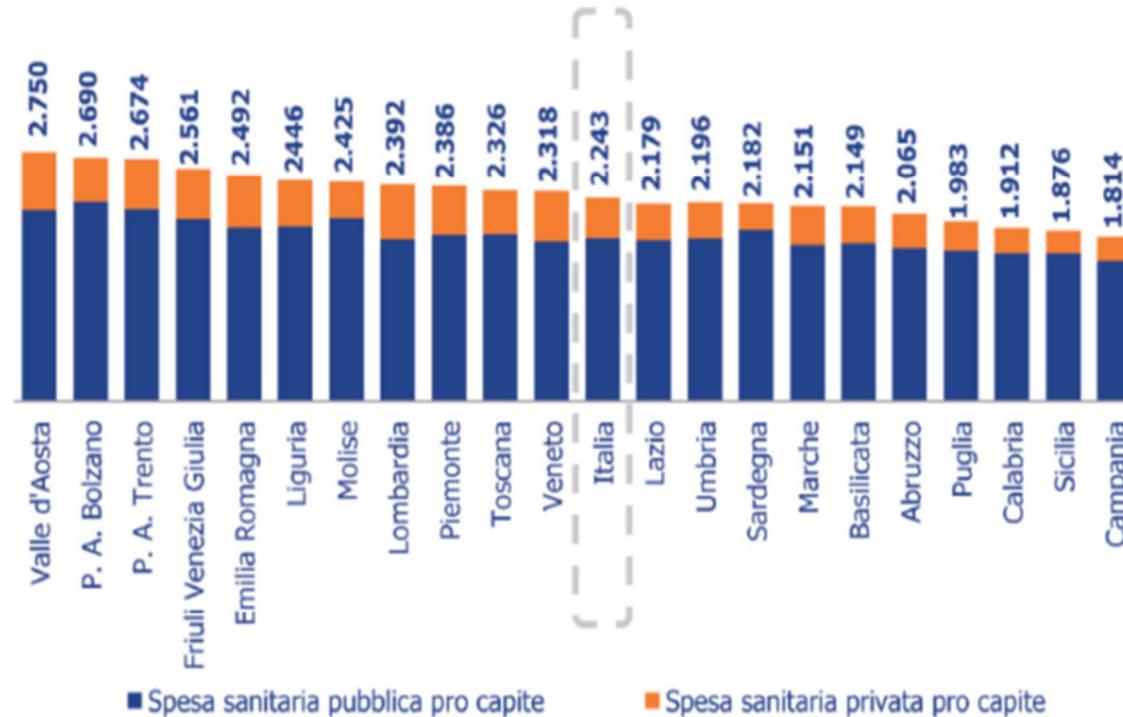


Figura 5. Spesa sanitaria totale *pro capite* nelle Regioni – Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti e Istat, 2014

# SPEA SANITARIA PUBBLICA – CONFRONTI REGIONALI

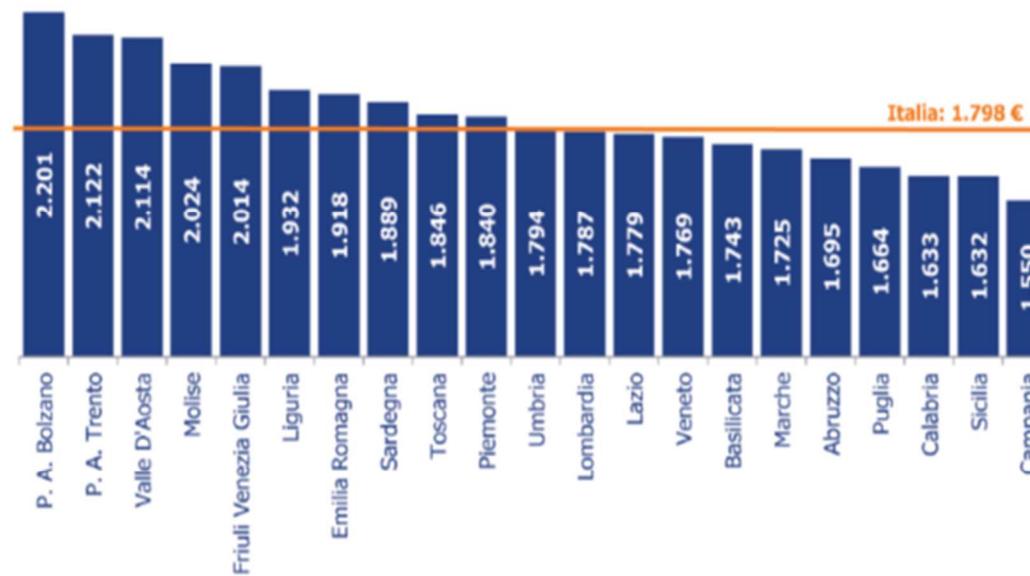


Figura 6. Spesa sanitaria pubblica pro capite (in euro) delle Regioni, 2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica", 2014

# Alleanze



## PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE IN AMBITO SOCIO-SANITARIO

### TRA

la Regione Lombardia, con sede legale a Milano, Piazza Città di Lombardia 1, C.F. 80050050154, rappresentata dal Presidente On. le Roberto Ernesto Maroni, nato a Varese il 15 marzo 1955, domiciliato per la carica in Milano, Piazza Città di Lombardia 1, nella sua qualità di Presidente della Regione.

### E

la Regione Liguria, con sede legale in Genova, Piazza De Ferrari,1 C.F. 00849050109 rappresentata dal Presidente Giovanni Toti, nato a Viareggio il 07 settembre 1968, domiciliato per la carica in Genova, Piazza De Ferrari, 1 nella sua qualità di Presidente della Regione.

### PREMESSO CHE

- che la Regione Lombardia e la Regione Liguria, nel quadro complessivo di una comune collaborazione nello sviluppo di politiche di intesa e collaborazione istituzionale, intendono procedere ad un rafforzamento dei rapporti finalizzati alla costruzione di una *governance* dei rispettivi servizi sanitari in grado di assicurare ai cittadini prestazioni di qualità, in regime di appropriatezza, attraverso il più efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- che tale esigenza si rivela particolarmente impellente in presenza di un contesto nazionale che vede perseguite soluzioni che gravano le regioni di contributi alla finanza pubblica tali da incidere sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale;
- che il D.E.F. per il 2016 prevede ulteriori manovre di riduzione della spesa per 10 mld/€ e che, con la recente Intesa con il Governo relativa ai tagli previsti dalla Legge di Stabilità 2015, si è esplicitata la dotazione del FSN 2016 che risulta, a

*[Signature]* *[Signature]* 1

legislazione vigente, pari a 113,097 miliardi di euro, sempreché non si ripetano interventi del Governo che, come per il passato, hanno comportato pesanti tagli al comparto regionale tali da incidere anche sul FSN;

- si ritiene utile valorizzare le rispettive esperienze, attraverso una fattiva collaborazione/confronto, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità delle politiche sanitarie, con lo scopo primario di garantire la tutela della salute dei cittadini della Regione Liguria e della Regione Lombardia;
- la Regione Liguria, a cagione del dimensionamento del proprio profilo demografico (1.591.939 abitanti al 1.1.2014), della tendenziale flessione della popolazione residente (1.583.263 abitanti al 1.1.2015), della composizione demografica (incidenza degli anziani di età maggiore di 65 anni pari al 27,7% del totale) e della propria articolazione dell'offerta sanitaria, nonché Regione Lombardia per l'elevato grado di efficientamento della spesa sanitaria risultano particolarmente esposte a scelte nazionali tendenti a operare tagli lineari nel finanziamento del S.S.N. tenuto conto che i processi di ridefinizione delle modalità di riparto del FSN secondo il criterio dei costi standard richiedono ulteriori implementazioni per assicurarne la piena realizzazione.
- nel contesto complessivamente critico, Regione Lombardia e Regione Liguria intendono mettere in campo azioni comuni per fare fronte alle sfide che il S.S. N. deve affrontare, a partire da una puntuale analisi di sistema;

### LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

#### Articolo 1 (Premesse)

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto. Le parti condividono ed accettano il contenuto del Protocollo con riguardo alle finalità, agli obiettivi, al coordinamento delle relative attività, ognuna per quanto di propria pertinenza.

#### Articolo 2 (Oggetto)

Il presente Protocollo ha per oggetto il rafforzamento dei rapporti di collaborazione tra la Regione Lombardia e la Regione Liguria, su diversi temi sanitari, da realizzarsi attraverso una sinergica azione che miri alla promozione di iniziative comuni volte alla valorizzazione e alla tutela della salute, quale bene primario costituzionalmente garantito, nonché alla revisione e qualificazione della spesa sanitaria.

*[Signature]* *[Signature]* 2

## Allegato 7

### Articolo 3

(Ambiti d'intervento e impegni delle Parti)

La Regione Lombardia e la Regione Liguria si impegnano a condividere le proprie esperienze in tema di:

1. sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
2. regole di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali con i soggetti erogatori;
3. regole e modalità di governo del personale del SSR;
4. gestione delle liste d'attesa;
5. strumenti di valutazione dei servizi e delle tecnologie sanitarie, in termini qualità degli esiti delle cure e la loro ricaduta sul sistema dei controlli;
6. analisi dei flussi di mobilità tra le due Regioni e formalizzazione delle relative proposte propedeutiche alla definizione degli Accordi di confine;
7. attuazione del nuovo servizio NUE 112 sul territorio ligure e stipula di un Protocollo di collaborazione per l'organizzazione del sistema di Soccorso Sanitario.

La Regioni Lombardia e la Regione Liguria, condividono altresì sull'opportunità

- a. di procedere ad una analisi di sostenibilità del Servizio sanitario regionale ligure, caratterizzata dai seguenti profili di valutazione:
  - o ricognizione delle modalità di conseguimento dell'equilibrio economico – finanziario, con particolare riguardo alle modalità di copertura del disavanzo;
  - o disamina della composizione dell'offerta sanitaria a fronte dei costi sostenuti;
  - o rappresentazione del fabbisogno di salute espresso, di quello effettivamente reso con la propria organizzazione dal S.S.R. Ligure, di quello oggetto di mobilità passiva, della frazione "out of the pocket";
  - o congruità della struttura dell'offerta con il fabbisogno di salute espresso;
- b. di intraprendere azioni di natura strutturale e organizzativa, per rendere il S.S.R. ligure maggiormente rispondente alle esigenze di salute dei cittadini e sinergico con il S.S.R. lombardo;

*lei*

3

### Articolo 4

(Modalità di svolgimento)

Le parti demanderanno agli Assessorati e alle Direzioni Generali regionali competenti in materia l'attuazione degli ambiti di intervento individuati nel precedente articolo 3 del presente Protocollo.

In particolare, si dovranno assicurare:

- il coordinamento e il monitoraggio delle iniziative promosse, dalla fase della proposta sino alla fase dell'effettiva loro realizzazione;
- la collaborazione nei diversi ambiti di intervento, che sarà effettuata d'intesa tra le parti ovvero tra i soggetti che verranno all'uopo dalle parti stesse appositamente individuati;
- la scelta delle misure di informazione e comunicazione da adottare, con particolare riferimento all'utilizzo dei loghi istituzionali delle parti e di tutti i soggetti terzi eventualmente coinvolti.

A tal fine, è costituito un Tavolo Paritetico Istituzionale in materia sanitaria e socio – sanitaria, costituito da n. 4 rappresentanti delle Regioni Lombardia e Liguria, identificati con successivi appositi provvedimenti delle Parti

L'attività dei componenti il Tavolo Paritetico Istituzionale, se dipendenti pubblici, svolgeranno la propria attività in orario di servizio, con riconoscimento delle spese di missione, secondo la disciplina vigente in materia nelle regioni di appartenenza.

### Articolo 5

(Disposizioni finanziarie)

L'attuazione del presente protocollo non comporta oneri finanziari a carico delle finanze regionali, fatti salvi eventuali rimborsi spese debitamente documentati.

### Articolo 6

(Durata)

Il presente protocollo, redatto in duplice originale, decorrerà dalla data di sottoscrizione dello stesso e avrà la durata di anni tre.

Le parti, di comune accordo, potranno apportare modifiche/integrazioni con le stesse modalità di approvazione del presente atto.

*lei*

4



**Allegato 7**

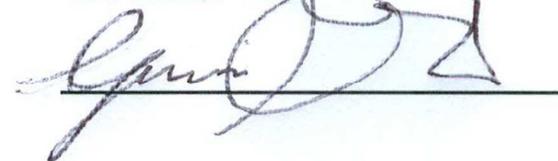
Il presente protocollo di intesa costituisce l'avvio di un processo di sviluppo della collaborazione tra le due Regioni, che potrà essere articolata sulla base delle reciproche esigenze, anche nelle forme previste dall'art. 117 comma 8 Cost.

Milano, 15 settembre 2015

**REGIONE LOMBARDIA**  
**IL PRESIDENTE**  
**Roberto Maroni**



**REGIONE LIGURIA**  
**IL PRESIDENTE**  
**Giovanni Toti**



## Allegato 8

### Proposta di collaborazione in area pediatrica

#### Istituto Giannina Gaslini – Ospedale Buzzi

Il progetto di collaborazione fra i due Istituti pediatrici, nell'ambito del Protocollo tra la Regione Liguria e la Lombardia ha quale scopi prioritari:

- rafforzamento dei rapporti finalizzati alla costruzione di una governance condivisa dei servizi sanitari
- valorizzazione delle eccellenze presenti in ciascuna regione
- sviluppo di modelli assistenziali integrati
- superamento delle duplicazioni di attività
- recupero di ulteriori margini di efficienza operativa di ciascuna area

Le azioni prioritarie che si intendono assumere a supporto del programma riguardano:

1. **Sviluppo di un sistema di relazioni che utilizzano tecnologia in videoconferenza,**
  - i. progetti di teleconsulto e second opinion.
  - ii. programmi di telemedicina

Risorse necessarie: sistema già implementato presso l'Istituto Gaslini; in via di implementazione presso l'Ospedale Buzzi.

Da sostenere supporto infrastrutturale per l'installazione e la diffusione dei sistemi a cure delle rispettive Regioni.

Primo evento: presentazione del progetto "Netcare" per la telemedicina da parte dell'Istituto Gaslini e messa a disposizione dell'Ospedale Buzzi

Sede evento: in videoconferenza, data proposta: Ottobre 2015

2. **Azioni a supporto della comunicazione e diffusione delle conoscenze**

Primo evento:

- i. Vaccinazioni, stato dell'arte e prospettive (project leader Gaslini)
- ii. Banca del latte e modalità per favorire l'allattamento al seno (project leader Buzzi)

Sede dell'evento: Milano; data proposta: Novembre

3. **Workshop gestionale: esperienze a confronto di strutture sanitarie pensate e costruite a misura di bambino.**

- a. Il progetto "Nuovo Buzzi"
- b. L'Ospedale di Giorno

Sede dell'evento: Genova, data proposta: Dicembre

#### 4. Modelli operativi per la continuità delle cure e il collegamento Ospedale Territorio

- a. Modelli di operatività integrata fra le terapie intensive neonatali pediatriche; Ecmo e trasporto protetto (Gaslini e Buzzi)
- b. Diagnostica avanzata ed approccio terapeutico al paziente Neurochirurgico (Gaslini)
- c. Domiciliarità e collegamento ospedale territorio
  - i. Assistenza domiciliare al paziente ematologico (Gaslini)
  - ii. Modelli a rete tra ospedale pediatrico e pediatria del territorio (Buzzi)

	VANTAGGI	SVANTAGGI
<b>G</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esaustività nella gamma dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita di identità culturale necessaria per l'unitarietà aziendale tipica di una organizzazione complessa</li> </ul>
<b>R</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi sanitari completi</li> </ul>	
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilità di reti specialistiche verticali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complessità del coordinamento</li> </ul>
<b>N</b>		
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del potere contrattuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di assetti direzionali complessi per bilanciare programmazione-controllo centrale ed autonomia di gestione a livello periferico</li> </ul>
<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economie di scala</li> <li>• Potenzialità di innovazione su larga scala</li> </ul>	

**DIMENSIONI AZIENDA: GRANDE**

## Allegato 10

	VANTAGGI	SVANTAGGI
<b>P I C C O L A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione efficace dei processi erogativi</li> <li>• Alta integrazione ospedale-territorio e socio-sanitaria</li> <li>• Possibilità di concentrarsi sui processi critici e governo aziendale efficace</li> <li>• Maggiore opportunità di controllo della spesa e coinvolgimento attivo dei professionisti</li> <li>• Tempestività di azione manageriale</li> <li>• Migliori rapporti con gli stakeholders esterni (enti locali)</li> <li>• Coinvolgimento degli operatori</li> <li>• Rafforzamento del senso di identità ed appartenenza</li> <li>• Facilità di adattamento alle pressioni e cambiamento (contenimento costi e risposta nuovi bisogni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà nel conseguire economie di scala</li> <li>• Funzione ospedaliera non in grado di garantire servizi per tutte le discipline</li> <li>• Possibilità che la Direzione Aziendale comprima le autonomie professionali gestionali e operative necessarie al buon funzionamento</li> </ul>

**DIMENSIONI AZIENDA: PICCOLA**





# Presente e futuro di una Regione una Sanità rinnovata per la Liguria

## LIBRO BIANCO SANITÀ LIGURE - INDICE

1. Premessa DL Costituzionale .....	2
2. Introduzione .....	3
3. Nuovo modello organizzativo.....	4
4. Condivisione responsabile.....	5
5. Principi.....	9
6. Criticità rilevabili.....	11
7. Contesto di riferimento .....	12
8. Demografia .....	17
9. La Liguria in numeri .....	22
a. Distribuzione presidi ospedalieri.....	23
b. Punti di accesso rete emergenza-urgenza.....	24
c. Riparto fondo sanitario .....	25
d. Strutture ospedaliere .....	28
e. Ricoveri.....	29
f. Costo pro-capite assistenza ospedaliera .....	33
g. Specialistica .....	34
h. Screening .....	38
i. Farmaceutica .....	39
j. Socio sanitario .....	41
i. Anziani – disabili .....	42
ii. Non autosufficienza.....	46
10. Servizi Sanitari di base.....	48
11. Rilevazione consumi cittadini per settore specialistico.....	49
a. Legenda .....	49
b. Medicina Generale .....	50
c. Chirurgia generale e Day Surgery.....	51
d. Ortopedia .....	52
e. Cardiologia.....	53
f. Cardiochirurgia .....	54
g. Emodinamica.....	55
h. Stroke Unit.....	56
i. Accessi di Pronto Soccorso .....	57
j. Specialistica ambulatoriale.....	58
k. RMN.....	59
l. PET.....	60
m. Farmaci ATC.....	61
12. Rilevazione per unità di offerta .....	62
a. Cardiochirurgia .....	63
b. Chirurgia Vascolare.....	64
c. Emodinamica .....	65
d. Chirurgia Toracica.....	66

e. Neurochirurgia.....	67
f. Ortopedia .....	68
g. Patologia Neonatale .....	69
13. Risorse umane .....	70
i. Complessivo.....	71
ii. Per Azienda.....	73
14. Banca Dati Assistiti (BDA) .....	82
15. Obiettivi Strategici .....	83
I. Migliorare la programmazione sanitaria .....	84
II. Migliorare l'efficienza amministrativa.....	85
III. Revisione organizzativa delle reti.....	86
IV. Coinvolgimento attivo di MMG e PLS.....	87
V. Integrazione socio sanitaria.....	88
VI. Gestione patrimonio immobiliare .....	90
VII. Modifica del sistema dei controlli .....	91
VIII. Creazione di modelli formativi .....	92
IX. Sistema informativo basato sul paziente .....	93
X. Rapporto professioni sanitarie .....	94
16. Progetti strategici .....	95
17. Qualità .....	97
18. Rapporto tra domanda e bisogni.....	101
19. Confronto internazionale e modelli regionali .....	102
20. Modello piramide sanitaria .....	105
a. Livello ospedaliero.....	106
b. Livello socio-sanitario area territoriale .....	108
c. Livello sociale.....	110
21. Integrazione socio-sanitaria .....	111
22. Riflessioni.....	118
23. Alcune tematiche: accessibilità e tempi d'attesa .....	119
24. Strumenti di governo.....	122
a. Alleanze .....	124
b. Evidenze.....	125
c. Rapporto pubblico-privato .....	126
d. Controlli in sanità .....	127
e. Esternalizzazioni .....	130
f. Gestione patrimonio edilizio .....	131
i. Metodologia .....	132
g. Mobilità sanitaria .....	133
h. Ospedale\Università.....	135
i. Rete Emergenza Urgenza .....	136
j. Costi standard.....	137
25. Centrale Acquisti .....	138
26. Modelli di governance - Esempio: salute mentale .....	147
27. Razionalizzazione attività di diagnostica - Esempio: laboratorio e radiologia .....	153
28. Proposte organizzative .....	157
29. Bibliografia.....	159
30. Allegati.....	160
a. Allegato 1: Gli Anziani.....	161
b. Allegato 2: Offerta Di Posti Letto.....	162

c.	Allegato 3: Strutture Pubbliche E Private - Confronti Regionali.....	163
d.	Allegato 4: Spesa Sanitaria – Confronti Internazionali.....	164
e.	Allegato 5: Spesa Sanitaria Pro-capite – Confronti Regionali.....	165
f.	Allegato 6: Spesa Sanitaria Pubblica –Confronti Regionali.....	166
g.	Allegato 7: Alleanze .....	167
h.	Allegato 8: Proposta di collaborazione in area pediatrica: Gaslini – Buzzi.....	170
i.	Allegato 9: Dimensione “azienda grande” .....	171
j.	Allegato 10: Dimensione “azienda piccola” .....	172