



DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Documento Strategico. Approvazione

IL DIRETTORE GENERALE

Su conforme proposta del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo;

Premesso che:

- occorre procedere con la verifica di allineamento degli strumenti di pianificazione e controllo e di gestione operativa agli indirizzi strategici aziendali e regionali;
- è volontà dell'Alta Direzione assicurare un percorso organico ai processi di maturazione delle iniziative di investimento, orientate al miglioramento, per mezzo dell'attività assicurata alla popolazione, del quadro demografico ed epidemiologico di riferimento;
- è stata valutata l'opportunità di proporre il quadro degli indirizzi e specificare gli ambiti di possibile intervento entro i quali la Direzione Aziendale intende agire nel medio e lungo termine e rispetto ai quali orientare le scelte di programmazione di breve termine;
- l'obiettivo contemporaneo del percorso di revisione è finalizzato anche a verificare ed evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programatorie, e voler così valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- il lavoro di revisione deve rappresentare anche il tentativo di garantire adeguata chiarezza e trasparenza nella proposizione e nella valutazione delle performance;

Valutato che:

- gli obiettivi più sopra richiamati possono trovare realizzazione mediante la condivisione di una Vision ed una Mission aziendale, la definizione di una politica condivisa di governo che sia orientata alla valorizzazione delle risorse e delle relative proposte, nonché alla verifica delle modalità di maturazione ed espressione in trasparenza della formale discrezionalità aziendale;
- a tali fini occorrerà prendere atto della necessità, riconfermata dalla normativa vigente in tema di Trasparenza e Anticorruzione e della buona prassi gestionale, di tenere separate le funzioni di pianificazione e indirizzo da quelle di gestione e realizzazione;
- lo scopo della pianificazione e programmazione aziendale è quello di intercettare e promuovere tutte le sinergie di sistema necessarie a fronteggiare in modo efficace il proprio contesto demografico ed epidemiologico;

Richiamata:

- la nota del 20 maggio 2019 prot. 69496 con la quale il Direttore Generale delegava il Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo nel compito di raccogliere assieme ad un gruppo di lavoro dal medesimo coordinato, una proposta organica circa il percorso da individuare per gli allineamenti necessari;

Valutato che:

- la proposta dello stesso gruppo di lavoro, anche a seguito delle interlocuzioni avute con i componenti dell'Ufficio Deliberante ed i partecipanti al Collegio di Direzione, ha confermato come primo passo formale aziendale la necessità di procedere all'aggiornamento del Piano Strategico Triennale;

Ritenuto opportuno assicurare che:

- tutti gli ulteriori strumenti di supporto al governo dell'azienda siano poi rivisti dal medesimo gruppo di lavoro per il necessario adeguamento agli indirizzi indicati nel nuovo Documento Strategico dell'Azienda, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- Visto il D.Lgs. 30/12/1992, n° 502 e successive modificazioni;
- Vista la L.R. 08/02/1995, n° 10 e successive modificazioni;
- Vista la L.R. 07/12/2006, n° 41 e successive modificazioni;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Su parere conforme del Direttore Socio Sanitario per l'ambito di competenza;

D E L I B E R A

1. di approvare il Documento Strategico allegato contenente i riferimenti aggiornati di Vision, Valori, Mission e Politiche Aziendali di Governo oltre che i criteri di valutazione delle iniziative di investimento;
2. di delegare lo stesso gruppo di lavoro coordinato dal Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo a valutare l'effettivo allineamento di tutti i successivi strumenti di governo a partire dalle Linee di Indirizzo, dal Piano delle Performance al Sistema di Budgeting, valutazione e incentivazione aziendale che, appena pronti, saranno proposti all'attenzione della Direzione Aziendale per la formale deliberazione a valere già dal 2020;
3. Di prevedere l'aggiornamento del presente Documento Strategico in un periodo non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, anche allo scopo di verificare l'efficacia dell'azione pianificatrice e apporre gli eventuali accorgimenti ritenuti necessari a seguito di importanti modificazioni nel contesto di riferimento;
4. di dare atto che l'originale della presente deliberazione, firmato digitalmente, costituito da un documento generato con mezzi informatici, è redatto in conformità alle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale ed è conservato negli archivi informatici di Asl3;

5. di dare atto che la presente deliberazione è composta di n. 3 pagine e di 2 allegati di 40 (Documento Strategico) e 54 (Appendice) pagine ciascuno per un totale di 97 pagine complessive.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Luigi Carlo BOTTARO)

II DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Avv. Luigi BERTORELLO)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Marta CALTABELLOTTA)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott. Lorenzo SAMPIETRO)

IL DIRETTORE
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO
(Dott. Stefano GREGO)

Visto per la verifica della regolarità contabile
IL DIRETTORE
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'
(Dott. Stefano GREGO)



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Direzione Generale - Rev. 0/12 - ottobre 2019

Vision, Valori, Mission e Politiche Aziendali di Governo

DOCUMENTO STRATEGICO

“CRITERI DI APPROCCIO AL FUTURO E DI VALUTAZIONE
DELLE INIZIATIVE DI INVESTIMENTO”

Direzione Generale

Ottobre 2019



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Indice

Premessa

La Vision

La Mission

I principi guida del nostro impegno

Le attività di Mandato

Tutela e Promozione della Salute

Costruire Programmi per la Continuità delle Cure e dell'Assistenza

Obiettivi generali dell'azienda a partire dal prossimo triennio

Aree strategiche di intervento

Un approccio integrato: le Politiche Aziendali di Governo

La verifica di sostenibilità: il monitoraggio necessario sulla copertura economico-finanziaria dei percorsi

Appendice

Ringraziamenti



Premessa

“Le organizzazioni agiscono, ma cosa ci dice in che modo ed il perché agiscano?”. Così inizia il suo libro “Organizations in action” uno dei massimi esperti e studiosi di organizzazione delle aziende, James D. Thompson nell’ormai lontano 1967.

Al riguardo l’analisi del contesto di riferimento rappresenta senz’altro una voce determinante, potendosi in estrema sintesi affermare che sia lo stesso contesto che permetta lo sviluppo dell’idea imprenditoriale. In qualche modo, insomma, potremmo dire che la comunità di riferimento si organizza su diversi progetti, ai quali partecipano a diverso titolo parti della stessa, per fornire dei servizi ai componenti della medesima.

È da questa idea originaria che parte il progetto di revisione e di ri-allineamento delle politiche di governo della nostra azienda e degli strumenti a disposizione per l’adeguata interpretazione dei bisogni sia interni, da parte delle differenti professionalità impegnate, sia esterni, legati alle caratteristiche della popolazione quale bacino di utenza.

Con il presente documento la Direzione non può che prendere spunto dai documenti di pianificazione e programmazione sanitaria già adottati a livello regionale e nazionale per recuperare quel minimo ruolo strategico ancora affidato alla Asl e offrire al suo interno gli indirizzi per l’ottimale messa a punto della sua azione. E senza, tuttavia, sottrarsi dall’offrire essa stessa, al livello superiore di pianificazione e programmazione, nuovi e possibili spunti di sviluppo organizzativo.

Dalle tecniche di “gestione dei progetti” abbiamo appreso che uno dei pilastri sul quale si poggia e si caratterizza l’intera Struttura Organizzativa, e mediante il quale è misurata l’efficacia e l’efficienza della sua azione, è certamente l’Allineamento Strategico tra le Competenze Tecniche presenti, la Metodologia in uso e la Cultura prevalente. È di qui, dunque, che siamo partiti nel percorso di revisione che porta a valutare come la Asl3 del Sistema Sanitario Regione Liguria interpreta il fabbisogno dell’utenza assegnata in iniziative di investimento per il miglioramento continuo dei servizi che caratterizzano il suo mandato. Tra gli obiettivi del presente progetto rientrano:

- la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione intende mettere in campo nel medio e lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo
- l’impegno di evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche
- il voler valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali
- il tentativo di garantire adeguata chiarezza e trasparenza nella proposizione e nella valutazione delle performance
- il consentire l’effettuazione di confronti nell’ambito delle strutture gestite mediante l’omogeneità di metodologie e strumenti.



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Tutto ciò mediante la condivisione di una Vision ed una Mission aziendale, la definizione di una politica condivisa di governo che sia orientata alla valorizzazione delle risorse, delle proposte e alla verifica delle modalità di maturazione, ed espressione, della discrezionalità aziendale, richiamando l'attenzione per tale scopo sulla necessaria separazione delle funzioni di pianificazione e indirizzo da quelle di gestione e realizzazione.

Recuperando quindi i contenuti del nuovo Piano Sociosanitario 2017-2019 di Regione Liguria e della Legge Regionale 41/2006, nonché i riferimenti normativi di programmazione nazionale (DM 70/2015 e DLgs.vo 502/92 e smi) si intende qui proporre l'interpretazione di Asl3 circa le cause del proprio agire intercettando e promuovendo, nell'ambito delle risorse economico e finanziarie disponibili, tutte le sinergie di sistema necessarie a fronteggiare in modo efficace il contesto demografico ed epidemiologico già rappresentato in tali documenti.

Commissione di Redazione

Ufficio di Direzione

Luigi Carlo BOTTARO – Direttore Generale

Marta CALTABELLOTTA – Direttore Sanitario

Lorenzo SAMPIETRO – Direttore Sociosanitario

Luigi BERTORELLO – Direttore Amministrativo

Rosa PLACIDO – Direttore Dip.to Giuridico

Stefano GREGO – Direttore Dip.to Tecnico-Amm.vo – Responsabile di Progetto

Il Collegio di Direzione

Tiberia BOCCARDO

Anna Maria GATTI

Paolo RUBARTELLI

Claudio Francesco SIMONASSI

Franco PLEITAVINO

Gabriele VALLERINO

Nicoletta GANDOLFO

Marco VAGGI

Gerolamo BIANCHI

Nicoletta CARIA

Anna Maria DELL'EVA

Carmelo GAGLIANO

Luana PICCOLI

Roberto ROSSELLI

Rosa PLACIDO – Direttore Dip.to Giuridico

Stefano GREGO – Direttore Dip.to Tecnico-Amm.vo

Responsabile della Segreteria

Laura CHISÚ

Staff Qualità Organizzativa

Marco Gogioso

- 4 -



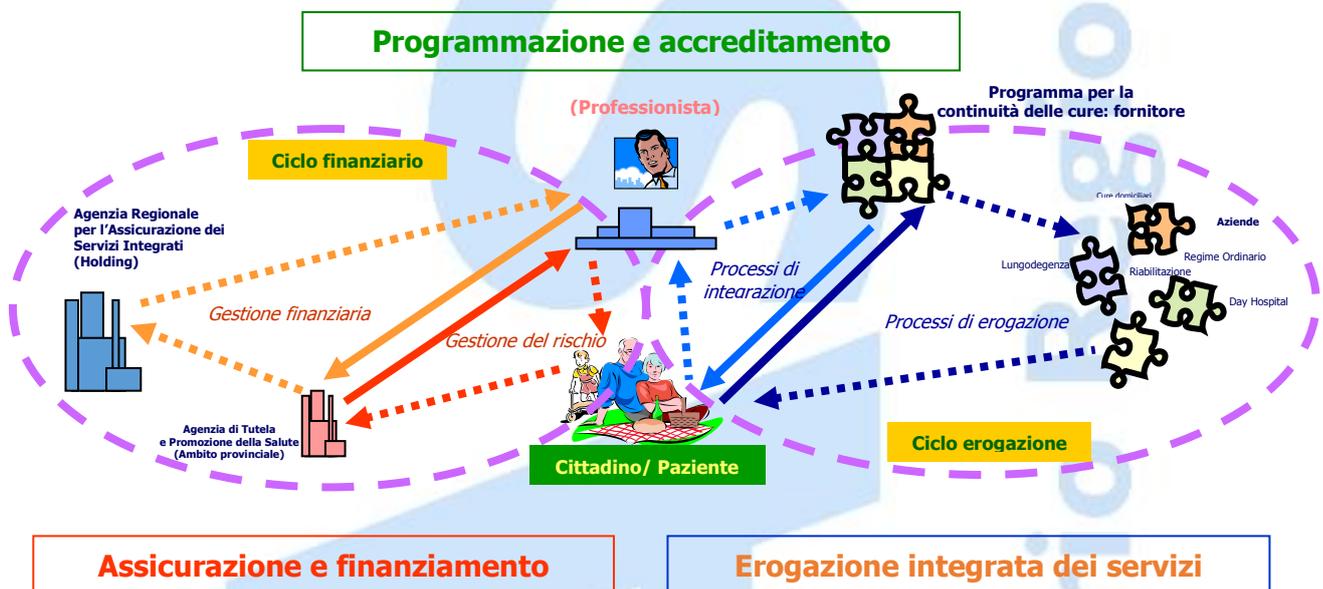
Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

La Vision: una visione di insieme del mercato sanitario

Il contesto operativo all'interno del quale la Asl3 è chiamata ad operare si presenta a prima vista alquanto complesso e variegato sia nelle componenti, sia nelle dinamiche che determinano le relazioni fra le medesime.



Assicurazione e finanziamento

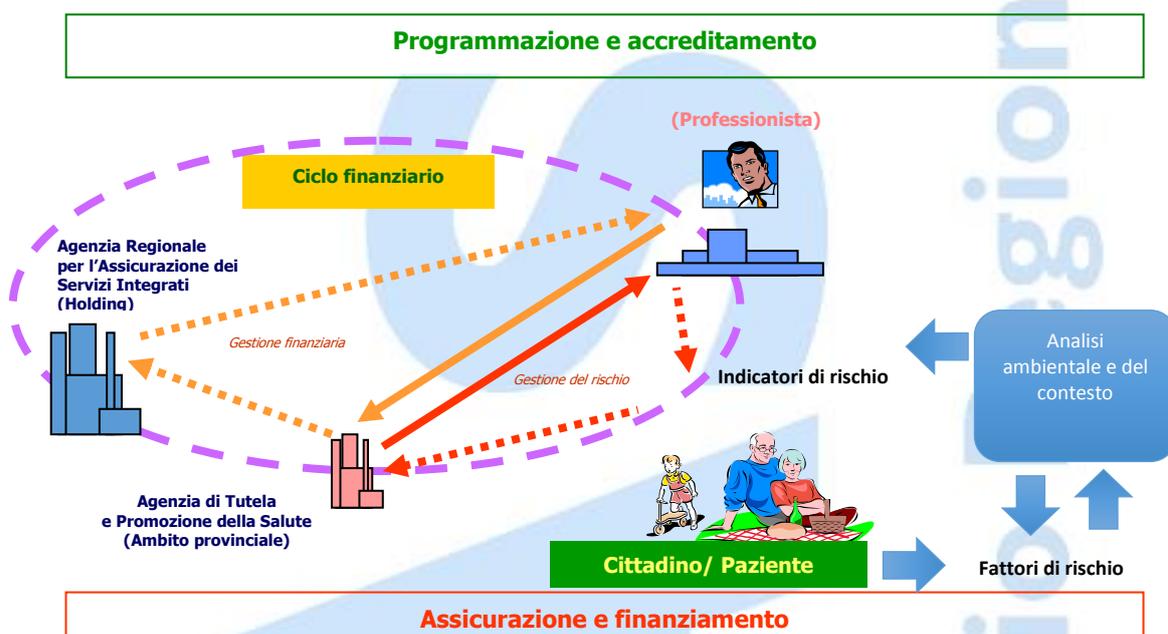
Erogazione integrata dei servizi

Si assiste sempre più ad una modifica dell'offerta che dalla singola prestazione viene sempre più caratterizzandosi come servizio integrato di molteplici prestazioni che vanno dalla presa in carico, all'individuazione dell'iter diagnostico e terapeutico più appropriato, alla riabilitazione e/o alla dimissione al domicilio o alla continuità delle cure in ulteriori ambiti ritenuti appropriati e sostenibili dal punto di vista clinico-organizzativo e, dunque, sanitario, sociale ed economico.

La qualità del servizio assicurato vede dunque alzarsi il suo livello di riferimento, includendo nello standard non solo la qualità tecnica della prestazione, ma anche tutti quegli aspetti logistici e di relazione per i quali il paziente e il suo accompagnatore, erano lasciati quali unici integratori.

Grazie anche alla tecnologia, dunque, la relazione fiduciaria professionista-paziente assume sempre più carattere istituzionale, comportando sostanziali modifiche nel concetto stesso di "presa in carico" e nella stessa configurazione del servizio da rendere, anche in una logica di maggiore sostenibilità.

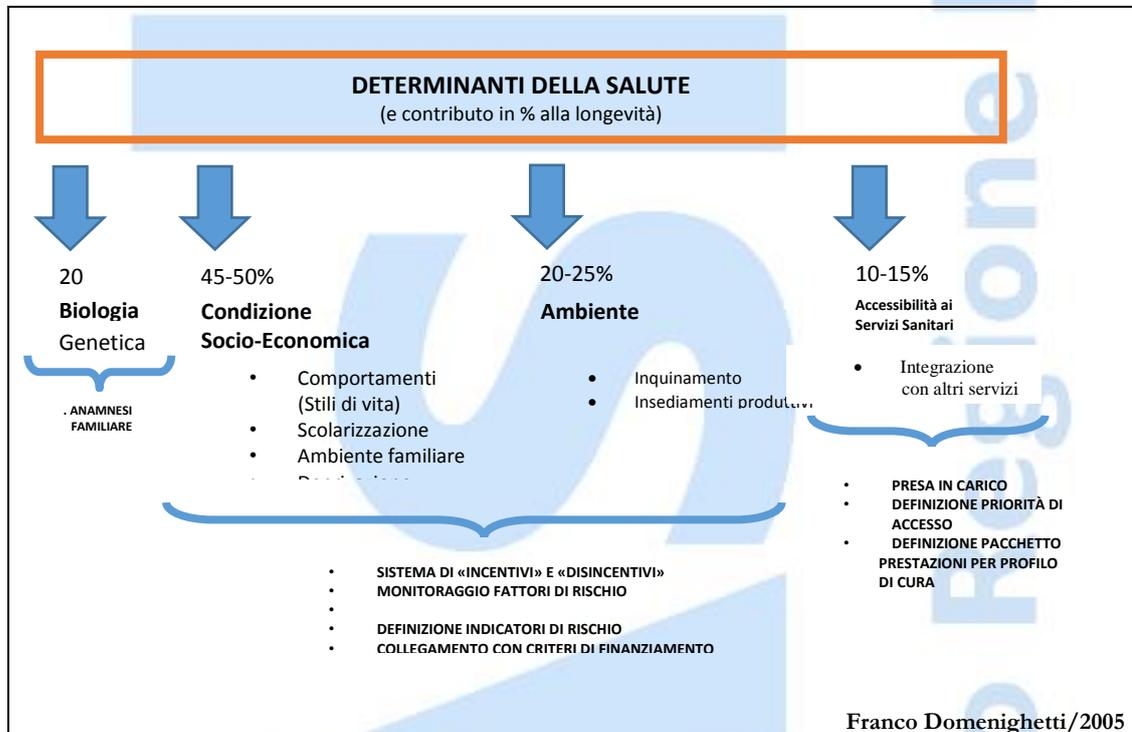
di causalità tra le esternalità positive e negative presenti in ciascun ambito territoriale, possa individuarsi una sorta di indicatore di rischio che, associato al modello di finanziamento, possa interrogare le diverse comunità in modo responsabile, ed invitare le medesime ad esprimersi consapevolmente al meglio per la tutela della salute.



In tal modo si potrebbe ottenere quel livello di co-responsabilità necessario e sufficiente che possa fungere da incentivo per la promozione di risposte, più condivise perché anche partecipate, ai problemi di salute e non relegate, impropriamente, al solo settore sanitario. Sarebbe così integrato lo stesso concetto di “presa in carico” e di welfare.

La Mission: non solo risposta al bisogno, anche tutela e promozione della Salute

In tale contesto si identificano, dunque, più compiutamente i molteplici mandati dell'azienda. Questi si esprimono nella singola risposta al bisogno di salute, interpretata infine come pacchetto di servizi integrati attraverso il quale istituzionalmente avviene la presa in carico del paziente, che include così il suo accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo concreto e proficuo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi paralleli, ancorché integrati, per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.



Si esprimono, però, anche nella misurazione e descrizione dell'efficacia degli interventi programmati ed offerti. Misure che includono inevitabilmente il grado di sostenibilità condiviso dalla comunità di riferimento, e che risentono della situazione demografica, epidemiologica che caratterizza mediamente la regione Liguria, e diversamente i suoi ambiti territoriali, da quello metropolitano del capoluogo, alle fasce costiere e all'entroterra. Gli assetti organizzativo-strutturali appaiono, infatti, fortemente agganciati alla percezione di qualità del servizio da parte della medesima comunità. Misurazione, dunque, ed organizzazione che dovranno sempre trovare una conferma nel continuo confronto con l'evidenza scientifica, oggi sempre più disponibile, circa l'efficacia clinica e terapeutica e la presenza di modelli alternativi, almeno parimenti efficaci e più sostenibili.

La raccolta di informazioni circa lo stato di salute della popolazione assume dunque un ruolo cruciale sia per consentire la verifica di efficacia degli investimenti in programmi sanitari siano essi preventivi (screening), di promozione e tutela, o di presa in carico.

È ormai universalmente riconosciuto che il contributo alla longevità non è dato dalla mera risposta al bisogno di salute al suo manifestarsi in fase acuta, che invero si limita al 15-20%. Dalle statistiche nazionali e regionali, oltre che del nostro bacino di utenza, si conferma il ricorso prevalente alle strutture sanitarie a partire dai 65-67 anni di età. Con un'aspettativa, dunque, di vita di circa 20-25 anni ancora.



Tuttavia, appare evidente, ed oggi se ne ha anche traccia scientifica grazie a importanti studi effettuati anche in altri paesi europei e d'oltre oceano (Michael Marmot, *The Health Gap*, 2015) (J. A. Muir Gray, *How to build healthcare system e How to get better value healthcare*), che alla domanda se sia più efficace occuparsi di cosa debba/possa fare un cittadino per assicurarsi una più alta aspettativa di vita una volta compiuti i 65 anni, ve ne sia una di maggiore peso: che cosa può fare lo stesso cittadino negli anni precedenti al suo compimento del 65-67° compleanno. Il modo in cui si è arrivati a quella età è molto più importante ed impattante rispetto alle iniziative che possono anche adoperarsi in seguito. La scolarizzazione, le capacità cognitive, la capacità finanziaria, la sicurezza, la frequenza di relazioni sociali, l'abitudine all'attività fisica, ad una sana alimentazione e al coltivare propri interessi e attitudini determinano certamente in misura assai maggiore la capacità di far fronte a possibili imprevisti di salute negli anni successivi. Stiamo, quindi, sostenendo che, al di là di una quota non facilmente influenzabile nel breve e medio periodo legata alla genetica, le principali determinanti la longevità dell'uomo si concentrano sugli stili di vita e sulla qualità dell'ambiente in cui esso vive. Le determinanti sociali prevalgono sulla capacità di accesso ai trattamenti e alle cure in modo equo. Tale esito è stato anche confermato da studi effettuati nel Regno Unito (Gwyn Bevan, LSE) ed in Svezia (Thomas Piketty, *Capital*) con i quali si è cercato di verificare se il livello di finanziamento delle cure fosse correlato in qualche misura allo stato di salute delle comunità. Il risultato a 5 anni ha evidenziato la mancanza di correlazione.

Ancorché non vi sia evidenza scientifica (Cochrane Library) che l'apprendimento circa il rischio basato sullo studio del DNA sia correlato con il cambiamento effettivo circa il comportamento a riduzione del rischio da parte di un cittadino, non può essere negato che l'anamnesi familiare è il singolo fattore predittivo ancora oggi più forte del rischio malattia. Tuttavia, risulta significativamente sottoutilizzato nelle cure primarie a fini preventivi.

Di qui l'esigenza di costruire in collaborazione con le comunità locali un osservatorio comune dei fattori di rischio presenti nelle popolazioni di riferimento allo scopo di valutare le opportunità di intervento sulle determinanti sociali oltre che sanitarie per meglio promuovere e tutelare, e diffondere se possibile, le migliori condizioni di salute.

I principi guida del nostro impegno nel prossimo triennio

Pur essendo implicito per la natura pubblica che caratterizza la nostra azienda, un forte impegno è assicurato costantemente nel garantire che ogni azione, atteggiamento e comportamento da parte degli operatori avvenga in osservanza dei principi guida dettati dalla normativa vigente in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza. Si informa inoltre all'osservanza dei principi sulla tutela della riservatezza adottando specifici regolamenti di comportamento a tutela del personale dipendente, del cittadino



e del paziente. A tale scopo persegue la costruzione di un sistema di qualità che contempra le diverse esigenze di sicurezza sul lavoro e di accreditamento istituzionale e professionale assicurando in tal modo con ogni utente una presa in carico consapevole. Con l'obiettivo inoltre di apprendere più a fondo il clima organizzativo interno è stata condotta nel 2017 una serie di interviste con le diverse Direzioni dipartimentali dell'azienda che hanno fatto emergere le principali aspettative in essere. Il momento era anche caratterizzato da forti cambiamenti di contesto regionale che non sempre erano sufficientemente compresi in termini di impatto sul lavoro quotidiano e sulle sfere di competenza di ciascun professionista. Il risultato degli incontri può essere riassunto in una sorta di elenco formalizzato di principi guida che in accordo con tutte le Direzioni aziendali vuole essere l'impegno formale delle medesime nel proprio agire organizzativo. In particolare si è valutato il ruolo di fondo che l'azienda con i suoi professionisti deve interpretare nei confronti del contesto esterno, nonché l'esigenza di porre particolare attenzione al proprio interno sul come costruire assieme le condizioni dirette ed indirette che assicurino la migliore relazione sistema-azienda-professionista-paziente con l'intento di comunicare un'immagine ed un linguaggio di coesione delle diverse professionalità coinvolte. Questo, dunque, in sintesi quanto emerso dai colloqui:

Verso l'esterno

- Essere un riferimento per la tutela della salute
- Offrire dei Servizi Integrati: il valore aggiunto atteso delle tecnologie ICT
- La ricerca dell'appropriatezza e della sostenibilità nei percorsi di cura

Verso l'interno

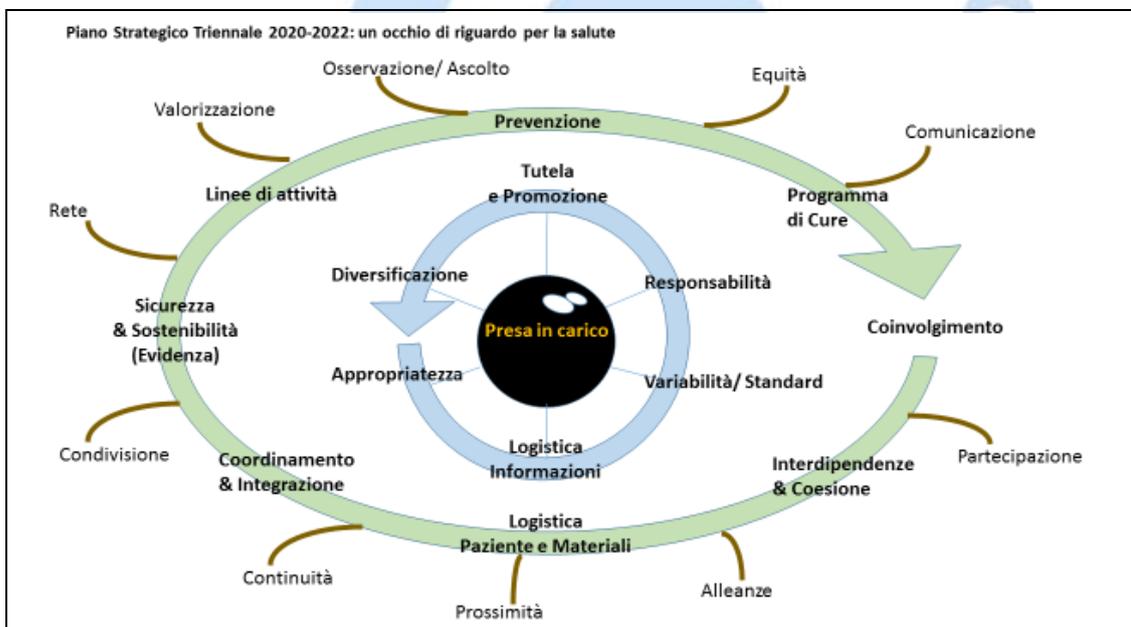
- Coinvolgimento
- Partecipazione

Verso l'esterno e l'interno

- Alleanze
- Prossimità
- Continuità
- Condivisione
- Evidenza
- Tracciabilità
- Sicurezza
- Rete
- Valorizzazione
- Osservazione
- Ascolto
- Equità
- Comunicazione



Nel tentativo di verificare anche graficamente come i principali temi chiave fossero eventualmente collegati l'un l'altro, è emersa inaspettatamente un'immagine che da subito invece è apparsa convincente nella sua forma di apparente monito e richiesta di attenzione: un occhio battezzato subito come “un occhio di riguardo per la salute del paziente e del sistema intero”. Di seguito la rappresentazione.



Stefano Grego/2017

Finalità e misura delle priorità di investimento

- Crescita del valore espresso dall'azienda anche nella sua misurabilità
- Crescita delle competenze professionali e dell'Empowerment del Cittadino Consumatore
- Crescita del senso di appartenenza degli operatori e del cittadino alla propria “comunità di servizio” sanitario e socio-sanitario
- Sviluppo di una programmazione e di una strumentazione che faciliti la puntualità e l'efficienza nell'assolvimento degli impegni e l'efficacia delle iniziative intraprese



Le attività di mandato: un quadro di riferimento

Sin dalla riforma del DLg.vo 502/1992 e 517/1993, e con il PSN 1994-1996 ed il successivo 1998-2000, è stato delineato e aggiornato il perimetro di azione dell'azienda sanitaria locale già coinvolta nel ruolo di tutela e promozione della salute della popolazione di riferimento anche per il tramite della collaborazione e sinergia con le comunità locali nell'attuazione delle politiche di integrazione socio-sanitaria e di superamento degli ostacoli all'equità di accesso alle cure. La ricerca della sempre maggiore appropriatezza delle cure e dei trattamenti al bisogno dichiarato dal paziente e/o interpretato dal professionista ha avuto da subito un ruolo cruciale sia al fine di assicurare livelli di qualità standard elevati, sia per permettere la sostenibilità dei servizi erogati dal sistema a carattere universalistico.

L'individuazione da sei a tre Livelli Essenziali di Assistenza e la loro declinazione in prestazioni prescrivibili ed erogabili, e quindi finanziabili dal Sistema Sanitario Nazionale, ha definito il pacchetto assicurativo al quale il cittadino per il tramite del sistema fiscale, può riferirsi in caso di necessità, con una minima partecipazione alla spesa (ticket) dettata dalle modalità di previsione delle esenzioni per patologia e/o per età e/o per reddito.

È dunque all'interno di questi assetti normativi che va ricercato il punto di equilibrio tra servizi da erogare e copertura finanziaria degli stessi.

Un quadro di riferimento: organizzativo, gestionale ed economico

LEA	FUNZIONI	PREVENZIONE	EMERGENZA	DIAGNOSI	TERAPIA	RIABILITAZIONE	LUNGO DEGENZA	MODELLO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE
1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO								TERRITORIO
2. ASSISTENZA DISTRETTUALE								DISTRETTO E ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI O SEMI-RESIDENZIALI (residue Ospedaliere)
3. ASSISTENZA OSPEDALIERA								OSPEDALE E STRUTTURE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE PER ACUTI (IRCCS, OSPEDALE UNIVERSITÀ, ECC.)
MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE	DPTM DI PREVENZIONE	DPTM DI EMERGENZA	PROGRAMMI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE				MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO	

Sviluppando all'interno di una griglia i Livelli Essenziali di Assistenza ed incrociando, sulla scia di quanto tracciato dal PSN1994-1996, le diverse funzioni che il sistema



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

sanitario nazionale e regionale, e dunque anche la Asl3, sono chiamati ad assicurare a favore del proprio bacino di utenza, si ottiene un quadro di riepilogo delle attività erogabili all'interno delle diverse strutture presenti sul territorio.

È interessante come unendo le attività inserite nei diversi LEA lungo tutte le funzioni (lettura in orizzontale) si ottiene il modello organizzativo territoriale, che per semplicità può essere riassunto in Territorio, Distretto e Ospedale. Se, invece, si uniscono i diversi livelli di assistenza per ciascuna funzione (in verticale), si ottiene il modello organizzativo gestionale. Si individuano quindi il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Emergenza e l'insieme dei Programmi per la continuità delle cure come per esempio il Materno Infantile, Trauma, Malattie dell'Invecchiamento, ecc.

Tale rappresentazione assume un'utilità fondamentale non solo nella verifica della copertura finanziaria (il finanziamento deve coprire tutte le attività e le funzioni all'interno della griglia), ma anche nella pianificazione e costruzione delle relazioni che le nuove strutture dovranno assicurare allo scopo di garantire il servizio in modo coordinato ed integrato, potendone seguire le performance e supportando ed accompagnando l'eventuale mutamento nell'anatomia delle stesse strutture a seguito dei cambiamenti nella fisiologia (flusso di pazienti e finanziamento).

A colpo d'occhio potranno dunque rilevarsi le criticità e le opportunità di intervento ed investimento per il miglioramento dei percorsi di cura e trattamento, così come delle attività di promozione e tutela della salute.

All'interno della griglia sono presenti ed evidenziabili tutti gli operatori/interlocutori in qualità di strutture erogatrici, ed individuabili i perimetri di azione, di contatto e interoperabilità tra le stesse. È di conseguenza facile immaginare come con il supporto della contabilità analitica e delle tecnologie ICT possano trovarsi le opportunità di sviluppo, misurazione e sostegno dei profili di cura necessariamente trasversali alle diverse strutture finalizzate alla presa in carico e supporto lungo tutto il percorso di cura e assistenza del paziente.

Tutela e Promozione della Salute

Nella elaborazione dei Piani Sanitari Nazionali si è progressivamente assistito ad un passaggio culturale che ha fortemente influenzato l'atteggiamento delle strutture destinatarie degli indirizzi, e specificamente da una prospettiva di conservazione, prevenzione e tutela della salute, l'interesse del pianificatore si è spostato sempre più verso il suggerimento di un ruolo attivo e di iniziativa che le strutture della Pubblica Amministrazione in senso lato devono assumere, impegnando quindi queste in piani per la promozione della salute.

Per promuovere dunque la salute è inevitabile la riflessione sulle determinanti della stessa con la focalizzazione sugli aspetti che prevalentemente la influenzano. È in questo



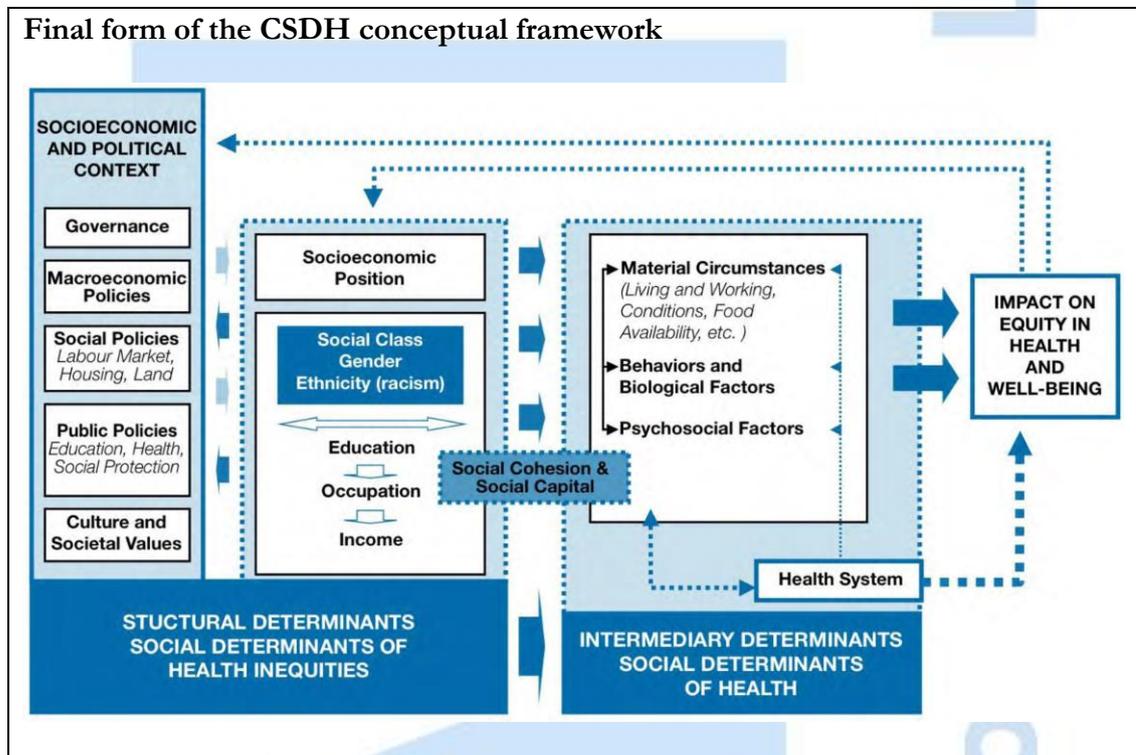
contesto che si inseriscono tutte quelle iniziative dal titolo Valutazione di Impatto sulla Salute ovvero nella formula anglosassone di Health Impact Assessment (HIA).

L'esperienza dei professionisti ha sempre suggerito nelle determinanti sociali quelle di più forte impatto sulla salute. Più recenti sono invece le indicazioni ben più strutturate che provengono anche dalla Commissione OMS sulle determinanti sociali sulla salute che nel 2008, con il suo Final Report "Closing the gap in a generation", raccomanda una importante azione sulle determinanti sociali poiché è stato ampiamente verificato che le stesse favoriscono non solo una maggiore equità di accesso ai servizi per la salute, ma determinano un allungamento della vita e migliorano la capacità dell'individuo di affrontare in modo più consapevole il momento della possibile malattia. Lavoro portato avanti infine anche dalla Commissione regionale per l'Europa con la pubblicazione nel 2012 del documento "Health 2020, policy framework and strategy".

Di qui, dunque, la necessità di approcciare in modo strutturato ed intersettoriale i percorsi di tutela e promozione della salute, nonché di risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari.

Approccio che inevitabilmente implica un diretto coinvolgimento, pur nel rispetto dei propri ambiti di competenza, di tutti gli interlocutori chiamati ad un qualche compito e/o responsabilità sulla salute del cittadino.

Se da un lato il progresso scientifico ha permesso di fronteggiare, ed in parte ridurre, il rischio malattia consegnando all'uomo tempo e nuove e maggiori opportunità di sviluppo della ricchezza, la ricerca iper-specialistica per una risposta sanitaria, prevalentemente organizzata e costruita sulla patologia, quando non sul mero sintomo, ha determinato una frammentazione di approccio che ha nel tempo causato una perdita di attenzione alla persona nel suo insieme, nel suo intero e complesso sistema di relazioni e di interpretazione della realtà e delle condizioni di vita. È ormai riconosciuto, infatti, che le abilità fisiche e cognitive sono fortemente correlate alla capacità di relazionarsi ed inserirsi attivamente all'interno della collettività e che tutto ciò incide fortemente sulla percezione di sé e, dunque, sulle condizioni di salute del cittadino. Le abilità cognitive e fisiche sono inoltre direttamente correlate al grado di scolarità e allo status socio-economico dell'individuo. Condizioni che, se accresciute, permettono non solo un miglioramento nella sfera dell'agire individuale, ma anche una più consapevole presa in carico dei problemi relativi alla salute da parte della stessa collettività. È con questa accezione che si intende procedere nella declinazione dei possibili interventi inseriti dalla normativa all'interno del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (LEA 1) dovendo individuare tutti quei percorsi che permettono il migliore sviluppo verso il benessere psico-fisico dell'individuo singolo e nelle sue molteplici aggregazioni. Sarà fondamentale, dunque, assicurare un approccio sinergico tra i diversi portatori di interesse, pur nel rispetto delle proprie competenze e ambiti di intervento, allo scopo di influenzare positivamente tutte le determinanti sociali sulla salute, e quindi promuovere azioni volte ad assicurare il massimo ventaglio di opportunità per il supporto allo sviluppo autonomo dell'individuo quale valore e ricchezza dell'intera collettività.



Commission Social Determinant on Health 2008

Una traccia importante al riguardo è rappresentata dall'esperienza avviata da qualche anno nell'ambito della salute mentale: "La città che cura: un patto per la salute mentale". Il progetto ha visto lo sviluppo di un importante dialogo tra le Istituzioni che ha esitato nella formale sottoscrizione di un documento all'interno del quale erano sanciti gli obiettivi per il recupero di una polarità urbana nell'ambito del levante cittadino, il potenziamento delle relazioni con il contesto urbano dell'area relativa all'Ex Ospedale Psichiatrico di Quarto, la conservazione in forma attiva del valore storico e testimoniale del luogo. A distanza di tre anni dalla sottoscrizione del progetto a breve potranno inaugurarsi la Casa della Salute del Levante cittadino, l'apertura di Spazio 21 come spazio sociale e culturale per mostre, eventi e socialità. Nel frattempo le giornate di studio che hanno caratterizzato i lavori del Patto per la Salute Mentale hanno proposto alcuni accorgimenti anche organizzativi per meglio condividere e strutturare gli interventi da parte dei diversi operatori coinvolti, ed in particolare l'attivazione di un Osservatorio regionale per la Salute Mentale, di una Consulta per la Salute Mentale nel territorio di Asl3, di Circoli Territoriali nei diversi Distretti cittadini.

Il percorso fatto nell'ambito della Salute Mentale pur originato per cause differenti, ha assicurato lo sviluppo di un rinnovato dialogo tra i cittadini e le istituzioni e tra la Asl3 e le altre Istituzioni ed Enti Locali, ed ha visto la condivisione circa il ridisegno



complessivo nell'utilizzo e valorizzazione di parte del territorio a vantaggio della memoria, dell'identità storica di un pezzo della città anche a vantaggio di un rinnovato dialogo per rinforzare "tessuti di senso e relazioni" che sono alla base del "prendersi cura". Per tale motivo gli strumenti di Osservatorio della salute e di Consensus Conference devono essere inseriti quali strumenti operativi per un dialogo costruttivo finalizzato alla ri-progettazione e co-progettazione dei servizi a favore di una maggiore qualità programmata, erogata e percepita.

Segni di questo diverso atteggiamento si potranno e si dovranno leggere anche nei diversi spazi destinati al contatto e alla comunicazione con il cittadino/paziente: sempre più verso il cittadino, fuori dal perimetro delle strutture aziendali, anche all'interno di Enti Locali e servizi commerciali. Proprio a testimoniare una crescente "comunità che si prende cura" dei propri cittadini.



Commission Social Determinant on Health 2008

Costruire programmi per la continuità delle cure e dell'assistenza

Oltre alla promozione delle condizioni sociali e delle opportunità di libera e consapevole scelta degli stili di vita e dei rischi di salute ad essi correlati, tra le attività di mandato v'è certamente l'organizzazione dei servizi di risposta ai bisogni di salute.



In tale contesto, il quadro di riferimento sembra evolversi verso una presa in carico del paziente di tipo istituzionale: al primo contatto con le strutture, il paziente deve essere inserito, a seguito della valutazione da parte del professionista, all'interno del profilo di cura indicato come più opportuno ed efficace. Il percorso risulta così già tracciato, grazie alle nuove tecnologie dell'informazione e alla condivisione dei profili di cura più efficaci ed appropriati. Vengono quindi superati i limiti di interoperabilità tra i sistemi e l'integrazione delle informazioni di salute sono rese disponibili al loro nascere.

La costruzione di programmi per la continuità delle cure e dell'assistenza implica, quindi, l'integrazione dei differenti contatti con le diverse strutture sul territorio al fine di permettere sia al cittadino che al professionista di assicurare le migliori cure in modo più efficace ed efficiente e, mediante il diretto coinvolgimento del paziente, nel rispetto del percorso di cura da questo consapevolmente scelto.

A questo scopo, i servizi offerti tramite le strutture della Asl3 si propongono secondo il loro ruolo naturale di coordinatori ed integratori lungo il percorso di cura ed assistenza territorio-ospedale-territorio, come peraltro assegnato anche dalla normativa di riferimento nazionale. Pur rappresentando, infatti, la fase più acuta, quando non programmata, il contatto con la struttura ospedaliera non rappresenta che un solo pezzo del puzzle che definisce il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) essendo il pre- ed il post-ricovero a totale carico dei servizi sul territorio con l'importante contributo del MMG/PLS.

La struttura info-telematica di comunicazione, tra i professionisti e dei professionisti con il paziente, dovrà ispirarsi nel suo sviluppo operativo allo schema dell'Occhio raffigurato in precedenza quale modus operandi condiviso tra gli stessi operatori a garanzia sia della qualità delle cure sia del maggior coinvolgimento consapevole del paziente nel proprio percorso di cura.

Dal punto di vista progettuale i Dipartimenti Inter-Aziendali Regionali (DIAR) rappresentano in Liguria la sede istituzionale ove vengono definiti e condivisi i profili di cura che trovano poi applicazione all'interno delle strutture facenti parte del DIAR ma ancora insistenti giuridicamente, economicamente e patrimonialmente all'interno delle diverse aziende sanitarie. Il necessario obiettivo di verificare la preliminare condivisione di protocolli e percorsi non può che far emergere l'importante patrimonio scientifico e culturale già presente all'interno delle strutture aziendali di Asl3, e mediante il confronto aperto e costruttivo con le altre realtà regionali, arricchire e valorizzare i percorsi già attivati sull'intero territorio, potenziando i collegamenti e l'integrazione operativa con quei servizi che già sono inseriti all'interno di accordi e convenzioni di collaborazione tra aziende pubbliche e/o private accreditate.

All'interno dello schema grafico (Quadro di Riferimento) relativo al modello organizzativo gestionale e territoriale, è facilitato il compito di individuare e verificare quale struttura sanitaria o centro di responsabilità, e per quale funzione specifica, fa parte del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, e se vi siano invece delle funzioni che, pur non presenti nativamente all'interno del sistema, siano comunque garantite mediante collaborazioni con altre strutture pubbliche o private accreditate.



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Si riuscirà in tal modo sia a individuare le interfacce operative che caratterizzano i nodi della rete – che partono dal primo accesso in elezione, includendo tra questi anche i percorsi dell’Emergenza, proseguono con i successivi passi previsti all’interno delle strutture indicate dal PDTA e si concludono con la comunicazione al paziente e al MMG/PLS in merito agli esiti di percorso; esiti che potranno essere archiviati sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ad uso del cittadino e del professionista di riferimento – sia il disegno e/o il ri-disegno del percorso organizzativo ritenuto più appropriato dalla comunità di riferimento, potendo in tal modo riepilogare sia i volumi di attività espressi, sia le correlate risorse assorbite.

In tale contesto la valorizzazione dei percorsi di cura ed assistenza già consolidati nella realtà Asl3 saranno certamente di riferimento per le scelte di piano e, laddove non ancora attivati, tali percorsi dovranno essere potenziati mediante l’utilizzo di piattaforme telematiche integrate finalizzate alla piena e puntuale presa in carico e coinvolgimento consapevole del paziente nei percorsi di cura. Un’attenzione particolare sarà assicurata a tutte quelle soluzioni che favoriranno la comunicazione ed il coinvolgimento diretto del cittadino nelle attività di prenotazione, pagamento, ritiro referti e archiviazione, attraverso l’utilizzo delle nuove tecnologie con lo scopo di minimizzare la presenza del cittadino/paziente all’interno delle strutture sanitarie e assicurare l’accesso a detti servizi in multicanalità e mobilità secondo le preferenze dello stesso.

I percorsi organizzativi si riferiscono sia all’area dell’Emergenza, con le peculiarità insite in tale ambito, che a quelli della continuità clinico-assistenziale.

Seguendo la traccia indicata a livello regionale, si dovranno anticipare all’interno di Asl3 quei meccanismi operativi che favoriscono la piena integrazione e interoperabilità di tutte le strutture e loro funzioni rientranti nei Dipartimenti che, prima di essere Interaziendali e Regionali, e pur con tutte le interfacce necessarie, dovranno assicurare l’adeguata ed efficiente operatività all’interno dell’azienda.

Con le priorità indicate nel Piano Sociosanitario Regionale 2017-2019, saranno quindi assicurate tutte le integrazioni e le sinergie ritenute opportune affinché il DIAR dell’Emergenza Urgenza, della Medicina Trasfusionale e della Medicina di Laboratorio assicurino gli standard ricercati e programmati. In parallelo saranno parimenti valorizzati tutti quei percorsi che trovano sul territorio la naturale presa in carico e che vedono interpellare le strutture di riferimento per il regime acuto solo in modo del tutto programmato o programmabile. Tra questi senz’altro il Percorso Nascita ed i percorsi legati alle Malattie dell’Invecchiamento che necessitano sul territorio di una capillare presenza di servizi sociosanitari e sociali integrati.

Sulla base del Piano Nazionale Cronicità, così come ripreso dalla programmazione sanitaria regionale con il PSR 2017-2019, l’obiettivo confermato è quello di assicurare una efficace presa in carico dei pazienti con una o più patologie croniche. Questo prevede la necessaria interazione tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Specialisti secondo le rispettive competenze ed il proprio ruolo finalizzata alla gestione integrata dei pazienti attraverso il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) ed i Percorsi Integrati di Cura (PIC).



La diagnosi precoce delle malattie croniche, la promozione della partecipazione attiva del paziente alla gestione della propria malattia (empowerment), l'ottimizzazione e la razionalizzazione dell'accesso agli ambulatori specialistici e la standardizzazione e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) restano dunque gli obiettivi di fondo nella costruzione del nuovo modello organizzativo di offerta.

Sono parimenti delineati anche gli indirizzi nell'assistenza sociosanitaria nella sua differenziazione per grado di intensità e tipo di organizzazione dei servizi sul territorio.

L'Infermiere di Comunità rappresenta la principale figura che in modo proattivo dovrà assicurare una risposta flessibile, multidisciplinare ed integrata nell'ambito delle cure domiciliari, nelle dimissioni protette e cure palliative, ovvero quel percorso di accompagnamento del paziente da un setting assistenziale ospedaliero a quello domiciliare o altro in modo sicuro e continuo. L'Amministratore di Sostegno assicura nell'ambito dei Servizi per Disabili e Non Autosufficienti quelle funzioni di integrazione delle risposte di offerta e di tutela giuridica quale "garante dell'autodeterminazione della persona e del suo progetto di vita individualizzato". L'azienda fa propri gli indirizzi finalizzati al superamento delle attuali caratteristiche di frammentarietà e verticalizzazione dei servizi con una maggiore prossimità al territorio per facilitare l'accompagnamento della persona che esprime bisogni che evolvono progressivamente in bisogni di cura sempre maggiori e più complessi. In tale ambito si rilevano le importanti iniziative sperimentali sotto il nome di "Progetti di Vita Indipendente" e "RSA Aperta".

L'Assistenza Consultoriale con i propri servizi offerti nell'Area Psicologica, nell'Area Ostetrico-Ginecologica, nell'area Pediatrica e nell'Area Giovani e della Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva rappresenta il vero fulcro dell'integrazione socio-sanitaria intercettando sul territorio, e potenzialmente nel suo nascere, il bisogno per un supporto adeguato allo sviluppo autonomo della persona nei suoi diversi momenti di vita. Strategico ed urgente appare in questo quadro il potenziamento del sistema informativo-informatico di riferimento. Questo deve assicurare la dorsale informativa alla quale l'utente può agganciarsi per l'attivazione di tutte quelle relazioni con i professionisti utili per orientare il suo comportamento ed il suo trattamento verso una risposta appropriata al suo vero bisogno. Sistema informatico che dovrà dunque poter offrire un sistema di confronto e scambio multicanale, dovendo per esempio parlare il linguaggio dei giovani e garantire che questo avvenga negli spazi e con gli strumenti più frequentati ed in uso (Facebook, Instagram, Whatsapp, ecc.).

Nell'ambito del governo della spesa farmaceutica dovranno privilegiarsi interventi orientati alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva, valutando le priorità delle iniziative in ragione dell'impegno organizzativo e dei risparmi ottenibili in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali.

La ricerca dell'appropriatezza prescrittiva deve far emergere non solo le possibili situazioni di sovra-utilizzo derivante dal confronto tra non indicato e prescritto, ma anche e soprattutto quelle di indicato e non prescritto, che esprimono in termini di



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

volume e spesa il valore del sotto-utilizzo, ovvero quella parte di popolazione che per motivi legati al proprio stato sociale e di salute interrompono le terapie aumentando il rischio successivo di ricorrere alla rete dell'emergenza. Ulteriore obiettivo implicito è quello anche di supportare l'indagine conoscitiva sugli effettivi impatti economici e finanziari derivabili dalla piena e corretta prescrizione terapeutica, soprattutto per quei prodotti che una volta usciti dal pacchetto degli "innovativi" possono produrre incrementi di spesa non adeguatamente programmata. Mediante il monitoraggio dell'aderenza prescrittiva si otterranno quindi due vantaggi: un incremento della qualità delle cure al paziente e un maggiore governo e programmabilità della spesa a supporto della programmazione centrale sulla conseguente copertura finanziaria.

Principali caratteristiche della Mission di ASL 3

L'azione pianificatrice dell'Asl3 dovrà incentrarsi principalmente su due versanti: quello organizzativo-gestionale e quello culturale.

Il primo orientato ad assicurare dal punto di vista tecnico e normativo la migliore offerta possibile e sostenibile per la collettività di riferimento. Questa dovrà essere sintetizzabile in un modello organizzativo, un modello gestionale e modello di finanziamento fortemente integrati.

Il secondo è orientato ad assicurare quella dialettica di fondo che permette di individuare e, poi dunque, esprimere la necessità di confermare ovvero ricercare la coerenza dei modelli organizzativo-gestionali adottati. Assicurare insomma quello sfondo culturale basato principalmente sulla condivisione delle informazioni e sulla sistematica comunicazione circa i principi che devono ispirare e muovere l'azione del programmatore: determinanti sociali sulla salute, dibattito sul ruolo "riparatore" dei servizi sanitari, incertezza della scienza e della pratica medico-sanitaria, la promozione dell'autogestione della salute e di un accesso più consapevole ai servizi.

Tutto ciò allo scopo di ricondurre le attese della popolazione alla realtà, eliminare la "pressione" consumistica dai servizi per assicurarne una continuità ed un accesso anche per il futuro alle prestazioni adeguate e necessarie.

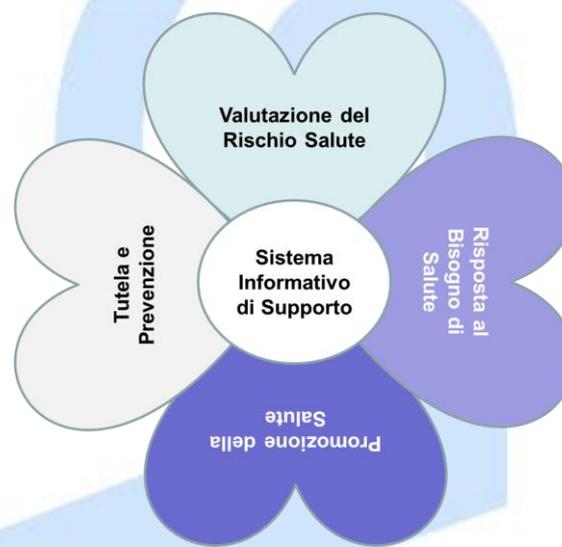
Oggi il tentativo di giungere ad un riequilibrio dell'asimmetria informativa tra offerta e domanda non interroga solamente sull'equità di accesso ma anche e soprattutto sull'equità di trattamento, ovvero sulle possibili modalità di riduzione della variabilità di trattamento, quando questa non è determinata alla mera differenza di risposta del paziente alle cure indicate e prescritte.

Forte appare quindi il richiamo alla focalizzazione delle attività nel momento in cui tale orientamento sembra anche il modo più appropriato per il miglioramento della qualità di



cure e assistenza al cittadino/paziente e nel contempo assicura i criteri per la piena sostenibilità degli impegni presi.

Sintesi delle attività di mandato della Asl 3



Stefano Grego/2019

Alleanze per una maggiore coesione di sistema

Il progresso delle tecnologie ed il contemporaneo maggiore accesso alle informazioni hanno determinato la necessità di rivedere non solo il rapporto medico/paziente, ma anche il rapporto cittadino/istituzione. In un'ottica di ricerca del modello organizzativo di offerta più soddisfacente per l'utente, l'ascolto e la raccolta del livello di soddisfazione hanno caratterizzato negli ultimi anni molti dei processi di contatto con l'utenza anche mediante l'individuazione di specifici uffici delegati alle relazioni con il pubblico (URP). Tuttavia l'accesso a Internet e, soprattutto, la disponibilità di nuove tecnologie operanti sulla rete, permettono non solo un coinvolgimento dell'utenza finalizzato alla scelta consapevole sul trattamento proposto, ma anche la creazione di modalità condivise e partecipative di revisione degli stessi assetti organizzativi (re-design e co-design). Ciò permette di discutere e ridefinire assieme al destinatario delle cure, le modalità organizzative del setting assistenziale più appropriato dal punto di vista tecnico, ma



anche più rispondente alle necessità e disponibilità dell'utente in termini di tempo, modo e luogo di fruizione dei servizi.

Il percorso verso la co-progettazione appare anche quello più appropriato per lo sviluppo di un dialogo costruttivo sull'uso più consapevole dei servizi. Al di là dunque della forma applicativa della piattaforma, deve essere individuato il momento per l'attivazione di una Conferenza di Servizio (Consensus Conference) aperta a tutti gli stakeholder dell'ambiente di contesto e finalizzata alla condivisione delle modalità di partecipazione.

Una particolare attenzione sembra opportuno assicurare ai rapporti tra Mondo del Lavoro e Università. In un contesto professionale in continuo cambiamento appare necessario che nuovi percorsi possano e debbano essere ricercati in un'ottica di maggiore aderenza al bisogno assunzionale dell'azienda sanitaria nel dover garantire continuità delle cure e nel contempo professionalità che sappiano interpretare assieme all'azienda, in modo più consapevole, il proprio mandato nei diversi setting assistenziali.

La condivisione, inoltre, con gli altri Stakeholder di un approccio intersettoriale per la tutela e la promozione della salute dei cittadini dovrà necessariamente esitare in azioni sinergiche anche formalizzate tra l'azienda e gli Enti Locali di riferimento e le altre Istituzioni pubbliche o private e/o soggetti del terzo settore con la finalità di incrementare il livello di integrazione e l'efficacia degli interventi preventivi e di assistenza.

Obiettivi generali dell'azienda a partire dal prossimo triennio

LEA 1

. **Cruscotto indicatori di rischio per la salute**

(Dalla verifica dei fattori di rischio alla sintesi degli indicatori di rischio per ambito territoriale)

. **Osservatorio socio-sanitario integrato e campagne educazionali mirate**

(Costruzione di cruscotti utili alla programmazione socio-sanitaria e alla promozione dell'utilizzo appropriato del SSR)

. **Consolidamento dei dipartimenti Prevenzione ed Emergenza**

(Verifica e conferma dei perimetri di mandato e delle relazioni con gli altri servizi)

LEA 2

. **Riorganizzazione dei servizi socio-sanitari**

(Verifica e conferma dei nuovi ambiti d'azione e delle interdipendenze)

. **Attivazione di Programmi per la continuità assistenziale**

(Valorizzazione dei progetti per la continuità già in essere e definizione di ulteriori)

. **Piano di monitoraggio delle cronicità e ridefinizione della presa in carico**

(Verifica delle cronicità prevalenti e valutazione dei percorsi di cura)



LEA 3

. **Riorganizzazione degli assetti sulla base delle vocazioni emergenti**

(Verifica della produzione in un'ottica di minimizzazione del rischio)

. **Gestione della variabilità**

(Implementazione di una reportistica a supporto della gestione operativa)

. **Integrazione con il territorio e ridefinizione della logistica dei pazienti**

(Integrazione e coordinamento dei servizi a sostegno della continuità)

Aree strategiche di intervento

Tecnologie dell'informazione e della comunicazione

Ambiti di primo interesse:

Integrazione del percorso di cura, ottimizzazione della presa in carico, fruibilità delle informazioni nel luogo e nel tempo richiesto dall'intervento richiesto o programmato, condivisione delle informazioni utili alla crescita delle competenze, integrazione e/o correlazione tra informazioni di tipo amministrativo e clinico-assistenziale o sanitario, integrazione dei sistemi di contabilità a vantaggio della fruibilità affidabile e continuativa del dato a supporto del sistema decisionale, fruibilità delle informazioni a tutela del complessivo patrimonio mobiliare ed immobiliare e della sicurezza operativa, pervenire ad una valutazione di sintesi degli indicatori di rischio salute della popolazione a vantaggio delle azioni di tutela e promozione della salute, oltre che di programmazione della risposta sanitaria

Arredi, Attrezzature sanitarie e apparecchiature biomedicali per la prevenzione, diagnosi e cura del paziente

Ambiti di primo interesse:

Ammodernamento degli arredi e del parco attrezzature e apparecchiature biomedicali in un'ottica di gestione economica ed in sicurezza, utilizzo di apparecchiature fortemente integrate con il sistema informatico-informativo aziendale, dimensionamento del bisogno di attrezzature sulla base dei nuovi assetti di cura e assistenza previsti dal programma per la continuità delle cure e secondo il modello organizzativo programmato

Gestione della presa in carico, definizione del Piano Assistenziale Individualizzato e Profilo Integrato di Cure



Ambiti di primo interesse:

Miglioramento della relazione tra i pazienti, azienda e professionisti [Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti in genere] e definizione del percorso di cure complessivo da assicurare per l'appropriata risposta sanitaria e tutela della salute; definizione dei PDTA collegati ai profili di cura

Strategie di finanziamento istituzionale e di auto-finanziamento percorribili

Ambiti di primo interesse:

Valutazione e verifica di percorribilità di finanziamento ulteriori: sviluppo ulteriore dell'attività resa in regime di solvenza e libera professione intra-moenia, inserimento dei progetti di risparmio all'interno dei progetti strategici aziendali finalizzati al riconoscimento del "dividendo dell'efficienza"; sperimentazioni progetti di valenza regionale

Accordi contrattuali e sinergie con strutture pubbliche o private esterne

Ambiti di primo interesse:

Logistica dei pazienti all'interno dei dipartimenti interaziendali, logistica della documentazione clinica ed amministrativa, logistica dei materiali, condivisione delle funzioni di reclutamento risorse umane, condivisione di spazi finalizzati all'erogazione di servizi sanitari ovvero per lo stoccaggio di materiale

Strategie per la tutela e la valorizzazione del patrimonio immobiliare e mobiliare e la sua gestione economica (massimizzazione del rapporto costo/valore della produzione esprimibile) **ed in sicurezza** (riduzione del rischio)

Ambiti di primo interesse:

Individuazione e proposta di modelli organizzativi dei servizi finalizzati al contenimento e/o riduzione dei costi ovvero alla percorribilità e sostenibilità degli interventi di investimento per la tutela e valorizzazione del patrimonio.

Un approccio integrato: le Politiche Aziendali di Governo

L'azione organizzativa dei servizi oggetto di mandato istituzionale, che va dal riconoscimento del quadro epidemiologico e demografico del bacino di riferimento, alla valutazione degli investimenti necessari e sostenibili per l'adeguata e più efficace risposta ai bisogni di salute e alla riduzione dei fattori di rischio salute presenti sul territorio,



necessita, senza alcun dubbio, di un medesimo atteggiamento da parte dell'intera Direzione Aziendale che deve informare tutto il sistema decisionale secondo un approccio coerente ed integrato sia nell'ambito della pianificazione e programmazione delle attività, sia nella verifica di esito di tali interventi e nella valutazione dei diversi contributi degli operatori coinvolti.

Emerge subito, in questo contesto, la centralità dei sistemi di comunicazione che risultano cruciali nel supportare i percorsi organizzativi, e talvolta assicurarne l'efficacia stessa.

Mentre appare più consolidata la presenza di modelli di comunicazione interna, legati soprattutto alla verifica della combinazione dei fattori produttivi più efficiente in particolar modo a consuntivo, mediante il supporto delle piattaforme di contabilità generale, di contabilità analitica e valorizzazione della produzione, i meccanismi formali ed istituzionali di pianificazione, programmazione e controllo, ovvero lo sviluppo formale del processo amministrativo di maturazione ed implementazione delle decisioni aziendali che abbiano un impatto sugli assetti organizzativi aziendali e sulle modalità di coinvolgimento della cittadinanza sembrano talvolta necessitare di un riallineamento di percorso e di strumenti a vantaggio di un potenziamento ed una maggiore efficacia ed efficienza dell'azione discrezionale espressa dalle Direzioni in merito all'ambiente di contesto nel suo complesso.

Le aziende sanitarie rientrano tra le tipologie di organizzazioni a più alta complessità gestionale, dove sono chiamate a cooperare molte professionalità anche in modo simultaneo, in presenza di forti pressioni interne ed esterne determinate anche da forti interdipendenze di ruolo provenienti anche dal contesto operativo stesso.

Dal momento che in simili contesti l'azione unilaterale è incompatibile con l'interdipendenza, la discrezionalità espressa dall'azienda nel corso della sua vita non può che comprendere il punto di vista dei principali attori rappresentati formalmente all'interno di un gruppo coinvolto nell'azione di governo (nello spirito normativo coincide con il Collegio di Direzione) e che potrà relazionarsi con chi all'interno di tale gruppo avrà il compito istituzionale di rappresentare ed esprimere dentro e fuori l'azienda la discrezionalità esercitabile (la Direzione Generale). L'efficace coordinamento di tale percorso è dunque quanto mai necessario per la tempestività e la qualità del processo decisionale e del suo impatto sul contesto di riferimento.

Pur nella inevitabile eterogeneità dei contenuti, il recupero in un unico documento dei soli criteri e delle modalità di comunicazione con il cittadino permette all'azienda di presentarsi allo stesso con un unico modello caratterizzante l'approccio e lo stile di relazione anche per l'eventuale ingaggio.

Molto è stato fatto sulla standardizzazione della modulistica e sull'informativa a seguito dell'entrata in vigore della normativa sulla tutela della riservatezza, e soprattutto sulla raccolta del consenso informato del paziente in merito alle cure proposte. Le nuove tecnologie hanno inoltre facilitato la tempestività con la quale talune iniziative vengono portate all'attenzione dell'utenza, spesso anche su indicazione specifica dell'Ente regionale o nazionale.



Una maggiore strutturazione delle priorità di intervento sanitario, socio-sanitario o di prevenzione secondo un progetto anche pluriennale e contestualizzato sulla realtà aziendale permetterebbe, tuttavia, una maggiore chiarezza sui temi prioritari, sugli impegni assunti e sul livello di raggiungimento programmato e da assicurare.

Un simile approccio sarebbe, inoltre, più consono in presenza di strategie che prevedono il coinvolgimento dell'utente sul livello di servizio ottimale da assicurare. Dalla semplice informativa sui servizi erogabili, all'ingaggio diretto dell'utente in appuntamenti strutturati a tema specifico in un'ottica di promozione degli stili di vita per la tutela della salute, al coinvolgimento operativo dell'utente nella stessa progettazione attraverso la valorizzazione dell'esperienza che lo stesso ha fatto all'interno dei servizi offerti.

Il **Piano della Comunicazione** esterna deve definire target e modalità specifiche per raggiungere l'interlocutore in modo più efficace ed efficiente sulla base dell'informazione da assicurare. Dovrà prevedere l'utilizzo nei nuovi Media e delle nuove tecnologie allo scopo di riuscire sempre aggiornato e vicino alle necessità dell'utente.



La creazione di cicli comunicativi permette di identificare il tema di fondo, che da appunto il nome al ciclo, e prevedere degli ambiti in cui lo stesso tema può essere discusso sotto diverse prospettive e tutte di una certa rilevanza sociale e di prevenzione sanitaria. Un tipico esempio è l'alimentazione. Lo stesso tema può essere affrontato in incontri programmati con le famiglie, all'interno delle scuole di diverso grado, delle università, delle aziende produttive, degli Enti Locali, dei reparti ospedalieri, nei consultori distrettuali, ecc. Ogni incontro implicherebbe un linguaggio differente, aspetti e angolature particolari in ragione dell'interesse specifico. Come pure il tema dell'attività fisica o delle nuove dipendenze.



La previsione di un gruppo redazionale che sulla base delle priorità individuate sul triennio identifichi un percorso annuale o pluriennale con appuntamenti intermedi dove il tema principale viene sviluppato in diversi ambiti particolari, permetterebbe una maggiore efficacia d'azione e sensibilizzazione sull'utenza, nonché una sistematicità d'azione aggiornabile e ripetibile in diversi moduli anche a distanza di tempo.



Come la comunicazione esterna, anche la comunicazione interna permetterebbe una maggiore condivisione sulle attività assicurate dall'azienda ed un senso di appartenenza più spiccato. Meccanismi di coinvolgimento diretto dei diversi servizi dell'azienda possono facilitare il confronto e la crescita del senso di appartenenza oltre che responsabilizzare i servizi sulla necessità di raccontarsi e presentare le attività programmate e i risultati raggiunti.

La scelta dei processi interni per il miglioramento delle performance

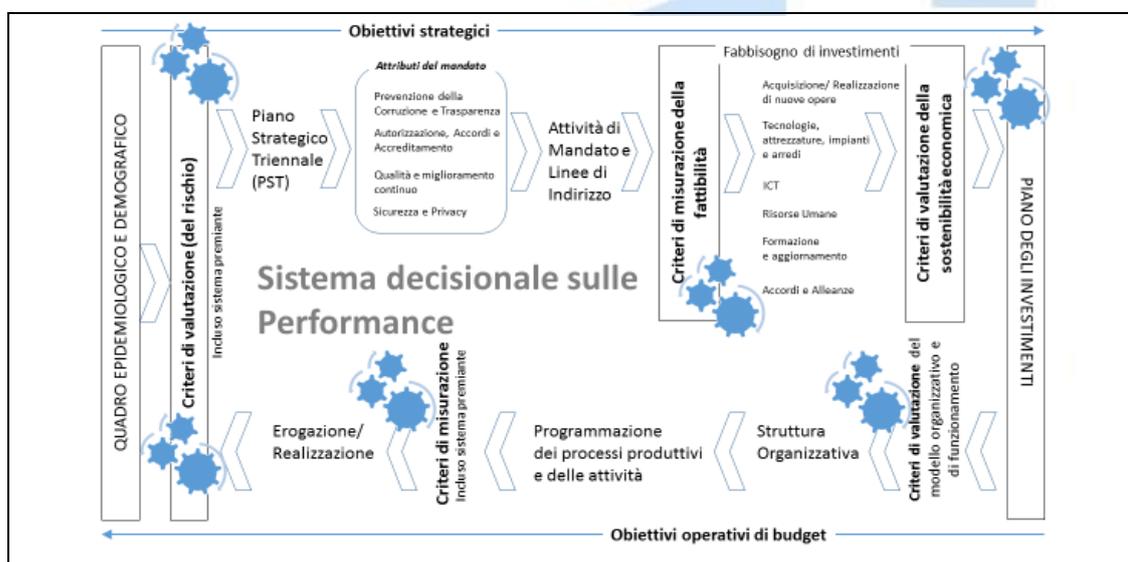
Il Piano delle Performance e la Relazione sulle Performance definiscono le azioni da intraprendere finalizzate ad una risposta efficace al bisogno di salute e alle modalità ritenute più appropriate per ridurre il rischio salute sia con azioni di sensibilizzazione rivolte alle comunità nelle loro articolazioni sociali, sia rivolte al singolo individuo nell'assunzione di stili di vita più coerenti con le misure di prevenzione o riduzione del



rischio. Con la Relazione sulle Performance viene valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.

Dette azioni di programmazione e rendicontazione fanno riferimento ad un sistema decisionale che fa uso di criteri e strumenti orientati alla verifica della fattibilità e della sostenibilità degli interventi in attuazione di uno specifico modello organizzativo, nonché alla misura del grado di raggiungimento degli obiettivi programmati ed il conseguente riconoscimento degli impegni assicurati (incentivi).

Mentre la misurazione della fattibilità permette di rilevare l'ordine di grandezza degli investimenti proposti, è solo attraverso la verifica di sostenibilità che tali investimenti, valutati come percorribili da un punto di vista tecnico-amministrativo ed economico, possono essere autorizzati ed inseriti nel Piano degli Investimenti Triennale. Tali investimenti influenzano in meglio il modello organizzativo che li ha originati per assicurare processi produttivi con livelli di qualità superiore ovvero garantendo un contenimento o riduzione di costi a parità della qualità di prestazioni programmate. Al fine di assicurare la continuità, nel futuro ed in sicurezza, dei servizi programmati occorre che la valutazione di sostenibilità economico e patrimoniale sia sempre eseguita in via preliminare all'inserimento di tali azioni all'interno del Piano degli Investimenti.



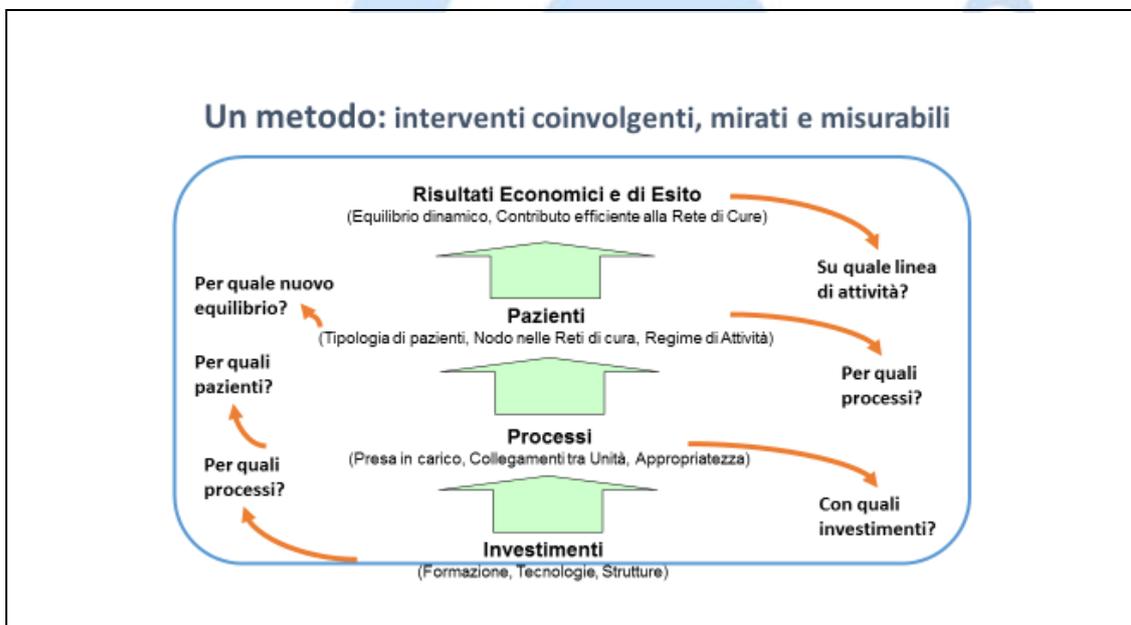
Stefano Grego/2019

Il processo di budgeting prende in considerazione sia il modello organizzativo presente, sia il carattere di investimento autorizzato su ciascuna struttura sanitaria nell'anno per definire il livello di performance assicurabile dalle medesime entro l'esercizio.

In considerazione dei tempi normativamente previsti per l'acquisizione delle risorse necessarie, siano esse risorse umane o strumentali, gli obiettivi dovranno tenere conto



delle performance raggiungibili al netto degli investimenti programmati per l'esercizio in corso valutando in modo puntuale, invece, gli effetti di quelli conclusi entro l'anno precedente. I miglioramenti nei volumi prestazionali derivanti dal modello organizzativo attuato dovranno essere individuati e misurati a partire dagli investimenti effettuati, richiamando i processi a vantaggio dei quali questi sono stati autorizzati e verificando gli effetti sulla qualità delle cure e sull'economicità prodotta (incremento del valore della produzione versus decremento o contenimento dei costi della produzione). In tale ambito vanno individuati gli indicatori chiave di performance.



L'analisi del modello organizzativo attuale nell'erogazione di tutti i servizi in ambito territoriale, distrettuale e ospedaliero, che si attua con il necessario confronto con il contesto esterno economico e normativo-giuridico, e con la valutazione delle possibili minacce ed opportunità interne che richiedono una ridefinizione dei percorsi di cura ed assistenza che devono caratterizzarsi per una maggiore razionalizzazione e coerenza degli assetti organizzativi, anche in considerazione del livello delle nuove tecnologie della comunicazione disponibili, deve orientarsi alla minimizzazione del rischio inteso come rischio non solo clinico, ma anche reputazionale, economico e finanziario.

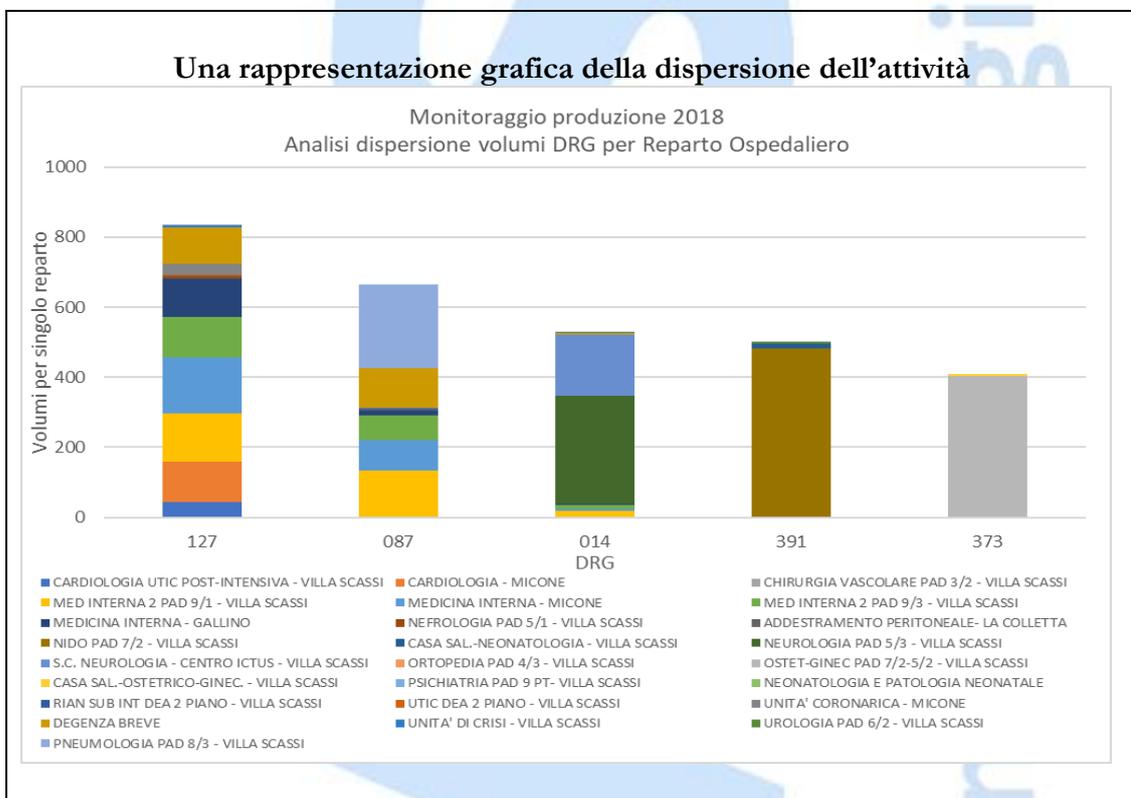
Il richiesto miglioramento dei livelli di accesso ai servizi, che è anche scaturito nella previsione a livello nazionale del Piano Tempi di Attesa, il contenimento del fabbisogno assunzionale favorito dal notevole numero di cessazioni per pensionamento, la richiesta di apertura dei servizi per una finestra temporale di almeno dieci ore al giorno per assicurare una maggiore fruibilità dei servizi, la necessità di contenere le spese per la ristrutturazione degli stabilimenti ai fini dell'accreditamento e delle misure minime di



sicurezza ed antincendio, la costante verifica del grado di efficienza raggiunto dalla diverse strutture sanitarie, obbligano l'Alta Direzione ad interrogarsi sui nuovi confini dell'offerta sanitaria e sulle modalità di possibile estensione in sicurezza dei servizi sanitari in circostanze di forte crisi finanziaria ma senza procedere a tagli.

Una risposta sembra provenire dai processi di focalizzazione delle attività che assicurerebbero minore dispersione delle risorse strumentali ed umane nonché un possibile miglioramento nella variabilità tracciata sui percorsi di cura. Gli attuali esiti appaiono in una certa misura non sempre correlabili alle caratteristiche del paziente, ed in prima istanza attribuibili, invece, ai bassi volumi legati appunto alla dispersione.

Una rappresentazione grafica della dispersione dell'attività

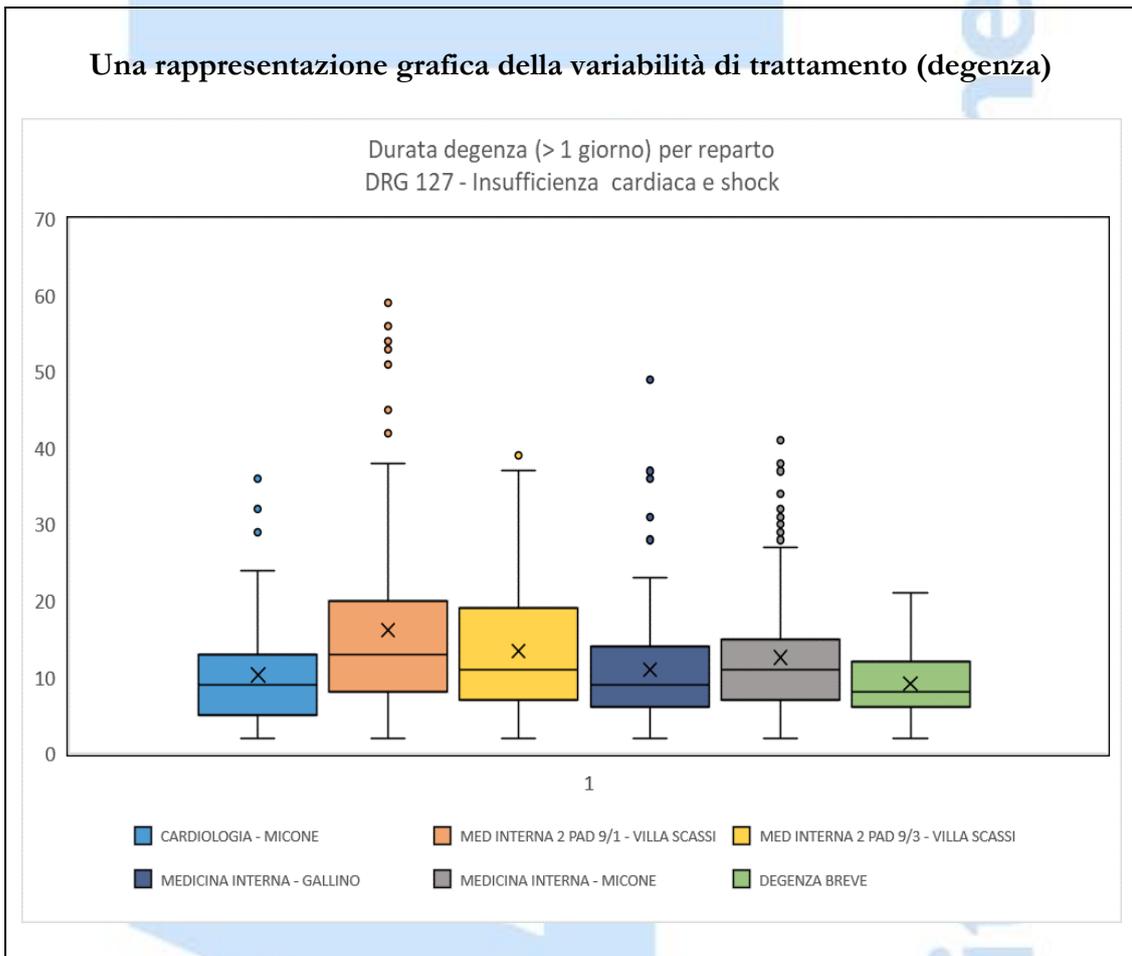


Una prima valutazione sui percorsi del paziente e, dunque, sui nuovi modelli territoriali di offerta, porterebbe a stimare i medesimi volumi prestazionali, se non maggiori, anche nel nuovo modello, con forti diminuzioni di costo derivanti da una maggiore concentrazione e ammodernamento delle apparecchiature biomedicali e delle risorse umane, le quali mediante l'articolazione in turno sulle dieci ore/die di apertura del servizio garantirebbero un abbattimento delle liste di attesa. La concentrazione di attività permette altresì il miglioramento delle curve di esperienza di tutto il personale



professionista coinvolto, la minimizzazione del rischio clinico ed il contenimento dei costi di manutenzione derivante dall'opportunità di procedere con l'ammodernamento del parco attrezzature.

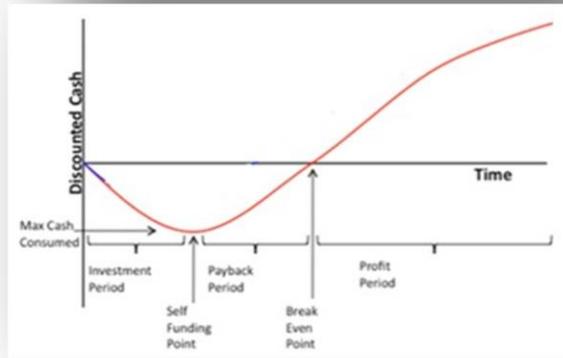
Una rappresentazione grafica della variabilità di trattamento (degenza)



Solo tuttavia attraverso una valutazione di sostenibilità dei nuovi modelli ipotizzati di riorganizzazione dei servizi si potrà confermare ed attuare gli investimenti necessari.

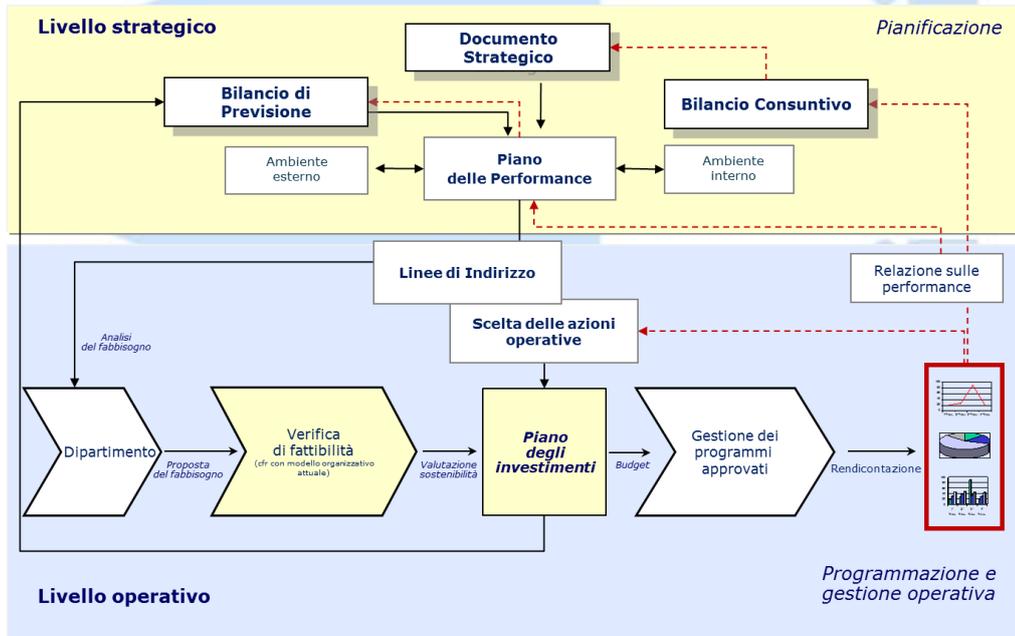


La rappresentazione grafica della misura del grado di sostenibilità economico-finanziaria dell'investimento



I processi di Pianificazione, Programmazione, Gestione e Rendicontazione

Ruolo delle strutture e correlazione con il Piano degli Investimenti





La partecipazione delle Direzioni all'individuazione delle iniziative di investimento

Al fine di assicurare l'adeguato coordinamento nelle scelte di priorità sulle iniziative di investimento, e la partecipazione di tutte le strutture a tale processo, l'azienda adotta un percorso formalizzato di raccolta delle iniziative. Tali proposte, opportunamente argomentate e finalizzate al miglioramento del modello organizzativo esistente, sono incanalate all'interno di un sistema di valutazione per passi successivi. L'obiettivo del percorso è ovviamente quello di assicurare che la scelta ricada su quelle iniziative che rivestono maggiore importanza in termini di criticità, misurata quest'ultima in coerenza con gli obiettivi strategici e le principali aree di intervento fissate nel presente documento.

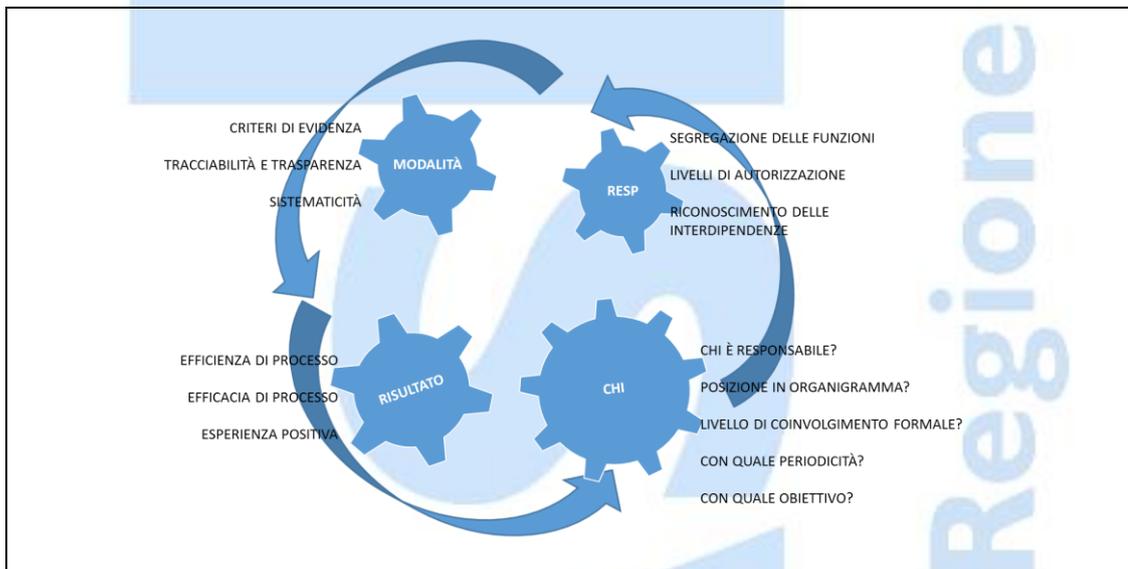
A tale scopo le singole iniziative proposte sono arricchite della valutazione della Direzione posta al livello successivamente più alto in modo tale da caratterizzarsi con un punteggio di sintesi che andrà a determinare il suo posizionamento all'interno delle complessive proposte raccolte in ragione della disponibilità finanziaria assicurata su ciascun periodo e rientrante nel Piano degli Investimenti. In tal modo alla bontà dell'iniziativa sarà assegnata una data di attivazione che costituirà dapprima l'obiettivo delle strutture tecnico-sanitario-amministrative delegate all'acquisizione o realizzazione del bene o servizio e successivamente l'obiettivo di miglioramento delle performance da parte delle strutture amministrative, sanitarie ospedaliere o sociosanitarie territoriali in ragione dell'inserimento di tale nuovo investimento all'interno dei processi di produzione/ erogazione.

Il luogo privilegiato per la maturazione delle proposte di investimento è nel dialogo costruttivo tra Direzione del Dipartimento e Direzioni di Struttura. In ragione di ciò tutti i Dipartimenti assicurano un modello di funzionamento mediante regole che risultino di supporto e siano strumentali all'efficace attuazione delle politiche e delle scelte aziendali, nonché all'efficiente e sinergica maturazione di condivise opzioni di investimento. Il Direttore di Dipartimento assicurerà dunque quel ruolo di congiunzione tra raccolta e valutazione delle opzioni di investimento e attuazione tempestiva degli indirizzi di governo. Con la sua capacità di "visione d'insieme" dovrà esprimere e testimoniare la consapevolezza di essere un ingrediente essenziale a supporto della Direzione Aziendale nella formulazione, secondo le forme stabilite, e nell'adempimento del modello organizzativo.

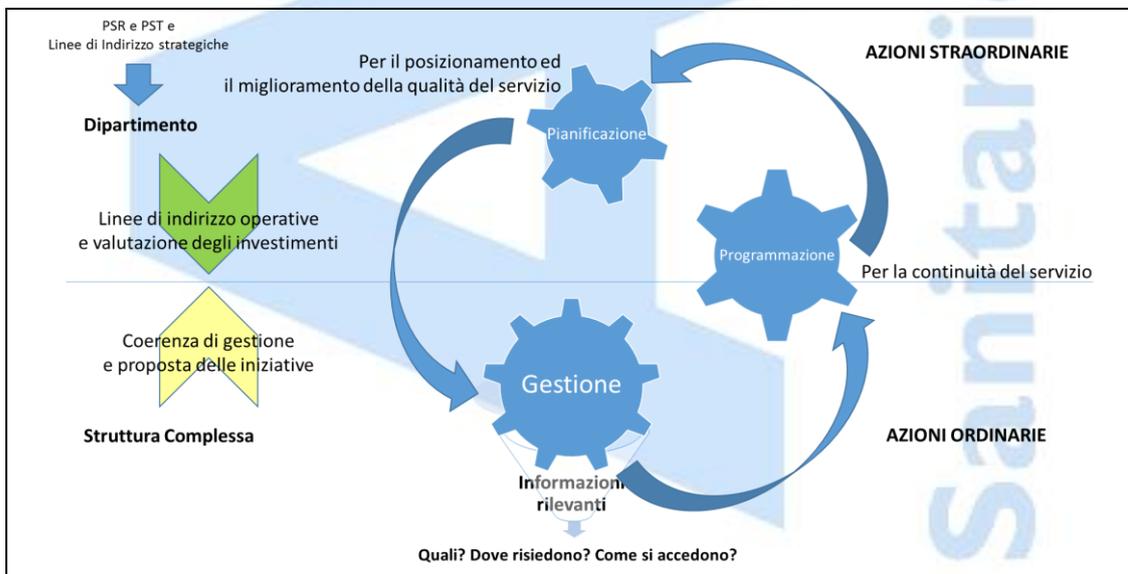
Il ciclo di relazioni descritto si caratterizza per il concreto supporto istituzionale alla Direzione Generale nella scelta o conferma degli indirizzi strategici e nel mantenimento in senso lato di un'amministrazione vitale nell'espressione della discrezionalità, in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati dalla programmazione sanitaria regionale e nazionale e con l'esigenza di assicurare il servizio ottimale per la popolazione di riferimento sulla base delle tecnologie disponibili e fruibili.



Individuare responsabilità, funzioni e modalità che assicurino il risultato

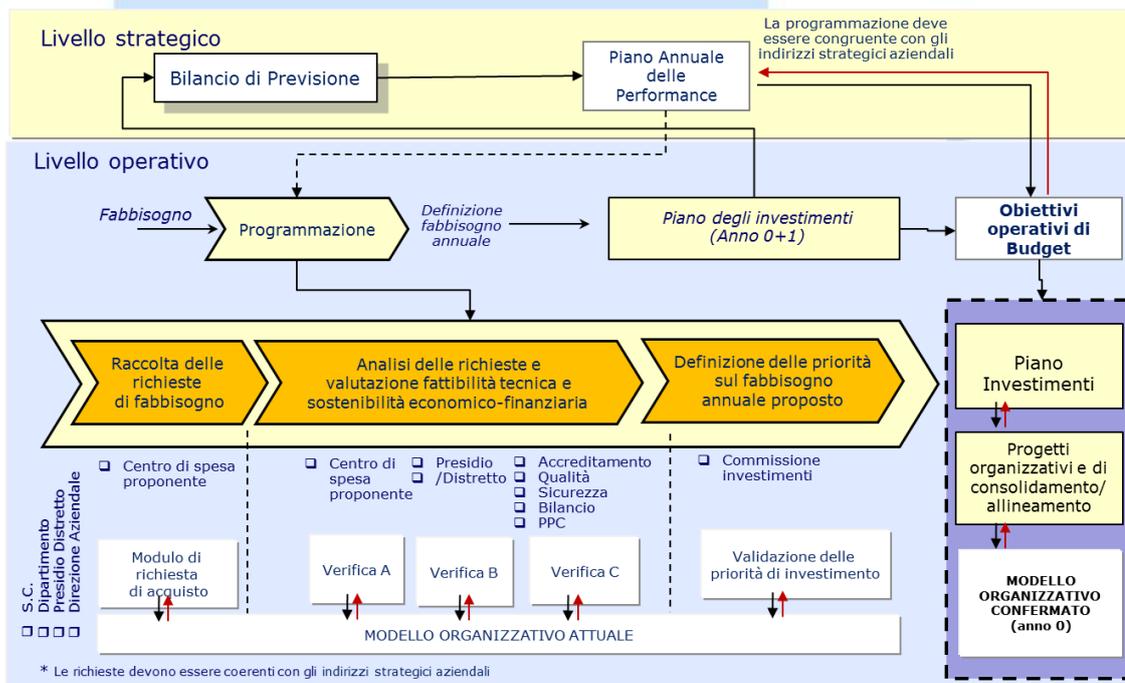


La maturazione della discrezionalità e meccanismi operativi





Le fasi del processo della programmazione delle SC (correlazione al piano investimenti)



La vitalità amministrativa, in considerazione della natura dei servizi oggetto del mandato, oltre che con la partecipazione di tutti gli operatori ai processi di miglioramento della qualità, dovrà garantirsi nel tempo. E con tale atteggiamento che dovranno approcciarsi i percorsi di formazione e aggiornamento del personale, oltre a quelli di verifica e valutazione dei risultati raggiunti e di riconoscimento del contributo a tutti i livelli garantito mediante un coerente sistema premiante.

L'aggiornamento e la formazione di base, la formazione avanzata e l'addestramento all'utilizzo di nuove tecniche operative, sia in campo sanitario e sociosanitario, che tecnico e amministrativo costituiscono la misura della forza e la dorsale operativa dei modelli organizzativi adottati e/o proposti. Il pieno coinvolgimento degli operatori deve essere non solo assicurato ma anche riconosciuto in ragione del contributo effettivamente dato.

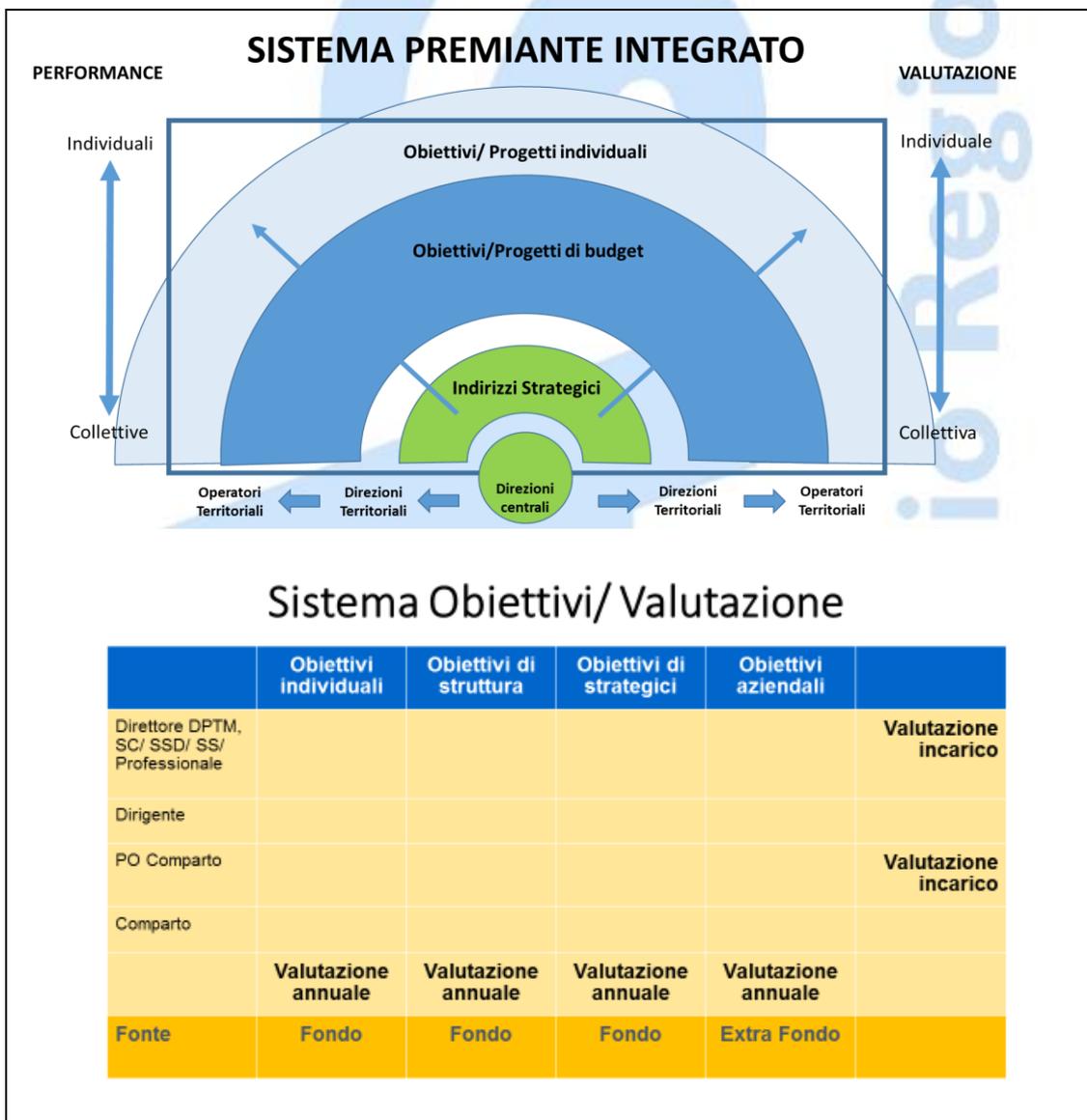
Il Piano della Formazione, dunque, dovrà preferibilmente puntare, a seguito di una valutazione del fabbisogno individuale e di gruppo, ad assicurare uno standard di competenze per ciascun profilo professionale e per ciascuna equipe multidisciplinare in ragione del contesto operativo di lavoro. A tale scopo saranno individuati i corsi a frequenza obbligatoria o facoltativa, ma solo in coerenza con gli obiettivi di mandato, di

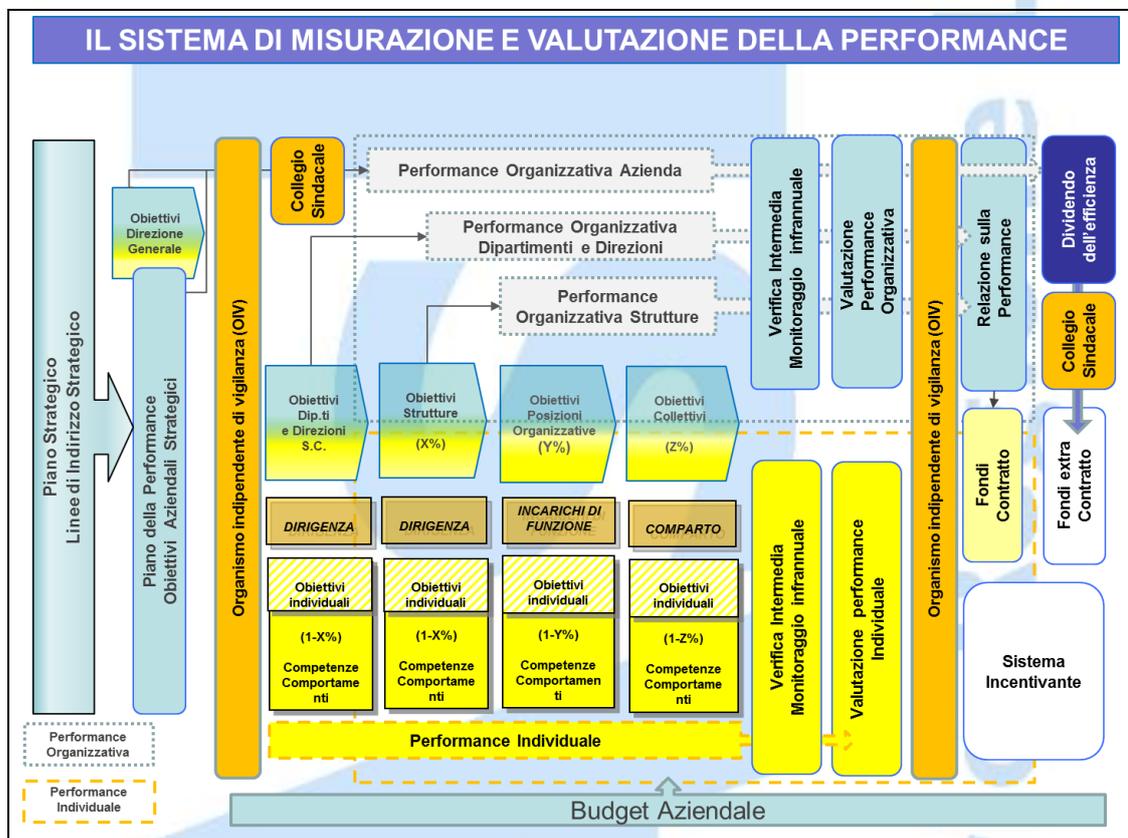


indirizzo strategico, e quindi formativi, condivisi e formalizzati in un periodo di massimo cinque anni, a tutela delle migliori performance aziendali.

Il contributo di ciascun operatore sarà verificato, misurato, valutato e riconosciuto sulla base ed in proporzione dell'effettiva partecipazione attiva ai processi di erogazione e sulla base del ruolo ricoperto nella gestione ovvero governo delle operazioni.

Agli obiettivi di struttura, strategici e aziendali dovranno sempre accompagnarsi obiettivi individuali o, nei casi ritenuti congrui, collettivi allo scopo di valutare in modo ponderato l'operato secondo i diversi livelli di responsabilità da ciascuno assunti.





Il monitoraggio sulla copertura economica e finanziaria dei percorsi

L'equilibrio economico e finanziario rappresenta una esigenza di programmazione finalizzata ad assicurare, secondo il mandato ricevuto, i servizi e le prestazioni nel continuo di vita dell'azienda ed in coerenza con il fabbisogno della popolazione di riferimento.

Dal momento che ogni scelta di investimento può determinare dei flussi finanziari positivi e negativi che influenzano la capacità dell'azienda di far fronte nel tempo agli impegni presi, ogni scelta di investimento, se adeguatamente valutata, potrà assicurare il mantenimento nel tempo dell'equilibrio necessario, o, al contrario, rappresentare la causa del possibile progressivo impoverimento aziendale.

D'altro canto, essendo lo scopo orientato a servire la popolazione di riferimento, la valutazione corretta e preventiva degli investimenti permette anche la possibilità di ottenere dall'Ente Regione l'adeguata copertura finanziaria conseguenti ad investimenti



destinati a migliorare la qualità delle cure o ad effettuare più tempestivamente i necessari controlli sul rischio salute al fine di orientare meglio l'azione organizzativa.

Mentre la valutazione di fattibilità tecnica concentra la sua attenzione sull'ordine di grandezza economico necessario per far fronte all'investimento, la valutazione di sostenibilità economica parte dalla situazione finanziaria attuale e verifica i tempi e i modi di assorbimento dell'investimento facendo riferimento alle medesime risorse. Ciò mediante una verifica ed una eventuale revisione del modello organizzativo che possa permettere di minimizzare ovvero ottimizzare l'impatto economico e finanziario sul bilancio aziendale.

Dal momento, dunque, che le scelte di investimento rappresentano possibili costi sorgenti e/o cessanti rispetto al punto di partenza, ne consegue che buoni investimenti, o almeno valutati a preventivo come tali, possono assicurare un buon esito anche sull'equilibrio economico e finanziario.

Di qui la necessità di procedere ad una valutazione di sostenibilità degli investimenti prima di inserire tali iniziative nel Piano Triennale. Una volta inseriti nel Piano, tali iniziative rientreranno nelle attività programmate da assicurare a vantaggio dell'azienda.

La possibilità di riepilogare ogni iniziativa di investimento per ambito clinico assistenziale, ovvero per funzione di mandato, permette l'individuazione di strumenti ulteriori per il governo e l'indirizzo programmato delle azioni di intervento ovvero l'evidenza di aree ad efficientamento atteso.

Ai fini della programmazione e del monitoraggio sugli esiti saranno gli stessi indicatori utilizzati per la valutazione di fattibilità e di sostenibilità a determinare le aree di contestuale incidenza dell'iniziativa, sia dunque in termini di spesa ma anche di miglioramento dei processi, di qualità dei servizi e di fiducia da parte del contesto operativo. Una visione d'insieme e unitaria degli strumenti in uso permette dunque una verifica più puntuale, tempestiva ed efficace delle iniziative intraprese.

Possono così riepilogarsi in estrema sintesi le grandezze di impatto atteso dagli stessi Dipartimenti Interaziendali regionali sul bilancio dell'azienda, ovvero individuare i vantaggi derivanti dalle iniziative intraprese all'interno delle medesime realtà.



ASL3 - AREA METROPOLITANA COSTI 2018 E PROIEZIONI 2020

LEA	TOTALE (*)	%	%Attesa	
LEA1	44	2 %	5 %	+3 %
LEA2	1.128	52 %	51 %	-1 %
LEA3	995	46 %	44 %	-2 %
TOTALE	2.167	100 %	100 %	

*S.Martino e OEI anno 2017 (Fonte: Dwh Regionale)

ASL 3 - AREA METROPOLITANA COSTI 2018 E PROIEZIONI 2020

LEA	ASL3	%	GALLIERA	GASLINI	OEI (*)	S.MART (*)	TOTALE	%	%Attesa	
LEA1	33	3%	0	11	0	0	44	2 %	5 %	+3 %
LEA2	727	61%	85	32	13	271	1.128	52 %	51 %	-1 %
LEA3	422	36%	126	139	35	273	995	46 %	44 %	-2 %
TOTALE	1.182	100%	211	182	48	544	2.167	100 %	100 %	

*Anno 2017 (Fonte: Dwh Regionale)

ASL 3 - AREA METROPOLITANA COSTI 2018 E PROIEZIONI 2020

LEA	TOTALE (*)	%	DIAR...	FUNZ...	% Attesa	
LEA1	44	2 %	→ ... →	→ ... →	5 %	+3 %
LEA2	1.128	52 %	→ ... →	→ ... →	51 %	-1 %
LEA3	995	46 %	→ ... →	→ ... →	44 %	-2 %
TOTALE	2.167	100 %	→ ... →	→ ... →	100 %	

*S.Martino e OEI Anno 2017 (Fonte: Dwh Regionale)



APPENDICE

Si riepilogano nelle pagine che seguono alcune informazioni relative al quadro di contesto in cui opera l'ASL3 Sistema Sanitario Regione Liguria.

In particolare:

- Sintesi grafica della distribuzione delle strutture sanitarie e sociosanitarie nel territorio Asl3;
- Sintesi tabellare e grafica della distribuzione della popolazione di riferimento sul territorio di Asl3;
- Sintesi grafica della popolazione ligure al 1/1/2018;
- Sintesi grafica della situazione del personale dipendente alla data del 1/1/2018;
- Sintesi grafica del monitoraggio sull'andamento dei saldi entrati/usciti nel quinquennio 2014-2018 suddiviso per ruolo e tipo di contratto;
- Sintesi grafica di esempio della dispersione della casistica di ricovero;
- Sintesi grafica di esempio della variabilità sulle degenze ordinarie;
- Sintesi tabellare della mobilità passiva e attiva per ricoveri ordinari
- Sintesi tabellare della mobilità passiva e attiva per attività ambulatoriale
- Sintesi tabellare del numero di residenti liguri e domiciliati in altre regioni
- Sintesi comparata dei nuovi suggeriti approcci di stile di gestione nei sistemi sanitari per il 21 secolo;
- Progetto PASSI, riepilogo sull'andamento dei principali fattori di rischio – fonte Epicentro

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare di tutta la Direzione Aziendale, ed in special modo della Direzione di Progetto, a tutti coloro che direttamente o indirettamente hanno collaborato, condividendo le proprie esperienze, e stimolato il ricco dibattito che è, e rimane, alla base del lavoro più sistematico qui prodotto. Si fa riferimento, oltre al prezioso confronto avuto con le Direzioni operanti ai diversi livelli di programmazione regionale, ai contributi offerti dalle Direzioni di Struttura sia Amministrative che Sanitarie e Sociosanitarie nelle varie occasioni di dialogo anche in gruppi di lavoro relativi a progetti paralleli sui temi che sono comunque confluiti nel presente documento a garanzia di maggiore organicità.

Ed un grazie anche alle persone che hanno partecipato operativamente alla raccolta ed elaborazione dei dati come Silvia Simonetti, direttore della S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo ed al suo più stretto staff: Paola Massaferrò, Elisabetta Pellegrino, Daniela Ducci, Silvia Macciò e Federica Sanfelici.



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

APPENDICE

Si riepilogano nelle pagine che seguono alcune informazioni relative al quadro di contesto in cui opera l'ASL3 Sistema Sanitario Regione Liguria.

In particolare:

- Sintesi grafica della distribuzione delle strutture sanitarie e sociosanitarie nel territorio Asl3;
- Sintesi tabellare e grafica della distribuzione della popolazione di riferimento sul territorio di Asl3;
- Sintesi grafica della popolazione ligure al 1/1/2018;
- Sintesi grafica della situazione del personale dipendente alla data del 1/1/2018;
- Sintesi grafica del monitoraggio sull'andamento dei saldi entrati/usciti nel quinquennio 2014-2018 suddiviso per ruolo e tipo di contratto;
- Sintesi grafica di esempio della dispersione della casistica di ricovero;
- Sintesi grafica di esempio della variabilità sulle degenze ordinarie;
- Sintesi tabellare della mobilità passiva e attiva per ricoveri ordinari
- Sintesi tabellare della mobilità passiva e attiva per attività ambulatoriale
- Sintesi tabellare del numero di residenti liguri e domiciliati in altre regioni
- Sintesi comparata dei nuovi suggeriti approcci di stile di gestione nei sistemi sanitari per il 21 secolo;
- Progetto PASSI, riepilogo sull'andamento dei principali fattori di rischio – fonte Epicentro



Asl3

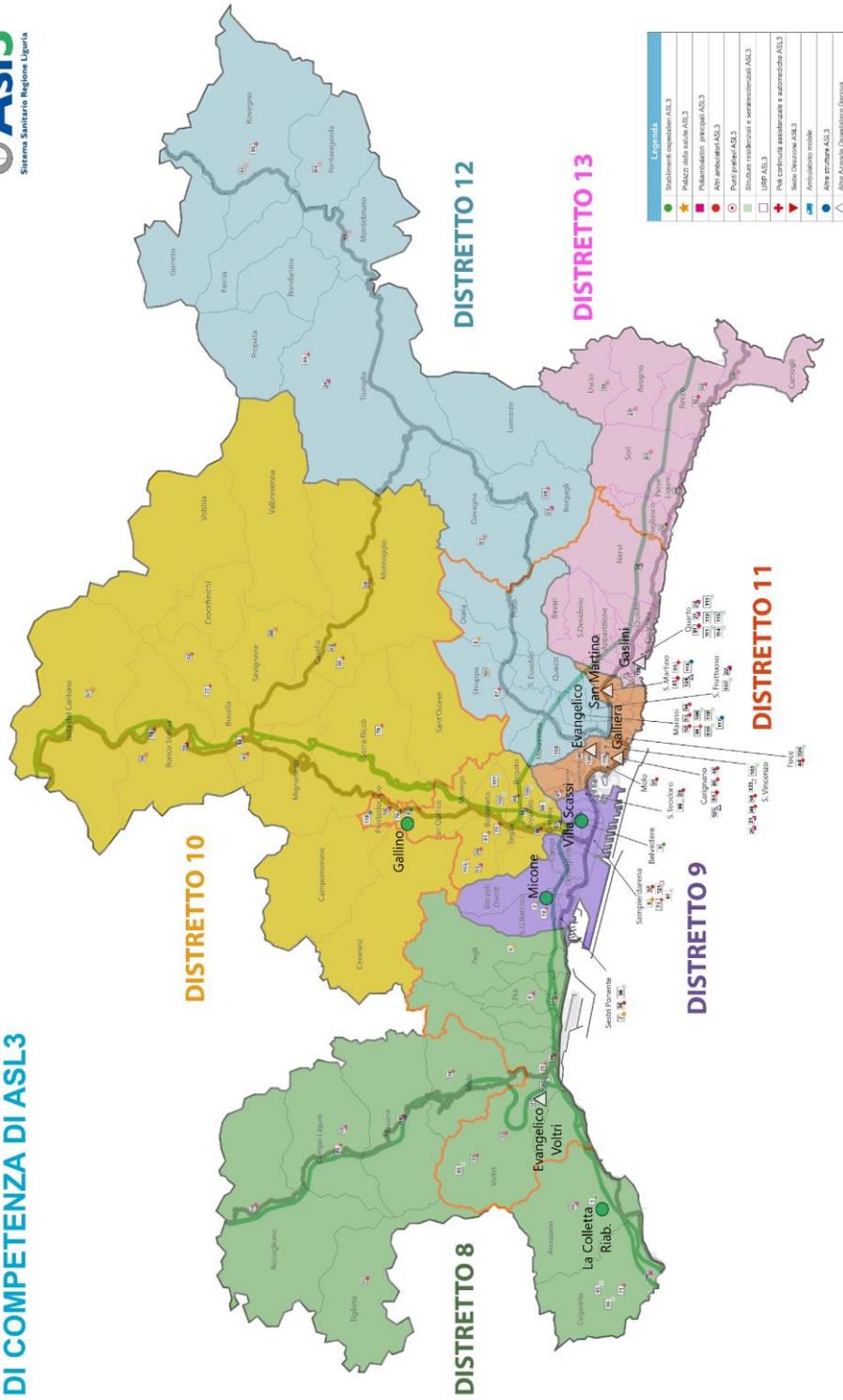
Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

STRUTTURE SANITARIE SUL TERRITORIO DI COMPETENZA DI ASL3



Sistema Sanitario Regione Liguria



4 con ASL Liguria



LEGENDA

● Stabilimenti ospedalieri ASL3

- DISTRETTO 8
 - 1. Arenzano (La Colletta, via del Giappone 5) - Osp. Riabilitativo
- DISTRETTO 9
 - 2. Ge Sestri Ponente (Padre Antero Micone, Largo N. Rosso 2) - Punto di Primo Intervento
 - 3. Ge Sampierdarena (Villa Scassi, C.so D'Albentis 1) - DEA
 - 4. Ge Pontedecimo (Gallino, Via O. Gallino 5) - Punto di Primo Intervento
- ★ Palazzi della salute ASL3
- DISTRETTO 8
 - 5. Ge Pegli (Via Pegli 41)
- DISTRETTO 9
 - 6. Ge Sampierdarena (Fiumara, via Operai 80)
- DISTRETTO 10
 - 7. Ge Sestri Ponente (ex Manifattura Macchini, via Solman 7)
 - 8. Ge Struppa (Via Struppa 150)
- Poliambulatori ASL3
- DISTRETTO 8
 - 9. Ge Pra (Villa De Mari, via De Mari 1b)
- DISTRETTO 9
 - 10. Arenzano (Piazza Golgi 26)
 - 11. Cogoleto (Via Isnardi 3)
 - 12. Campo Ligure (Via Rossi 33)
 - 13. Rossiglione (Via Roma 36)
 - 14. Niasone (Via Massolo 1)

DISTRETTO 10

- 15. Ge Bozaneto (Via Bonghi 6)
- 16. Ge Pontedecimo (Piastra amb. c/o Osp. Gallino, via O. Gallino 5)
- 17. Ge Rivarolo (Via Canepari 64)
- 18. Ge Rivarolo (Piastra amb. c/o ex osp. Chiesa via P.N. Cambiaso 62)
- 19. Borgomani (Via Trento e Trieste 130)
- 20. Ge Centro (Via D'Albentis 1)
- 21. Ge Centro (Via Assarotti 35)
- 22. Ge Centro (Via XII Ottobre 10)
- 23. Ge S. Fruttuoso (Via Archimede 30 A)
- 24. Torriglia (Via A. Martini 153 A)
- 25. Ge Sturlia (Via Bainsizza 42)
- 26. Ge Nervi (ex ospedale Via Missolungui 14)
- 27. Ge Quarto (Via G. Magglio 3)
- 28. Ge Quarto (Via G. Magglio 6)

DISTRETTO 9

- 35. Ge S. Teodoro (Salita S. Francesco da Paola 9a)
- 36. Ge Sestri Ponente (Via S. Giovanni Battista 48)
- 37. Ge Sampierdarena (Via Agnese 1/cancello)

DISTRETTO 10

- 38. Ge Rivarolo (Via Negrotto Cambiaso 138f)
- 39. Ge Bozaneto (Piazza Ospedale Pastormio 3)
- 40. Ge Bègno (Via Sbordano 35A)
- 41. Ge Bègno (Via Sbordano 35B)
- 42. Busalla (Piazza Malerba 8)
- 43. Casella (Via A. Moro 11)
- 44. Ge Foce (Via Frugoni 27)
- 45. Ge Centro (Cure domiciliari c/o Osp. Galliera)
- 46. Ge Centro (Sal. Inf. San Rocco 31A)
- 47. Ge Lagaccio (Via Lagaccio 9)
- 48. Ge Carignano (Via Rivoli 4/cancello)
- 49. Ge Centro (Piazza Dante 5)
- 50. Ge Centro (Piazza Dante 6)
- 51. Ge Porto (PSAL Ponte A. Dorà)
- 52. Ge Marassi (S.C. Igiene degli Alimenti Viale Braccelli 241)
- 53. Ge Marassi (S.C. Cure Primarie Viale Braccelli 1/3)
- 54. Ge Marassi (Via Canevari 38- 168 AR)
- 55. Recco (Poliambulatorio Via Bianchi 1)
- 56. Bogliasco (Via Mazzini 36)

● Solo punti prelievi ASL3

- DISTRETTO 10
 - 57. Isola del Cantone (Via Ferrea 11)
 - 58. Ronco Scrivia (Via delle Piane 27)
 - 59. Montoggio (Via Roma 83)
 - 60. Savignone (Via Giovanni XXIII 1)
- DISTRETTO 12
 - 61. Davagna (Via Bombini 14)
 - 62. Nonieronno (Via Benigni 8)
 - 63. Roncole Verdi (Via C. S. 8)
 - 64. Fontalgordà (Piazza della Chiesa 8)
- DISTRETTO 13
 - 65. Son (Via G. Stagno)
 - 66. Pieve L. (Piazzale S. Michele)
 - 67. Avegno (P.zza Calli)
 - 68. Uscio (P.zza Resistenza)
 - 69. Camogli (Via XX Settembre)

● Poli di continuità assistenziale e automediche

- ASL3 DISTRETTO 8
 - 70. Ge Voltri (c/o R.S.A. Via Camozzini)
 - 71. Cogoleto (c/o Sede Distrettuale, Via Isnardi)
 - 72. Campo Ligure (c/o R.S.A. S.M. Arcangelo, Via Rossi)
- DISTRETTO 9
 - 73. Ge Sampierdarena (c/o Croce d'Oro, Via della Cella)
 - 74. Ge Sestri Ponente (Polo di Continuità Assistenziale c/o Padre Antero Micone)

DISTRETTO 10

- 75. Ge Bozaneto (Polo c/o Via Bozaneto 33/2)
- 76. Ge Pontedecimo (Polo c/o P.A. Croce Verde Pontedecimo via N. Gallino)
- 77. Busalla (Polo c/o P.A. Croce Verde Busalisse via Suardi 106)
- 78. Ronco S. (Polo c/o P.A. C.R.I. via Delle Piane 27)
- 79. Serra Ricco (Polo c/o P.A. Croce Bianca Valsecca via Fratelli Canepa)
- 80. Casella (Polo c/o P.A. Croce Verde via A. Moro 11) solo luglio e agosto
- 81. Ge Bozaneto (Automedicca 118 c/o Piazza della Pace Pastormio 318 c/o ex Osp. Frugone)
- 82. Busalla (Automedicca 118 c/o ex Osp. Frugone)
- DISTRETTO 11
 - 83. Ge San Martino (Centrale operativa, polo c/o A.O. San Martino)
 - 84. Ge Carignano (Croce Bianca, polo Via di S. Chiara)
 - 85. Ge San Martino (C.R.I. polo Corso Gastaldi)
 - DISTRETTO 12
 - 86. Ge Marassi (P.A. Nuovi Volontari del Soccorso Via Repetto 3A)
 - 87. Ge Struppa (P.A.M. via Molassena 64)
 - 88. Bogliasco (Polo C.R.I. via Guano 18)
 - 89. Avegno (Polo c/o R.S.A. "F. Comò" Via della Chiesa 8)
 - DISTRETTO 13
 - 91. Ge Quarto (Via G. Magglio 5)
 - 92. Recco (Ex Ospedale Via Bianchi 1)

■ Strutture residenziali e semiresidenziali ASL3

- DISTRETTO 9
 - 93. Ge Voltri (CAUP Vico Castellea)
 - 94. Cogoleto (RSA Casa Nuova Via Maluaia 1)
 - 95. Cogoleto (RSA Insieme Via Maluaia 1)
- DISTRETTO 9
 - 96. Ge Sestri Ponente (Via Sestri 13)
 - 97. Ge Sampierdarena (Via Castelli 52f)
 - 98. Ge Granarolo (Via Caduti senza Croce)
- DISTRETTO 10
 - 99. Ge Rivarolo (RSA Mantenimento c/o ex Osp. Chiesa)
 - 100. Ge Centro (RSA Riabilitativa c/o ex Osp. Chiesa)
 - 101. Ge Bozaneto (Centro diurno Salita Inf. di Murta 5)
 - 102. Ge Bozaneto (Com. terapeutica Salita Inf. di Murta 5)
- DISTRETTO 11
 - 103. Ge Centro (Via Peschiera 10)
 - 104. Ge Foce (P.zza Palermo 14)
 - 105. Ge Struppa (Centro diurno Salute Mentale C.so S. Maria)
 - 106. Ge Marassi (Centro diurno Salute Mentale C.so Monzegrapa 16)
 - 107. Ge S. Fruttuoso (CAUP Via G.B. D'Albentis 15/1)
 - 108. Ge Molassana (CAUP Via Merello 50)

■ Altre strutture ASL3

- 109. Ge Marassi (CAUP Via Fea 87/1)
- 110. Ge Marassi (CAUP Via Fea 87/5)
- DISTRETTO 13
 - 111. Ge Quarto (Centro Diurno Via G. Magglio 6)
 - 112. Ge Quarto (Centro Diurno "Basagliat" Via G. Magglio 6)
 - 113. Ge Quarto (RSA "Casa Michelin" Via G. Magglio 6)
 - 114. Ge Quarto (RSA "Il Cammino" Via G. Magglio 6)
 - 115. Ge Quarto (Struttura Residenziale Disabili Reparto Speciale Via G. Magglio 6)
- Altre strutture ASL3
 - 116. Ge Centro (Albergo Regionale c/o Ospedale Policlinico San Martino)
 - 117. Ambulatorio c/o Casa Circondariale Marassi
 - 118. Ambulatorio c/o Casa Circondariale Pontedecimo
- ▼ SEDE DIREZIONE ASL3
 - 119. Via Bertani 4
- URP ASL3
 - 120. Ge Voltri (Via Camozzini 95f)
 - 121. Ge Bozaneto (Via S. Pietro 8)
 - 122. Ge Sampierdarena (Fiumara, via Operai 80)
- DISTRETTO 10
 - 122. Ge Bozaneto (CAUP Via Bonghi 6)
 - 123. Ge Centro (Via Assarotti 35)

△ ALTRE AZIENDE OSPEDALIERE GENOVA

- 124. Ospedale Policlinico San Martino IRCCS
- 125. Ospedale Ospedali Galliera (Mura delle Cappuccine 141) - DEA
- 126. Ospedale Evangelico Internazionale Castelletto (Corso Solferino 1)
- 127. Ospedale Evangelico Internazionale Voltri (Piazzale Giannasso 4) - Pronto Soccorso
- 128. Istituto Giannina Gaslini IRCCS (Via G. Gaslini 5) - DEA



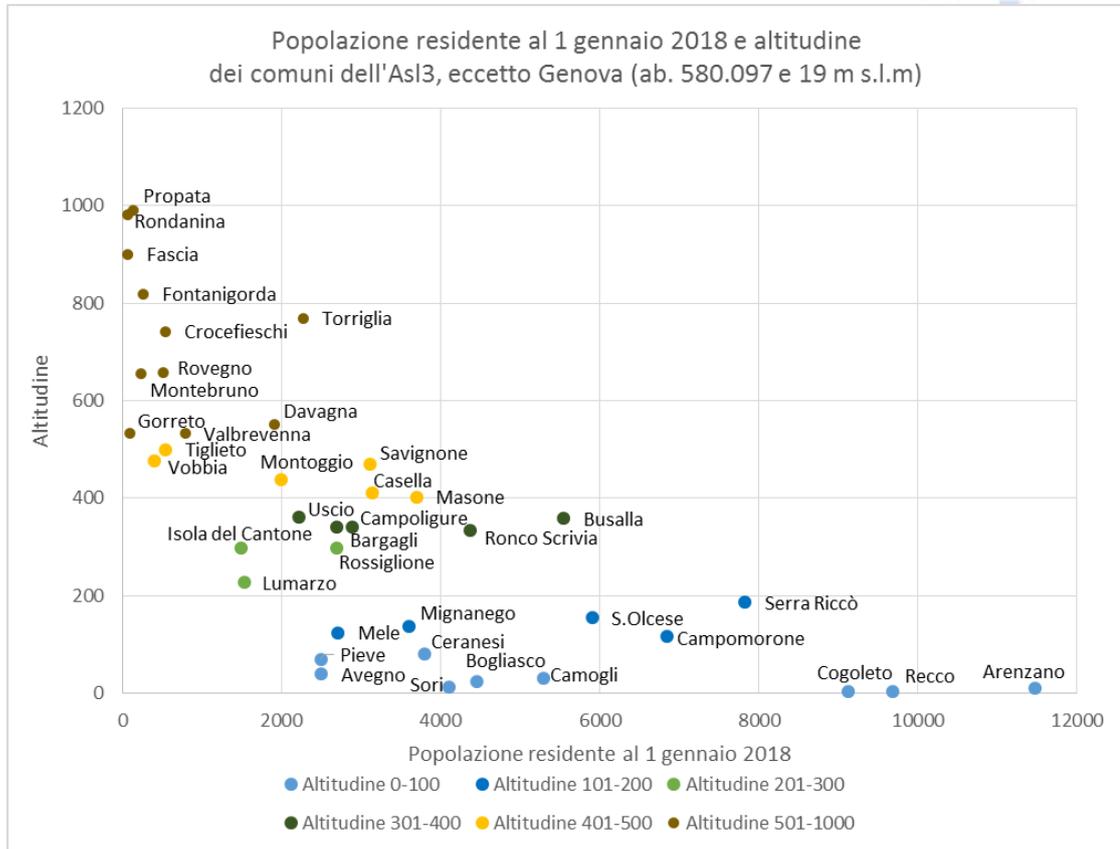
Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Popolazione residente e altitudine dei comuni Asl3 al 1° gennaio 2018

Comuni Asl3 (in ordine decrescente di altezza sul livello del mare)	Popolazione residente al 1° gennaio 2018	Altitudine del centro (metri)*	Altezza sul livello del mare - classi	Popolazione residente al 1/1/2018 per classe di altitudine	% popolazione sulla popolazione Asl3	Altezza sul livello del mare - classi	Popolazione residente al 1/1/2018 per classe di altitudine	% popolazione sulla popolazione Asl3
Cogoleto	9123	4						
Recco	9683	5						
Arenzano	11478	10						
Sori	4112	14						
Genova	580097	19	0-100	633053	90,03	0-100	633053	90,03
Bogliasco	4462	25						
Camogli	5300	32						
Avegno	2504	40						
Pieve	2497	70						
Ceranesi	3797	80						
Campomorone	6849	118						
Mele	2708	125						
Mignanego	3607	137	101-200	26901	3,83	101-200	26901	3,83
S. Olcese	5911	155						
Serra Riccò	7826	187						
Lumarzo	1527	228						
Rossiglione	2693	297	201-300	5708	0,81	201-300	5708	0,81
Isola del Cantone	1488	298						
Ronco Scrivia	4365	334						
Bargagli	2700	341						
Campoligure	2885	342	301-400	17717	2,52	301-400	17717	2,52
Busalla	5545	358						
Uscio	2222	361						
Masone	3694	403						
Casella	3136	410						
Montoggio	1993	438						
Savignone	3112	471	401-500	12871	1,83	401-500	12871	1,83
Vobbia	398	477						
Tiglieto	538	500						
Gorreto	93	533						
Valbrevenna	788	533	501-600	2786	0,40			
Davagna	1905	552						
Montebruno	231	655	601-700	742	0,11			
Rovegno	511	658						
Crocefieschi	541	742	701-800	2811	0,40	501-1000	6870	0,98
Torriglia	2270	769						
Fontanigorda	264	819	801-900	335	0,05			
Fascia	71	900						
Rondanina	60	981	901-1000	196	0,03			
Propata	136	990						
Asl3	703120	-	0-1000	703120	100,00	0-1000	703120	100,00



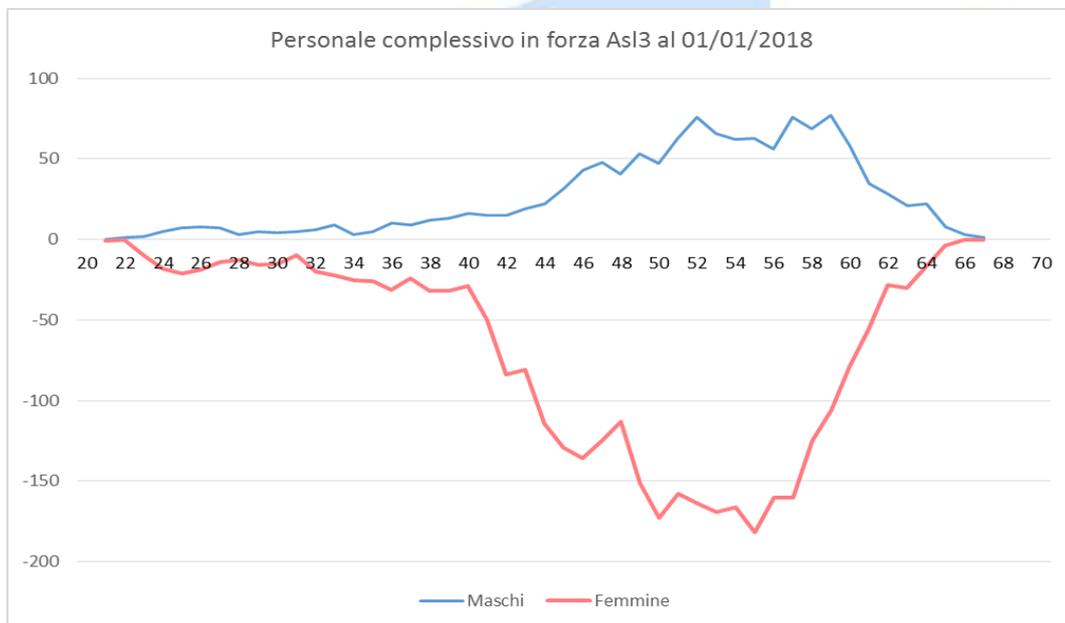
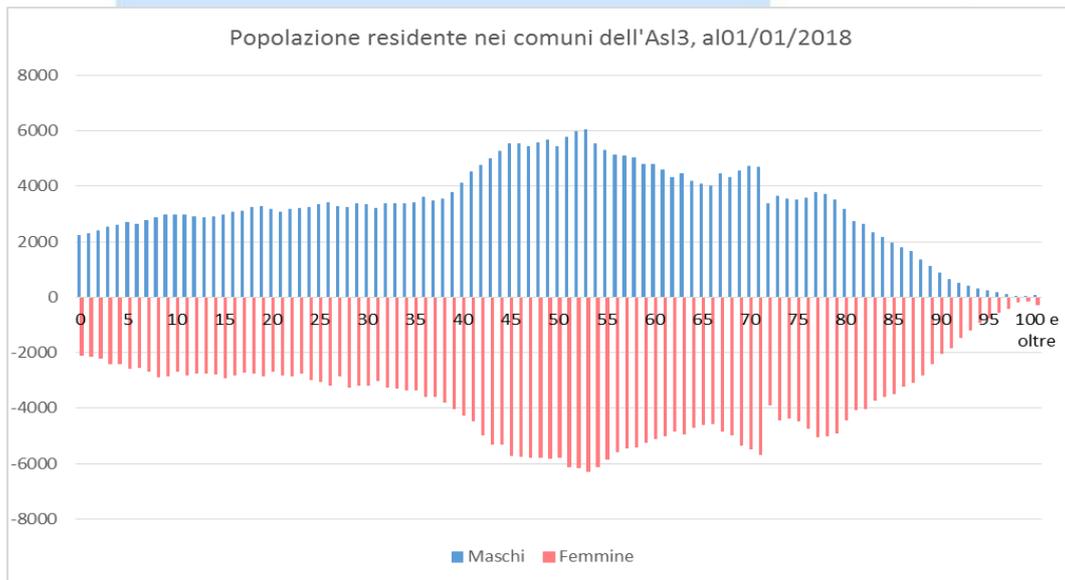


Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

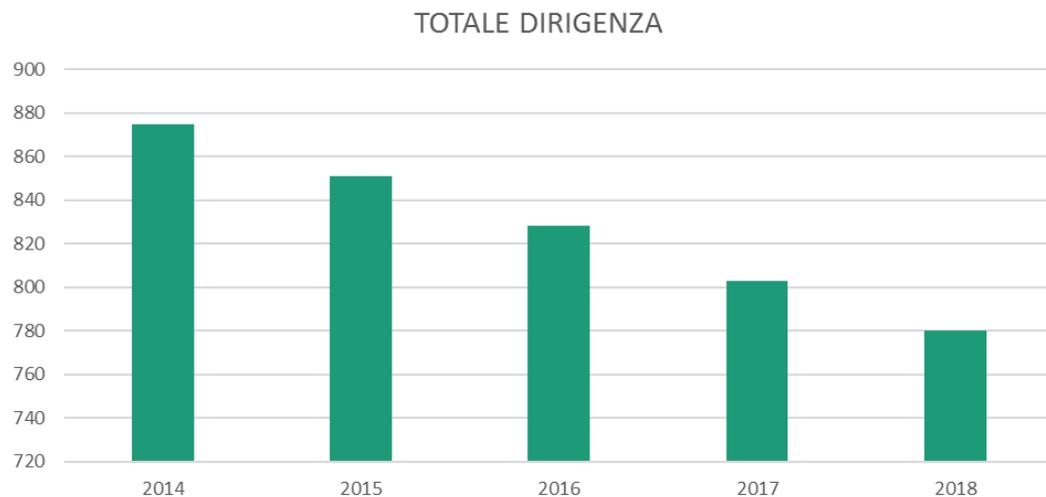
www.asl3.liguria.it

La popolazione residente nell'Asl3 al 1° gennaio 2018 e personale complessivo in forza Asl3.





Monitoraggio dell'andamento del personale dipendente nel periodo 2014-2018





Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

TOTALE COMPARTO - RUOLO SANITARIO



TOTALE COMPARTO - RUOLO TECNICO





Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

TOTALE COMPARTO - RUOLO AMMINISTRATIVO



TOTALE COMPARTO

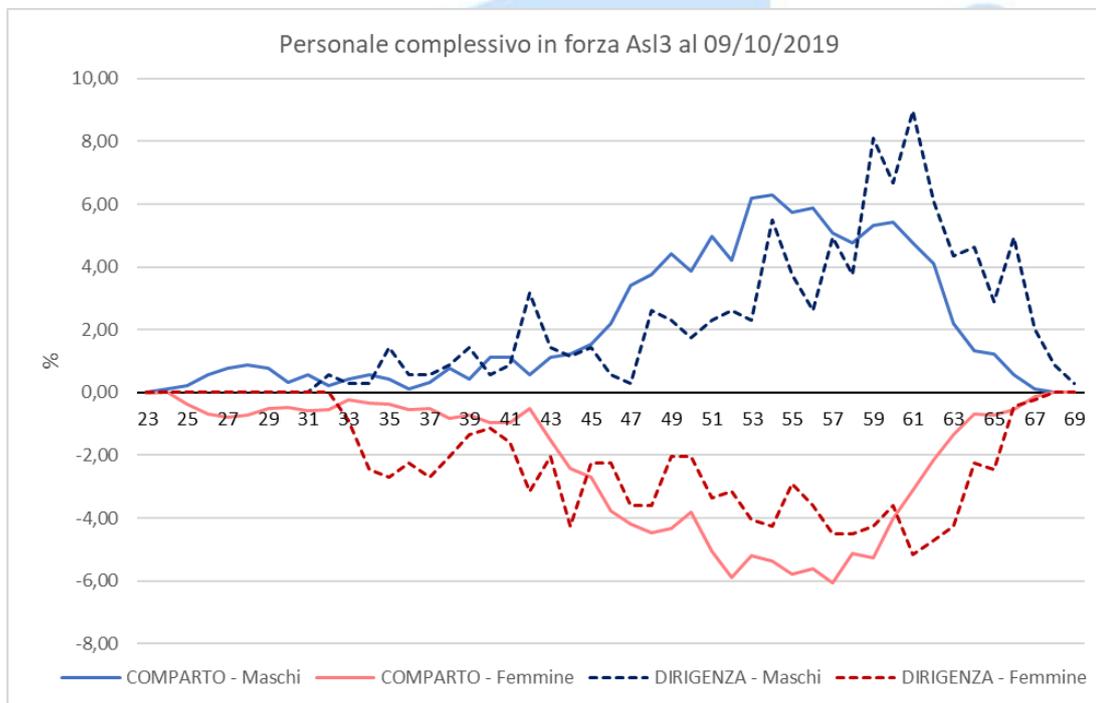
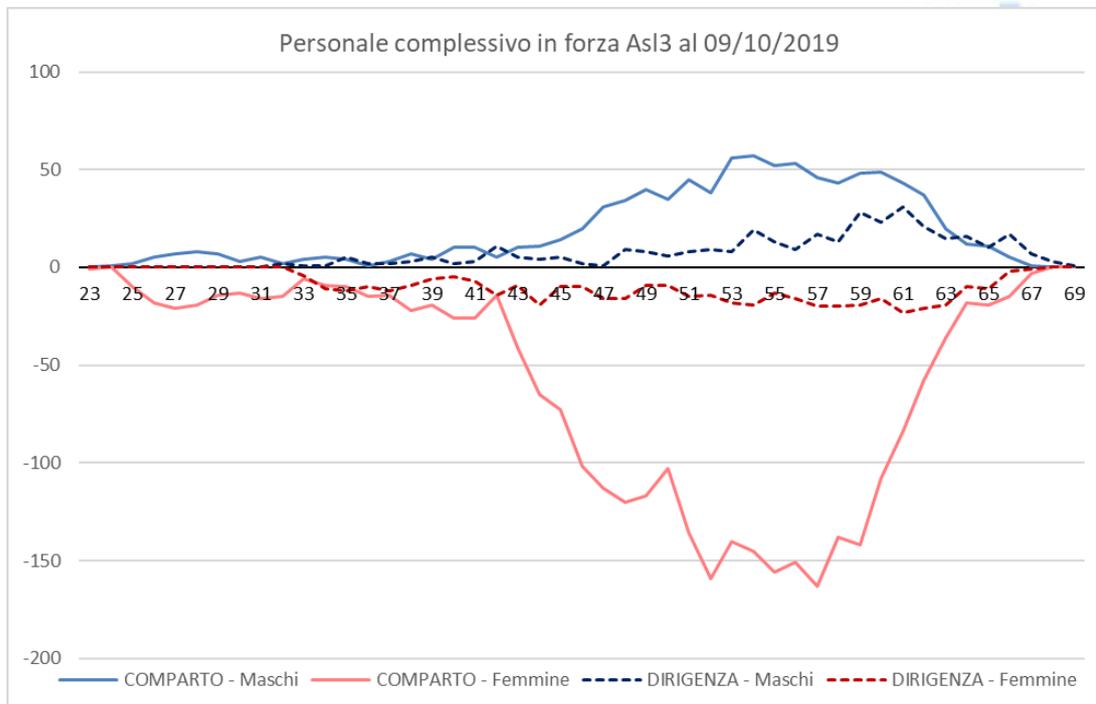


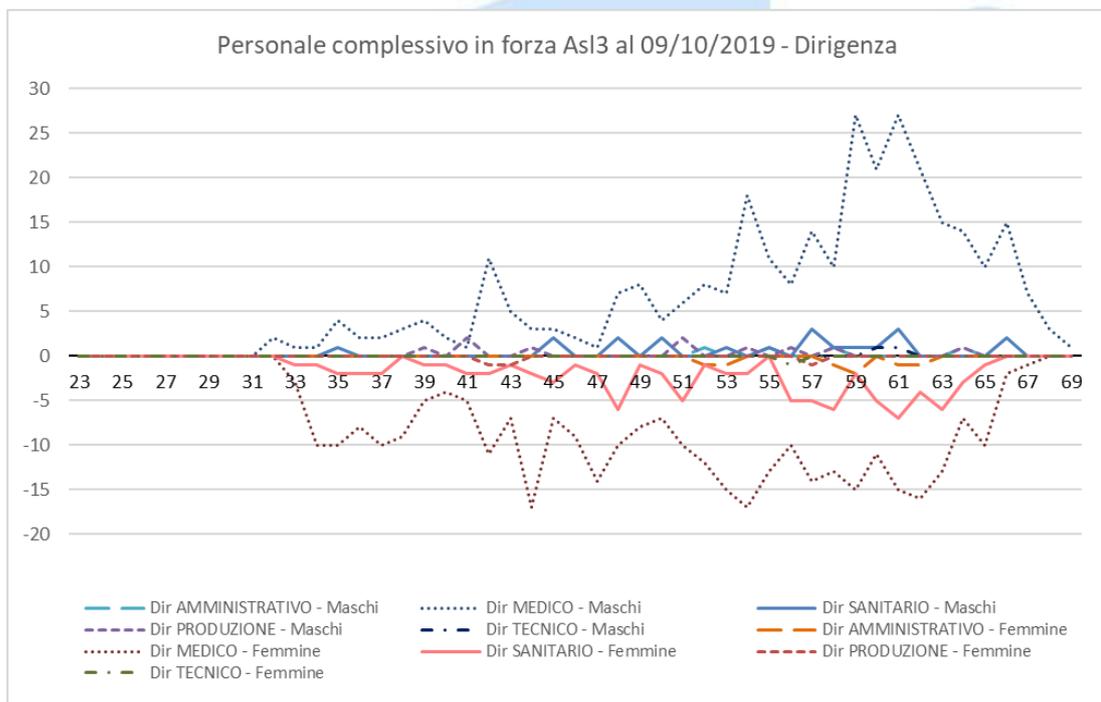
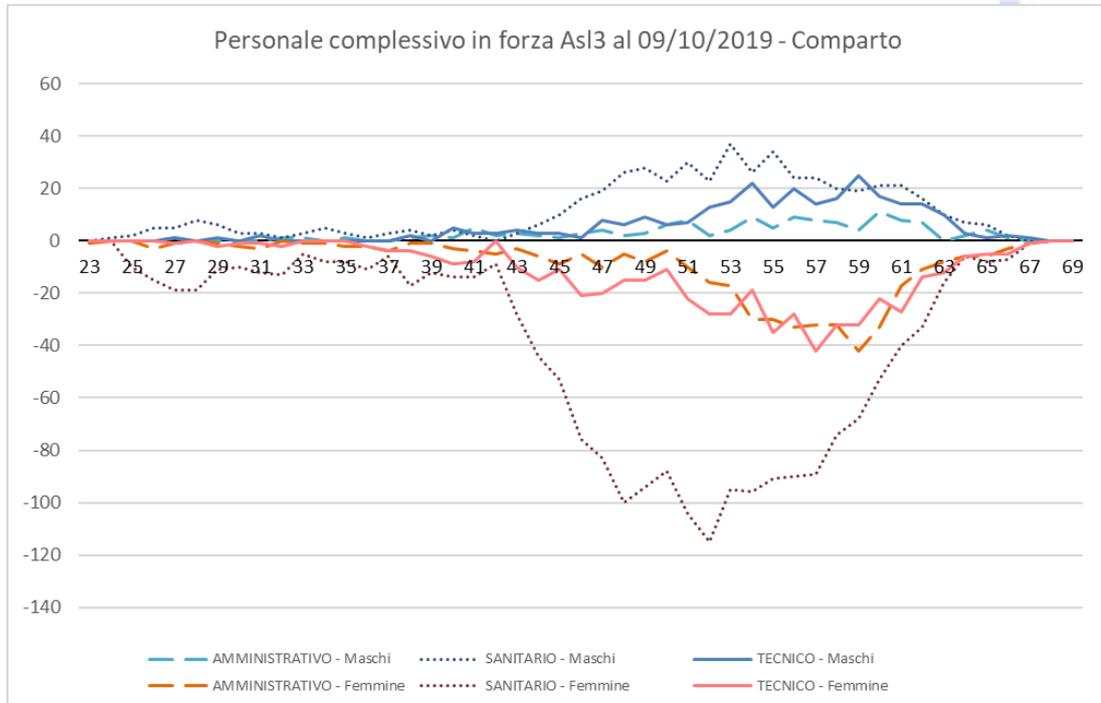


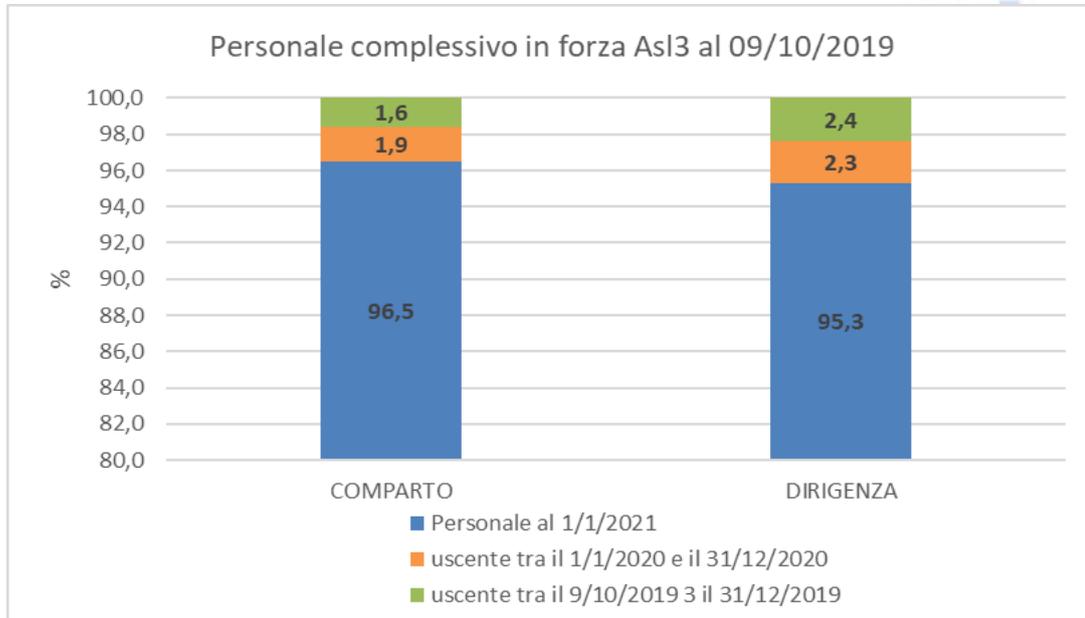
Asl3

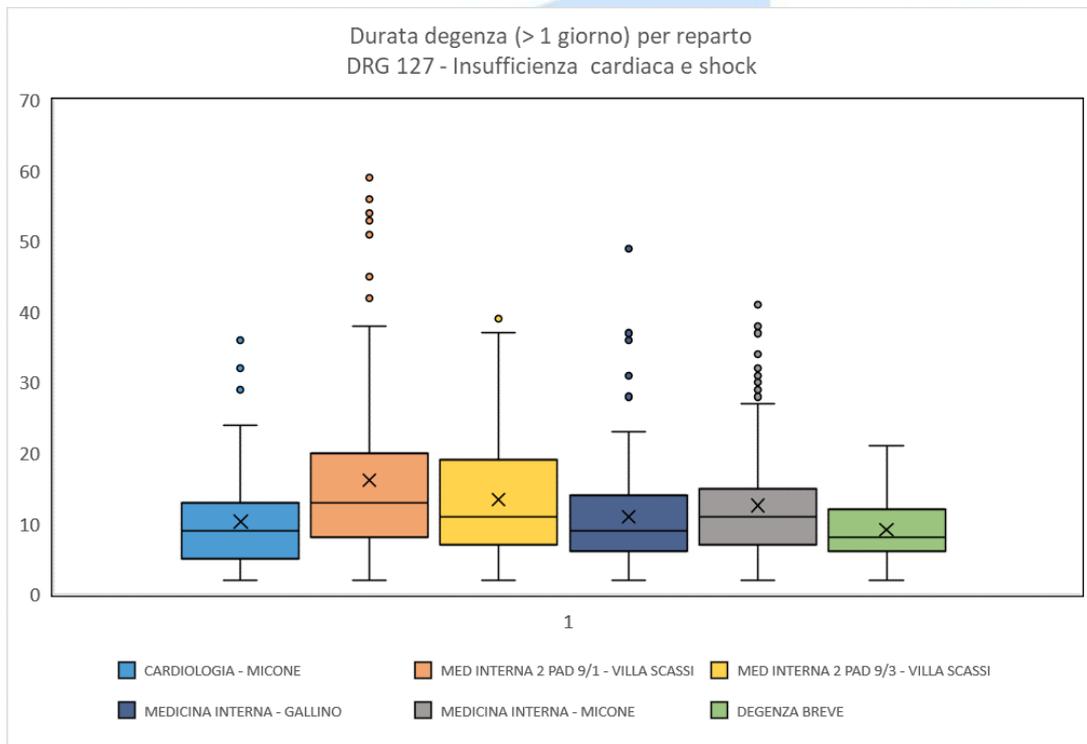
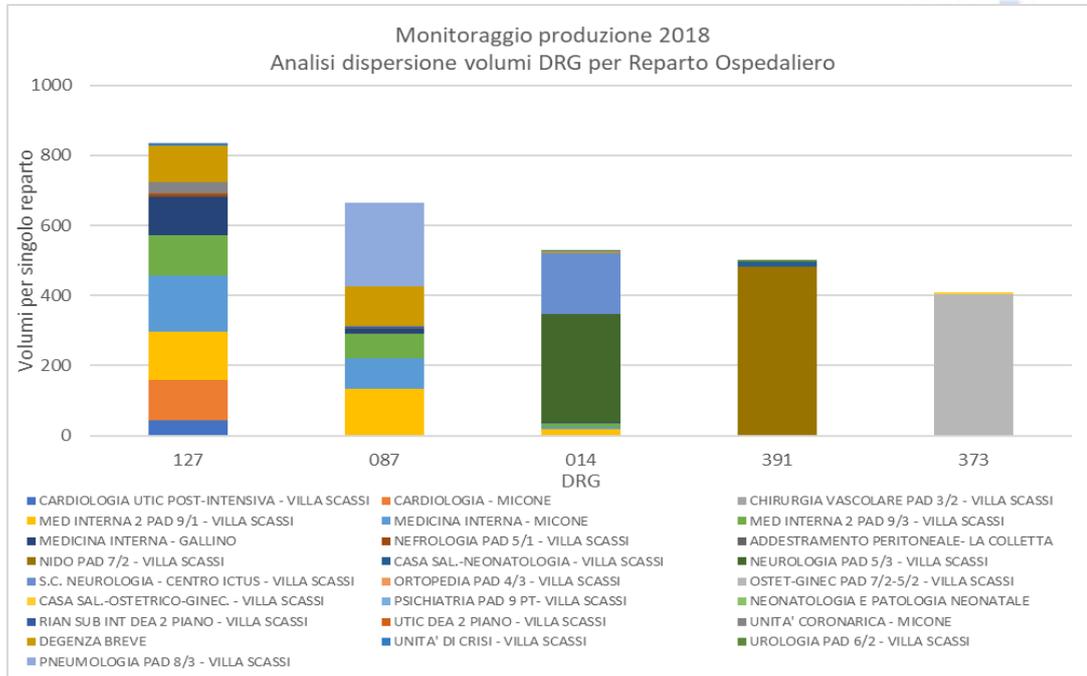
Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it











Mobilità Passiva Ricoveri ordinari 2018 - Riepilogo per raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) -

Filtri applicati: Debitore uguale a LIGURE_003 GENOVESE AND Struttura uguale a 1-STRUTTURE FUORI REGIONE AND Anno Mese uguale a 2018
ANALISI CASISTICA DRG MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVA

Regione Erogante	DRG	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018	Imparti 2017	Imparti 2018	Imp Tariffa Unica 2017	Imp Tariffa Unica 2018
010 - PIEMONTE	544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL. > O REIMP. ARTI INFER.	594	510	5.251.652,36	4.551.875,00	5.251.652,36	4.551.875,00
010 - PIEMONTE	256 - (CMS24) - ALTRE DIAGN SIST MUSCOLOSCHIELET/ITES.CONN	343	170	1.104.224,07	545.932,80	1.104.224,07	545.932,80
010 - PIEMONTE	158 - (CMS24) - INTERVENTI SU ANO E STOMA.SENZA CC	236	243	238.112,49	245.286,00	238.112,49	245.286,00
010 - PIEMONTE	223 - (CMS24) - INTER MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART SUP CC	121	122	229.853,23	230.590,23	229.853,23	230.590,23
010 - PIEMONTE	297 - (CMS24) - DISTURBI INUTRIZIONE/MISCELLANEA > 17 NOCC	117	99	293.306,60	220.535,20	293.306,60	220.535,20
010 - PIEMONTE	503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	103	163	206.324,00	327.205,63	206.324,00	327.205,63
010 - PIEMONTE	227 - (CMS24) - INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	98	139	147.609,56	209.138,70	147.609,56	209.138,70
010 - PIEMONTE	462 - (CMS24) - RIABILITAZIONE	72	91	369.492,47	380.808,00	369.492,47	394.522,10
010 - PIEMONTE	359 - (CMS24) - INTERV.UTERO/ANNESSI NONEPLASIE NO CC	70	61	169.525,09	141.690,00	169.525,09	141.690,00
010 - PIEMONTE	225 - (CMS24) - INTERVENTI SUL PIEDE	63	78	112.348,65	139.849,01	112.348,65	139.849,01
030 - LOMBARDIA	544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL. > O REIMP. ARTI INFER.	645	643	5.732.031,68	5.690.723,86	5.731.413,09	5.698.942,27
030 - LOMBARDIA	256 - (CMS24) - ALTRE DIAGN SIST MUSCOLOSCHIELET/ITES.CONN	628	663	1.750.496,55	1.873.052,64	1.751.977,89	1.876.690,19
030 - LOMBARDIA	225 - (CMS24) - INTERVENTI SUL PIEDE	251	263	442.867,69	457.413,77	442.867,69	457.413,77
030 - LOMBARDIA	365 - (CMS24) - ALTRI INTERVENTI RIPRODUTTIVO FEMMINILE	175	132	294.329,86	223.151,37	294.329,86	223.036,64
030 - LOMBARDIA	224 - (CMS24) - INT SPALLA/GOMITO/AVAMBRACC NO MAG NO CC	170	167	323.146,94	289.135,77	268.460,80	264.475,29
030 - LOMBARDIA	359 - (CMS24) - INTERV.UTERO/ANNESSI NONEPLASIE NO CC	169	168	282.019,88	306.698,76	283.556,40	305.862,05
030 - LOMBARDIA	288 - (CMS24) - INTERVENTI PER OBESITA'	103	120	600.254,46	697.229,13	600.254,46	697.229,13
030 - LOMBARDIA	503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	91	105	173.267,90	200.448,32	183.453,53	208.484,32
030 - LOMBARDIA	012 - (CMS24) - MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	90	88	773.907,74	789.672,72	774.783,11	789.473,22
030 - LOMBARDIA	260 - (CMS24) - MASTECTOMIA SUBTOT NEOPLASIE MAL. NO CC	71	88	137.380,48	181.637,60	138.545,71	185.521,70
090 - TOSCANA	503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	55	33	96.754,70	53.406,72	96.754,70	53.406,72
090 - TOSCANA	544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL. > O REIMP. ARTI INFER.	46	29	408.976,36	257.510,18	408.976,36	257.510,18
090 - TOSCANA	223 - (CMS24) - INTER MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART SUP CC	33	30	62.337,00	56.670,00	62.337,00	56.670,00
090 - TOSCANA	430 - (CMS24) - PSICOSI	33	26	60.177,26	49.913,68	60.177,26	49.913,68
090 - TOSCANA	041 - (CMS24) - INT.STRU TT. EXTRAOCULARI NO ORBIT.ETA <18	27	29	37.337,65	40.214,88	37.337,65	40.214,88
090 - TOSCANA	431 - (CMS24) - DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	25	29	23.810,92	36.024,76	23.810,92	34.503,14
090 - TOSCANA	053 - (CMS24) - INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE. ETA >17	24	29	49.005,00	60.034,86	49.005,00	60.034,86
090 - TOSCANA	247 - (CMS24) - SEGNI/SINTOMI SIST.MUSCOLOSCHIELET/ITES.CONN	24	15	37.850,67	24.238,18	37.850,67	24.238,18
080 - EMILIA ROMAGNA	048 - (CMS24) - ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO.ETA <18	18	15	5.835,78	5.155,26	5.835,78	5.155,26
080 - EMILIA ROMAGNA	522 - (CMS24) - ABRUSO ALCOOL/FARMACI CON RIABILIT NO CC	53	85	231.440,80	313.737,60	231.440,80	313.737,60
080 - EMILIA ROMAGNA	055 - (CMS24) - MISCELL.INTERV. ORECCIO NASO BOCCA GOLA	45	37	71.220,59	57.761,73	70.988,64	57.761,73
080 - EMILIA ROMAGNA	430 - (CMS24) - PSICOSI	39	31	145.865,20	93.894,00	145.865,20	93.894,00
080 - EMILIA ROMAGNA	523 - (CMS24) - ABRUSO ALCOOL/FARMACI NO RIABILITA NO CC	34	34	65.480,00	65.682,00	65.480,00	65.682,00
080 - EMILIA ROMAGNA	462 - (CMS24) - RIABILITAZIONE	27	28	127.192,80	160.417,44	127.192,80	161.325,23
080 - EMILIA ROMAGNA	428 - (CMS24) - DISTURBI PERSONALITA'/CONTROLLO IMPULSI	20	31	63.985,40	131.676,16	63.985,40	131.676,16
080 - EMILIA ROMAGNA	119 - (CMS24) - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	19	11	29.602,00	17.138,00	29.602,00	17.138,00
080 - EMILIA ROMAGNA	521 - (CMS24) - ABRUSO O DIPENDENZA ALCOOL/FARMACI CC	14	10	49.578,80	27.882,00	49.578,80	27.882,00
080 - EMILIA ROMAGNA	409 - (CMS24) - RADIOTERAPIA	13	13	16.887,00	19.123,00	16.887,00	19.123,00
080 - EMILIA ROMAGNA	544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL. > O REIMP. ARTI INFER.	13	22	113.573,12	198.125,54	113.573,12	197.506,95



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Mobilità Passiva Ricoveri ordinari 2018 - Riepilogo per categoria principale di diagnosi (MDC) -

Filtri applicati: Debitore uguale a LIGURE.003 GENOVESE AND Struttura uguale a 1-STRUTTURE FUORI REGIONE AND Anno Mese uguale a 2018
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ANALISI CASISTICA MDC MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVA

Regione Ergante	Mdc	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018	Importi 2017	Importi 2018	Imp Tariffa Unica 2017	Imp Tariffa Unica 2018
010 - PIEMONTE	08 - MAL MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	1.856	1.795	8.886.250,05	9.345.814,34	8.886.250,05	9.345.814,34
010 - PIEMONTE	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	469	473	924.260,18	1.109.831,85	924.260,18	1.109.831,85
010 - PIEMONTE	05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	327	302	1.575.024,62	1.461.517,90	1.572.272,62	1.461.517,90
010 - PIEMONTE	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	202	227	344.837,57	446.667,96	344.837,57	446.667,96
010 - PIEMONTE	10 - MAL ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	132	178	327.424,64	499.572,58	327.424,64	499.572,58
010 - PIEMONTE	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	131	168	484.271,62	484.302,77	484.271,62	484.302,77
010 - PIEMONTE	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	178	150	500.331,10	514.045,20	514.045,20	422.800,90
010 - PIEMONTE	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	142	127	483.498,57	422.800,90	483.498,57	422.800,90
010 - PIEMONTE	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	156	124	866.634,66	638.039,82	866.634,66	634.539,82
010 - PIEMONTE	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	108	117	249.221,52	282.770,51	249.221,52	282.770,51
030 - LIGURIA	08 - MAL MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	2.314	2.229	11.707.769,12	11.302.048,11	11.715.777,41	11.274.335,28
030 - LIGURIA	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	332	373	632.000,59	688.876,59	631.836,17	690.413,11
030 - LIGURIA	05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	331	315	2.558.206,30	2.349.237,42	2.556.132,33	2.370.026,55
030 - LIGURIA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	316	303	2.403.897,38	2.406.976,66	2.408.071,27	2.412.990,12
030 - LIGURIA	09 - MAL PELLE/SOTTOCUT./MAMMELLA	294	283	625.125,98	580.375,77	632.139,92	583.745,50
030 - LIGURIA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	140	164	716.084,98	921.442,13	712.049,13	926.803,90
030 - LIGURIA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	124	130	513.042,34	580.428,84	511.239,49	583.979,84
030 - LIGURIA	10 - MAL ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	134	116	746.596,90	656.536,51	746.567,50	656.536,51
030 - LIGURIA	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	145	116	210.888,61	238.854,78	217.581,00	251.337,43
030 - LIGURIA	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	129	111	479.738,95	426.339,49	480.603,72	426.815,49
090 - TOSCANA	08 - MAL MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	273	290	932.351,88	1.092.685,84	932.351,88	1.093.781,24
090 - TOSCANA	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	78	96	196.096,56	172.331,98	196.096,56	172.331,98
090 - TOSCANA	19 - MALATT. MENTALI	64	69	96.625,80	104.587,05	95.104,18	104.587,05
090 - TOSCANA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	74	68	89.120,54	86.545,65	89.120,54	86.545,65
090 - TOSCANA	05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	46	50	279.874,29	340.046,31	287.794,09	362.117,91
090 - TOSCANA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	49	49	231.579,92	185.746,67	231.579,92	185.746,67
090 - TOSCANA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	28	26	88.987,22	54.976,34	88.987,22	54.976,34
090 - TOSCANA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	28	24	119.298,05	89.499,83	119.298,05	89.499,83
090 - TOSCANA	10 - MAL ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	25	23	50.753,30	43.848,85	50.753,30	43.848,85
090 - TOSCANA	09 - MAL PELLE/SOTTOCUT./MAMMELLA	9	21	23.526,14	37.589,86	23.526,14	37.589,86
080 - EMILIA ROMAGNA	08 - MAL MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	130	116	597.518,52	554.153,39	596.600,26	554.048,46
080 - EMILIA ROMAGNA	20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	141	107	443.678,80	355.961,60	443.678,80	355.961,60
080 - EMILIA ROMAGNA	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	92	83	415.691,17	263.831,86	415.045,56	263.404,05
080 - EMILIA ROMAGNA	19 - MALATT. MENTALI	82	72	272.127,56	233.911,93	272.127,56	233.911,93
080 - EMILIA ROMAGNA	05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	45	53	221.136,33	202.289,79	221.136,33	202.133,79
080 - EMILIA ROMAGNA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	50	50	636.941,65	579.642,78	610.140,49	562.391,21
080 - EMILIA ROMAGNA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	49	44	203.807,03	254.586,92	203.274,05	254.061,44
080 - EMILIA ROMAGNA	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	35	35	165.097,08	135.286,10	165.095,49	135.286,10
080 - EMILIA ROMAGNA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	25	27	107.642,41	93.009,54	107.642,41	89.840,20
080 - EMILIA ROMAGNA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	19	26	34.973,73	38.496,94	34.973,73	38.436,11



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Mobilità Attiva Ricoveri ordinari 2018 - Riepilogo per raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) -

Debitore	Mdc	Tipo Drg	Drg	Ricoveri Anno		Importi Anno	
				2017	2018	2017	2018
PIEMONTE	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	C - DRG CHIRURGICI	039 - (C524) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	196	232	194.824,00	230.608,00
PIEMONTE	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	C - DRG CHIRURGICI	042 - (C524) - INT.STRUTT.INTRAOCULARI NO RET/IRID/CRIS	88	105	134.055,00	159.810,00
PIEMONTE	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	M - DRG MEDICI	032 - (C524) - MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	20	24	72.919,98	109.203,00
PIEMONTE	14 - GRAVIDANZA-PARTO.PUERPERIO	M - DRG MEDICI	380 - (C524) - ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	2	9	836,00	3.344,00
LOMBARDIA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	C - DRG CHIRURGICI	042 - (C524) - INT.STRUTT.INTRAOCULARI NO RET/IRID/CRIS	1	9	1.522,00	13.698,00
PIEMONTE	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	M - DRG MEDICI	241 - (C524) - MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	1	8	603,00	17.144,63
LOMBARDIA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	C - DRG CHIRURGICI	039 - (C524) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	3	8	2.982,00	7.952,00
PIEMONTE	15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	M - DRG MEDICI	391 - (C524) - NEONATO NORMALE	10	7	5.600,00	3.920,00
PIEMONTE	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	M - DRG MEDICI	144 - (C524) - ALTRE DIAGNOSI APPARATO CIRCOLAT CC	4	6	15.205,00	20.331,00
PIEMONTE	11 - MALATT. RENE/VE URINARIE	C - DRG CHIRURGICI	311 - (C524) - INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	1	6	2.350,00	14.100,00
TOSCANA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	M - DRG MEDICI	035 - (C524) - ALTRE MALATTIE SISTEMA NERVOSO SENZA CC	1	6	2.350,00	27.815,40
SICILIA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	C - DRG CHIRURGICI	039 - (C524) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	9	6	8.946,00	5.964,00



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Mobilità Attiva Ricoveri ordinari 2018 - Riepilogo per categoria principale di diagnosi (MDC) -

MOBILITA' ATTIVA PRES. METROPOLITANO ASL 3 VS REGIONI ITALIANE					
Debitore	Mdc	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018	Importi 2017	Importi 2018
PIEMONTE	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	291	343	339.812,00	398.377,00
PIEMONTE	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	33	41	127.101,08	161.629,78
PIEMONTE	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	39	34	182.574,00	148.770,00
PIEMONTE	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	28	34	89.398,38	94.705,77
PIEMONTE	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	21	21	34.008,00	40.701,00
PIEMONTE	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	14	19	43.629,00	100.353,00
PIEMONTE	14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	15	18	19.571,00	15.064,00
PIEMONTE	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	30	16	56.680,00	24.963,00
PIEMONTE	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	16	15	32.992,00	24.749,00
PIEMONTE	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	10	15	25.676,00	41.354,00
PIEMONTE	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	4	10	10.460,00	16.692,00
PIEMONTE	17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	4	9	25.599,00	29.503,00
PIEMONTE	15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	10	7	5.600,00	3.920,00
PIEMONTE	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	13	6	25.404,00	19.742,00
PIEMONTE	19 - MALATT. MENTALI	3	6	4.371,00	7.819,00
PIEMONTE	16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	3	4	3.736,00	19.589,60
PIEMONTE	21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC		4		6.912,00
PIEMONTE	18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	1	3	5.493,00	29.300,00
PIEMONTE	22 - USTIONI	3	3	60.882,00	13.043,00
PIEMONTE	NA -		3		12.275,00
PIEMONTE	12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE		2		7.059,00
PIEMONTE	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	5	2	11.714,00	7.272,00
PIEMONTE	10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	3	1	7.842,00	2.800,00
PIEMONTE	PR - PRE-MDC	1		11.891,00	
LOMBARDIA	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	12	19	46.324,00	109.102,00
LOMBARDIA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	4	17	4.504,00	21.650,00
LOMBARDIA	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	9	10	42.774,46	41.252,04
LOMBARDIA	14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	8	9	6.951,00	13.495,00
LOMBARDIA	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	2	8	7.065,00	16.711,00
LOMBARDIA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	7	6	31.575,00	30.962,00
LOMBARDIA	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	3	6	5.723,00	12.959,00
LOMBARDIA	19 - MALATT. MENTALI	8	6	13.184,00	4.549,00
LOMBARDIA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	13	5	51.052,50	25.859,00
LOMBARDIA	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	5	4	12.704,00	11.753,00
LOMBARDIA	22 - USTIONI	3	4	56.441,00	55.094,00
LOMBARDIA	15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	4	3	2.240,00	1.680,00
LOMBARDIA	24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.		3		67.581,00
LOMBARDIA	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	3	2	6.867,00	455,00
LOMBARDIA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	5	2	18.269,00	3.840,00
LOMBARDIA	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	1	2	3.195,00	4.366,00
LOMBARDIA	16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN		1		6.624,00
LOMBARDIA	12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	1		3.592,00	
LOMBARDIA	17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1		4.081,00	
LOMBARDIA	18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	1		5.493,00	
LOMBARDIA	20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	1		1.436,00	
LOMBARDIA	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	2		8.554,00	
LOMBARDIA	PR - PRE-MDC	1		51.919,00	
TOSCANA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	2	10	9.617,70	49.567,50
TOSCANA	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	6	7	19.415,47	32.252,62



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

TOSCANA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	3	4	3.510,00	3.976,00
TOSCANA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	3	4	9.187,00	12.714,00
TOSCANA	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	3	4	3.619,00	6.293,00
TOSCANA	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	5	3	18.241,00	14.799,00
TOSCANA	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	5	3	22.404,00	7.050,00
TOSCANA	14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	3	3	3.827,00	1.826,00
TOSCANA	17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1	3	868,00	13.659,00
TOSCANA	22 - USTIONI	4	2	16.478,00	10.732,00
TOSCANA	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA		1		2.573,00
TOSCANA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	2	1	2.777,00	2.560,00
TOSCANA	15 - MALATT. PERIODO NEONATALE		1		560,00
TOSCANA	16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN		1		1.676,00
TOSCANA	19 - MALATT. MENTALI	5	1	5.366,00	1.356,00
TOSCANA	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	1	1	134,00	606,00
TOSCANA	10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	1		2.800,00	
TOSCANA	12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE		4	12.875,00	
TOSCANA	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	4		6.501,00	
TOSCANA	21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	1		1.733,00	
SICILIA	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	11	9	11.990,00	10.530,00
SICILIA	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	5	8	19.421,00	32.547,00
SICILIA	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	7	8	37.964,00	37.220,00
SICILIA	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	8	7	22.673,14	15.919,68
SICILIA	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	3	3	18.802,80	10.360,00
SICILIA	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	3	2	5.463,00	5.191,00
SICILIA	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	5	2	5.986,00	2.724,00
SICILIA	14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	2	2	836,00	1.517,00
SICILIA	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	1	2	8.624,00	3.566,00
SICILIA	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	1	1	1.613,00	2.573,00
SICILIA	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	1	1	3.734,00	2.701,00
SICILIA	13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	1	1	1.382,00	3.152,00
SICILIA	18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	2	1	4.687,00	2.710,00
SICILIA	19 - MALATT. MENTALI		1		1.356,00
SICILIA	NA -		1		10.158,00
SICILIA	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	2		5.306,00	
SICILIA	16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	1		1.676,00	



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Mobilità Passiva Ambulatoriale 2018

Filtri applicati: Debitore uguale a 1-LIGURE.003 GENOVESE AND Azienda Presidio Struttura uguale a 1-STRUTTURE FUORI REGIONE AND Anno Mese uguale a 2018

SPECIALESTATISTICA AMBULATORIALE - ANALISI CASISTICA MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVA

Regione erogante	Codice classe RL	Numero Prestazioni 2017	Importo Lordo Regionale 2017	Importo Lordo Regionale 2018
PIEMONTE	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	59.590	61.871	128.612
PIEMONTE	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	17.168	17.704	91.776
PIEMONTE	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	18.069	16.809	311.493
PIEMONTE	*-NON SIGNIFICATIVO	8.992	8.541	1.283.081
PIEMONTE	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	7.141	6.421	17.755
PIEMONTE	0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	5.016	6.158	115.807
PIEMONTE	0501-ESAMI CARDIOLOGICI	3.592	3.647	41.946
PIEMONTE	0302-TAC	1.308	1.892	50.704
PIEMONTE	0304-ECOGRAFIE	1.659	1.760	196.715
LOMBARDIA	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	27.820	27.505	76.819
LOMBARDIA	*-NON SIGNIFICATIVO	9.417	10.348	62.013
LOMBARDIA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	8.599	8.788	1.724.081
LOMBARDIA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	3.383	3.393	62.652
LOMBARDIA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	3.313	3.348	79.915
LOMBARDIA	0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	2.481	2.417	46.539
LOMBARDIA	0205-ESAMI CITOLOGICI	1.896	1.806	36.558
LOMBARDIA	0304-ECOGRAFIE	1.660	1.741	188.648
LOMBARDIA	0502-ESAMI NEUROLOGICI	1.304	1.338	60.981
TOSCANA	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	10.624	10.711	16.839
TOSCANA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	3.878	3.861	33.215
TOSCANA	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	3.867	3.735	57.060
TOSCANA	*-NON SIGNIFICATIVO	1.558	1.572	24.114
TOSCANA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	1.541	1.461	288.997
TOSCANA	0205-ESAMI CITOLOGICI	1.035	1.315	3.619
TOSCANA	0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	812	903	179.239
TOSCANA	0304-ECOGRAFIE	639	642	15.009
TOSCANA	0903-RIABILITAZIONE PSICOLOGICA	284	487	21.827
TOSCANA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	325	400	6.759
EMILIA ROMAGNA	0204-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	10.219	9.525	3.128
EMILIA ROMAGNA	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	3.070	2.767	22.246
EMILIA ROMAGNA	*-NON SIGNIFICATIVO	2.376	2.060	16.378
EMILIA ROMAGNA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	1.521	1.321	117.179
EMILIA ROMAGNA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	1.062	1.022	24.185
EMILIA ROMAGNA	0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	934	972	2.625
EMILIA ROMAGNA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	648	553	17.836
EMILIA ROMAGNA	0901-RIABILITAZIONE FISICA	196	286	7.883
EMILIA ROMAGNA	0304-ECOGRAFIE	358	282	2.124
EMILIA ROMAGNA	0504-ESAMI OTORINOLARINGOIATRICI	305	275	15.918
				12.723
				3.154



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Mobilità Attiva Ambulatoriale 2018

Filtri applicati: Struttura uguale a AZIENDA USL 3.070003 - AUSL 003.070051 - OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE, AZIENDA USL 3.070003 - AUSL 003.070003 - AUSL 003.070301 - PRESIDIO OSPEDALIERO METROPOLITANO, AZIENDA USL 3.070003 - Debitore uguale a REGIONI ITALIANE AND Anno Mese uguale a 2018

MOBILITÀ ATTIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ASL 3 VS REGIONI ITALIANE		Numero Prestazioni 2017	Numero Prestazioni 2018	Importo Lordo Regionale 2017	Importo Lordo Regionale 2018
Debitore					
Codice classe regionale					
010 - PIEMONTE	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	16.141	18.586	37.840,95	46.716,89
010 - PIEMONTE	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	4.027	4.605	17.155,76	19.418,41
010 - PIEMONTE	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	1.775	2.060	5.046,74	5.907,86
010 - PIEMONTE	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	3.182	3.266	52.968,22	54.957,77
010 - PIEMONTE	0301-RADIOLOGIA (TRAD. CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	1.007	1.088	19.466,27	22.182,60
010 - PIEMONTE	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	791	830	8.041,71	8.395,58
010 - PIEMONTE	1001-DIALISI	341	389	16.443,63	21.763,21
010 - PIEMONTE	0501-ESAMI CARDIOLOGICI	448	485	9.466,19	10.431,50
010 - PIEMONTE	0304-ECOGRAFIE	368	373	16.599,41	17.377,15
010 - PIEMONTE	0701-INTERVENTI CHIRURGICI	255	248	7.130,16	10.352,07
030 - LOMBARDIA	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	5.512	6.688	12.622,68	16.400,75
030 - LOMBARDIA	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	1.634	1.874	6.583,34	8.229,81
030 - LOMBARDIA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	1.154	1.307	18.924,74	21.915,04
030 - LOMBARDIA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	601	866	1.616,18	2.327,84
030 - LOMBARDIA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	378	438	3.568,06	4.208,11
030 - LOMBARDIA	0301-RADIOLOGIA (TRAD. CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	467	402	8.270,35	7.305,71
030 - LOMBARDIA	1001-DIALISI	98	250	18.055,66	50.241,66
030 - LOMBARDIA	0603-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	59	240	635,02	2.889,46
030 - LOMBARDIA	0705-INTERVENTI ORTOPEDICI	5	190	650,42	3.300,36
030 - LOMBARDIA	0501-ESAMI CARDIOLOGICI	127	169	2.302,07	3.000,03
190 - SICILIA	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	3.916	4.688	9.241,08	10.779,69
190 - SICILIA	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	1.004	1.227	3.876,41	4.769,78
190 - SICILIA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	941	929	16.014,81	15.834,03
190 - SICILIA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	368	498	1.044,86	1.442,68
190 - SICILIA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	257	380	2.290,45	3.843,86
190 - SICILIA	0301-RADIOLOGIA (TRAD. CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	290	304	5.433,57	5.902,26
190 - SICILIA	0603-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	29	95	431,77	1.129,79
190 - SICILIA	0501-ESAMI CARDIOLOGICI	107	131	1.729,48	2.429,28
190 - SICILIA	1001-DIALISI	66	60	11.372,62	11.372,62
190 - SICILIA	1002-PROCEDURE LEGATE ALLA DIALISI	3.513	3.901	8.095,87	935,31
200 - SARDEGNA	0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	822	929	3.247,76	10.251,80
200 - SARDEGNA	0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	389	447	1.102,02	4.106,94
200 - SARDEGNA	0201-LABORATORIO: PRELIEVI	627	584	10.256,63	1.279,46
200 - SARDEGNA	0101-VISITA GENERALE E SPEC.	206	229	2.479,89	9.714,37
200 - SARDEGNA	0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	182	202	3.628,58	2.435,16
200 - SARDEGNA	0301-RADIOLOGIA (TRAD. CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	132	126	3.231,69	3.989,28
200 - SARDEGNA	0501-ESAMI CARDIOLOGICI	84	79	20.668,76	2.472,55
200 - SARDEGNA	1001-DIALISI	84	53	1.466,64	20.400,17
200 - SARDEGNA	1002-PROCEDURE LEGATE ALLA DIALISI	84	81	3.750,92	925,38
200 - SARDEGNA	0304-ECOGRAFIE	67	81	4.060,69	4.060,69



Tabella Assistiti e Residenti Asl3 Anno 2018, per Residenza e Domicilio

Comune di residenza	N Assistiti Residenti + N Residenti e Domiciliati in un altro comune dell'Asl3	N Assistiti Domiciliati fuori da un comune dell'Asl3	Regione domicilio (se domicilio non in un comune di Asl3)	N Assistiti Domiciliati fuori da un comune dell'Asl3	N Assistiti Residenti in Asl3
Genova	570726	461	Piemonte	61	571187
			Valle d'Aosta	1	
			Liguria	275	
			Lombardia	35	
			Trentino-Alto Adige	1	
			Veneto	4	
			Friuli-Venezia Giulia	1	
			Emilia-Romagna	11	
			Toscana	15	
			Umbria	2	
			Lazio	3	
			Campania	7	
			Puglia	5	
			Calabria	9	
Sicilia	16				
Sardegna	6				
Estero	4				
.	5				
Arenzano	11477	16	Piemonte	3	11493
			Liguria	6	
			Lombardia	2	
			Friuli-Venezia Giulia	1	
			Sicilia	1	
			Lombardia	2	
Avegno	2570	1	Emilia-Romagna	1	2571
			Liguria	1	
Bargagli	2676	5	Piemonte	1	2681
			Liguria	3	
			Emilia-Romagna	1	
Bogliasco	4534	3	Liguria	1	4537
			Toscana	2	
Busalla	5462	3	Liguria	1	5465
			Calabria	1	
			Sicilia	1	
Camogli	5330	5	Liguria	3	5335
			Toscana	1	
			Lazio	1	
Campo Ligure	2832	1	Liguria	1	2833
Campomorone	6668	10	Piemonte	1	6678
			Liguria	6	
			Campania	1	
			Abruzzo	1	
			Puglia	1	
Casella	3146	1	Liguria	1	3147
Ceranesi	3749	2	Liguria	1	3751
			Emilia-Romagna	1	



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Cogoleto	9007	11	Piemonte Liguria Lombardia Veneto	1 5 4 1	9018
Crocefieschi	530	1	Liguria	1	531
Davagna	1868	1	Liguria	1	1869
Fascia	64	0			64
Fontanigorda	258	0			258
Gorreto	87	0			87
Isola del Cantone	1421	0			1421
Lumarzo	1522	2	Liguria	2	1524
Masone	3572	2	Lombardia	2	3574
Mele	2624	7	Piemonte Liguria Lombardia	1 2 1 3	2631
Mignanego	3550	5	Piemonte Liguria Emilia-Romagna	1 3 1	3555
Montebruno	226	0			226
Montoggio	2067	1	Emilia-Romagna	1	2068
Pieve Ligure	2536	0			2536
Propata	129	0			129
Recco	9638	8	Liguria	8	9646
Ronco Scrivia	4206	4	Liguria Lombardia Sardegna	2 1 1	4210
Rondanina	65	0			65
Rossiglione	2612	1	Piemonte	1	2613
Rovegno	485	1	Liguria	1	486
Sant'Olcese	5774	9	Piemonte Liguria Lazio	3 4 2	5783
Savignone	3132	3	Liguria	3	3135
Serra Riccò	7761	8	Piemonte Liguria Lombardia Emilia-Romagna Marche Toscana Sicilia	1 2 1 1 1 1 1	7769
Sori	4260	1	Sardegna	1	4261
Tiglieto	520	2	Trentino-Alto Adige Toscana	1 1	522
Torriglia	2223	2	Piemonte Lombardia	1 1	2225
Uscio	2148	2	Liguria	2	2150
Valbrenna	771	1	Emilia-Romagna	1	772
Vobbia	378	1	Liguria	1	379
Totale	692604	581			693185



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Tabella Assistiti e Residenti Asl3 Anno 2018, per Residenza e Domicilio - Sintesi

N Assistiti Residenti + N Residenti e Domiciliati in un altro comune dell'Asl3	N Assistiti Domiciliati fuori da un comune dell'Asl3	N Assistiti Residenti in Asl3 Totale
692604	581	693185
	Piemonte 76 13,08	
	Valle d'Aosta 1 0,17	
	Liguria 335 57,66	
	Lombardia 51 8,78	
	Trentino-Alto Adige 2 0,34	
	Veneto 5 0,86	
	Friuli-Venezia Giulia 2 0,34	
	Emilia-Romagna 18 3,10	
	Toscana 20 3,44	
	Umbria 2 0,34	
	Lazio 6 1,03	
	Campania 8 1,38	
	Marche 1 0,17	
	Abruzzo 1 0,17	
	Puglia 6 1,03	
	Calabria 10 1,72	
	Sicilia 19 3,27	
	Sardegna 8 1,38	
	Estero 4 0,69	
	n.c. 6 1,03	

Table 3

Simple Rules for the 21st Century Health Care System

Current Approach	New Rule ³
Care is based primarily on visits	Care based on continuous healing relationships
Professional autonomy drives variability	Customization based on patient needs and values
Professionals control care	The patient as the source of control
Information is a record	Shared knowledge and free flow of information
Decisionmaking is based on training and experience	Evidence-based decisionmaking
Do no harm is an individual responsibility	Safety as a system property
Secrecy is necessary	The need for transparency
The system reacts to needs	Anticipation of needs
Cost reduction is sought	Continuous decrease in waste
Preference is given to professional roles over the system	Cooperation among clinicians

Hughes RG (ed.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality - March 2008.



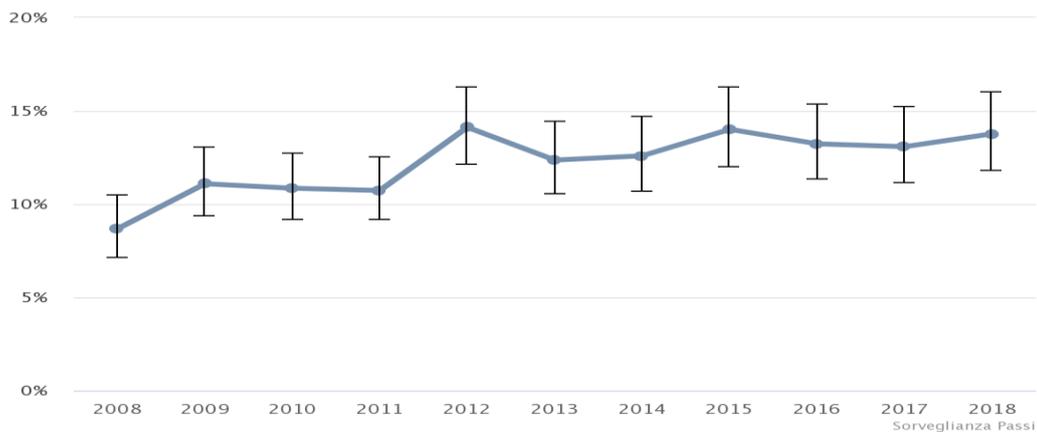
Da EpiCentro - La sorveglianza Passi (periodo 2015-2018)

Determinanti di salute socio-anagrafici

	Regione			Italia			Valore più basso peggiore	25% percentile rispetto al valore nazionale	75% percentile valore nazionale	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Basso livello di istruzione	29.3	28.0	30.6	29.3	28.0	30.6				
Molte difficoltà economiche	8.3	7.5	9.1	8.3	7.5	9.1				
Cittadinanza straniera	6.4	5.8	7.2	6.4	5.8	7.2				
Vive solo	13.5	12.5	14.6	13.5	12.5	14.6				
Coniugato	55.5	54.2	56.8	55.5	54.2	56.8				
Occupato lavorativamente	71.2	69.9	72.6	71.2	69.9	72.6				

Trend annuale Vive solo Regione Liguria

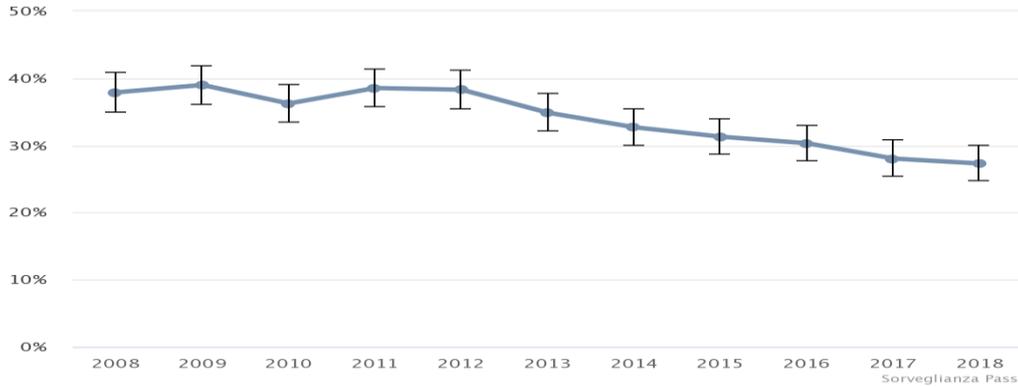
Passi 2008-2018





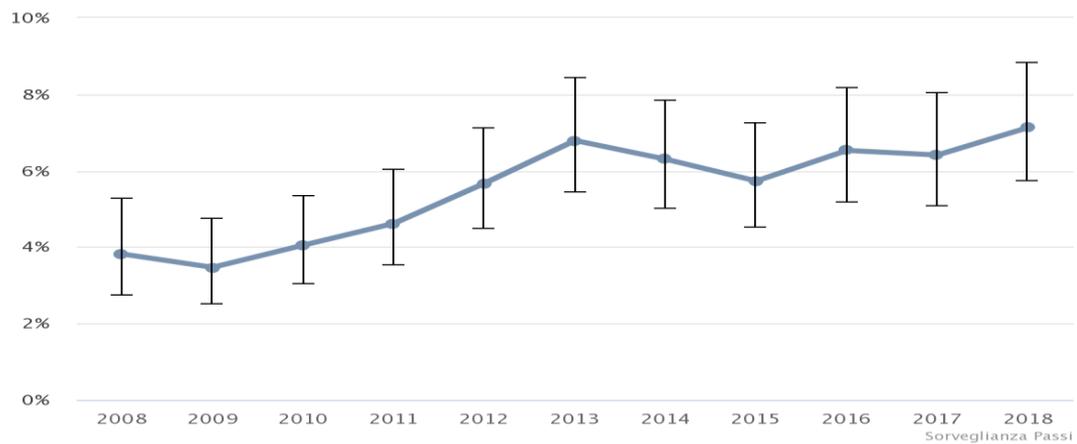
Trend annuale Basso livello di istruzione Regione Liguria

Passi 2008-2018



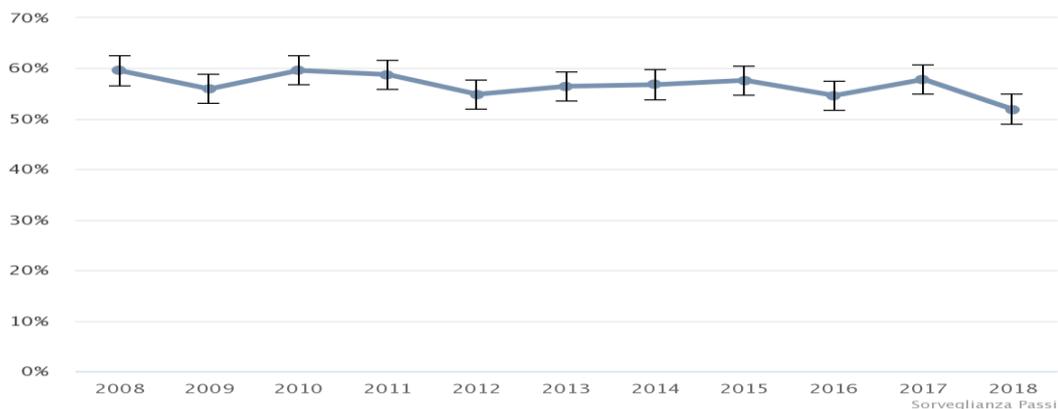
Trend annuale Cittadinanza straniera Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Coniugato Regione Liguria

Passi 2008-2018





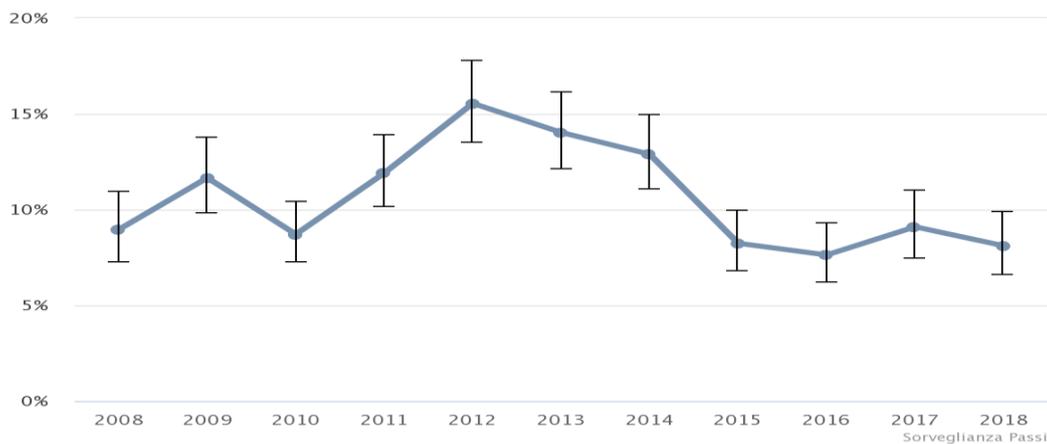
Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

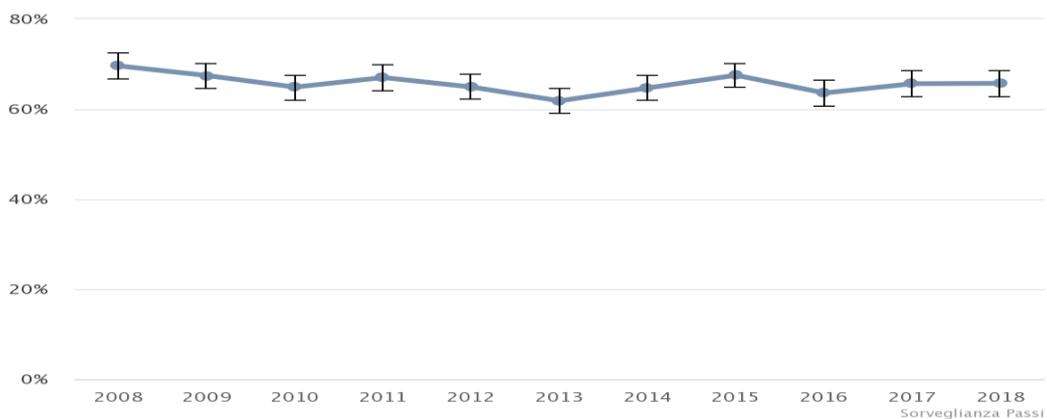
Trend annuale Molte difficoltà economiche Regione Liguria

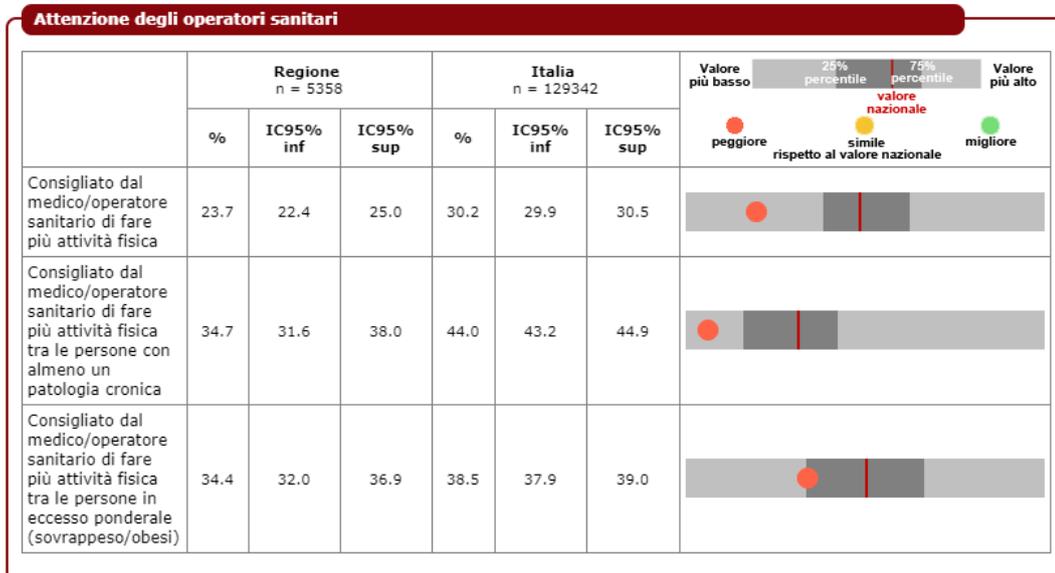
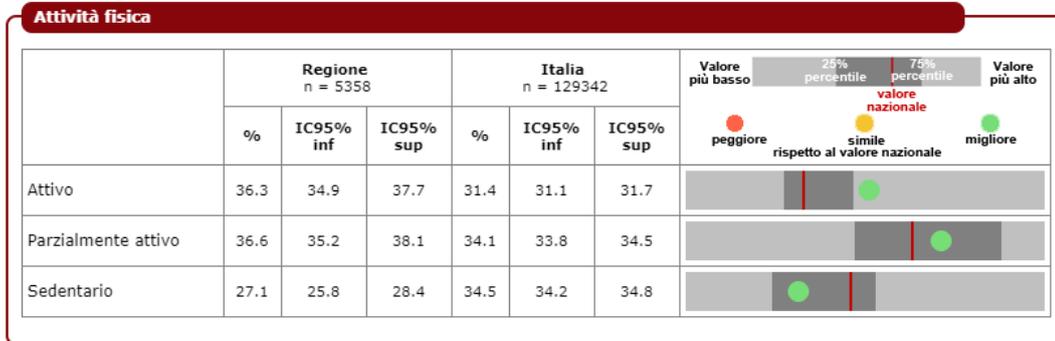
Passi 2008-2018



Trend annuale Occupato lavorativamente Regione Liguria

Passi 2008-2018

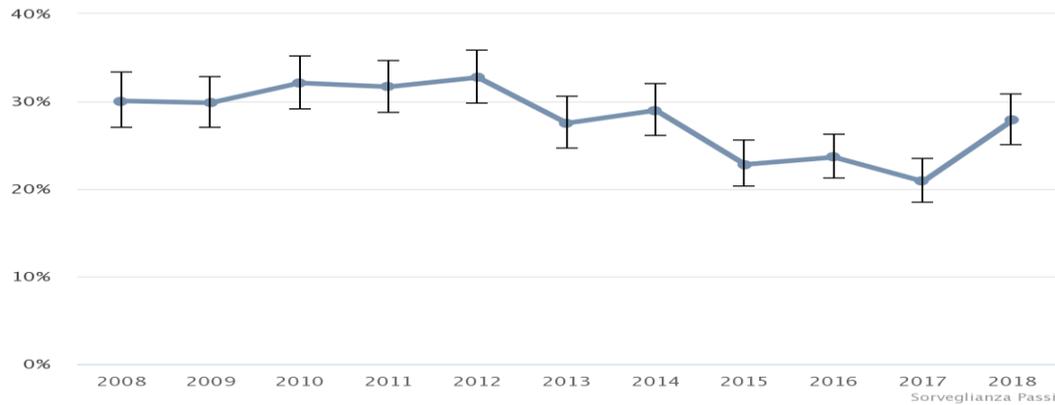






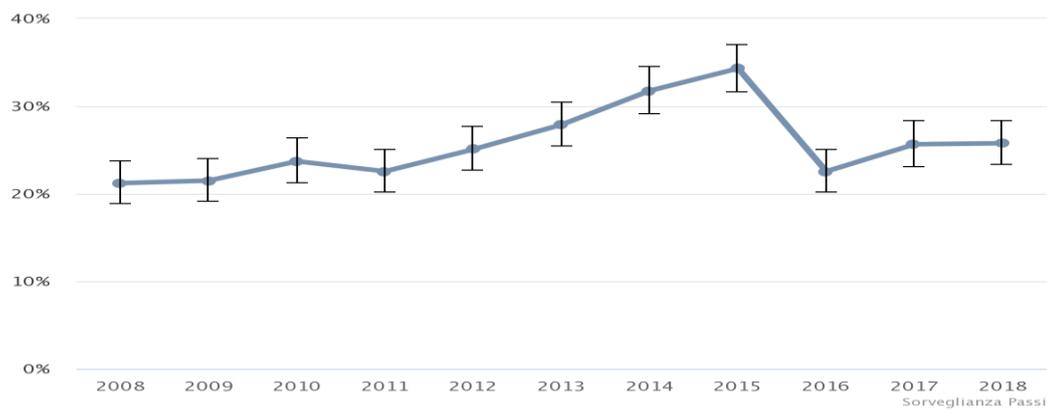
Trend annuale Consiglio fare attività fisica Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Sedentari Regione Liguria

Passi 2008-2018



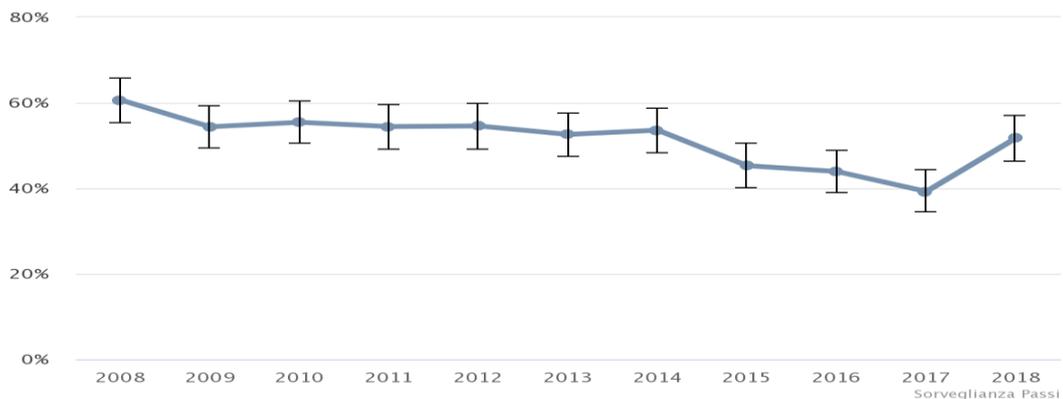


Eccesso ponderale							
	Regione n = 5423			Italia n = 132158			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Obesi	8.3	7.5	9.2	10.9	10.6	11.1	
Sovrappeso	26.0	24.7	27.2	31.6	31.3	31.9	
Normo/sottopeso	65.7	64.4	67.1	57.6	57.2	57.9	

Attenzione degli operatori sanitari							
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	67.2	61.8	72.1	73.2	72.2	74.2	
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	37.7	34.8	40.6	38.2	37.5	38.8	
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	46.7	41.4	52.0	51.8	50.7	53.0	
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	30.4	27.8	33.2	33.7	33.1	34.3	

Trend annuale Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale Regione Liguria

Passi 2008-2018





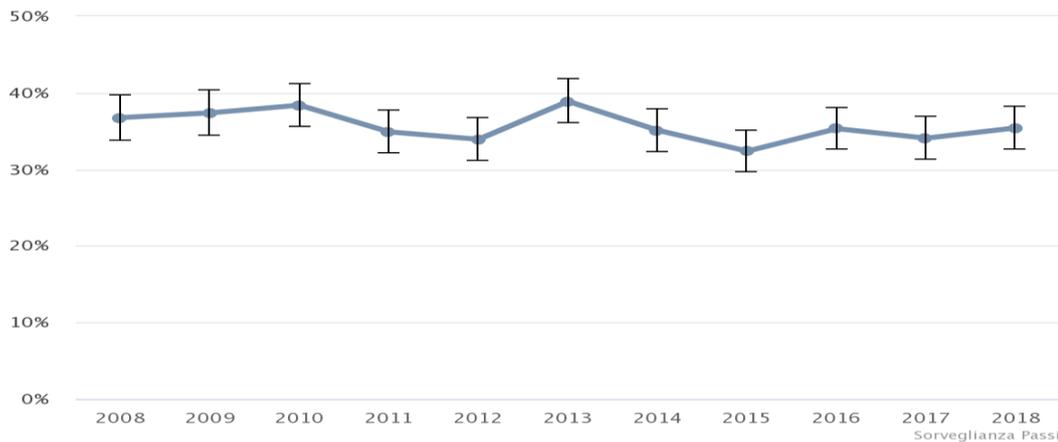
Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

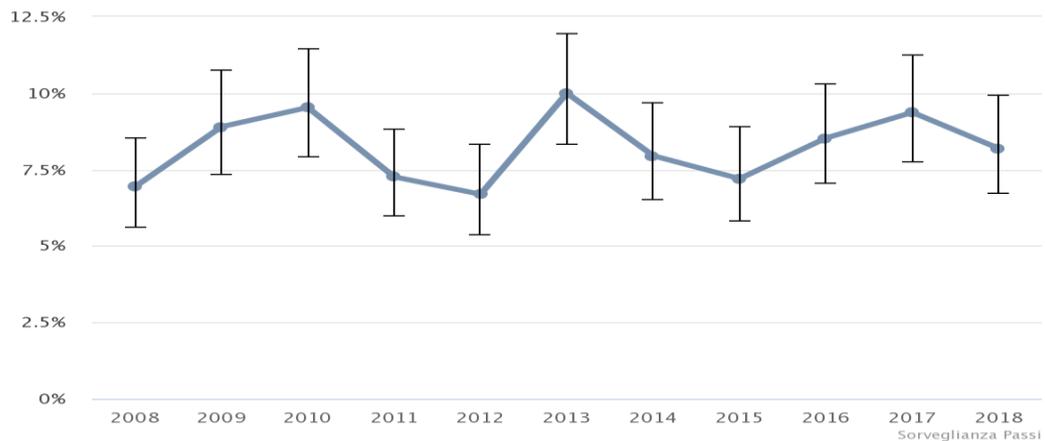
Trend annuale Eccesso ponderale Regione Liguria

Passi 2008-2018



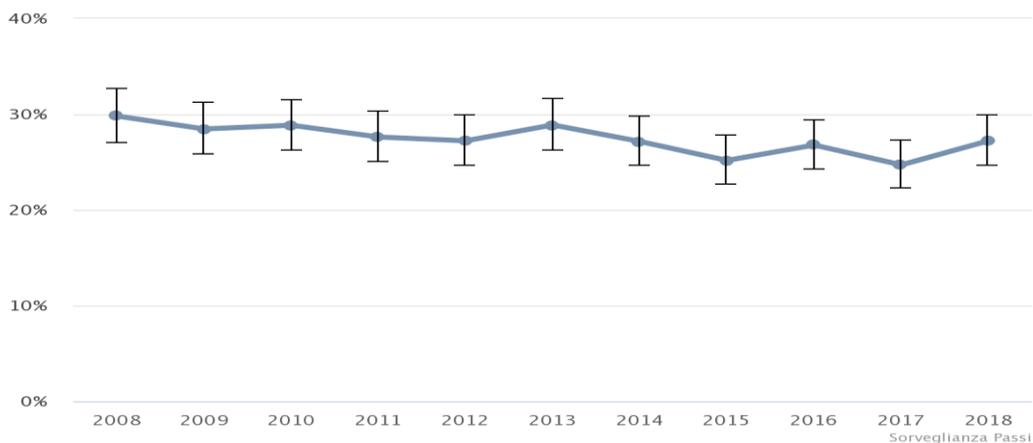
Trend annuale Obesi Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Sovrappeso Regione Liguria

Passi 2008-2018



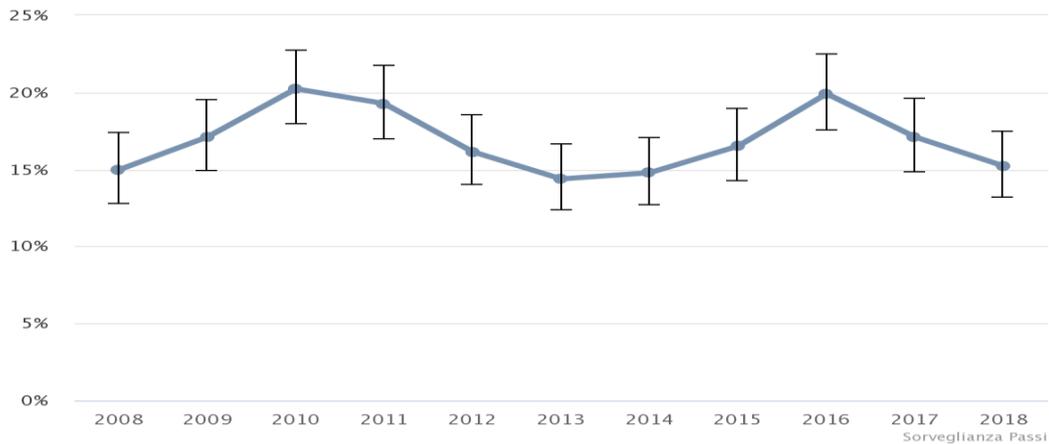


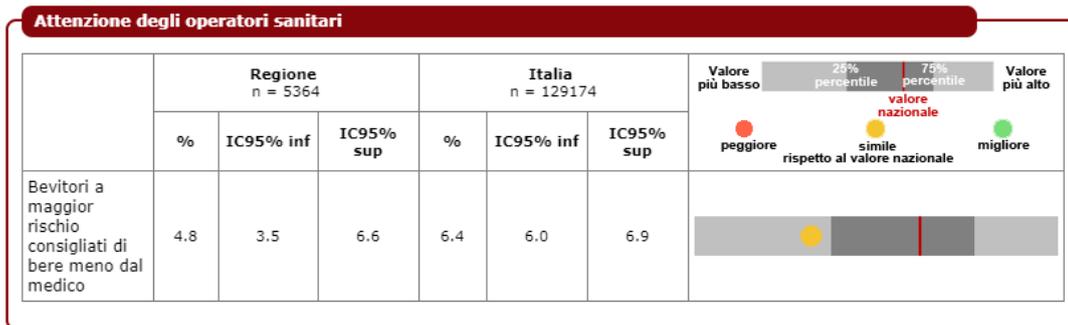
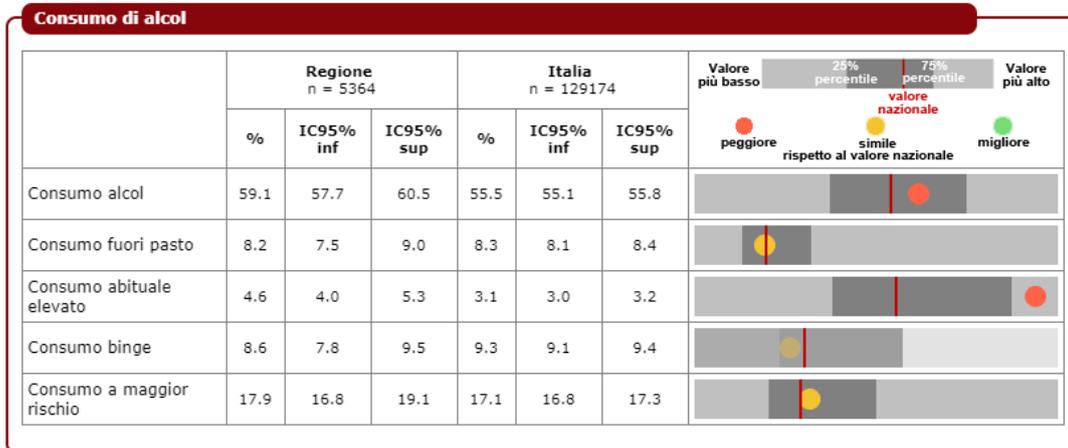
Consumo quotidiano di frutta e verdura

	Regione n = 5426			Italia n = 132645			Valore più basso peggiore	25% percentile	75% percentile	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
0 porzioni	1.5	1.2	1.9	2.6	2.5	2.8				
1/2 porzioni	38.6	37.2	40.0	48.3	47.9	48.6				
3/4 porzioni	42.7	41.2	44.2	39.1	38.7	39.4				
5+ porzioni	17.2	16.1	18.4	10.0	9.8	10.2				

Trend annuale Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura Regione Liguria

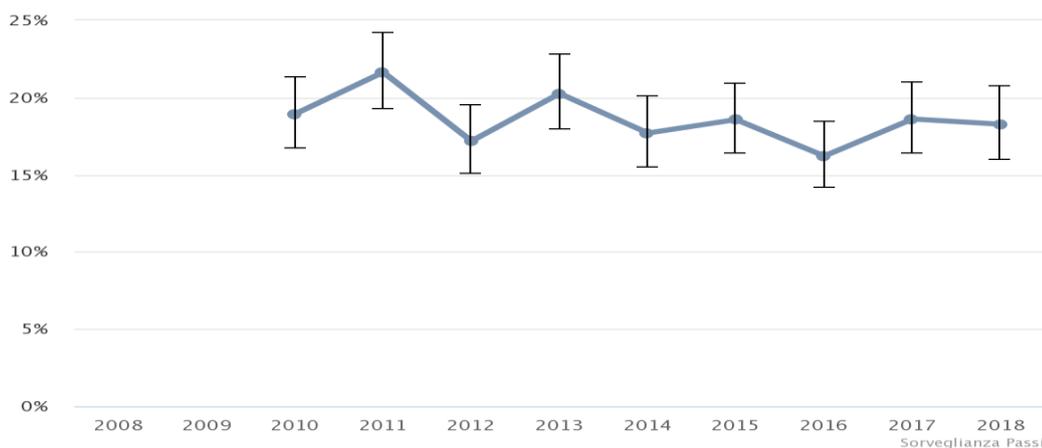
Passi 2008-2018





Trend annuale Consumo a maggior rischio Regione Liguria

Passi 2008-2018



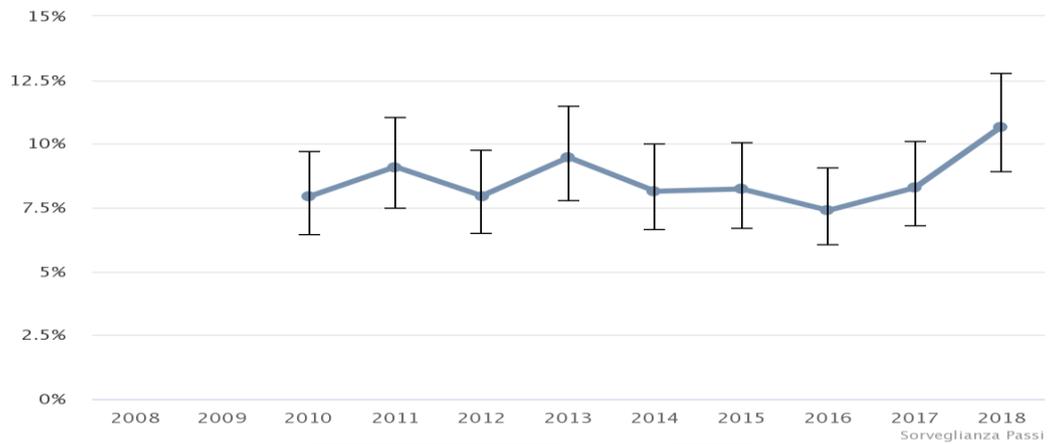


Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Trend annuale Consumo binge Regione Liguria
Passi 2008–2018





Abitudine al fumo di sigaretta

	Regione n = 5427			Italia n = 132511			Valore più basso peggiore	25% percentile rispetto al valore nazionale	75% percentile valore nazionale	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Non fumatori	54.3	52.8	55.7	56.8	56.4	57.1				
Fumatori	26.1	24.8	27.4	25.7	25.4	26.0				
in astensione	1.0	0.7	1.3	1.0	0.9	1.1				
occasionali	0.7	0.5	1.0	0.5	0.5	0.6				
quotidiani	24.4	23.1	25.7	24.1	23.8	24.4				
Ex-fumatori	19.6	18.5	20.8	17.5	17.3	17.8				
Numero medio di sigarette fumate	12.6	12.1	13.1	12.2	12.1	12.4				

Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).
 Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.
 Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.
 Fumatore in astensione: fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.
 Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.
 Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

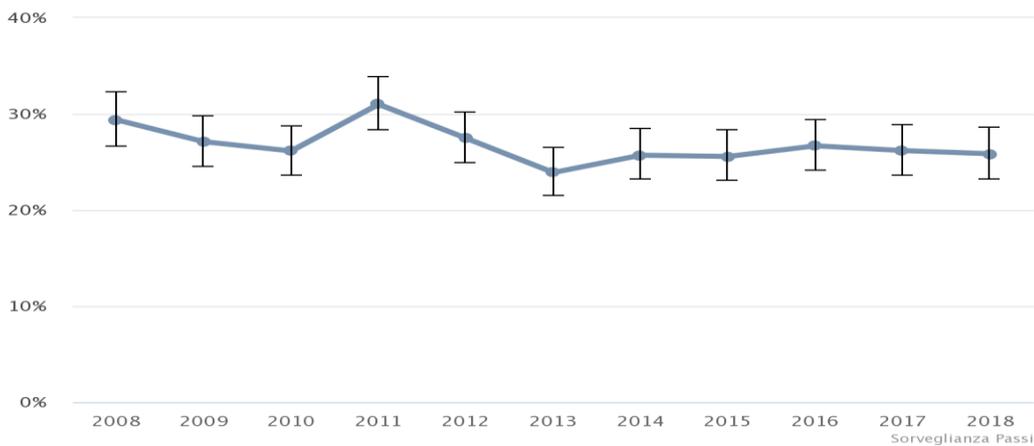
Attenzione degli operatori sanitari

	Regione n = 5427			Italia n = 132511			Valore più basso peggiore	25% percentile rispetto al valore nazionale	75% percentile valore nazionale	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Chiesto se fuma	31.2	29.8	32.7	37.6	37.3	38.0				
Consiglio smettere	46.7	43.5	49.9	51.4	50.6	52.1				

Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Trend annuale Fumatore Regione Liguria

Passi 2008-2018





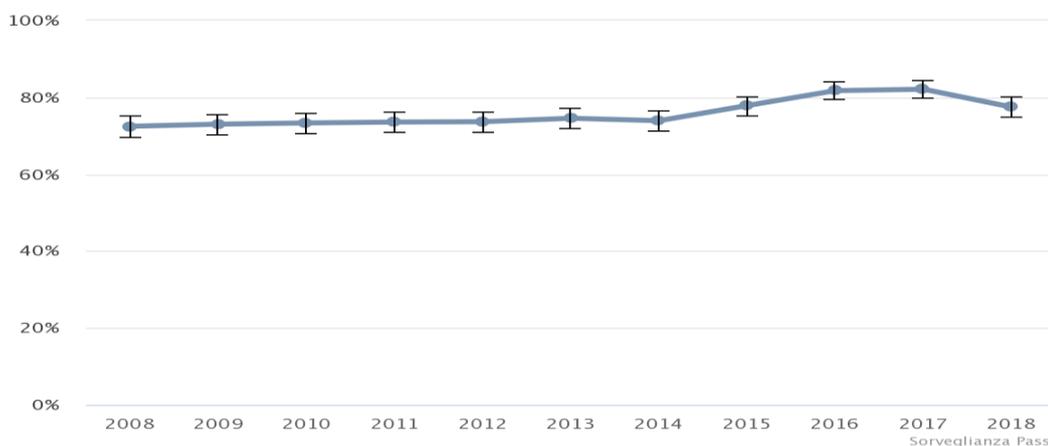
Fumo passivo

	Regione n = 5427			Italia n = 132511			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	94.9	94.2	95.5	91.4	91.2	91.6				
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	94.6	93.6	95.4	93.4	93.2	93.6				
Astensione dal fumare nella propria abitazione	79.8	78.6	81.0	82.7	82.5	83.0				
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	88.4	86.1	90.4	88.8	88.3	89.3				



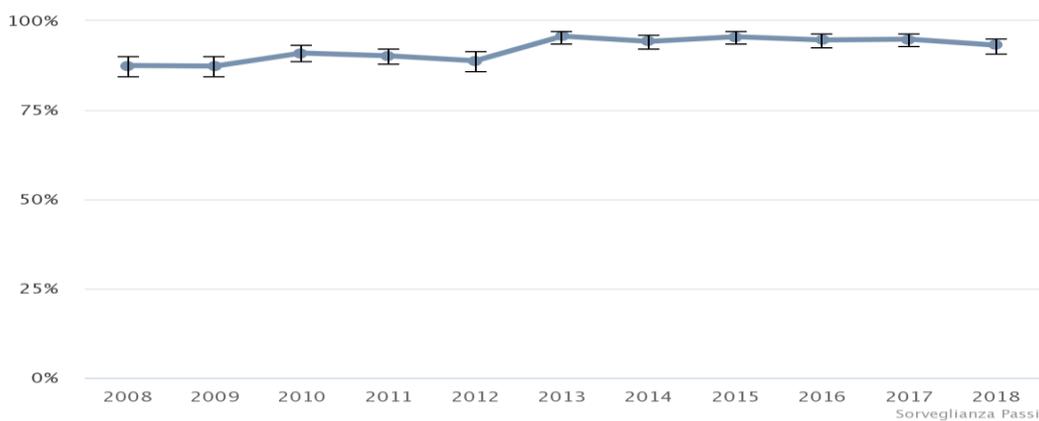
Trend annuale Astensione dal fumo in casa Regione Liguria

Passi 2008-2018



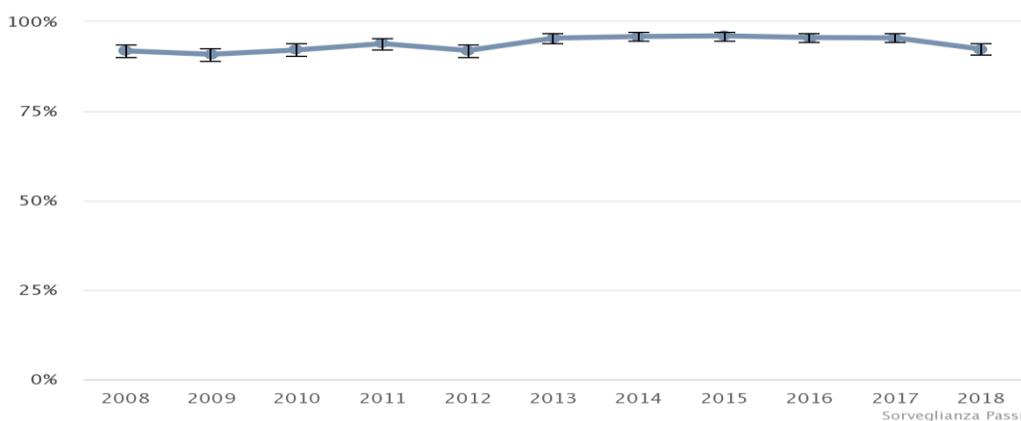
Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici Regione Liguria

Passi 2008-2018





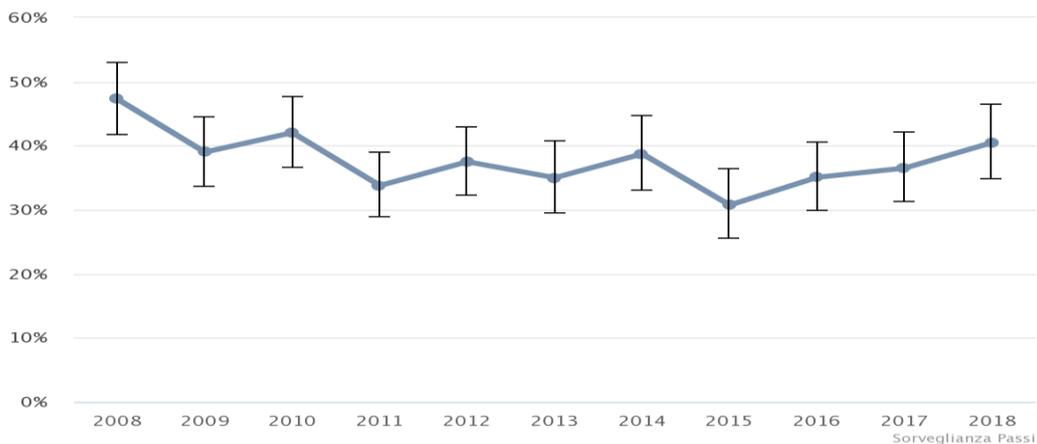
Tentativo di smettere di fumare

	Regione n = 5427			Italia n = 132511			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	35.7	33.0	38.5	35.6	34.9	36.2				
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere										
Tentativo fallito	80.1	75.9	83.8	80.6	79.7	81.5				
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	9.9	7.4	13.2	10.4	9.8	11.1				
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	9.9	7.4	13.3	8.9	8.4	9.6				

* Fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare, tra chi era fumatore fino a 12 mesi prima dell'intervista.

Trend annuale Tentativo di smettere di fumare Regione Liguria

Passi 2008-2018





Rischio cardiovascolare

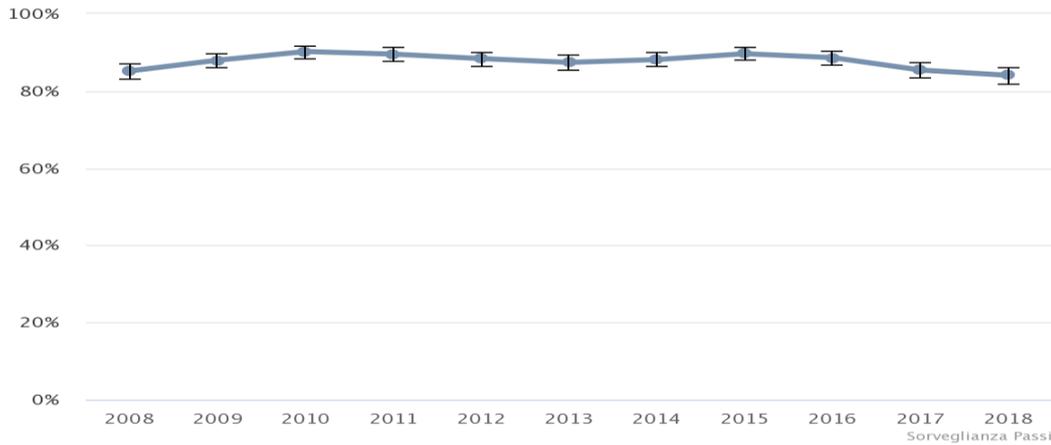
	Regione			Italia			Valore più basso ● peggiore	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	87.0	86.0	87.9	82.1	81.9	82.4				
Iperensione riferita	18.5	17.4	19.6	19.9	19.6	20.2				
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	86.7	85.7	87.6	79.5	79.2	79.7				
Ipercolesterolemia riferita	21.1	19.8	22.4	22.6	22.3	23.0				
Calcolo rischio cardiovascolare	3.3	2.7	4.1	4.7	4.5	4.9				
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	93.6	92.7	94.3	97.1	97.0	97.2				

*Iperensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.
 Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.
 Calcolo rischio cardiovascolare: su tutte le persone >=35 anni, senza patologie CV.
 Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.*



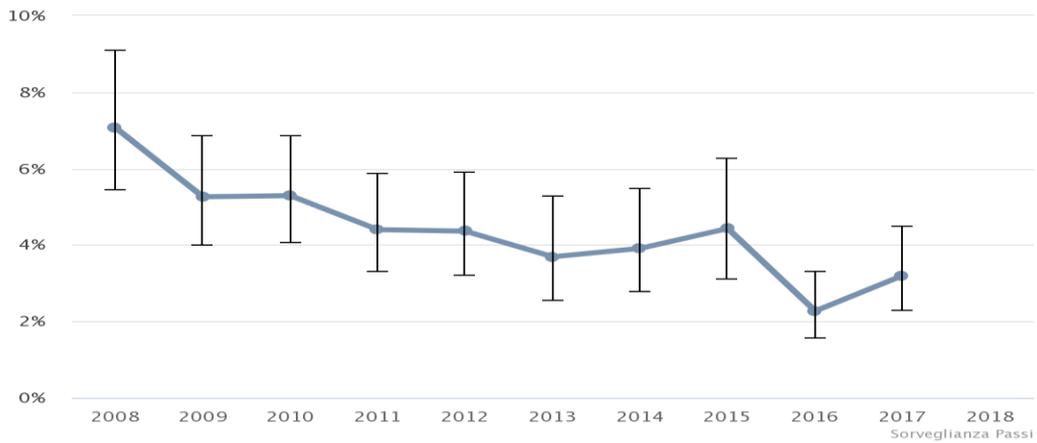
Trend annuale Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Regione Liguria

Passi 2008-2018



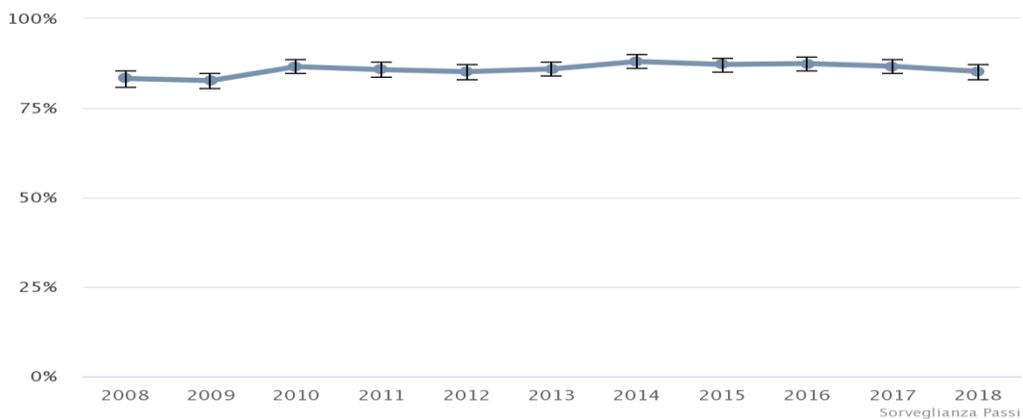
Trend annuale Calcolo rischio cardiovascolare Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita Regione Liguria

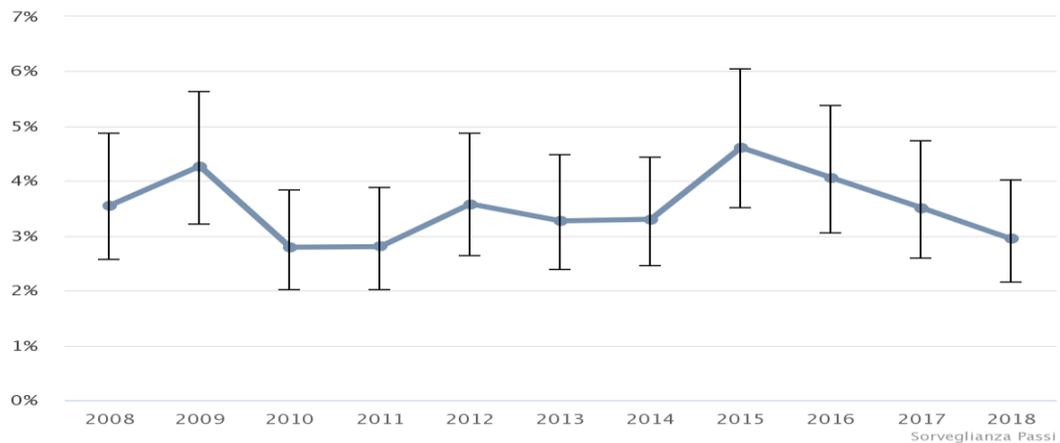
Passi 2008-2018





	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	● peggiore	● simile rispetto al valore nazionale	● migliore	
Diabete	3.8	3,3	4.4	4.8	4,6	4.9				

Trend annuale Diabete Regione Liguria
Passi 2008-2018



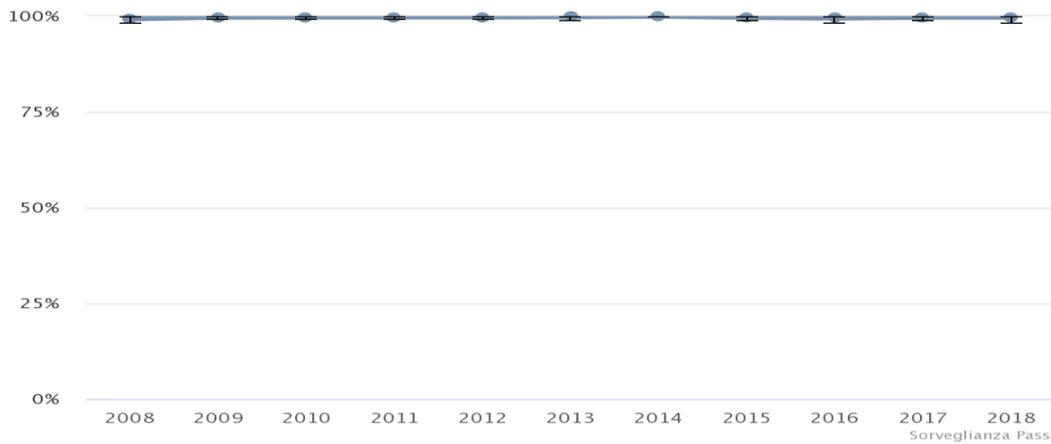


Uso dispositivi di sicurezza							
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore nazionale Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Uso cintura anteriore sempre	96.5	95.9	97.0	85.1	84.8	85.3	
Uso cintura posteriore sempre	35.0	33.4	36.6	21.3	21.0	21.6	
Uso casco sempre	99.7	99.3	99.8	96.3	96.0	96.6	
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	10.3	7.9	13.3	19.6	18.9	20.4	
Penetrazione campagna informativa su uso di dispositivi sicurezza per bambini				63.5	45.0	78.7	



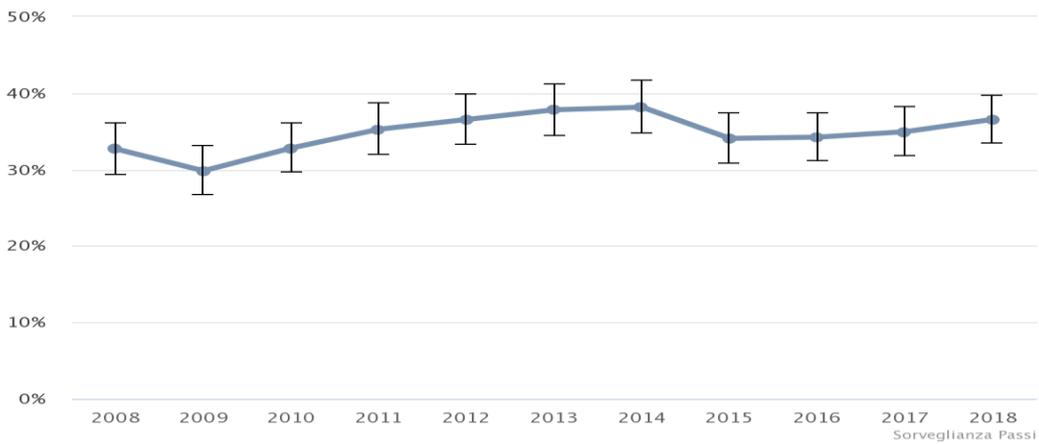
Trend annuale Uso casco sempre Regione Liguria

Passi 2008-2018



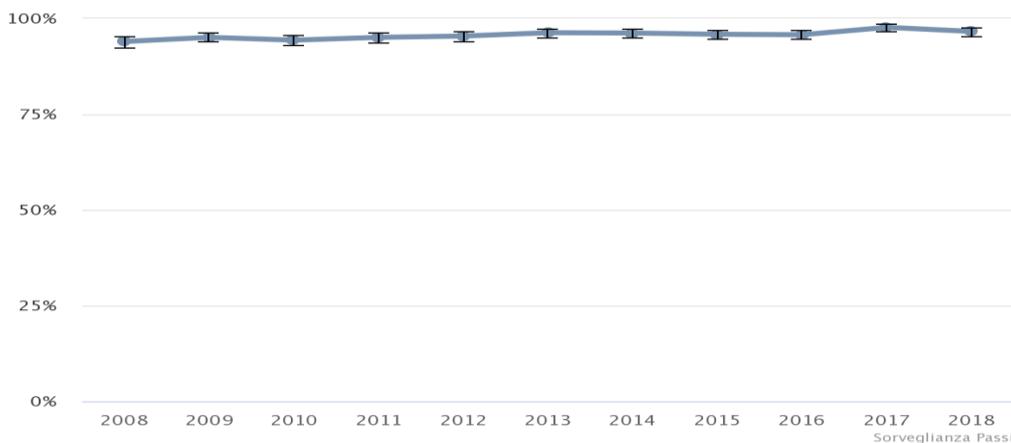
Trend annuale Uso cintura posteriore sempre Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Uso cintura anteriore sempre Regione Liguria

Passi 2008-2018

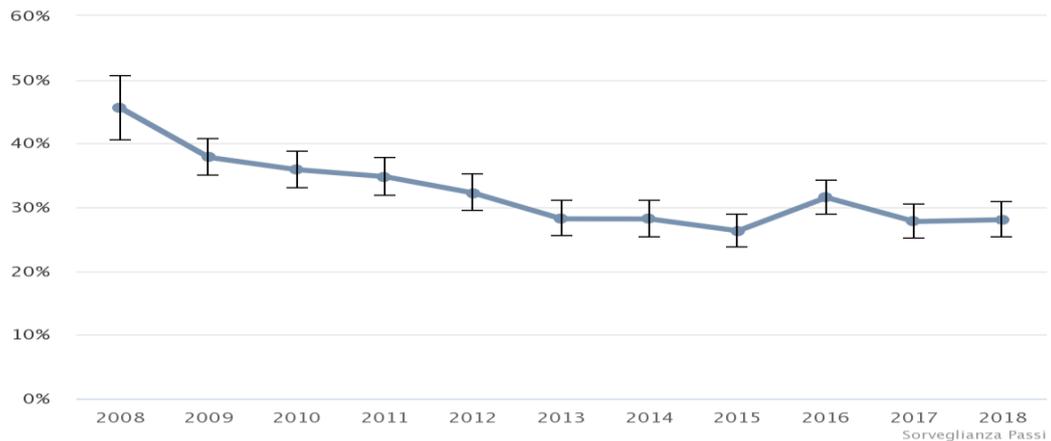




	Regione n = 3082			Italia n = 71208			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Guida sotto effetto dell'alcol	6.3	5.4	7.4	7.3	7.0	7.5				
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	4.1	3.6	4.8	4.9	4.8	5.1				
Controlli forze dell'ordine	28.4	27.1	29.7	28.7	28.4	29.0				
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	12.0	10.3	13.9	9.3	9.0	9.7				

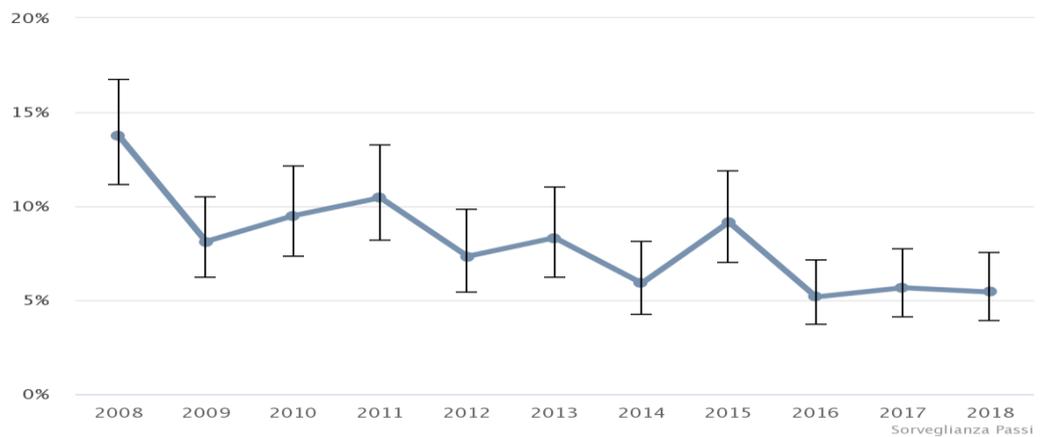
Trend annuale Controlli forze dell'ordine Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Guida sotto effetto alcol Regione Liguria

Passi 2008-2018

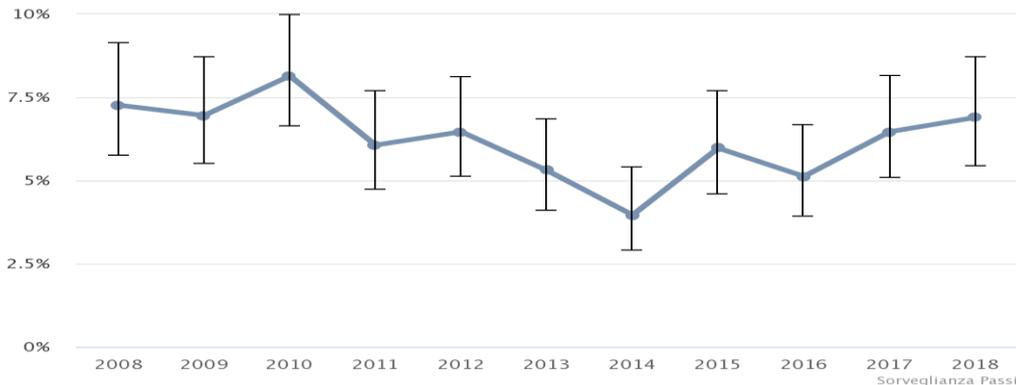




	Regione			Italia			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	6.1	5.4	6.9	6.4	6.3	6.6				
negli ultra-64enni	5.5	3.7	8.0	6.9	6.4	7.5				
in chi convive con ultra-64enni	7.7	5.1	11.3	6.7	6.2	7.1				
nelle donne	6.7	5.7	7.9	7.5	7.2	7.7				
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	5.9	4.5	7.7	7.7	7.4	8.1				
Infortunio domestico che ha richiesto cure	2.4	2.1	2.9	3.0	2.8	3.1				

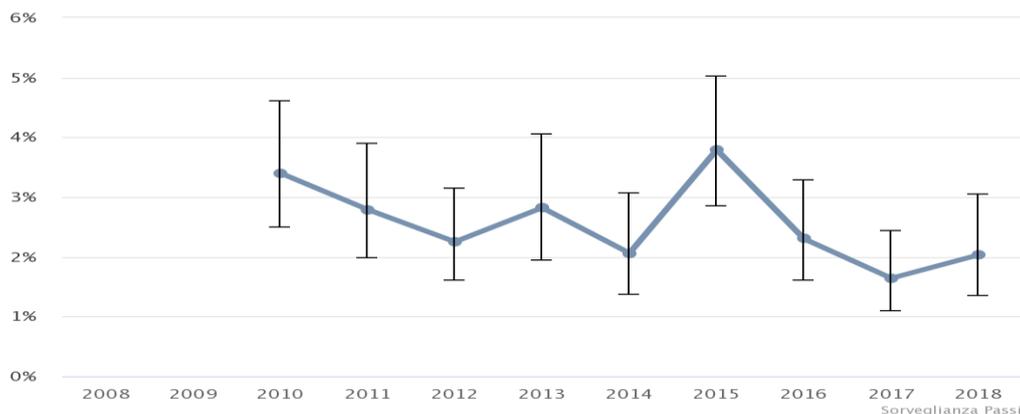
Trend annuale Consapevolezza del rischio di infortunio domestico Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Infortunio domestico che ha richiesto cure Regione Liguria

Passi 2008-2018





Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

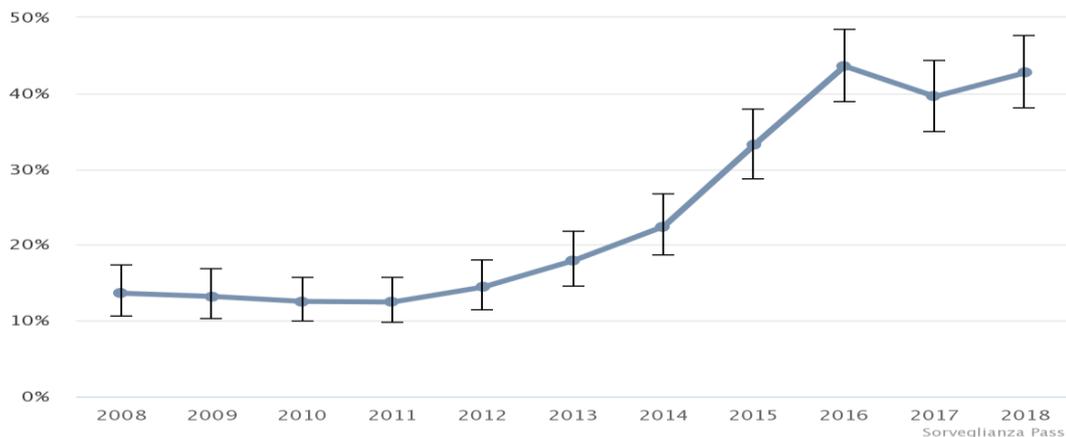
Copertura screening cervicale

	Regione n = 2169			Italia n = 53074			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto Valore nazionale peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening cervicale totale	88.2	86.7	89.6	79.7	79.2	80.1	
Copertura screening cervicale organizzato	39.7	37.5	42.1	46.8	46.3	47.3	
Copertura screening cervicale spontaneo	48.4	46.0	50.7	32.4	31.8	32.9	



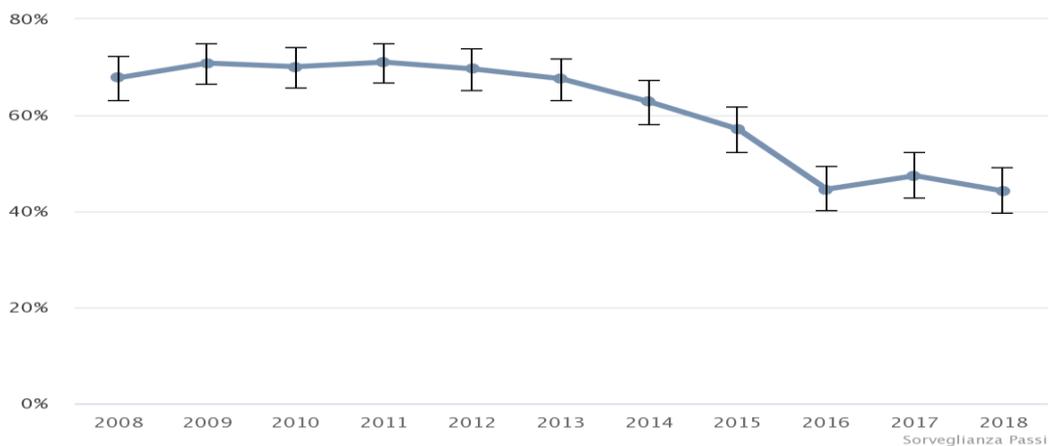
Trend annuale Copertura screening cervicale organizzato Regione Liguria

Passi 2008-2018



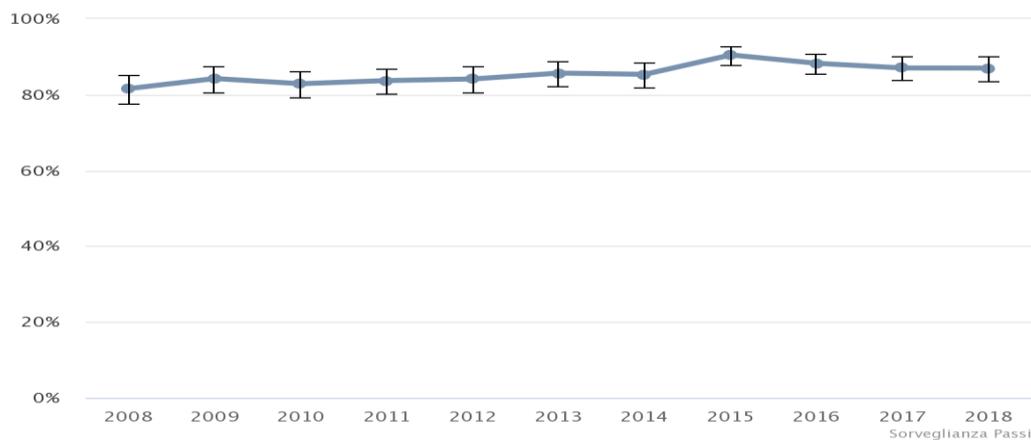
Trend annuale Copertura screening cervicale spontaneo Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Copertura screening cervicale totale Regione Liguria

Passi 2008-2018



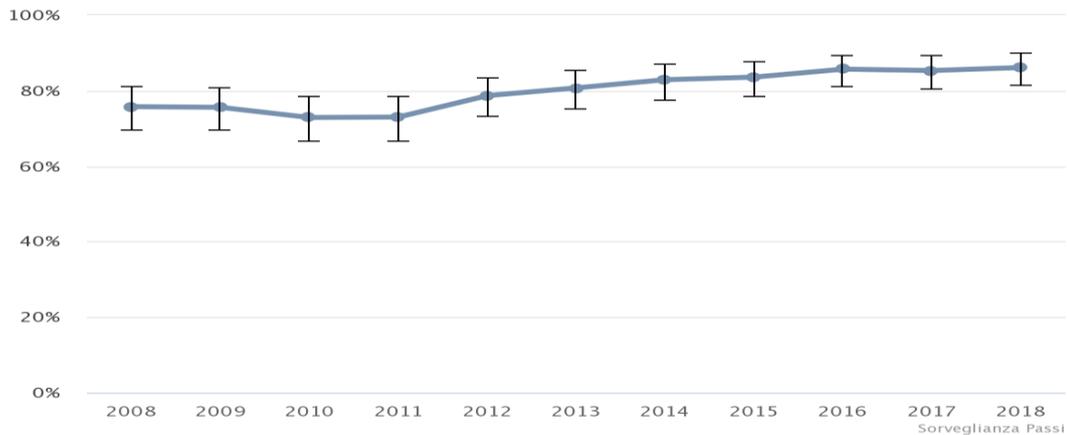


	Regione n = 1260			Italia n = 27219			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Copertura screening mammografico totale	85.2	82.9	87.3	74.3	73.6	75.0				
Copertura screening mammografico organizzato	64.2	61.2	67.1	54.6	53.9	55.3				
Copertura screening mammografico spontaneo	21.0	18.5	23.6	19.3	18.7	20.0				



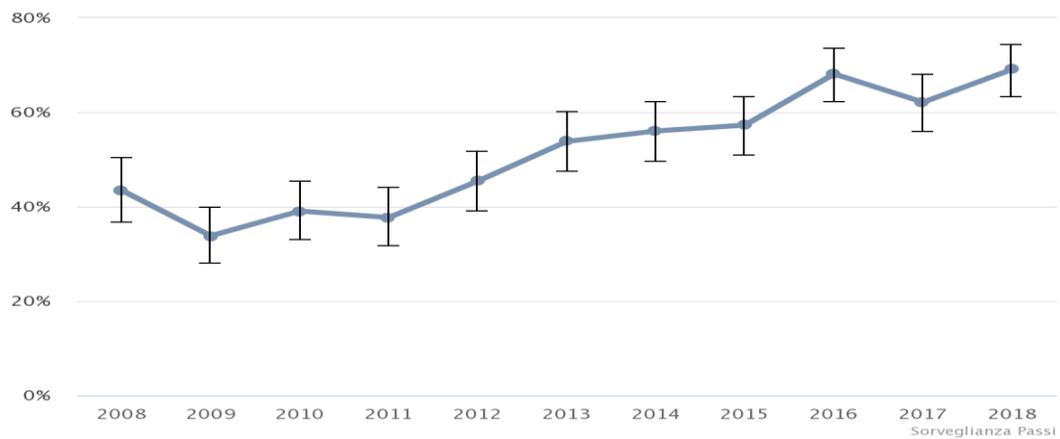
Trend annuale Copertura screening mammografico totale Regione Liguria

Passi 2008-2018



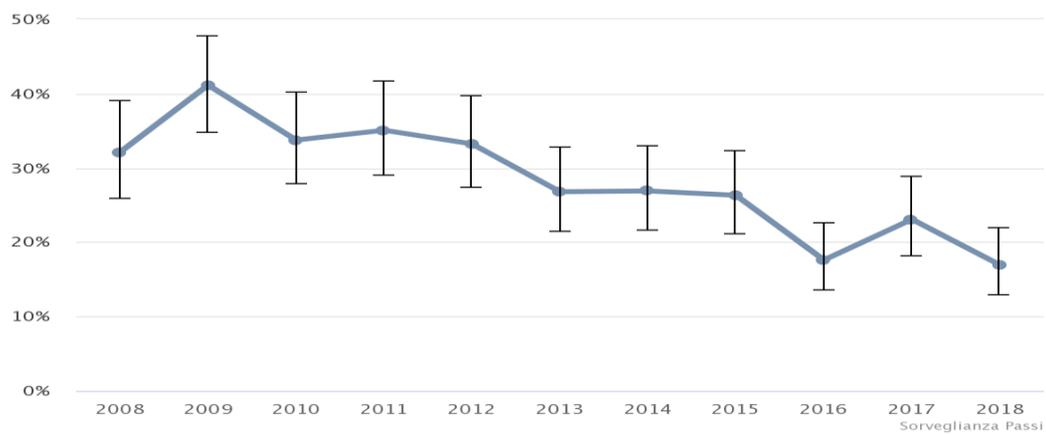
Trend annuale Copertura screening mammografico organizzato Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Copertura screening mammografico spontaneo Regione Liguria

Passi 2008-2018

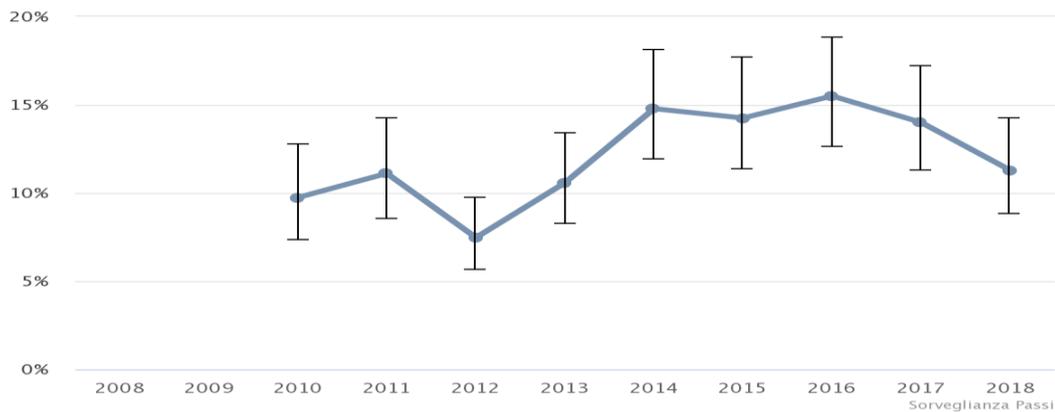




	Regione			Italia			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Copertura screening coloretale totale	51.7	49.5	54.0	46.6	46.1	47.1				
Copertura screening coloretale organizzato	43.6	41.4	45.8	38.5	38.0	39.0				
Copertura screening coloretale spontaneo	7.9	6.8	9.1	7.5	7.2	7.8				
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	46.1	43.8	48.3	40.4	39.9	40.9				
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	13.8	12.3	15.3	14.4	14.0	14.7				

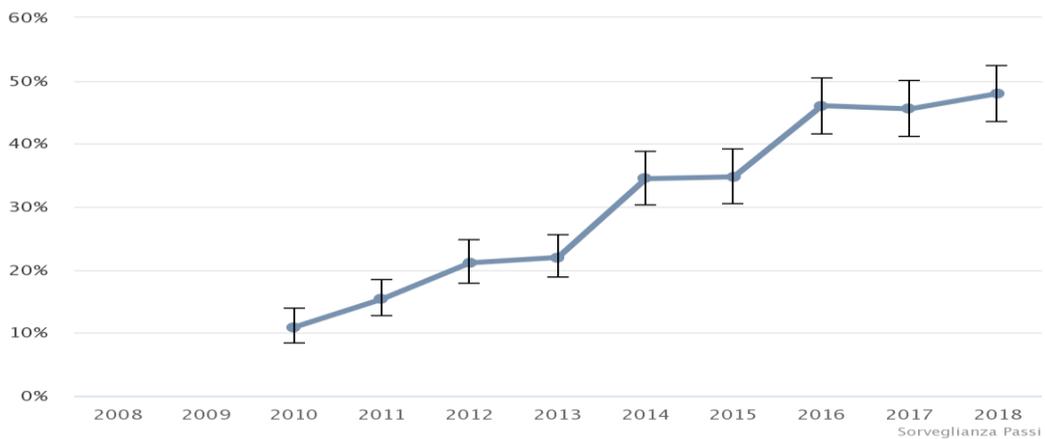
Trend annuale Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Copertura screening coloretale organizzato Regione Liguria

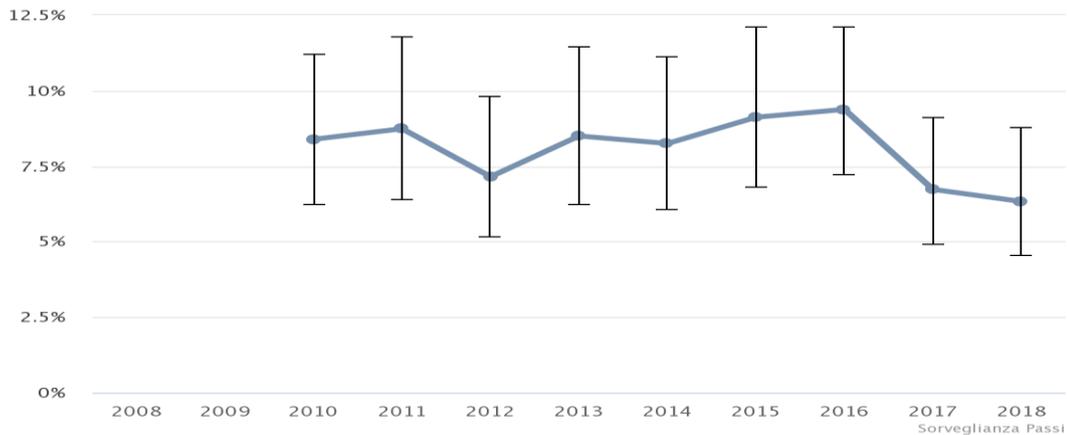
Passi 2008-2018





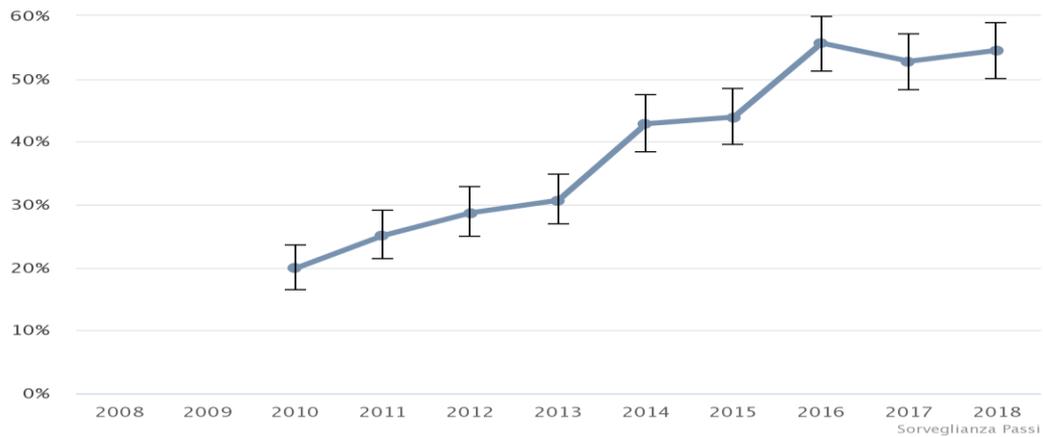
Trend annuale Copertura screening colorettalespontaneo Regione Liguria

Passi 2008-2018



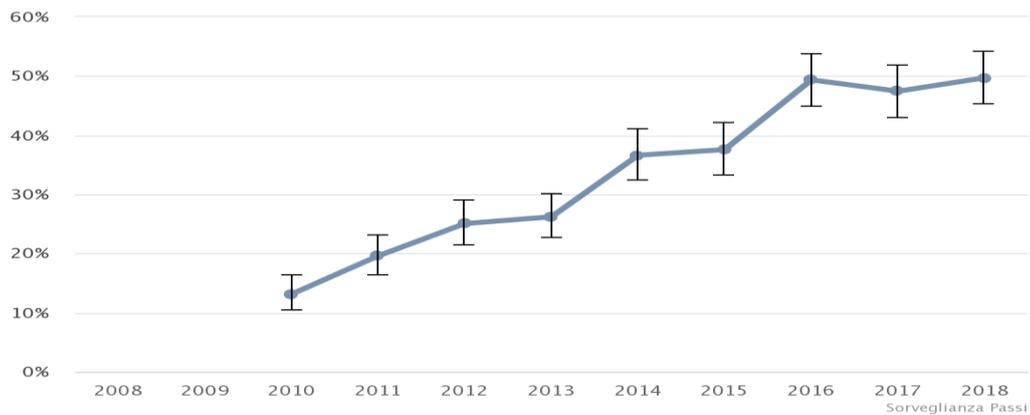
Trend annuale Copertura screening colorettalespontaneo totale Regione Liguria

Passi 2008-2018



Trend annuale Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni Regione Liguria

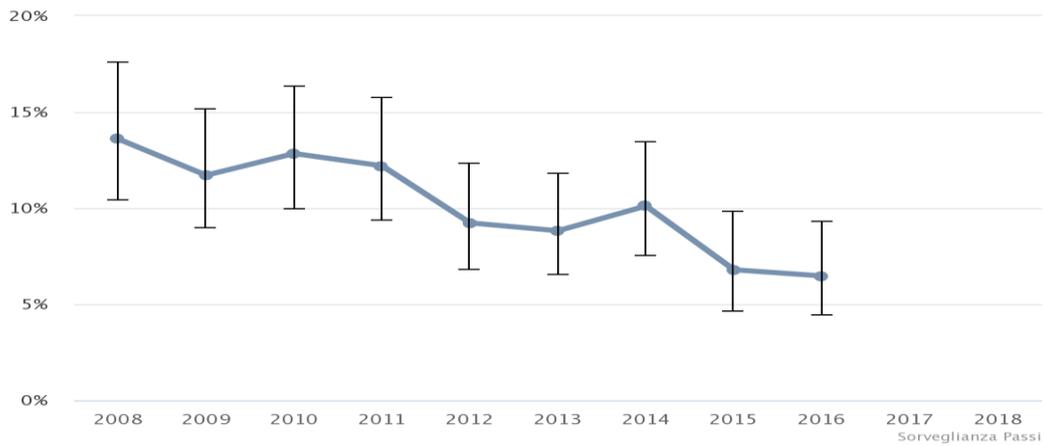
Passi 2008-2018





	Regione n = 2187			Italia n = 53167			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Copertura vaccinale nei 18-64enni	6.4	5.4	7.7	7.2	6.9	7.5				
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	16.9	12.9	21.8	20.0	18.9	21.1				
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	4.2	3.3	5.3	4.8	4.6	5.0				

Trend annuale Copertura vaccinale nei 18-64enni Regione Liguria
Passi 2008-2018

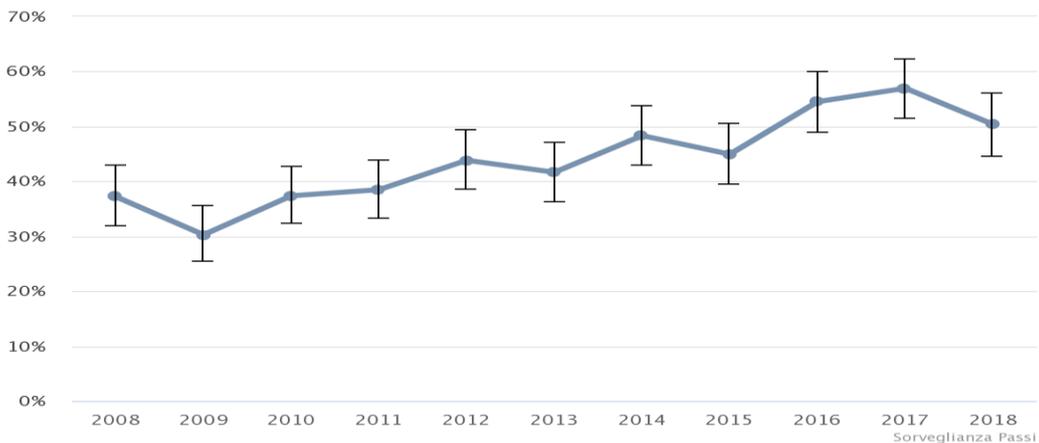




Vaccinazione antirosolia

	Regione			Italia			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	51.6	48.9	54.3	43.2	42.7	43.8				
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	1.3	0.8	2.0	1.8	1.7	2.0				
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	27.8	25.4	30.2	38.1	37.5	38.7				
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	29.0	26.7	31.5	40.0	39.3	40.6				

Trend annuale Donne in età fertile vaccinate per la rosolia Regione Liguria
Passi 2008-2018



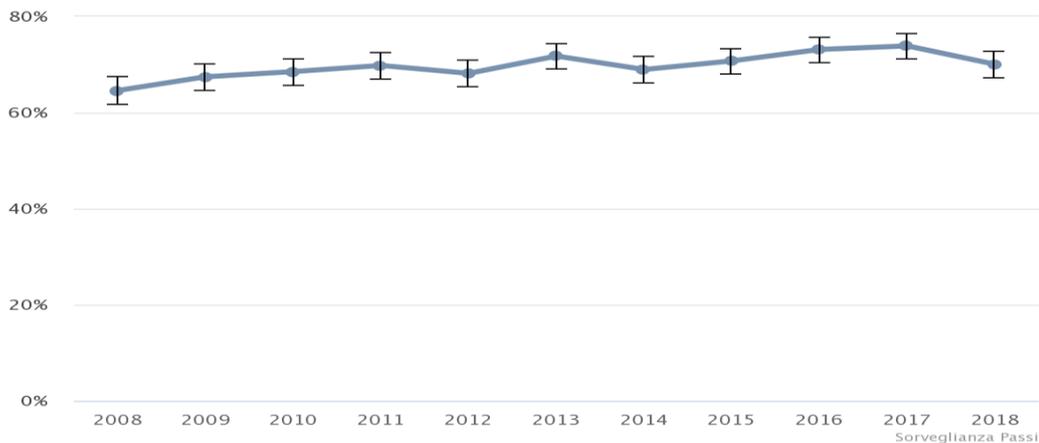


Percezione dello stato di salute

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Stato di salute percepito positivamente	72.0	70.7	73.2	70.5	70.2	70.8	
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	4.6	4.3	4.8	4.4	4.4	4.5	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2.5	2.4	2.7	2.5	2.4	2.5	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2.5	2.4	2.7	2.5	2.4	2.5	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.2	1.1	1.3	1.3	1.2	1.3	

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Trend annuale Stato di salute percepito positivamente Regione Liguria Passi 2008-2018





	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Sintomi di depressione	5.2	4.6	5.9	6.0	5.8	6.2	
Richiesta di aiuto da qualcuno	67.8	61.6	73.3	60.9	59.4	62.3	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	9.7	8.2	11.2	8.0	7.5	8.6	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	18.3	16.8	19.7	14.2	13.7	14.7	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	5.8	4.3	7.3	5.5	4.9	6.2	

* Tra le persone con sintomi di depressione

Trend annuale Sintomi di depressione Regione Liguria

Passi 2008-2018

