

Proposta al Consiglio regionale n. 7 del 17/2/2009

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

2009 - 2011

PREMESSA

Alle fisiologiche modificazioni del quadro istituzionale e delle forme di organizzazione professionale, seguono inevitabilmente cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie. Variazioni che risentono anche del turnover tecnologico e delle soluzioni offerte da modelli di ricerca operativa sperimentati con successo.

Dopo anni di gravi difficoltà economiche e finanziarie, la Regione ha riportato il sistema sanitario in una situazione di equilibrio economico finanziario attraverso un processo che consente ora, per la prima volta, di pensare con serenità a una programmazione a medio lungo termine, in grado di migliorare sensibilmente l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno.

Il Piano Socio Sanitario della Regione Liguria 2009-2011, in particolare, si pone l'obiettivo di migliorare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo, valorizzando e dando voce alle competenze presenti nel sistema, tramite la realizzazione di una "struttura a rete".

La logica della rete rappresenta un modello organizzativo di attori "diversi" da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Come superamento di questi modelli infatti, quello della rete implica il mantenimento di gradi di autonomia e scelta discrezionale da parte dei vari nodi. Nodi che nello stesso tempo lavorano secondo principi di mutualità anziché subordinazione gerarchica o aggressività opportunistica.

Le esperienze precedenti non hanno esitato in forme organizzative soddisfacenti: il modello di accentrimento gerarchico, infatti, deprime lo sviluppo delle professionalità e produce una tenace resistenza al cambiamento. Per contro, il modello di mercato ha prodotto lievitazioni inusitate dei costi e contraddizioni evidenti con i principi di gestione della qualità.

I risultati sperati dell'adozione di un modello a rete sono la garanzia di uno spazio di autonomia responsabile per tutti gli attori del sistema ed il lancio di sinergie vincenti per una crescita culturale del sistema nel suo complesso. La rete infine è una risposta alle difficoltà poste dalla specializzazione e frammentazione delle conoscenze, fattori che amplificano sia i tempi che le risorse di un coordinamento orizzontale tra attività.

In un mondo in rapida evoluzione sociale, tecnologica, etnica e politica si debbono mettere in atto meccanismi operativi che permettano di integrare in maniera costruttiva le necessità e i tempi della politica con le necessità e i tempi, ovviamente diversi, dei tecnici.

PRINCIPI

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (Art. 32 Costituzione Italiana).

Il principio fondamentale del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione, ha rappresentato per lungo tempo un caso unico tra le carte costituzionali europee e ha consentito un sistema sanitario pubblico di tutti e per tutti, basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni.

La tutela della salute come diritto fondamentale ha assunto nel tempo significati sempre più ampi, dalla cura della patologia alla prevenzione e alla sostenibilità del sistema, **in modo tale da consentire** alle generazioni future di perdurare nello sviluppo migliorando la qualità e la quantità dei servizi.

Qualità dei servizi è dunque qualità di cura, ma anche rispetto del paziente e dei familiari e

umanizzazione della medicina.

Questi principi ispirano e sono il fondamento del presente Piano Socio Sanitario Regionale, che li declina nelle seguenti principali linee ed obiettivi strategici:

1. coniugare il ruolo di coordinamento e di regia del sistema socio sanitario della regione con una governance diffusa sul territorio;
2. costruire una struttura a reti integrate che consenta di superare il concetto di concorrenza con quello di cooperazione;
3. realizzare l'integrazione fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera;
4. sviluppare strumenti per l'appropriatezza diagnostica/terapeutica e prescrittiva;
5. sviluppare un efficace sistema informativo che leghi le attività di programmazione, gestione e controllo;
6. costruire un efficace sistema di verifica di quanto realizzato.

METODOLOGIA E STRUTTURA DEL DOCUMENTO

L'elemento di novità nell'impostazione metodologica di costruzione del piano è quello della concertazione e della partecipazione collaborativa, l'ascolto delle aspettative e delle elaborazioni culturali dei professionisti impegnati nel Servizio Sanitario Ligure e la loro traduzione in pianificazione sostenibile.

La costruzione di un piano di sistema in continuo divenire, che garantisca al servizio sanitario regionale ligure una visione a medio e lungo termine, ha rappresentato un'occasione di confronto da parte di operatori sanitari che da tempo hanno ipotizzato modelli di reingegnerizzazione e che hanno avuto l'opportunità di poter esprimere il punto di vista di chi opera sul campo.

A questo scopo sono stati costituiti gruppi di lavoro che hanno avuto il compito di definire, e di condividere col sistema, gli assetti essenziali delle reti per patologia o condizione.

I lavori prodotti, grazie ai quali si è giunti alla redazione del piano, rappresentano l'utile base di partenza per il prosieguo dell'attività degli stessi gruppi.

Il Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria e l'Agenzia Sanitaria Regionale avranno il compito di coordinare e supportare le varie reti, la cui tessitura realizzativa, secondo i principi del Governo clinico, sarà affidata ai gruppi guida delle reti stesse.

Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 è articolato in 3 parti:

1. Parte prima: il quadro di riferimento
2. Parte seconda: gli obiettivi strategici e di rete
3. Parte terza: norme di piano e procedure attuative

I documenti relativi alle reti saranno oggetto di pubblicazione da parte dell'Agenzia Sanitaria regionale. Essi rappresentano il presupposto e la base sulla quale è stato elaborato il piano stesso. Sono nati dai professionisti che quotidianamente operano nel Servizio Sanitario e che hanno condiviso il contenuto dei diversi documenti con colleghi affini per disciplina o percorso.

Proprio per il fatto di essere frutto di un lavoro condiviso che ha coinvolto oltre 300 figure professionali del SSR diventano riferimento ed orientamento tendenziale per i prossimi anni del SSR, la cui valenza, proprio per l'elevato contributo tecnico, va oltre la responsabilità amministrativa della attuale Giunta Regionale.

L'Agenzia Sanitaria regionale curerà, altresì, la pubblicazione di un volume di raccolta degli atti normativi nazionali e regionali che potrà costituire un utile strumento di lavoro per gli operatori.

- il comma 5 lettera b) dell'art. 39, così come modificato dall'art. 3 della L.R. 1.7.2008, n. 21, il quale prevede che con apposita direttiva emanata dalla Giunta Regionale siano fissati *"i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione e il funzionamento dei dipartimenti"*

Con deliberazione n. 945 dell'1 agosto 2008, la Giunta Regionale ha provveduto a dare attuazione a quanto previsto dalla normativa regionale, emanando le opportune direttive attraverso il regolamento generale dei dipartimenti sanitari.

Nell'accezione accolta dalla direttiva, Il Dipartimento rappresenta una articolazione organizzativa costituita per favorire un'azione di integrazione di Strutture organizzative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici, finalizzata ad offrire risposte integrate e multidisciplinari ai problemi clinici degli utenti, sulla base delle risorse disponibili, attraverso il migliore utilizzo delle stesse e l'efficienza delle soluzioni organizzative.

L'organizzazione dipartimentale è strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale e modello organizzativo che favorisce l'introduzione e l'attuazione di politiche di governo clinico; è altresì il contesto nel quale le competenze professionali tecniche, scientifiche e assistenziali, adeguatamente coordinate, costituiscono la risorsa principale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Possono essere creati Dipartimenti all'interno dello stesso stabilimento (presidio) e tra più stabilimenti, Dipartimenti ospedale-territorio e interaziendali.

La direttiva definisce le nozioni di dipartimento strutturale e funzionale, prevedendo che, fatti salvi specifici e motivati presupposti di natura organizzativa, le Aziende debbano costituire dipartimenti strutturali

Il Dipartimento "strutturale" (o verticale), caratterizzato dall'aggregazione di UU.OO., assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti/o macrostrutture organizzative. E' dotato di autonomia gestionale costituisce centro di imputazione della contabilità analitica aziendale.

Il Dipartimento "funzionale" accorpa "orizzontalmente" le Strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi di salute. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale.

Le aziende sono chiamate, attraverso l'emanazione di propri atti, sottoposti all'approvazione della Giunta Regionale, a conformare la propria organizzazione dipartimentale alla citata direttiva, sviluppando, pur nel rispetto dell'autonomia ad esse spettante, modelli volti al razionalizzare le attività, le funzioni e la gestione.

Infatti, le strutture del Dipartimento debbono essere aggregate secondo metodologie organizzative e gestionali volte a dare risposte cliniche unitarie, tempestive, razionali e complete, perseguendo l'obiettivo di razionalizzare l'attività aziendale. Al riguardo, la direttiva esplicita le principali tipologie di aggregazione, alle quali le Aziende sono tenute ad attenersi nell'elaborazione dei propri modelli organizzativi:

- per Area Funzionale Omogenea;
- per disciplina;
- per organo;
- per distretto (es. testa – collo);
- per intensità di cure.

La Direttiva definisce gli obiettivi specifici dei dipartimenti, che sono così declinati:

1. in ambito organizzativo, il miglioramento continuo del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione, assicurando la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali concernenti le linee di sviluppo strategico;

confronto drg/pac anni 2006-2007

DRG	DESCRIZIONE	anno 2005		anno 2006			anno 2007		
		DRG		DRG	PAC	%PAC	DRG	PAC	%PAC
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.310		710	1.673	70,2%	582	1.792	75,5%
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	15.224		3.007	11.757	79,6%	1.436	12.657	89,8%
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	2.623		2.281		0,0%	1.441	487	25,3%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.300		3.019		0,0%	2.855	194	6,4%
133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	945		439	294	40,1%	404	225	35,8%
134	IPERTENSIONE	2.483		848	1.075	55,9%	811	1.224	60,1%
142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	947		612	166	21,3%	610	196	24,3%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.433		2.840	640	18,4%	2.776	686	19,8%
294	DIABETE ETA' > 35 ANNI	2.808		859	1.391	61,8%	641	1.427	69,0%
342	CIRCONCISIONE ETA' > 17 ANNI	764		249	512	67,3%	186	475	71,9%
TOTALI		34.837		14.864	17.508	54,1%	11.742	19.363	62,3%

confronto posti letto per acuti anni 2002-2005-2007

AREE	POSTI LETTO PER ACUTI						TOTALE P.L. ACUTI 2002	TOTALE P.L. ACUTI 2005	TOTALE P.L. ACUTI APRILE 2007	Scostamento 2002/2007		Scostamento 2002/2005		Scostamento 2005/2007	
	ANNO 2002		ANNO 2005		APRILE 2007					valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%
	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds									
PONENTE	1.819	210	1.600	242	1.485	266	2.029	1.842	1.751	-278	-13,7%	-187	-9,2%	-91	-4,9%
METROPOLITANA	3.716	512	3.208	621	2.824	589	4.228	3.829	3.413	-815	-19,3%	-399	-9,4%	-416	-10,9%
LEVANTE	1.225	131	1.028	169	912	163	1.356	1.197	1.075	-281	-20,7%	-159	-11,7%	-122	-10,2%
TOTALE REGIONE	6.760	853	5.840	1.029	5.221	1.018	7.613	6.869	6.239	-1374	-18,0%	-744	-9,8%	-630	-9,2%

Nel periodo 2002/2007 i posti letto per acuti sono diminuiti del 18%

Personale in servizio nel Sistema Sanitario Regionale in ruolo per ASL e aziende ospedaliere Anno 2008

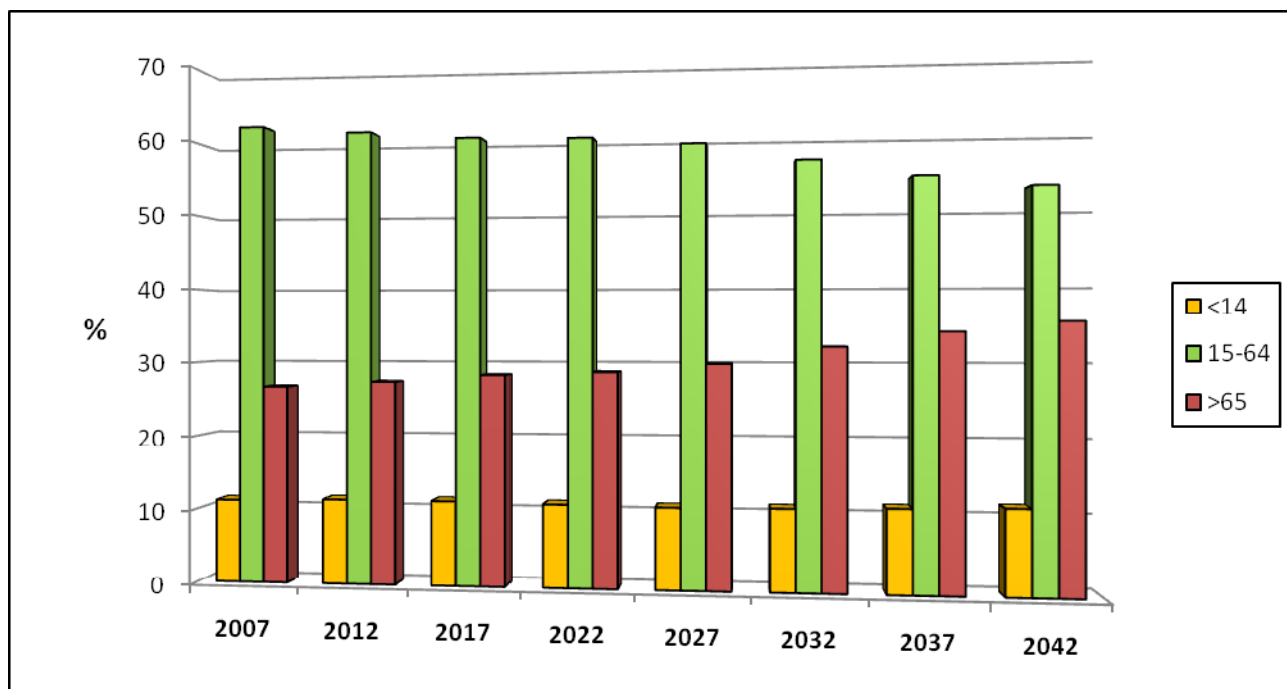
	Dirigenza Medico PTA	Personale Infermieristico	Personale tecnico Riabilitativo	Ausiliari	Amministrativi	Altro personale	Totale
Aziende							
001 ASL IMPERIESE	478	1.124	232	35	235	528	2.632
002 ASL SAVONESE	523	1.208	317	52	309	550	2.959
003 ASL GENOVESE	782	1.522	388	115	634	921	4.362
004 ASL CHIAVARESE	369	737	153	108	197	246	1.810
005 ASL SPEZZINO	464	1.038	203	31	256	260	2.252
025 GALLIERA	361	614	167	82	210	262	1.696
051 EVANGELICO	53	100	18	37	36	50	294
910 S.CORONA	256	582	133	60	136	242	1.409
920 VILLA SCASSI	280	577	118	5	123	181	1.284
930 S.MARTINO	944	2.036	347	133	401	723	4.584
940 GASLINI	303	814	134	20	101	297	1.669
950 I.S.T.	178	126	70	1	76	64	515
TOTALE REGIONE	4.991	10.478	2.280	679	2.714	4.324	25.466

Indicatori demografici disaggregati a livello provinciale - Dati Istat aggiornati al 1 gennaio 2007

PROVINCE	INDICE DI INVECCHIAMENTO	Vecchiaia ¹	Dipendenza ²	INDICE DI ANZIANI PER BAMBINO	INDICE DI CARICO DEI FIGLI PER 100 DONNE IN ETA' FECONDA	INDICE DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	INDICE DI RICAMBIO DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	ETA' MEDIA
Imperia	26,1	224,2	60,5	5,7	21,7	62,3	158,6	46,8
Savona	26,9	245,7	61,0	6,0	21,7	62,1	186,8	47,5
Genova	26,5	241,1	59,9	6,0	20,9	62,5	171,2	47,3
La Spezia	26,6	242,4	60,0	6,1	20,6	62,5	163,3	47,3
LIGURIA	26,5	239,7	60,2	6,0	21,1	62,4	170,9	47,3
ITALIA	19,7	139,9	51,1	3,5	23,7	66,2	108,6	42,6

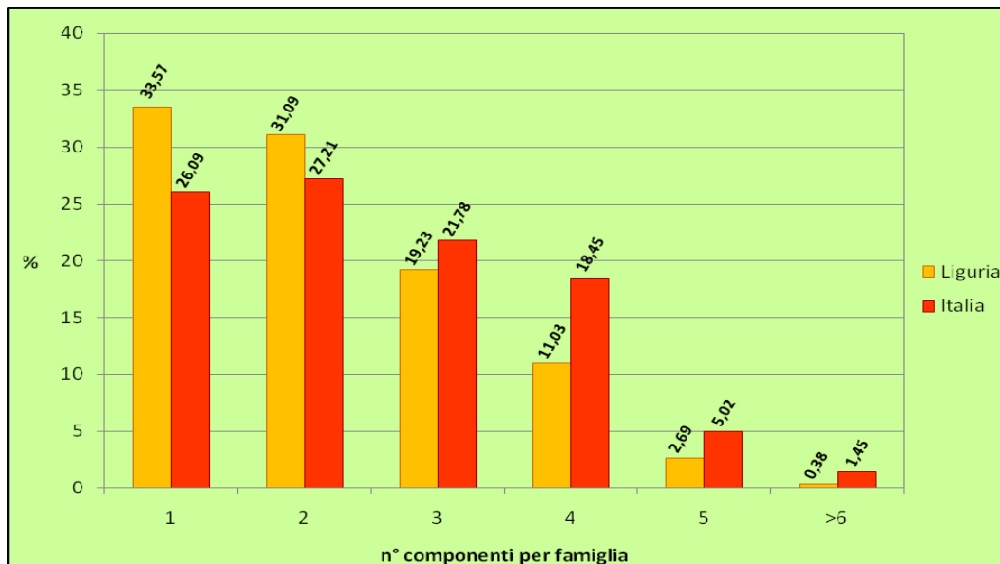
Fonte: ISTAT

Previsione della popolazione ligure per macro-classi d'età – Previsioni Istat (<http://demo.istat.it/>)

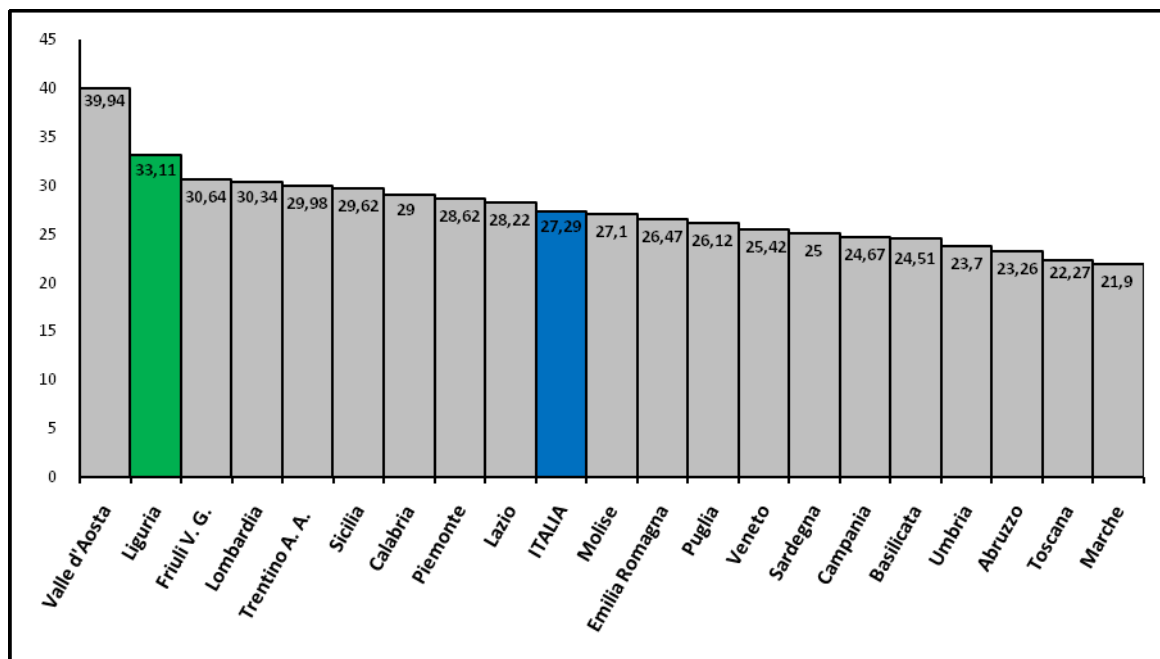


1.1

Percentuale di famiglie per numero di componenti - Istat - Health for All – Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)



Percentuale di anziani soli (M+F ≥ 65 anni) per regione - Istat - Health for All – Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)



Dimissioni, giornate di degenza e degenza media per MDC(Major Diagnostic Categories) anno 2006

MDC (Major Diagnostic Categories) (b)	DIMISSIONI		GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (c)
	Numero	Percentuale		
Malattie e disturbi del sistema nervoso	21.059	9,40	187.182	9,83
Malattie e disturbi dell'occhio	2.805	1,25	10.640	4,30
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	5.268	2,35	23.588	5,18
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	19.967	8,92	193.504	10,31
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	30.364	13,56	223.726	8,05
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	20.811	9,29	163.998	8,72
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	10.493	4,69	97.008	9,63
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.385	10,89	202.517	9,13
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	5.994	2,68	35.604	7,03
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	4.512	2,02	27.734	6,53
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	13.839	6,18	105.118	8,28
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3.574	1,60	23.110	7,30
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	5.757	2,57	28.421	5,52
Gravidanza, parto e puerperio	16.249	7,26	61.368	4,10
Malattie e disturbi del periodo neonatale	11.663	5,21	50.200	4,36
Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	2.508	1,12	22.752	9,63
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente diffuse	5.236	2,34	49.849	10,02
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3.099	1,38	30.957	10,86
Malattie e disturbi mentali	8.565	3,83	92.944	12,26
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	1.017	0,45	3.483	6,12
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.914	0,85	10.997	7,67
Ustioni	371	0,17	5.480	16,34
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.897	0,85	8.997	5,55
Traumatismi multipli rilevanti	421	0,19	6.435	16,19
Infezioni da H.I.V.	617	0,28	8.632	14,91
Pre-MDC (d)	1.016	0,45	37.009	36,67
Altri Diagnosis Related Groups (D.R.G.)	515	0,23	6.320	13,56
TOTALE	223.916	100,00	1.717.573	8,41

Fonte: Regione Liguria

(a) Ricoveri per acuti in regime ordinario

(b) Maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti con riferimento alla casistica diagnostica

(c) Rapporto tra giornate di degenza relative ai dimessi nell'anno (escluse degenze 1 g) e dimessi nell'anno (escluse degenze 1g)

(d) DRG attribuiti sulla base della presenza di trapianti indipendentemente dalla diagnosi principale (trapianto di fegato, midollo osseo, polmone, simultaneo pancreas/rene, pancreas, tracheostomia)

RMRL- Registro Mortalità Regione Liguria

Razionale: funzione assistenziale speciale attribuita all'IST dall'Assessorato alla Salute Regione Liguria, il Registro Mortalità della Regione Liguria (RMRL) è una componente del Sistema Informativo del Assessorato alla Sanità Regione Liguria. Dal 1988 i suoi dati sono richiesti e utilizzati da Regione, Enti Locali e singoli Ricercatori per diversi tipi di studio e diverse finalità sanitarie, risultando fondamentali nella valutazione dello stato di salute della popolazione e la programmazione di interventi socio-sanitari e ambientali in Liguria.

Obiettivi RMRL: raccolta, verifica, analisi e valutazione di tutte le cause di morte dell'intera popolazione ligure (deceduti in Liguria e residenti liguri deceduti fuori dell'ambito del territorio ligure). I deceduti ammontano a circa 23000 l'anno.

Criteri di operatività: La conduzione dell'attività viene operata nel rispetto delle disposizioni di legge inerenti il trattamento dati sensibili di tipo sanitario ed è condotta in modo integrato con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione delle 5 ASL liguri, presso cui vengono depositate le schede di morte relative ai decessi dei residenti avvenuti sul (o fuori del) territorio della ASL. Ottenuto in copia tale materiale il RMRL procede ai controlli di quantità e di qualità, traduce in codici internazionali standardizzati i dati presenti sulla scheda e li inserisce in uno specifico database. Particolare cura è dedicata all'assegnazione del codice della causa di morte, che avviene utilizzando le regole di codifica dell'OMS tramite la Classificazione Internazionale dei Traumatismi e Cause di Morte. Il RMRL effettua valutazioni sistematiche sullo stato di salute della popolazione e consegna ad ogni ASL il materiale elaborato. Su richiesta specifica (autorizzata da l'Assessorato alla Sanità regionale), collabora con Enti locali, altri Assessorati regionali (es. Ambiente, Statistica) e singoli ricercatori per indagini speciali.

RTRL- Registro Tumori Regione Liguria

Razionale: funzione assistenziale speciale attribuita all'IST dall'Assessorato alla Salute Regione Liguria, il Registro Tumori della Regione Liguria (RTRL) è una componente del Sistema Informativo del Assessorato alla Sanità Regione Liguria. Dal 1986 i suoi dati sono richiesti e utilizzati da Regione, Enti Locali e singoli Ricercatori per diversi tipi di studio e diverse finalità sanitarie dell'ambito oncologico.

Obiettivi RTRL: Il RTRL raccoglie indicatori di rischio (INCIDENZA) e risultato (SOPRAVVIVENZA) nella popolazione di riferimento. La PREVALENZA (valutazione del carico di malattia, che deriva dalla combinazione delle due misure precedenti) e la MORTALITÀ vengono aggiornate periodicamente in base alle collaborazioni attive con AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumore), INT (Istituto Nazionale Tumori) di Milano e ISS (Istituto Superiore di Sanità) di Roma per la prima e con il RMRL e l'ISTAT per la seconda. La collaborazione con l'ISS porta anche alla produzione di stime regionali di incidenza, prevalenza e mortalità aggiornate.

Il RTRL segue l'andamento nel tempo e la distribuzione geografica delle patologie neoplastiche ed è, quindi, in grado di fornire all'autorità sanitaria strumenti per il "controllo" delle neoplasie e consentire la programmazione di interventi di politica sanitaria. Inoltre, fornisce informazioni utili per studi di approfondimento sulle associazioni causali con i fattori di rischio e collabora all'organizzazione degli screening e delle cure palliative e alla valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti oncologici e della loro rispondenza alle Linee Guida in Regione Liguria. Costituisce quindi un fondamentale tassello del sistema informativo sullo stato di salute regionale dal momento che fornisce indicatori sanitari che sono indispensabili per le scelte strategiche di sanità pubblica. Il RTRL fa parte della rete italiana dei registri tumori, che è riconosciuta dal Centro di Controllo delle Malattie del Ministero della Salute come strumento del SSN per in monitoraggio delle patologie neoplastiche nel nostro paese.

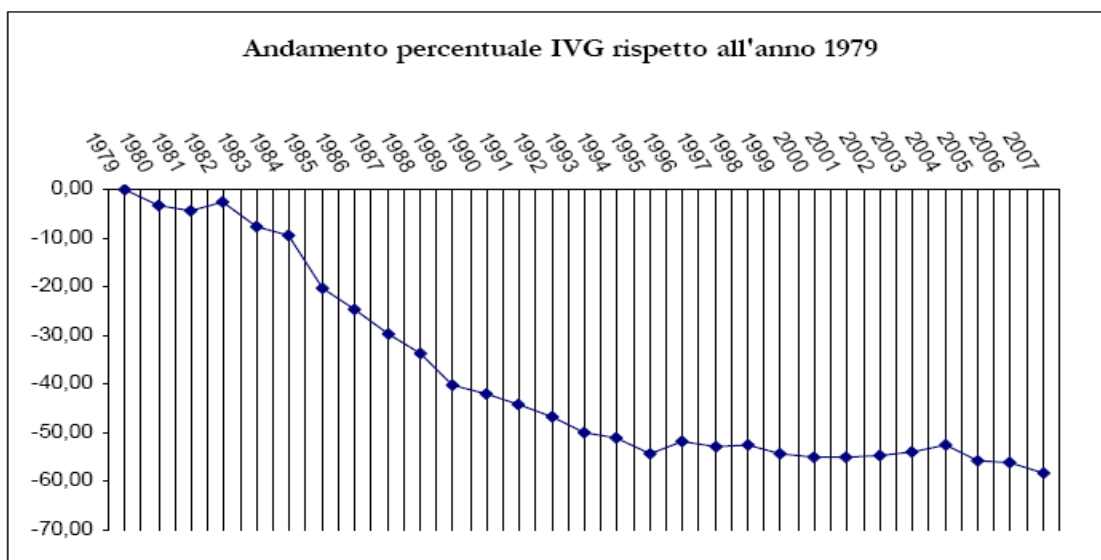
Criteri di operatività: Per ragioni di economicità il RTRL ha come area operativa solo la Provincia di Genova (58% circa della popolazione residente ligure), che si è provato essere comunque sufficientemente rappresentativa dell'intera popolazione regionale. Il RTRL processa annualmente i nuovi casi di tumore dei residenti nell'area (circa 8000 di cui circa 6500 tumori maligni), individuati tramite la consultazione delle documentazioni sanitarie (schede dimissione ospedaliere, cartelle cliniche, referti microscopici ed altra documentazione sanitaria). Il RTRL accede anche a fonti non sanitarie (anagrafe sanitaria e civile) per ottenere informazioni accurate sulla residenza e lo stato in vita dei soggetti affetti da neoplasia residenti nell'area geografica di propria competenza. La qualità del dato deriva dalla completezza ed esaustività della raccolta di variabili utili ai fini interpretativi e valutativi (precisa definizione topografica e microscopica, stadio, modalità di diagnosi, approccio terapeutico adottato, ecc.), per questo il RTRL adotta le strategie più opportune per ottenere una qualità informativa ottimale sia per i dati di incidenza (indicatori di qualità: % di conferme microscopiche >80%, % di DCO – casi derivanti solo da certificato di morte- <3%, corretto rapporto mortalità /incidenza per singola sede), sia per i dati di sopravvivenza (verifica della residenza anagrafica, accertamento periodico dello stato in vita in modo attivo).

Interruzioni volontarie di gravidanza

Le interruzioni volontarie di gravidanza notificate in Liguria nell'anno 2007 sono 3526, con un decremento del 4,7% rispetto al 2006 e del 58,2% rispetto al 1979, raggiungendo così il minimo storico. L'andamento delle IVG registra, dal 1979, anno in cui è entrata in vigore la legge n.194/1978, al 1995 una continua diminuzione del fenomeno, poi fino al 2004 si assiste ad una stabilizzazione dei casi e negli ultimi tre anni siamo in presenza di una diminuzione, particolarmente significativa nel 2007.

Per quanto riguarda le pazienti straniere, che si sono sottoposte all'intervento, l'andamento percentuale dei casi, che dal 2001 al 2004 avevano registrato un continuo aumento, nel 2005 decrescono del 4,4% rispetto all'anno precedente invertendo il trend che va a registrare un dato significativamente positivo nel 2007, scendendo a 1310 interventi pari a -6,6% rispetto all'anno precedente. Il tasso di abortività fornito dal Ministero della salute (dato dal numero degli interventi, rispetto al numero delle donne in età feconda, moltiplicato per 1000) è possibile calcolarlo fino al 2006 come dato definitivo, mentre, calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato per il 2007 che per la Liguria è pari a 10,5, per le regioni del Nord Italia è al 9,5 e per l'Italia è 9,1.

Andamento percentuale IVG 2979/2007



Andamento IVG totale, italiane, straniere (2002-2007)

Andamento IVG su pazienti italiane e straniere anni 2002-2007								
Anno	Totale interventi		Interventi su pazienti italiane			Interventi su pazienti straniere		
	Numero	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.
2002	3827	0,9	2589	67,7	-3,8	1238	32,3	12,2
2003	3893	1,7	2593	66,6	0,2	1300	33,4	5,0
2004	4003	2,8	2526	63,1	-2,6	1477	36,9	13,6
2005	3726	-6,9	2314	62,1	-8,4	1412	37,9	-4,4
2006	3700	-0,7	2297	62,1	-0,7	1403	37,9	-0,6
2007	3526	-4,7	2216	62,8	-3,5	1310	37,2	-6,6

AIDS e HIV

Il primo caso di AIDS in Liguria è stato segnalato nel 1984; da allora, sino al 30 Aprile 2008, le notifiche provenienti dalle strutture cliniche Liguri sono state 3100, di queste 2887 sono relative a persone residenti in Liguria. Utilizzando come denominatore la popolazione ligure del Censimento Nazionale del 2001 per i casi notificati dopo il 1998 e quella del censimento 1991 per i precedenti, il tasso cumulativo d'incidenza risulta pari a 174,6 casi ogni 100.000 abitanti. L'andamento dell'incidenza osservato nel corso degli anni tra i residenti liguri mostra una costante crescita sino al 1995, anno in cui si è raggiunto il picco epidemico (16,9/100.000 ab), cui fa seguito una netta e progressiva riduzione sino a 3,0 casi per 100.000 abitanti nel 2007. Per quanto riguarda il 2008, sono stati notificati 11 casi nei primi 4 mesi dell'anno. Correggendo il dato per ritardo di notifica, si può stimare che l'incidenza di AIDS alla fine dell'anno si attesterà intorno a 3-3,5 casi su 100.000 abitanti.

Fig. Casi di AIDS in residenti liguri: andamento temporale dell'incidenza annuale



La distribuzione dei casi in base al sesso e all'anno di diagnosi evidenzia la maggior diffusione dell'AIDS nella popolazione maschile rispetto a quella femminile; infatti, dagli anni '80 ad oggi, circa tre casi su quattro hanno interessato soggetti maschi.

Inoltre, stratificando per sesso e classi d'età, appare evidente come l'AIDS, dal 1985 ad oggi, abbia interessato soprattutto i soggetti di età compresa tra i 20 e i 50 anni, evidenziando un picco di maggior incidenza soprattutto nella classe 30-39, più elevato fra i maschi rispetto alle femmine; tale divario, seppur presente, risulta meno marcato nella classe 20-29 anni.

Tab. Casi di AIDS in residenti liguri: distribuzione e incidenza cumulativa per fasce di età e sesso dal 1985 AL 30/04/2008

Classi d'età	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Inc_Tot
0-12	14	16	30	20,0	21,5	20,8
13-19	0	7	7	0,0	16,8	8,6
20-29	213	379	592	222,1	384,2	304,4
30-39	397	1126	1523	332,7	922,1	630,7
40-49	109	400	509	103,7	384,2	243,2
≥50	41	185	226	9,7	57,6	30,5
Totale	774	2113	2887	91,0	277,7	179,1

Il dato immigrazione

Secondo i dati ISTAT, la popolazione straniera residente in Liguria al primo gennaio 2007 ha superato le 80.000 unità, con un'incidenza sulla popolazione totale residente nella Regione pari al 5% circa. L'ultimo *Dossier Statistico Immigrazione* redatto da Caritas - Migrantes e presentato il 31 ottobre 2008 stima addirittura che il numero delle presenze di stranieri residenti in Liguria abbia superato al 31 dicembre 2007 le 100.000 presenze, registrando un incremento dell'8-10% rispetto al 2006. E' essenziale ricordare che tali dati si riferiscono agli immigrati regolarmente presenti in Italia, sfuggono cioè ai conteggi le quote di immigrati definiti irregolari (con permesso di soggiorno scaduto) e clandestini (senza permesso di soggiorno).

I principali gruppi nazionali rappresentati sono: Ecuador (32,3%), Albania (12,6%), Marocco (9,0%), Perù (5,5%), Romania (3,5%), Cina (3,0%), Senegal (2,4%), Sri Lanka (2,4%), Ucraina (2,1%) e Tunisia (1,6%). Non si riscontrano differenze significative rispetto agli anni precedenti: permangono ai primi posti gli ecuadoregni seguiti da albanesi, marocchini e romeni; cresce la migrazione dall'Ucraina e diminuisce la presenza dei cittadini europei.

Le donne rappresentano il 53% delle presenze straniere e i minori il 18%, ciò significa che 1 straniero su 5 è minorenni. Esistono anche in Liguria squilibri tra i due sessi nelle diverse etnie di immigrati, fattore che influenza non poco il grado di integrazione di questi soggetti nella società che li ospita. Osservando la ripartizione per genere delle presenze, emerge una strutturazione differente dei flussi a seconda del paese d'origine: dall'Ecuador, dal Perù e dall'Ucraina emigrano soprattutto donne – che si inseriscono nel mercato del lavoro domestico; ben diversa è la situazione di marocchini e senegalesi, con flussi migratori connotati al maschile, seppur vi sia una lieve inversione di tendenza anche in questo senso, che sottende la comparsa di progetti migratori più stabili con ricongiungimento familiare. Ancora esigue, ma significative perché controtendenza, sono le migrazioni dal Maghreb di donne sole, giovani e non coniugate, istruite, che scelgono l'emigrazione come strada di emancipazione.

Gli stranieri giunti nella ns. regione sono per l'80% al di sotto dei 45 anni, apportando un certo contributo alla natalità, dato dall'affluenza di donne prevalentemente in età fertile, in genere caratterizzate da una più accentuata fecondità.

Una valutazione più dettagliata è ottenibile considerando separatamente la struttura delle due popolazioni, residente e straniera, e rapportandole secondo le diverse classi di età, da cui emerge un'incidenza più elevata nelle classi più giovani: in Liguria, a fronte di una media generale del 5%, si registra un'incidenza del 7,9% tra i soggetti <14 anni e del 9,4% per gli individui di età compresa tra i 15 e i 39 anni.

Popolazione straniera residente per provincia e classi di età al 1° gennaio 2007

Fonte: Istat

Province	Totale stranieri residenti	Composizione percentuale per classe di età ¹				Età media ¹	Incidenza percentuale della popolazione straniera sulla popolazione totale				
		0-14	15-39	40-64	≥65		0-14	15-39	40-64	≥65	Tot
Imperia	13.198	15,8	46,7	30,7	6,8	34,71	8,3	10,5	5,3	1,6	6,1
Savona	13.850	19,3	50,1	26,8	3,9	31,46	8,5	9,2	3,7	0,7	4,9
Genova	44.322	17,5	51,5	28,6	2,5	31,56	7,8	9,6	4,0	0,5	5,0
La Spezia	9.365	18,2	51,5	27,8	2,6	31,23	6,9	8,0	3,4	0,4	4,3
Liguria	80.735	17,6	50,4	28,5	3,5	32,02	7,9	9,4	4,1	0,7	5,0

¹ **Età media:** media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

Analizzando i motivi dei permessi di soggiorno si evince dai dati del Ministero dell'Interno (al dicembre 2005) che il lavoro costituisce la prima motivazione (59,6%), seguito dai motivi familiari (30,7%), residenza elettiva (4,4%), studio (2,1%), altro (3,2%). Anche le motivazioni del soggiorno variano significativamente in funzione della nazionalità di provenienza.

Ricorso al Servizio Sanitario Regionale

Gli stranieri iscritti all'Anagrafe sanitaria della Liguria al luglio 2008 sono 51.508, di cui 10.861 minori di 18aa, 28.753 donne e 22.755uomini.

Le strutture sanitarie della Regione Liguria hanno registrato, nell'anno 2007, 13.330 ricoveri ordinari e 7470 day hospital a favore di utenti stranieri residenti, con un'incidenza del 5,9% sui ricoveri totali e del 4,9% sui DH). Le donne straniere che hanno fatto ricorso al ricovero ordinario hanno rappresentato il 61,7% dei ricoveri ordinari e il 68,3% dei Day Hospital a favore di stranieri iscritti al SSN.[Fonte: Datawarehouse Sanitario di Regione Liguria]

Per quanto concerne l'offerta di servizi dedicati ad utenti STP, non si ha una ripartizione omogenea dei servizi dedicati sul territorio ligure: solo le Asl 4 e 5 hanno un ambulatorio ad accesso diretto che garantisce assistenza di base a stranieri senza permessi di soggiorno. E solo la Asl4 ha un servizio di pediatria per minori STP. L'ambulatorio della Asl4 è stato inaugurato nel giugno 2006 e da allora ha registrato i seguenti accessi:

giugno-dicembre 2006: 189 accessi
gennaio-dicembre 2007: 383 accessi
gennaio-ottobre 2008: 357 accessi

I dati sull'utenza rivelano una netta predominanza delle donne e una prevalenza della fascia d'età 20-29 e 30-39 anni. Le nazionalità più rappresentate sono state: Ecuador, Ucraina, Marocco, Albania.

Per quanto riguarda il servizio di pediatria, gli accessi sono stati 288 nel 2007 e 210 nel 2008 (al mese di ottobre). [Fonte: Asl4 Chiavarese, Ufficio Coordinamento Distretti]

Criticità:

Fermo restando la difficoltà ad individuare con precisione i bisogni di salute dell'utenza immigrata – a causa degli strumenti limitati di raccolta dati, della quota di immigrati irregolari che sfuggono alle indagini, ecc - è comunque possibile individuare alcune criticità all'interno del sistema sanitario ligure:

- Carenza di disposizioni normative regionali in grado di regolamentare la materia (in particolare l'accesso ai servizi da parte dei neocomunitari)
- Scarsa omogeneità sul territorio ligure tra i servizi attivati per gli stranieri temporaneamente presenti (STP)
- Carenza di progetti specifici dedicati agli utenti stranieri del SSR
- Scarsa attenzione per i bisogni di cura specifici degli utenti stranieri del SSR
- Scarsa offerta formativa per gli operatori socio-sanitari
- Mancanza di un'informazione omogenea e capillare in versione multilingue che faciliti l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione straniera
- Necessità di attuare iniziative specifiche volte a tutelare la salute materno- infantile degli stranieri e la salute dei lavoratori.

Obiettivo generale:

Migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari e alle cure per la popolazione straniera regolarmente o temporaneamente presente sul territorio ligure.

UTAP (unità territoriale di assistenza primaria)

L'UTAP è una struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse ai bisogni di salute delle persone.

E' una forma organizzativa di tipo sperimentale (come la medicina di gruppo, l'associazione e la medicina in rete), su base volontaria.

Le modalità organizzative sono demandate alla contrattazione regionale.

L'inquadramento normativo deriva dal D.Lgs. 502 del 1992, art. 3 –quinquies (riordino del Servizio Sanitario Nazionale) e dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell' art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni

Gli obiettivi dell'UTAP sono:

- Dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone*
 - Dare risposte adeguate nel territorio ai bisogni di salute dei cittadini*
 - Realizzare nel territorio un' assistenza socio –sanitaria esauriente, che collabori con il secondo livello di assistenza secondo percorsi appropriati e condivisi*
- (Mancini, ASSIMEFAC)*

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'ADI può essere definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente non autosufficienti, che hanno necessità di un'assistenza continuativa.

Il servizio, che prevede l'impiego di risorse finalizzate al concetto di domiciliarità, si sostanzia nel coordinamento del lavoro del medico di base, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti sociali e dell'aiuto domestico da parte di familiari. L'assistenza è caratterizzata da vari gradi che dipendono dalle necessità della persona che richiede il servizio.

Il primo livello è un'assistenza a bassa intensità sanitaria correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio-assistenziali.

Il secondo livello rappresenta una media intensità assistenziale con presenza del medico ed assistenza infermieristica a domicilio, una o più volte alla settimana.

Il terzo livello è invece caratterizzato da alta intensità sanitaria con un intervento sanitario coordinato ed intensivo. Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di famiglia, dal responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni, dai servizi sociali del comune o dagli stessi familiari del paziente.

(Fonte Rapporto su Assistenza domiciliare integrata, Cittadinanzattiva)

