

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
Sezione Regionale Ligure

Osservazioni al
PIANO SOCIO SANITARIO
DELLA REGIONE LIGURIA

Segretari Provinciali
Dott. Francesco Prete
Dott. Michele Chiarito
Dott. Angelo Granieri
Dott. Renato Giusto

Scuola Nazionale Formazione Quadri Fimmg-Liguria
Dott. Mario Pallavicino

Consulenti SNFQ-Fimmg
Dott.ssa Viviana Cancellieri
Dott. Aldo Torreggiani

Premessa (stralcio dal Programma di Giunta della regione Liguria)

Le peculiarità della Liguria

La Liguria presenta il più alto indice di vecchiaia del paese, l'indice di natalità è uno dei più bassi d'Europa, una parte significativa degli utenti dei servizi non è residente, le risorse climatiche ed ambientali sono un fattore di rilevante attrazione. Tale situazione richiede di attivare rapporti con le altre regioni e con gli organi centrali per il riequilibrio delle spese sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze.

La sanità in Liguria richiede particolari supporti economici e funzionali a causa della specificità che questa regione evidenzia e che si possono così riassumere:

- La nostra regione, presenta il più alto indice di vecchiaia del paese. In Liguria per ogni 100 giovani al di sotto dei quindici anni vi sono 231 anziani al di sopra dei sessantacinque anni. Nel resto d'Italia tale rapporto è significativamente diverso: 176 a 100. Questo fenomeno comporta la necessità di affrontare le problematiche connesse all'adeguamento qualitativo e quantitativo di presidi, idonei ad affrontare le patologie più frequenti nella terza età. In termini pratici, si presenta la necessità di idonee residenze sanitarie assistenziali post-ospedaliere, con supporti alle famiglie, promozione e recupero dell'autosufficienza, utilizzazione delle risorse autonomamente espresse dal corpo sociale (volontariato, no profit, privato imprenditoriale). Naturalmente, finché perdurerà il finanziamento nazionale dei servizi sanitari, la pesante incidenza dell'aspetto geriatrico in Liguria richiede un aumento della quota capitaria assegnata.
- L'indice di natalità che si registra in Liguria è uno dei più bassi d'Europa. Questa situazione pone nell'immediato anche problemi sanitari ed assistenziali. In una prospettiva che, nel rispetto della legislatura vigente, sia orientata alla difesa della vita, occorre predisporre:
 - una particolare valorizzazione e tutela della dimensione naturale ed umana del concepimento e della gravidanza,
 - la prevenzione e la cura dell'infertilità
 - un'adeguata offerta assistenziale per le gravidanze e i parti (specie se a rischio)
 - interventi idonei a fronteggiare, per quanto possibile, le cause economico-sociali di ostacolo alla maternità responsabile.
- Una delle caratteristiche della sanità ligure è costituita dal fatto che una parte significativa degli utenti dei servizi non è residente. È inoltre regione di immigrazione con un tasso di immigrati residenti raddoppiato negli ultimi anni e con un numero di stranieri, regolari ed irregolari non residenti, valutabili prudenzialmente in oltre 10.000 unità. Ciò comporta una dilatazione della spesa sanitaria che richiede interventi adeguati.
- Le risorse climatiche ed ambientali della regione costituiscono un fattore di rilevante attrazione per il sorgere ed il permanere di residenze protette e case di riposo, o a variabile tasso di tutela sanitaria, ove sono ospitati anche numerosi soggetti non residenti.

Tale complessiva situazione indica la necessità di instaurare un corretto rapporto, con le altre regioni e con gli organi, per il riequilibrio delle spese sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze.

Azioni programmatiche

- Riorganizzare la rete ospedaliera Regionale cosicché tutti gli Ospedali periferici diventino una raggiera sul territorio, direttamente collegata con l'area di San Martino e di tutti gli ospedali regionali, in modo da eliminare la falsa cultura dell'ospedale-box, oggi improponibile in qualsiasi realtà civile. È necessario un riordino dell'area di San Martino ed in particolare la realizzazione di una struttura di Pronto Soccorso funzionalmente autonoma che non interferisca sui livelli di assistenza specializzata esistenti. Va sostenuta al massimo l'attività dell'Istituto Giannina Gaslini che è punto di riferimento per pazienti provenienti da tutte le regioni italiane; questo ospedale potrà essere inserito in una programmazione interregionale sulle cure per l'infanzia.
- Rendere più funzionale, sulla base delle esperienze acquisite, il sistema urgenza-emergenza, potenziando il sistema del 118, con attivazione, oltre che di servizi di soccorso con ambulanze "di base", anche di sistemi di "soccorso" (dotati di medici ed infermieri professionali) e sistemi di "elisoccorso" che consentano, senza perdite di tempo, il trasporto rapido dei pazienti nei vari DEA di I e II livello.
- Creare la rete dei Distretti su tutto il territorio regionale, tenendo presente che il sistema ambulatoriale può e deve rappresentare una punta di alta professionalità nel sistema complessivo.
- Incentivare i rapporti di collegamento con i Medici di Medicina Generale e tra l'Università e gli Ospedali, dando a questi ultimi nuovi spazi operativi, non soltanto in ambito tecnologico, ma anche nei confronti dei pazienti.
- Sviluppare iniziative di collaborazione tra Aziende Sanitarie Pubbliche e Soggetti Privati, non solo per reperire le risorse necessarie per l'adeguamento delle strutture, ma anche per introdurre nuove modalità organizzative e gestionali. Tali iniziative, che hanno dato buoni risultati in altre Regioni Italiane (ad es. in Lombardia), possono essere dirette a:
 - ridurre i tempi d'attesa per prestazioni diagnostiche ambulatoriali, anche attraverso l'inserimento delle strutture private accreditate nel sistema "CUPA" (Centro Unificato di Prenotazione Ambulatoriale);
 - favorire la possibilità di compartecipazione, nell'ambito delle strutture pubbliche, di investimenti privati nell'area ospedaliera sia ambulatoriale, sia degenziale, sia intramoenia, come avviene, ad es. presso l'Ospedale S. Matteo di Pavia.
- Potenziare e/o convertire le strutture ospedaliere piccole ed inadeguate, dal punto di vista dell'emergenza, in strutture eroganti importanti attività diagnostiche-terapeutiche ambulatoriali, del tipo "ospedale di giorno" (nell'ambito dell'attività distrettuale) e/o Residenze Socio-Assistenziali di riabilitazione.

Il Medico di medicina generale, i servizi territoriali e le famiglie dei pazienti

Il Medico di Medicina Generale rappresenta l'asse portante dell'intero sistema Sanitario: dalla qualità del suo rapporto con il cittadino dipende la credibilità dell'intero sistema.

Per questo occorre agire nelle seguenti direzioni:

- Valorizzare il ruolo del Medico di Medicina Generale, che deve ritornare ad essere "medico della famiglia", per una medicina più umana; il medico deve cioè

essere messo in condizioni di avere tempo e spazi sufficienti per poter svolgere una funzione preventiva più ampia e non rispondere solo all'emergenza.

- Stabilire una stretta collaborazione con le Associazioni di Categoria per favorire l'organizzazione di incontri frequenti con i propri assistiti su temi fondamentali nel campo preventivo.
- Ridare voce ai bisogni delle famiglie di pazienti cronici, difficili da curare o incurabili (paziente psichiatrici, tossicodipendenti, ecc.), attualmente lasciate sole nella gestione del proprio familiare, anche attraverso progetti concreti di inserimento sociale e lavorativo, in collaborazione con altri Enti, come il Comune o la Provincia.
- Favorire una stretta collaborazione tra i Medici di Medicina Generale, le famiglie dei pazienti e i Servizi Territoriali. Mettere il Medico di Medicina Generale in condizioni di operare con la dovuta attenzione e professionalità essendo anche questo un fattore di fondamentale importanza nel contenimento della spesa sanitaria.

Obiettivi di salute e azioni coinvolgenti la medicina generale –regione Liguria

Note per la lettura:

Prima colonna : **sono stati rilevati gli obiettivi del P.S.R. che dichiarano di coinvolgere i MMG**

Seconda colonna : standard attuale contenuto nel PSR (dove manca non c'è indicazione),

Terza colonna : Azioni e processi che coinvolgono i MMG direttamente per il raggiungimento degli obiettivi , in eventuale collaborazione con Distretti e ASL o Ospedali ed altri Enti (clienti interni ed esterni),

Quarta colonna : indicatori di processo per la misura del conseguimento dei risultati proposti.

Quinta colonna : standard di processo , ove segnalabili , da contrattare in rosso con le ASL di appartenenza .

Sesta colonna : indicatori di outcome (esito sanitario) , da calcolare su base regionale.

Appendice:

Alcuni tra i più usati e facilmente calcolabili indicatori di domanda , accessibilità e risultato da calcolarsi su base annua e valutarne le modificazioni in trend.

Attenzione: non sono stati segnalati in questo documento azioni ,progetti , o indicatori riguardanti la spesa farmaceutica o il ricorso alla specialistica, perché non rientravano negli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

Obiettivi di salute del PSR 1999 – 2001 interessanti la Medicina Generale :

Obiettivi	standard	Azioni/processi inerenti gli MMG	indicatori di processo	Standard di processo	indicatori di esito
ob. 2.1 promuovere una sana alimentazione : adeguamento a st. nutrizionali raccomandati da PSN . ridurre percentuale di soggetti sovrappeso	media regionale (trend)	campagne di educazione alla salute in collaborazione con distretti e Dip. di Prevenzione partecipazioni e a eventi formativi	.n. pazienti coinvolti/ n. programmi di educazione alla salute intrapresi n. crediti formativi raggiunti su temi specifici/ tot. n. crediti formativi nel triennio	definire un minimo di pz. da coinvolgere definire programmi di formazione specifica con ASL	prevalenza individui obesi =>18 anni
ob. 2.3 contrastare l'abitudine al fumo riduzione della percentuale di fumatori, donne gravide fumatrici, adolescenti	media regionale / media nazionale (trend)	campagne di educazione a salute in collaborazione con Distretti	n. MMG coinvolti / n. campagne intraprese n. pazienti coinvolti/ n. programmi di educazione alla salute intrapresi	definire un minimo di pz. da coinvolgere definire programmi di	trend in diminuzione

				formazione specifica con ASL	
ob.2.4 ridurre la mortalità precoce per alcool dipendenze		campagne di educazione alla salute in collaborazione con distretti e Dip. di Prevenzione partecipazione e a eventi formativi specifici sul problema alcool	n. pazienti coinvolti/ n. programmi o interventi di educazione intrapresi (per MMG) n. crediti formativi raggiunti su temi specifici/ tot. n. crediti formativi nel triennio	definire un minimo di pz. da coinvolgere definire programmi di formazione specifica con ASL	trend in diminuzione del tasso di prevalenza di maschi che assumono +40gr./die femmine >20gr/die di alcool
Obiettivi	standard	Azioni/processi inerenti gli MMG	indicatori di processo	Standard di processo	indicatori di esito
ob.3.1 ridurre la mortalità precoce per malattie del sistema vascolare < mortalità	morti: media regionale < media nazionale (36.9%)	campagne di prevenzione primaria e secondaria per fasce a rischio	n. MMG coinvolti / n. campagne intraprese n. pazienti coinvolti/ n. programmi di	linee guida condivise ospedale- MMG	ricoveri per patologie cardiovascolari < 12.3% anno , nel triennio (trend)

<p>derivante da malattie ischemiche del cuore < morbosità derivante da disturbi circolatori dell'encefalo, miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari</p>		<p>partecipazione e all'attuazione di linee guida specifiche sulle principali patologie cardiologiche : (ipertensione scompenso, IMA)</p>	<p>educazione alla salute intrapresi n. pz trattati con linea guida condivisa/ tot. pazienti con patologia (per MMG – Distretto)</p>		
<p>ob. 3.2 ridurre la mortalità precoce per tumori</p>	<p>mortalità 6100/anno morbosità 52.000/anno</p>	<p>partecipazione e a progetti specifici : screening ADI con attivazione e collaborazione con hospices e programmi di assistenza domiciliare</p>	<p>n. assistiti in screening / tot.. assistiti MMG (per MMG distretto) n. pazienti trattati con protocolli specifici per oncologici in ADI n. assistiti in hospice</p>	<p>definire il minimo accettabile di assistiti in screening per MMG con ASL protocolli specifici di ADI per pazienti oncologici</p>	<p>n. pz ADI / tot. decessi per patologia oncologica</p>

Obiettivi	standard	Azioni/processi inerenti gli MMG	indicatori di processo	Standard di processo	indicatori di esito
ob.3.3 ridurre la mortalità precoce per AIDS integrazione territorio ospedale campagne di educazione sanitaria ADI specifica	737 pz. AIDS viventi prevalenza Genova e Savona	campagne di educazione sanitaria ADI con attivazione e collaborazione con strutture di assistenza .	n. assistiti coinvolti/ n. programmi di educazione sanitaria intrapresi. n. casi AIDS seguiti	definire il minimo accettabile di assistiti per programma per MMG con ASL protocolli specifici di ADI per pazienti AIDS	
ob. 4.2 migliorare la qualità di vita dei soggetti con disabilità e delle loro famiglie	disabili gravi:5.4% della popolazione regionale	partecipazione e a progetti specifici di ASL di integrazione servizi socio-assistenziali assistenza ADI a pazienti disabili gravi	n. assistiti disabili che entrano nel programma/ n. di assistiti disabili per MMG n. disabili in ADI/ n. tot. disabili assistibili (per problema, per MMG)	protocolli specifici di ADI per pazienti disabili gravi (per problema)	

ob. 4.3 migliorare la qualità di vita dei soggetti anziani e delle loro famiglie adottare interventi di supporto a domicilio, promuovere l'assistenza continuativa a domicilio, favorire l'integrazione tra sociale e sanitario, favorire l'integrazione territorio ospedale	n.d.	adesione a percorsi assistenziali sostitutivi del ricovero ospedaliero adesione a progetti di assistenza residenziale (con associazioni , cooperative MMG ecc...)	n. assistiti secondo linee guida condivisi / tot. paz. assistibili (per MMG per distretto) n. assistiti secondo progetti specifici tot. paz. assistibili (per MMG per Distretto- Associazione - Cooperativa)	n. convenzioni e/o contratti per percorsi assistenziali tra Enti, ASL RSA e MMG	
Obiettivi	Standard	Azioni/processi inerenti gli MMG	Indicatori di processo	Standard di processo	indicatori di esito
ob. 5 adeguare i Servizi all'evoluzione del contesto sociale e allo sviluppo	24.000. presenze /anno	programmi di formazione su aspetti epidemiologici clinici e diagnostici delle	. crediti formativi raggiunti su temi specifici/ tot. n. crediti formativi		

<p>tecnologico. garantire l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i soggetti immigrati , estendere la copertura vaccinale a tutti i soggetti immigrati</p>		<p>patologie da importazione</p> <p>partecipazione a programmi specifici di ASL – Distretto??</p>	<p>nel triennio</p> <p>v%. di segnalazioni di sospette/accertat e mal. infettive per MMG per Distretto (trend in aumento)</p>		
<p>ob. 5.2 garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria ai turisti. garantire l'informazione e l'accessibilità alle prestazioni sanitarie per la prevenzione ai turisti italiani e stranieri, ridurre l'incidenza delle malattie infettive da importazione.</p>		<p>programmi di formazione su aspetti epidemiologici clinici e diagnostici delle patologie da importazione</p> <p>partecipazione a programmi specifici di ASL – Distretto??</p>	<p>crediti formativi raggiunti su temi specifici/ tot. n. crediti formativi nel triennio</p> <p>v%. di segnalazioni di sospette/accertat e mal. infettive per MMG per Distretto (trend in aumento)</p>		<p>diminuzione ricoveri per mal. .infettive da importazione</p>
<p>ob.5.8 realizzazione del</p>		<p>partecipazione a programmi</p>	<p>n. MMG in rete con ASL-</p>	<p>da definirsi rispetto ai</p>	

sistema sanitario informativo regionale		specifici di ASL – Distretto	Distretto	programmi ASL di implementazione del SIS	
Obiettivi	Standard	Azioni/processi inerenti gli MMG	Indicatori di processo	Standard di processo	indicatori di esito
ob. 6.1 tutela della salute materno infantile integrazione consultori e MMG e pediatri di libera scelta, integrazione territorio ospedale, prevenzione dei rischi di salute della donna prevenzione in ambito oncologico	n.d.	partecipazione a screening della mammella (età 50 – 69) screening della cervice uterina (età 25 – 64) adozione percorsi diagnostico terapeutici concordati con ospedali	% donne interessate/ popolazione target % distretti coperti/ regione % casi trattati con percorso concordato (per MMG per Distretto).	da definirsi nei progetti di ASL percorsi diagnostico terapeutici concordati	tasso di mortalità per tumori della mammella e della cervice uterina

oncologico					
ob. 6.2 gestione della fase finale della vita potenziare l'assistenza domiciliare, potenziare gli interventi di terapia antalgica e palliativa, fornire sostegno psico sociale al malato e suoi familiari promuovere e coordinare le attività di volontariato di assistenza ai malati terminali, coordinare le attività delle strutture residenziali e diurne con l'ADI.	n.d.	assistenza ADI a pazienti per categoria di problemi/patologia somministrazione terapia antalgica secondo linee guida partecipazione a programmi specifici di ASL – Distretto per terapia cure palliative	% casi trattati con percorso concordato (per MMG per Distretto). v% in aumento della prescrizione - somministrazione di oppioidi . v% in aumento /anno pz terminali in ADI		n. pz ADI / tot. decessi per patologie con forte componente antalgica (per Distretto)

APPENDICE :**Lista indicatori di domanda e accessibilità**

SIGLA	INDICATORE	V% ANNI 2001 - 2002	RILEVATO DA
.01	N.assistibili di età 14-65> anni che hanno effettuato la scelta del MMG / Popolazione assistibile di età 14-65> anni x 100		ASL
.02	N. assistiti ADP /popolazione residente x100		ASL
.03	N.assistiti ADI 1°livello (MMG+ass.inferm.) escluse le strutture residenziali/popolazione residente x100		ASL
.04	N.assistiti ADI 2°livello (MMG+ass.inferm.+medico specialista e/o servizi sociali e/o terapisti della riabilitazione) escluse le strutture residenziali/popolazione residente x100		ASL
.05	N.assistiti ADI 3°livello (integrazione distretto-ospedale per pazienti ad assistenza complessa - oncologici, respirazione assistita-alimentazione parenterale-terapia del dolore) escluse le strutture residenziali/popolazione residente x100		ASL
.06	N. ospiti di case di riposo che beneficiano di assistenza continuativa medica e infermieristica/N. di ospiti di case di riposo x100		ASL
.07	N. residenti ospitati in RSA/ Popolazione residente >= 65 anni x100		ASL

Lista indicatori di risultato (sintesi)

SIGLA	INDICATORE		RILEVATO DA
.01	N.assistibili di età 14 -65> anni che hanno effettuato la scelta del MMG / Popolazione assistibile di età 14 - 65> anni x 100		ASL
.02	N. MMG che fanno ADI / N. MG totale x100		ASL
.03	N. MMG che esercitano la loro attività in gruppi o associazioni / N. MG totale x100		ASL

.04	N. donne che partecipano a screening organizzati dal Dipartimento /n. target specifico per screening		ASL
.05	N. ospiti allettati affetti da piaghe da decubito in strutture residenziali (RSA e Case di riposo) (esclusi i soggetti con decubiti all'ammissione) / N. totale ospiti allettati delle stesse strutture x100		ASL
.06	n. prescrizioni di oppioidi /n. pazienti in ADI per MMG x 100		ASL
.07	N. profili di assistenza attivati su particolari patologie che coinvolgono medici di medicina generale e medici specialisti ambulatoriali o ospedalieri/ n. di profili di assistenza formalizzati		ASL
.08	75% copertura vaccinale contro l'influenza per popolazione maggiore di 64 anni		ASL