



aoorlig - r_liguri - Regione Liguria
Prot-2026-0357655
del 03/07/2026



**Consiglio Regionale
Assemblea Legislativa della Liguria
Segretariato Generale
Ufficio di Presidenza**

PROT. N. 101
DEL 3/07/2026

2026/1.2.4.0.0/17

Al Signor Presidente

II Commissione

Al Signor Presidente
del Consiglio delle Autonomie Locali

Oggetto: Provv. Amm.vo n. 28
del 3 luglio 2026.

e p.c.: Al Segretariato Generale
Legislativo, Documentazione,
Trasparenza, Privacy e Anticorruzione

Ai Gruppi Consiliari

L o r o S e d i

Ai sensi dell'art. 83, primo comma, del Regolamento interno del Consiglio regionale, si trasmette l'allegata proposta di deliberazione adottata dalla Giunta regionale nella seduta del 2 luglio 202, avente ad oggetto:

Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030.

Al Consiglio delle Autonomie Locali per l'espressione del parere obbligatorio ai sensi della legge regionale 1 febbraio 2011 n. 1, e dell'articolo 132 del Regolamento interno del Consiglio regionale.

Distinti saluti.

STEFANO
BALLEARI
03.07.2026
13:21:19
GMT+02:00



**IL PRESIDENTE
DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA
(Stefano Balleari)**



XII LEGISLATURA

CONSIGLIO REGIONALE
ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA

PROVV. AMM.VI

28	03.07.2026
-----------	-------------------

Oggetto:

Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030.

LA GIUNTA REGIONALE

- Il Decreto Legislativo 30.12.92, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e, in particolare, l'articolo 1, commi:
 - 5, che dispone che le Regioni adottano i Piani sanitari regionali uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione;
 - 14, che prevede che le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.
- il D.lgs. 21 dicembre 1999, n.517 *“Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L.30 novembre 1998, n.419”*;
- la legge 8 novembre 2000, n. 328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*, e in particolare l'art. 18, comma 6, che dispone che le Regioni, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, adottino un piano regionale, provvedendo in particolare all'integrazione sociosanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze n.70, del 2 aprile 2015, *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
- il D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, *“Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”*;
- il DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- il D.L.19 maggio 2020, n.34 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”* convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n.77;
- il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21) in particolare la “Missione 6 salute (M6)”;
- il Decreto 23 maggio 2022, n.77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;
- le leggi regionali:
 - 20 gennaio 2005, n.1 *“Disciplina dei rapporti fra la Regione Liguria e l'Università degli Studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)*;
 - 7 dicembre 2006, n. 41 *“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”* e, in particolare, gli articoli:
 - 5 (Piano sanitario e sociale integrato regionale);
 - 13 (Costituzione della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale);
 - 24 maggio 2006, n. 12 *“Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”*;
 - 6 dicembre 2012, n. 42, *“Testo unico delle norme sul Terzo Settore”*;
 - 11 maggio 2017, n. 9 *“Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private”*;
 - 3 febbraio 2025, n.1 *“Interventi di adeguamento dell'ordinamento regionale”*;
 - 12 dicembre 2025, n.18 *“Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all'articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del*

sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT))”;

- 24 dicembre 2025, n. 21 *“Bilancio di previsione della Regione Liguria per gli anni finanziari 2026-2028”;*
- 25 giugno 2026, n. 7 *“Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio sanitario regionale)”;*

RICHIAMATE, inoltre, le Deliberazioni del Consiglio Regionale Assemblea legislativa della Liguria nn.:

- 19, in data 21-22 novembre 2023 – *“Piano socio sanitario regionale 2023-2025”;*
- 7, in data 21 febbraio 2024, *“Piano Sociale Integrato Regionale 2024-2026;*
- 10, in data 29 luglio 2025 – *“Modifiche alla Deliberazione del Consiglio Regionale Assemblea legislativa della Liguria 21-22 novembre 2023, n.19 Piano socio sanitario regionale 2023-2025”.*

RICHIAMATE, altresì, le DGR nn.:

- 1223, del 6 dicembre 2022, *“Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM 77/2022””;*
- 934, del 29 settembre 2023, L.R. 24/05/2006 N. 12 *“Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari”, art. 25 approvazione del piano sociale integrato 2023-2025”;*
- 27, del 16 gennaio 2025 *“Indirizzi per la razionalizzazione e la semplificazione delle competenze degli organi e degli uffici della Giunta regionale”.*

PREMESSO che la Regione Liguria, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, intende dotarsi del Piano Sociosanitario Integrato Regionale 2026-2030 quale strumento strategico di indirizzo per lo sviluppo del sistema regionale della salute e del *welfare*, coerente con il quadro normativo nazionale e con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

CONSIDERATO che il Direttore generale della Direzione generale di Area Salute e Servizi sociali:

- ha costituito un gruppo di lavoro formato da tecnici della Regione, di ATS (in particolare Liguria Salute), nonché di AOM, con la finalità di elaborare il modello e i contenuti del nuovo Piano Sociosanitario Integrato Regionale 2026-2030;
- con nota prot. n. 2026-4004, ha convocato il gruppo di lavoro dando avvio al percorso tecnico-istruttorio finalizzato alla predisposizione del documento programmatico.

DATO ATTO che:

- il gruppo di lavoro, così individuato, ha utilizzato una metodica innovativa caratterizzata da un'attività partecipata di tipo *bottom-up*, finalizzata a valorizzare il contributo tecnico-professionale delle diverse articolazioni del Servizio sanitario regionale nell'analisi dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali del territorio ligure e nella raccolta dei contributi tecnici dai professionisti, secondo il mandato ricevuto;
- è stata promossa, in particolare, una fase strutturata di confronto tecnico con direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale delle Aziende ed Enti del SSR, articolata in più giornate di lavoro dedicate alle diverse aree disciplinari e assistenziali, svoltesi nelle date del 23, 25 e 26 febbraio, 3 e 4 marzo 2026, al fine di acquisire proposte strutturate da integrare nel nuovo Piano sanitario e Sociale integrato Regionale;

- nell'ambito di tale percorso, è stato messo a disposizione dei partecipanti un *format* uniforme per la formulazione delle proposte e sono state acquisite complessivamente 251 schede progettuali, successivamente oggetto di analisi, valutazione e sistematizzazione e ai fini della predisposizione del documento tecnico;
- il percorso di elaborazione è stato ulteriormente arricchito dal confronto con gli Ordini professionali, la Consulta Handicap Liguria, ANCI Liguria, il Forum del Terzo Settore e i Direttori Sociali degli Ambiti Territoriali sociali tramite la raccolta di contributi tecnici, proposte organizzative e osservazioni operative utili alla definizione delle linee strategiche e programmatorie del nuovo Piano.
- il documento tecnico è stato, altresì, illustrato e approfondito con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria.

OSSERVATO che tale modalità di lavoro ha consentito un processo ampio e partecipato, fondato sull'analisi dei bisogni organizzativi, assistenziali e sociali espressi dai territori e di larga parte degli operatori del sistema, assicurando coerenza tra gli indirizzi programmatori regionali, le esigenze rilevate nell'ambito del SSR e il contributo degli *stakeholder* istituzionali e professionali coinvolti.

DATO ATTO che il Settore regionale Politiche sociosanitarie, titolare del coordinamento per la predisposizione del documento unitario di Piano sanitario e sociale integrato regionale, ha trasmesso il documento tecnico con nota prot. Prot-2026-0350698 del 30/06/2026 allegato alla presente deliberazione.

CONSIDERATO che:

- il nuovo Piano è stato elaborato tenendo conto dell'evoluzione del contesto demografico, epidemiologico e sociale della Liguria, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dalla crescente incidenza della cronicità e della fragilità, dall'aumento delle persone sole e dalle specifiche criticità delle aree interne, al fine di assicurare una risposta organica e sostenibile ai bisogni di salute della comunità ligure;
- il Piano assume quale principio fondamentale l'integrazione tra politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali, superando una logica settoriale dei servizi e promuovendo percorsi unitari di presa in carico della persona lungo l'intero ciclo di vita, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata e continuità assistenziale;
- la programmazione regionale è orientata a un modello organizzativo fondato sulla prossimità delle cure, sul rafforzamento dell'assistenza territoriale, sull'integrazione tra Azienda Tutela Salute Liguria, Azienda Ospedaliera Metropolitana, Comuni, Distretti sociosanitari, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore e comunità locali, in coerenza con il quadro delineato dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77;
- il Piano individua obiettivi strategici, risultati attesi e strumenti di *governance*, monitoraggio e valutazione, promuovendo la digitalizzazione dei servizi, la valorizzazione delle risorse professionali, la sostenibilità del sistema, la prevenzione e la promozione della salute, secondo un approccio biopsicosociale centrato sulla persona e orientato alla qualità, all'equità e all'appropriatezza degli interventi.

RITENUTA la necessità di:

- sottoporre all'approvazione del Consiglio regionale il documento tecnico "*Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030*" allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, predisposto da Gruppo di lavoro sopracitato;
- acquisire, nelle more della conclusione dell'esame del documento tecnico di cui al punto precedente da parte della competente Commissione Consiliare, il parere del Ministro della Salute, ai sensi del citato art. 1, comma 14, del d.lgs. 502/'92, i pareri della Conferenza dei Sindaci di ATS Liguria e della Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, ai sensi del citato art. 5 della l.r. 41/2006, nonché il parere dell'Università degli Studi di Genova, in ottemperanza al vigente Protocollo generale d'Intesa Regione Università;
- prevedere che le eventuali proposte e/o osservazioni da parte del Ministro della Salute, delle suddette Conferenze e dell'Università degli Studi di Genova saranno sottoposte alla competente Commissione Consiliare.

Su proposta dell'Assessore alla Sanità, Politiche sociosanitarie e sociali, Terzo Settore

DISPONE

per i motivi esposti in premessa che qui s'intendono integralmente riportati:

1. **di acquisire**, nelle more della conclusione dell'esame, da parte della competente Commissione Consiliare, del documento tecnico "*Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030*", allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, il parere del Ministro della Salute, ai sensi del citato art. 1, comma 14, del d.lgs. 502/'92, i pareri della Conferenza dei Sindaci di ATS Liguria e della Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, ai sensi del citato art. 5 della l.r. 41/2006, nonché il parere dell'Università degli Studi di Genova, in ottemperanza al vigente Protocollo generale d'Intesa Regione Università;
2. **di prevedere** che le eventuali proposte e/o osservazioni da parte del Ministro della Salute, delle suddette Conferenze e dell'Università degli Studi di Genova saranno sottoposte alla competente Commissione Consiliare.

E PROPONE AL CONSIGLIO REGIONALE

di approvare il documento tecnico "*Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030*", allegato alla presente proposta quale parte integrante e sostanziale.



ASSESSORATO ALLA SANITA', POLITICHE SOCIO-SANITARIE E
SOCIALI, TERZO SETTORE

PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE

LIGURIA
2026 – 2030

REGIONE LIGURIA – GENOVA

INDICE

NOTA INTRODUTTIVA: IL PIANO COME PATTO DI COMUNITÀ	6
PARTE PRIMA — IL QUADRO DI RIFERIMENTO.....	9
1. Contesto demografico ed epidemiologico.....	9
1.1 Liguria laboratorio demografico	9
1.2 Analisi Demografica ed Epidemiologica: valutazione dell'impatto dell'invecchiamento sulla prevalenza di patologie croniche	11
1.3 Determinanti socioeconomici di salute: nuovi approcci per garantire risposte appropriate a fabbisogni eterogenei	13
1.4 Bisogni di salute e disuguaglianze territoriali di accesso ai servizi	14
2. Il mandato normativo e il quadro istituzionale.....	17
2.1 Assetto istituzionale e organizzativo introdotto dalla legge regionale 12 dicembre 2025, n. 18	17
2.2 Il nuovo modello di <i>governance</i> territoriale	17
2.3 Il riordino della rete ospedaliera metropolitana.....	18
2.4 L'integrazione sociosanitaria: coincidenza territoriale tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto sanitario	20
2.5 L'innovazione istituzionale: amministrazione condivisa, Terzo Settore e superamento della dicotomia sanitario-sociale	21
3. Il raccordo con il PNRR e ruolo strutturale del PR FSE+ Liguria 2021–2027	22
PARTE SECONDA — LA VISIONE E LE STRATEGIE	24
4. Cinque strategie per il quinquennio.....	24
5. Gli obiettivi di salute prioritari.....	27
6. Risultati attesi al 2030.....	37
PARTE TERZA — I PERCORSI DI CURA	39
7. Percorso 1 Dall'emergenza alla continuità.....	39
7.1 Emergenza-Urgenza: accesso appropriato e reti tempo-dipendenti	40
7.2 Il percorso di dimissione protetta ospedale-territorio	49
7.3 IL DIAR Malattie Infettive e Antimicrobial stewardship regionale.....	52
7.4 Cure palliative, fine vita e Hospice	53
7.5 La Rete Ligure di Terapia del Dolore	57
7.6 Il Percorso Nascita	58

7.7 La rete di assistenza pediatrica e neonatologica	62
7.8 La rete riabilitativa regionale: dal post-acuto al reinserimento	65
8. Percorso 2 Il percorso del paziente cronico: stratificazione, presa in carico e non autosufficienza	71
8.1 La stratificazione della popolazione e sanità d’iniziativa	71
8.2 I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche	72
8.3 Il governo del follow-up e delle liste d’attesa	76
8.4 DIAR, reti cliniche e governance dei PDTA	80
8.5 L’equità territoriale e riduzione delle disuguaglianze	80
8.6 Il monitoraggio integrato e prevenzione terziaria	81
8.7 La rete per la demenza e il deterioramento cognitivo	82
8.8 Disabilità, non autosufficienza e residenzialità protetta e salute mentale in età evolutiva ...	86
8.9 Il Budget di Salute come strumento operativo	94
9. Percorso 3 Salute mentale, dipendenze e fragilità psicosociale	96
9.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze: assetto organizzativo e governance regionale	97
9.2 Psichiatria di liaison: integrazione tra cura del disagio e cronicità	101
9.3 Prevenzione del disagio psichico nelle fasi di vita vulnerabili	102
9.4 Dipendenze patologiche e presa in carico integrata	105
9.5 La componente sociale del Percorso 3	109
10. Percorso 4 — Le reti cliniche specialistiche: qualità, appropriatezza e riduzione della mobilità passiva	110
10.1 Rete Oncologica Regionale tra presa in carico integrata, qualità e continuità assistenziale	110
10.2 Reti neurologiche specialistiche	122
10.3 La Rete Oculistica Regionale: Liguria Vision	123
10.4 Chirurgia regionale: riforma nel rispetto della geografia ligure	129
10.5 Salute della donna: diagnostica di prossimità e ginecologia distrettuale	137
10.6 Le Malattie Rare, Rarissime e Orfane di diagnosi	139
10.7 La Rete regionale Donazione e Trapianto di organi, tessuti e cellule	140
11. Percorso 5. Crescere e invecchiare in salute: prevenzione, famiglia e comunità....	141
11.1 Prevenzione primaria e promozione della salute	141
11.2 Il sistema integrato 0-6 e i servizi per la prima infanzia	146
11.3 Promozione delle pari opportunità di genere e contrasto alla violenza contro le donne ...	153
11.4 Contrasto alla povertà e all’esclusione sociale	155
11.5 Politiche per l’invecchiamento attivo	157

11.6 La Giustizia di prossimità.....	157
11.7 Percorsi sociali per l'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi	159
11.8 Percorsi di alleanze territoriali e corresponsabilità: il welfare di comunità	160
11.9 Screening oncologici, promozione della salute e sorveglianza epidemiologica	161
PARTE QUARTA — I FATTORI ABILITANTI	164
12. Il Dipartimento di Prevenzione Regionale: fondamento normativo e modello organizzativo	164
13. L'integrazione sociosanitaria: infrastruttura operativa e governance	166
13.1 Gli assetti organizzativi dell'integrazione: il Distretto Sociosanitario e l'Ambito Sociale	166
13.1-bis La disciplina del periodo transitorio	169
Continuità di rappresentanza dei Comuni.....	170
Clausola di salvaguardia: l'accessibilità ai servizi	170
Monitoraggio e correzioni.....	171
13.2 La catena operativa: dal segnale alla presa in carico	171
13.3 Le figure professionali dell'integrazione	172
13.4 Il Terzo Settore come soggetto strutturale, non residuale	173
13.5 Il co-finanziamento integrato come leva operativa	174
13.6 La governance dell'integrazione: Cabina di Regia e meccanismi di correzione	175
14. La rete dei setting assistenziali: ospedale, territorio e domicilio	175
14.1 Le Case della Comunità: standard e funzioni	176
14.2 Gli Ospedali di Comunità: standard e protocolli	177
14.3 La Centrale Operativa Territoriale: funzioni e standard	178
14.4 La Rete regionale di Medicina di Laboratorio	179
14.5 La Rete Trasfusionale regionale e la promozione della donazione di sangue	182
15. Digitalizzazione e innovazione organizzativa.....	183
15.1 Il Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina	184
15.2 Digitalizzazione del processo diagnostico: appropriatezza, continuità, supporto decisionale	185
15.3 La cartella sociale digitale e l'interoperabilità sociosanitaria	188
15.4 L'innovazione organizzativa nei processi amministrativi e gestionali post-L.R. 18/2025	188
16. Risorse umane e valorizzazione professionale	189
16.1 La formazione come leva strategica.....	189
16.2 Il contrasto alla carenza di personale nelle aree periferiche	190
16.3 La riforma delle professioni sanitarie e le nuove figure professionali.....	191
16.3.1 Il Centro Assistenziale Specialistico (CAS): la forma organizzata delle competenze avanzate	192

16.3.2 <i>Figure professionali emergenti per la trasformazione digitale e organizzativa</i>	192
16.4 La sicurezza delle cure come responsabilità professionale e sistema organizzativo	193
16.5 La salute e la sicurezza dei lavoratori.....	195
16.6 Il personale del comparto sociale	197
16.7 La pianificazione del fabbisogno di personale	198
16.8 Il sistema delle relazioni sindacali per la qualità del lavoro negli appalti sociosanitari	199
17. Il sistema di governance, monitoraggio e valutazione	200
17.1 La Cabina di Regia del PSSIR.....	200
17.2 Il cruscotto integrato sociosanitario	201
17.3 Il monitoraggio e la valutazione	202
17.4 La rendicontazione pubblica	203
17.5 La comunicazione nel sistema di governance del Piano	203
17.6 Le relazioni sindacali e la funzione di osservazione del sistema.....	207
18. Integrazione con le altre politiche regionali	207
18.1 Politiche abitative e salute	208
18.2 Politiche del lavoro e salute mentale.....	208
18.3 Politiche ambientali e One Health	208
18.4 Trasporti e salute.....	209
18.5 Istruzione e salute	209
19. Sostenibilità finanziaria e allocazione delle risorse	210
19.1 Le fonti di finanziamento	211
19.2 Stima dell'impatto finanziario	211
19.3 La gestione operativa delle misure sociosanitarie regionali: FI.L.S.E. come strumento di razionalizzazione	212
19.4 Il coinvolgimento del Terzo Settore e la co-progettazione.....	213
19.5 Il governo della spesa farmaceutica: appropriatezza, continuità e innovazione sostenibile	214
20. EFFETTI DEL PIANO SULLA CITTADINANZA	222
GLOSSARIO	228
PSSIR LIGURIA 2026-2030 NOTA CONCLUSIVA	232

NOTA INTRODUTTIVA: IL PIANO COME PATTO DI COMUNITÀ

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale della Liguria 2026–2030 si propone come una risposta istituzionale strutturata ad una rappresentazione demografica e sociale della Regione che vede, un indice di vecchiaia di 283 anziani ogni 100 giovani,¹ una prevalenza di famiglie unipersonali del 45%, una geografia complessa che separa un’alta densità costiera da aree interne sottopopolate e fragili.

Questo Piano non vuole essere un catalogo di strutture e prestazioni ma un percorso di vita del cittadino ligure, organizzato attorno ai momenti in cui il sistema deve essere presente, competente e integrato. La distinzione rigida tra sanitario e sociale, che ha prodotto decenni di silos istituzionali, duplicazioni, liste d’attesa, faticose discontinuità e abbandoni nelle transizioni di setting, viene superata solo con strumenti operativi concreti: il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, il Budget di Salute, la Centrale Operativa Territoriale, il 116117, i Punti Unici di Accesso, i Piani di Zona coordinati con la programmazione sanitaria distrettuale nel nuovo contesto organizzativo del DM77/2022.

Il Piano è costruito su quattro Parti. La Parte prima fissa il quadro demografico, normativo e istituzionale. La Parte seconda definisce le strategie quinquennali, in un’ottica biopsicosociale, gli obiettivi di salute e di benessere sociale e i risultati attesi. La Parte terza articola cinque percorsi di cura che seguono il cittadino lungo il continuum dei percorsi di salute e di cura, dall’emergenza alla cronicità, dalla salute mentale all’invecchiamento attivo: non organizzati per patologia o per struttura, ma per fasi della vita. La Parte quarta descrive i fattori abilitanti, ovvero le condizioni strutturali e organizzative senza le quali i percorsi di salute e di cura resterebbero dichiarazioni di intenti. I fattori abilitanti sono l’integrazione sociosanitaria, la rete dei setting assistenziali, la digitalizzazione, le risorse umane, la governance e il monitoraggio, le politiche intersettoriali, la sostenibilità finanziaria. Tra questi trova collocazione anche il Dipartimento di Prevenzione Regionale, struttura che non presidia un singolo percorso di cura, ma attraversa trasversalmente tutti e cinque: dalle vaccinazioni agli screening oncologici, dalla sorveglianza epidemiologica alle politiche One Health,² dalla prevenzione delle dipendenze alla promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro.

¹ Popolazione con età ≥ 65 anni / Popolazione con età 0-14 anni) × 100

Un valore di 283 significa che per ogni 100 giovani (0-14 anni) ci sono 283 persone anziane (65 anni e oltre). **Fonte**

Il dato di riferimento per la Liguria è prodotto da **ISTAT** nell’ambito delle statistiche demografiche annuali, specificamente nell’**Annuario Statistico Italiano** e nella banca dati **Demolstat** (demo.istat.it)

² L’approccio One Health riconosce l’interconnessione strutturale tra salute umana, salute animale e salute degli ecosistemi. Elaborato a livello internazionale dal Quadripartito OMS-FAO-WOAH-UNEP (One Health Joint Plan of Action 2022–2026) e recepito dalla Commissione Europea nel Piano d’Azione One Health (2022), esso costituisce il quadro concettuale entro cui si collocano le politiche di prevenzione delle

Il Piano è principalmente un patto tra Regione, Comuni, Azienda Tutela Salute Liguria, AOM, tra Professionisti sanitari e sociali, amministrativi e tecnici, tra Sistema regionale, Organizzazioni Sindacali, Terzo Settore, tra Istituzione e Comunità. Ogni obiettivo ha un responsabile e delle tempistiche per essere raggiunto. Ogni risultato ha un indicatore. La rendicontazione annuale è la misura della tenuta del patto.

La programmazione sociale regionale, nel presente Piano rappresenta una componente strutturale e strategica. La programmazione degli interventi sociali, nel quadro dei percorsi complessivi rivolti al benessere della persona, esplicita la funzione della continuità, il contributo specifico che il sistema sociale regionale offre alla prevenzione, all'accesso, alla presa in carico, alla domiciliarità, all'inclusione e alla tenuta dei percorsi di vita.

Il metodo assunto dal Piano è quello dell'integrazione strutturale tra Ambiti Territoriali Sociali, Distretti Sociosanitari, Azienda Tutela Salute Liguria (ATSL), AOM, Enti Locali, Terzo Settore e comunità territoriali. I Comuni associati negli Ambiti Territoriali (ATS) mantengono la titolarità delle funzioni sociali locali e, attraverso gli Uffici di Piano, concorrono alla programmazione, alla progettazione, all'attuazione e alla valutazione degli interventi. Il Distretto sociosanitario costituisce l'unità operativa dell'integrazione, mentre il Punto Unico di Accesso (PUA), la valutazione multidimensionale, la cartella sociale digitale interoperabile e il raccordo con la Centrale Operativa Territoriale rappresentano i dispositivi di accesso, coordinamento e continuità, monitoraggio del sistema integrato.

In tutte le aree di presa in carico sociale e sociosanitaria, il Piano assume espressamente un approccio biopsicosociale. La valutazione è orientata al funzionamento della persona nei diversi contesti di vita, casa, relazioni, scuola, lavoro, comunità e, ove pertinente, utilizza sistemi di classificazione e lettura ICF-based, al fine di cogliere bisogni, capacità, barriere, facilitatori ambientali e condizioni dei caregiver. Tale impostazione consente di superare letture meramente prestazionali o categoriali e di costruire progetti personalizzati maggiormente coerenti con la vita reale delle persone e con la sostenibilità dei percorsi di cura. La componente sociale del Piano si dota di una propria architettura di governance, fondata sul principio di amministrazione condivisa che l'articolo 55 del d.lgs. 117/2017 sancisce come superamento del modello di mera erogazione di servizi: la co-programmazione e la co-progettazione tra Pubblica Amministrazione, Enti del Terzo Settore e comunità locali diventano la modalità ordinaria di costruzione delle politiche territoriali nei campi a più elevata complessità sociale e sociosanitaria. La valutazione di impatto, integrata nel sistema regionale di monitoraggio, ne misura i cambiamenti prodotti.

Gli interventi sociali e sociosanitari si uniscono ai percorsi sanitari come articolazioni di un'unica infrastruttura di welfare territoriale, fondata su quattro criteri ordinatori: integrazione, prossimità, corresponsabilità e innovazione sociale. Il welfare di comunità ne costituisce la politica pubblica di riferimento, attuata attraverso Patti di Sussidiarietà e di Collaborazione con le reti civiche e gli Enti del Terzo Settore.

zoonosi, di contrasto alla resistenza antimicrobica, di sicurezza alimentare e di tutela della biodiversità come determinanti della salute collettiva.



PARTE PRIMA — IL QUADRO DI RIFERIMENTO

La Liguria è una regione che affronta sfide strutturali tra le più intense del Paese: la popolazione più anziana d'Italia, una conformazione territoriale che rende costoso e complesso garantire prossimità dei servizi, un sistema sanitario che la legge regionale 18/2025 ha profondamente riformato unificando le cinque ASL in un'unica azienda denominata Azienda Tutela Salute Liguria (ATSL). Questa Parte del Piano fotografa il punto di partenza: i determinanti di salute, il profilo di bisogno, il mandato normativo europeo e nazionale, il nuovo assetto istituzionale. Non è una premessa retorica, ma il fondamento analitico su cui poggiano le scelte strategiche delle Parti successive.

1. Contesto demografico ed epidemiologico

1.1 Liguria laboratorio demografico

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2026-2030 della Liguria nasce in un'epoca di profonda transizione demografica ed epidemiologica; al fine di fronteggiare le sfide legate ad una crescente longevità e all'emergere di nuove vulnerabilità, il Sistema Sociosanitario Regionale (SSR) è chiamato non solo a riorganizzare i propri servizi ma a superare il concetto stesso da "presa in carico globale" a "presa in cura globale", dalla valutazione epidemiologica, alla prevenzione e appunto alla cura.

Il Piano supera la visione tradizionale, focalizzata quasi esclusivamente sul trattamento della patologia acuta e sulla centralità dell'ospedale quale luogo fisico unico di cura, per tracciare un modello basato sulla promozione del benessere globale e sulla presa in cura proattiva del cittadino. Un approccio basato su questi paradigmi non può che nascere dall'analisi del quadro epidemiologico del territorio e dai bisogni di salute della popolazione, anche attraverso nuovi strumenti metodologici. Due sono i pilastri concettuali che sostengono questa nuova architettura: la radicale integrazione tra sanità e sociale e l'adozione strutturale dell'approccio *One-Health*.

In un contesto come il territorio ligure, dove il progressivo invecchiamento della popolazione e la diminuzione delle nascite si intrecciano con l'aumento delle patologie croniche, della fragilità e con un profondo mutamento del tessuto sociale e familiare – caratterizzato da un'elevata percentuale di nuclei unipersonali – la distinzione rigida tra bisogno sanitario e bisogno sociale risulta anacronistica e inefficace.

Il PSSIR 2026-2030 sancisce il passaggio definitivo dalla "erogazione della prestazione" alla "cultura del Progetto di Vita". L'integrazione sociosanitaria cessa di essere una dichiarazione d'intenti per tradursi in un'infrastruttura operativa vincolante. Attraverso strumenti innovativi come il Budget di Salute e il potenziamento delle Case della Comunità, il Piano abbatte i "silos" istituzionali. Sanità, comparto sociale, enti locali e Terzo Settore sono chiamati a fondersi in un unico ecosistema di prossimità, capace di leggere la multidimensionalità del bisogno. Non si

tratta più di curare solo il paziente, ma di sostenere la persona nel suo ambiente di vita, garantendo continuità assistenziale, inclusione abitativa e supporto relazionale, elementi che incidono sull'evoluzione clinica e sulla qualità della vita in misura spesso comparabile alla stessa terapia farmacologica.

Questa visione olistica della cura della persona si espande necessariamente all'ambiente in cui essa vive. Il Piano recepisce e declina a livello regionale l'approccio "*One-Health*" (Una Sola Salute), paradigma promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fondato sulla consapevolezza che la salute umana è indissolubilmente interconnessa alla salute animale e alla qualità dell'ecosistema naturale.

La Liguria, con la sua orografia complessa, l'alta densità urbanistica costiera, i grandi scali portuali e un entroterra montano, rappresenta un ecosistema in cui l'interazione tra persona, natura e sviluppo industriale è quotidiana e determinante. In quest'ottica, il Piano riconosce che:

- I determinanti ambientali climatici e sociali (l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, il dissesto idrogeologico, l'inclusione sociale) hanno un impatto diretto e misurabile sui tassi di ospedalizzazione, e su alcune patologie croniche, incidendo in modo severo sui cittadini più fragili e anziani;
- La sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la prevenzione delle zoonosi costituiscono barriere invisibili ma essenziali per la protezione della salute pubblica, specialmente in un'era caratterizzata da rapidi cambiamenti globali e forte mobilità.

Abbracciare l'approccio *One-Health* significa adottare il principio della "Salute in tutte le politiche" (*Health in All Policies*). Il Piano si propone dunque come una bussola che dovrà orientare le scelte urbanistiche, i piani di mobilità sostenibile, la rigenerazione degli spazi pubblici e le politiche ambientali della Regione.

1.2 Analisi Demografica ed Epidemiologica: valutazione dell'impatto dell'invecchiamento sulla prevalenza di patologie croniche

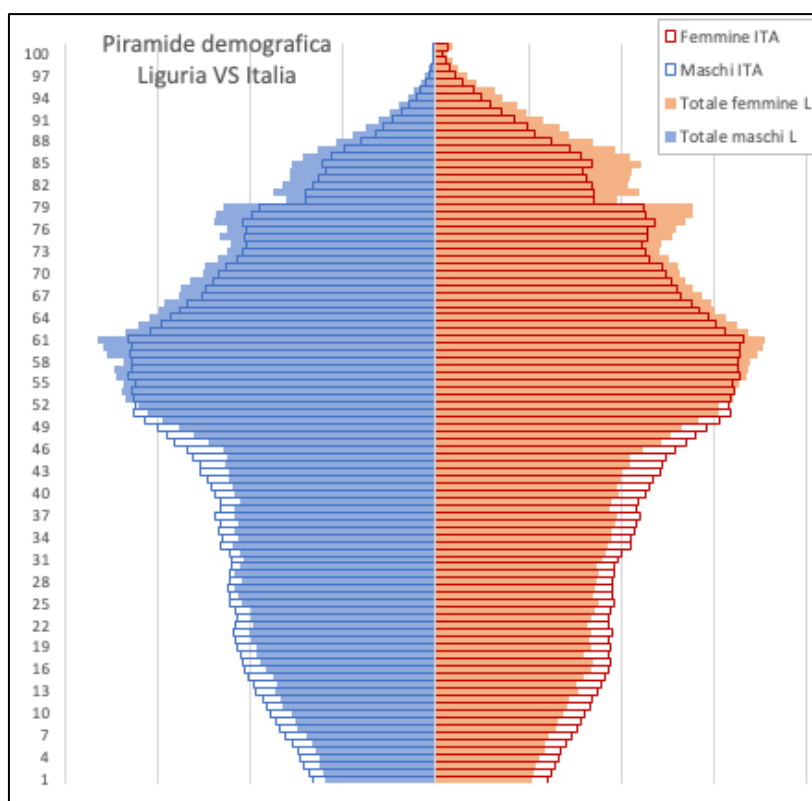


Figura 1. Piramide demografica della Liguria e dell'Italia a confronto (Fonte ISTAT 2026)

La popolazione residente nella Regione Liguria, al 1° gennaio 2026 risulta costituita da 1.510.143 residenti (731.441 maschi, 778.702 femmine)³ in tendenza stabile rispetto agli anni precedenti. Il pattern demografico della nostra regione è caratterizzato da un progressivo invecchiamento: si osserva una tendenza storica al calo delle nascite sebbene negli ultimi anni il trend mostri una lieve attenuazione. Il progressivo invecchiamento della popolazione si manifesta con indicatori di senescenza più marcati rispetto al dato nazionale, tipici di una transizione demografica avanzata: l'età media dei liguri è pari a 49,6 anni (rispetto a 46,9 anni in Italia) e la percentuale di individui di over65 è pari al 29,2% del totale della popolazione (24,7% in Italia) con un indice di dipendenza del 65,3% a fronte del 57,8% nazionale. La regione soffre di un marcato squilibrio intergenerazionale: l'indice di vecchiaia ha raggiunto il valore massimo di 283 anziani (over 65) ogni 100 giovani (0-14 anni), distaccando nettamente la media nazionale ferma a quota 207 (+ 36,7%). Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare ed una popolazione over 65 che si stima raggiunga nel 2036 la percentuale del 34,13%. Gli ultrasessantacinquenni sono pari al 16,8% della popolazione (a fronte dell'12,8% registrato a livello nazionale), ovvero un

³ Fonte: ISTAT, Popolazione residente per sesso e stato civile al 1° gennaio 2026, Regione Liguria. Elaborazione dati su indicatori demografici stimati e dati anagrafici regionali

incremento del 3,3% solamente per tale fascia di età. Di seguito si riporta la piramide demografica ligure a confronto con quella nazionale. L'analisi aggiornata a gennaio 2026 conferma la Liguria come un laboratorio demografico unico nel contesto nazionale ed europeo, caratterizzato da una struttura della popolazione che anticipa le sfide future del continente.

La distribuzione della popolazione è fortemente condizionata dalla morfologia del territorio: oltre il 54% dei residenti liguri vive nella Città Metropolitana di Genova, mentre le province di Imperia, Savona e La Spezia si dividono la restante quota, con percentuali rispettivamente del 13,8%, 17,7% e 14,3%. Il pattern demografico è caratterizzato da una "città diffusa" costiera, densamente popolata - nel tratto costiero Vado-Lavagna, urbanizzato con continuità vivono più di 795.000 abitanti, il 53% della popolazione - e l'entroterra scarsamente abitato. Questa polarizzazione rende complessa l'erogazione e l'accesso ai servizi, rendendo necessario differenziare le strategie. Seppur la Regione presenti un quadro demografico caratterizzato diffusamente da elevati indici di senescenza, il pattern è lievemente più accentuato in ASL2 e ASL4. Le differenze più marcate si osservano, tuttavia, tra le aree costiere e le aree interne; impiegando il sistema di classificazione delle aree previsto dal Progetto Aree Interne (Aree PAI) che prevede le diverse zone siano identificate in base alla vicinanza ai principali centri di offerta di servizi (istruzione, salute, mobilità), emergono differenze significative del pattern demografico. Le aree caratterizzate da minor offerta di servizi di istruzione, salute, mobilità presentano un trend negativo nel numero di residenti, una proporzione nelle fasce d'età avanzate più elevata e indicatori socioeconomici più sfavorevoli, come sarà approfondito nel successivo paragrafo.

L'invecchiamento della popolazione ligure comporta un aumento progressivo della fragilità e dei bisogni sociosanitari: l'allungamento della speranza di vita è accompagnato da un incremento delle di cronicità e polipatologia che emergono prepotentemente nelle fasce di popolazione over 75 e over 85.

L'analisi dei dati di prevalenza⁴, disaggregati per le cinque Aree Sanitarie, restituisce una geografia della salute regionale fortemente condizionata dalla struttura demografica, segnata da specifiche disomogeneità territoriali che richiedono risposte differenziate. Il dato di prevalenza delle principali cronicità standardizzato per età è riportato in tabella 1.

Tabella 1. Prevalenza standardizzata⁵ per età delle principali cronicità

⁴ La prevalenza è la proporzione di individui affetti da una determinata condizione di salute in una popolazione definita, in un momento o periodo di tempo specifico. Si esprime come numero di casi su 100 (o 1.000 o 100.000) abitanti. A differenza dell'incidenza — che misura i nuovi casi in un periodo — la prevalenza fotografa il peso complessivo di una malattia nella popolazione in un dato istante, includendo sia i casi di nuova insorgenza sia quelli preesistenti. È l'indicatore più utilizzato per stimare il carico assistenziale delle patologie croniche.

⁵ Il tasso standardizzato per età (o tasso age-adjusted) è un indicatore sintetico che consente di confrontare la frequenza di una condizione di salute tra popolazioni con strutture demografiche diverse, eliminando l'effetto distorcente della diversa distribuzione per età. Poiché molte patologie hanno una prevalenza fortemente correlata all'età, confrontare tassi grezzi tra una popolazione giovane e una anziana produrrebbe risultati non comparabili. La standardizzazione applica i tassi specifici per età di ciascuna popolazione a una popolazione di riferimento standard comune (in Italia tipicamente la popolazione europea standard o la popolazione italiana di un anno di riferimento), ottenendo un valore che esprime quanti casi si osserverebbero se le popolazioni avessero la stessa struttura per età. In questo Piano, i tassi standardizzati per età sono utilizzati per confrontare il profilo epidemiologico della Liguria con quello delle altre regioni italiane, neutralizzando l'effetto dell'invecchiamento strutturale della popolazione ligure — la più anziana d'Italia — che altrimenti sovrastimerebbe sistematicamente il carico di malattia rispetto alla media nazionale.

Prevalenza <u>standardizzata</u> per età	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	Liguria
02 - Trapianto	0,15%	0,17%	0,20%	0,19%	0,18%	0,18%
03 - Insufficienza Renale Cronica	1,12%	1,30%	1,16%	1,28%	1,48%	1,23%
04 - HIV Positivo ed AIDS Conclamato	0,11%	0,18%	0,26%	0,21%	0,18%	0,21%
05 - Neoplasia	6,37%	7,35%	7,39%	7,08%	6,81%	7,13%
06 - Diabete	4,89%	5,72%	5,50%	5,07%	5,74%	5,45%
07 - Cardiovasculopatia	6,46%	7,69%	7,39%	6,98%	8,22%	7,39%
08 - Broncopneumopatia	2,78%	3,36%	3,78%	3,44%	3,69%	3,52%
09 - Gastroenteropatia	4,67%	3,89%	5,31%	3,81%	3,75%	4,60%
10 - Neuropatia	1,83%	2,06%	2,02%	1,90%	2,12%	2,00%
11 - Malattia Autoimmune	1,22%	1,30%	1,33%	0,98%	2,05%	1,38%
12 - Malattia Endocrina E Metabolica	6,61%	8,55%	7,92%	7,54%	7,92%	7,82%
13 - Malattia Rara	0,81%	1,00%	1,15%	1,10%	1,15%	1,07%
14 - Psicosi	0,58%	0,57%	0,68%	0,72%	1,38%	0,75%

A livello regionale, il quadro epidemiologico conferma l'elevato impatto delle patologie cronico-degenerative: le Malattie Endocrine e Metaboliche (prevalenza regionale osservata 7,92%, standardizzata per età 7,82%), le Neoplasie (dato osservato 7,17%, dato standardizzato 7,13%) e le cardiovasculopatie (dato osservato e dato standardizzato 7,39%) rappresentano i principali driver di fragilità e conseguente assorbimento di risorse sanitarie.

In sintesi, l'impatto dell'invecchiamento agisce trasversalmente come un moltiplicatore del fabbisogno assistenziale, seguendo un gradiente anagrafico preciso: le prevalenze di patologie driver come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale cronica e le malattie metaboliche tendono a raddoppiare o triplicare nel passaggio dalla fascia d'età "giovani anziani" (65-74 anni) a quella dei "grandi anziani" (over 85). Questo fenomeno genera un incremento della domanda che deve trovare risposta nel setting assistenziale appropriato, con una presa in carico sempre più precoce, potenziamento della prevenzione primaria, secondaria e terziaria e potenziamento dell'offerta territoriale.

1.3 Determinanti socioeconomici di salute: nuovi approcci per garantire risposte appropriate a fabbisogni eterogenei

Report nazionali ed internazionali evidenziano come i determinanti sociali quali reddito, istruzione, lavoro e reti relazionali agiscano come potenti modulatori degli esiti sanitari. In Liguria, il quadro che emerge è quello di una regione "a due velocità", dove aree di benessere consolidato convivono con zone di vulnerabilità strutturale che rischiano di trasformarsi in disuguaglianze di salute permanenti. Lo scenario ligure si articola in molteplici specificità territoriali, delineando una geografia di bisogni complessa e stratificata. In merito ai

determinanti socioeconomici e alla loro eterogeneità sul territorio ligure, si sintetizzano di seguito alcuni punti rilevanti per la correlazione con i fabbisogni e gli *outcome* sanitari:

- **Livelli di Istruzione e Formazione Continua.** La quota di giovani adulti (25-39 anni) laureata o in possesso di titoli di studio terziari si ferma in Liguria al 28,9%, 2 punti percentuali sotto la media italiana, registrando una lieve flessione rispetto al 2019 (-1 %), in controtendenza rispetto all'Italia e al Nord-ovest. La quota di adulti (25-64 anni) con almeno il diploma, invece, pari al 71,5 % nel 2024, supera la media nazionale (+4,8 punti percentuali) anche grazie ai valori elevati delle province di Genova (74,8%) e La Spezia (74,1). Un campanello d'allarme risuona per la partecipazione alla formazione continua (*lifelong learning*), essenziale per l'adattabilità lavorativa e sociale. La provincia di Imperia segna un punto di debolezza critico, con tassi di partecipazione (7,2%) nettamente inferiori alla media regionale (intorno all'11%). Questo deficit di competenze rischia di tradursi in una bassa "alfabetizzazione sanitaria" rendendo i cittadini meno capaci di orientarsi nei percorsi di prevenzione e di gestire attivamente la propria salute.
- **NEET:** La presenza di giovani che non studiano e non lavorano (NEET) rimane un indicatore di disagio sociale che richiede politiche attive integrate. A livello regionale, i NEET, nel 2024, mostrano prevalenze inferiori rispetto al quadro nazionale: in particolare nella fascia 15-29 anni si registrano 3 punti percentuali in meno e nella città metropolitana di Genova il divario aumenta a 6 punti percentuali.

Contestualmente a quanto visto per i determinanti precedenti, anche la capacità di sviluppare reti sociali deve essere considerata quale proxy dei determinanti socioeconomici utili ai fini della valutazione dello stato di salute di una popolazione. Il contesto ligure in particolare si caratterizza per un'atomizzazione familiare con un'incidenza di famiglie unipersonali elevata (45%), con punte massime a Savona e Genova. Tale riscontro è ampiamente superiore sia al dato italiano (36%), sia a quello delle altre Regioni dell'Italia Settentrionale e può essere interpretato in alcuni contesti quale indicatore di fragilità con concrete ripercussioni sul piano sanitario. La solitudine rappresenta un fattore di rischio indipendente per patologie neurologiche e psichiatriche ad alto impatto socioassistenziale e può essere indicatore di una più difficoltosa capacità di risposta del nucleo familiare di fronte alla malattia.

A fronte di un rischio di isolamento, il tessuto del volontariato e delle reti di aiuto informale mostra una buona resilienza, rappresentando una risorsa fondamentale per il *welfare* di comunità.

Al fine di rilevare necessità assistenziali, aree ad aumentata fragilità e di garantire una pronta risposta ai bisogni sociosanitari dei cittadini liguri e azioni mirate, la nostra Regione utilizzerà modelli epidemiologici che integrino indicatori sanitari e sociosanitari a determinanti di deprivazione per individuare le aree che necessitano di azioni specifiche di prevenzione, presa in carico e priorità di intervento.

1.4 Bisogni di salute e disuguaglianze territoriali di accesso ai servizi

L'offerta di prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali nella nostra Regione pur mostrando indicatori in linea con le raccomandazioni nazionali evidenzia, in alcuni casi, una disomogeneità nella densità di prestazioni.

Di seguito vengono riportate due tabelle che sintetizzano, rispettivamente, il volume di prestazioni ambulatoriali e di ricoveri ospedalieri rispetto agli abitanti in relazione all'area di residenza e all'erogatore intra ed extra-regionale.

Tabella 2. Densità di prestazioni ambulatoriali (n. prestazioni /1.000 residenti) nelle 5 Aree ed in Liguria

N. Prestazioni ambulatoriali ogni 1.000 residenti, anno 2024						
Branche	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	TOT
01-VISITE - Strutture Liguri	670	645	803	1028	673	759
01-VISITE - Strutture Fuori Regione	43	64	28	32	141	53
02-LABORATORIO - Strutture Liguri	11.567	11.865	13.373	12.122	12.643	12.637
02-LABORATORIO - Strutture Fuori Regione	397	685	250	422	856	448
03-ESAMI STRUMENTALI RADIOLOGIA - Strutture Liguri	894	1002	969	802	967	949
03-ESAMI STRUMEN. RADIOLOGIA - Strutture Fuori Regione	37	58	25	37	97	44
05-ESAMI STRUMENTALI - Strutture Liguri	380	643	500	360	720	527
05-ESAMI STRUMENTALI - Strutture Fuori Regione	17	25	11	19	53	21
06-TRATTAMENTI TERAPEUTICI - Strutture Liguri	468	243	390	246	335	353
06-TRATTAMENTI TERAPEUTICI - Strutture Fuori Regione	8	9	3	6	23	8
07-INTERVENTI AMBULATORIALI - Strutture Liguri	133	209	229	150	242	207
07-INTERVENTI AMBULATORIALI - Strutture Fuori Regione	5	6	3	5	23	7
08-INTERVENTI ODONTO/MAXILLO - Strutture Liguri	9	5	17	10	18	13
08-INTERVENTI ODONTO/MAXILLO - Strutture Fuori Regione	1	1	0	0	0	0
09-TRATTAMENTI RIABILITATIVI - Strutture Liguri	953	602	606	1.044	924	739
09-TRATTAMENTI RIABILITATIVI - Strutture Fuori Regione	4	6	2	7	13	5
10-DIALISI - Strutture Liguri	131	138	165	102	149	147
10-DIALISI - Strutture Fuori Regione	4	2	1	2	4	2
TOTALE - Strutture Liguri	15.820	16.071	17.944	16.591	17.485	17.128
TOTALE - Strutture Fuori Regione	652	1012	434	661	1.426	727

Dall'analisi, il numero di prestazioni (al netto del laboratorio) erogate ogni 1.000 abitanti è diversificato tra le cinque Aree; approfondendo le specifiche tipologie di prestazioni ambulatoriali, si notano differenze significative nelle vocazioni assistenziali dei vari territori, che si riflettono nel consumo sanitario per abitante.

Tabella 3. Densità di ricoveri ospedalieri (n. ricoveri /1.000 residenti) nelle 5 Aree ed in Liguria

N. Ricoveri ospedalieri ogni 1.000 residenti, anno 2024						
Area Discipline	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	Media Regione
MEDICA - Strutture Liguri	61,0	70,9	60,4	55,2	61,9	62,0
MEDICA - Strutture Fuori Regione	3,8	4,0	2,6	3,5	8,2	3,9
CHIRURGICA - Strutture Liguri	42,0	40,4	40,5	38,6	33,8	39,6
CHIRURGICA - Strutture Fuori Regione	11,5	13,7	7,9	10,0	18,4	11,1
TERAPIE INTENSIVE - Strutture Liguri	1,9	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7
TERAPIE INTENSIVE - Strutture Fuori Regione	0,2	0,2	0,1	0,2	0,6	0,2
MATERNI INFANTILE - Strutture Liguri	19,4	17,3	21,8	19,8	15,7	19,6
MATERNI INFANTILE - Strutture Fuori Regione	1,4	2,1	1,0	1,0	6,2	2,0
RIABILITAZ. E LUNG.POST-ACUZIE - Strutture Liguri	8,1	10,1	6,2	8,3	8,8	7,7
RIABILITAZ. E LUNG.POST-ACUZIE - Strutture Fuori Reg	1,5	2,1	1,9	3,1	1,9	2,0
ALTRO - Strutture Liguri	5,2	4,7	12,2	12,8	4,3	8,8
ALTRO - Strutture Fuori Regione	2,5	3,8	1,3	1,2	2,8	2,1
TOTALE - Strutture Liguri	137,5	145,0	142,8	136,4	126,1	139,5
TOTALE - Strutture Fuori Regione	20,9	25,9	14,8	19,1	38,1	21,3

Spostando il focus di attenzione all'attività di ricovero, le dinamiche territoriali mutano ulteriormente: il savonese registra la densità di ospedalizzazione più elevata della regione, con oltre 170 prestazioni ogni 1.000 abitanti, un valore superiore del 6,2% rispetto alla media ligure.

L'analisi dei flussi di mobilità sanitaria, sia intra che extra-regionale, offre un'ulteriore chiave di lettura sulle disuguaglianze di accesso e sulla capacità di attrazione dei singoli territori.

La valutazione del quadro demografico, dei bisogni di salute, dei determinanti socioeconomici e socio-sanitari mira a convertire l'evidenza epidemiologica in un driver strategico per il raggiungimento dell'omogeneità territoriale dei livelli di salute e del miglioramento degli *outcome* nella nostra popolazione. L'obiettivo è il superamento delle disuguaglianze emerse a seguito dell'analisi da perseguire attraverso l'implementazione dell'appropriatezza clinica, la modulazione delle risposte assistenziali in funzione della domanda e un'allocazione efficiente delle risorse disponibili.

2. Il mandato normativo e il quadro istituzionale

2.1 Assetto istituzionale e organizzativo introdotto dalla legge regionale 12 dicembre 2025, n. 18

Con la legge regionale 12 dicembre 2025, n. 18 *“Disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Regionale e modifica all’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT))”*, la Regione Liguria ha avviato un organico processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale, mediante una revisione strutturale della legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 *“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”*, introducendo un nuovo modello organizzativo e di *governance* finalizzato al rafforzamento della capacità programmatica del sistema, al miglioramento dell’efficienza gestionale, all’omogeneizzazione dell’offerta assistenziale e al consolidamento della sostenibilità complessiva del SSR. L’intervento di riforma s’inserisce nel quadro evolutivo del sistema sanitario ligure quale risposta alle tendenze demografiche e sociali che caratterizzano il territorio regionale, segnato da un elevato indice di invecchiamento, dalla crescente prevalenza di cronicità e fragilità assistenziale, dall’incremento della domanda di presa in carico multidisciplinare e dalla necessità di adottare modelli organizzativi maggiormente integrati, flessibili e orientati alla prossimità delle cure. La riforma persegue l’obiettivo strategico di superare l’assetto frammentato che ha storicamente caratterizzato il sistema sanitario regionale, favorendo una *governance* unitaria, una maggiore integrazione tra livelli assistenziali, la razionalizzazione delle strutture organizzative e la standardizzazione dei processi gestionali e di erogazione, in coerenza con gli indirizzi evolutivi del Servizio sanitario nazionale e con i modelli organizzativi delineati dalla normativa statale di settore. L’obiettivo cardine è il superamento della disomogeneità assistenziale attraverso la creazione di due poli d’eccellenza: l’ATS Liguria (Azienda Tutela Salute) e l’Azienda Ospedaliera Metropolitana, garantendo al contempo la specificità delle eccellenze storiche (Gaslini, Galliera, Evangelico).

2.2 Il nuovo modello di *governance* territoriale

Fulcro della riforma è, pertanto, l’Azienda Tutela della Salute Liguria (ATSL), quale azienda sanitaria unica territoriale regionale, derivante dalla fusione di Liguria Salute e delle preesistenti cinque aziende sociosanitarie territoriali. ATSL assume la funzione di soggetto unitario di governo dell’assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, con compiti di gestione complessiva dell’erogazione dei servizi, programmazione operativa, coordinamento dei processi aziendali, monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione anche attraverso il coordinamento delle reti cliniche e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati accreditati.

Il nuovo assetto organizzativo è finalizzato a garantire uniformità nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, equità di accesso ai servizi, maggiore appropriatezza organizzativa e superamento delle disomogeneità territoriali nell’offerta assistenziale.

L'Azienda si articola organizzativamente in:

- cinque Aree sociosanitarie locali (ASL), coincidenti con gli attuali ambiti territoriali provinciali delle pregresse aziende territoriali; le cinque ASL costituiscono articolazione territoriale operativa e di prossimità, assicurano la presa in carico dei bisogni locali, il coordinamento delle reti assistenziali territoriali e ospedaliere, l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e l'integrazione sociosanitaria sul territorio. Esse operano con autonomia gestionale e operativa nell'ambito degli indirizzi, obiettivi e risorse definiti dalla Direzione generale di ATS Liguria;
- un'Area di gestione dei servizi accentrati Liguria Salute, articolazione interna di ATSL deputata allo svolgimento unitario delle attività amministrative, logistiche, di *procurement*, di gestione del personale e di supporto tecnico-specialistico.

Tale assetto è volto a perseguire obiettivi di efficientamento organizzativo, economie di scala, uniformità procedurale e razionalizzazione dell'impiego delle risorse professionali e strumentali, favorendo il progressivo riallineamento delle strutture di supporto ai migliori *standard* organizzativi nazionali.

La centralizzazione delle funzioni trasversali consente altresì di concentrare le risorse organizzative e professionali sull'attività assistenziale, rafforzando la capacità del sistema di orientare prioritariamente i propri investimenti verso l'erogazione diretta dei servizi ai cittadini.

2.3 Il riordino della rete ospedaliera metropolitana

Nell'ambito del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, la riforma prevede che l'**Azienda Ospedaliera Metropolitana (AOM)** costituisca il polo unitario di riferimento ospedaliero per l'area metropolitana genovese, articolato nei plessi dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, ospedale Villa Scassi ed Erzelli. L'E. O. Ospedali Galliera si integra funzionalmente, attraverso apposita convenzione, con l'AOM.

La nuova configurazione organizzativa è finalizzata alla progressiva integrazione funzionale e gestionale delle principali strutture ospedaliere metropolitane, secondo un modello *governance* accentrata dell'assistenza ospedaliera, volto alla concentrazione delle attività ad alta complessità assistenziale, alla riduzione delle duplicazioni organizzative, alla valorizzazione delle specializzazioni professionali e al rafforzamento del ruolo dell'AOM quale polo regionale di eccellenza clinica, scientifica, formativa e di ricerca.

Il PSSIR assume come obiettivo strategico il consolidamento e l'ampliamento del profilo IRCCS dell'AOM, anche attraverso la progressiva estensione del riconoscimento ministeriale a ulteriori aree di eccellenza clinica e scientifica. A tal fine il Piano promuove l'integrazione stabile con l'Università degli Studi di Genova quale leva strutturale per la crescita scientifica e formativa dell'Istituto, nell'ambito degli ordinari procedimenti di riconoscimento e conferma del carattere scientifico condotti in raccordo con il Ministero della Salute. La declinazione operativa di questa linea strategica è sviluppata nei paragrafi dedicati alle reti cliniche specialistiche. In tale contesto, il percorso di sviluppo della rete ospedaliera metropolitana potrà progressivamente estendersi, secondo le valutazioni programmatiche regionali e nel

rispetto degli assetti giuridico-organizzativi vigenti, alla definizione di ulteriori forme di coordinamento e integrazione funzionale con le ulteriori strutture ospedaliere insistenti nell'ambito territoriale metropolitano (es. Ospedale San Carlo di Voltri), al fine di assicurare una sempre maggiore coerenza complessiva dell'offerta assistenziale.

La programmazione regionale garantisce la flessibilità dell'offerta ospedaliera, tenendo conto anche delle presenze turistiche stagionali nel territorio ligure. L'intervento è orientato al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili, in coerenza con gli *standard* nazionali di organizzazione della rete ospedaliera (DM 70/2015).

La riforma costituisce pertanto il presupposto ordinamentale per l'attuazione delle politiche di programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale del prossimo ciclo pianificatorio, orientando l'evoluzione del sistema verso modelli organizzativi maggiormente integrati, sostenibili e rispondenti ai bisogni emergenti della popolazione ligure.

Il modello delineato dalla legge di riforma favorisce altresì l'integrazione con i nuovi setting assistenziali (Case della comunità e Ospedali di Comunità) previsti a livello territoriale, nel rispetto del principio di prossimità e del potenziamento della sanità di iniziativa con la finalità, tra l'altro, di alleggerire il pronto soccorso e di gestire la cronicità laddove il cittadino vive.

La programmazione 2026-2030 deve snodarsi lungo linee di sviluppo strategico che tengano conto di quanto sopra rilevato. Lo sviluppo di percorsi clinici uniformi che partano dal domicilio (con la presa in carico della CdC tramite IFoC e utilizzo della Telemedicina) e approdino all'intensità di cura ospedaliera solo quando necessario; il rafforzamento dei rapporti con gli enti storici (Galliera, Evangelico, Gaslini) per integrare la loro tradizione di cura nel nuovo disegno unitario, valorizzandone le specificità. La declinazione dell'offerta sanitaria nelle 5 Aree deve rispondere in maniera appropriata alle diverse esigenze territoriali che vedono le aree costiere vs le aree montane.

È imprescindibile:

- il coinvolgimento strutturale dei medici di base nelle Case di Comunità per garantire la reale prossimità delle cure: una unica AST Liguria facilita gli accordi territoriali con i MMG.
- Nel rispetto della contrattualistica con gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) una ottimizzazione del coinvolgimento di tale categoria professionale all'interno del sistema distrettuale.
- Trasformazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) da strutture di coordinamento orizzontale a strutture di governance delle reti cliniche, con mandato operativo e responsabilità sui PDTA.

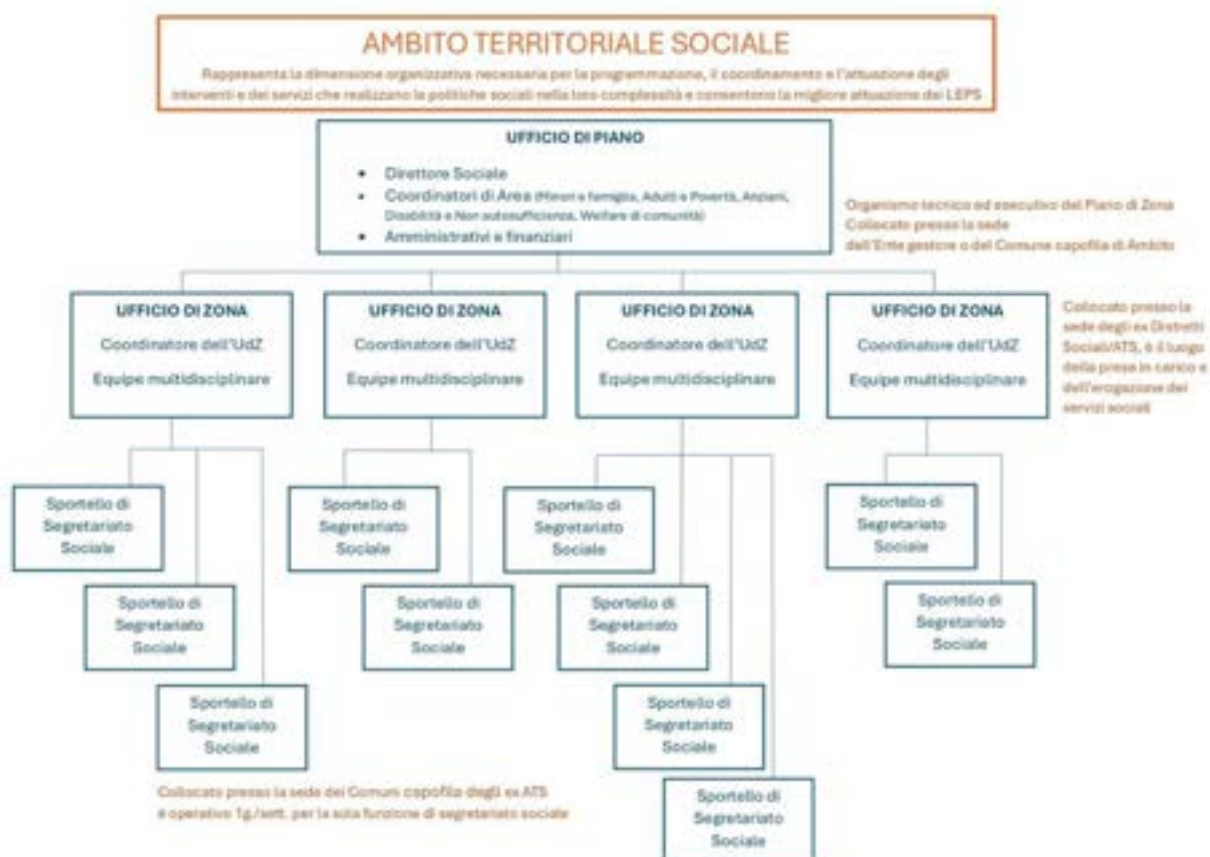
Questo assetto rende strutturalmente possibile ciò che finora era solo auspicato: uniformità dei percorsi su tutto il territorio regionale, mobilità programmata dei professionisti tra aree, allocazione delle risorse per bisogno di salute, sinergie tra presidi ospedalieri oggi separati da confini aziendali.

2.4 L'integrazione sociosanitaria: coincidenza territoriale tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto sanitario

Il raccordo tra ATS Liguria e Comuni per l'integrazione sociosanitaria avviene attraverso la coincidenza territoriale tra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), da formalizzare nelle convenzioni operative previste dal Piano e dall'accordo istituzionale con ANCI Liguria (comprensivo della parte privacy per il trattamento dati)

La legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", introduce gli Ambiti Territoriali Sociali e stabilisce che siano le Regioni a determinarne il territorio prevedendo, al fine della migliore offerta integrata di servizi, che coincida con le stesse delimitazioni territoriali dei Distretti Sanitari e dei Centri per l'Impiego. Come ripreso dal comma 160 della legge di bilancio 234/2021, gli ATS configurano la dimensione organizzativa necessaria per la programmazione, il coordinamento e l'attuazione degli interventi e dei servizi che realizzano le politiche sociali nella loro complessità e consentono la migliore attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni ad essi connesse.

All'Ambito sono ricondotte sia le funzioni di servizio sociale di base e di comunità sia le misure sociali complesse e quelle a valenza sociosanitaria che costituiscono il fulcro dell'integrazione con il Distretto Sanitario.



La coincidenza territoriale del Distretto sociosanitario e dell'Ambito Territoriale sociale costituisce la premessa indispensabile per l'integrazione e la continuità dei servizi, laddove, inoltre, si pone l'obiettivo di costruire il necessario dialogo tra comparto sociosanitario e servizi preposti alla formazione, all'inserimento lavorativo e alla gestione delle politiche abitative.

Alle Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a), della citata legge 328/2000, compete anche l'individuazione delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali. I Comuni, necessariamente associati nell'Ambito Territoriale Sociale, rimangono i titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e, sulla base di un accordo di programma e di obiettivi condivisi, elaborano il Piano di Zona per la programmazione, la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi sociali. L'Ambito Territoriale Sociale si articola in un Ufficio di Piano, organismo tecnico ed esecutivo del Piano di Zona, e Uffici di Zona, di norma collocati presso i Comuni capofila dei 18 ATS previsti dal PSIR 2024-2026, sedi presso le quali le équipe multidisciplinari assicurano i LEPS e altri interventi e servizi sociali come previsto dai Piani nazionali e regionali che sviluppano le politiche sociali e sociosanitarie. Per garantire prossimità al cittadino è possibile prevedere l'apertura settimanale di sportelli di segretariato sociale presso ulteriori sedi territoriali.

2.5 L'innovazione istituzionale: amministrazione condivisa, Terzo Settore e superamento della dicotomia sanitario-sociale

Il sistema sociosanitario ligure non può essere ricondotto alla sola dimensione istituzionale pubblica. La risposta ai bisogni crescenti e complessi della popolazione, accentuati dall'invecchiamento demografico, dalla fragilità relazionale e dalla presenza di nuove vulnerabilità, richiede un modello di governance che faccia della corresponsabilità tra soggetti pubblici, organizzazioni di Terzo Settore e comunità locali il proprio fondamento operativo, superando definitivamente la dicotomia tra componente sanitaria e componente sociale.

L'art. 55 del D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) è lo strumento giuridico che formalizza questo cambiamento di paradigma: da un modello tradizionale di "fornitura di servizi" da parte dei privati al pubblico, verso un modello di amministrazione condivisa nel quale la Pubblica Amministrazione dialoga e progetta, in co-programmazione e co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore. La co-programmazione è la fase istruttoria partecipata attraverso cui PA ed ETS collaborano nell'individuazione dei bisogni della comunità, nella definizione degli interventi e nel riconoscimento delle risorse disponibili. La co-progettazione costruisce e realizza progetti specifici finalizzati a soddisfare i bisogni già identificati, sostituendo la logica sinallagmatica del contratto pubblico con una logica di collaborazione, corresponsabilità e condivisione degli obiettivi.

La legge regionale 12 dicembre 2025, n. 18 recepisce compiutamente questa impostazione e la declina nel contesto ligure. L'art. 17-bis, comma 5, L.R. 41/2006, introdotto dall'art. 10 L.R. 18/2025, prevede accordi tra il SSR (ATS) e i Comuni associati per facilitare l'accesso dei cittadini attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA) all'interno delle Case della Comunità, con il supporto del Terzo Settore mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata. Il legislatore regionale identifica le organizzazioni non profit come soggetti attivi e corresponsabili nel perseguimento di finalità di interesse generale: nelle Case della Comunità, il Terzo Settore contribuisce all'integrazione tra percorsi di intervento sanitari e sociali, orientando la persona in coordinamento con i servizi territoriali; negli Hub di cura e

nella costruzione del Progetto di Vita ai sensi del D.lgs. 62/2024, la sua presenza è condizione necessaria per il coordinamento delle risorse locali.

Accanto alla co-programmazione e alla co-progettazione con gli ETS, il Piano valorizza i Patti di Collaborazione come strumento di amministrazione condivisa dei beni comuni: accordi tra soggetti pubblici, Regione, Comuni e loro enti strumentali e cittadini attivi, in forma singola o associata, finalizzati alla cura, alla rigenerazione e alla gestione condivisa di beni materiali (aree verdi, edifici, scuole) e immateriali (espressioni culturali, protezione civile, reti di prossimità). I Patti di Collaborazione promuovono un welfare di comunità innovativo e radicato nel territorio, fondato su tre pilastri: partecipazione, prossimità e custodia condivisa. In questa logica, i cittadini non sono più soltanto destinatari di servizi pubblici, ma portatori di competenze, energie e capacità che possono essere messe al servizio della collettività. Regione Liguria provvederà a disciplinare i Patti e offrire ai Comuni la cornice omogenea per la loro implementazione locale. Dal punto di vista istituzionale, le autonomie locali svolgono un ruolo fondamentale: gli enti locali, nella forma dell'Ambito Sociale, in accordo con gli enti del SSR, definiscono, programmano e progettano gli interventi in collaborazione con gli ETS, valorizzando il principio di sussidiarietà orizzontale. Gli ETS sono protagonisti attivi nella realizzazione sia del Budget di Salute – a sostegno dei progetti terapeutici personalizzati, sia del Budget di Progetto, strumento previsto dalla normativa per il sostegno al progetto di vita delle persone con disabilità. Le applicazioni operative e le sperimentazioni gestionali di natura integrata che discenderanno da questa impostazione contribuiranno ad innalzare il livello di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e delle Prestazioni Sociali di cui la Regione e i Comuni sono responsabili.

3. Il raccordo con il PNRR e ruolo strutturale del PR FSE+ Liguria 2021-2027

La Missione 6 del PNRR ha attivato in Liguria un ciclo significativo di investimenti in infrastrutture sanitarie territoriali, tecnologie digitali e telemedicina. Il Piano assume questi investimenti come infrastruttura in corso di attivazione e si propone di governarne l'uso effettivo, definendo chi fa cosa, secondo quale logica clinica e organizzativa, con quale standard di misurazione degli esiti.

Il Piano assume altresì che gli interventi attivati nell'ambito del PNRR Missione 5, Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" possano essere letti come fattori di accelerazione di un processo più ampio di riorganizzazione del welfare territoriale. Le risorse del PNRR hanno infatti consentito di rafforzare infrastrutture, dispositivi e opportunità di innovazione nei servizi di prossimità; la programmazione regionale è chiamata ora a garantirne la continuità, l'integrazione con i sistemi ordinari e la traduzione in capacità stabile dei territori di prendere in carico i bisogni complessi.

In questa prospettiva, il Piano orienta ATS Liguria, Distretti, ATS sociali e Comuni a ricondurre gli esiti delle iniziative PNRR dentro il sistema regionale della programmazione sociale e sociosanitaria, evitando che le innovazioni prodotte restino confinate alla stagione straordinaria del finanziamento. La continuità si realizza quando gli interventi infrastrutturali e organizzativi vengono assunti come leva per consolidare accesso unitario, prossimità,

domiciliarità, presa in carico personalizzata, integrazione professionale e raccordo con il Progetto di Vita, con i LEPS e con i percorsi di welfare di comunità.

Il Programma Regionale FSE+ Liguria 2021–2027 costituisce, in tale quadro, l'architrave strutturale delle innovazioni e il principale strumento di consolidamento, qualificazione e diffusione delle sperimentazioni maturate nel corso degli anni. Esso definisce gli orientamenti strategici regionali nei campi dell'occupazione, dell'istruzione, della formazione, dell'occupazione giovanile e dell'inclusione sociale e consente di trasformare esperienze sperimentali e progetti pilota in linee di intervento strutturate, capaci di incidere stabilmente sui territori e sui target più fragili. In particolare, le priorità del FSE+ dedicate all'inclusione sociale offrono il quadro idoneo per sostenere innovazione sociale, servizi di welfare e di prossimità, rafforzamento delle competenze, accompagnamento dei caregiver, sostegno alla domiciliarità e interventi di comunità.

Il Piano riconosce pertanto una relazione di continuità e complementarità tra PNRR Missione 5, Componente 2, e PR FSE+ Liguria 2021–2027: il primo ha operato come acceleratore di trasformazioni e sperimentazioni; il secondo ne costituisce la base strutturale di consolidamento, valutazione, accompagnamento e messa a sistema. In tale disegno, le sperimentazioni regionali già sviluppate nel tempo trovano senso programmatico perché vengono ricondotte entro una cornice ordinaria di amministrazione condivisa, co-programmazione e co-progettazione con il Terzo Settore, capace di produrre apprendimento istituzionale, innovazione sociale e cambiamenti misurabili nella qualità della vita delle persone e delle comunità.

PARTE SECONDA — LA VISIONE E LE STRATEGIE

La visione di questo Piano è una Liguria in cui ogni cittadino, indipendentemente da dove vive e da quanto è fragile, riceve cure appropriate nel luogo più vicino e nella forma più adatta al suo bisogno. Questa visione si articola in cinque strategie: la persona al centro, l'integrazione come metodo, la prossimità come valore, il digitale come abilitatore, la sostenibilità come responsabilità. Non sono orientamenti paralleli ma assi di un unico disegno coerente. Le strategie trovano la loro declinazione operativa nei tredici Obiettivi di salute prioritari, che enunciano i target misurabili al 2030, e nei Percorsi di cura, che sviluppano il modello assistenziale per ciascuna fase della vita.

4. Cinque strategie per il quinquennio

Le cinque strategie che seguono sono assi di orientamento che attraversano tutti i percorsi, e tutti gli investimenti. Ogni scelta programmatica deve essere riconducibile a una o più di queste strategie.

Strategia 1 La persona al centro: prevenzione, bisogni e Progetto di Vita (PdV)

Il sistema sociosanitario ligure abbandona la logica della prestazione, dove il cittadino accede a un servizio in risposta a un bisogno puntuale, per adottare la logica del Progetto di Vita, dove la presa in carico è continua, multiprofessionale e multidisciplinare, orientata al recupero o al mantenimento della salute e dell'autonomia. Dovranno quindi, necessariamente, nella realizzazione del PdV, prevedersi strumenti che permettano agli enti pubblici preposti di acquistare prestazioni. Sono gli strumenti operativi di questa transizione: il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e il Budget di Salute. Per i minori, il Progetto Quadro e il Piano Educativo Individualizzato (PEI). Per le persone con disabilità, il Progetto di Vita ai sensi del D.lgs. 62/2024. Per gli anziani non autosufficienti, il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) condiviso tra DSS e ATS.

Risultato atteso al 2030: il 70% dei pazienti con cronicità avanzata o disabilità grave in carico ha un Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) attivo entro il 2030.

Strategia 2 L'integrazione come metodo, non come obiettivo

L'integrazione sociosanitaria non può essere dichiarata e poi ignorata nelle procedure operative. Va trattata come un metodo di lavoro quotidiano: ogni percorso di cura prevede esplicitamente il ruolo responsabilità di ATSL e Ambiti sociali, i meccanismi di co-finanziamento, le equipe integrate, gli strumenti valutativi condivisi (UVM/UVG), il raccordo con il Terzo Settore in particolare tramite co-programmazione e co-progettazione. In questa prospettiva, la Regione svolgerà un ruolo di accompagnamento e di supporto agli enti preposti affinché queste formule possano essere messe a regime"

Risultato atteso al 2030: convenzioni operative attive tra ATS e tutti i Comuni liguri per le macroaree anziani, disabilità e per la salute mentale entro il 2030.

Strategia 3 La prossimità come accessibilità: fisica e digitale

domiciliare per i pazienti cronici, teleconsulto che porta l'Hub nello Spoke, Fascicolo Sanitario Elettronico che rende il cittadino portatore della propria storia clinica ovunque si trovi, piattaforma IT-CURA che tiene insieme i setting territoriali. Queste direzioni sono pensate per integrarsi, non per sostituirsi, la tele visita non chiude un ambulatorio, ma ne estende il raggio d'azione; il telemonitoraggio non sostituisce il medico, ma gli consente di intervenire prima del deterioramento clinico; l'IFoC con dispositivi connessi non surroga la Casa della Comunità, ma la proietta nelle vallate dove il paziente vive. La rete, fisica e digitale, è la garanzia che questa ridefinizione non diventi un alibi per l'arretramento dei servizi nelle aree periferiche, ma il modo con cui il sistema sanitario regionale raggiunge tutti i cittadini liguri con lo stesso livello di cura. Le aree interne, ad esempio, sono il luogo in cui il sistema sociosanitario regionale ha imparato e continua a imparare a innovare. Le esperienze maturate nei progetti della Strategia Nazionale Aree Interne lo dimostrano: l'Infermiere di Famiglia o di Comunità, l'Ostetrica di Famiglia o di Comunità, la Residenza Aperta, l'accompagnamento protetto, la telemedicina ambulatoriale di prossimità sono nati come risposte alla scarsità di risorse delle aree periferiche e oggi costituiscono modelli replicati in tutto il territorio regionale. Il Piano assume questa esperienza come strategia di metodo: le innovazioni che hanno dimostrato efficacia entrano nel funzionamento ordinario del sistema, sostenute attraverso il raccordo programmato con le fonti di finanziamento disponibili, Fondo Unico per le Aree Interne 2025-2027, Programma Regionale FSE+ Liguria 2021-2027, Missione 6 del PNRR per le componenti digitali e attraverso la progressiva integrazione nel finanziamento ordinario regionale per le componenti che hanno raggiunto il livello di servizio strutturale.

Risultato atteso al 2028: nessuna area PAI (Progetto Aree Interne) priva di presidio sanitario di prossimità a meno di 30 minuti; teleconsulto specialistico attivo in tutti i presidi Spoke entro il 2027; teleconsulto o tele visita attivabile come modalità ordinaria di accesso al follow-up specialistico in tutti gli Spoke territoriali entro il 2028, su richiesta del medico di medicina generale o del paziente.

Nota: i target relativi alle aree PAI e alle soglie di accessibilità sono da intendersi come obiettivi programmatici di riferimento, da validare con i dati ISTAT/SNAI aggiornati in sede di adozione formale del Piano.

Strategia 4 Il digitale come abilitatore, non come fine

Gli investimenti PNRR in telemedicina, FSE, IT-CURA e COT rischiano di rimanere infrastrutture sottoutilizzate se non incorporate in processi clinici ridisegnati. Il Piano non elenca tecnologie: definisce i percorsi e indica dove il digitale li rende più efficaci: dalla tele visita del paziente diabetico al monitoraggio del paziente OPAT (*Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy*), dalla refertazione remota delle TC (tomografia computerizzata) agli alert automatici della COT, dall'anagrafe dei servizi (G.A.S) all'interoperabilità tra sistemi sanitari e sociali (Centrale unica della condizione della disabilità e della non autosufficienza, Cartella sociale Informatizzata (CSI), sperimentata a livello nazionale e anche in Liguria a cura del MLPS).

Il digitale è abilitatore non solo dei processi clinici ma anche della programmazione, del monitoraggio e dell'apprendimento istituzionale del sistema. Il patrimonio informativo del

Sistema Informativo Regionale Integrato (L.R. 42/2006), alimentato dai flussi delle Schede di Dimissione Ospedaliera, della farmaceutica, della specialistica ambulatoriale, degli screening, del Fascicolo Sanitario Elettronico, di IT-CURA e della cartella sociale digitale, costituisce la base di conoscenza con cui il Piano persegue la programmazione fondata sull'evidenza, il monitoraggio in tempo reale dei percorsi di cura, l'anticipazione dei bisogni emergenti, la verifica continua dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e il supporto alla co-progettazione tra sanità e sociale. Il superamento dell'analisi a silos per setting assistenziale, attraverso modelli di analisi integrata dei percorsi di cura, è la condizione che trasforma il dato in conoscenza e la conoscenza in scelta programmatica. Le specifiche tecnico-operative, i livelli di accesso e le garanzie di riservatezza in conformità con il GDPR e con la disciplina nazionale sulla protezione dei dati sanitari sono disciplinate dal Piano Operativo Regionale di Data Governance di cui al par. 17.3.

Risultato atteso al 2030: IT-CURA operativo in tutti i setting assistenziali (con modalità distinte per i setting territoriali e ospedalieri) e FSE popolato per almeno l'85% della popolazione ligure entro il 2028

Strategia 5 La sostenibilità come responsabilità collettiva

La sostenibilità non è solo una questione economico/finanziaria: è appropriatezza clinica, riduzione degli "sprechi", allocazione per bisogno in base alle priorità. Il Piano assume che la riduzione della mobilità passiva, il governo delle liste di attesa con il contenimento della inappropriatezza della domanda, la riduzione dei ricoveri inappropriati e l'ottimizzazione del personale siano obiettivi di sostenibilità primari. La valorizzazione delle risorse umane e il rafforzamento delle competenze sono condizioni di tenuta del sistema.

Risultato atteso al 2028 riduzione del 20% dei ricoveri inappropriati ed entro il 2030 del 30% della mobilità passiva extra-regionale nelle specialità eleggibili.

5. Gli obiettivi di salute prioritari

I tredici Obiettivi di salute enunciano i target strategici del Piano: le priorità di salute che la Regione si impegna a perseguire nel periodo 2026–2030, con indicatori misurabili e responsabilità definite. Ciascun obiettivo è ancorato a una o più delle cinque strategie, è declinato per area sociosanitaria dove la variabilità territoriale è rilevante, e converge verso un'unica direzione: ridurre le disuguaglianze di salute dentro e fuori la regione.

Gli obiettivi sono selezionati sulla base del profilo epidemiologico ligure, del gap tra bisogno espresso e offerta attuale, della fattibilità nel quinquennio 2026-2030 e della coerenza con le priorità nazionali (PNGLA 2025–2027, Piano Nazionale Cronicità, Piano Demenze).

OS1. Potenziamento della prevenzione e degli screening oncologici: estensione e adesione uniforme e riduzione delle disuguaglianze territoriali

Raggiungere e mantenere, su tutto il territorio regionale, livelli di qualità dei programmi organizzati di screening oncologico (mammella, cervice uterina, colon-retto) conformi agli standard nazionali definiti dalle associazioni scientifiche e dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), tra questi, migliorare i tassi di adesione per il raggiungimento delle soglie di garanzia previste per l'erogazione dei LEA, con particolare attenzione alle aree in cui si registrano i valori più bassi e ridurre le disuguaglianze di accesso tra aree costiere e aree interne. L'obiettivo si articola su quattro assi operativi. Primo asse Qualità uniforme: garantire l'attuazione e il consolidamento dei tre programmi di screening organizzato in tutte le cinque aree ATSL, con call/recall attivo attraverso IT-CURA, MMG, eliminando le discontinuità di invito che si registrano in alcune aree periferiche. Secondo asse Open day e modalità straordinarie di accesso: nelle aree e nelle fasce di popolazione in cui l'adesione risulta strutturalmente inferiore agli standard, attivare sessioni di screening in modalità open day presso gli ospedali e i presidi territoriali, con accesso diretto senza prenotazione, in orari e giorni che riducano le barriere organizzative (es. pomeriggi, sabati). Le sessioni open day sono pianificate con cadenza almeno trimestrale in ciascuna delle aree con adesione inferiore al 50% per screening cervicale e coloretale e inferiore al 60% per screening mammografico (soglie NSG) e nelle fasce socioeconomiche svantaggiate. Terzo asse Equità territoriale: assicurare l'accesso equo e uniforme ai programmi di screening su tutto il territorio regionale, comprese le aree interne, attraverso unità mobili di screening, accordi con le farmacie per la distribuzione del kit FOBT (colon-retto) e punti di raccolta capillari sul territorio. Quarto asse Diagnosi precoce per le cronicità ad alto impatto: sviluppare iniziative strutturate di diagnosi precoce per le principali patologie croniche ad elevato impatto epidemiologico nella popolazione ligure (diabete, BPCO, ipertensione, malattie degenerative e vascolari della macula), raccordate con i programmi di sanità d'iniziativa dei MMG e con i PDTA regionali. Quinto asse Screening del tumore del polmone nelle popolazioni ad alto rischio: in coerenza con le evidenze degli studi NLST e NELSON e con le raccomandazioni delle società scientifiche internazionali, il Piano introduce

un programma strutturato di screening del carcinoma polmonare mediante TC torace a basso dosaggio (LDCT) per le popolazioni ad alto rischio (forti fumatori attivi o ex-fumatori da meno di 15 anni, fascia di età 50-75 anni, secondo i criteri di eleggibilità stabiliti dall'atto deliberativo regionale). Il programma è attivato in modalità pilota nell'Area metropolitana entro il 2027, con estensione progressiva alle altre aree ATSL entro il 2030. L'atto deliberativo regionale di disciplina del programma definisce i criteri di eleggibilità, la rete dei centri di esecuzione e di refertazione, i protocolli di gestione dei noduli polmonari riscontrati, il raccordo con la Rete Oncologica per la gestione dei casi positivi e gli indicatori di processo ed esito (numero di soggetti eleggibili arruolati, percentuale di adesione, percentuale di tumori diagnosticati in stadio I-II, riduzione delle diagnosi in stadio avanzato).

Target: *Tasso di adesione degli screening oncologici $\geq 60\%$ per mammella e 50% per colon-retto e cervice uterina entro il 2028 in tutte le cinque aree ATSL; almeno una sessione open day semestrale e trimestrale nelle aree con adesione inferiore al 60% per lo screening mammografico e inferiore al 50% per lo screening cervicovaginale e coloretale entro il 2027; riduzione della differenza nel tasso di adesione tra area metropolitana e aree interne a meno di 10 punti percentuali entro il 2030.*

Fonte: — Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 — GISMa, GISCi, GISCoR

Osservatorio Nazionale Screening (ONS) — Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (DM 12 marzo 2019) — Piano Oncologico Nazionale 2022-2027

OS2. Dimissione protetta e tempi di transizione

DM 70/2015 (standard assistenza ospedaliera) — DM 77/2022 (assistenza territoriale, COT, OdC) — L. 38/2010 (cure palliative) — L.R. 18/2025 (ATS Liguria) — DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) — PSSIR Liguria 2026–2030 rev. MT, DIAR Medicina Specialistica.

Contesto e criticità strutturali

La Regione Liguria, con il suo indice di vecchiaia il più alto d'Italia e con il primato nazionale nella prevalenza di patologie croniche, si confronta strutturalmente con una duplice criticità sistemica: il boarding, ovvero la permanenza prolungata del paziente in Pronto Soccorso in attesa di ricovero, e la dimissione difficile o ritardata, ovvero l'impossibilità di dimettere il paziente clinicamente stabilizzato negli adeguati setting post-acuti o di una rete socioassistenziale attiva. I quattro nodi critici che alimentano questa condizione, boarding⁶ e sovraffollamento del PS, pazienti *bed blockers*, insufficiente diversificazione dei setting della rete post-acuta, fine vita inappropriato in reparto trovano risposta operativa nei rispettivi percorsi del presente Piano. Il Piano costruisce un modello regionale di dimissioni protette

⁶ Per boarding si intende la permanenza prolungata di un paziente all'interno del Pronto Soccorso — o in aree a esso adiacenti — in attesa di ricovero nei reparti di degenza, successivamente alla decisione clinica di ricovero e per un periodo superiore alle 8 ore. Il fenomeno si distingue dall'appoggio, che si verifica quando il paziente viene trasferito in un reparto diverso da quello di competenza clinica per assenza di posti letto nel reparto appropriato. Entrambe le condizioni sono riconosciute come indicatori di sovraffollamento strutturale del sistema ospedaliero e come fattori di rischio per la sicurezza clinica del paziente.

inteso come percorso integrato e programmatorio che accompagna il paziente dall'accesso ospedaliero alla piena presa in carico territoriale, superando il paradigma ospedalocentrico reattivo a favore di un sistema fondato sulla continuità assistenziale, l'appropriatezza del setting conseguente alla revisione dell'offerta e la proattiva intercettazione della fragilità.

Target OS2: ridurre il tempo medio tra stabilizzazione clinica e dimissione effettiva da >7 giorni a <3,5 giorni in tutti i presidi ATSL e AOM entro il 2030; percentuale di bed blockers identificati entro 48 ore $\geq 90\%$ entro il 2027. Il target sul fine vita — percentuale di decessi in Hospice o a domicilio $\geq 60\%$ entro il 2028, è di competenza di OS7 (cure palliative in ogni setting), cui si rimanda.

OS3. PDTA per le cronicità principali

Obiettivo del Piano è garantire la presa in carico strutturata e continuativa dei pazienti cronici attraverso PDTA regionali integrati ospedale-territorio, con PAI aggiornato semestralmente entro il 2030 e gestione proattiva del percorso. Il modello si fonda su classificazione della popolazione ai fini della programmazione, sanità d'iniziativa e ruolo centrale dell'IFoC, supportati da piattaforme digitali (IT-CURA, FSE, BDA) per il monitoraggio e la continuità informativa. I PDTA prioritari (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, IRC, demenza, maculopatia, obesità) prevedono telemonitoraggio, accesso diretto agli specialisti e programmazione strutturata del follow-up. Il sistema integra il governo delle liste d'attesa attraverso appropriatezza prescrittiva e RAO, liberando capacità per i nuovi accessi. Particolare attenzione è dedicata all'equità territoriale, con interventi mirati nelle aree a maggiore fragilità o sotto-diagnosi. Il monitoraggio regionale degli esiti e dell'appropriatezza consente la riduzione dei ricoveri evitabili e il miglioramento degli outcome clinici.

Target: 100% dei pazienti con le cronicità principali nelle 5 aree con PDTA attivo entro il 2030; -15% ricoveri evitabili per patologie cronicità target entro il 2030; 30% pazienti con scompenso, diabete insulino-dipendente e BPCO severa in telemonitoraggio attivo entro il 2028; rapporto IFoC/popolazione di 1:2.000 (anziché 1:3.000 come da DM 77/22) nelle aree interne entro il 2027, in continuità con i modelli sviluppati nei progetti SNAI e in coerenza con il consolidamento delle esperienze territoriali richiamato nella Strategia 3; screening attivo nelle aree a bassa prevalenza osservata (imperiese) con aumento del 20% del tasso di diagnosi precoce entro il 2028. Raggiungere il 100% dei pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica (stadio 3-4) e demenza in carico con PDTA attivo entro il 2030 se la privacy consente la proattività con intercettazione da BDA: da regolamentare per tempo i registri per patologia..

OS4. Riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso

Gli accessi impropri al PS rappresentano il 19,6% del totale e incidono in modo diretto su boarding, tempi di attesa e saturazione dei reparti. L'obiettivo è ridurre tale quota al 10% entro il 2029, garantendo la presa in carico nel setting appropriato.

Il Piano interviene sui principali driver: mancata intercettazione delle riacutizzazioni croniche (telemonitoraggio dei parametri critici e sanità d'iniziativa), risposta alla bassa complessità

(OdC, CdC Hub h24, potenziamento CA e UCA), e governo della domanda tramite 116117 integrato con COT.

Elemento abilitante è l'integrazione dei sistemi informativi (IT-CURA, FSE, Cartella a Casa, piattaforma telemedicina) per la condivisione in tempo reale dei dati clinici tra tutti gli attori del percorso.

Sono previste azioni mirate per setting e patologia, inclusi modelli di teleconsulto specialistico (es. oculistico) per la gestione dei codici minori e la riduzione degli accessi evitabili.

Il raggiungimento degli obiettivi è monitorato attraverso indicatori di inappropriatezza, accessi per classe di triage e ricoveri evitabili, in coerenza con il modello della rete emergenza-urgenza.

Target: *riduzione degli accessi impropri al PS dal 19,6% al 10% entro il 2029; OdC, CdC Hub h24 operative in tutte le aree entro il 2026; 90% delle chiamate 116117 risolte territorialmente senza invio al PS entro il 2028; -20% ricoveri da PS per scompenso cardiaco nelle aree con telemonitoraggio attivo entro il 2028; riduzione del 30% degli accessi impropri notturni e festivi nelle aree con polo CA Hub h24 attivo entro il 2028.*

OS5. Governo delle liste d'attesa: appropriatezza prescrittiva, governo della domanda e garanzia dei tempi di accesso per classi di priorità

Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) 2025–2027 — D.L. 73/2024 convertito in L. 107/2024 — DPCM 12 gennaio 2017 (LEA, classi di priorità U/B/D/P) — Piano Nazionale Esiti AGENAS 2024 —

Garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nelle quattro classi di priorità (U — Urgente: entro 72 ore; B — Breve: entro 10 giorni; D — Differibile: entro 30 giorni; P — Programmabile: entro 120 giorni) su tutto il territorio regionale, agendo simultaneamente sul governo della domanda e sull'appropriatezza dell'offerta, in coerenza con il PNGLA 2025–2027 e con la L. 107/2024.

L'obiettivo si articola su sette assi operativi integrati. Il primo è l'appropriatezza prescrittiva: implementare i RAO sui gestionali di tutti i prescrittori entro il 2026, con obbligo di indicazione della classe di priorità e della tipologia di accesso su ogni ricetta e monitoraggio attraverso audit periodici. Il secondo è il governo della domanda: separare i flussi di primo accesso dagli accessi successivi, trasferendo i controlli di follow-up dei pazienti cronici stabili su agende integrate non visibili nel CUP ordinario e riservate alle strutture eroganti. Il terzo è la rimodulazione dell'offerta, ciascuna struttura analizza annualmente il rapporto tra primo accesso e accessi successivi per branca specialistica, con obbligo di riallineamento agli standard PNGLA e meccanismi automatici di sblocco dei posti non prenotati nelle 48 ore precedenti. Il quarto è la riduzione delle disuguaglianze territoriali, riequilibrio dell'offerta specialistica nelle aree sottodotate e comunicazione sistematica delle eccellenze regionali per orientare la domanda. Il quinto è il monitoraggio e la trasparenza, cruscotto pubblico in tempo reale dei tempi di attesa per le 43 prestazioni traccianti PNGLA, aggiornato mensilmente per area ATSL e per branca. Il sesto è il governo dell'offerta, mappatura strutturata dell'offerta ambulatoriale regionale, pubblica e del privato accreditato, affidata a Liguria Salute entro il quarto trimestre 2026, come prerequisito per qualsiasi decisione di incremento dell'offerta. Il sistema valorizza in modo coordinato l'offerta del privato accreditato, nell'ambito della programmazione regionale e secondo criteri di appropriatezza, trasparenza, qualità documentata e parità di accesso per il cittadino, con monitoraggio nel cruscotto pubblico dei tempi di attesa previsto

al quinto asse. Il settimo è l'attivazione dei percorsi di tutela, in recepimento dell'art. 3 della L. 107/2024. Il Piano prevede inoltre, nell'ambito dei lavori della Cabina di Regia del PSSIR, un'istruttoria regionale dedicata alle modalità di coinvolgimento coordinato del privato accreditato nella gestione programmata dei tempi d'attesa, con l'obiettivo di definire criteri di programmazione dei volumi, di monitoraggio della qualità e di parità di accesso per il cittadino. L'istruttoria si conclude entro il 2027 con atto deliberativo regionale di indirizzo. Il dettaglio operativo dei sette assi è sviluppato nella sezione «Governo del follow-up e delle liste d'attesa» del Percorso 2, cui si rimanda.

Target: rispetto dei tempi massimi per le classi U e B nel 95% delle prestazioni traccianti entro il 2027; rispetto per le classi D e P nel 90% delle prestazioni entro il 2028; RAO attivi su tutti i gestionali dei prescrittori entro il 2026; Gruppo di Lavoro regionale cardiologico insediato entro il primo trimestre 2026 con documento di riorientamento entro settembre 2026; riduzione del gap di densità di prestazioni specialistiche tra ASL1 e media regionale a meno di 5 punti percentuali entro il 2028; riduzione del 10% della mobilità passiva per prestazioni elettive programmabili nelle specialità a maggiore eccellenza regionale documentata entro il 2028. I target di area riportati nel par. 8.2il, 90% delle prestazioni cardiologiche nei tempi RAO entro il 2028, riduzione del 15% delle prescrizioni inappropriate di diagnostica per immagini rispetto alla baseline 2025, 85% dei pazienti diabetici con retinografia a colori/OCT documentata in IT-CURA entro il 2028, costituiscono la declinazione operativa dei target generali di OS5 per le aree prioritarie del triennio. Il monitoraggio avviene attraverso il cruscotto regionale degli indicatori con revisione semestrale.

OS6. Presa in carico sociosanitaria integrata universale: valutazione multidimensionale, Progetto di Vita e governo della fragilità

La Liguria, con il 29,2% di over 65 destinato a raggiungere il 34% nel 2036 e l'indice di vecchiaia più alto d'Italia e tra i più alti d'Europa, produce il fabbisogno sociosanitario integrato più complesso del Paese. Le patologie croniche raddoppiano o triplicano nella fascia over 85; la non autosufficienza, le persone con necessità di sostegno intensivo e la fragilità multidimensionale richiedono una risposta che superi la logica della prestazione isolata per garantire un Progetto di Vita Personalizzato. OS6 affronta la frammentazione sistemica: quella tra sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra integrazione, valutazione e presa in carico attraverso un sistema territoriale proattivo che opera con logica di sanità d'iniziativa e di Case management.

Accesso universale e tempestivo alla valutazione multidimensionale. Il Piano garantisce che il 100% dei cittadini liguri, sia non autosufficienti o con necessità di sostegno intensivo e disabilità grave, sia minori e famiglie e adulti fragili, acceda a una presa in carico integrata attraverso l'Equipe integrata e a una valutazione multidimensionale (UVM/UVG) entro il 2028. Il Punto Unico di Accesso, fisicamente collocato nelle CdC Hub e raccordato con la Centrale unica della disabilità, con la COT e con la Cartella sociale, è l'ingresso al sistema integrato.

Budget di Salute come strumento operativo della presa in carico integrata. Il Budget di Salute supera la rigidità del finanziamento a canali separati: le risorse sanitarie dell'ATSL e quelle sociali dei Comuni confluiscono in un Fondo Unico Integrato assegnato alla persona, costruito

attorno al suo Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e ai suoi tre assi di vita, abitare, lavoro, socialità. Il BdS è lo strumento che rende misurabile l'integrazione sociosanitaria, non c'è presa in carico integrata senza un budget integrato, e non c'è budget integrato senza un PTRI condiviso tra sanitario e sociale.

Piena attuazione dei LEPS e governo delle disuguaglianze territoriali. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (DM 23 novembre 2023) vengono garantiti uniformemente su tutto il territorio regionale. Vengono rafforzati i LEPS per la vita indipendente, il Dopo di Noi e l'assistenza domiciliare; i percorsi di valutazione e accesso alla disabilità in attuazione del D.lgs. 62/2024 e del D.lgs. 29/2024; la transizione fluida dalla neuropsichiatria infantile ai centri di salute mentale adulti, con protocollo obbligatorio di transizione al compimento della maggiore età. I Piani di Zona triennali sono coordinati con il Piano delle Attività Territoriali entro il 2027.

Domiciliarità e residenzialità flessibile. L'obiettivo di OS6 è consolidare l'ADI over 65 al 10% entro il 2027, con un'offerta qualificata che includa l'ADI avanzata per le condizioni altrimenti gestite in ospedale. Il modello clinico, la rete domiciliare, il ruolo dell'IFoC come Case Manager e il sostegno al caregiver sono descritti nel par. 8.3, cui si rimanda.

Integrazione con la volontaria giurisdizione e il sistema regionale Gprox. Nomina di un amministratore di sostegno, necessario nel caso di anziani non autosufficienti soli o di tutori per i minori allontanati.

Target: 100% accesso UVM/UVG entro 30 giorni dalla segnalazione entro il 2028; 100% PTRI condivisi digitalmente tra ATSL e Comuni su IT-CURA entro il 2027; LEPS pienamente attuati entro il 2028; convenzioni ATS-Comuni operative al 100% per le tre macro-aree entro il 2027; Piani di Zona coordinati con la programmazione sanitaria distrettuale in tutte le 5 aree entro il 2027; 20% di riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati per mancanza di setting post-acuti adeguati entro il 2028.

OS7. Cure palliative in ogni setting: dalla domiciliarità all'Hospice, dalla pediatria alla SLA

Il Piano recepisce l'obbligo legislativo della L. 197/2022, che impone alle Regioni di raggiungere il 90% della popolazione eleggibile in cure palliative entro il 2028, e pone come obiettivo di esito che almeno il 60% dei decessi per patologie terminali avvenga al domicilio o in Hospice entro il 2030. È un target ambizioso ma necessario: oggi in Italia oltre il 50% dei decessi avviene ancora in ospedale e solo il 35% dei pazienti eleggibili accede effettivamente alle cure palliative (OCSE 2025); OS7 non si limita alla dimensione quantitativa dei posti Hospice, benché urgente ma governa l'intera filiera palliativa come sistema integrato, dal riconoscimento precoce del bisogno alla gestione del fine vita in ogni setting. Il dettaglio operativo è sviluppato nel par. 7.4, cui si rimanda.

Il bisogno e il gap. La copertura del bisogno regionale di cure palliative specialistiche è fissata al 90% dell'1-1,5% della popolazione totale (circa 10.000-15.000 cittadini liguri). Lo standard DM 77/2022 prevede 335 pazienti ogni 100.000 abitanti in cure palliative specialistiche e 8-10 posti letto Hospice ogni 100.000 abitanti.

Target: almeno il 60% dei decessi per patologie terminali in Hospice o al domicilio entro il 2030 (baseline attuale circa 40%); posti letto Hospice allo standard DM 77/2022 (8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti) in tutte le aree entro il 2028; Nuclei SLA attivi in tutte le 5 aree entro il

2027; copertura ADI palliativa uniforme su tutto il territorio senza sospensioni entro il 2027; Hospice Pediatrico Il Guscio dei Bimbi a 8 posti letto entro il 2026; Day-Hospice Il Mantello operativo entro fine 2026; censimento pazienti cure palliative pediatriche (almeno il 50% degli stimati) entro il 2027; estensione del modello di assistenza domiciliare CPP a tutte le 5 aree ATSL entro il 2028.

OS8. Riduzione della mobilità passiva nelle reti cliniche: valorizzazione delle eccellenze, concentrazione delle competenze, fiducia del cittadino

L'obiettivo è ridurre almeno del 30% la mobilità passiva per ictus, tumori ginecologici, ortopedia elettiva e chirurgia oncologica entro il 2030 attraverso una strategia su tre livelli: concentrazione delle procedure complesse nei centri con volumi certificati, valorizzazione documentata delle eccellenze per orientare la domanda, potenziamento degli spoke per ridurre gli spostamenti inutili.

Valorizzazione delle eccellenze come strumento di riduzione della mobilità. Il Piano struttura una strategia di comunicazione sistematica delle eccellenze: pubblicazione periodica sul portale regionale dei dati di performance per presidio e per specialità (tempi di attesa, mortalità a 30 giorni, volumi per procedura, tassi di complicità, riammissioni a 30 giorni dagli indicatori PNE 2025), con aggiornamento semestrale; campagne informative rivolte ai MMG e alla popolazione per orientare la domanda verso le strutture liguri di qualità documentata; incentivazione dei MMG alla prescrizione verso i presidi regionali per le specialità in cui i dati di esito sono favorevoli.

Target: *-30% mobilità passiva complessiva per ictus, tumori ginecologici, ortopedia elettiva e chirurgia oncologica entro il 2030 rispetto alla baseline PNE 2025; -30% mobilità passiva extra-regionale per chirurgia dei tumori ginecologici entro il 2030; CTP in tutti gli spoke della rete ictus entro il 2026; TNK come prima scelta adottata in tutti i presidi entro il 2026; Centro di Oncologia Ginecologica operativo entro il 2027 con certificazione ESGO entro il 2029; volumi chirurgici minimi DM 70/2015 raggiunti in tutti i presidi Hub per le procedure target entro il 2027; portale pubblico dati di performance attivo con aggiornamento semestrale entro il 2026.*

OS9 — Lo strumento del Budget di Salute

Attivare il Budget di Salute (BdS) come strumento ordinario di presa in carico dei pazienti con disturbi mentali gravi (DMG) in tutto il territorio regionale, superando la frammentazione tra servizi sanitari e sociali e riducendo il ricorso all'istituzionalizzazione. Il BdS integra risorse economiche, professionali, umane e relazionali provenienti da tutti gli attori coinvolti nel progetto di cura, ATS Liguria (DSMeD), Comuni, Terzo Settore, associazioni, utenti e familiari, articolandosi sui tre assi operativi dello strumento: abitare, lavoro e socialità. La sua adozione a livello regionale segue le linee programmatiche approvate in Conferenza Stato-Regioni (Atto n. 104/CU del 6 luglio 2022) e si raccorda con il Progetto di Vita individuale previsto dal D.lgs. 62/2024 per le persone con disabilità grave. Il percorso di estensione regionale del BdS è avviato attraverso la Consulta Regionale per la Salute Mentale, con il coinvolgimento diretto degli utenti, delle famiglie, del Terzo Settore, del volontariato e delle imprese sociali, secondo un modello partecipato di welfare territoriale e di comunità. Il Budget di Salute, in forza delle

proprie finalità e delle peculiari caratteristiche che ne definiscono l'attuazione, può considerarsi un "sistema" di pianificazione e programmazione a livello territoriale, capace di offrire, contestualmente, strumenti di governo, di coordinamento e di attuazione degli interventi ivi previsti. In questa prospettiva, il BdS diviene "metodo" di integrazione sociosanitaria ed espressione di regolazione pubblica degli interventi in ambito sociosanitario, assicurando l'equità nella distribuzione delle risorse a disposizione e la definizione dei progetti e degli interventi necessari a garantire la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche e soprattutto in un contesto ordinamentale decentrato. In questa prospettiva, la flessibilità del Budget di Salute può contribuire a sperimentare risposte innovative, ad innescare processi virtuosi a livello territoriale, a migliorare l'autonomia e l'inclusione degli utenti-pazienti e a potenziare il welfare di prossimità.

Target: *il 30% dei pazienti DMG in carico ai DSMed con BdS attivo e PTRI condiviso tra ATS e Comuni entro il 2030; procedure aziendali omogenee per tutte le cinque aree dell'ATSL entro il 2027.*

Garantire che il 30% dei pazienti con disturbi mentali gravi abbiano un Budget di Salute attivo con PTRI condiviso tra DSMed e Comuni entro il 2030.

OS10 — Rafforzamento e implementazione della Rete Oncologica

Attivazione dei punti di accesso alla rete oncologica (PAR) in tutte le 5 aree entro il 2027 e piena operatività del modello di presa in carico integrata.

Sviluppo del centro di oncologia ginecologica di rilievo regionale con progressivo allineamento agli standard ESGO e ottenimento della certificazione entro 2029.

Riduzione del 30% della mobilità passiva extra-regionale per la chirurgia oncologica, entro 2030 (PNE AGENAS 2025 come baseline).

Riorganizzazione del follow up oncologico secondo modelli stratificati per rischio, con progressivo trasferimento dei pazienti a bassa complessità al territorio con 70.000 pazienti off therapy inseriti in percorso di follow-up stratificato per rischio entro il 2028.

Conversione DH oncologico in attività ambulatoriale complessa entro il 2027.

Target: *PAR attivi in tutte le cinque aree ATSL entro il 2027; Centro di Oncologia Ginecologica ATSL operativo entro il 2027 con certificazione ESGO entro il 2029; riduzione del 30% della mobilità passiva extra-regionale per chirurgia dei tumori ginecologici entro il 2030 (PNE AGENAS 2025 come baseline); 70.000 pazienti off therapy inseriti in percorso di follow-up stratificato per rischio entro il 2028; conversione DH oncologico in attività ambulatoriale complessa entro il 2027.*

OS11 — Risposta all'emergenza nelle aree interne

La Liguria presenta criticità strutturali di accesso nelle aree interne e montane, dove i tempi di raggiungimento dei DEA risultano più elevati e si associano a maggiore prevalenza di cronicità e fragilità. L'obiettivo è garantire equità di accesso e tempestività della risposta, riducendo i tempi di intervento e gli invii impropri al PS.

Il Piano interviene con il potenziamento del sistema 118 (DGR 405/2025), Centrale operativa Regionale 118 coordina i mezzi su scala regionale; sviluppo MSA1, elisoccorso H24 e

telemedicina pre-ospedaliera), riorganizzazione della Continuità Assistenziale su modello Hub & Spoke territoriale, e governo della domanda tramite integrazione 116117–COT. A integrazione di tale architettura, il Piano valorizza le esperienze di accompagnamento protetto e di prossimità sociale sviluppate nei progetti SNAI, che hanno dimostrato efficacia nel facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali per gli anziani fragili e per le persone prive di rete di supporto, contribuendo al contrasto della solitudine attraverso il coinvolgimento dei volontari del Terzo Settore. Tali progettualità trovano collocazione operativa nel raccordo con la COT e con il sistema 116117 e si integrano nel modello complessivo di consolidamento dei servizi richiamato nella Strategia.

Elemento qualificante è lo sviluppo di modelli di prossimità (CdC, UCA, Punti Salute) e del teleconsulto specialistico, per garantire risposta anche nelle aree a bassa accessibilità.

Target: tempo di risposta 118 <20 minuti nelle aree interne entro il 2027; piena copertura del sistema informativo territoriale entro il 2027; ≥60% delle chiamate 116117 risolte territorialmente senza invio al PS entro il 2028; completamento del potenziamento elisoccorso e attivazione MSA1 secondo programmazione regionale.

OS12 — Integrazione digitale nei percorsi ad alto impatto

La Regione Liguria completa la transizione della telemedicina da fase sperimentale a componente strutturale dei percorsi assistenziali, in coerenza con il DM 77/2022, assumendo il domicilio come primo luogo di cura. L'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), pienamente interoperabile con FSE 2.0 e IT-CURA, costituisce il *backbone* unico per telemonitoraggio, televisita e teleconsulto, con integrazione operativa con COT e ADI per la gestione proattiva dei pazienti e degli alert clinici. Il Piano promuove l'utilizzo sistematico delle tecnologie digitali nei PDTA ad alto impatto, anche attraverso modelli già attivi a livello regionale (es. "La Liguria ti prende a cuore" per lo scompenso cardiaco, "Oltre il Tempo" per il declino cognitivo), e sviluppa soluzioni di sanità digitale diffusa nelle aree interne mediante Punti Salute e teleconsulti assistiti, anche sulla base di esperienze consolidate quali il modello "Tigullio Luogo di Salute". E prevista l'introduzione progressiva di strumenti di intelligenza artificiale a supporto della pratica clinica (diagnostica, stratificazione del rischio, supporto decisionale), accompagnata da una governance regionale che ne definisce criteri di utilizzo, validazione e trasparenza. Il sistema è sostenuto da un piano strutturato di formazione e piena integrazione nei gestionali dei professionisti, al fine di garantire l'adozione uniforme e la continuità operativa nei percorsi di cura. Il portale "Upskilling FSE 2.0" in collaborazione con l'Università di Genova e FIASO garantisce la copertura formativa del 100% degli operatori dei PDTA per la cronicità entro il 2027. Vengono nominati referenti clinico-organizzativi per le cure primarie in ogni area ATSL. Le ADI della piattaforma Ticuro Reply vengono integrate nei gestionali dei MMG, superando la frammentarietà dell'adozione registrata fino al 2026

Target: 90% di copertura IT-CURA nei setting territoriali (CdC, OdC, RSA, ADI, COT) entro il 2028; telemonitoraggio attivo per il 30% dei pazienti con scompenso cardiaco, diabete insulino-dipendente e BPCO severa entro il 2028; televisita disponibile per il 100% degli specialisti ambulatoriali nelle CdC entro il 2027; FSE alimentato in tempo reale da tutte le strutture entro

il 2027; copertura formativa 100% operatori PDTA entro il 2027; policy regionale IA in Sanità adottata entro il 2026.

OS13 — Piena attuazione dei LEPS e governance dell'integrazione sociosanitaria: il sistema integrato come architettura istituzionale

L'integrazione sociosanitaria è una condizione abilitante. Gli obiettivi di salute da OS1 a OS12 si realizzano solo se il sistema sanitario e il sistema sociale smettono di essere compartimenti stagni e diventano un'unica architettura di cura. OS13 governa questa architettura, definisce i dispositivi istituzionali, gli strumenti operativi e i meccanismi di garanzia che rendono l'integrazione esigibile e misurabile, non solo dichiarata.

Il quadro normativo entro cui OS13 si colloca è stratificato ma coerente. La L. 328/2000 stabilisce che Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali debbano coincidere territorialmente. Il DPCM 12 gennaio 2017 definisce i LEA sociosanitari come prestazioni esigibili. Il DM 23 novembre 2023 fissa i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) come insieme minimo garantito su tutto il territorio nazionale. La L.R. 18/2025 sancisce che l'integrazione sociosanitaria si realizza attraverso accordi tra SSR e Comuni/ATS, con PUA nelle Case della Comunità. Il D.lgs. 62/2024 e il D.lgs. 29/2024 introducono il Progetto di Vita individuale come diritto esigibile per le persone con disabilità grave.

Il nodo irrisolto: la discontinuità tra diritto formale e accesso reale. La Liguria dispone di tutti gli strumenti normativi necessari. Il problema è che il passaggio dal diritto alla prestazione concreta avviene in modo disomogeneo tra i distretti, con differenze significative nei tempi di accesso alla valutazione multidimensionale, nella disponibilità dei servizi sociosanitari e sociali, nella capacità degli ATS di co-finanziare i PTRI. OS13 è la risposta istituzionale a questa disomogeneità.

La governance unitaria. La Cabina di Regia del PSSIR, attraverso il proprio tavolo dell'integrazione sociosanitaria, coordina PAT e PdZ in tutti i territori distrettuali entro il 2027, con meccanismo formale di verifica annuale congiunta tra ATSL e Comuni.

L'accesso universale. Il Punto Unico di Accesso, fisicamente collocato nelle CdC Hub, è la porta unica del sistema integrato: accoglie, orienta e attiva la valutazione multidimensionale senza obbligare il cittadino a navigare tra sportelli diversi.

I LEPS come obbligazione istituzionale. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali vengono garantiti uniformemente su tutto il territorio regionale attraverso convenzioni operative obbligatorie tra ATS e Comuni per le macroaree non autosufficienza, disabilità, minori e salute mentale. Le aree con LEPS non ancora attivati ricevono un piano di accompagnamento con scadenze vincolanti.

Il Terzo Settore come protagonista. Gli ETS sono soggetti della co-programmazione e co-progettazione, riconosciuti dalla L.R. 18/2025 e dall'art. 55 del D.lgs. 117/2017.

La misurazione come garanzia: Il cruscotto regionale integrato raccorda in un'unica piattaforma gli indicatori sanitari e sociali e alimenta la verifica annuale della Cabina di Regia. Gli indicatori specifici per OS13 includono: percentuale di Comuni con convenzione operativa attiva per almeno due macroaree; numero di PTRI attivi su totale pazienti eleggibili con disabilità grave e disturbi mentali gravi; percentuale di BdS attivati entro 60 giorni dalla valutazione UVM/UVG; numero di Piani di Zona coordinati con il PAT distrettuale; percentuale

di PUA nelle CdC con accesso a IT-CURA modulo sociosanitario; tasso di copertura dei LEPS per ATS e per distretto.

Target: *convenzioni operative ATS-Comuni attive al 100% per le quattro macro-aree (minori, non autosufficienza, disabilità, salute mentale) entro il 2027; PAT e PdZ coordinati in tutti i territori distrettuali entro il 2027; LEPS pienamente attuati su tutto il territorio entro il 2028; 100% dei PTRI condivisi digitalmente su IT-CURA entro il 2027; 100% dei BdS attivati entro 60 giorni dalla valutazione UVM/UVG entro il 2028; cruscotto sociosanitario integrato attivo con aggiornamento semestrale entro il 2026; formazione congiunta sanitari-sociali attiva in tutte le cinque aree ATSL entro il 2027.*

6. Risultati attesi al 2030

Al termine del quinquennio 2026–2030, il Piano attende di aver prodotto cambiamenti misurabili nella vita concreta dei cittadini liguri e nella struttura del sistema sanitario e sociosanitario regionale. I risultati qui elencati non sono aspirazioni: sono impegni verificabili, ciascuno ancorato a indicatori, oggetto di relazione annuale alla II Commissione Consigliere (Sanità).

Continuità delle cure. Ogni presidio ospedaliero dispone di un TEAM Multidisciplinare Dimissioni Complesse operativo a composizione multiprofessionale (direzione medica di presidio, Case Manager Infermieristico, Assistente Sociale, Assistente Sanitario), il Case Manager Infermieristico è presente in tutti i reparti, e la scala BRASS è adottata come strumento regionale obbligatorio di valutazione della fragilità in fase di ricovero.

Il servizio OPAT è attivo su tutto il territorio regionale, integrato con ADI, Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

Prossimità. La rete territoriale prevista dal DM 77/2022 è pienamente operativa: le Case della Comunità sono aperte h12/24 in ogni distretto con ambulatori dedicati ai codici minori, le Centrali Operative Territoriali sono attive in tutte le aree, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità coprono l'intero territorio regionale. Nessuna area PAI è priva di presidio sanitario di prossimità raggiungibile entro 30 minuti. Il 116117 è operativo con raccordo strutturato alla COT.

Integrazione sociosanitaria. Il PTRI è lo strumento ordinario di presa in carico delle persone con bisogno complesso: almeno il 70% dei pazienti con cronicità avanzata o disabilità grave ha un PTRI attivo entro 30 giorni dalla valutazione multidimensionale. Convenzioni operative tra ATS e tutti i Comuni liguri sono in vigore per anziani, disabili e minori. Il Budget di Salute è pienamente attuato nelle aree sperimentali e in estensione progressiva. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali sono applicati in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Prevenzione e salute della popolazione. I tre programmi di screening oncologico garantiti dai LEA raggiungono tassi di copertura conformi agli standard nazionali in tutte le cinque aree. Il

Dipartimento di Prevenzione Regionale è pienamente operativo come struttura di governance trasversale. Le campagne vaccinali antinfluenzale e anti-Covid registrano coperture superiori al 75% nella popolazione over 65. I programmi di sorveglianza epidemiologica producono dati comparabili tra le aree e alimentano la programmazione distrettuale.

Salute mentale e dipendenze. Il PTRI è lo strumento ordinario anche per le persone con disturbi mentali gravi: il Budget di Salute è attivo per almeno il 30% dei pazienti con disturbo mentale grave entro il 2028. La Consulta Regionale sulla Salute Mentale è istituita e l'Osservatorio regionale produce dati annuali sugli esiti. I tempi di attesa per la prima visita psichiatrica programmata sono inferiori a 30 giorni in tutte le aree.

Digitalizzazione. IT-CURA è operativo in tutti i setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico è alimentato per almeno l'85% della popolazione ligure. Il teleconsulto è attivo tra spoke e Hub nelle specialità tempo-dipendenti. I sistemi informativi sociosanitari sono interoperabili e alimentano in tempo reale il cruscotto regionale degli indicatori.

Riduzione della mobilità passiva. La mobilità extra-regionale per le prestazioni chirurgiche ad alto volume si è ridotta del 30% rispetto al 2025, grazie alla concentrazione delle casistiche negli Hub regionali e alla certificazione delle reti oncologiche secondo gli standard nazionali ed europei.

PARTE TERZA — I PERCORSI DI CURA

I Percorsi di cura sviluppano il modello assistenziale del Piano: non per patologia, ma per fasi della vita e profili di bisogno. Questa scelta non è formale: rispecchia la traiettoria reale della persona, che attraversa il sistema sanitario in modo trasversale e non si riconosce nelle categorie specialistiche. Ogni Percorso descrive come si organizzano i servizi, quali strutture e figure professionali entrano in gioco, quali strumenti digitali e quali PDTA governano la presa in carico. I Percorsi sono il luogo in cui le strategie della Parte Seconda si traducono in azioni concrete e in cui gli Obiettivi di salute trovano la loro realizzazione operativa.

7. Percorso 1 Dall'emergenza alla continuità

Questo percorso riguarda ciò che accade a un cittadino ligure dal momento in cui accede al sistema in condizione di urgenza fino al momento in cui torna o rimane al sicuro nel suo contesto di vita.

Inquadramento normativo e istituzionale del percorso urgenza-continuità

DM 70/2015 (rete emergenza-urgenza) — DM 77/2022 (assistenza territoriale) — L.R. 18/2025 (riforma SSR Liguria).

Il percorso del paziente acuto costituisce uno degli ambiti centrali della programmazione sanitaria regionale, in quanto richiede una risposta tempestiva, appropriata, continuativa e organizzata secondo livelli progressivi di intensità di cura. In coerenza con il DM 70/2015, la rete dell'emergenza-urgenza è un sistema integrato articolato tra centrali operative, rete territoriale di soccorso e rete ospedaliera. Il modello organizzativo di tipo Hub e Spoke prevede che Pronto Soccorso, DEA di I livello e DEA di II livello operino in modo coordinato, con dotazioni, competenze e funzioni differenziate⁷.

La L.R. 18/2025 ha ridefinito l'assetto regionale con una governance unitaria: l'ATS Liguria organizza i nodi territoriali e ospedalieri dell'urgenza, il raccordo con i distretti e la rete di continuità assistenziale; l'AOM è il nodo di elevata complessità clinica per i casi che richiedono specializzazione e tecnologie avanzate. Il percorso urgenza-continuità non si esaurisce nell'accesso al PS: comprende il triage, l'inquadramento clinico tempestivo, l'attivazione dei percorsi tempo-dipendenti, il ricovero o il trasferimento secondo protocolli di rete, la dimissione protetta e la continuità assistenziale post-evento.

⁷ Nota terminologica. Nel presente Percorso i termini urgenza, emergenza e acuzie sono usati con significato distinto. Per emergenza si intende la condizione di pericolo di vita immediato che richiede risposta del sistema 118 entro minuti. Per urgenza si intende la condizione che richiede risposta rapida del sistema sanitario entro ore, con accesso al Pronto Soccorso come porta di ingresso. Per acuzie si intende la fase attiva di una malattia, indipendentemente dal grado di urgenza: un paziente acuto può accedere al sistema in modo urgente o programmato. I reparti di degenza internistica e medica sono reparti a media intensità di cura, non reparti per acuti in senso proprio: questi ultimi sono le terapie intensive e subintensive. Questa distinzione è coerente con la classificazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022

7.1 Emergenza-Urgenza: accesso appropriato e reti tempo-dipendenti

Le patologie tempo-dipendenti rappresentano uno degli ambiti a più alto impatto in termini di mortalità evitabile, disabilità e appropriatezza dei percorsi assistenziali. I tempi di accesso al trattamento e la corretta destinazione del paziente al nodo appropriato della rete costituiscono determinanti essenziali di esito. In questo contesto, il Piano definisce e formalizza le reti cliniche tempo-dipendenti regionali: ictus, cardiologica, trauma ed emergenza-urgenza, come sistemi organizzativi integrati, coerenti con il DM 70/2015 e fondati su modelli Hub & Spoke, protocolli condivisi e governo unitario dei percorsi.

È necessario distinguere chiaramente il ruolo delle Reti rispetto ai Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR). I DIAR rappresentano strumenti di governance clinico-organizzativa, con funzioni di indirizzo, coordinamento professionale e sviluppo delle competenze. Le reti cliniche, invece, costituiscono il livello operativo dei percorsi assistenziali: definiscono in modo puntuale i flussi dei pazienti, i criteri di accesso, i nodi erogatori, le modalità di attivazione dei servizi e le responsabilità lungo l'intero percorso di cura, dal territorio al setting ospedaliero e ritorno. La piena efficacia delle reti tempo-dipendenti richiede pertanto una loro configurazione formale, distinta ma integrata con i DIAR, e la definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) specifici per singola patologia, oggi non ancora strutturati in modo omogeneo a livello regionale. La costruzione di tali PDTA rappresenta una priorità del Piano.

Rete dell'emergenza-urgenza

La rete dell'emergenza-urgenza costituisce l'infrastruttura trasversale che garantisce il funzionamento delle reti tempo-dipendenti e, più in generale, l'accesso appropriato, tempestivo e coordinato ai diversi setting assistenziali. Nel contesto ligure, essa assume un rilievo strategico particolare in ragione della conformazione geografica del territorio, della distribuzione disomogenea della popolazione, della presenza di aree interne e montane e dell'elevata prevalenza di cronicità e fragilità.

Il sistema di emergenza-urgenza ligure presenta criticità strutturali interconnesse che il Piano affronta in modo unitario. Una prima criticità riguarda l'accessibilità disomogenea nelle aree interne. Una seconda riguarda l'accesso improprio al Pronto Soccorso, con una quota significativa di accessi classificati come codici bianchi o verdi, che alimentano sovraffollamento, boarding e utilizzo non appropriato delle risorse ospedaliere. Una terza riguarda la necessità di completare e rendere omogenea la rete diagnostica e organizzativa per le emergenze tempo-dipendenti, in particolare in ambito neurologico, cardiologico e vascolare, assicurando pari accesso ai percorsi tempo-dipendenti anche nelle aree più periferiche.

In questo quadro, la rete dell'emergenza-urgenza viene configurata come un sistema integrato, fondato sull'interconnessione funzionale tra Numero Unico di Emergenza 112, sistema 118, Numero Europeo Armonizzato 116117, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità e servizi di Continuità Assistenziale, secondo una logica di unitarietà del punto di accesso e di appropriatezza della risposta. L'obiettivo finale è che il cittadino non debba conoscere l'architettura del sistema né individuare da solo il canale corretto: è il sistema che, sulla base del bisogno, indirizza il contatto verso il nodo appropriato, riducendo tempi di risposta, duplicazioni e invii impropri al Pronto Soccorso.

Il modello regionale integra, pertanto, in modo unitario il Numero Unico di Emergenza 112, il sistema 118 e il Numero Europeo Armonizzato 116117, configurando un sistema a tre livelli interconnessi.

La Centrale Operativa 118 (Genova) assume un ruolo di gestione regionale, con visibilità in tempo reale sui mezzi, sui flussi e, progressivamente, sulla disponibilità di posti letto e sulla situazione delle code nei Pronto Soccorso, in raccordo con i sistemi informativi regionali e con la piattaforma di interoperabilità garantendo le funzioni operative distribuite mediante postazioni avanzate e assetti territoriali coerenti con le caratteristiche delle diverse aree provinciali. Il Numero Unico di Emergenza 112 (NUE) rappresenta la porta di accesso a tutte le emergenze. La Centrale Unica di Risposta riceve le chiamate, le qualifica e le instrada verso i servizi competenti, assicurando uniformità di risposta e primo filtraggio della domanda. Il Piano ne prevede il potenziamento attraverso sistemi avanzati di georeferenziazione, il raccordo in tempo reale con la CO118 regionale e l'integrazione progressiva con gli strumenti informativi clinici, al fine di rendere più rapida e appropriata l'attivazione dei soccorsi.

Il sistema 118 costituisce il fulcro della risposta sanitaria all'emergenza e delle reti tempo-dipendenti.

Il Piano prevede il rafforzamento del sistema attraverso l'implementazione della telemedicina pre-ospedaliera, con comunicazione diretta in tempo reale tra il medico del 118 e gli Hub di riferimento nella gestione dell'ictus ischemico, dell'infarto miocardico acuto, del trauma maggiore e delle altre condizioni tempo-dipendenti. Rientrano in tale assetto anche la standardizzazione dei protocolli di intervento sul territorio e l'attivazione diretta dei percorsi specialistici, come nel caso dello STEMI, con centralizzazione primaria verso la struttura di emodinamica senza passaggio intermedio in Pronto Soccorso quando clinicamente appropriato. In coerenza con questa impostazione, il Piano prevede il completamento della rete diagnostica per le emergenze vascolari, neurologiche e cardiologiche, con collegamento in rete delle diagnostiche, teleconsulto neurologico H24 nei Pronto Soccorso spoke, disponibilità diffusa della TC perfusionale con telediagnosi centralizzata e rafforzamento dell'infrastruttura di supporto alla gestione clinica in emergenza. Completano il quadro la realizzazione dell'area di atterraggio notturno per l'elisoccorso presso il l'IRCSS Ospedale Policlinico San Martino, nodo essenziale per l'operatività dei percorsi regionali nelle ore notturne, e il potenziamento dell'elisoccorso H24 con base di Levante pienamente operativa. Il Piano prevede inoltre l'attivazione progressiva di auto-infermieristiche MSA1 sulla base di una ricognizione regionale del fabbisogno, valorizzando il personale infermieristico già formato.

Il Numero Europeo Armonizzato 116117 rappresenta la porta di accesso per la domanda non urgente e, nel modello ligure, una delle principali porte virtuali del sistema integrato. Non si configura come un semplice filtro telefonico, ma come un punto di ingresso effettivo al percorso territoriale, in grado di orientare, attivare servizi, raccordarsi con la Continuità Assistenziale, con la COT e, se necessario, con il 118. Il cittadino che chiama il 116117 nelle ore di chiusura degli ambulatori accede così a un sistema capace di offrire una risposta appropriata senza ricorrere automaticamente al Pronto Soccorso.

Il 116117 opera in stretta sinergia con la COT per orientare i pazienti verso i setting appropriati, contribuendo alla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e al governo complessivo

della domanda. Ogni chiamata che trova risposta nel territorio senza invio al PS rappresenta un indicatore di efficacia dell'integrazione tra nodi del sistema e alimenta direttamente il monitoraggio degli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza. Tale funzione assume particolare rilievo nelle aree interne e montane, dove la distanza dai presidi ospedalieri e la frammentazione dell'offerta territoriale rendono il contatto telefonico spesso il primo e più accessibile punto di accesso ai servizi.

La sinergia strutturale tra 116117 e COT amplia la funzione del sistema oltre la sola risposta clinica immediata. Quando, nel corso della chiamata, emergono segnali di fragilità sociale, isolamento, deterioramento cognitivo, difficoltà di accesso ai servizi, assenza di caregiver o incapacità di gestione autonoma della terapia, la segnalazione viene trasmessa alla COT che può attivare l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, il servizio sociale competente o il Pronto Intervento Sociale. In questo senso, il 116117 diventa una prima antenna del sistema sociosanitario integrato e uno strumento di intercettazione proattiva del bisogno.

La rete dell'emergenza-urgenza si raccorda inoltre con le Case della Comunità e con i servizi di Continuità Assistenziale, che rappresentano i principali nodi di risposta alla bassa complessità e alla domanda differibile. Il Piano prevede l'attivazione, presso le CdC, di ambulatori e di percorsi strutturati di accesso per i bisogni a bassa complessità, accompagnati da campagne informative regionali finalizzate a migliorare l'orientamento della popolazione e la percezione delle alternative al Pronto Soccorso. Nell'ambito della riorganizzazione territoriale della risposta all'urgenza differibile, la Continuità Assistenziale è ridefinita secondo un modello Hub & Spoke coerente con l'assetto delle Case della Comunità e integrato con il sistema 116117 e con la Centrale Operativa Territoriale. La distribuzione dei poli non è più basata esclusivamente sul dato demografico, ma su una matrice combinata di accessibilità geografica e carico di lavoro, con riferimento indicativo a un polo ogni 30.000–40.000 abitanti nelle aree urbane e ogni 10.000–15.000 abitanti nelle aree rurali e montane, garantendo un tempo massimo di intervento compatibile con le caratteristiche del territorio.

Il modello prevede poli Hub collocati presso le Case della Comunità Hub con presenza medica e infermieristica estesa e funzioni di coordinamento, e poli Spoke con attività ambulatoriale strutturata e integrazione funzionale con il nodo Hub. Nelle aree a minore intensità di attività, i modelli tradizionali vengono progressivamente sostituiti da soluzioni flessibili basate su Unità di Continuità Assistenziale, teleconsulto e gestione centralizzata delle richieste attraverso il 116117, evitando la frammentazione dell'offerta e garantendo comunque la copertura del bisogno.

In questo contesto, il 116117 assume anche una funzione di triage territoriale strutturato, supportato da algoritmi validati, che consente di distinguere i bisogni differibili dalle urgenze reali e di attivare il livello assistenziale più appropriato, inclusi interventi domiciliari, accessi programmati alle Case della Comunità o consulenze specialistiche a distanza. L'esperienza delle regioni che hanno già sviluppato modelli analoghi evidenzia come una quota significativa della domanda non urgente possa essere gestita al di fuori del Pronto Soccorso, contribuendo in modo determinante alla riduzione degli accessi impropri e al miglioramento dell'appropriatezza complessiva del sistema.

Nelle aree interne, tale architettura si integra con la riorganizzazione della Continuità Assistenziale su base territoriale, fondata su poli Hub e Spoke, medici dedicati alle visite domiciliari, UCA coordinate dalla COT e teleconsulto con gli specialisti delle CdC Hub. I Punti

Salute attivati presso CdC o sedi comunali rappresentano ulteriori presidi di prossimità per accompagnare i cittadini, in particolare quelli più fragili o con minori competenze digitali, nell'accesso ai servizi e nei percorsi di teleconsulto.

Un ulteriore nodo della rete riguarda gli Ospedali di Comunità, che, pur non rientrando nel circuito dell'emergenza per acuti, rappresentano uno snodo rilevante per la sicurezza clinica, l'intercettazione precoce del deterioramento e il corretto trasferimento dei pazienti verso l'ospedale per acuti quando necessario. I 12 Ospedali di Comunità attivi in Liguria operano secondo procedure standardizzate e uniformi sul territorio regionale, in coerenza con il DM 77/2022. Il Piano prevede l'adozione in tutti gli OdC di protocolli standardizzati di Early Warning, quali il MEWS (Modified Early Warning Score) e Indice di Barthel modificato corredati da action card per la risposta, criteri di attivazione del 118 e protocolli di trasferimento verso gli ospedali per acuti, così da assicurare uniformità di comportamento clinico e tempestività nella gestione delle condizioni di instabilità. Costituisce ulteriore presidio per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso il raccordo strutturato del sistema 116117 e della Centrale Operativa Territoriale con le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e con le strutture sociosanitarie residenziali del territorio, finalizzato alla gestione in struttura protetta degli eventi clinici sub-acuti delle persone fragili istituzionalizzate, in particolare nelle ore notturne e nei giorni festivi. In tale quadro, la Centrale Regionale dei Trasporti Sanitari Secondari Qualificati di cui al par. 19.4 garantisce il coordinamento unitario dei trasferimenti programmati tra strutture, ivi compresi quelli connessi alle dimissioni protette e alle transizioni di setting assistenziale, in raccordo con la Centrale Operativa Regionale 118 per i trasferimenti urgenti inter-ospedalieri delle reti tempo-dipendenti.

La formazione continua interprofessionale del personale del sistema dell'emergenza-urgenza, attraverso programmi strutturati di simulazione e di aggiornamento sulle procedure di gestione delle maxi-emergenze e del massiccio afflusso di feriti, è disciplinata nell'ambito dei piani formativi aziendali di cui al cap. 16 e dei piani di emergenza interna delle strutture ospedaliere, con verifica periodica dell'efficacia attraverso esercitazioni congiunte tra Hub e Spoke.

La gestione del paziente fragile in Pronto Soccorso

La rete dell'emergenza-urgenza si collega inoltre al tema del boarding e della gestione del paziente fragile in Pronto Soccorso. Il modello di gestione del paziente fragile in Pronto Soccorso si arricchisce, nei contesti dove appropriato, di figure professionali dedicate alla presa in carico delle componenti psicologiche e sociali, psicologi clinici e assistenti sociali in raccordo operativo con la Centrale Operativa Territoriale e con gli Ambiti Territoriali Sociali, al fine di favorire la tempestiva attivazione dei percorsi di presa in carico integrata già dal momento dell'accesso, ridurre gli accessi impropri e le permanenze non necessarie, e garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti con bisogni multidimensionali.

Il sovraffollamento dei PS e la permanenza prolungata dei pazienti in attesa di ricovero o di collocazione appropriata rappresentano un problema di sistema, legato non solo all'accesso in ingresso ma anche alla capacità di assorbimento dei reparti, alla disponibilità di percorsi alternativi al ricovero ordinario, alla gestione delle patologie di confine e alla rapidità delle dimissioni verso setting post-acuti o territoriali. Le misure organizzative regionali già adottate e quelle in corso di consolidamento costituiscono il quadro operativo di riferimento per il contenimento del boarding; il presente Piano ne assume gli indirizzi e ne collega l'attuazione

al cruscotto regionale degli indicatori, in coerenza con quanto previsto nei paragrafi dedicati alla gestione del paziente fragile, alla dimissione protetta e alle cure palliative.

Nel suo complesso, la rete dell'emergenza-urgenza non coincide soltanto con la risposta all'evento acuto, ma configura una infrastruttura regionale di accesso, triage, orientamento, trattamento e transizione, integrata con le reti tempo-dipendenti, con il sistema territoriale e con i percorsi di continuità assistenziale. La sua efficacia dipende dalla formalizzazione dei nodi, dalla standardizzazione dei protocolli, dall'interoperabilità informativa, dall'integrazione con le reti cliniche specialistiche e dalla capacità del sistema di garantire una risposta appropriata nel luogo appropriato, nel tempo appropriato.

In questa prospettiva, la Regione presidia la capillarità della filiera di risposta, monitorando l'uniformità della copertura di primo intervento anche in rapporto all'articolazione costiera del territorio e alle marcate variazioni stagionali della domanda. Laddove l'analisi dei tempi di accesso e dei flussi evidenzia margini di completamento della rete, la programmazione regionale può prevedere il rafforzamento di forme di primo intervento territoriale coerenti con l'articolazione delineata dal DM 70/2015, individuando tra gli ambiti oggetto di valutazione l'area del Tigullio Occidentale; la definizione puntuale delle soluzioni è rimessa a successivo atto deliberativo, in raccordo con la mappatura strutturata dell'offerta.

Rete per il trauma maggiore

La rete regionale per il trauma maggiore è configurata come Sistema Integrato di Assistenza al Trauma (SIAT), articolato in Hub e spoke e supportato dal triage avanzato pre-ospedaliero. Il trauma maggiore è in Liguria, come nel resto del Paese, una delle principali cause di morte e disabilità evitabile nella popolazione adulta in età produttiva. La gestione ottimale del paziente traumatizzato grave richiede un sistema integrato di risposta, dal soccorso pre-ospedaliero all'alta specializzazione chirurgica, fino alla riabilitazione e alla continuità assistenziale, secondo il modello SIAT, coerente con l'impostazione del DM 70/2015 per le reti tempo-dipendenti. Si tratta di un modello organizzativo che ha dimostrato di ridurre in misura significativa la mortalità evitabile da trauma nelle realtà in cui è stato formalmente strutturato e reso pienamente operativo.

In tale quadro, la Regione Liguria attiva la Rete Regionale per il Trauma Maggiore (RRTM) come sistema organizzativo formale della rete tempo-dipendente trauma, finalizzato a garantire l'identificazione precoce del paziente con trauma grave, la corretta destinazione al nodo appropriato della rete, la tempestività del trattamento specialistico, la presa in carico multidisciplinare e il successivo rientro nei setting di prossimità per le fasi di continuità assistenziale e follow-up.

La RRTM si articola secondo una struttura Hub & Spoke, nella quale sono identificati: l'Hub di riferimento regionale presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, quale trauma center di II livello; l'Hub di area per il Ponente presso l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure; l'Hub di area per il Levante presso l'Ospedale Sant'Andrea della Spezia; gli spoke periferici dotati di Pronto Soccorso, con funzione di prima stabilizzazione, attivazione della rete e raccordo con i centri Hub. Tale configurazione consente di coniugare appropriatezza clinica, tempestività di accesso e copertura territoriale, anche nelle aree a maggiore criticità logistica. Il 118 attiva il percorso trauma sulla base di criteri clinici e dinamici codificati, con destinazione diretta al centro più appropriato. Il sistema si fonda sull'adozione del triage avanzato secondo il modello

LG ISS-TRENAU, per l'identificazione precoce del paziente con trauma grave e la sua corretta destinazione. In particolare, il protocollo trauma viene attivato sulla base di criteri fisiologici, anatomici e cinematici codificati, tra cui, a titolo esemplificativo, Glasgow Coma Scale ≤ 13 , pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg, frequenza respiratoria < 10 o > 29 atti/min, oltre agli altri criteri definiti nei protocolli condivisi di rete. La gestione pre-ospedaliera è supportata dalla telemedicina pre-ospedaliera e dalla comunicazione in tempo reale tra mezzi di soccorso, centrali operative e centri Hub, in coerenza con quanto previsto per le reti tempo-dipendenti regionali. Elemento strutturale della rete è il Registro Regionale Traumi (RRT), finalizzato al monitoraggio degli esiti, dei tempi e dell'appropriatezza dei percorsi. Il Registro è istituito come strumento formale di governo clinico e organizzativo della rete, alimentato da tutti i presidi ospedalieri con obbligo di segnalazione per i pazienti con ISS ≥ 16 o con attivazione del codice trauma nella Centrale 118. Il RRT è gestito da Liguria Salute, con alimentazione tramite IT-CURA, e persegue sia finalità organizzative — monitoraggio dei flussi, dei tempi di risposta, dell'appropriatezza dei percorsi e dei nodi di criticità della rete — sia finalità clinico-scientifiche, attraverso l'analisi degli esiti e il benchmarking con le principali reti SIAT nazionali. Il modello prevede inoltre il back transfer strutturato e precoce verso gli spoke o i presidi di prossimità una volta stabilizzato il paziente presso il centro Hub, così da favorire la continuità assistenziale, l'appropriatezza del setting e la disponibilità di capacità ricettiva nei nodi ad alta specializzazione. Il back transfer avviene entro 72 ore dalla stabilizzazione, con trasmissione completa della documentazione clinica tramite FSE e presa in carico formalmente documentata da parte del presidio ricevente. Tale funzione costituisce parte integrante della rete e non un passaggio eventuale, in quanto consente di completare il percorso del paziente in modo coerente con la logica Hub & Spoke e con il principio di prossimità delle cure. All'interno della rete assumono rilievo anche i team multidisciplinari dedicati, in particolare gli Spine Team presso gli Hub di riferimento regionale. Il Piano ne prevede l'attivazione con composizione multidisciplinare comprendente, almeno, neurochirurgo, ortopedico vertebrale, fisiatra e anestesista-rianimatore, per la gestione del trauma vertebrale acuto e della chirurgia vertebrale elettiva complessa ad alto volume. La presenza di team strutturati dedicati rappresenta un elemento qualificante della rete, in quanto consente di assicurare competenze specialistiche integrate, appropriatezza decisionale e continuità tra fase acuta, fase chirurgica e fase riabilitativa. La rete per il trauma maggiore, in quanto rete tempo-dipendente, richiede inoltre la progressiva formalizzazione di protocolli condivisi di presa in carico e di un PDTA regionale specifico, oggi da strutturare in modo omogeneo su tutto il territorio ligure, che definisca criteri di attivazione, nodi della rete, responsabilità cliniche, tempi standard di intervento, modalità di trasferimento e contro-trasferimento, integrazione con la riabilitazione e monitoraggio degli esiti. La formalizzazione della RRTM costituisce pertanto non solo una scelta organizzativa, ma una condizione necessaria per garantire uniformità di risposta, riduzione della variabilità e qualità complessiva del percorso assistenziale.

In coerenza con tale impostazione, il Piano individua i seguenti obiettivi di sviluppo della rete:

- attivazione e piena alimentazione del Registro Regionale Traumi entro il 2026, con progressiva estensione fino al coinvolgimento del 100% dei presidi della rete entro il 2030;

- operatività del protocollo di triage avanzato TRENAU entro il 2027, con estensione a tutte le centrali 118 regionali;
- back transfer documentato entro 72 ore nel 70% dei casi nel primo periodo di attuazione, con obiettivo del 90% entro il 2030;
- attivazione degli Spine Team Hub in almeno due sedi entro il 2026-2027 (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e Santa Corona), con estensione a tre sedi entro il 2030, includendo anche il Sant'Andrea della Spezia.

La rete ictus regionale è strutturata secondo il modello Hub & Spoke previsto dal DM 70/2015, con identificazione dei centri Hub dotati di Stroke Unit di II livello e dei centri spoke con funzioni di stabilizzazione e trattamento di primo livello. In Liguria si stimano circa 4.500 nuovi casi di ictus ischemico all'anno, configurando questa patologia come una delle principali cause di mortalità e disabilità e, al contempo, uno degli ambiti più rilevanti delle reti tempo-dipendenti.

In coerenza con il DM 70/2015, la rete è organizzata per garantire la presa in carico tempestiva del paziente, la corretta destinazione al nodo appropriato e l'accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate nel minor tempo possibile, con integrazione strutturata tra fase pre-ospedaliera, fase acuta ospedaliera e fase riabilitativa.

Il Piano prevede il rafforzamento della rete attraverso l'estensione delle tecnologie diagnostiche avanzate, in particolare della TC perfusione (CTP), attualmente disponibile in modo limitato, a tutti gli ospedali spoke, con tele diagnosi centralizzata presso i centri Hub. La rete si avvale del contributo di un software di Intelligenza Artificiale unico a livello regionale per la rilevazione dei segni precoci di ictus ischemico nelle TC senza contrasto e per la valutazione comparativa con le immagini storiche, in coerenza con la Policy regionale per l'IA in Sanità e con quanto previsto al par. 15.2.

Tale intervento consente di ampliare la finestra terapeutica per il trattamento riperfusivo e di uniformare l'accesso alle cure su tutto il territorio regionale.

La rete identifica formalmente come centri Hub regionali l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, individuati sulla base dei volumi storici di trombolisi e trombectomia meccanica, della consistenza dei team multidisciplinari e degli indicatori di esito. La TC perfusione si avvale di un software di refertazione assistita interoperabile a livello regionale, in coerenza con il par. 15.2 e con la Policy regionale per l'IA in Sanità.

Sul versante terapeutico, il Piano prevede l'adozione di protocolli uniformi a livello regionale, inclusa l'introduzione del Tenecteplase (TNK) come trombolitico di prima scelta, in coerenza con le evidenze più recenti, nonché la standardizzazione dei percorsi per la trombolisi e la trombectomia meccanica.

Elemento centrale della rete è l'integrazione della telemedicina nella fase pre-ospedaliera, con collegamento diretto tra il 118 e i centri Hub, che consente la valutazione precoce del paziente, la conferma diagnostica, l'attivazione anticipata del percorso e la corretta destinazione del paziente già nella fase territoriale. Tale integrazione rappresenta un fattore determinante per la riduzione dei tempi di trattamento e per il miglioramento degli esiti.

Il percorso ospedaliero è completato da un sistema strutturato di back transfer (*back transport*) codificato verso gli spoke, una volta stabilizzato il paziente presso il centro Hub, al fine di garantire continuità assistenziale, appropriatezza del setting e prossimità delle cure nelle fasi successive del percorso.

La rete ictus si integra in modo strutturale con la rete della neuroriabilitazione, che rappresenta una componente essenziale del percorso di cura. In particolare, il Piano prevede il potenziamento dei posti letto dedicati alle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75), che includono anche gli esiti di ictus di elevata gravità. Il fabbisogno regionale è stimato in 45 posti letto, in coerenza con lo standard di 0,03 posti letto per 1.000 abitanti previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (Accordo Conferenza Stato-Regioni 10 febbraio 2011), con attivazione progressiva entro il 2027 e raccordo strutturato con le Unità per acuti (UDA) degli ospedali Hub della rete ictus e della neurochirurgia.

Accanto al codice 75, il Piano introduce il codice 56c come setting di riabilitazione estensiva ospedaliera per pazienti complessi, inclusi quelli con esiti di ictus associati a insufficienza respiratoria o a riacutizzazioni di patologie croniche, non adeguatamente collocabili nei setting riabilitativi standard. Il codice 56c consente degenze prolungate, intensità riabilitativa modulata e presa in carico multidisciplinare, con valorizzazione dell'attività tramite SDO-R. Le sedi abilitate saranno individuate con apposito atto entro il 2026, con priorità per le strutture già dotate delle competenze integrate richieste.

Un elemento qualificante del modello è rappresentato dal teleconsulto fisiatrico per la definizione anticipata del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Il Piano prevede l'attivazione di un sistema strutturato di teleconsulto interospedaliero che consenta la valutazione fisiatrica e la stesura condivisa del PRI già durante il ricovero acuto, prima del trasferimento del paziente verso la struttura riabilitativa. Il teleconsulto è integrato in IT-CURA, con tracciabilità nel Fascicolo Sanitario Elettronico, e rappresenta uno strumento essenziale per garantire continuità assistenziale, appropriatezza del setting e tempestività dell'intervento riabilitativo. La copertura di tutti i presidi ospedalieri regionali è prevista entro il 2027.

In quanto rete tempo-dipendente, la rete ictus richiede la piena formalizzazione di un PDTA regionale specifico, che definisca criteri di attivazione del percorso, modalità di triage, nodi della rete, responsabilità cliniche, tempi standard di intervento, integrazione con il 118 e con la riabilitazione, modalità di trasferimento e contro-trasferimento e sistema di monitoraggio degli esiti. La definizione di tale PDTA costituisce una priorità del Piano per garantire uniformità di trattamento e riduzione della variabilità clinica sul territorio regionale.

In coerenza con tale impostazione, il Piano individua i seguenti obiettivi di sviluppo della rete:

- attivazione progressiva dei posti letto di codice 75, con raggiungimento di almeno 35 posti letto entro il 2027 e 45 posti letto entro il 2030;
- identificazione e attivazione delle sedi di codice 56c, con almeno 3 sedi operative entro il 2027 e 5 sedi entro il 2030;
- estensione del teleconsulto fisiatrico ad almeno l'80% degli Hub entro il 2027 e al 100% dei presidi regionali entro il 2030;
- completamento del Progetto Riabilitativo Individuale prima del trasferimento nel 70% dei casi entro il 2027 e nel 90% entro il 2030.

Il cruscotto regionale (par. 17.2) include indicatori specifici Rete Ictus: tempo 118-arrivo Hub; tempo door-to-needle (avvio trombolisi); tempo door-to-groin (avvio trombectomia meccanica); percentuale di pazienti con back transport entro 72 ore dalla stabilizzazione; percentuale di accesso alla neuroriabilitazione intensiva (codice 75) sui pazienti eleggibili; percentuale di dimissioni protette al domicilio o sul territorio; percentuale di attivazione di cure palliative nei casi clinicamente indicati. Monitoraggio semestrale, rendicontazione annuale alla II Commissione Consiliare (par. 17.4).

Rete dell'emergenza cardiologica (IMA STEMI/NSTEMI)

La rete cardiologica tempo-dipendente è organizzata in coerenza con il DM 70/2015, con identificazione dei centri Hub dotati di emodinamica attiva H24 e dei centri spoke collegati. In ragione delle caratteristiche orografiche del territorio ligure e della distribuzione della popolazione, l'assetto della rete si fonda su un modello Hub & Spoke adattato, che garantisce la tempestività dell'intervento anche attraverso soluzioni organizzative coerenti con il principio della deroga previsto dal DM 70 per le aree con criticità di accessibilità.

Il modello prevede l'attivazione diretta del percorso da parte del 118 con esecuzione dell'ECG sul territorio e trasmissione in tempo reale al centro Hub, consentendo la centralizzazione primaria del paziente STEMI verso il laboratorio di emodinamica per angioplastica primaria, senza passaggio intermedio in Pronto Soccorso, quando clinicamente appropriato. Tale modalità rappresenta il cardine della rete tempo-dipendente cardiologica, in quanto consente la riduzione significativa dei tempi di riperfusione e il miglioramento degli esiti clinici.

Il sistema si basa su una forte integrazione tra fase pre-ospedaliera e fase ospedaliera, con protocolli condivisi tra 118, Pronto Soccorso, cardiologie ed emodinamiche, e su una progressiva implementazione della telemedicina pre-ospedaliera, che consente il confronto in tempo reale tra il medico del 118 e il cardiologo del centro Hub, rafforzando l'appropriatezza della destinazione e la tempestività della presa in carico.

Per i pazienti NSTEMI, il percorso è strutturato su livelli di rischio, con invio differenziato ai centri Hub o gestione negli spoke con successivo trasferimento programmato verso l'emodinamica, secondo criteri condivisi e tempi definiti. La gestione del paziente NSTEMI rappresenta un ambito particolarmente rilevante ai fini dell'appropriatezza, richiedendo una stretta integrazione tra cardiologia ospedaliera, medicina interna e servizi territoriali.

La rete è supportata da un sistema di monitoraggio dei tempi chiave del percorso, tra cui tempo sintomo–prima osservazione, tempo di esecuzione dell'ECG, door-to-balloon time e tempi di trasferimento interospedaliero, che costituiscono indicatori fondamentali di qualità e sono oggetto di monitoraggio sistematico a livello regionale.

Il Piano prevede il rafforzamento della rete attraverso:

- la piena integrazione dei sistemi informativi, con trasmissione in tempo reale dei dati clinici e tracciabilità del percorso del paziente;
- la standardizzazione dei protocolli operativi su tutto il territorio regionale, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti clinici e organizzativi;

- il consolidamento dei percorsi di accesso diretto all'emodinamica, anche nelle aree più periferiche, attraverso il potenziamento del sistema 118 e l'ottimizzazione dei tempi di trasporto;
- il raccordo strutturato con la fase post-acuta, inclusi i percorsi di cardiologia riabilitativa e il follow-up territoriale, in coerenza con i modelli di presa in carico della cronicità.

In quanto rete tempo-dipendente, anche la rete cardiologica richiede la formalizzazione di un PDTA regionale specifico per IMA STEMI e NSTEMI, che definisca in modo puntuale criteri di attivazione del percorso, modalità di triage, nodi della rete, responsabilità cliniche, tempi standard di intervento e modalità di trasferimento e contro-trasferimento. La definizione di tale PDTA rappresenta una priorità del Piano per garantire uniformità di trattamento, qualità degli esiti e piena coerenza con gli standard nazionali.

Sviluppo dei PDTA per le patologie tempo-dipendenti

Per ciascuna rete tempo-dipendente, il Piano prevede la definizione e formalizzazione di PDTA regionali specifici, che descrivano in modo puntuale:

- criteri di attivazione del percorso
- modalità di accesso e triage
- nodi della rete e responsabilità cliniche
- tempi standard di intervento
- modalità di trasferimento e contro-trasferimento
- integrazione con il territorio e la riabilitazione

L'assenza attuale di PDTA strutturati e omogenei rappresenta una criticità rilevante del sistema regionale. La loro definizione costituisce una condizione essenziale per garantire uniformità di trattamento, riduzione delle variabilità cliniche e miglioramento degli esiti.

Gli indicatori di monitoraggio del par. 7.1 includono: tasso di boarding in ore per paziente nei PS regionali; percentuale di dimissioni protette dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI) sul totale degli accessi OBI. Entrambi confluiscono nella dashboard regionale con revisione semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie Aziendali e audit clinico annuale per ogni struttura coinvolta.

7.2 Il percorso di dimissione protetta ospedale-territorio

La dimissione protetta è il nodo più critico dell'intero sistema. Undici categorie di pazienti "bed blocker" saturano i posti letto ospedalieri: pazienti under 65 privi di setting post-acuto, pazienti senza caregiver, TRCPE positivi, tracheostomizzati, psichiatrici, oncologici senza rete familiare, pazienti con contenziosi giuridici, pazienti stranieri privi di residenza stabile. Abbiamo tempi significativi per le liste di attesa per le RSA di lungodegenza e un servizio ADI per le situazioni più complesse non sufficiente. Nel percorso di dimissione protetta, la componente sociale costituisce un elemento strutturale del processo di continuità e non un apporto eventuale o successivo. Una quota significativa di permanenze improprie in ospedale è infatti determinata da ostacoli extra-clinici, quali assenza di caregiver, fragilità sociali e amministrative, difficoltà di accesso alla residenzialità, insufficienza della rete domiciliare o ritardi nelle misure di protezione giuridica. Ne consegue che la tempestiva attivazione del

servizio sociale professionale, in raccordo con il Case Manager infermieristico, la COT, il Distretto e gli ATS, deve essere considerata parte integrante della pianificazione della dimissione fin dalle prime fasi del ricovero.

La valutazione sociale, svolta secondo approccio biopsicosociale e, ove pertinente, con riferimento alla classificazione ICF, considera il livello di autonomia e di funzionamento della persona nei contesti di vita, l'assetto abitativo, la rete relazionale, la sostenibilità del rientro al domicilio, l'accessibilità ai servizi e i bisogni dei caregiver. La continuità si realizza pertanto mediante la costruzione anticipata delle condizioni sociali, relazionali e organizzative che consentono il trasferimento appropriato della cura dal presidio ospedaliero al territorio. Rientrano in tale funzione l'attivazione dei supporti domiciliari, il coinvolgimento del caregiver, il raccordo con i servizi comunali, la valutazione multidimensionale, l'eventuale attivazione di misure di tutela giuridica e l'accesso ai setting intermedi o residenziali. Il presidio sociale concorre così a ridurre dimissioni ritardate, ri-ospedalizzazioni evitabili e istituzionalizzazioni inappropriate.

Identificazione e gestione proattiva dei bed blockers

La gestione proattiva dei bed blockers è la condizione operativa primaria del percorso di dimissione protetta. Viene introdotta in tutti i reparti internistici e geriatrici la figura del Case Manager Infermieristico, con il compito di intercettare precocemente, già al momento del ricovero, le fragilità cliniche, sociali e amministrative che potrebbero ritardare la dimissione. Viene adottata la scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) come strumento regionale obbligatorio: un punteggio superiore a 16 attiva automaticamente la segnalazione alla COT entro 24 ore dal ricovero e la presa in carico del TEAM Multidisciplinare Dimissioni Complesse (TMDC), composto da assistente sociale, medico della direzione medica e Case Manager. Per i pazienti con iter legale in corso vengono identificati posti di residenzialità in attesa della nomina di tutore o amministratore di sostegno; per i pazienti ad alta complessità assistenziale vengono individuate RSA regionali con competenze specifiche.

Potenziamento della rete dei setting post-acuti e di cure intermedie

Il Piano prevede una ridefinizione del fabbisogno di residenzialità e del percorso di dimissioni protette con procedure di trasferimento organizzate e omogenee su tutto il territorio regionale, superando le differenze inter-ASL attraverso la governance dell'ATS Liguria. L'accesso alle RSA è regolamentato anche ai pazienti sotto i 65 anni con indicazioni cliniche, avvalendosi della procedura di equiparazione all'anziano. Nei percorsi di dimissione protetta vengono valorizzati i setting previsti dal DM 77/2022 per il completamento di terapia, riabilitazione e convalescenza prima del rientro al domicilio. Le Cure Domiciliari Integrate vengono potenziate e uniformate in tutti i distretti. Sistemi di teleconsulenza ospedale-territorio — integrati con l'infrastruttura regionale di telemedicina — supportano i medici territoriali nella gestione dei pazienti dimessi, prevenendo re-ospedalizzazioni inappropriate, monitorate attraverso un cruscotto dedicato per i primi sei mesi dalla dimissione.

Il percorso a sei fasi

Il modello di dimissioni protette si struttura come un percorso sequenziale e integrato in sei fasi che coinvolge tutti i livelli del sistema: (1) accesso e triage al PS; (2) ricovero per acuti con attivazione precoce del Case Manager; (3) identificazione delle fragilità e dei bed blockers tramite scala BRASS; (4) pianificazione multidisciplinare della dimissione con UVO e COT; (5) trasferimento in setting intermedio (OdC, RSA, cure intermedie, Hospice); (6) continuità territoriale garantita da MMG, ADI, cure palliative e servizi territoriali con supporto della teleconsulenza.

Azioni:

- Introdurre la figura del Case Manager Infermieristico in tutti i reparti internistici e geriatrici, con identificazione precoce delle fragilità già al momento del ricovero.
- Adottare la scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) come strumento regionale obbligatorio: punteggio ≥ 16 attiva automaticamente la segnalazione alla COT entro 24 ore dal ricovero.
- Istituire il TEAM Multidisciplinare Dimissioni Complesse (TMDC) in ogni presidio ospedaliero: assistente sociale, medico della direzione medica, Case Manager.
- Attivare un accordo istituzionale con il Tribunale e la Procura per la nomina accelerata di tutori e amministratori di sostegno nei casi urgenti.
- Attivare un servizio regionale OPAT (*Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy*) con infermieri dedicati, operativo anche nei giorni festivi, integrato con ADI, Case della Comunità e Ospedali di Comunità; potenziare la teleconsulenza infettivologica verso i PS degli spoke e il monitoraggio a distanza per i pazienti OPAT nelle aree interne. La governance clinica dell'OPAT, protocolli di antibiotico terapia, sorveglianza delle resistenze e formazione del personale è affidata al DIAR Malattie Infettive descritto nel par. 7.3, cui si rimanda.
- Sperimentazione delle dimissioni da PS/OBI verso OdC con specifico protocollo operativo.

Per i pazienti anziani con emorragia intracranica post-traumatica non suscettibile di intervento neurochirurgico, tra i principali bed blockers dei reparti di Neurologia e Neurochirurgia, il Piano adotta un PDTA regionale di deospedalizzazione precoce: dimissione con accesso diretto alla TC cranio ambulatoriale entro 48–72 ore, refertazione in telemedicina dalla Neuroradiologia Hub, alert IT-CURA al MMG e IFoC, supporto 116117 al caregiver. Nei casi senza caregiver adeguato, trasferimento in OdC o RSA con TC garantita. Il PDTA è operativo in tutti i presidi neurochirurgici regionali entro il primo trimestre 2027.

Gli indicatori di monitoraggio del par. 7.2 includono: percentuale di bed blockers identificati entro 48 ore dal ricovero (target $\geq 90\%$ entro il 2027); tempo medio tra stabilizzazione clinica e trasferimento in setting post-acuto (target inferiore a 3,5 giorni entro il 2028); degenza media nei reparti di degenza ordinaria internistica. I dati confluiscono nella dashboard regionale con revisione semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie Aziendali e audit clinico annuale per ogni struttura coinvolta.

7.3 IL DIAR Malattie Infettive e Antimicrobial stewardship regionale

Il Piano attraverso il Dipartimento Interaziendale Regionale (DIAR) Malattie Infettive quale sede unitaria di governo clinico e organizzativo della rete infettivologica regionale, coordina le Strutture Complesse di Malattie Infettive attualmente presenti nell'assetto vigente di ATS Liguria e dell'AOM, valorizzandone le differenti competenze. Il DIAR costituisce inoltre la sede tecnica entro cui è promossa la progressiva razionalizzazione dell'assetto regionale delle Strutture di Malattie Infettive. In coerenza con il processo di riorganizzazione avviato dalla L.R. 18/2025 e con gli *standard* nazionali sulle strutture ospedaliere (DM 70/2015 e successivi aggiornamenti), il DIAR promuove un'analisi tecnica dell'assetto regionale delle Strutture Complesse di Malattie Infettive finalizzata a concentrare le casistiche ad alta complessità, ridurre le duplicazioni organizzative, valorizzare le specializzazioni professionali e assicurare la sostenibilità complessiva della rete infettivologica regionale. L'analisi si sviluppa in modo graduale e condiviso, sulla base di volumi, esiti, bacini di utenza e distribuzione dell'*expertise* sul territorio, ed è promossa dal DIAR in raccordo con le Direzioni Sanitarie di ATS Liguria e dell'AOM. Ove le specificità locali e organizzative lo consentano, e al ricorrere dei presupposti tecnico-gestionali, in particolare in occasione del fisiologico *turnover* delle direzioni o della ridefinizione dei bacini di utenza, potrà essere valutata la riconfigurazione di Strutture Complesse di Malattie Infettive in Strutture Semplici Dipartimentali, mantenute all'interno del Dipartimento di Malattie Infettive dell'AOM e funzionalmente coordinate dal DIAR. Per le infezioni strettamente correlate a specifiche discipline ospedaliere, con particolare riferimento alle infezioni osteo-articolari in ortopedia settica può essere considerata la collocazione di Strutture Semplici Dipartimentali all'interno dei dipartimenti disciplinari di riferimento, garantendo in ogni caso il coordinamento clinico-scientifico unitario attraverso il DIAR Malattie Infettive. Le riconfigurazioni qui prospettate non determinano riduzioni retributive del personale dirigente coinvolto, in quanto operate a parità di inquadramento economico, e si realizzano nel rispetto dei percorsi concertativi previsti dalla normativa vigente. La razionalizzazione dell'assetto delle Strutture di Malattie Infettive si realizza nel rispetto del principio di accessibilità delle reti cliniche e della specifica geografia assistenziale regionale. In particolare, i presidi che insistono sulle aree di confine regionale — Ponente e Levante — mantengono una funzione infettivologica di prossimità, in ragione del ruolo che la rete periferica esercita nel contenimento della mobilità sanitaria interregionale verso le regioni limitrofe e, in alcuni contesti, transfrontaliera. Ogni ipotesi di riconfigurazione è preceduta da una valutazione di impatto sull'accessibilità, condotta dal DIAR in raccordo con le Direzioni Sanitarie di Area, e accompagnata da misure di rafforzamento della teleconsulenza infettivologica e del servizio OPAT regionale (cfr. par. 7.3, primo blocco), in modo da assicurare la continuità del presidio clinico anche in presenza di riassetti organizzativi.

La funzione più rilevante del DIAR è il governo dell'antimicrobial stewardship a livello regionale: la standardizzazione dei protocolli di terapia antibiotica in tutti i presidi, la sorveglianza epidemiologica delle resistenze batteriche su scala di area vasta anziché di singola azienda, e la formazione sul campo degli operatori delle CdC, degli OdC e delle RSA sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Il DIAR garantisce la presenza strutturata dell'infettivologo nelle CdC Hub per la consulenza ai MMG sull'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici, in raccordo con il servizio OPAT territoriale. Il protocollo regionale per la prescrivibilità di

antibiotici endovenosi in regime OPAT nelle strutture residenziali (RSA, OdC), con raccordo con le SC Malattie Infettive e formazione del personale infermieristico, è sviluppato nel cap. 19.5 (governo del farmaco nelle cure domiciliari e nelle strutture residenziali), cui si rimanda. Quel protocollo costituisce la declinazione operativa dell'antimicrobial stewardship nelle strutture intermedie e rappresenta uno degli strumenti principali per la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri per completamento di terapia antibiotica.

La strategia di *antimicrobial stewardship* si estende alla popolazione pediatrica, dove l'uso empirico e non guidato degli antibiotici rappresenta uno dei principali fattori di sviluppo delle resistenze batteriche in età evolutiva. Il Piano promuove la diffusione dei test diagnostici rapidi di primo livello (Point of Care Testing, PoCT) nei setting di cure primarie pediatriche, in raccordo con il DIAR Malattie Infettive: la disponibilità di test rapidi per la diagnosi differenziale tra eziologia virale e batterica (PCR rapida, test streptococcico, emocromo point-of-care) consente al pediatra di ridurre la prescrizione empirica di antibiotici, migliorare l'appropriatezza terapeutica e contribuire al controllo dell'*antimicrobial resistance* in età pediatrica. Il raccordo con il Dipartimento di Prevenzione e con il sistema di sorveglianza regionale delle resistenze batteriche garantisce il monitoraggio dell'impatto a livello di popolazione.

Indicatore	Target 2026	Target 2028
DIAR Malattie Infettive istituito e operativo	Sì	—
Protocollo regionale antibiotico-terapia adottato in tutti i presidi	Bozza condivisa	Operativo 100% presidi
Infettivologo presente nelle CdC Hub per consulenza MMG (n. aree)	2 aree (pilota)	5 aree
Sorveglianza resistenze batteriche — report semestrale	Avvio	Sì
Analisi tecnica del DIAR sull'assetto regionale delle SC di Malattie Infettive (volumi, esiti, bacini di utenza, distribuzione dell'expertise)	Avvio istruttoria	Documento conclusivo trasmesso alla Programmazione regionale

7.4 Cure palliative, fine vita e Hospice

Percorsi di cura per il fine vita e potenziamento delle cure palliative

Questo paragrafo costituisce la sede operativa di OS7 (cure palliative in ogni setting: dalla domiciliarità all'Hospice, dalla pediatria alla SLA). Il raccordo con OS2 avviene attraverso il quarto nodo critico della dimissione difficile, il fine vita inappropriato in reparto per acuti, per il quale il palliativista è componente strutturale del TMDC: quando il paziente è identificato come eleggibile alle cure palliative, il percorso OS7 viene attivato in parallelo al percorso di dimissione protetta. Il target condiviso, almeno il 60% dei decessi per patologie terminali in

Hospice o a domicilio entro il 2030, è di competenza di OS7 e si realizza attraverso le azioni descritte nel presente paragrafo. Il Piano estende la logica palliativa all'intera area delle patologie croniche non oncologiche in fase irreversibile, scompenso cardiaco avanzato, BPCO, epatopatia terminale, definendo, in accordo con i Servizi di Cure Palliative, percorsi condivisi di presa in carico orientati al controllo ottimale dei sintomi e alla qualità di vita. Viene programmato un incremento dei posti disponibili nelle strutture di Hospice regionali secondo gli standard del DM 77/2022. Viene sviluppato un programma regionale per la promozione del valore del morire a domicilio, rivolto a familiari, caregiver e operatori sanitari. I reparti di degenza medica adottano criteri standard condivisi per la proporzionalità terapeutica nelle fasi terminali, con definizione di indicazioni e controindicazioni a terapie ad alta intensità in relazione alla prognosi.

Contesto e criticità strutturali

Il fenomeno del fine vita inappropriato in reparto per acuti è documentato su tutto il territorio regionale: pazienti con patologie croniche in fase terminale vengono ricoverati in reparti per acuti in assenza di piano palliativo strutturato, con occupazione inappropriata di posti letto ad alta intensità. La copertura del bisogno regionale di CP specialistiche è fissata al 90% dell'1-1,5% della popolazione totale (circa 10.000-15.000 cittadini liguri), in coerenza con lo standard DM 77/2022 (335 pazienti/100.000 abitanti in CP specialistiche, 1 Unità di Cure Palliative ogni 100.000 abitanti).

Istituzione del Dipartimento di Cure Palliative ATSL (DUCP)

Il Piano prevede l'istituzione del Dipartimento di Cure Palliative ATSL Liguria, AOM, cui afferiscono: la Strutture Cure Palliative Area Metropolitana, Area 1,2,4,5. Il Dipartimento ha il mandato di omogeneizzare i percorsi, garantire la presa in carico globale nei diversi setting assistenziali (domicilio, Hospice, ambulatorio, ospedale, OdC, CdC) e assicurare la piena attuazione del Piano regionale di potenziamento delle Cure Palliative (DDG 612-2026). L'acquisizione delle figure professionali necessarie si realizza nell'ambito delle risorse previste dalla L. 199/2025 (incremento di 20 milioni di euro annui a partire dal 2026 vincolati al rafforzamento delle reti CP, che modifica l'art. 12, c. 2, della L. 38/2010), con priorità per psicologi nell'Area 3, medici nelle Aree 1, 2 e 5, assistenti sociali in tutte le aree. Il DUCP-ATSL garantisce il raggiungimento degli standard DM 77/2022: 335 pazienti/100.000 ab. in CP specialistiche (circa 5.100 pazienti/anno sull'intera ATSL) e 1 UCP ogni 100.000 ab. (15 UCP regionali). Il piano triennale di acquisizione del personale dedicato dà priorità ad Area 4 e Area 5, dove il divario tra standard e dotazione attuale è più marcato: medici palliativisti, infermieri con formazione specifica CP, psicologi, assistenti sociali. Il Direttore del DUCP-ATSL è nominato dalla Direzione Sociosanitaria ATSL con incarico triennale rinnovabile.

Espansione della rete Hospice e integrazione nei setting territoriali

Il Piano prevede: ampliamento dei posti Hospice con priorità al ponente ligure e al ponente dell'area metropolitana, per raggiungere lo standard di 8-10 pl ogni 100.000 abitanti (DM 77/2022); lista d'attesa distinta tra locale e regionale per garantire equità di accesso; attivazione di posti letto dedicati alle CP presso gli Ospedali di Comunità a degenza temporanea, gestiti dai Servizi di CP in collaborazione con il personale, per pazienti in attesa di definizione di percorso domiciliare o di stabilizzazione clinico-sintomatologica; integrazione

delle CP nei servizi delle Case di Comunità attraverso forme di collaborazione con MMG, medici RUAP, specialisti ambulatoriali, infermieri ADI e IFoC.

Percorsi condivisi: cronicità non oncologica, SLA, malattie neuromuscolari e Cure Simultanee

Il Piano struttura percorsi condivisi di CP con gli specialisti ospedalieri per la presa in carico non tardiva dei pazienti con patologie progressive e croniche in fase avanzata: neurologici e con malattia neurodegenerativa; scompenso cardiaco avanzato stadio IV NYHA; nefropatici in fase avanzata o in abbandono-non proposizione del trattamento dialitico; BPCO severa; epatopatie gravi. Il principio cardine è che il palliativista non subentra allo specialista ma lavora con lui fin dalle fasi precoci della malattia, quando la persona è ancora in trattamento attivo. Per i pazienti con patologie neurologiche gravi e progressive (malattie neurodegenerative, esiti severi di ictus, gravi cerebrolesioni acquisite), la Regione garantisce l'accesso tempestivo e appropriato alle cure palliative e ai percorsi di fine vita in coerenza con la L. 15 marzo 2010, n. 38, con il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, con la L. 22 dicembre 2017, n. 219 e con il DM 77/2022. La Regione promuove inoltre programmi di formazione del personale sanitario e sociosanitario sulla comunicazione delle scelte di cura, sulla pianificazione condivisa delle cure, sul controllo dei sintomi e sul supporto al caregiver nei contesti neurologici gravi, in raccordo con il par. 16.1.

Per le malattie neuromuscolari, SLA, SMA, distrofie muscolari e miopatie, il Centro Clinico NeMO, struttura specialistica a vocazione multidisciplinare che integra riabilitazione intensiva, presa in carico globale e collaborazione con il Terzo Settore, rappresenta un centro di riferimento regionale di alta neuroriabilitazione, un nodo forte ed integrato con la rete SLA. Il modello NeMO promuove la continuità della presa in carico tra ospedale e territorio e rappresenta il punto di raccordo tra la fase riabilitativa e quella palliativa per le forme progressive.

Il Piano prevede il progressivo rafforzamento del ruolo del NeMO nella rete ligure delle Cure Palliative, con tre linee di sviluppo: l'integrazione strutturale con il Dipartimento CP ATSL per l'intervento palliativo precoce nei pazienti con malattia neuromuscolare in fase avanzata; il raccordo con i Nuclei SLA delle cinque aree ATSL, con funzione di centro di riferimento, consulenza e formazione; il collegamento con i percorsi di Cure Palliative Pediatriche per le forme a esordio infantile, garantendo la continuità del percorso alla transizione verso l'età adulta. La presa in carico integrata in tutte le cinque aree è garantita dalla presenza di Nuclei SLA in ogni area della rete regionale di cure palliative, con coordinamento neurologi-palliativisti-riabilitatori-psicologi-servizi sociali.

Vengono altresì strutturate Cure Simultanee e precoci per i pazienti oncologici attraverso la creazione di team multiprofessionali con collaborazione attiva tra palliativisti, oncologi, nutrizionisti, infermieri e psico-oncologi.

L'integrazione tra cure palliative e cure domiciliari

Il Piano prevede la possibilità di sperimentare un modello di integrazione strutturale tra la SC Rete di Cure Palliative e i servizi di cure domiciliari (ADI), con le seguenti caratteristiche operative:

- Attivazione precoce delle cure palliative: l'inserimento nel percorso palliativo avviene sulla base del bisogno clinico e della prognosi, non esclusivamente sulla base della diagnosi

oncologica. Il Piano adotta i criteri NECPAL (Necesidad de Cuidados Paliativos) per l'identificazione precoce dei pazienti eleggibili, indipendentemente dalla diagnosi.

- Interventi modulati nel tempo: la presa in carico palliativa è graduata (CP di base, CP specialistiche, Hospice) e reversibile — il paziente può essere dimesso dalla presa in carico specialistica se le condizioni lo consentono, e riattivato senza iter burocratici aggiuntivi.
- Raccordo strutturato CP-ADI: l'IFoC che segue il paziente in ADI è informato dell'eventuale attivazione delle CP specialistiche tramite IT-CURA, con alert automatico; il medico palliativista e l'infermiere dell'équipe CP partecipano alle riunioni di équipe ADI almeno mensili per i pazienti in carico condivisa.
- Formazione integrata: il personale dell'ADI (IFoC, OSS, terapisti) riceve formazione specifica sulle competenze palliative di base (gestione del dolore cronico, comunicazione con il paziente terminale, riconoscimento della fase di fine vita) integrata nel piano ECM aziendale.

Strumenti trasversali: IT-CURA, formazione e programma culturale

Il Medico Palliativista viene integrato nei percorsi ADI per i pazienti anziani polipatologici. In IT-CURA viene attivata la suite Cure Palliative con cartella clinica condivisa per la gestione “ongoing” del paziente e schema di terapia condivisibile tra tutti gli operatori del percorso. Viene sviluppato un sistema specifico di indicatori di processo e outcome per le CP, distinto da quelli già previsti dal NSG (D30Z-core, D31C no-core), che consenta benchmarking tra servizi. Viene avviato il programma regionale per la cultura del morire a domicilio, con supporto ai caregiver e linea di comunicazione aperta tra curanti ospedalieri e CP territoriali. Il Piano prevede inoltre un programma regionale per la cultura del morire a domicilio, rivolto a familiari, caregiver e operatori sanitari, con l'obiettivo di promuovere il valore della domiciliarità nel fine vita e ridurre la quota di decessi inappropriati in reparti di degenza ordinaria.

Cure Palliative Pediatriche: UO Medicina del Dolore e CP Pediatriche — IRCCS Gaslini

L'Istituto Giannina Gaslini, in collaborazione con l'ATSL nelle cinque aree, sviluppa la UO Medicina del Dolore e Cure Palliative Pediatriche. Il modello risponde alla necessità di garantire CP pediatriche adeguate e uniformi in tutti i setting: l'incidenza stimata è tra 34 e 54 ogni 100.000 abitanti (in Liguria: tra 514 e 816 minori), di cui circa 18 ogni 100.000 (circa 270 in Liguria) richiedono servizi specialistici da parte di team interdisciplinari dedicati. Il modello si articola in: Hospice Pediatrico “Il Guscio dei Bimbi” potenziato ad 8 posti letto (standard previsto dal Piano di potenziamento 2026 per la popolazione regionale e i pazienti extra-regionali seguiti dal Gaslini); Day-Hospice Day Care “Il Mantello” e Ambulatorio di Medicina del Dolore e CP Pediatriche (da attivare entro fine 2026); attività di consulenza intra-ospedaliera al Gaslini e nel Gaslini Diffuso; Centro Specialistico di Riferimento Regionale con funzioni di supporto, integrazione e formazione per tutta la Rete. Il percorso include: cure palliative perinatali (Perinatal Hospice, in collaborazione con ostetrici e neonatologi); Ambulatorio dell'elaborazione del lutto; Supervisione di equipe con psicoterapeuta esterno per prevenire il burn-out; servizio di Bioetica Clinica al letto del paziente; figura dell'Assistente Spirituale. Il censimento dei pazienti eleggibili alle CP Pediatriche (almeno 50% di quelli stimati dalla letteratura) viene realizzato in collaborazione con i pediatri di libera scelta liguri. La cartella clinica condivisa viene digitalizzata adattando IT-CURA-suite alle CP pediatriche. Viene

sviluppata la telemedicina (televisita con il caregiver, teleassistenza infermieristica, teleconsulto tra colleghi per casi complessi). Il potenziamento delle risorse economiche per l'acquisizione del personale trova fondamento nella L. 199/2025 (art. 1, comma 367: 20 milioni/anno dal 2026 per le reti CP).

L'assistenza domiciliare come asse strategico della rete CPP. Tra tutti i setting di cura, l'assistenza domiciliare rappresenta l'asse di sviluppo prioritario della rete regionale di Cure Palliative Pediatriche: è il luogo in cui si misura la capacità del sistema di garantire continuità reale tra la fase ospedaliera e la vita della famiglia, e in cui la qualità e la dignità dell'ultimo percorso di vita del bambino si giocano concretamente. La funzione di coordinamento è affidata alla UOSD Medicina del Dolore e CP Pediatriche, in integrazione operativa con la UOSD Ospedale Domiciliare dell'IRCCS Gaslini, con obiettivo di estensione progressiva del modello a tutte le cinque aree ATSL entro il 2028, superando l'attuale concentrazione nell'area genovese, per garantire equità di accesso e domiciliazione protetta come alternativa al ricovero.

La funzione di indirizzo, sviluppo e coordinamento dell'assistenza domiciliare CPP è affidata alla UOSD Medicina del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, in stretta integrazione operativa con la UOSD Ospedale Domiciliare dell'IRCCS Gaslini. Quest'ultima, struttura autonoma e dedicata all'ospedalizzazione domiciliare, garantisce attualmente, per i pazienti in Cure Palliative residenti nell'area genovese, la presa in carico globale in collaborazione con i pediatri di libera scelta: controlli clinici programmati e non programmati, fornitura di farmaci e presidi, esecuzione di esami di laboratorio, gestione e sostituzione di dispositivi (cannula tracheale, sonda gastrostomica, catetere vescicale, catetere venoso). Il Piano prevede l'estensione progressiva di questo modello a tutto il territorio regionale, superando l'attuale concentrazione nell'area metropolitana genovese. L'estensione avviene attraverso un percorso strutturato di accompagnamento alle strutture territoriali ATS Liguria e ai pediatri di libera scelta delle cinque aree: supporto specialistico continuo agli operatori coinvolti, presa in carico condivisa progressiva dei pazienti, trasferimento graduale di competenze dalla struttura di riferimento verso le unità territoriali. Gli obiettivi sono tre: qualificare progressivamente le competenze territoriali in modo da rendere la rete capace di rispondere autonomamente alla domanda di prossimità; garantire equità di accesso alle cure palliative domiciliari pediatriche su tutto il territorio regionale, indipendentemente dall'area di residenza; favorire, ove clinicamente appropriato, la domiciliazione protetta come alternativa al ricovero in Hospice, in coerenza con la preferenza delle famiglie e con l'obiettivo di ridurre i decessi in setting ospedaliero.

7.5 La Rete Ligure di Terapia del Dolore

La Legge 38/2010 'Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore' impone alle Regioni di organizzare reti distinte per le Cure Palliative e per la Terapia del Dolore (TD), riconoscendone la specificità clinica. La Regione Liguria attiva la Rete Ligure di Terapia del Dolore (RLTD) come rete funzionale autonoma, integrata ma distinta dalla Rete CP, secondo il modello Hub & Spoke.

Struttura Hub & Spoke

La struttura Hub e Spoke si articola in un Centro Hub regionale con tecniche interventistiche di alta complessità e che svolge anche funzione di formazione e supervisione della rete. Spoke avanzati (SSD di TD di secondo livello) presenti in ogni Area sociosanitaria, gestiscono il dolore cronico oncologico e non oncologico di media complessità. Ambulatori Spoke di primo livello presenti in ogni Area sociosanitaria con attività ambulatoriale e procedure infiltrative di base ed eventualmente neuromodulazione periferica.

Modello di coaching strutturato Hub → Spoke

La RLTD adotta il coaching specialistico strutturato come meccanismo sistematico di aggiornamento delle competenze degli spoke: percorso formativo di 6–12 mesi per i medici degli spoke sulle tecniche interventistiche, con quota di attività in affiancamento presso l'Hub, con priorità alle aree periferiche (Area 1, Area 4, Area 5). Il teleconsulto Hub→Spoke per i casi non trasferibili garantisce risposta entro 24 ore con documentazione nel FSE.

Integrazione con la Rete CP

Il passaggio dalla TD alla CP avviene su criteri clinici condivisi (non oncologici) con comunicazione strutturata tra i team per garantire continuità e prevenire duplicazioni.

Indicatore	Target 2027	Target 2030
Hub RLTD operativo con tecniche di alto livello	Sì	—
Ambulatori TD II livello attivi (% aree)	80% (4/5 aree)	100%
Medici spoke formati con percorso Hub	6	15
Teleconsulto Hub→Spoke attivo	Sì	—

7.6 Il Percorso Nascita

La Liguria registra uno dei tassi di natalità più bassi d'Italia, circa 8.200 nati vivi nel 2024, con un tasso grezzo di 5,4‰ a fronte di una media nazionale del 6,7‰ in un contesto demografico che rende ogni nascita un evento su cui il sistema deve investire la massima qualità assistenziale. Il percorso nascita è oggi frammentato tra punti nascita con volumi eterogenei, consultori sottorganici, raccordi informativi discontinui tra territorio e ospedale e una diagnostica prenatale di secondo livello concentrata nei centri Hub, di difficile accesso per le donne delle aree periferiche.

Il Piano individua nel Percorso Nascita un'area prioritaria di revisione nel quinquennio 2026-2030, da affrontare attraverso la ridefinizione funzionale della rete dei punti nascita secondo il modello Hub-Spoke, il potenziamento del consultorio familiare come presidio strutturale di primo accesso e continuità assistenziale, il potenziamento e la maggiore integrazione dei centri di medicina della riproduzione con tutti gli attori del Percorso Nascita e l'adozione di strumenti digitali per superare le disuguaglianze geografiche nella diagnostica prenatale.

Nel rafforzamento della rete consultoriale, il Piano riconosce il ruolo dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità (OFoC), sviluppata nei progetti SNAI come figura territoriale di riferimento per il

percorso nascita nelle aree periferiche quale presidio strutturale per la continuità assistenziale, la promozione della salute femminile e l'accessibilità ai servizi materno-infantili anche attraverso interventi domiciliari, in raccordo con i consultori familiari, i Pediatri di Libera Scelta e il Libretto Digitale della Gravidanza.

In questa direzione si colloca il servizio di tele-ecografia prenatale su piattaforma IRT, attivato con la presente programmazione come primo intervento strutturato della rete: gli ecografisti degli spoke consultoriali e dei punti nascita periferici possono attivare in tempo reale il teleconsulto con la SSD Diagnosi Prenatale e Medicina Perinatale dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino per i casi con rilievo ecografico dubbio o sospetta anomalia fetale, garantendo alla donna la risposta specialistica senza necessità di spostamento. Il servizio è descritto nel dettaglio operativo al par. 15.1 (*Il Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina*). I casi nei quali la diagnostica prenatale identifica una grave malformazione fetale che richiede pianificazione del parto in setting di alta complessità sono presi in carico congiuntamente con l'Hub regionale pediatrico (IRCCS Gaslini) secondo il modello operativo descritto al par. 7.7, attraverso protocollo dedicato che definisce il momento e le modalità della transizione dalla diagnosi al percorso nascita pianificato.

Medicina della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita

La medicina della riproduzione costituisce componente strutturale del Percorso Nascita e contribuisce alla tutela del diritto alla salute riproduttiva attraverso la diagnosi e il trattamento dell'infertilità, le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, la preservazione della fertilità mediante crioconservazione e l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva. In coerenza con la L. 40/2004 e con il quadro consolidato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014, la Regione assicura nel SSR l'erogazione delle tecniche di PMA omologa ed eterologa nei livelli essenziali di assistenza.

L'analisi epidemiologica regionale evidenzia un gap strutturale rispetto alla media nazionale: la quota di bambini nati vivi tramite tecniche di PMA (FIVET, ICSI, IUI) si attesta in Liguria intorno all'1,6% del totale dei nati regionali, a fronte di una media nazionale del 4,3% (fonte: Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della L. 40/2004). Il gap non è riconducibile a una minore domanda della popolazione ligure, ma a fattori strutturali dell'offerta regionale e a una significativa mobilità passiva verso le regioni con offerta PMA consolidata.

Il Piano prevede il rafforzamento e il potenziamento strutturale dell'offerta regionale di PMA con tre direttrici. La prima è l'introduzione delle tecniche di PMA di tipo eterologo nei due centri pubblici operanti presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova e l'Ospedale Evangelico Internazionale, attraverso l'adeguamento dei requisiti organizzativi (banca dei gameti o convenzioni con banche pubbliche di altre regioni, procedure di screening dei donatori, tracciabilità dei gameti, counseling specifico per le coppie riceventi, integrazione con il Registro Nazionale dei Donatori di Gameti dell'ISS). La seconda è l'integrazione operativa dei centri di PMA con tutti gli attori del Percorso Nascita: consultori familiari, ambulatori ostetrici, punti nascita, SSD Diagnosi Prenatale e Medicina Perinatale dell'Hub AOM, in raccordo con il Libretto Digitale della Gravidanza per assicurare la continuità informativa dal concepimento al parto. La terza è una linea regionale di comunicazione e sensibilizzazione sulla salute riproduttiva, orientata alle giovani donne e alle coppie, sui fattori critici della fertilità (età della

donna, infezioni sessualmente trasmesse) e sui percorsi diagnostici e terapeutici disponibili nel SSR ligure.

La disciplina puntuale del rafforzamento dell'offerta PMA regionale, dei requisiti organizzativi dei centri, dei criteri di accesso alle tecniche eterologhe e del raccordo con il Percorso Nascita è definita con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027, in coerenza con il più ampio atto programmatico sul Percorso Nascita previsto al successivo capoverso.

Qualità del parto: riduzione dei tagli cesarei e parto-analgesia garantita

Il Piano adotta come obiettivi vincolanti per tutti i punti nascita liguri il raggiungimento e il mantenimento di un tasso di tagli cesarei primari $\leq 25\%$ sopra i 1000 parti l'anno, $\leq 15\%$ se inferiore a 1000 parti all'anno e del tasso di TOLAC (*Trial of Labor After Cesarean*) $\geq 50\%$ delle donne candidabili, in linea con gli indicatori del Programma Nazionale Esiti AGENAS.

Tuttavia, il raggiungimento del target non prescinde dal contesto clinico e sociale individuale né dalla decisione che il medico ginecologo assume in scienza e coscienza insieme alla donna: l'obiettivo regionale è di sistema, non un vincolo applicabile indiscriminatamente a ogni singolo caso clinico. Il Piano prevede: percorsi strutturati di counseling e preparazione al parto con informazione trasparente su TOLAC già dalla prima visita ostetrica; audit periodici condivisi tra i punti nascita sui tassi di cesareo e sugli esiti materno-fetali, con pubblicazione semestrale dei dati nel portale di Liguria Salute; parto-analgesia garantita a tutte le donne che la richiedono in tutti i punti nascita liguri, con equipe anestesiológica dedicata e protocollo regionale uniforme; modernizzazione delle apparecchiature cardiocografiche con possibilità di visualizzazione da remoto, per la supervisione Hub sugli spoke nelle situazioni a distanza.

La revisione complessiva del Percorso Nascita, con la definizione dei PDTA regionali per la gravidanza fisiologica e a rischio, il protocollo per il trasporto in utero e neonatale protetto, il Libretto Digitale della Gravidanza e il modello di follow-up nel puerperio, costituirà oggetto di un atto programmatico dedicato, da adottare entro il primo semestre 2027 in raccordo con il Comitato Percorso Nascita regionale, le società scientifiche di riferimento e le rappresentanze professionali delle ostetriche.

I primi mille giorni: home visiting, Libretto Digitale e supporto alla genitorialità

I primi mille giorni di vita, dalla gravidanza al secondo anno, costituiscono la finestra temporale più critica per lo sviluppo fisico, emotivo e cognitivo del bambino e per la costruzione di un ambiente familiare sicuro e stimolante. Le evidenze scientifiche documentano che gli interventi strutturati in questa fase producono effetti misurabili sull'arco dell'intera vita, in termini di sviluppo neuropsichico, competenze sociali e riduzione delle disuguaglianze di salute. In attesa della revisione complessiva del Percorso Nascita prevista entro il 2027, il Piano attiva già nel quinquennio tre interventi operativi: il programma di home visiting per le famiglie vulnerabili, il Libretto Digitale della Gravidanza e il potenziamento del supporto all'allattamento e alla genitorialità 0–2 anni.

Home visiting per le famiglie vulnerabili

Il programma di home visiting, visite domiciliari strutturate da parte di ostetriche, infermieri pediatrici o assistenti sociali formati, è rivolto alle famiglie nelle quali il contesto di vulnerabilità è documentato o segnalato: famiglie monoparentali, nuclei con bassa scolarità, famiglie straniere con limitata rete di supporto, situazioni di povertà accertata, segnalazioni dei servizi sociali. Le visite seguono un protocollo strutturato basato sul modello P.I.P.P.I. (Programma di Intervento. Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione, già incluso nei LEPS dal DM 23 novembre 2023 e richiamato al par. 11.2 del presente Piano), adattato alle specificità della fase neonatale e del primo anno. La cadenza è quindicinale nel primo trimestre e mensile fino al compimento del primo anno; ogni visita si raccorda sistematicamente con il Pediatra di Libera Scelta e con l'ostetrica consultoriale, con aggiornamento in IT-CURA. *Target*: servizio attivo in tutte le cinque aree sociosanitarie entro il 2027, con almeno il 30% delle famiglie vulnerabili identificate raggiunte.

Il Libretto Digitale della Gravidanza e della Nascita

Il Libretto Digitale della Gravidanza e della Nascita è il documento strutturato nel FSE regionale che raccoglie, dall'inizio della gravidanza fino al 28° giorno di vita del neonato, tutti i dati clinici rilevanti: ecografie, esami di laboratorio, visite ostetriche, terapie, esito del parto, Apgar, screening neonatali. È accessibile in lettura e scrittura alla donna, al MMG, al ginecologo, all'ostetrica consultoriale e alla nascita, al Pediatra di Libera Scelta, superando la frammentazione informativa tra le strutture che seguono la donna in gravidanza e garantendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Il Libretto Digitale è lo strumento operativo attraverso cui si realizza il raccordo tra il Percorso Nascita e i bilanci di salute neonatali: alla dimissione dalla maternità, il PLS riceve automaticamente notifica di accesso al Libretto e può prendere in carico il neonato con la storia completa già disponibile. Implementazione: pilota in Area 3 (Genovese) entro il 2026, estensione a tutte le aree entro il 2027.

Supporto all'allattamento e alla genitorialità 0–2 anni

I corsi di accompagnamento alla nascita sono integrati con incontri strutturati individuali e di gruppo nei consultori, con cadenza mensile fino ai due anni del bambino e approccio multiprofessionale (ostetrica, psicologa, assistente sociale). L'obiettivo non è solo il supporto tecnico all'allattamento ma l'accompagnamento alle tappe della genitorialità precoce: gestione del sonno, riconoscimento dei segnali del bambino, prevenzione dell'isolamento genitoriale, raccordo precoce con il PDTA Salute Mentale Perinatale per le madri con fattori di rischio. Il programma "Insieme per l'allattamento", già attivo in Area 2 (Savonese), è esteso a tutte e cinque le aree entro il 2027, con target di copertura del 60% delle puerpere che allattano ancora a 3 mesi. Il raccordo con i consultori familiari garantisce che le donne già in carico per il PDTA Salute Mentale Perinatale ricevano supporto integrato senza necessità di un ulteriore accesso separato.

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2030
Libretto Digitale della Gravidanza attivo	Pilota Area 3	Tutte le 5 aree	—
Famiglie vulnerabili raggiunte dal home visiting (%)	—	30% famiglie vulnerabili identificate	50%
Programma “Insieme per l’allattamento” attivo (n. aree)	Area 2 (già attivo)	5 aree	—
Copertura allattamento a 3 mesi (%)	Non rilevato sistematicamente	40%	60%
Raccordo home visiting–PLS–consultorio documentato in IT-CURA	Avvio	80% casi seguiti	95%

Viene garantito che le madri con EPDS ≥ 10 identificate nei consultori siano automaticamente incluse nel programma di home visiting, se presenti fattori di vulnerabilità sociale. Il raccordo con il par. 11.2 (Protezione e sviluppo nell’età evolutiva) assicura la continuità tra il sistema dei Primi Mille Giorni e i servizi 0–6 del sistema educativo integrato, evitando che la presa in carico si interrompa al secondo anno di vita.

Nel Percorso Nascita, la continuità deve essere qualificata come continuità clinica, relazionale, educativa e familiare. La fase perinatale richiede infatti un presidio sociale precoce, orientato al sostegno della genitorialità e alla prevenzione delle fragilità nei primi mille giorni di vita. In questa prospettiva, la componente sociale concorre a rendere effettivo il raccordo tra consultori, ginecologia ospedaliera e territoriale, DSM, distretto e IFoC, assicurando che le situazioni di vulnerabilità non restino confinate nella sola dimensione clinica.

La funzione del comparto sociale si esplica, in particolare, attraverso il supporto consultoriale, l’home visiting, l’intercettazione delle vulnerabilità economiche, abitative e relazionali, il raccordo con i servizi comunali e la costruzione di una rete di prossimità attorno al nucleo. La lettura biopsicosociale del benessere materno-infantile e del funzionamento del nucleo familiare, con attenzione ai fattori ambientali, relazionali e di cura, consente di calibrare gli interventi sulle effettive condizioni di vita della madre, del bambino e degli eventuali caregiver. In tal modo, il Percorso Nascita non si esaurisce nell’evento parto, ma si prolunga in un accompagnamento territoriale capace di sostenere il contesto familiare, con particolare attenzione alle situazioni di solitudine, fragilità psichica, povertà educativa o insufficienza di rete.

7.7 La rete di assistenza pediatrica e neonatologica

La rete di assistenza pediatrica e neonatologica della Liguria si fonda sui contenuti dell’Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2017 (Rep. Atti n. 248), che disciplina l’erogazione delle prestazioni pediatriche in un sistema articolato su due livelli ospedalieri — hub e spoke —

coordinati su scala regionale, e del DM 70/2015, che fissa gli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera, ivi inclusa la componente pediatrica e neonatologica.

Il modello regionale si articola in un Hub regionale pediatrico di secondo livello, identificato nell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, e in una rete spoke di presidi territoriali con funzioni pediatriche e neonatologiche di primo livello, distribuiti nelle cinque aree sociosanitarie. La logica della rete è quella della concentrazione delle alte complessità nell'Hub regionale pediatrico, del mantenimento della prossimità nelle situazioni di complessità inferiore presso gli spoke, e di un sistema di trasporto specializzato che garantisca il trasferimento sicuro del paziente verso il setting più appropriato.

Le funzioni dell'Hub regionale pediatrico

L'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, in qualità di Hub regionale pediatrico di secondo livello, assicura le funzioni di alta complessità clinica e chirurgica per l'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. Le funzioni che richiedono concentrazione di casistica e di competenze includono la neonatologia di terzo livello con Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e la Terapia Intensiva Pediatrica (TIPed) per il bambino oltre il periodo neonatale, la chirurgia pediatrica specialistica, la cardiocirurgia e la cardiologia pediatrica con assistenza circolatoria meccanica, la neurochirurgia pediatrica, la chirurgia oncologica pediatrica, l'oncoematologia pediatrica con il programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche, la presa in carico delle malattie rare con specifico riguardo alla componente pediatrica (par. 10.6).

In ambito materno-neonatale l'Hub regionale pediatrico assicura altresì la presa in carico multidisciplinare del feto con gravi malformazioni che richiedono pianificazione del parto in setting di alta complessità: programmazione del percorso nascita presso la struttura, parti in EXIT (Ex-Utero Intra-partum Treatment), assistenza extracorporea alla nascita ed eventuali interventi di chirurgia fetale, in raccordo operativo con l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino. Il raccordo tra le due strutture è disciplinato da protocollo operativo dedicato, che definisce il momento e le modalità della presa in carico congiunta dal sospetto diagnostico al percorso nascita pianificato.

La rete spoke territoriale

La componente spoke della rete è costituita dai presidi ospedalieri con funzioni pediatriche e neonatologiche di primo livello, distribuiti nelle cinque aree sociosanitarie di Imperia, Savona, Genova metropolitana, Tigullio e La Spezia, in raccordo strutturale con l'Hub regionale pediatrico. Gli spoke assicurano l'assistenza pediatrica di base, la presa in carico del neonato a termine senza patologia complessa, la pronta risposta alle urgenze pediatriche con stabilizzazione e trasferimento all'Hub quando indicato, e il follow-up territoriale dei pazienti pediatrici dimessi dall'Hub o dalle strutture spoke stesse, in raccordo con i Pediatri di Libera Scelta e con i servizi territoriali distrettuali.

Nel quinquennio del Piano la rete spoke è oggetto di un percorso di riqualificazione funzionale, finalizzato a garantire ovunque sul territorio l'erogazione delle prestazioni pediatriche e neonatologiche di primo livello previste dall'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2017, in coerenza con la ridefinizione funzionale dei punti nascita di cui al par. 7.6 e con le previsioni dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 in materia di sicurezza dei percorsi nascita.

Il trasporto neonatale e pediatrico specializzato

Il sistema di trasporto neonatale di emergenza (STEN) e di trasporto critico pediatrico costituisce la componente operativa che rende effettivamente integrata la rete hub-spoke. Il servizio, in carico all'Hub regionale pediatrico e operativo su scala regionale, garantisce il trasferimento sicuro del neonato e del paziente pediatrico critico dagli spoke all'Hub regionale pediatrico, e tra strutture di pari livello quando clinicamente indicato. La copertura ventiquattrore, gli standard tecnici dei mezzi e dell'equipaggio sanitario, la formazione continua del personale dedicato e l'integrazione con il sistema regionale di emergenza-urgenza (par. 7.1) sono elementi che la programmazione regionale presidia con cadenza annuale, in coerenza con le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2017.

La telemedicina pediatrica come piattaforma dedicata

La rete pediatrica e neonatologica adotta la telemedicina come strumento strutturale di raccordo tra l'Hub regionale pediatrico e gli spoke, in coerenza con il Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina di cui al par. 15.1. Le applicazioni operative includono il teleconsulto Hub-spoke per la consulenza specialistica in tempo reale, la refertazione a distanza per le indagini diagnostiche eseguite negli spoke, le televisite di follow-up per i pazienti pediatrici con patologie croniche che non richiedono accesso fisico all'Hub, il telemonitoraggio domiciliare per le cronicità complesse e per il post-acuzie, l'integrazione con il servizio di tele-ecografia prenatale descritto al par. 7.6. L'attivazione progressiva delle applicazioni nel quinquennio è coordinata dalla Direzione regionale Sanità in raccordo con Liguria Digitale e con l'Hub regionale pediatrico.

L'Ospedale di Comunità Pediatrico

Il Piano introduce, in coerenza con il modello degli Ospedali di Comunità di cui al DM 77/2022 (par. 14.2), una declinazione specifica per la popolazione pediatrica: l'Ospedale di Comunità Pediatrico, ovvero un setting intermedio tra il ricovero per acuti presso l'Hub regionale pediatrico o gli spoke e il rientro al domicilio, dedicato ai pazienti pediatrici che non necessitano più del livello di cura ospedaliero ma richiedono ancora un'assistenza sanitaria a media intensità non garantibile al domicilio. La struttura, operativa presso l'Hub regionale pediatrico e organizzata come Unità di Degenza Infermieristica con responsabilità clinica del medico di riferimento, accoglie pazienti in dimissione dai reparti per acuti, pazienti in fase di stabilizzazione di patologie croniche complesse e pazienti che richiedono brevi cicli di terapia che non possono essere erogati a domicilio. L'attivazione avviene su proposta del pediatra ospedaliero in dimissione, della Centrale Operativa Territoriale (par. 14.3) o del Pediatra di Libera Scelta, in raccordo con l'Hub regionale pediatrico.

La transitional care: il passaggio dall'età pediatrica all'età adulta

Il passaggio dei pazienti con patologie croniche complesse dall'età pediatrica all'età adulta è un punto di fragilità documentato del sistema sanitario: il rischio di interruzione del percorso di cura, di perdita di aderenza ai trattamenti, di discontinuità nel rapporto con gli specialisti di riferimento è particolarmente alto nella fascia 16-18 anni. La rete pediatrica regionale assume la transitional care come obiettivo programmatico del quinquennio, attraverso la definizione di PDTA condivisi pediatria-adulto per le patologie croniche a maggiore impatto epidemiologico — epilessia, malattie neuromuscolari, GUCH (Grown-Up Congenital Heart),

emoglobinopatie, patologie metaboliche ereditarie — da adottare entro il 2028. Per la salute mentale e per le malattie rare la transitional care è già disciplinata rispettivamente al par. 8.8 e al par. 10.6 del presente Piano.

La governance della rete e gli indicatori di monitoraggio

Il coordinamento operativo della rete pediatrica e neonatologica è in capo a un Tavolo regionale dedicato, istituito presso la Direzione regionale Sanità e composto dalle Direzioni Sanitarie dell'Hub regionale pediatrico e delle aziende sanitarie con funzioni di spoke pediatrico, dai responsabili delle Pediatrie territoriali, da una rappresentanza dei Pediatri di Libera Scelta, dai responsabili regionali delle reti cliniche pediatriche e dalle rappresentanze delle famiglie e delle associazioni di tutela. Il Tavolo, con cadenza semestrale, monitora gli indicatori di rete, propone interventi correttivi, raccorda l'attività con la Cabina di Regia del PSSIR (par. 17.1) e alimenta il cruscotto integrato (par. 17.2) con la componente pediatrica.

Gli indicatori di rete includono i volumi di attività hub e spoke per le principali prestazioni, gli esiti clinici delle alte complessità, i tempi del trasporto neonatale e pediatrico, le quote di prestazioni in mobilità passiva extra-regionale per la popolazione pediatrica, la copertura della telemedicina pediatrica, gli esiti del programma di transitional care. La rendicontazione annuale è componente della rendicontazione complessiva del PSSIR alla seconda Commissione del Consiglio regionale (par. 17.4).

7.8 La rete riabilitativa regionale: dal post-acuto al reinserimento

La riabilitazione è il continuum mancante tra la fase acuta e la ripresa. Il sistema ligure ha costruito reti cliniche per la fase acuta, rete ictus, rete trauma, reti oncologiche e reti per la fase cronica e domiciliare, ma ha storicamente lasciato scoperta la fase intermedia: il paziente non è più abbastanza instabile per il ricovero ordinario e non è ancora abbastanza stabile per il domicilio. In una regione con l'indice di vecchiaia più elevato d'Italia, questa lacuna si traduce in degenze prolungate nei reparti di degenza ordinaria, in bed blockers e in ritardi riabilitativi che riducono gli esiti funzionali in modo documentato e irreversibile. Il presente paragrafo governa in modo unitario i passaggi della filiera riabilitativa, raccordando le reti cliniche specialistiche già descritte nel Piano con i setting di transizione. La rete della riabilitazione regionale integra l'apporto delle strutture pubbliche e del privato accreditato, in coerenza con i criteri di programmazione regionale richiamati al sesto asse di OS5, appropriatezza, trasparenza, qualità documentata e parità di accesso per il cittadino e con la mappatura strutturata dell'offerta affidata a Liguria Salute entro il quarto trimestre 2026.

La filiera riabilitativa

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite si distinguono in:

Riabilitazione intensiva ospedaliera (codice 56a, 56b): si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa⁸ per il recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno valutativo e/o terapeutico e una sorveglianza medico infermieristica nelle 24 ore.

Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Riabilitazione intensiva ospedaliera (codice 75): destinata alle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) — esiti di ictus grave, trauma cranico, anossia post-rianimatoria. Il Piano prevede il raggiungimento di 45 posti letto regionali (0,03 pl/1.000 ab.), con attivazione progressiva entro il 2028. La stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) può avvenire anche tramite teleconsulto fisiatrico durante il ricovero acuto, prima del trasferimento, garantendo continuità clinica senza interruzioni. L'accesso alla neuroriabilitazione intensiva (codice 75) e ai setting riabilitativi estensivi è garantito anche alla popolazione over 75 con disabilità neurologica, sulla base di criteri clinici, prognostici e funzionali documentati nel PRI, in coerenza con il principio di equità di accesso e con le politiche di invecchiamento attivo del cap. 11.

Riabilitazione intensiva Unità Spinale (cod28): soggetti affetti da lesioni midollari traumatiche e non traumatiche con dipendenza funzionale elevata e complessità clinica elevata che necessitano di interventi diagnostici e di recupero e rieducazione funzionale complessi, provenienti da reparti di Neurochirurgia, chirurgia vertebrale, ortopedie, terapie intensive e reparti per acuti nel caso non siano di natura traumatica.

Riabilitazione intensiva in età evolutiva: soggetti nella prima infanzia o in età evolutiva con disabilità multiple e gravi e complessità clinica, provenienti da reparti di terapia intensiva o da altri reparti per acuti.

Riabilitazione intensiva turbe cognitivo comportamentali acquisite: pazienti affetti da grave cerebrolesione acquisita con disturbi neuropsicologici e comportamentali gravi anche associati al deficit motorio tali da ma con prevalente espressione neuropsichiatrica tale da richiedere un trattamento riabilitativo specialistico.

Unità per gravi patologie cardiologiche: pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto, post chirurgia o per scompenso cardiaco refrattario ma con potenzialità di recupero clinico funzionale

Unità per gravi patologie respiratorie: pazienti affetti da insufficienza respiratoria da cause primitive o da malattie neuromuscolari o da insufficienza respiratoria cronica riacutizzata e pazienti in pre e post-trapianto.

Riabilitazione estensiva ospedaliera (codice 56c): si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa per pazienti con disabilità, con potenzialità

⁸ Per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa si intendono quelli erogati dal team riabilitativo. I professionisti che concorrono alla composizione del team sono: "professionisti della riabilitazione, cioè il medico specialista in riabilitazione come definito dal Piano di Indirizzo 2011, e i professionisti sanitari non medici di area riabilitativa identificati nel D.M. 29 marzo 2001 o da altro personale con specifica formazione funzione riabilitativa in ambito socio-sanitario -assistenziale"(Piano di Indirizzo 2011). Questi ultimi possono comprendere le figure di psicologo, infermiere, assistente sociale, dietista, tecnico ortopedico.

di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo ma che richiedono di essere ospedalizzati in quanto presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono una sorveglianza medico infermieristica h24. Le sedi abilitate al codice 56c sono individuate con atto deliberativo entro il 2026, con priorità per le strutture già dotate delle competenze pneumologica, fisiatrica e neurologica integrate.

DH riabilitativo: in tutte le condizioni disabilitanti severe che richiedono interventi multiprofessionali di alta specializzazione intensiva nell'arco della giornata, in una fase clinica in cui è ancora elevata l'efficacia dell'intervento clinico intensivo e/o con l'obiettivo di assicurare continuità di percorso, prevenire l'istituzionalizzazione dei soggetti a rischio, svolgere un ruolo di filtro in caso di riacutizzazioni o aggravamento, facilitare la fornitura e addestramento all'uso di protesi, ortesi e ausili.

Attività Riabilitativa Territoriale:

Riabilitazione ambulatoriale: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale (definito "caso complesso") e utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo ("caso non complesso") Le prestazioni di visita fisiatrica e di riabilitazione ambulatoriale costituiscono area specifica di attenzione nell'ambito di OS5 sul governo delle liste di attesa, con sviluppo dei criteri RAO regionali dedicati e con applicazione del modello inclusivo pubblico-privato accreditato di cui al sesto asse di OS5.

Riabilitazione domiciliare:

ADI avanzata riabilitativa e domiciliarità: una volta raggiunta la stabilità clinica, il percorso riabilitativo può essere continuato al domicilio attraverso l'ADI avanzata, nei soggetti non trasportabili per condizioni cliniche ove sia presente un caregiver e che necessitano di un PRI con durata ed esiti definiti e realizzabile efficacemente al domicilio. IFoC come Case Manager, fisioterapista e logopedista come figure operative, e IT-CURA come strumento di monitoraggio del PRI e di raccordo con il fisiatra territoriale.

L'area delle cure intermedie con domanda riabilitativa

Ospedali di Comunità: gli OdC liguri (12 attivi al 2026) sono strutture sanitarie con funzioni intermedie di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Ogni OdC è collegato con la COT per il coordinamento delle transizioni e con il fisiatra dell'Area per la stesura/supervisione del PRI (par. 14.2)

RSA 1 livello (riabilitativo): soggetti anziani comorbidi che alla dimissione dai reparti per acuti o di Medicina Fisica e Riabilitativa necessitano di un progetto assistenziale globale geriatrico sostenuto dal team multidisciplinare (geriatra, fisiatra, assistente sociale, etc.), definito dalla UVG, e conseguente monitoraggio del piano terapeutico, nursing ad elevata intensità, programmi orientati alla prevenzione degli esiti da ipomobilità e miglioramento nelle AD, che per ragioni di fragilità sociale non possono usufruire delle cure domiciliari.

Area del nursing tutelare

Riabilitazione in Strutture residenziali e semiresidenziali: strutture di mantenimento o a ciclo diurno, ove le attività di riabilitazione si rivolgono a pazienti stabilizzati che presentano condizioni di disabilità fisiche, psichiche o sensoriali conseguenti a patologie invalidanti e che hanno necessità di adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore o per tempi minori.

Patologie prioritarie e rimandi ai percorsi specifici: Il DIAR Neuroscienze governa la rete riabilitativa per le patologie a maggiore impatto sulla disabilità funzionale in Liguria:

Ictus e cerebrolesioni acquisite: percorso integrato dalla fase acuta (rete ictus, par. 7.1) alla neuroriabilitazione intensiva (codice 75) fino all'ADI avanzata. Il back transport verso lo spoke è strutturato e codificato.

Traumatologia e trauma maggiore: gli Spine Team degli Hub (neurochirurgo, ortopedico vertebrale, fisiatra, anestesista-rianimatore) avviano il PRI già nella fase acuta del trauma vertebrale e spinale (par. 7.1).

Patologie neuromuscolari (SLA, SMA, distrofie): il Centro Clinico NeMO di Arenzano è il nodo di riferimento regionale per la riabilitazione intensiva, con raccordo strutturato con i Nuclei SLA delle cinque aree e con le Cure Palliative per le fasi avanzate (par. 7.4).

Chirurgia ortopedica elettiva (protesica) il PDTA protesica prevede riabilitazione precoce con IFoC e fisioterapia territoriale per le dimissioni protette.

Governance

La governance della rete riabilitativa è affidata al DIAR Neuroscienze e Fisiatria, che definisce i PDTA riabilitativi per le patologie prioritarie, valida i PRI prodotti con teleconsulto fisiatrico, monitora il raccordo tra strutture codice 75, OdC e ADI avanzata e sovrintende alla formazione dei fisiatri territoriali e degli IFoC sulle competenze riabilitative avanzate: il DIAR agisce come regia clinica sia per le reti neurologiche sia per la filiera riabilitativa.

Il rafforzamento della rete riabilitativa regionale costituisce altresì strumento di contrasto alla mobilità passiva per cure riabilitative, quota della quale è indirizzata verso strutture extra-regionali e, nelle aree di confine, verso strutture estere. Il pieno raggiungimento dei 45 posti letto per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75) entro il 2028, l'attivazione del codice 56c nelle sedi abilitate entro il 2026 e il rafforzamento della rete ambulatoriale e domiciliare riabilitativa concorrono alla riduzione della mobilità passiva nel comparto, in coerenza con OS8 e con il quadro di reinvestimento dei risparmi disciplinato al par. 19.2. La quantificazione puntuale della mobilità passiva riabilitativa attuale e dei target di riduzione costituisce oggetto

di successivo atto deliberativo regionale, in raccordo con la mappatura strutturata dell'offerta affidata a Liguria Salute.

Indicatore	Target 2027	Target 2030
Posti letto cod. 75 attivati regionalmente	35 pl	45 pl (0,03/1.000 ab.)
Sedi cod. 56c identificate e operative	3 sedi	5 sedi
PRI completato con teleconsulto fisiatrico prima del trasferimento (%)	70%	90%
Pazienti GCA con back transport verso spoke entro 72h dalla stabilizzazione (%)	Rilevazione baseline	80%
OdC con funzione riabilitativa di step-down attiva e raccordo COT	8/12	12/12
Pazienti con ictus/GCA in ADI avanzata riabilitativa a 90 giorni dalla dimissione (%)	Rilevazione baseline	≥ 60%

Il raccordo con OS2 (Dimissione protetta e tempi di transizione) assicura che l'attivazione tempestiva dei percorsi riabilitativi: ogni paziente con indicazione riabilitativa identificato entro 48 ore dal ricovero è automaticamente segnalato alla COT per la programmazione del trasferimento nel setting appropriato.

Il Centro Assistenziale Specialistico (CAS)

Viene individuato un polo HUB che opera secondo quattro funzioni integrate. Primo: ambulatorio specialistico di secondo livello per i casi ad alta complessità — lesioni di III e IV stadio, oncologia domiciliare avanzata, stomie con complicanze, tracheostomie in fase di svezzamento — cui afferiscono i pazienti segnalati dagli Spoke territoriali che superano la soglia di complessità gestibile a livello distrettuale. Secondo: servizio di consulenza intraospedaliera attiva su tutti i plessi con risposta garantita entro 24 ore dalla richiesta, a supporto dei reparti per acuti nella gestione delle condizioni complesse prima della dimissione. Terzo: centro di formazione e ricerca in raccordo con i Corsi di Laurea e i Master delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Genova, con produzione e diffusione di linee guida e protocolli operativi regionali validati. Quarto: nodo di riferimento per l'escalation dai cinque Spoke territoriali verso il livello ospedaliero specialistico, con percorso codificato di accesso diretto senza passaggio dal Pronto Soccorso. Il CAS opera nell'area infermieristica attraverso infermieri esperti in wound care, stomaterapisti, case manager oncologici e specialisti nella gestione della tracheostomia; nell'area riabilitativa attraverso il fisioterapista respiratorio e il logopedista per la valutazione della deglutizione e la rieducazione fonorespiratoria. Il profilo professionale completo è sviluppato nel par. 16.3, cui si rimanda. Il CAS adotta il modello Hub e Spoke, in coerenza con i principi del DM 70/2015 e del DM 77/2022. Il polo Hub è collocato presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, in ragione del riconoscimento ministeriale in Oncologia e della presenza della Direzione delle Professioni

Sanitarie come struttura complessa. I cinque nodi Spoke sono collocati nelle Case della Comunità Hub di ciascuna delle cinque Aree Sociosanitarie Locali di ATS Liguria, garantendo copertura territoriale uniforme su tutto il territorio regionale.

La domanda assistenziale stimata è di circa 37.000 utenti all'anno: tra 19.000 e 21.000 pazienti con lesioni cutanee croniche, circa 15.000 pazienti oncologici domiciliari potenzialmente eleggibili, circa 1.960 portatori di stomia e tra 150 e 300 pazienti tracheostomizzati. L'incremento atteso è del 3-4% annuo nel quinquennio 2026-2030.

I professionisti del CAS

Il CAS è interamente governato da professionisti delle professioni sanitarie non mediche, in piena coerenza con la riforma delle professioni sanitarie recepita al par. 16.3. L'area infermieristica comprende l'infermiere esperto in *wound care*, responsabile della valutazione clinica multifattoriale delle lesioni e della gestione delle medicazioni avanzate; l'infermiere stomaterapista, che segue il paziente dalla fase preoperatoria fino alla gestione delle complicanze e alla telestomaterapia domiciliare; l'infermiere case manager oncologico, che coordina la presa in carico integrata del paziente oncologico dalla transizione ospedale-domicilio al monitoraggio degli accessi venosi centrali (PICC, Port-a-cath, midline); l'infermiere specialista in gestione della tracheostomia, per la cura dello stoma, l'aspirazione tracheo-bronchiale e il monitoraggio delle complicanze; il coordinatore infermieristico del CAS, responsabile della pianificazione operativa e del governo della qualità su Hub e Spoke. L'area riabilitativa comprende il fisioterapista respiratorio, che conduce la toilette bronchiale, la riabilitazione polmonare post-tracheostomia e coordina il processo di decannulazione in equipe multiprofessionale; il logopedista, che valuta la funzione deglutitoria, gestisce la valvola fonatoria (Passy-Muir) e, per i pazienti oncologici testa-collo laringectomizzati, conduce la riabilitazione della voce esofagea o con dispositivo elettronico.

La domanda assistenziale in Liguria

La domanda assistenziale stimata è di circa 37.000 utenti all'anno: tra 19.000 e 21.000 pazienti con lesioni cutanee croniche, circa 15.000 pazienti oncologici domiciliari potenzialmente eleggibili, circa 1.960 portatori di stomia e tra 150 e 300 pazienti tracheostomizzati, con un incremento atteso del 3-4% annuo nel quinquennio 2026-2030.

Indicatore	Target 2027	Target 2030
CAS Hub operativo (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino)	Sì	—
Nodi Spoke attivi nelle CdC Hub (n. aree)	3/5	5/5
Pazienti con lesioni cutanee croniche complesse in carico CAS	Rilevazione baseline	≥5.000/anno
Pazienti oncologici domiciliari gestiti dal CAS	Rilevazione baseline	≥1.500/anno

Tempo di risposta consulenza intraospedaliera Hub (ore)	≤24h	≤24h
Raccordo CAS con ORPS (Osservatorio Regionale Professioni Sanitarie) attivo	Sì	—

8. Percorso 2 Il percorso del paziente cronico: stratificazione, presa in carico e non autosufficienza

La Liguria presenta uno tra i più elevati carichi di malattia cronica del Paese. Le malattie endocrine e metaboliche raggiungono una prevalenza standardizzata del 7,82%, le cardiovasculopatie del 7,39%, le neoplasie del 7,13%, la broncopneumopatia del 3,52% e l'insufficienza renale cronica dell'1,23%. Nelle fasce di età più avanzata, e in particolare negli ultra-ottantacinquenni, le prevalenze raddoppiano o triplicano rispetto ai giovani anziani, rendendo la stratificazione del rischio per età, fragilità e area geografica la condizione abilitante per qualsiasi politica efficace di governo della cronicità.

In questo quadro, il Piano assume come obiettivo il modello di presa in carico continuativa, proattiva e misurabile. L'obiettivo è garantire la presa in carico con PDTA attivo e PAI aggiornato periodicamente ai pazienti affetti dalle principali patologie croniche, dando priorità, per il quinquennio a diabete, scompenso cardiaco e BPCO, quali condizioni ad alta prevalenza, alto impatto assistenziale e forte correlazione con ricoveri evitabili, accessi impropri ai servizi e saturazione delle agende specialistiche. In tale impianto trovano inoltre collocazione, in progressiva estensione, i percorsi relativi a insufficienza renale cronica, demenza, maculopatia e obesità.

8.1 La stratificazione della popolazione e sanità d'iniziativa

Il primo pilastro del modello è la stratificazione della popolazione e l'attivazione della sanità d'iniziativa. La Banca Dati Assistito, alimentata dai flussi SDO, farmaceutica, specialistica ambulatoriale e Fascicolo Sanitario Elettronico, utilizza algoritmi di stratificazione del rischio per classificare la popolazione assistita in tre livelli: alta complessità, con presa in carico intensiva e Case Manager IFoC dedicato; media complessità, con PDTA attivo e controlli programmati dalla struttura di competenza; bassa complessità o rischio, con medicina generale e IFoC come sentinelle di sanità d'iniziativa. In questo modello non è più il paziente a "rincorrere" le prestazioni: è il sistema a programmare esami, controlli e rivalutazioni prima che insorgano destabilizzazioni cliniche, accessi impropri al Pronto Soccorso e ricoveri evitabili. Nel quinquennio, la stratificazione del rischio basata su dati clinici e amministrativi è progressivamente integrata, a fini di prevenzione mirata, con i contributi della medicina genomica regionale di cui al par. 14.4, inclusi i Polygenic Risk Scores per le principali patologie cronico-degenerative ad elevato impatto epidemiologico nella popolazione ligure.

L'Infermiere di Famiglia o di Comunità rappresenta il punto di riferimento continuativo del percorso, in particolare per i soggetti fragili nelle aree interne, dove nella programmazione si propone di assumere il rapporto target di 1 IFoC ogni 2.000 abitanti. Il suo ruolo è quello di garantire monitoraggio capillare, contatto proattivo, educazione terapeutica, supporto all'aderenza e raccordo costante tra paziente, medicina generale, specialistica e servizi territoriali.

8.2 I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche

Il secondo pilastro del modello è costituito dai PDTA regionali uniformi, redatti in collaborazione con i DIAR competenti, con la medicina generale, con le professioni sanitarie coinvolte e con le strutture territoriali, in modo da garantire accessi diretti dagli snodi della prossimità agli specialisti di riferimento, senza utilizzo improprio del Pronto Soccorso e senza frammentazione dei percorsi, includendo modalità di presa in carico strutturate per i pazienti che entrano nel percorso dopo un evento acuto, in raccordo con la COT e con i protocolli di dimissione protetta (par.7.2). In questa prospettiva, i PDTA non possono più essere intesi come strumenti limitati alla fase diagnostico-terapeutica ospedaliera, ma come modelli evoluti di presa in carico della persona nel tempo. La loro evoluzione consiste nell'estendere l'eccellenza clinica dell'episodio acuto a un percorso continuativo, integrato e sostenibile, che includa prevenzione, identificazione precoce dei bisogni, stratificazione del rischio, educazione del paziente e del caregiver, continuità informativa e strumenti digitali di monitoraggio e comunicazione. In tale quadro, il PDTA diventa non solo uno strumento clinico, ma anche organizzativo, fondato su équipe multiprofessionali, figure di coordinamento, integrazione reale tra ospedale e territorio e responsabilità chiaramente definite nei diversi passaggi del percorso. La dimensione regionale dei PDTA rappresenta il livello in cui queste componenti possono essere rese omogenee, valorizzando le reti cliniche e connettendo in modo strutturato i diversi nodi del sistema, al fine di garantire continuità, equità di accesso e coerenza della presa in carico. In questa evoluzione assume un ruolo strutturale la comunicazione, che deve essere riconosciuta come parte integrante del processo di cura e non come elemento accessorio: momenti dedicati e codificati lungo tutto il percorso, dalla diagnosi alle transizioni assistenziali fino alla dimissione, garantiscono informazioni comprensibili, coerenti e realmente utilizzabili dal paziente e dai caregiver, migliorando l'aderenza terapeutica e gli esiti clinici. Allo stesso modo, la qualità della comunicazione all'interno dell'équipe rappresenta una condizione essenziale per assicurare continuità e coerenza del percorso assistenziale.

Il digitale costituisce, inoltre, una vera e propria infrastruttura del PDTA evoluto: non solo strumento tecnologico, ma elemento abilitante della continuità assistenziale, attraverso la condivisione dei dati clinici, la telemedicina, il telemonitoraggio e il supporto alla decisione clinica. In questa prospettiva, i PDTA, consentono una gestione proattiva del paziente e una reale integrazione tra i diversi attori del sistema.

Questa trasformazione si accompagna a un cambio di paradigma: dal modello centrato sulla prestazione a un modello centrato sulla persona, in cui il paziente diventa parte attiva del

percorso di cura, insieme ai caregiver, in un processo di personalizzazione e co-produzione della salute. Il valore dell'assistenza non è più misurato sulla singola prestazione, ma sugli esiti complessivi del percorso nel tempo, in coerenza con i principali modelli internazionali di presa in carico integrata.

Diabete

Per il diabete, il Piano adotta un modello diabetologico Hub & Spoke articolato su tre livelli: medicina generale e Case della Comunità per il reclutamento e la gestione ordinaria; spoke periferici per la gestione specialistica di secondo livello; Hub di riferimento regionale per la complessità clinica, le complicanze e i casi che richiedono presa in carico avanzata. L'integrazione dei dati provenienti da FGM e CGM in IT-CURA consente la realizzazione di televisite diabetologiche ad alta efficacia clinica, basate sull'analisi remota dei profili glicemici e sulla tempestiva correzione del trattamento.

Nelle aree a maggiore deprivazione socioeconomica, dove i dati mostrano una correlazione documentata tra svantaggio sociale e frequenza di malattia, il Piano prevede programmi mirati di *health literacy*, supporto all'autogestione e prescrizione sociale. È inoltre valorizzata l'integrazione tra diabetologia e altre discipline rilevanti per le complicanze dell'età avanzata, anche in una prospettiva di prevenzione della fragilità e delle fratture.

All'interno del PDTA diabete viene inserito come componente strutturale obbligatoria il percorso oculistico integrato, finalizzato allo screening e alla presa in carico della retinopatia diabetica. La retinopatia diabetica è la più frequente complicanza d'organo del diabete mellito e la principale causa prevenibile di perdita visiva nella popolazione in età lavorativa: la sua prevalenza si attesta tra il 30 e il 50% nei pazienti diabetici, con rischio di progressione verso la cecità che si riduce del 90% in presenza di diagnosi precoce e trattamento adeguato. Nonostante questo, la retinografia a colori associata all'OCT sistematica nei pazienti diabetici in carico alla diabetologia territoriale o al MMG non è ancora garantita in modo uniforme su tutto il territorio regionale ligure, con difformità significative tra area e area e tra setting ospedaliero e territoriale.

Il Piano integra il percorso oculistico nel PDTA diabete, come componente strutturale obbligatoria, non come prestazione accessoria lasciata all'iniziativa del singolo professionista. Ogni paziente diabetico in carico, in diabetologia specialistica, in medicina generale o in percorso ADI, riceve una valutazione della retina entro 12 mesi dalla diagnosi se asintomatico e successivamente con cadenza annuale (retinopatia assente o lieve non proliferante) o semestrale (retinopatia moderata o pre-proliferante), secondo la classificazione internazionale ETDRS. L'esame di primo livello è la retinografia a colori associata all'OCT, eseguibile con un unico strumento in setting ambulatoriale distrettuale anche da personale tecnico formato (ortottisti). I casi con retinopatia diabetica proliferante o edema maculare clinicamente significativo (CSMEO) sono inviati direttamente all'ambulatorio oculistico specialistico con accesso RAO B (entro 30 giorni). I casi con sospetto di edema maculare diabetico (EMD) sono prioritari per il teleconsulto OCT nell'ambito di Liguria Vision (par. 10.3). La refertazione è integrata in IT-CURA e nel FSE, e alimenta il cruscotto di Liguria Vision per il monitoraggio regionale della retinopatia diabetica.

Target

Indicatore	Target 2028	Target 2030
Pazienti diabetici con retinografia a colori/ OCT documentata in IT-CURA nell'ultimo anno	50%	85%
Retinografi non midiatichi attivi nei setting distrettuali (n. aree)	3 aree	5 aree
Invio RAO B oculistico per retinopatia proliferante o CSMEO entro 30 gg (%)	80%	95%

Scompenso cardiaco

Per lo scompenso cardiaco, il Piano prevede un PDTA regionale fondato sulla presa in carico proattiva e sul telemonitoraggio domiciliare dei pazienti NYHA II–III mediante kit multiparametrico comprendente bilancia, sfigmomanometro, saturimetro ed ECG a una derivazione. Gli algoritmi predittivi integrati nella piattaforma IRT generano alert automatici alla COT e ai cardiologi Hub al superamento di soglie cliniche predefinite, consentendo un intervento precoce prima della riacutizzazione conclamata.

La governance del percorso è affidata al Gruppo di Lavoro regionale cardiologico interaziendale, con il compito di coordinare su scala regionale l'assetto del PDTA, classificare gli ambulatori cardiologici in livelli I, II e III e rivedere le indicazioni RAO per l'accesso alle prestazioni cardiologiche. In questo quadro, il follow-up dei pazienti stabili viene progressivamente sottratto alla logica della prenotazione individuale e trasferito nella programmazione diretta da parte della struttura, così da liberare capacità nelle agende per i primi accessi e per i casi a maggiore priorità clinica.

A supporto di questo processo il Piano istituisce il Gruppo di Lavoro Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa Cardiologiche (**GLR-Cardio**), composto dai Direttori delle Cardiologie regionali o loro delegati e dai responsabili aziendali competenti in materia di liste d'attesa. Il gruppo ha mandato di mappare i servizi e le risorse, classificare gli ambulatori, uniformare i criteri RAO per le principali prestazioni cardiologiche, informatizzare il modello RAO nel sistema CUP e sviluppare teleconsulti tra medicina generale e cardiologia per la gestione dei pazienti a bassa e media complessità, riducendo i primi accessi inappropriati. Ha altresì il mandato di individuare i percorsi di presa in carico dei pazienti e orizzonti temporali per definire la transizione del setting di presa in carico, individuare percorsi integrati con il territorio per la definizione dei panel di esami di controllo e definizione di *dispatch* per intercettare precocemente la variazione della classe di rischio e il rientro nel percorso di presa in carico da parte dello specialista ospedaliero. Definisce agende di presa in carico sul territorio per gli accessi successivi al primo di competenza dello specialista territoriale prenotabili dallo specialista ospedaliero previo contatto tra i professionisti.

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

Per la BPCO, il PDTA regionale si fonda sulla sorveglianza attiva delle riacutizzazioni, sulla prossimità dell'assistenza e sull'uso della telemedicina nelle aree interne. Il Piano prevede telespirometria e saturimetria domiciliare, con intensificazione della sorveglianza durante la stagione influenzale e raccordo con i programmi di cessazione del tabagismo. Il percorso si integra con la rete pneumologica Spoke e con i servizi territoriali, in modo da garantire monitoraggio regolare, adeguata gestione terapeutica e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri evitabili.

Anche per la BPCO, come per le altre cronicità prioritarie, il principio guida è che il controllo clinico non debba dipendere dalla capacità del paziente di attivare il sistema, ma dalla capacità del sistema di intercettare precocemente i segnali di instabilità e di programmare in modo appropriato visite, esami e interventi.

Estensione progressiva ad altre cronicità rilevanti

Accanto alle tre aree prioritarie, il Piano prevede la progressiva formalizzazione o il consolidamento di ulteriori PDTA regionali per patologie ad alto impatto. Per l'insufficienza renale cronica stadio 3–4 è prevista l'attivazione di una rete nefrologica territoriale integrata, con valorizzazione della dialisi domiciliare e peritoneale per i pazienti eleggibili. Per la demenza il Piano adotta un Modello di Cura Globale con CDCD interconnessi, Centri Diurni integrati nelle CdC come nodi di prossimità per ritardare l'istituzionalizzazione e Budget di Salute quale strumento di sostegno al Progetto di Vita. Per la maculopatia viene sviluppata la sperimentazione di modelli di Virtual Clinic.

Per l'obesità, riconosciuta dalla L. 149/2025 come malattia cronica recidivante con obbligo per le Regioni di garantire la chirurgia bariatrica e metabolica come opzione terapeutica strutturata, in Liguria circa il 10% della popolazione adulta è affetta da obesità ($BMI \geq 30$) e il 40% presenta eccesso ponderale; in età pediatrica il 4–5% è obeso e il 20% sovrappeso. Il Piano prevede un PDTA regionale autonomo su tre livelli: medicina generale e pediatria di libera scelta per screening e monitoraggio, CdC Hub per il percorso multidisciplinare territoriale (medico specialista, nutrizionista, psicologo, dietista), la rete Regionale per la Cura dell'Obesità (RRCO) di cui al par.10.4 per la componente chirurgica bariatrica e metabolica, secondo criteri di appropriatezza e volumi minimi.

Il Piano riconosce inoltre la rilevanza programmatica delle altre patologie endocrino-metaboliche, in coerenza con il quadro epidemiologico ligure che colloca le malattie endocrino-metaboliche come prima causa di prevalenza in Regione (7,82% standardizzato). Sono in particolare meritevoli di sviluppo programmatico nel quinquennio: le patologie tiroidee, in particolare nell'epidemiologia di genere; le dislipidemie e la sindrome metabolica come fattori di rischio cardiovascolare primari; le complicanze del diabete diverse dalla retinopatia (piede diabetico, nefropatia diabetica, neuropatia diabetica, macroangiopatia diabetica), in raccordo con il PDTA diabete e con la rete nefrologica e cardiovascolare regionale; per la presa in carico del piede diabetico, il PDTA prevede in particolare il coinvolgimento del Podologo, in raccordo con il diabetologo, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità e i servizi territoriali delle Case della Comunità, per le attività di prevenzione, monitoraggio e gestione delle complicanze podologiche ad alto impatto funzionale ed economico; le patologie endocrinologiche di alta complessità (ipofisarie, surrenaliche, paratiroidi), che richiedono concentrazione nei centri Hub di riferimento. La trattazione

operativa, le linee di sviluppo e i target specifici di questi ambiti sono definiti con successivi atti deliberativi della Giunta regionale, in coordinamento con i DIAR competenti e con il Settore Politiche Socio-Sanitarie, e sono integrati nel processo di aggiornamento intermedio del Piano previsto al 2028.

Target: *registro regionale dei pazienti con obesità in carico operativo entro il 2027; almeno il 70% dei pazienti con BMI ≥ 35 inclusi in percorso multidisciplinare attivo entro il 2028.* Il governo del follow-up e delle liste d'attesa

8.3 Il governo del follow-up e delle liste d'attesa

Il terzo pilastro del percorso del paziente cronico è il governo del follow-up e delle liste d'attesa. La riduzione dei tempi di attesa e la corretta gestione dei flussi di accesso non possono fondarsi esclusivamente sull'aumento dell'offerta: devono agire in modo strutturale sul governo della domanda, sull'appropriatezza prescrittiva e sulla reale presa in carico globale del paziente cronico. In questo senso, il follow-up dei pazienti stabili viene trasferito progressivamente dalla prenotazione individuale alla programmazione diretta della struttura erogante nell'ambito del PDTA. La prenotazione dei controlli programmati viene effettuata dalla struttura garantendo una separazione strutturale dei flussi di accesso. Tale organizzazione permette di pianificare gli accessi nel tempo ed in modo coerente con la necessità di salute dei cittadini, evitando che i controlli siano collocati insieme ai primi accessi sulla stessa agenda, rischiando di compromettere la tempestività di risposta ai bisogni di salute di nuova insorgenza. Le agende distinguono le quote per primo accesso da quelle per accessi successivi e prevedono meccanismi automatici di sblocco delle disponibilità non utilizzate nelle 48 ore precedenti.

L'analisi del fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) richiede una distinzione preliminare tra domanda e fabbisogno reale, che è la condizione per dimensionare correttamente l'offerta e il percorso assistenziale del cittadino. I dati di sistema 2025 evidenziano un'offerta erogata di circa 1,6 milioni di prestazioni PNGLA, a fronte di una domanda prenotata di volume sovrapponibile ma che presenta una quota media del 20% prenotata oltre il termine previsto dalla classe di priorità (dato in ulteriore riduzione nel corso del 2026). Pertanto, il fabbisogno grezzo (somma di prestazioni prenotate e prestazioni in attesa oltre i tempi della classe di priorità) è stimabile in circa 1,9 milioni di prestazioni/anno. L'analisi qualitativa del fabbisogno grezzo evidenzia tuttavia che esso non corrisponde al fabbisogno effettivo di primo accesso: una quota stimata del 30% del totale è costituita da follow-up condotti nel percorso non appropriato (canale del primo accesso anziché canale della presa in carico), prescrizioni inappropriate e prestazioni ripetute. Depurato di tale componente, il fabbisogno reale si attesta a circa 1,3 milioni di prestazioni/anno, esclusivamente riferite al primo accesso. Tale lettura è la base per dimensionare correttamente l'offerta e per individuare il gap a cui il sistema deve rispondere nel quinquennio 2026-2030.

Tabella 1 La domanda

La tabella scompone il passaggio dalla domanda apparente al fabbisogno reale, evidenziando la quota di domanda non appropriata che il sistema attualmente assorbe impropriamente nel canale del primo accesso.

Componente della domanda	Valore (mln/anno)	% sul totale	Natura
Fabbisogno grezzo (domanda apparente)	1,9	100%	Domanda totale espressa al sistema (prenotato + oltre tempi di classe)
<i>di cui: follow-up nel canale non appropriato, inappropriata di classe, prestazioni ripetute</i>	<i>0,6</i>	<i>≈ 30%</i>	<i>Domanda riferita impropriamente al canale del primo accesso</i>
Fabbisogno reale di primo accesso (depurato)	1,3	≈ 70%	Domanda effettiva di primo accesso, da soddisfare nei tempi di classe

Tabella 2 — Il gap a cui il sistema deve rispondere

La tabella confronta la domanda reale con l'offerta del 2025, evidenziando i due gap principali a cui il Piano deve rispondere: il gap di tempo (la quota di prestazioni prenotate oltre i tempi di classe) e il gap di flusso di accesso (un canale strutturale di presa in carico distinto dal primo accesso).

Dimensione	Dato 2025	Criticità rilevata	Risposta del Piano
Volume di offerta erogata	≈ 1,6 mln prestazioni/anno	Volume sovrapponibile alla domanda prenotata, ma insufficiente rispetto al fabbisogno grezzo (1,9 mln) in termini	Mantenimento e qualificazione dell'offerta complessiva fino a completa separazione dei flussi di accesso

Dimensione	Dato 2025	Criticità rilevata	Risposta del Piano
		di risposta temporale	
Domanda di primo accesso (fabbisogno reale stimato)	≈ 1,3 mln prestazioni/anno	Oggi assorbita in un canale non pienamente distinto tra primo accesso e presa in carico	Dimensionamento dell'offerta del flusso di primo accesso sull'effettivo fabbisogno
Tempi di erogazione (gap di tempo)	≈ 20% prenotato oltre i tempi di classe (in riduzione 2026)	Quota di prestazioni che, pur prenotate, eccede i tempi previsti dalla classe di priorità	Riduzione progressiva del valore e raggiungimento target ministeriale entro il 2030 attraverso ottimizzazione dei volumi, governo dei flussi e separazione dei canali
Canale di presa in carico (gap di flusso di accesso)	≈ 0,6 mln prestazioni/anno (follow-up, approfondimenti, controlli) numero stimato da aggiungere a quello già gestito nel percorso corretto	Completo utilizzo del canale strutturale di prenotazione dedicato alla presa in carico, già presente sulla piattaforma CUP ma distinto da quello del primo accesso	Implementazione di spazi e agende dedicati alla presa in carico, con prenotazione su piattaforma CUP effettuata dalle strutture che hanno in carico il paziente su Slot dedicati al percorso (secondo indicazioni del PNGLA)

Dalle due tabelle emerge una conclusione unitaria: **il fabbisogno reale del sistema regionale di prestazioni PNGLA di primo accesso è di circa 1,3 milioni/anno**, ed è coerente con un'offerta di 1,6 milioni/anno solo a condizione che il flusso del primo accesso non sia gravato dal carico improprio della presa in carico e inappropriata prescrivibilità. Le prestazioni di follow-up, gli approfondimenti diagnostici e i controlli successivi, non devono competere con i primi accessi per la prenotazione, né entrare nella lista d'attesa: devono alimentare una lista di prenotazione separata, gestita sulla piattaforma CUP a carico delle strutture che hanno in carico il paziente, a garanzia del corretto tempo di gestione della fase diagnostica e terapeutica. Il Piano assume pertanto come obiettivo programmatico del quinquennio 2026-2030, un'implementazione dei volumi per le prestazioni per le quali è necessario, la separazione strutturale tra il flusso del primo accesso e il canale della presa in carico, articolata su tre azioni operative: il dimensionamento dell'offerta del primo accesso sul fabbisogno reale valutato in modo mirato per ogni prestazione, la modulazione di spazi e agende dedicati alla presa in carico, con prescrizione e prenotazione gestita dalle strutture responsabili del percorso del paziente; il governo della domanda attraverso appropriatezza prescrittiva. In parallelo, quindi il Piano conferma e implementa l'approccio fondato sull'appropriatezza prescrittiva attraverso l'introduzione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO) nei gestionali dei prescrittori, in coerenza con il PNGLA vigente.

Appropriatezza prescrittiva e i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

L'appropriatezza prescrittiva rappresenta una componente essenziale del percorso del paziente cronico, poiché consente di collegare il bisogno espresso con la risposta appropriata, evitando duplicazioni, esami non indicati e saturazione delle agende. Il modello RAO viene digitalizzato e integrato nel CUP regionale, in particolare nelle aree a maggiore pressione prescrittiva.

Per la cardiologia ambulatoriale, il mandato del GLR-Cardio comprende in modo esplicito: la mappatura dei servizi e delle risorse cardiologiche disponibili per area; la classificazione degli ambulatori in livelli I, II e III; la revisione delle indicazioni alle classi RAO per cardiologia in coerenza con le linee guida AGENAS; lo sviluppo di strumenti di teleconsulto con i MMG per ridurre gli invii inappropriati; il monitoraggio periodico dell'aderenza ai RAO dei prescrittori con sistema di auditing e il controllo delle prescrizioni ripetute per individuare mancate prese in carico o inapproprietezze legate alla classe di priorità.

Per la diagnostica per immagini, il Piano prevede l'estensione del RAO digitale alle metodiche ad alto volume e ad alto rischio di inapproprietezza, con criteri regionali condivisi, integrazione dei criteri nel CUP, segnalazioni automatiche delle richieste incomplete e report trimestrali personalizzati ai prescrittori.

Viene inoltre adottato un format prescrittivo unificato per TC e RM (Modulo di Richiesta strutturato), con nomenclatura standardizzata, quesito clinico obbligatorio e indicazione coerente del setting di urgenza. Il Modulo è integrato nei gestionali dei prescrittori senza richiesta di doppio inserimento dati e supporta il prescrittore con auto-compilazione dei campi ricavabili dal FSE del paziente, in coerenza con l'obiettivo di semplificazione dell'attività ambulatoriale dei MMG e specialisti.

L'offerta di diagnostica per immagini integra strutturalmente le componenti pubblica e del privato accreditato; il RAO digitale, il format prescrittivo unificato e i criteri di appropriatezza si applicano in modo uniforme a tutta l'offerta convenzionata con il SSR.

La diagnostica per immagini rientra tra i percorsi di presa in carico prioritari per i quali è prevista la ricognizione del fabbisogno di prestazioni diagnostiche di controllo o di approfondimento diagnostico prescritte dallo specialista e prenotabili dalle strutture che hanno il carico il paziente. Ciò consente la programmazione degli accessi senza che sia il paziente a doversi attivare per la prenotazione in modo coerente con il concetto di presa in carico e centralità della persona. Questo impianto non introduce un filtro burocratico, ma un sistema di supporto alla decisione prescrittiva che consente di migliorare appropriatezza, trasparenza e confrontabilità dei comportamenti clinici.

8.4 DIAR, reti cliniche e governance dei PDTA

I Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) rappresentano il livello funzionale di governance delle reti cliniche e dei PDTA. Con il nuovo assetto organizzativo, il loro ruolo evolve da semplice coordinamento orizzontale tra aziende a vera e propria funzione di governance clinica, con responsabilità operative sui PDTA, sugli indicatori di appropriatezza ed esito e sulla mobilità programmata dei professionisti. Ogni DIAR è chiamato a produrre, con cadenza biennale, un documento di revisione dei PDTA sotto la propria responsabilità, comprensivo di dati di attività, indicatori di appropriatezza ed esito, proposte di miglioramento e stima delle risorse necessarie.

A livello regionale, il Piano prevede l'istituzione di un Coordinamento Tecnico Regionale delle Reti Cliniche, con funzioni di indirizzo, validazione dei PDTA, definizione degli indicatori e verifica sistematica degli esiti. A livello aziendale, l'ATSL individua funzioni dedicate al governo dei percorsi, al raccordo tra dipartimenti ospedalieri e servizi territoriali, al monitoraggio dei tempi di accesso, dell'appropriatezza prescrittiva, dell'aderenza ai follow-up e degli esiti clinici e organizzativi. La misurazione sistematica delle performance, attraverso sistemi interoperabili e cruscotti condivisi, costituisce condizione essenziale per assicurare trasparenza, confronto e miglioramento continuo

8.5 L'equità territoriale e riduzione delle disuguaglianze

Il quarto pilastro del percorso del paziente cronico è l'equità territoriale. I dati epidemiologici mostrano che alcune aree presentano bisogni più elevati ma accesso minore ai servizi. Lo spostamento progressivo del baricentro della specialistica ambulatoriale verso le Case della Comunità, con integrazione degli specialisti ospedalieri nei nodi di prossimità, costituisce la leva principale per garantire equità di accesso tra costa ed entroterra.

8.6 Il monitoraggio integrato e prevenzione terziaria

Il quinto pilastro è il monitoraggio integrato. La dashboard regionale, aggiornata trimestralmente per area ATSL e per patologia, include la percentuale di pazienti cronici con PDTA attivo, il tasso di ricoveri ospedalieri evitabili per le patologie target, il tasso di riammissioni a 30 giorni e gli indicatori di appropriatezza dell'assistenza territoriale, inclusi ADI, farmaci, mortalità e ricorso ai servizi. In tal modo il monitoraggio diventa non solo strumento valutativo, ma leva di prevenzione terziaria e di miglioramento continuo del percorso.

Il governo dell'offerta richiede una conoscenza strutturata dell'offerta ambulatoriale reale, il Piano affida a Liguria Salute entro il primo trimestre 2027 la mappatura strutturata dell'offerta ambulatoriale su cinque dimensioni: numero e localizzazione dei punti erogatori per specialità; ore ambulatoriali settimanali effettivamente dedicate per presidio; tipologia contrattuale del personale con relativa produttività; rapporto tra attività ambulatoriale esterna e agende interne di completamento diagnostico nei 30 giorni post-dimissione non contabilizzate nel CUP; tasso di utilizzo giornaliero delle apparecchiature diagnostiche ad alta complessità (RM, TC, ecografi). La mappatura produce un cruscotto dell'offerta ambulatoriale regionale che diventa il prerequisito per qualsiasi decisione di incremento dell'offerta: prima di autorizzare nuove sedute o nuovi acquisti di apparecchiature, ATSL e AOM devono dimostrare che le risorse esistenti sono utilizzate al massimo della capacità produttiva.

Target

In coerenza con tale impianto, il Piano individua i seguenti target di sviluppo:

- *presa in carico con PDTA attivo dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche prioritarie, con progressiva estensione fino alla copertura completa dei pazienti target entro il 2028–2030, secondo la maturazione dei percorsi e dei sistemi informativi;*
- *riduzione del 15% dei ricoveri evitabili per le patologie croniche target entro il 2030;*
- *telemonitoraggio attivo per almeno l'30% dei pazienti con scompenso cardiaco, diabete insulino-trattato e BPCO entro il 2028;*
- *rapporto IFoC/popolazione di 1:2.000 nelle aree interne entro il 2027;*
- *screening attivo nelle aree a bassa prevalenza osservata, con aumento del 20% del tasso di diagnosi precoce entro il 2028;*
- *integrazione del percorso oculistico nel PDTA diabete, con incremento progressivo della quota di pazienti diabetici con retinografia a colori/ OCT documentata in IT-CURA e ampliamento dei retinografia distrettuali;*
- *uniformazione dei RAO cardiologici e radiologici e loro integrazione nei sistemi CUP regionali, con aumento progressivo della quota di prestazioni erogate nei tempi appropriati e riduzione delle prescrizioni inappropriate.*

8.7 La rete per la demenza e il deterioramento cognitivo

La gestione della demenza e del deterioramento cognitivo nella Liguria — regione con l'indice di vecchiaia più alto d'Italia e con una prevalenza di patologie neurodegenerative tra le più elevate a livello nazionale — richiede un approccio di sistema fondato sul *life course approach to prevention* e sull'integrazione di tutti i nodi della rete assistenziale: dalla prevenzione della fragilità geriatrica alla gestione del fine vita. Il Piano, in coerenza con il Piano Nazionale Demenze 2023-2027 e con il modello operativo proposto dai geriatri territoriali delle cinque aree ATSL, adotta un modello di cura globale strutturato sui seguenti passaggi.

Prevenzione della fragilità geriatrica e dell'isolamento sociale

A livello distrettuale vengono sviluppate attività promozionali e di auto-aiuto per aumentare la consapevolezza e l'adozione di stili di vita sani e di socializzazione in sinergia con il Piano di Invecchiamento Attivo. Vengono implementati i programmi di attività fisica a prescrizione sociale (AFA e sue declinazioni) e di counseling nutrizionale. Attraverso gli IFoC viene realizzata l'individuazione dei soggetti pre-fragili nelle Cure Primarie, mediante la somministrazione sistematica del PRISMA-7 (*Programme on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy*), strumento validato di screening della fragilità in sette domande, somministrabile in 3–5 minuti in occasione dei bilanci di salute o delle visite programmate. I soggetti con punteggio ≥ 3 sono inviati alla valutazione multidimensionale UVM/UVG entro 30 giorni. Vengono promossi programmi di *memory training* e palestre della memoria in gruppi selezionati, integrati nei percorsi di invecchiamento attivo (par. 11.5).

Modello di Cura Globale dei disturbi neuro-cognitivi (DNC)

Il modello si articola su nodi funzionali integrati: i CDCD, potenziati e interconnessi informaticamente attraverso Cartella a Casa (CaC) con repository condiviso di esami e piani terapeutici, svolgono le attività di diagnosi e cura farmacologica inclusi i nuovi farmaci anticorpali monoclonali; i Centri Diurni erogano interventi socio-comportamentali nel DNC lieve-moderato per evitare o ritardare il ricovero definitivo; vengono istituiti Nuclei residenziali temporanei per le fasi di scompenso comportamentale acuto; Nuclei residenziali a lungo termine per le persone con DNC moderato-grave non assistibili a domicilio, con spazi e protocolli per la gestione del fine vita; la Delirium room all'interno dei reparti di geriatria/medicina ospita pazienti con disturbi comportamentali gravi o delirium provenienti dal PS (personale infermieristico formato, possibilità per il familiare di rimanere per tutto il giorno); le iniziative di sostegno al caregiver spaziano dalla socializzazione e auto-aiuto (Caffè Alzheimer) fino al supporto psicologico strutturato.

ADI avanzata: qualificazione e sviluppo

Una volta raggiunti i target di presa in carico percentuale nella popolazione over-65 stabiliti da PNRR/DM77, il Piano punta alla qualificazione dell'ADI verso modelli avanzati capaci di gestire a domicilio terapie altrimenti erogabili in ospedale o struttura: OPAT, gestione di dispositivi ventilatori, nutrizione artificiale, dialisi peritoneale. L'accesso da parte dell'ADI alle reti cliniche specialistiche della CdC avviene nel contesto di PDTA per specifica cronicità, in coerenza con i principi di *Population Health Management* e del Piano Nazionale della Cronicità, anche

attraverso le opzioni garantite dalla telemedicina. Il Piano, inoltre, punta a rinnovare il sistema di assistenza domiciliare sociale, erogato dai Comuni attivando interventi definiti dal PAI, garantendo continuità e dignità di vita. In parallelo, l'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociosanitaria in lungo-assistenza domiciliare forniscono supporto diretto nella vita quotidiana della persona e della propria famiglia, comprendendo attività di igiene personale e domestica, il disbrigo di pratiche, le commissioni, l'accompagnamento a visite mediche, nonché interventi di sostegno emotivo e relazionale. Sono incluse azioni di mantenimento delle autonomie residue, la prevenzione dell'isolamento, l'accompagnamento extra domiciliare ad attività sociali.

Nell'ambito dell'assistenza rivolta agli anziani non autosufficienti, un ruolo cruciale è svolto dai servizi di comunità e di prossimità, organizzati secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale. Tali servizi coinvolgono attivamente i servizi sociali e sanitari territoriali, il Terzo settore, le organizzazioni di volontariato, le reti informali di vicinato e le famiglie, contribuendo a contrastare la marginalizzazione e l'isolamento dell'anziano fragilizzato e a garantire la continuità della vita domestica e comunitaria.

Sempre al fine di garantire la permanenza presso il proprio domicilio, vengono promossi progetti riguardanti soluzioni abitative innovative, come forme di coabitazione solidale intergenerazionale o *senior cohousing*, che, nel rispetto del PAI e del PTRI, consentano una modulazione delle risposte nel tempo, in funzione dell'evoluzione delle condizioni dell'anziano e del suo contesto familiare e relazionale.

Potenziamento e ri-articolazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale

Le strutture convenzionate con ATSL vengono orientate a flessibilità e *task shifting* per rispondere alla diversificazione dei bisogni: recupero e potenziamento delle esperienze di RSA aperta (soprattutto nelle aree interne); nelle RSA con Centri Diurni, estensione degli orari e apertura nel fine settimana, integrazione con le realtà di co-housing. Pur essendo la regione più anziana d'Italia, la Liguria ha un'offerta residenziale per la *Long Term Care* inferiore a quella di tutto il Nord Italia: il Piano prevede l'incremento dell'offerta allineandola alla media dell'Italia settentrionale. Viene superata la dicotomia RSA/RP per delineare un unico concetto di residenzialità definitiva ad intensità assistenziale variabile, con tariffe commisurate ai livelli di intensità del case mix effettivo. Vengono previste strutture residenziali ad alta intensità sanitaria per pazienti anziani con complessità clinica cronica instabile che richiedono trattamenti ad elevato impegno sanitario, pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Integrazione dei percorsi e Digital Health per l'anziano

La piena funzionalità delle CdC, con il supporto delle COT, garantisce il confronto multiprofessionale e il coordinamento tra componente sanitaria e servizi sociali all'interno del Distretto per la continuità dei percorsi terapeutici e assistenziali degli anziani fragili e comorbidi. Il geriatra assume il ruolo di responsabile clinico negli OdC per la gestione di ingressi e dimissioni dei pazienti fragili. I percorsi di telemedicina previsti da PNRR e DM77 vengono consolidati e diffusi in tutti i setting di cura domiciliare, residenziale, CdC, esplorando le ulteriori potenzialità dell'ecosistema IT-CURA per supportare l'anziano, superando il

pregiudizio sull'analfabetismo digitale della popolazione geriatrica (progressivamente in riduzione).

Nella rete per la demenza, la continuità del percorso deve essere intesa come continuità di cura della persona e del contesto familiare. La progressione del decadimento cognitivo investe infatti in modo diretto la domiciliarità, la sicurezza terapeutica, la capacità di orientamento ai servizi e il rischio di isolamento sociale. La dimensione sociale deve pertanto essere qualificata come componente ordinaria della rete demenze e non come intervento successivo all'aggravamento del quadro clinico.

Neurologia e declino cognitivo: il progetto "Oltre il Tempo". Il Piano attiva la teleriabilitazione cognitiva domiciliare tramite dotazione domiciliare (tablet) e applicativi di teleriabilitazione cognitiva (**Digital Brain Training**), erogati sulla **Piattaforma Regionale di Telemedicina** e integrati in **IT-CURA**, monitorati dai CDCD, con teleconsulti periodici al caregiver per supporto psicologico e formazione sulla gestione dei disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD), e con stratificazione della fragilità tramite MPI e Sunfrail.

Il progetto "Oltre il Tempo" costruisce un ecosistema digitale per gli over 80 che integra rete sanitaria, rete sociale e Terzo Settore su tre assi sinergici: il contrasto al deterioramento cognitivo attraverso la teleriabilitazione strutturata; la sicurezza terapeutica attraverso strumenti di *deprescribing*, *deblistering*, *pill reminder* e *alert* automatico alla COT in caso di mancata aderenza; la prevenzione dell'isolamento sociale attraverso cluster virtuali di socializzazione digitale che connettono tra loro anziani fragili e caregiver nelle aree interne e periferiche. A questo disegno regionale concorre, in chiave di Area, il progetto "NeirOne2-Comunità in Salute 2.0" dell'ASL4 (Chiavarese), evoluzione dell'esperienza "Neirone in Salute" e del modello delle Comunità in Salute: sugli stessi assi, deterioramento cognitivo, aderenza terapeutica e isolamento sociale e sulle stesse infrastrutture (Cartella a Casa, IT-CURA, COT) esso porta in profondità, su un territorio-laboratorio, il modello che "Oltre il Tempo" estende su scala regionale. I due progetti operano su coorti di destinatari distinte, così da comporsi in un unico disegno regionale senza sovrapposizioni.

Il supporto nutrizionale è parte integrante della presa in carico del paziente fragile e dei percorsi delle principali patologie croniche. La malnutrizione, frequente nel paziente oncologico, neurologico, chirurgico e nell'anziano non autosufficiente, è una comorbidità che condiziona negativamente la prognosi, aumenta le complicanze e prolunga i tempi di recupero. Il Piano prevede che il supporto nutrizionale territoriale sia garantito in raccordo con i PDTA delle patologie prioritarie, attraverso il Servizio di Nutrizione Territoriale descritto successivamente, cui si rimanda.

La funzione del sociale si esprime nel sostegno ai caregiver, nell'attivazione di misure di sollievo, nell'orientamento ai servizi, nel monitoraggio delle condizioni abitative e relazionali, nell'attivazione delle reti di vicinato e di prossimità e, ove necessario, nel raccordo con gli strumenti di protezione giuridica. La valutazione, assunta secondo approccio biopsicosociale e con attenzione al profilo di funzionamento della persona nel proprio ambiente di vita, consente di leggere insieme autonomia residua, sicurezza del contesto domestico, carico familiare e risorse della comunità. In questo ambito, la continuità coincide con la possibilità di accompagnare progressivamente la persona e la famiglia lungo il decorso della malattia, prevenendo isolamento, accessi impropri e istituzionalizzazione precoce. Questa continuità si realizza attraverso tre figure professionali che il Piano inserisce stabilmente nel team

multiprofessionale domiciliare per la fragilità e il deterioramento cognitivo. L'Educatore Professionale supporta la gestione quotidiana della malattia, il mantenimento delle attività di vita quotidiana (ADL e IADL) e l'inclusione sociale, collaborando con le reti di prossimità e con i nuclei Alzheimer. Il Terapista Occupazionale valuta l'autonomia residua, addestra il paziente e il caregiver all'uso di ausili e adatta l'ambiente domestico per prevenire cadute e rallentare la perdita funzionale. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) interviene sul funzionamento cognitivo e comportamentale, contrasta l'isolamento sociale e attiva percorsi di riabilitazione psicosociale in raccordo con i servizi di salute mentale e con il MMG. Le tre figure operano in integrazione con l'IFoC, il servizio sociale professionale e la COT, rafforzando il modello di accompagnamento progressivo della persona e della famiglia già descritto nel presente paragrafo.

Il Servizio di Nutrizione Territoriale

La malnutrizione per difetto è una condizione clinica sottostimata e sotto trattata che si associa ad aumento della morbidità, prolungamento della degenza, incremento delle ri-ospedalizzazioni e riduzione della qualità di vita. Nel paziente ospedalizzato la malnutrizione proteico-calorica va considerata una malattia nella malattia: condiziona negativamente la prognosi della malattia di base, ritarda la cicatrizzazione e aumenta il rischio di complicanze. La sua gestione non si esaurisce nel setting ospedaliero ma richiede continuità assistenziale nel territorio, dove l'intervento precoce e personalizzato produce i risultati clinici ed economici più rilevanti.

Il Piano istituisce il Servizio di Nutrizione Territoriale come componente strutturale della presa in carico del paziente fragile e cronico, non come supporto accessorio. Il Servizio opera in raccordo con i PDTA delle patologie prioritarie oncologica, neurologica, chirurgica, nefrologica, garantendo quattro funzioni integrate. Lo screening nutrizionale precoce, che consente di intercettare il rischio prima che si instaurino complicanze, in particolare nei pazienti fragili e in quelli dimessi da ricovero acuto. La stesura di un piano nutrizionale personalizzato, che comprende la dieta adattata, l'integrazione orale (ONS) e, ove necessario, la nutrizione artificiale enterale o parenterale a domicilio. Il monitoraggio e il follow-up nel tempo, con adattamento del piano nutrizionale all'evoluzione clinica e prevenzione delle complicanze. L'educazione nutrizionale del paziente e del caregiver, con particolare attenzione alla gestione pratica dell'alimentazione al domicilio, alla promozione dell'aderenza terapeutica e alla formazione per le situazioni di maggiore complessità (disfagia, nutrizione artificiale, stomia). Il Servizio opera con un approccio multidisciplinare che integra il medico specialista in scienza dell'alimentazione, il dietista, l'infermiere e, ove necessario, lo psicologo clinico. È fisicamente collocato nelle Case della Comunità Hub, garantendo prossimità di accesso e raccordo strutturato con il MMG, l'IFoC e i servizi sociali. Per i pazienti oncologici, il raccordo con il DMT oncologico è sistematico: la collaborazione tra oncologo e nutrizionista clinico diventa parte ordinaria del percorso di cura, con l'obiettivo di migliorare la tolleranza ai trattamenti, ridurre la perdita di peso e massa muscolare e contribuire alla qualità di vita. Per i pazienti neurologici con disfagia, ictus, Parkinson, SLA, demenza, il Servizio garantisce l'adattamento delle consistenze, la formazione del caregiver e la gestione della nutrizione artificiale domiciliare quando necessaria.

Target: Servizio di Nutrizione Territoriale attivo in tutte le cinque aree ATSL entro il 2028; protocollo regionale di screening nutrizionale integrato nei PDTA delle patologie prioritarie entro il 2027; almeno il 70% dei pazienti oncologici in trattamento attivo con valutazione nutrizionale documentata in IT-CURA entro il 2028.

8.8 Disabilità, non autosufficienza e residenzialità protetta e salute mentale in età evolutiva

Il par. 8.8 costituisce la sede operativa di tre obiettivi di salute. Per OS6 (presa in carico sociosanitaria integrata universale): la valutazione multidimensionale, le equipe integrate e il Progetto di Vita come strumenti della presa in carico delle persone con disabilità e non autosufficienza. Per OS9 (Budget di Salute per salute mentale): il BdS come strumento di finanziamento flessibile del Progetto di Vita, raccordato con il par. 8.9. Per OS13 (piena attuazione dei LEPS e governance dell'integrazione sociosanitaria): la copertura uniforme dei LEPS per le macroaree disabilità e non autosufficienza su tutto il territorio regionale. Il raccordo con la residenzialità ospedaliera è descritto nel par. 7.2 (dimissione protetta) al quale si rimanda per il tema dei bed blockers.

La disabilità e la non autosufficienza condividono una radice comune, la dipendenza da altri per le funzioni fondamentali della vita ma seguono traiettorie diverse per genesi, durata e tipo di risposta necessaria. La disabilità può presentarsi dalla nascita o insorgere in qualunque fase del ciclo di vita; la non autosufficienza è prevalentemente, anche se non esclusivamente, un fenomeno dell'invecchiamento avanzato. In una regione dove il 16,8% della popolazione ha più di 75 anni e il 29,2% supera i 65, e dove il 45% delle famiglie è unipersonale, le due condizioni si intrecciano con frequenza crescente nella stessa persona, spesso in assenza di una rete familiare di supporto. Il sistema attuale risponde a queste condizioni con frammentazione: accessi multipli a sportelli diversi, valutazioni parallele non condivise, percorsi che si interrompono ai passaggi di fase. Il Piano 2026-2030 intende chiudere strutturalmente questa frammentazione e dare continuità nei passaggi di condivisione da una condizione di vita ad un'altra.

Il quadro normativo come opportunità, non come vincolo

La riforma della disabilità introdotta dalla L. 33/2023 e dai suoi decreti attuativi, il D.lgs. 62/2024 sulla valutazione di base e l'accomodamento ragionevole, il D.lgs. 29/2024 sul Progetto di Vita attivo, rappresenta la trasformazione più rilevante nella governance della disabilità degli ultimi vent'anni. Il Progetto di Vita cessa di essere una buona intenzione per diventare uno strumento vincolante di pianificazione individualizzata: definisce gli obiettivi di autonomia e partecipazione della persona con disabilità, le risorse necessarie e le responsabilità dei soggetti coinvolti, ATS, Comune, Terzo Settore, volontariato famiglia, lavoro, scuola, con scadenze, indicatori e meccanismi di revisione periodica. La Regione Liguria, nell'attuare la riforma, fa propria la logica del welfare generativo: l'obiettivo non è gestire la disabilità ma rigenerare capacità, costruire autonomia, sostenere la partecipazione alla vita sociale, lavorativa e relazionale. Il Dlgs 62/2024 in Liguria si realizza tramite la DGR 438/2025 e le sue linee guida che entro il 2028 dovranno essere rinforzate tramite sistemi interoperabili

tra servizi sociosanitari. Il procedimento del D.lgs. sopracitato si fonda sulla valutazione di base INPS con contributo delle equipe multidisciplinari SSN e sulla costruzione del Progetto di Vita individuale attraverso le equipe integrate ATSL-Comuni. Sul piano operativo, la ricezione e la valutazione delle istanze di Progetto di Vita presentate ai sensi del D.lgs. 62/2024 sono in capo alla Centrale Unica per la condizione di disabilità, gestita da F.I.L.S.E. in raccordo con la rete territoriale di ATS Liguria e degli ATS, secondo il modello descritto al par. 19.3. Il dettaglio operativo di questi dispositivi è sviluppato in OS6 e nel cap. 13, cui si rimanda.

Il nodo della transizione: dal minore all'adulto

La programmazione regionale per i disturbi del neurosviluppo in età evolutiva pone l'enfasi sulla precocità della presa in carico abilitativo-riabilitativa successiva alla diagnosi, con riferimento all'insieme dei disturbi del neurosviluppo (disturbi dello spettro autistico, ADHD, disturbi del linguaggio, dell'apprendimento, della coordinazione motoria, disabilità intellettiva), valorizzando il coinvolgimento sistematico del contesto scolastico e familiare nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), secondo modelli già consolidati in altre regioni italiane.

Il riconoscimento precoce dei disturbi del neurosviluppo, disturbi dello spettro autistico, ADHD, disturbi del linguaggio e della coordinazione motoria, dipende in modo critico dalla capacità delle cure primarie pediatriche di intercettare i segnali nelle fasi di sviluppo in cui l'intervento è più efficace, ben prima dell'accesso alla NPIA. Il Piano promuove l'adozione di screening standardizzati del neurosviluppo nelle visite di bilancio di salute, attraverso strumenti validati (M-CHAT, MCHAT-R/F per l'autismo; scale dello sviluppo motorio e del linguaggio) integrati nel Libretto Digitale della Gravidanza e della Nascita e nel FSE. Il raccordo strutturato tra le cure primarie pediatriche e la NPIA con percorsi di invio prioritario per i casi positivi allo screening e tempi massimi di accesso alla valutazione diagnostica specialistica, è il presupposto per ridurre i ritardi diagnostici che oggi caratterizzano l'accesso ai servizi di neuropsichiatria infantile.

Uno dei punti di maggiore criticità del sistema attuale è il passaggio dalla neuropsichiatria infantile (NPIA) ai servizi per gli adulti al compimento dei 18 anni. Il cosiddetto "vuoto assistenziale a 18 anni", documentato per i disturbi del neurosviluppo, per l'autismo e per la disabilità intellettiva, si traduce in interruzioni di percorso che compromettono anni di lavoro terapeutico e abilitativo. Il Piano introduce protocolli strutturati di transizione a doppia direttrice, attivati con presa in carico programmata almeno 12 mesi prima del compimento della maggiore età: verso i Servizi di Salute Mentale Adulti per i quadri psicopatologici, in raccordo con le equipe multiprofessionali di transizione 14-22 anni di cui al par. 9.3; verso i servizi per la disabilità adulta e la Centrale Unica per la condizione di disabilità ex D.lgs. 62/2024 per gli aspetti di funzionamento e Progetto di Vita. Le due direttrici non sono alternative ma concorrenti, in funzione del profilo clinico e funzionale del paziente NPIA in uscita: il paziente con disturbo del neurosviluppo con comorbidità psicopatologica richiede entrambe le direttrici di presa in carico. Le equipe NPIA, le equipe adulti e la Centrale Unica per la condizione di disabilità costruiscono congiuntamente il primo Progetto di Vita individuale, garantendo la continuità delle misure abilitative e del sostegno alla famiglia.

Per i disturbi dello spettro autistico, il Piano prevede il potenziamento dei percorsi abilitativi precoci con metodi basati su evidenza (ABA, ESDM), lo sviluppo di centri diurni semiresidenziali

ad alta specializzazione per adulti con autismo, e la formazione specifica degli operatori dei servizi territoriali adulti alla gestione delle persone con disturbi del neurosviluppo.

Ricovero ospedaliero per adolescenti 14-18 anni

Il ricovero ospedaliero nella fascia 14–18 anni. La fascia adolescenziale rappresenta un nodo critico specifico e distinto dalla questione della transizione ai servizi adulti; quando un adolescente con disturbo psicopatologico acuto o con disturbo del neurosviluppo e comportamento dirompente richiede un ricovero, il sistema ligure fatica a fornire una risposta strutturata e uniforme. L'accesso ai reparti di psichiatria adulti è spesso improprio per questa fascia d'età; i reparti di pediatria non hanno le competenze per la gestione delle crisi psicopatologiche; il risultato è che una quota rilevante di questi ricoveri avviene in contesti clinicamente non adeguati, con interruzione dei percorsi terapeutici in corso. Il Piano prevede la definizione di un percorso regionale per il ricovero ospedaliero degli adolescenti 14–18 anni con psicopatologia acuta o con disturbi del neurosviluppo e comportamento dirompente, con i seguenti elementi: individuazione dei presidi regionali con funzione di riferimento per questa fascia di età, dotati di spazi fisicamente separati dai reparti adulti e di equipe con competenza integrata NPIA–psichiatria. Il Gaslini, IRCCS di riferimento regionale per la fascia pediatrica e adolescenziale, assume il mandato di presidio di riferimento regionale per il ricovero dei minori fino ai 18 anni con psicopatologia acuta o disturbi del neurosviluppo e comportamento dirompente, con spazi fisicamente dedicati e separati dai reparti pediatrici ordinari, equipe con competenza integrata NPIA-psichiatria e Protocollo di raccordo strutturato con i servizi NPIA territoriali di provenienza. Il mandato di presidio di riferimento regionale per il ricovero degli adolescenti 14-18 anni con psicopatologia acuta in capo all'IRCCS Gaslini si traduce nel quinquennio del Piano nell'incremento della dotazione di posti letto dedicati: dagli attuali 10 ai 21 posti letto previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 2017, da raggiungere entro il 2028 attraverso il completamento dell'adeguamento strutturale del reparto NPIA presso l'Hub regionale pediatrico e il reclutamento delle equipe multiprofessionali dedicate. Il target è verificato annualmente al Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6) per la componente di sostenibilità del personale e nel cruscotto integrato sociosanitario (par. 17.2) per la componente di attuazione.

Per i casi di minore complessità clinica, la funzione di riferimento è esercitata dai presidi spoke individuati con atto deliberativo regionale, in modo da garantire la prossimità geografica e la continuità del percorso terapeutico in corso.

Strutture residenziali per disturbi comportamentali e centri diurni flessibili 12-18 anni

Residenzialità specialistica e centri diurni per la fascia 12–18 anni. Due ulteriori gap strutturali riguardano specificamente la fascia preadolescenziale e adolescenziale.

Il primo è l'assenza di strutture residenziali dedicate ai minori che presentano la comorbilità tra disabilità intellettiva e disturbi del comportamento esternalizzati, aggressività, autolesionismo, comportamenti dirompenti gravi o altri disturbi del neurosviluppo con impatto severo sull'adattamento scolastico e familiare. La risposta adeguata non è nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitative per minori previste dall'inquadramento regionale per le residenze terapeutiche neuropsichiatriche per l'età

evolutiva, né nelle strutture residenziali per minori a gestione sociale, prive di competenza clinica specialistica per il profilo descritto. Il Piano prevede l'attivazione, nell'ambito della rete NPIA regionale, di strutture residenziali a valenza sociosanitaria integrata specificamente dedicate a questo profilo, con equipe multiprofessionale NPIA presente, programma terapeutico-riabilitativo individualizzato e connessione strutturata con il percorso scolastico. Il secondo gap riguarda la carenza di centri diurni flessibili per la fascia 12-18 anni con disturbi del neurosviluppo: la domanda in questa fascia è in crescita e i tempi di attesa per l'accesso ai trattamenti abilitativi comprimono l'offerta disponibile per i più piccoli. Il Piano prevede la sperimentazione di centri diurni a funzione riabilitativa per la presa in carico dei minori 12-18 anni con disturbi del neurosviluppo e disturbi comportamentali oggi in lista d'attesa per l'inserimento nei percorsi NPIA territoriali, in raccordo con i servizi NPIA stessi e con le scuole secondarie di primo e secondo grado, secondo modelli organizzativi che assicurino la prosecuzione del progetto terapeutico individualizzato e l'integrazione con il contesto scolastico.

L'accesso alle cure ospedaliere delle persone con disabilità grave. L'accesso alle cure ospedaliere rappresenta, per una quota rilevante delle persone con disabilità intellettiva, comunicativa o neuromotoria grave, un percorso gravato da ostacoli che generano rinuncia alle cure, ritardi diagnostici e peggiori esiti di salute a parità di bisogno clinico, un fenomeno noto come *silenzio assistenziale*. In risposta a questo divario, il modello di accoglienza e assistenza medica ospedaliera per le persone autistiche e/o con disabilità intellettiva elaborato dall'Istituto Superiore di sanità (ISS), non configura un reparto separato, ma una modalità trasversale di organizzazione delle cure esistenti, fondata su équipe multidisciplinare dedicata, percorsi personalizzati, concentrazione delle prestazioni in un unico accesso (paradigma *all in one time*), uso della Comunicazione Aumentativa Alternativa e figura del *case manager* come perno del percorso.

La rete regionale si articola in una o più strutture di riferimento regionali, individuate con atto deliberativo sulla base della massa critica multidisciplinare disponibile, distintamente per la componente adulti e per la componente pediatrica-adolescenziale, quest'ultima in coerenza con il mandato attribuito a IRCCS Gaslini dalla sezione precedente, e in una rete di punti di accoglienza territoriali, garantendo prossimità per le prestazioni ordinarie e invio centralizzato per i casi di elevata complessità. Ciascun nodo opera attraverso équipe multidisciplinare dedicata, accesso con numero verde regionale, agende di prenotazione riservate e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale e con l'Infermiere di Famiglia e di Comunità per la continuità con i setting domiciliare e residenziale. La componente «salute» del Progetto di Vita individuale include esplicitamente le modalità di accesso alle cure ospedaliere programmate così definite.

Il progetto si raccorda con la rete dell'emergenza-urgenza attraverso protocolli dedicati, che prevedono il preavviso alla struttura di riferimento in caso di accesso in Pronto Soccorso di paziente già in carico; tali protocolli costituiscono specificazione operativa, per la popolazione con disabilità grave, di quanto previsto al *par. 7.1 in tema di gestione del paziente fragile in Pronto Soccorso*, al quale si rimanda per il quadro generale sul contenimento del *boarding*. La Regione si impegna a recepire le linee guida nazionali una volta formalizzate, adeguando i propri atti attuativi. Entro il 2026 sono individuate con atto deliberativo le strutture di

riferimento regionali e avviata la progettazione esecutiva della rete; entro il 2028 la rete è pienamente operativa, con database regionale dei pazienti in carico e monitoraggio degli indicatori nel cruscotto sociosanitario integrato.

Domiciliarità come prima scelta: l'ADI avanzata e i servizi di supporto

Il domicilio è il setting privilegiato di cura. L'ADI avanzata è la risposta sanitaria alla domiciliarità per le condizioni di maggiore complessità. Sul versante sociale, il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare sociale, l'hub di cura, il riconoscimento del caregiver familiare, il Registro regionale degli assistenti familiari e le misure di sollievo (ricoveri temporanei, centri diurni, telesoccorso e teleassistenza) sono le leve per rendere sostenibile la permanenza al domicilio nel tempo. Il Fondo ministeriale per le misure della non autosufficienza insieme al Fondo Unico Integrato del Budget di Salute finanziano in modo flessibile l'intero ecosistema di supporto domiciliare, raccordando la componente sanitaria e quella sociale in un unico progetto di vita.

Il sostegno al caregiver come condizione della domiciliarità. La tenuta del sistema domiciliare dipende dalla tenuta delle persone che lo sostengono. In Liguria, si stima che oltre 60.000 caregiver familiari, prevalentemente donne over 55, garantiscano quotidianamente la cura di persone non autosufficienti o con disabilità grave, spesso in condizioni di isolamento, sovraccarico fisico e psicologico documentato. Il Piano riconosce il caregiver come soggetto di tutela, non solo come risorsa del sistema. Le misure previste sono: attivazione in ogni area del servizio di sollievo strutturato (ricoveri temporanei in OdC o RSA, non solo su emergenza ma su programmazione regolare); sportello di ascolto e supporto psicologico per caregiver nelle CdC Hub, in raccordo con il par. 16.2 (benessere degli operatori) per la condivisione del modello; inclusione del caregiver nel processo di co-progettazione del PTRI e nel Budget di Salute come attore formale, con riconoscimento dell'apporto nel contratto di cura; monitoraggio del carico assistenziale come indicatore di rischio di riacutizzazione del paziente assistito, con alert automatico alla COT quando l'IFoC rileva segnali di crisi del caregiver, raccordo con la rete dei Centri per l'Impiego regionali e con i servizi del lavoro per l'attivazione delle misure di tutela e sostegno previste dalla L. 104/1992 (permessi, congedi) e dalla L. 33/2023 (riforma assistenza), e per l'accompagnamento al reinserimento lavorativo del caregiver al termine del periodo di cura

La residenzialità come filiera, non come unica risposta

La Liguria, pur essendo la regione più anziana d'Italia, ha un'offerta residenziale per la Long Term Care strutturalmente insufficiente: inferiore alla media di tutto il Nord Italia e in particolare al Nord Est, con tempi di attesa per le RSA convenzionate che superano sistematicamente i 12 mesi in diverse aree. Questo deficit ha due conseguenze dirette: le persone non autosufficienti che non trovano posto in RSA rimangono in reparti di degenza ordinaria come bed blockers, con i meccanismi di blocco descritti nel par. 7.1; oppure rimangono al domicilio senza una rete di supporto adeguata, con rischio di riacutizzazioni e accessi impropri al PS.

Il Piano affronta il deficit con tre azioni integrate. La prima è il potenziamento quantitativo dell'offerta residenziale, con un programma pluriennale di incremento dei posti convenzionati ATSL orientato ad allineare la dotazione ligure alla media del Nord Italia. La seconda è la riorganizzazione qualitativa del sistema: superamento della dicotomia anacronistica RSA/RP per costruire un unico concetto di residenzialità ad intensità assistenziale variabile, bassa, media, alta, con tariffe commisurate all'effettiva complessità del case mix, percorsi tipo per le principali condizioni cliniche e un sistema di accreditamento che verifichi la corrispondenza tra i bisogni dei pazienti accolti e le competenze della struttura. La terza è lo sviluppo di strutture residenziali ad alta intensità sanitaria per i pazienti anziani con complessità clinica cronica instabile che non trovano risposta né negli OdC (degenza max 30 giorni) né nelle RSA ordinarie: pazienti tracheostomizzati o con dispositivi ventilatori, positivi a TRCPE, con doppia diagnosi psichiatrico-internistica, con sintomi di difficile controllo che richiedono pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. Questi pazienti sono oggi i principali bed blockers della medicina interna ligure.

In questa direzione si colloca il potenziamento del modello RSA Aperta, sviluppato nelle aree interne nell'ambito dei progetti SNAI e oggi assunto dal Piano come componente strutturale del modello territoriale (cfr. Strategia 3 della Parte seconda del Piano): la struttura residenziale si trasforma da luogo di ricovero definitivo a polo di servizi territoriali, centro diurno aperto anche nel fine settimana, servizi di sollievo per i caregiver, telesoccorso e teleassistenza per i residenti e per gli anziani fragili del territorio circostante, integrazione con le realtà di co-housing.

I servizi per il “Noi”

Il presente documento non vuole stravolgere i precedenti piani, tuttavia mira a realizzare un innovativo sistema di servizi favore delle persone con disabilità non autosufficienti basato sull'individuazione e il rafforzamento degli obiettivi di servizio e dei LEPS. Partendo da dati oggettivi emerge la seguente situazione Ligure

DETTAGLIO “DOPO DI NOI”		DETTAGLIO “VITA INDIPENDENTE”	
AREA	UTENTI IN CARICO AL 31/12/2025	AREA	UTENTI IN CARICO AL 31/12/2025
AREA 1	19	AREA 1	44
AREA 2	47	AREA 2	75
AREA 3	164	AREA 3	368
AREA 4	12	AREA 4	84
AREA 5	13	AREA 5	142
TOTALI	255		713

- “Vita indipendente” vengono sviluppate azioni volte a favorire il pieno esercizio dei diritti individuali che comprendono misure destinate a garantire il godimento

del tempo libero, la partecipazione alle molteplici dimensioni della vita quotidiana, il rafforzamento dei legami sociali e relazionali, nonché il sostegno all'inserimento lavorativo e ai percorsi di apprendimento.

- Il Dopo di Noi: pianificazione del futuro quando il caregiver non ci sarà. La L. 112/2016 (Dopo di Noi) ha istituito un fondo dedicato alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare o in procinto di perdere tale sostegno, per il finanziamento di programmi di residenzialità, vita indipendente e inclusione sociale. In Liguria, la pianificazione del Dopo di Noi viene strutturata come componente obbligatoria del Progetto di Vita per tutte le persone con disabilità intellettiva grave e per i familiari che lo richiedono: viene attivata prima che la necessità diventi urgenza, con un percorso graduale di sviluppo dell'autonomia e di individuazione del setting futuro.

I servizi LEPS per la vita indipendente e le soluzioni abitative orientate all'autonomia (co-housing, gruppi appartamento, abitare supportato) vengono rafforzati come alternativa alla residenzialità piena, riservando quest'ultima ai casi di effettiva necessità.

Oltre i LEPS, il fondo per la non autosufficienza, prevede forme di finanziamento per servizi domiciliari e servizi volti all'inclusione sociale. In Regione Liguria i fondi appena citati sono suddivisi in due misure la "Gravissima disabilità" e la "grave disabilità"

DETTAGLIO "GRAVISSIMA DISABILITÀ"		DETTAGLIO "GRAVE DISABILITÀ"	
AREA	UTENTI IN CARICO AL 31/12/2025	AREA	UTENTI IN CARICO AL 31/12/2025
AREA 1	318	AREA 1	20
AREA 2	190	AREA 2	31
AREA 3	1205	AREA 3	151
AREA 4	187	AREA 4	49
AREA 5	270	AREA 5	65
TOTALI	2170		316

Con il nuovo impianto attuativo del Piano della non autosufficienza 2025-2027 vengono rivisti in dettaglio le misure del fondo della non autosufficienza rafforzando il concetto dell'inclusione.

- Il Durante noi inclusivo: per le Persone con necessità di sostegno intensivo (ex grave) sono introdotti progetti per l'implementazione dei servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale al fine di contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone con disabilità non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità. A tale scopo concorrono in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali, nonché la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, ivi inclusa la rete delle farmacie territoriali. L'attuazione di tali servizi viene realizzata attraverso i soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati nonché attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore, dei

familiari e la collaborazione delle associazioni di volontariato, delle reti informali di prossimità e del servizio civile universale.

Accesso equo, valutazione dell'autosufficienza e riduzione delle disuguaglianze

L'accesso ai servizi per la disabilità e la non autosufficienza è oggi disomogeneo tra i distretti liguri: i tempi di accesso alla UVM, la disponibilità dei servizi ADI e i criteri di inserimento in RSA variano in modo non giustificato dalla residenza. Il Piano prevede, attraverso la governance dell'ATS Liguria e la Cabina di Regia sociosanitaria, la standardizzazione delle procedure di valutazione e accesso su tutto il territorio regionale. I criteri di valutazione dell'autosufficienza, oggi non uniformi tra i distretti vengono rivisti alla luce dei nuovi strumenti ICF-based introdotti dalla riforma D.lgs. 62/2024, con l'obiettivo di produrre valutazioni comparabili e di superare le disparità nell'allocazione dei posti residenziali. L'Osservatorio regionale sulla disabilità e non autosufficienza, rafforzato nelle sue funzioni di raccolta e analisi dei dati, alimenta il cruscotto integrato sociosanitario e monitora annualmente la copertura dei LEPS per area geografica e per fascia di bisogno.

Nel presente capitolo la componente sociale deve essere espressamente qualificata come struttura portante del percorso. La continuità non può essere definita in termini esclusivamente assistenziali, ma va assunta come continuità di vita, cioè come capacità del sistema di accompagnare la persona nella relazione tra bisogni sanitari, sociosanitari e sociali. Ne deriva che il raccordo tra ATS, Distretti, UVM, PUA e Terzo Settore deve essere considerato parte integrante del disegno programmatico.

L'approccio assunto è biopsicosociale e orientato al funzionamento, in coerenza con la classificazione ICF già richiamata dal capitolo. La valutazione deve considerare la persona nel suo ambiente di casa, di relazione, di formazione, di lavoro e di comunità, nonché i bisogni e il carico dei caregiver, al fine di costruire interventi proporzionati e realmente appropriati. Per la disabilità, il comparto sociale presidia i passaggi tra età evolutiva e adulta, scuola, formazione, lavoro, abitare e partecipazione. Per la non autosufficienza, assicura la sostenibilità della domiciliarità attraverso assistenza domiciliare sociale, sostegno ai caregiver, servizi di sollievo, telesoccorso e teleassistenza, nonché attraverso strumenti di prossimità territoriale. Anche sotto il profilo della residenzialità, il presidio sociale concorre a definire percorsi appropriati e graduati, in alternativa alla permanenza impropria nel setting ospedaliero per acuti.

Target: *protocolli strutturati di transizione a doppia direttrice (verso DSM Adulti e verso Centrale Unica per la condizione di disabilità ex D.lgs. 62/2024) operativi in tutti i distretti entro il 2027; accesso alle RSA garantito anche ai pazienti under 65 con indicazione clinica, con procedure standardizzate a livello regionale, entro il 2026; potenziamento dell'offerta residenziale convenzionata con incremento dei posti per raggiungere la media del Nord Italia entro il 2030; strutture residenziali ad alta intensità sanitaria attive in ogni area ATSL entro il 2028; Dopo di Noi integrato nel Progetto di Vita per tutte le persone con disabilità intellettiva grave in carico entro il 2027; valutazione dell'autosufficienza standardizzata ICF-based su tutto il territorio regionale entro il 2027; percorso regionale ricovero adolescenti 14–18 con psicopatologia acuta definito e adottato entro il 2027; strutture residenziali socio-sanitarie per minori con comorbidità disabilità–comportamento attive in almeno 3 aree entro il 2028; centri diurni flessibili 12–18 per disturbi del neurosviluppo sperimentati in almeno 2 aree entro il*

2027; tempi di attesa per accesso a trattamenti abilitativi 0–6 inferiori a 30 giorni dalla diagnosi su tutto il territorio regionale entro il 2028; armonizzazione criteri di accesso e tariffe CAR-strutture dirette NPIA completata entro il 2027.

8.9 Il Budget di Salute come strumento operativo

Il BdS è lo strumento trasversale a tutti i percorsi del Piano indicato come il dispositivo operativo dell'integrazione sociosanitaria applicabile a ogni persona con bisogno complesso indipendentemente dal percorso di accesso al sistema.

Il Budget di Salute (BdS) come strumento strategico dell'integrazione sociosanitaria in Liguria rappresenta lo strumento metodologico e giuridico per la presa in carico integrata delle persone fragili nel sistema sociosanitario ligure e costituisce una risposta sistemica alle sfide demografiche e organizzative che caratterizzano il territorio regionale, in coerenza con il contesto normativo di riferimento, L. 104/1992, la L. 328/2000, il D.lgs. 229/1999 (integrazione sociosanitaria), la L. 112/2016 («Dopo di Noi»), il D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e, a livello europeo, la Direttiva 2014/24/UE e le norme sui Servizi di Interesse Economico Generale. Il PNRR (Missioni 5 e 6) conferisce al BdS rilevanza strategica per il rilancio del welfare territoriale.

Il Budget di Salute (BdS) è un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che integra risorse sanitarie (ATSL), sociali (Comuni, Piani di Zona) e informali (Terzo Settore, famiglia) attorno ai tre assi di vita: abitare, lavoro, socialità. Il Piano prevede la sua attivazione per il 30% dei pazienti con disturbi mentali gravi e disabilità grave entro il 2030, con procedure aziendali omogenee su tutte le cinque aree ATSL e meccanismi di co-finanziamento vincolati agli esiti del PTRI.

La Regione Liguria intende adottare il BdS come strumento prioritario per:

- › Persone con disturbi mentali in carico al CSM
- › Persone con disabilità fisica, intellettuale o psicosociale
- › Anziani non autosufficienti
- › Persone con dipendenze patologiche
- › Minori in carico ai Servizi del SSN con transizioni problematiche all'età adulta
- › Minori e famiglie in carico ai Servizi sociali territoriali
- › Soggetti in misura di sicurezza non detentiva in preparazione al rientro nella comunità di appartenenza

Modalità di costruzione:

Il BdS è quindi un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) costruito attorno alla persona, alle sue preferenze, ai suoi obiettivi di vita e al suo potenziale di recovery, uno strumento di investimento su percorsi di recupero dell'autonomia. La sua costruzione prevede una sequenza articolata di fasi e attori.

1. Valutazione multidimensionale

Il punto di partenza è la valutazione multidisciplinare della persona (UVM – Unità di Valutazione Multiprofessionale), che analizza i bisogni, le risorse personali, familiari e comunitarie disponibili, superando la logica classificatoria per orientarsi verso la progettazione.

2. Co-progettazione del PTRI

Il progetto viene definito in modo condiviso tra la persona beneficiaria, la sua famiglia, i professionisti sanitari e sociali, e gli enti del Terzo Settore coinvolti. Questo processo di co-progettazione è sancito giuridicamente dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore e dalla sentenza n. 131/2020 della Corte Costituzionale.

3. Composizione del Budget

Il BdS è costituito dall'insieme delle risorse economiche, umane e professionali necessarie alla realizzazione del progetto individuale. Le risorse provengono da fonti integrate:

- Sanitarie (ATSL)
- Sociali (Comuni, Piani di Zona)
- Del Terzo Settore (cooperative sociali, associazioni, fondazioni)
- Individuali e familiari (partecipazione attiva e contributo della persona)
- Associazioni afferenti al Volontariato

Una caratteristica distintiva del BdS è che il PTRI viene formalizzato attraverso un vero e proprio contratto tra la persona e le istituzioni. I risultati attesi incidono sull'utilizzo più efficiente delle risorse pubbliche: stesso budget, maggiori esiti di inclusione, creando capitale sociale e reti di comunità.

Il Budget di Salute costituisce il principale dispositivo di composizione tra dimensione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la componente sociale concorre alla definizione degli obiettivi di autonomia, inclusione, domiciliarità, abitare, relazioni e partecipazione, che rappresentano parte costitutiva del percorso di cura. La sua funzione è pertanto quella di evitare la frammentazione dei percorsi più complessi tra servizi diversi, consentendo una regia unitaria fondata sulla multidimensionalità del bisogno e sulla combinazione flessibile di risorse sanitarie, sociali e comunitarie. Il PTRI e il Budget di Salute devono essere costruiti a partire da una valutazione biopsicosociale del funzionamento della persona, anche con riferimento alla classificazione ICF, considerando i contesti di vita, le barriere e i facilitatori ambientali, le capacità residue, le aspirazioni individuali e i bisogni dei caregiver. Il Budget di Salute diviene così uno strumento di continuità sostanziale e non solo di raccordo amministrativo.

Tra gli strumenti operativi a supporto del Budget di Salute, l'Hub della Cura regionale, gestito da F.I.L.S.E. con un registro pubblico degli assistenti familiari qualificati e una piattaforma di incrocio tra domanda e offerta di assistenza domiciliare professionale, descritto al par. 19.3, costituisce un riferimento operativo per la componente di assistenza familiare del Budget.

9. Percorso 3 Salute mentale, dipendenze e fragilità psicosociale

L'analisi epidemiologica evidenzia una distribuzione disomogenea del bisogno di salute mentale sul territorio regionale, con significative variazioni tra le aree nelle prevalenze dei disturbi psichiatrici e nelle condizioni di fragilità psicosociale. La salute mentale interagisce con la cronicità somatica, con la fragilità sociale, con la disabilità e con il sistema penale in modo sistemico. Il Piano adotta una visione di salute mentale di comunità: non solo cura della malattia psichiatrica, ma prevenzione del disagio, promozione del benessere mentale, riduzione dello stigma.

Il Piano rafforza l'integrazione interna ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze tra l'area psichiatrica, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile, con raccordo strutturato con l'area della disabilità e degli anziani per le situazioni di confine. Vengono istituite due strutture di governance regionale: la Consulta Regionale sulla Salute Mentale, con funzioni di indirizzo, partecipazione degli utenti e dei familiari, e raccordo con il Terzo Settore; e l'Osservatorio regionale articolato in due sottosezioni salute mentale e dipendenze, con mandato di monitoraggio epidemiologico, valutazione degli esiti e produzione di dati comparabili tra le aree. Il raccordo tra la salute mentale e la disabilità/anziani non autosufficienti farà parte anche di una linea condivisa all'interno degli osservatori della disabilità. Il Budget di Salute per le persone con disturbi mentali gravi è lo strumento ordinario di uscita dall'istituzionalizzazione, con procedure omogenee e co-finanziamento strutturato con i Comuni: il modello operativo è sviluppato in OS9 e nel par. 8.9. I percorsi per la salute mentale nelle situazioni di privazione della libertà, in raccordo con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e con gli sportelli "Spin Plus".

La crescente complessità dei quadri clinici che afferiscono ai SerD e ai Centri di Salute Mentale, in particolare le situazioni di doppia diagnosi, le crisi adolescenziali complesse e le condizioni di marginalità grave, rende necessaria un'integrazione strutturale tra le aree del Dipartimento, garantendo al contempo l'autonomia tecnico-funzionale di ciascuna area per appropriatezza e specificità degli interventi. Il nodo programmatico è l'appropriatezza delle risposte ai bisogni della persona: la qualità della cura si esprime nella capacità del sistema di costruire percorsi integrati, condivisi e centrati sulla persona, anche attraverso PDTA regionali condivisi e modelli di integrazione funzionale tra servizi che la letteratura documenta come efficaci nel migliorare gli esiti clinici e la continuità assistenziale.

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, l'area delle dipendenze patologiche mantiene una chiara e riconoscibile identità clinica, organizzativa e di rete, con attribuzione di specifico budget. La specificità clinica dei disturbi da uso di sostanze e delle dipendenze comportamentali, in coerenza con la natura bio-psico-sociale del fenomeno e con la classificazione DSM-5, le comunità terapeutiche e le agenzie di inclusione lavorativa, giustificano il mantenimento di una propria identità organizzativa, di un budget dedicato e di percorsi specifici, all'interno di una governance dipartimentale integrata che assicuri la collaborazione paritaria con le altre aree specialistiche per la gestione delle situazioni di confine, in particolare per la doppia diagnosi, per le crisi adolescenziali complesse e per le condizioni di marginalità grave. Tale impostazione, coerente con le indicazioni del PANSIM 2025-2030 e delle principali società scientifiche del settore (FEDERSERD, SITD, SIA, SIPAD) e

con i modelli organizzativi delle principali regioni italiane di riferimento, consente di coniugare integrazione e specializzazione.

La clinica delle dipendenze si articola attorno alle SC/SSD SerD per le attività di I livello su alcol, sostanze e nuove dipendenze comportamentali, presenti uniformemente in tutte le Aree sociosanitarie. Specificatamente per la gestione delle patologie internistiche correlate di alcol (epatiti, cirrosi, candidature al trapianto, infezioni), la rete regionale si avvale di competenze di II livello ospedale-territorio presenti nell'area metropolitana, secondo modalità organizzative che il Piano consolida ed estende progressivamente alle altre aree sociosanitarie. Le strutture tabaccologiche, attualmente operative, sono estese progressivamente a tutte le aree sociosanitarie nel triennio 2026-2028, in coerenza con gli obiettivi di prevenzione del Piano Nazionale Prevenzione e con il burden epidemiologico del tabagismo nella popolazione ligure.

Al fine di supportare la programmazione regionale in materia di dipendenze patologiche, il Piano prevede l'istituzione del Centro Studi Funzionale delle Dipendenze patologiche, con compiti di supporto tecnico scientifico, raccolta e analisi dei dati, monitoraggio degli interventi, produzione di elementi conoscitivi utili alla valutazione delle politiche regionali, funzioni di promozione della salute e prevenzione universale, raccordo con le società scientifiche di riferimento e con il Terzo Settore. Le modalità organizzative e le risorse del Centro sono definite con provvedimento amministrativo regionale.

L'attività del Centro Studi si coordina con il Centro Alcolico Regionale i cui contenuti sono definiti dalla LR N. 11 – 5 Aprile 2012.

Il Sistema articola la sua risposta su quattro livelli integrati: la psichiatria di liaison nei contesti ospedalieri, la prevenzione del disagio nelle fasi di vita vulnerabili con priorità alla salute mentale perinatale e alla presa in carico precoce dei giovani adulti, la salute mentale, le dipendenze patologiche e i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nel territorio, la residenzialità psichiatrica e l'abitare supportato.

9.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze: assetto organizzativo e governance regionale

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMeD) trovano fondamento nel quadro ordinamentale delineato dalla L.R. 18/2025, che ridefinisce il modello di governance del SSR ligure valorizzando l'integrazione sociosanitaria, la prossimità territoriale e la presa in carico unitaria. Il modello a matrice del DSMeD si configura come Dipartimento strutturale di Area, articolato in linee verticali clinico-assistenziali che mantengono autonomia professionale e responsabilità tecnico-organizzative specifiche: la Salute Mentale Adulti (SPDC, CSM, residenzialità psichiatrica e ambulatori territoriali); le Dipendenze Patologiche (SerD); la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA); i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA); la Psicologia clinica e ospedaliera. Accanto alle aree specialistiche, il Dipartimento articola funzioni trasversali dedicate a residenzialità e semiresidenzialità, psichiatria forense (comprensiva della dell'area penitenziaria e dei rapporti con le REMS regionali), riabilitazione e recovery, transizione adolescenza-età adulta, formazione e ricerca, sistema informativo integrato, integrazione sociosanitaria. La L.R. 18/2025 ha dato ai DSMeD

una configurazione unitaria su scala regionale: il Piano ne assume la piena attuazione come condizione strutturale per la credibilità del Percorso 3.

La governance clinica integrata del DSMeD è la leva con cui il Piano supera la storica separazione tra psichiatria degli adulti, neuropsichiatria infantile, dipendenze, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e psicologia, separazione che ha generato, in tutte le regioni italiane, discontinuità nei passaggi di età (transizione NPIA-adulti) e frammentazione nella gestione delle comorbidità (doppia diagnosi, disturbi del neurosviluppo con psicopatologia, dipendenze con disturbi psichiatrici, DNA con comorbidità psichiatrica). La governance dipartimentale integrata è la sede dove le cinque linee verticali del modello a matrice collaborano in modo paritario per la gestione delle situazioni di confine, attraverso PDTA integrati, protocolli di raccordo, sistema di indicatori condivisi e sedi permanenti di confronto tra le aree, in coerenza con le indicazioni del PANSM 2025-2030 e con i modelli organizzativi consolidati delle principali regioni italiane di riferimento.

Il raccordo tra DSMeD e altri nodi del sistema regionale è strutturato su quattro direttrici. La prima è il rafforzamento del raccordo con l'AOM per i ricoveri in acuzie e per le funzioni di alta specialità (neuropsichiatria infantile di riferimento regionale presso IRCCS Gaslini, psichiatria di liaison dei grandi presidi, SPDC dedicati). Nel raccordo con il territorio, il DSMeD coordina funzionalmente la propria psicologia clinica e ospedaliera con il Servizio di Psicologia Territoriale operante nelle Case della Comunità Hub (art. 76 L.R. 20/2023): la psicologia clinica del DSMeD garantisce la presa in carico specialistica di secondo livello su segnalazione del primo livello, per assicurare appropriatezza clinica e continuità del percorso.

La terza è il raccordo con il Terzo Settore e con le comunità terapeutiche, riconosciuti dal Piano come partner strutturali e non come erogatori residuali, in coerenza con l'articolo 55 del Codice del Terzo Settore e nell'ottica di co-programmazione. La quarta è il rapporto con il Ministero della Giustizia per i percorsi di salute mentale e dipendenze nelle situazioni di privazione della libertà.

Le funzioni di indirizzo regionale sulla salute mentale e sulle dipendenze sono esercitate attraverso tre strumenti che il Piano istituisce o consolida. La Consulta Regionale sulla Salute Mentale opera come sede di partecipazione degli utenti e dei familiari e di raccordo con il Terzo Settore, con funzioni di supporto alla programmazione regionale. L'Osservatorio regionale nelle sue declinazioni (salute mentale e dipendenze) ha mandato di monitoraggio epidemiologico, valutazione degli esiti e produzione di dati comparabili tra le cinque aree sociosanitarie, in raccordo con i flussi informativi nazionali e con il cruscotto regionale integrato.

La residenzialità psichiatrica e l'abitare supportato

Il ripensamento della residenzialità psichiatrica regionale costituisce uno snodo programmatico del Piano. L'analisi delle attuali strutture residenziali liguri evidenzia tempi medi di permanenza superiori alle indicazioni programmatiche nazionali in una quota significativa degli utenti, con il rischio che le strutture residenziali assumano la funzione di "case per la vita" anziché di passaggi terapeutici verso una maggiore autonomia. Tale criticità, comune a più sistemi regionali italiani e documentata in letteratura, è particolarmente rilevante in Liguria dove il sistema sconta inoltre una de-territorializzazione delle cure attraverso il ricorso a strutture extraregionali e l'assenza di Case di Cura psichiatriche per la

subacuzie post-SPDC, con conseguente prolungamento improprio dei tempi di degenza nei reparti per acuti.

Il Piano persegue una riarticolazione del sistema della residenzialità psichiatrica regionale su tre direttrici: la riduzione dell'istituzionalizzazione evitabile attraverso la limitazione dei tempi di permanenza nella residenzialità intensiva e il superamento della residenzialità estensiva nei casi di cronicizzazione, a favore di percorsi socioriabilitativi nell'area dell'abitare supportato; il recupero della territorialità delle cure attraverso il rientro nel territorio di residenza dei pazienti oggi collocati in strutture extraregionali, con adeguamento dei posti letto regionali e definizione della vocazione di offerta delle singole strutture rispetto al bisogno del paziente; l'attivazione di posti letto dedicati alla subacuzie psichiatrica (degenze di 30-60 giorni) per i pazienti in dimissione dai reparti SPDC, in luogo di soluzioni inappropriate, con riduzione dei tempi di degenza nei reparti per acuti e del ricorso a strutture extra-regionali.

Il Piano promuove l'adozione di strumenti innovativi della residenzialità psichiatrica, in coerenza con le indicazioni delle linee guida WHO QualityRights e NICE NG181 e con le esperienze consolidate di altre regioni italiane, supportati operativamente dal Budget di Salute (par. 5 - OS9 del Piano e par. 8.9). In particolare: le Soluzioni Abitative Supportate come modello di residenzialità flessibile all'interno di percorsi terapeutici.

Il cluster housing come modalità di coabitazione con condivisione di servizi e risorse supportate; l'Inserimento Etero-familiare Supportato di Adulti (IESA), già consolidato in altre realtà regionali italiane (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto); il supporto tra pari e l'attivazione di case per il recupero. La residenzialità è messa in connessione con l'abitare supportato e con interventi domiciliari di sostegno commisurati ai bisogni, in un approccio orientato all'ottenimento della massima autonomia e recovery. La definizione operativa di questi strumenti è disciplinata con successivo atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027.

La salute mentale e le dipendenze negli istituti penitenziari

In considerazione della particolare complessità clinica, assistenziale e giuridica della popolazione detenuta e della prevalenza dei disturbi psichiatrici nei detenuti documentata in letteratura, la Regione riconosce la Salute Mentale e le Dipendenze in ambito penitenziario quale area specialistica dei DSMeD, da sviluppare attraverso modelli organizzativi dedicati e competenze professionali specifiche. In coerenza con il DPCM 1 aprile 2008, con gli Accordi della Conferenza Unificata in materia di sanità penitenziaria, con il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) di cui alla L. 81/2014 e con il PANSM 2025-2030, la programmazione, il coordinamento e la governance clinica degli interventi negli istituti penitenziari sono assicurati dai DSMeD.

L'area della salute mentale e quella delle dipendenze, pur operanti nel medesimo Dipartimento, rispondono a bisogni clinici distinti e sviluppano percorsi assistenziali specifici. La popolazione detenuta presenta frequentemente disturbi mentali gravi e persistenti che richiedono presa in carico da parte dei servizi di salute mentale; le problematiche correlate all'uso di sostanze afferiscono ai servizi per le dipendenze. Nelle situazioni di doppia diagnosi, frequenti nella popolazione detenuta, sono garantiti percorsi integrati e condivisi tra salute mentale e dipendenze.

La presa in carico negli istituti penitenziari si sviluppa secondo un modello biopsicosociale orientato non soltanto alla cura dei sintomi psicopatologici, ma anche al recupero e al mantenimento delle competenze personali, relazionali e sociali necessarie all'adattamento all'ambiente detentivo e ai successivi percorsi di inclusione nella comunità. Accanto agli interventi medici e psicologici assume particolare rilievo la dimensione riabilitativa, finalizzata al miglioramento del funzionamento individuale, della regolazione emotiva, della gestione dell'aggressività e dell'impulsività, delle abilità relazionali e della capacità di affrontare in modo adattivo le criticità della vita detentiva.

Sul piano organizzativo, la Regione promuove il consolidamento delle articolazioni della salute mentale e delle dipendenze operanti negli istituti penitenziari, il rafforzamento dell'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale (ATSM) della Casa Circondariale di Genova-Marassi, la continuità dei percorsi di cura tra carcere, territorio e REMS, e lo sviluppo di equipe multiprofessionali dedicate comprendenti competenze psichiatriche, psicologiche e di riabilitazione psichiatrica. Nell'ambito delle esperienze regionali, assume particolare rilievo il Progetto Sostegno Integrato attivo presso il Centro Clinico della CC di Marassi dal 2014, fondato sulla collaborazione tra salute mentale, assistenza sanitaria primaria, area trattamentale e amministrazione penitenziaria, quale modello di integrazione multiprofessionale orientato alla prevenzione e alla presa in carico delle situazioni di vulnerabilità correlate alla detenzione.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge eating, sono patologie ad alta mortalità (l'anoressia nervosa presenta il tasso di mortalità più elevato tra i disturbi psichiatrici) e ad alto impatto funzionale. Trattati nell'area della salute mentale del DSMed secondo il PDTA regionale richiedono percorsi di cura continui che integrano la dimensione psichiatrica (egosintonicità del sintomo nelle forme restrittive, ipercontrollo, comorbidità con disturbi di personalità, frequente comorbidità con disturbi del neurosviluppo quali ADHD e disturbi dello spettro autistico), la dimensione internistica e nutrizionale, la dimensione psicoeducativa e familiare. L'area di transizione infanzia-adolescenza-età adulta costituisce punto di particolare attenzione del PDTA regionale, in raccordo con la NPIA e con i servizi della salute mentale adulti.

Sul piano organizzativo, la rete ligure dei DNA si articola in tre Hub regionali corrispondenti alle macroaree territoriali (Levante, Area metropolitana, Ponente), valorizzando le risorse esistenti di riabilitazione intensiva ospedaliera e i posti letto di riabilitazione convenzionati. La filiera assistenziale è completata dall'attivazione, entro il 2027, di una struttura residenziale riabilitativa estensiva di almeno 20 posti letto destinata ai pazienti in fase subacuta o cronica con indicazione al trattamento protratto secondo criteri NICE 2017 e ANRED, non più richiedenti il livello di cura della degenza per acuti. La struttura adotta un modello di cura multidisciplinare (psichiatra, psicologo, dietista/nutrizionista, internista, fisioterapista, educatore) con programma terapeutico individualizzato, pasti assistiti strutturati, raccordo con i Centri DNA ambulatoriali per l'invio e la dimissione e con la rete di salute mentale territoriale per la continuità post-dimissione. La struttura è individuata e attivata entro il 2027. È inoltre attivato un cruscotto regionale dei posti letto e dei DH dedicati ai DNA, aggiornato in

tempo reale, per razionalizzare i percorsi e ridurre i tempi di attesa, in particolare nelle situazioni di urgenza ai sensi del Percorso Lilla.

Il rafforzamento della rete DNA prevede un Tavolo tecnico regionale permanente con partecipazione di psichiatria adulti, NPIA e SerD, finalizzato a sviluppare azioni integrate sul piano scientifico, formativo e operativo, in particolare per le aree psicopatologiche comuni (disregolazione emotiva, disturbi dell'immagine corporea, condotte di evitamento esperienziale, sottosoglia e forme con tratti addittivi), nell'ottica della continuità del percorso del neurosviluppo e delle psicopatologie ad esso correlate.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Struttura residenziale DNA (Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione) attiva — n. posti letto	Individuazione sede	≥ 20 pl operativi

9.2 Psichiatria di liaison: integrazione tra cura del disagio e cronicità

La psichiatria di liaison è attualmente frammentata e dipendente dall'iniziativa individuale dei professionisti. Il Piano prevede la sua istituzione in tutti i presidi ospedalieri con DEA, con protocolli condivisi per la doppia diagnosi e per il raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale. Viene istituita in tutti i presidi ospedalieri della rete regionale un'equipe di Psichiatria di liaison, che garantisce valutazione psichiatrica e psicologica integrata per i pazienti ricoverati con comorbidità psichiatrica, percorsi strutturati per la doppia diagnosi psichiatrico-somatica, dimissioni protette per i pazienti psichiatrici *bed blockers*.

Ciascuna equipe di Psichiatria di Liaison è composta da medico psichiatra, psicologo clinico e infermiere specializzato, attivati singolarmente o in equipe a seconda della tipologia di richiesta. I settori prioritari di intervento sono: area oncologica (distress oncologico, adattamento alla diagnosi, terapia del dolore di componente psicogena, fine vita); area internistica e geriatrica (delirium, depressione e ansia nel paziente con polipatologia, valutazione della competence decisionale, agitazione durante la degenza); area neurologica e cardiologica (ansia e depressione in comorbilità, sintomatologia psicosomatica); area di terapia intensiva (PTSD, delirium post-critico); area di ostetricia e ginecologia (depressione post-partum, ansia e depressione perinatale, in raccordo con il PDTA Salute Mentale Perinatale del par. 9.3); area delle dipendenze patologiche (sindrome di astinenza, comorbilità psichiatrica in pazienti con uso di sostanze ricoverati per cause somatiche).

Il modello prevede i seguenti livelli di intervento: (1) consulenza reattiva, attivata su richiesta del medico curante con valutazione, indicazioni terapeutiche e successivo follow-up da parte del reparto richiedente; (2) consulenza proattiva, attivata automaticamente per alcune categorie di pazienti (pazienti oncologici con diagnosi infausta recente, pazienti in SPDC, pazienti con precedenti psichiatrici documentati o con dipendenze note ricoverati per cause somatiche); (3) collaborazione strutturata, con partecipazione regolare dello psichiatra e dello psicologo alle riunioni di equipe dei reparti ad alta prevalenza di comorbilità psichiatrica, con

follow-up integrato tra equipe di liaison e reparto richiedente. L'equipe è raccordata strutturalmente con i percorsi di dimissione protetta per i pazienti psichiatrici e con dipendenze, in particolare per la gestione dei bed blockers psichiatrici (par. 7.2). La letteratura documenta che interventi strutturati di psichiatria e psicologia di consultazione-liaison riducono la degenza media, le riammissioni a 30 e 90 giorni e gli accessi ripetuti al PS. La continuità post-dimissione è garantita da segnalazione strutturata alla psicologia territoriale tramite IT-CURA e colloquio di passaggio entro 7 giorni dalla dimissione per i casi ad alta intensità.

La Rete Regionale di Psicologia è proposta come funzione integrata e di coordinamento delle attività psicologiche regionali, sia nei percorsi clinici complessi ospedalieri (oncologia, medicine interne, geriatria, riabilitazione, terapia intensiva) sia nei setting territoriali e consultoriali. La Rete comprende, secondo le rispettive specificità organizzative già disciplinate dal Piano: la psicologia clinica e ospedaliera del DSMed di cui al par. 9.1; il Servizio di Psicologia Territoriale operante nelle Case della Comunità Hub ai sensi dell'art. 76 della L.R. 20/2023; la psicologia consultoriale nel Percorso Nascita e nel PDTA Salute Mentale Perinatale; la psicologia delle Cure Palliative nell'ambito del Dipartimento Unico Cure Palliative ATSL; la psicologia oncologica della Rete Oncologica Regionale e del Programma di Survivorship; la psicologia dell'età evolutiva nelle aree NPJA e DNA; la psicologia delle dipendenze nei SerD; la psicologia nei percorsi di disabilità e di transizione minore-adulto. La letteratura documenta che interventi strutturati di psicologia di consultazione-liaison riducono la degenza media, le riammissioni a 30 e 90 giorni e gli accessi ripetuti al PS. Il Piano prevede il coordinamento regionale della Rete e il raccordo con la continuità post-dimissione, con disciplina operativa rinviata ad atto deliberativo regionale entro il primo semestre 2028.

9.3 Prevenzione del disagio psichico nelle fasi di vita vulnerabili

Il Piano identifica nella salute mentale perinatale la priorità del quinquennio 2026-2030 sul versante della prevenzione del disagio psichico nelle fasi di vita vulnerabili: un'area oggi da presidiare con un percorso assistenziale strutturato in Liguria, con prevalenze documentate (10-15% di depressione post-partum, 1-2/1.000 parti di psicosi puerperale) che rendono l'intervento non rinviabile. Il paragrafo sviluppa questo tema con il PDTA Regionale per la Salute Mentale Perinatale, costruito sulla somministrazione strutturata *dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), sulla presa in carico di primo livello nei Consultori familiari, sulla presa in carico specialistica nel DSM con accesso prioritario garantito, sul raccordo con il par. 7.6 (Percorso Nascita e Primi Mille Giorni) e con il programma di home visiting. La prevenzione del disagio psichico nell'adolescenza e nell'età giovanile, sportelli psicologici scolastici, integrazione NPJA-scuola-servizi, intercettazione dell'uso precoce di sostanze, è trattata al par. 9.4 nella sezione dedicata alle nuove dipendenze e agli strumenti regionali di prevenzione, in raccordo con il Piano regionale triennale per il contrasto del gioco d'azzardo e delle dipendenze 2025-2027. La prevenzione del disagio psichico nell'età anziana, riconoscimento precoce della depressione e del disturbo cognitivo lieve, contrasto all'isolamento, raccordo con i Custodi Sociali e con i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze,

è trattata in raccordo con il par. 8.7 sulla rete per la demenza e il deterioramento cognitivo e con il Percorso 5 sulle politiche per l'invecchiamento attivo.

A completamento dell'offerta assistenziale occorre ricordare che nelle Case della Comunità Hub di ciascun Distretto Sanitario opera il Servizio di Psicologia Territoriale, istituito in forma sperimentale dall'art. 76 della L.R. 20/2023, che eroga assistenza psicologica primaria in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Lo Psicologo Territoriale interviene su problematiche di adattamento, sintomatologia ansioso-depressiva di grado lieve e moderato, problemi legati alle fasi del ciclo di vita, sostegno alla diagnosi infausta e alla cronicità, problematiche psicosomatiche lievi e moderate, attraverso interventi a breve termine e con funzione di filtro verso i servizi specialistici di secondo livello del DSMD (par. 9.1).

La salute mentale perinatale

La salute mentale perinatale, depressione post-partum, disturbi d'ansia in gravidanza, psicosi puerperale, disturbo post-traumatico da parto è un'area di intervento prioritaria riconosciuta dal Piano Nazionale della Salute Mentale e dal PANSM Liguria 2026, ma priva di un percorso assistenziale strutturato a livello regionale. La prevalenza della depressione post-partum è stimata intorno al 10–15% delle puerpere; la psicosi puerperale, pur rara (1-2/1.000 parti), è un'emergenza psichiatrica con rischio elevato per madre e neonato.

Il Piano attiva il PDTA Regionale per la Salute Mentale Perinatale, con l'obiettivo di uniformare in tutte e 5 le aree sociosanitarie le risposte dei servizi e garantire l'integrazione strutturata tra DSM, consultori, ginecologia ospedaliera e territoriale, distretto e IFoC. Il raccordo con il par. 7.6 (Percorso Nascita) assicura che le madri con EPDS ≥ 10 e fattori di vulnerabilità sociale siano automaticamente incluse nel programma di home visiting, prese in carico dal Consultorio familiare attraverso la Psicologa consultoriale, nell'ambito di un percorso multiprofessionale integrato con ostetrica, ginecologo e assistente sociale, con supporto psicologico e psicoeducativo strutturato, valutazione della relazione precoce genitore-bambino e monitoraggio del quadro clinico e di vita. Le donne con EPDS ≥ 13 o con sintomi psicotici sono inviate al DSM con accesso prioritario garantito entro 7 giorni.

Screening universale

Somministrazione dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a tutte le donne tra la 28a e la 32a settimana di gravidanza e nel primo mese post-partum, presso consultori, punti di accompagnamento alla nascita e reparti di ginecologia e ostetricia.

Presa in carico di primo livello

Le donne con EPDS ≥ 10 sono prese in carico dal Consultorio familiare con supporto psicologico e psicoeducativo strutturato. Le donne con EPDS ≥ 13 o con sintomi psicotici sono inviate al DSM con accesso prioritario garantito entro 7 giorni.

Presa in carico specialistica

Il DSM garantisce la valutazione psichiatrica entro 7 giorni, la presa in carico psicoterapeutica e per i casi a rischio elevato, l'attivazione della UoT-Perinatale con follow-up settimanale e raccordo con la neonatologia per le madri con compromissione della funzione genitoriale.

Nella prevenzione del disagio psichico, la componente sociale deve essere espressamente richiamata in quanto molte condizioni di vulnerabilità insorgono o si aggravano in relazione a isolamento, rotture familiari, povertà educativa, difficoltà abitative o debolezza delle reti di sostegno. La continuità, pertanto, non coincide unicamente con l'accesso tempestivo alla valutazione specialistica, ma con la capacità del sistema territoriale di sostenere le condizioni di vita che incidono sul benessere psichico.

In tale quadro, il comparto sociale concorre alla prevenzione della cronicizzazione, al contenimento del ricorso emergenziale ai servizi e alla costruzione di percorsi di supporto stabili e proporzionati al bisogno. I servizi sociali professionali, i consultori, gli ATS, la scuola, i DSM e il Terzo Settore partecipano, secondo le rispettive competenze, all'intercettazione precoce, alla presa in carico integrata e al sostegno delle reti di vita della persona. La valutazione sociale adotta un approccio biopsicosociale, attento al funzionamento della persona nei contesti familiari, educativi, abitativi e comunitari e, ove pertinente, con riferimento alla classificazione ICF.

Equipe di transizione e presa in carico precoce dei giovani adulti

In coerenza con le indicazioni del PANSIM 2025-2030 e con l'evidenza epidemiologica che il 75% dei disturbi mentali esordisce prima dei 24 anni, il Piano istituisce, all'interno del modello a matrice del DSMed, equipe multiprofessionali di transizione dedicate alla fascia 14-22 anni. Tali equipe operano in raccordo strutturato tra NPIA, Salute Mentale Adulti, SerD e altri servizi territoriali, e garantiscono: percorsi dedicati ai giovani con disturbi psichiatrici gravi o complessi e con esordi precoci; condivisione dei progetti terapeutici tra servizi NPIA e SMA con accesso facilitato alle informazioni cliniche; coinvolgimento attivo della famiglia e della rete sociale; possibilità, nei casi clinicamente indicati e nell'ambito di un progetto terapeutico individualizzato, per gli adolescenti prossimi alla maggiore età di beneficiare di risorse tipicamente afferenti ai DSM adulti (centri diurni, interventi riabilitativi territoriali, programmi di inclusione sociale e lavorativa).

Target

Indicatore	Target 2028	Target 2030
EPDS somministrata sistematicamente (% punti nascita + consultori)	70%	100%
Accesso DSM prioritario entro 7gg per EPDS $\geq$ 13	80%	95%
PDTA Perinatale adottato in tutte le aree	3/5 aree	5/5 aree
Protocolli operativi di transizione NPIA-Salute Mentale Adulti-SerD adottati nelle Aree Socio-sanitarie"	3/5 aree	5/5 aree

9.4 Dipendenze patologiche e presa in carico integrata

Il par. 9.4 sviluppa le seguenti aree operative dell'area dipendenze all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze: la prevenzione precoce nei Primi Mille Giorni, le nuove sfide dei SerD e gli strumenti regionali di prevenzione, la circolarità strutturata tra ospedale e SerD.

La prevenzione precoce delle dipendenze: il ruolo del Pediatra di Famiglia nei Primi Mille Giorni

Le evidenze scientifiche documentano che l'esposizione prenatale e perinatale a sostanze, alcool, fumo, droghe e a comportamenti disfunzionali del caregiver nei Primi Mille Giorni produce effetti neurobiologici duraturi che aumentano significativamente il rischio di dipendenze e psicopatologie nell'adolescenza e nell'età adulta. La prevenzione delle dipendenze non inizia con l'adolescente a rischio: inizia con il genitore che accede al primo bilancio di salute del figlio. Il Piano attiva un programma integrato di prevenzione precoce rivolto ai genitori e ai caregiver dal concepimento ai tre anni, individuando nel Pediatra di Famiglia (PdF) la figura istituzionale coordinatrice, in raccordo con SerD, consultori e servizi materno-infantili.

Il PdF che incontra sistematicamente le famiglie nelle 14 visite di bilancio di salute previste nel primo triennio integra nel proprio colloquio clinico quattro azioni strutturate:

Screening precoce: somministrazione dello strumento AUDIT-C/CRAFFT adattato al contesto genitoriale nel primo bilancio di salute e nelle visite con segnali di sospetto, per l'identificazione dei genitori con uso problematico di alcool o sostanze.

Counseling breve: informazione sull'astensione da alcool e fumo in gravidanza e allattamento, e sull'ambiente domestico smoke-free, integrata nella visita ordinaria senza impegno aggiuntivo di tempo.

Segnalazione e raccordo: nei casi di uso problematico documentato, attivazione del percorso integrato PdF–SerD–Consultorio entro 7 giorni dalla segnalazione, con raccordo tramite IT-CURA e coinvolgimento del servizio sociale ove indicato.

Partecipazione ai gruppi genitoriali: presenza del PdF negli incontri organizzati dal Consultorio (corsi parto, gruppi 0–2 anni) per portare il messaggio preventivo in contesti relazionali non medici, dove le famiglie sono più ricettive.

Nuove dipendenze, nuova identità dei SerD e strumenti regionali di prevenzione

Il rapporto ESPAD 2024 documenta una ridefinizione dei consumi tra gli adolescenti italiani, diminuisce il consumo delle sostanze illegali classiche come la cannabis, ma prendono forza nuove forme di dipendenza e comportamenti problematici, spesso legati al mondo digitale e a prodotti di nuova generazione. Il misuse di psicofarmaci senza prescrizione medica è sempre più diffuso, specialmente tra le ragazze, e il gioco d'azzardo tocca il suo massimo storico. Il fumo si trasforma, con un progressivo abbandono della sigaretta tradizionale a favore di un policonsumo di dispositivi a base di nicotina.

Diventa fondamentale quindi intercettare prima possibile i giovani che consumano sostanze legali e illegali o adottano comportamenti a rischio di altra dipendenza.

Altrettanto urgente è rivolgere lo sguardo alla popolazione adulta che i dati mostrano interessata da comportamenti a rischio di dipendenza, in particolare da alcol e gioco d'azzardo. I SerD e gli Enti del Terzo Settore devono infine affrontare la sfida della gestione dell'utenza già in carico da anni, che presenta quadri clinici complessi (utenti con doppia diagnosi o che presentano un marcato deterioramento psichico, utenti che hanno patologie direttamente o indirettamente correlate al consumo di sostanze), aggravati dalla frequente assenza di una rete. La risposta necessita di rete e trasversalità e il concorso a strategie di prevenzione efficace devono essere condivise dai vari agenti presenti nel territorio: I SerD e gli Enti del Terzo Settore in collaborazione con famiglie, scuole, quartieri e istituzioni. L'investimento passa per la prevenzione Universale, Selettiva e Indicata, attraverso progetti, attività e programmi declinati nel Piano regionale triennale per il contrasto del gioco d'azzardo e delle dipendenze della Regione Liguria (2025- 2027) adottato dalla Regione Liguria con Decreto della Direzione generale di area Salute e Servizi Sociali n. 103/2026. I SerD presenti sul territorio necessitano pertanto di adeguare la capacità di aggancio e l'offerta trattamentale alla realtà di oggi, processo di adeguamento già in atto da anni, partendo dall'estensione della presenza dei cosiddetti setting innovativi che accolgono persone che hanno comportamenti a rischio ma non hanno ancora manifestato un disturbo da uso di sostanza o una dipendenza e non necessitano di medicalizzazione, contribuendo progressivamente all'abbattimento dello stigma e all'appropriatezza della presa in carico.

Il Consultorio Familiare è un nodo fondamentale di questo sistema di intercettazione precoce: il raccordo strutturato tra SerD e Consultorio garantisce una risposta integrata all'emergenza adolescenza e polidipendenza, e presidia la prevenzione degli esiti più gravi dell'uso di sostanze in età fertile, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, violenza con un approccio che combina la dimensione clinica e quella sociale.

Gli strumenti regionali a supporto della prevenzione ai consumi di sostanze e dipendenze

Il Piano Regionale Prevenzione, declinato dal recepimento del Piano Nazionale Prevenzione 2026-2030, sarà a supporto della Rete delle Scuole che Promuovono Salute. Le scuole della rete mettono in atto un piano educativo strutturato e sistematico a favore della salute, del benessere e dello sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni e del personale docente e non docente. Le scuole della Rete si impegnano ad essere "ambiente favorevole alla salute" attraverso azioni (*evidence based*) di natura educativo/formativa (life skills, programmi tematici, ecc.), sociale (ascolto, collaborazione, partecipazione, ecc.), organizzativa (mense, distributori snack, frutta a merenda, Pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.) e di collaborazione con le AASSLL, gli Enti del Terzo Settore e con altri soggetti della Comunità locale (associazioni, ecc.). Dalle scuole ai quartieri che offrano spazi curati di condivisione dove fare attività fisica e ricreativa, attraverso la politica, con il fine di avere "luoghi" dove l'adozione di comportamenti salutari è resa "facile" e normale, così da radicarsi nella cultura. All'interno della cornice della Rete delle Scuole che Promuovono Salute, il Piano valorizza in modo specifico tre filoni operativi che agiscono in modo coordinato sui determinanti comportamentali in età evolutiva e adolescenziale: l'attività motoria scolastica e extrascolastica, intesa come strumento di prevenzione della sedentarietà e di costruzione di competenze relazionali; l'educazione alimentare integrata con quanto previsto al par. 11.3 sull'obesità infantile e adolescenziale, in

raccordo con i Pediatri di Libera Scelta e con i Dipartimenti di Prevenzione; la prevenzione del tabagismo e dell'abuso di alcol, in raccordo con il Piano regionale triennale per il contrasto del gioco d'azzardo e delle dipendenze 2025-2027 e con i SerD territoriali.

Lo sport scolastico, oltre alla sua funzione di prevenzione della sedentarietà, costituisce un ambito educativo di aggregazione sociale fondato su regole condivise, relazioni interpersonali strutturate e primo confronto con la dimensione agonistica, contribuendo allo sviluppo di competenze trasversali rilevanti per la salute mentale, relazionale e civile. La promozione di tali iniziative si raccorda con la prevenzione del disagio psichico nell'adolescenza già delineata nel presente paragrafo, riconoscendo nello sport e nell'attività fisica strutturata un fattore protettivo documentato rispetto al rischio depressivo, all'isolamento sociale e all'esposizione precoce alle sostanze d'abuso.

Il territorio ligure deve dotarsi, quindi, di strumenti e setting idonei ad intercettare e accogliere manifestazioni di disagio sempre più frequenti che includono l'utilizzo di sostanze, isolamento, abbandono scolastico, bullismo, dipendenza da tecnologia e internet, gaming.

Obiettivi:

1. istituzione all'interno dell'Osservatorio Regionale della specifica articolazione Dipendenze estesa ai portatori di interesse
2. percorsi formativi regionali rivolta ai professionisti dei servizi per le dipendenze e ai decisori
3. setting non sanitarizzati rivolti a target diversi di popolazione
4. revisione dell'offerta di presa in carico territoriale

La circolarità strutturata tra ospedale e SerD

Il paziente con dipendenza patologica che viene ricoverato in medicina interna, infettivologia o psichiatria per una complicanza acuta, endocardite batterica, epatite, overdose, scompenso psichiatrico, rappresenta un'opportunità clinica irripetibile: è in un setting strutturato, ha interrotto almeno temporaneamente l'uso, può essere valutato e motivato. In Liguria questa opportunità è sistematicamente sprecata; il raccordo tra reparto ospedaliero e SerD al momento della dimissione non è garantito da alcun protocollo, le ri-ospedalizzazioni sono frequenti e gli accessi ripetuti al PS da dipendenze costituiscono uno dei principali fattori di congestione. Il Piano struttura la circolarità ospedale-territorio attraverso quattro misure vincolanti, ferma restando la cornice sistemica del sistema dipendenze del Percorso 3: la continuità clinica tra ospedale e territorio per i pazienti con dipendenze e patologie internistiche correlate (in particolare alcol-correlate) è garantita da competenze ospedaliero-territoriali di II livello, presenti nell'area metropolitana ed estese progressivamente alle altre aree sociosanitarie nel triennio 2026-2028. Tali competenze gestiscono le patologie internistiche correlate all'uso di sostanze e alcol (epatiti, cirrosi, candidature al trapianto di fegato, infezioni) e permettono di ridurre i ricoveri ordinari e gli accessi impropri al Pronto Soccorso, integrando la presa in carico clinica con quella SerD. All'interno di questa cornice, le quattro misure vincolanti della circolarità ospedale-SerD sono le seguenti.

Consulenza SerD strutturata in ospedale: il SerD garantisce consulenza proattiva, non solo su chiamata, nei reparti ad alta frequenza di ricoveri da dipendenze (medicina interna, infettivologia, PS, psichiatria), con attivazione a tendere entro 24 ore dalla segnalazione e

raccordo con l'assistente sociale. Per i pazienti con dipendenze e comorbidità psichiatrica documentata (doppia diagnosi), la consulenza SerD opera in raccordo strutturato con la psichiatria di liaison di cui al par. 9.2.

Dimissione protetta: ogni paziente con dipendenza ricoverato è dimesso con un piano di continuità assistenziale SerD: appuntamento già fissato entro 7 giorni dalla dimissione, alert automatico in IT-CURA al SerD di riferimento al momento della dimissione.

Monitoraggio degli accessi PS ripetuti: identificazione mensile dei pazienti con più di 3 accessi al PS in 6 mesi per cause correlate alla dipendenza; attivazione di un case manager SerD dedicato e proposta di percorso residenziale o comunitario per i casi a maggiore complessità.

Raccordo per l'inclusione post-dimissione: ogni paziente con dipendenza dimesso dall'ospedale è preso in carico dal SerD di riferimento con avvio entro 7 giorni di un percorso di inclusione che si raccorda, secondo i bisogni individuati, con le cooperative sociali, le comunità terapeutiche, i Servizi Sociali comunali, i Centri per l'Impiego e il Terzo Settore, nel quadro della componente sociale del Percorso 3 e dei programmi di Budget di Salute (par. 8.9). La regia del raccordo è del SerD di riferimento, in coerenza con la continuità della presa in carico clinica.

Il caso più complesso, tra i più frequenti nelle famiglie vulnerabili, è quello in cui si sovrappongono più fattori di rischio: un genitore con uso problematico di sostanze, una madre con punteggio EPDS ≥ 10 , un neonato che accede al programma di home visiting. Questo caso attraversa simultaneamente il par. 7.6 (Percorso Nascita e Primi Mille Giorni), il par. 9.3 (PDTA Salute Mentale Perinatale) e il presente paragrafo. Il Piano istituisce per questi nuclei un protocollo di presa in carico integrata a tre soggetti, SerD, DSM/Consultorio, IFoC home visiting, con un coordinatore unico (l'assistente sociale del PUA distrettuale) che tiene la regia del caso e aggiorna il PTRI in IT-CURA. L'attivazione del protocollo avviene automaticamente quando il PdF segnala uso problematico di sostanze in una famiglia già in carico al programma di home visiting o già in percorso EPDS. L'obiettivo è che la famiglia non debba navigare autonomamente tra tre sistemi separati, ma venga raggiunta da un'unica risposta coordinata. Nel presente paragrafo, la componente sociale deve essere formalmente esplicitata quale presidio dei determinanti che incidono sulla possibilità di cura, di aderenza e di reinserimento: contesto familiare, esclusione, precarietà, stigma, condizioni abitative e lavoro. La continuità del percorso terapeutico non può infatti essere affidata alla sola risposta clinica, ma richiede una regia integrata capace di accompagnare la persona anche nei passaggi più critici tra fase acuta, trattamento territoriale e reinserimento. I servizi sociali professionali, in raccordo con SerD, DSM, ATS, scuola, Centri per l'Impiego e Terzo Settore, concorrono a evitare che la presa in carico resti confinata al solo trattamento specialistico, trasformandola in un progetto integrato di cura e di vita; con i tecnici della riabilitazione psichiatrica svolgono un ruolo specifico di raccordo tra la persona con dipendenza, la famiglia e il territorio, favorendo la costruzione di reti snelle e flessibili tra i servizi e le famiglie, che riducano la frammentazione dell'accesso e migliorino l'aderenza al percorso di cura nel lungo termine. Rientrano in tale funzione le misure di inclusione, il sostegno educativo, l'accompagnamento sociale, il supporto al reinserimento e l'accesso a contesti di vita più stabili, la facilitazione all'accesso ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, Al-Anon e analoghe reti di prossimità), che il Piano riconosce come risorsa complementare e non sostitutiva del percorso clinico.

Anche in questo ambito, la valutazione biopsicosociale orientata al funzionamento della persona e alla situazione del nucleo familiare consente di graduare gli interventi sui bisogni reali e sul carico dei caregiver. Per questi ultimi è promossa la formazione e il supporto con gruppi strutturati che trasmettono competenze pratiche di gestione della crisi e di mantenimento della relazione terapeutica.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Consulenza SerD strutturata (non su chiamata) nei reparti ad alta frequenza	Protocollo adottato in almeno 2 aree	Tutte le 5 aree
Dimissione protetta con appuntamento SerD entro 7 gg (% pazienti dipendenti dimessi)	50%	90%
Pazienti con > 3 accessi PS/6 mesi da dipendenze con case manager SerD attivato	Monitoraggio avviato	80% identificati
Pazienti con dipendenza dimessi con percorso di inclusione post-trattamento (raccordo cooperative sociali, comunità terapeutiche, Servizi Sociali, programmi Budget di Salute) attivato entro 30 giorni	30%	70%
PdF con AUDIT-C/CRAFFT integrato nel bilancio di salute (% PdF formati)	30%	80%
Percorso PdF–SerD–Consultorio attivato entro 7 gg per uso problematico segnalato	Sì (protocollo)	90% dei casi segnalati

9.5 La componente sociale del Percorso 3

Il Percorso 3 riconosce attraverso strutture dedicate la componente sociale come elemento strutturale dell'integrazione sociosanitaria nella salute mentale, nelle dipendenze patologiche e nella fragilità psicosociale, in coerenza con il modello biopsicosociale dichiarato al par. 9 e con l'impianto del cap. 13. La componente sociale concorre alla risoluzione di problemi se identificati precocemente, alla risposta clinica nelle situazioni di doppia diagnosi, nelle crisi adolescenziali complesse, nelle condizioni di marginalità grave, nella salute mentale perinatale e nella prevenzione precoce delle dipendenze nei Primi Mille Giorni.

La governance dell'integrazione sociosanitaria del Percorso 3 si esercita attraverso le sedi già istituite dal Piano, Consulta Regionale sulla Salute Mentale, Osservatorio Regionale nelle sue articolazioni, Centro Alcolologico Regionale (L.R. 11/2012), Tavolo dell'integrazione sociosanitaria di cui al par. 13.1-bis, Tavolo tecnico permanente DNA, con il concorso strutturato dei Servizi Sociali Comunali, degli Ambiti Territoriali Sociali, dei Comuni e del Terzo Settore convenzionato e accreditato, nei modelli di co-programmazione e co-progettazione previsti dall'articolo 55 del D.lgs. 117/2017. L'armonizzazione LEA-LEPS nei settori della

fragilità è assicurata, con l'ausilio di strutture dedicate, dal flusso di monitoraggio congiunto disciplinato ai paragrafi 13.5 e 17.2.

La gestione delle risorse, destinate alle progettualità integrate del Percorso 3 e l'utilizzo dei percorsi di Budget di Salute di cui al par. 8.9, ricade sotto la governance della Direzione Sociosanitaria di ATS Liguria con il concorso strutturato dei DSMed, di tutte le strutture cliniche e sociali che in ATSL si occupano di dipendenze e del Centro Alcolologico Regionale con la partecipazione delle Aree Sociosanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali Sociali interessati, in coerenza con i principi di trasparenza e rendicontazione del cap. 17.

Target

10. Percorso 4 — Le reti cliniche specialistiche: qualità, appropriatezza e riduzione della mobilità passiva

L'Obiettivo di Salute 8 ha misurato il problema, la Liguria perde quote significative di chirurgia elettiva, oncologica e neurologica verso altre regioni, e ha fissato i target al 2030. A questa mobilità si aggiunge quella ginecologica ambulatoriale: donne che cercano fuori regione colposcopia, isteroscopia e ginecologia di routine non per mancanza di eccellenza, ma per mancanza di accesso prossimo. Il percorso risponde a entrambe le componenti: concentrazione della complessità alta negli Hub, deospedalizzazione della bassa complessità ginecologica verso i distretti e i consultori. Questo percorso costruisce le reti che rendono quei target raggiungibili, non dichiarando l'eccellenza, ma organizzandola. Ogni paragrafo che segue è una rete clinica con una struttura Hub-Spoke definita, un PDTA regionale, un sistema di governo delle liste di attesa e un cruscotto di monitoraggio. La logica è sempre la stessa, concentrare la complessità alta nei presidi che hanno i volumi per gestirla bene, portare la complessità bassa nel distretto, collegare i due livelli con la telemedicina e con percorsi codificati che il paziente non deve conoscere ma deve sentire funzionare.

10.1 Rete Oncologica Regionale tra presa in carico integrata, qualità e continuità assistenziale

Quadro di riferimento: domanda oncologica, mobilità sanitaria e soglie di qualità

La definizione del modello regionale di Rete Oncologica e delle relative scelte di riorganizzazione muove da una lettura integrata delle dimensioni relative al carico epidemiologico delle patologie neoplastiche sulla popolazione ligure, alla capacità del sistema regionale di rispondere alla domanda chirurgica oncologica in termini di volumi e mobilità, al grado di aderenza dei singoli punti erogatori alle soglie minime di attività definite dalla normativa nazionale (DM 70/2015) e dagli standard AGENAS Programma Nazionale Esiti (PNE).

Tali dimensioni, lette congiuntamente, restituiscono il quadro che giustifica e rende necessaria l'azione di riorganizzazione descritta nel presente paragrafo.

L'analisi epidemiologica regionale colloca le patologie neoplastiche tra le tre principali cronicità che assorbono risorse del sistema sanitario regionale. La prevalenza standardizzata per età delle neoplasie in Liguria si attesta al 7,13%, in linea con quella delle cardiovasculopatie (7,39%) e delle malattie endocrino-metaboliche (7,82%); il dato di prevalenza osservata sale al 7,17%. Il quadro regionale è ulteriormente aggravato dal contesto demografico ligure, caratterizzato dall'indice di vecchiaia più elevato d'Europa (283% contro il 207% del dato nazionale) e da un'età media di 49,6 anni, fattori che incidono direttamente sull'incidenza e sulla complessità delle patologie oncologiche, in particolare nelle fasce di popolazione ultrasettantacinquenne in cui oltre il 75% dei pazienti presenta almeno una patologia cronica concomitante.

L'analisi della mobilità sanitaria, condotta sulla base dei flussi 2024 e degli indicatori PNE 2025, conferma che la rete oncologica ligure presenta criticità strutturali concentrate sulle patologie ad alta complessità chirurgica. Mentre per le neoplasie a maggiore diffusione e a complessità più contenuta il sistema regionale soddisfa la quasi totalità della domanda, 95,6% per il tumore della mammella e 88,5% per il tumore del colon, per le patologie a maggiore complessità tecnica e organizzativa la mobilità passiva extra-regionale assume valori critici, come di seguito illustrato.

Sede del tumore	Domanda dei residenti	Erogato fuori regione	Mobilità passiva	Soglia AGENAS (interventi/anno)
Pancreas	95	53	55,8%	30
Ovaio	113	44	38,9%	20
Prostata	668	213	31,9%	30
Polmone	426	118	27,7%	85
Retto	208	45	21,6%	25
Colon	775	89	11,5%	50
Mammella	1.911	208	10,9%	150

Tabella 1 - Mobilità passiva extra-regionale per chirurgia oncologica, anno 2024. Fonte: elaborazione regionale su flussi SDO; soglie AGENAS - Programma Nazionale Esiti.

Il dato che emerge con maggiore evidenza è che oltre un paziente su due con tumore del pancreas e quasi quattro su dieci con tumore dell'ovaio sono operati al di fuori del territorio regionale. Anche per il tumore della prostata e per il tumore del polmone la mobilità passiva supera un quarto della domanda complessiva. La concentrazione della fuga sulle neoplasie a maggiore complessità tecnica e organizzativa, chirurgia pancreatico, oncologia ginecologica, chirurgia toracica oncologica, chirurgia uro-oncologica, segnala un disallineamento strutturale

tra domanda e offerta che non è imputabile alla qualità delle équipes regionali, bensì alla frammentazione della casistica tra più punti erogatori e all'assenza di un modello organizzato di concentrazione delle alte complessità.

L'analisi dei volumi di attività per punto erogatore, condotta in coerenza con le soglie AGENAS richiamate dal DM 70/2015 e dal Programma Nazionale Esiti, evidenzia come, per le neoplasie a media e alta complessità, la frammentazione attuale della casistica impedisca a singoli presidi il pieno raggiungimento delle soglie minime certificate di sicurezza. Per il tumore del pancreas, in particolare, la soglia di 30 interventi/anno non è raggiunta in modo certo da nessuna struttura regionale; analoga criticità si registra per il tumore dell'ovaio, dove la soglia di 20 interventi/anno non è strutturalmente garantita da alcun presidio in autonomia. Per il tumore del polmone, la soglia di 85 interventi/anno è raggiunta da un solo punto erogatore. Tale evidenza ha implicazioni dirette in termini di esiti clinici; la letteratura scientifica e gli stessi indicatori PNE dimostrano che l'effetto-volume rappresenta un determinante indipendente della qualità delle cure oncologiche, in particolare nelle procedure ad alta complessità.

Un ulteriore elemento da considerare nella lettura del quadro epidemiologico riguarda l'equità di accesso ai servizi diagnostici. L'analisi territoriale evidenzia, in alcune aree periferiche e ultra-periferiche del territorio regionale, prevalenze osservate di patologie neoplastiche inferiori alla media regionale che, alla luce degli indici di deprivazione e dei tassi di mortalità rilevati nelle medesime aree, potrebbero essere riconducibili almeno in parte, a fenomeni di sotto-diagnosi correlati a difficoltà di accesso ai servizi diagnostici di secondo livello. Tale evidenza rafforza la necessità di una rete oncologica strutturata anche nella sua componente di prossimità diagnostica, attraverso il rafforzamento dei programmi di screening organizzato (coordinato con OS1) e l'attivazione capillare dei Punti di Accesso alla Rete su tutto il territorio regionale.

La lettura integrata dei tre indicatori, carico epidemiologico significativo, mobilità passiva strutturale

per le alte complessità, frammentazione della casistica al di sotto delle soglie di sicurezza, costituisce il fondamento empirico delle scelte di riorganizzazione descritte nei paragrafi successivi e si traduce nei target dell'Obiettivo di Salute 10 (OS10) del presente Piano: riduzione almeno del 30% della mobilità passiva extra-regionale per chirurgia oncologica entro il 2030 rispetto alla baseline PNE 2025; attivazione dei Punti di Accesso alla Rete in tutte e cinque le aree ATSL entro il 2027; raggiungimento delle soglie chirurgiche minime DM 70/2015 in tutti i presidi Hub per le procedure target entro il 2027; conversione del DH oncologico in attività ambulatoriale complessa entro il 2027; inserimento di 70.000 pazienti *off therapy* in percorso di follow-up stratificato per rischio entro il 2028.

La riorganizzazione della Rete Oncologica Regionale

La Rete Oncologica Regionale si configura come un sistema unitario e integrato che accompagna la persona lungo l'intero percorso di malattia, dalla prevenzione e diagnosi precoce fino al trattamento, al follow-up e, ove necessario, alle cure palliative. In coerenza con la L.R. 18/2025, il modello supera la frammentazione tra ambiti organizzativi e livelli assistenziali, ricomponendo in un'unica filiera i diversi nodi della rete e garantendo una piena integrazione tra ATSL, AOM e gli altri soggetti del sistema. Il governo clinico della rete è assicurato dal DIAR oncologico, che garantisce la definizione e l'aggiornamento dei percorsi, la

loro applicazione uniforme e il monitoraggio degli esiti, in coerenza con la programmazione regionale e con gli standard nazionali.

Prevenzione e diagnosi precoce: il ruolo strutturale degli screening

I programmi di screening oncologico organizzato rappresentano il primo livello della rete e costituiscono uno strumento essenziale per la diagnosi precoce e la riduzione della mortalità. In Liguria, nonostante la presenza di programmi strutturati per mammella, cervice uterina e colon-retto, persistono differenze nei livelli di adesione tra aree territoriali e gruppi di popolazione, con criticità più evidenti nelle aree interne e nei contesti socio economicamente più fragili.

Il Piano promuove il rafforzamento di un modello proattivo e integrato, nel quale la chiamata attiva è supportata da strumenti digitali regionali, dal coinvolgimento dei medici di medicina generale e dalla partecipazione delle farmacie dei servizi, favorendo modalità di accesso più semplici e prossime ai cittadini. In questa prospettiva, gli screening costituiscono il punto di ingresso nella rete oncologica e sono direttamente connessi ai percorsi diagnostici e ai sistemi di presa in carico.

A integrazione di questo modello, si evidenzia come l'organizzazione degli screening presenti ancora margini di miglioramento sia sul piano della copertura sia su quello dell'omogeneità territoriale dell'offerta. Le differenze tra aree sociosanitarie riflettono non solo fattori individuali, ma anche elementi organizzativi, quali la distribuzione dell'offerta, le modalità di chiamata e richiamo e la capacità di intercettare precocemente le popolazioni target.

Il rafforzamento degli screening richiede quindi una riorganizzazione in chiave sistemica, orientata alla continuità dell'offerta e alla programmazione nel tempo. In tale ambito, le iniziative di apertura straordinaria e le campagne dedicate possono rappresentare strumenti utili se inseriti in un modello strutturato e non episodico.

Un ulteriore elemento di sviluppo riguarda l'integrazione dei sistemi informativi, finalizzata a garantire la tracciabilità completa del percorso, dalla chiamata all'esecuzione dell'esame fino all'eventuale presa in carico specialistica. Il collegamento diretto con i PAR e con i DMT consente di ridurre i tempi tra diagnosi sospetta e conferma diagnostica, migliorando la tempestività degli interventi e la qualità complessiva del percorso assistenziale.

Presa in carico e governo clinico: PAR e DMT

L'accesso ai percorsi specialistici nell'ambito della rete oncologica è garantito dai Punti di Accesso alla Rete (PAR), che rappresentano il nodo organizzativo di ingresso unico e qualificato per il paziente con sospetto o diagnosi oncologica. Sul piano organizzativo, il PAR è strutturato con un referente clinico oncologico, un case manager infermieristico dedicato per il coordinamento del percorso del paziente e un supporto amministrativo per la gestione delle agende e dei flussi documentali, in coerenza con la riforma delle professioni sanitarie del par. 16.3 e con il modello del case management infermieristico oncologico del CAS (par. 16.3.1).

Il PAR non si configura come un semplice punto di accoglienza, ma come una funzione strutturata di coordinamento, finalizzata a garantire l'appropriatezza e la tempestività della presa in carico. Attraverso i PAR vengono organizzati gli approfondimenti diagnostici, definito il primo inquadramento clinico e attivato il collegamento con il *Disease Management Team* (DMT) di riferimento. In questo modo si riducono i tempi tra il sospetto diagnostico e la

definizione del percorso terapeutico, superando le frammentazioni tra setting e assicurando continuità nella gestione del paziente. Il PAR svolge inoltre una funzione di raccordo tra i diversi punti di accesso alla rete, inclusi i programmi di screening, i medici di medicina generale e gli specialisti territoriali, garantendo uniformità di percorso e tracciabilità delle fasi assistenziali. L'integrazione con i sistemi informativi regionali consente di monitorare i tempi di presa in carico, identificare eventuali criticità e supportare azioni di miglioramento organizzativo.

Il Disease Management Team (DMT) rappresenta il livello di governo clinico multidisciplinare della rete oncologica e costituisce l'elemento centrale per la definizione dei percorsi di cura.

Il DMT si configura come organismo interaziendale della Rete Oncologica Regionale organizzato per patologia, con partecipazione dei professionisti dei nodi Hub e Spoke secondo quanto previsto al modello inclusivo descritto al presente paragrafo, e con responsabilità condivisa nell'applicazione dei PDTA regionali, assicurando che ogni decisione terapeutica sia basata sulle migliori evidenze disponibili e su un inquadramento complessivo del paziente. L'attività del DMT non si limita alla fase decisionale iniziale, ma accompagna l'intero percorso assistenziale, garantendo coerenza tra le diverse fasi del trattamento, dalla diagnosi alla terapia, fino al follow-up. In questo contesto, il DMT rappresenta il punto di integrazione tra le diverse componenti della rete: chirurgia, oncologia medica, radioterapia, servizi territoriali assicurando continuità e appropriatezza delle scelte cliniche.

I DMT operano in coerenza con i PDTA regionali, che costituiscono il riferimento condiviso per la gestione delle principali patologie oncologiche e sono definiti sulla base delle linee guida nazionali e internazionali. La standardizzazione dei percorsi, unita alla valutazione multidisciplinare, consente di ridurre la variabilità clinica, migliorare gli esiti e garantire equità di accesso alle cure su tutto il territorio regionale. Nel contesto dell'evoluzione verso l'oncologia di precisione, il DMT si integra con il *Molecular Tumor Board* regionale per la gestione dei casi complessi e per l'interpretazione dei profili molecolari, assicurando un accesso appropriato alle terapie innovative e una piena integrazione tra decisione clinica e innovazione tecnologica.

Modello organizzativo e centralizzazione delle attività ad alta complessità

La rete oncologica è organizzata secondo un modello Hub & Spoke coerente con il DM 70/2015, nel quale la distribuzione delle attività è definita sulla base della complessità assistenziale e dei volumi di attività, in un'ottica di progressiva qualificazione dell'offerta.

In tale ambito, la chirurgia oncologica rappresenta un elemento centrale di riorganizzazione. Le evidenze scientifiche e le raccomandazioni nazionali e internazionali indicano la necessità di concentrare le procedure ad alta complessità in centri in grado di garantire adeguati volumi di attività, competenze multidisciplinari e continuità assistenziale. Le indicazioni delle società scientifiche, tra cui l'ESGO per l'oncologia ginecologica, sottolineano in particolare l'importanza dell'organizzazione del team, della disponibilità di competenze dedicate e dell'integrazione multidisciplinare quali elementi determinanti per la qualità degli esiti. In coerenza con tali principi e con gli standard previsti dal DM 70/2015, la programmazione regionale assume come riferimento vincolante il criterio della relazione tra volumi di attività ed esiti clinici, prevedendo la concentrazione delle attività chirurgiche complesse in un numero limitato di centri ad elevata qualificazione, in grado di garantire adeguati livelli di attività per

équipe e un'organizzazione coerente con i PDTA regionali. In tale contesto, assume rilievo anche la dimensione dell'expertise professionale, strettamente correlata ai volumi di attività per singolo operatore, quale elemento qualificante ai fini degli esiti e della qualità complessiva delle cure.

Alla luce dell'analisi dei volumi di attività regionali e degli standard di qualità e sicurezza, tale impostazione si traduce in una riorganizzazione differenziata per le principali patologie oncologiche ad elevato impatto:

- per i tumori dell'ovaio, è prevista la concentrazione delle attività chirurgiche in un unico centro regionale ad alta specializzazione presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino in coerenza con le indicazioni delle società scientifiche e con i requisiti di volume e complessità;
- per i tumori dell'endometrio e del corpo dell'utero, l'organizzazione si articola su tre centri, comprendenti un centro Hub presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e due centri spoke a livello territoriale (Ponente e Levante), garantendo adeguati volumi e prossimità delle cure per le casistiche a minore complessità;
- per i tumori della cervice uterina e della vulva che richiedono un trattamento chirurgico radicale in considerazione dell'elevata complessità e della necessità di competenze altamente specialistiche, dovrà essere previsto un approfondimento organizzativo finalizzato a definire le modalità più appropriate di concentrazione dell'attività anche in relazione ai volumi trattati e agli esiti;
- per i tumori del polmone, è prevista una concentrazione delle attività nelle due strutture complesse riferimento dell'AOM (plessi Policlinico San Martino e Villa Scassi), e il mantenimento in Area ponente (Pietra Ligure) di una SSD.
- per i tumori del colon, l'assetto attuale, che prevede una diffusione su più centri, viene mantenuto, in considerazione della distribuzione dei volumi e della minore complessità relativa rispetto ad altre patologie, garantendo comunque il rispetto degli standard minimi;
- per i tumori del retto, caratterizzati da maggiore complessità, è prevista una concentrazione in tre centri (AOM e due centri territoriali a Ponente e Levante), con verifica dell'unicità organizzativa delle strutture erogatrici e sviluppo di modelli organizzativi analoghi alle Breast Unit;
- per i tumori della mammella, viene confermata l'organizzazione in Breast Unit, mantenendo i cinque centri attivi e valutando l'opportunità di una maggiore integrazione nell'ambito dell'AOM, al fine di ottimizzare i volumi e le competenze;
- per i tumori del pancreas, è prevista la concentrazione in un unico centro regionale (Pancreas Unit AOM), in linea con le indicazioni nazionali;
- per i tumori della prostata, l'organizzazione si fonda su una rete uro-oncologica regionale strutturata con cinque centri qualificati, tre in AOM e due in ATSL, individuati sulla base della disponibilità di piattaforma robotica, dei volumi storici di attività e degli indicatori di esito oncologico e funzionale. La rete identifica un Hub regionale di riferimento per i casi ad alta complessità (chirurgia di salvataggio post-radioterapia, recidive biochimiche, casi con comorbidità severa o con indicazione a procedure innovative). I cinque centri operano in raccordo strutturato con la Rete Robotica Chirurgica Regionale di cui al par. 10.4 e secondo i sei principi del modello inclusivo delle reti chirurgiche oncologiche regionali enunciati al

successivo capovero (continuità della relazione clinica chirurgo spoke-paziente, co-chirurgia presso l'Hub, partecipazione spoke al Disease Management Team, back-transfer strutturato, teleconsulto pre-operatorio sistematico, definizione PDTA della diagnostica). L'identificazione formale dell'Hub regionale e dei centri Spoke, le soglie volumetriche minime per ciascuna struttura in coerenza con le linee guida EAU (con riferimento indicativo a un volume minimo di 50 prostatectomie/anno per centro Spoke), la definizione del PDTA regionale uro-oncologico comprensivo della diagnostica di primo e secondo livello (PSA, biopsia transperineale guidata da fusione RM-ecografia, RM multiparametrica della prostata, stadiazione PET-PSMA quando indicata), il raccordo operativo con la Rete Robotica e gli indicatori di esito da monitorare nel cruscotto integrato sociosanitario sono definiti con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027, in coerenza con la disciplina degli atti deliberativi previsti dal par. 10.4 sulla Rete Robotica.

La concentrazione delle attività ad alta complessità si accompagna al mantenimento, nei presidi della rete, delle funzioni di diagnosi, stadiazione, trattamenti a minore complessità e follow-up, secondo un modello che consente di coniugare qualità clinica, prossimità delle cure e sostenibilità del sistema, riducendo al contempo la mobilità passiva e garantendo l'accesso equo ai percorsi di cura.

Il modello inclusivo delle reti chirurgiche oncologiche regionali

La concentrazione delle attività chirurgiche ad alta complessità nei centri Hub regionali individuati nel presente paragrafo ha carattere inclusivo e non esclusivo: la sua finalità è garantire volumi chirurgici sufficienti a raggiungere gli standard di sicurezza previsti dal DM 70/2015 e dalle linee guida delle società scientifiche di riferimento, non di sottrarre al chirurgo periferico o allo spoke il ruolo che gli compete nella gestione del paziente. Il modello si fonda su principi operativi comuni a tutte le reti oncologiche regionali, che il PDTA di ciascuna patologia declina nel dettaglio: la continuità della relazione clinica tra il chirurgo dello spoke che ha identificato, stadionato e seguito il paziente e il paziente stesso, con possibilità di co-chirurgia presso l'Hub ove il chirurgo spoke abbia le competenze e l'esperienza necessarie; la partecipazione a pieno titolo dei chirurghi degli spoke al Disease Management Team della patologia, con discussione collegiale dei casi, definizione della strategia terapeutica e follow-up post-operatorio; il back-transfer strutturato del paziente allo spoke di riferimento dopo la fase chirurgica e il recupero post-operatorio per la gestione della chemioterapia adiuvante, il follow-up e la continuità assistenziale, con trasmissione integrale della documentazione clinica tramite IT-CURA; il teleconsulto pre-operatorio sistematico Hub-Spoke, attivabile dallo spoke entro 48 ore dalla richiesta, quale strumento di condivisione della stadiazione prima della discussione DMT e di definizione del percorso più appropriato senza necessità di trasferimento fisico del paziente; la definizione puntuale, nel PDTA di ciascuna rete oncologica, della diagnostica di primo e secondo livello e della stadiazione pre-operatoria di responsabilità dello spoke.

Chirurgia del pancreas

Per la chirurgia del pancreas, la Pancreas Unit dell'AOM presso il Policlinico San Martino opera secondo il modello inclusivo sopra delineato, con l'obiettivo di consolidare la soglia di sicurezza di almeno 30 resezioni pancreatiche/anno prevista dal DM 70/2015. Lo spoke mantiene la responsabilità della diagnostica di primo e secondo livello e della stadiazione pre-operatoria, comprendente la TC con protocollo pancreatico trifasico (arterioso, portale, tardivo) eseguita con apparecchiatura adeguata prima dell'invio al DMT, l'ecoendoscopia con eventuale agoaspirazione (FNA/FNB) presso centro spoke con gastroenterologo interventista qualificato o presso l'Hub se non disponibile, i marker CA 19-9 ed epatici, la valutazione nutrizionale preoperatoria mediante NRS-2002 da avviare contestualmente alla diagnosi.

Una quota non trascurabile di pazienti con tumore del pancreas si presenta in regime di urgenza o sub-urgenza, con ostruzione biliare, ostruzione duodenale o scompenso metabolico che richiedono un intervento tempestivo. Il PDTA pancreatico disciplina puntualmente il percorso di accesso urgente, garantendo che il posizionamento di stent biliare nei casi di ittero ostruttivo da neoplasia pancreaticata sia eseguito presso lo spoke con endoscopista qualificato o, se non disponibile, attraverso l'attivazione entro 24 ore del percorso urgente verso l'Hub senza ritardo della stadiazione oncologica, e che la valutazione collegiale Hub-spoke nei casi di ostruzione duodenale avvenga entro 24 ore con decisione condivisa su stent duodenale o gastro-enterostomia in funzione delle condizioni del paziente e della resecabilità della lesione. La Pancreas Unit dell'AOM garantisce un referente clinico dedicato per la gestione dei casi urgenti inviati dagli spoke nelle ore di servizio, con discussione del caso nella prima sessione DMT disponibile in regime di priorità.

Chirurgia dei tumori dell'ovaio

Per la chirurgia dei tumori dell'ovaio, il centro Hub regionale presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, in coerenza con le indicazioni ESGO, opera secondo un modello differenziato per stadio FIGO. Gli stadi I-II (malattia confinata all'ovaio e alla pelvi) sono trattati dal ginecologo-oncologo dell'Hub o dello spoke qualificato, con eventuale assistenza del chirurgo generale oncologo per le resezioni intestinali o della parete addominale, sulla base della decisione del DMT pre-operatorio. Gli stadi III-IV (malattia peritoneale diffusa, coinvolgimento diaframmatico, intestinale o di strutture addominali superiori) richiedono una gestione obbligatoriamente congiunta tra ginecologo-oncologo e chirurgo-oncologo del centro Hub, con coinvolgimento del referente dello spoke, e prevedono discussione collegiale in DMT prima dell'intervento con definizione dell'estensione chirurgica attesa (peritonectomia, resezione intestinale, splenectomia, diaframmatectomia) e pianificazione dell'équipe operatoria. Nei casi di chemioterapia neoadiuvante seguita da chirurgia d'intervallo (IDS), la rivalutazione pre-IDS prevede obbligatoriamente la partecipazione congiunta di ginecologo-oncologo e chirurgo-oncologo alla discussione DMT, con laparoscopia diagnostica di rivalutazione prima della decisione di procedere con IDS e con valutazione collegiale dell'indicazione a chemio-ipertermia peritoneale consensuale alla citoriduzione (CRS + HIPEC). Il percorso diagnostico periferico per la donna con sospetto di neoplasia ovarica prevede l'ecografia transvaginale di primo livello eseguita dallo spoke da ginecologo con competenza in ecografia ginecologica, la TC torace-addome-pelvi con mezzo di contrasto come stadiazione di base di responsabilità dello spoke, il dosaggio di CA 125, HE4 e il calcolo del ROMA index a

cura dello spoke, e nei casi con ascite o malattia metastatica peritoneo-epatica la biopsia peritoneale o omentale eco/TC-guidata da eseguirsi preferibilmente dallo spoke prima dell'invio all'Hub al fine di evitare chirurgia inutile nei casi non citoriducibili, da concordare caso per caso con l'Hub in teleconsulto. La laparoscopia diagnostica di stadiazione è di competenza esclusiva del centro Hub, da eseguire prima di qualsiasi decisione su chirurgia primaria versus chemioterapia neoadiuvante (NACT) nei casi con malattia estesa.

Accesso urgente dei pazienti oncologici

Per il paziente oncologico con urgenza chirurgica, il modello regionale prevede una stratificazione in tre livelli che bilancia tempestività dell'intervento e appropriatezza chirurgica, evitando che il paziente sia trattato in modo non ottimale nel presidio più vicino anziché nel centro con la competenza specifica per la neoplasia. L'urgenza vitale immediata, in presenza di instabilità emodinamica, perforazione con peritonite diffusa o emorragia maggiore, comporta stabilizzazione e intervento salvavita nel presidio più vicino dotato di chirurgia d'urgenza. La sub-urgenza, in presenza di ostruzione controllata, sanguinamento stabilizzato o sepsi da ostruzione biliare o colica, comporta stabilizzazione presso lo spoke con attivazione del teleconsulto Hub e definizione collegiale del setting di intervento, eseguito presso lo spoke o l'Hub con coinvolgimento dell'oncologo medico referente. L'urgenza differibile, da gestire entro 72 ore, comporta il trasferimento del paziente all'Hub di riferimento per la patologia oncologica nei casi a complessità maggiore che richiedano presa in carico dell'Hub, con comunicazione tramite IT-CURA e presa in carico formale documentata.

Gli algoritmi operativi del referral, le specifiche puntuali della diagnostica periferica per ciascuna patologia, le composizioni dei team operatori per stadio e per complessità, gli algoritmi di gestione delle urgenze oncologiche e i tempi massimi tra le fasi del percorso sono raccolti in un Allegato Tecnico vincolante, adottato con atto deliberativo della Giunta regionale e aggiornato annualmente a cura del DIAR oncologico in raccordo con le società scientifiche di riferimento (SICO, AIOM, ESGO, SICOB, IFSO-EC) e con le strutture chirurgiche regionali.

Trattamenti oncologici, radioterapia e integrazione dei percorsi

L'erogazione dei trattamenti oncologici si sviluppa all'interno della rete in modo integrato tra chirurgia, oncologia medica e radioterapia, in coerenza con i PDTA regionali e con le indicazioni del Piano oncologico. In questo contesto, la radioterapia rappresenta una componente essenziale del percorso terapeutico e richiede un rafforzamento della governance clinica e organizzativa, anche alla luce delle criticità in termini di eterogeneità dei sistemi informativi e di monitoraggio dei tempi di accesso. Il Piano prevede pertanto lo sviluppo di un'infrastruttura digitale interoperabile che consenta la tracciabilità completa del percorso radioterapico, la gestione delle priorità cliniche e il riequilibrio dei carichi tra i centri, garantendo uniformità di accesso e appropriatezza.

L'integrazione tra le diverse modalità di trattamento è ulteriormente rafforzata attraverso il lavoro dei DMT, che assicurano la continuità delle decisioni cliniche lungo tutto il percorso e il raccordo tra le diverse fasi assistenziali.

Oncologia di precisione e Molecular Tumor Board

Lo sviluppo dell'oncologia di precisione rappresenta uno degli elementi qualificanti della rete oncologica regionale, in coerenza con quanto previsto dal Piano oncologico regionale e dalle indicazioni nazionali. In questo ambito, il Molecular Tumor Board regionale assume un ruolo strategico quale piattaforma clinico-organizzativa per la gestione dei casi complessi e per l'integrazione della diagnostica molecolare nei percorsi assistenziali. Il MTB non si configura come un livello separato, ma come un'evoluzione del modello multidisciplinare, in stretta integrazione con i Disease Management Team, ai quali fornisce supporto nella definizione delle strategie terapeutiche nei pazienti con profili molecolari complessi.

Il funzionamento del MTB si basa sulla disponibilità e sull'interpretazione integrata dei dati derivanti dalla diagnostica molecolare avanzata, incluse le tecnologie di sequenziamento di nuova generazione (NGS), e sulla capacità di collegare tali informazioni alle opportunità terapeutiche disponibili, inclusi farmaci innovativi, terapie target e programmi di accesso precoce.

In coerenza con il Piano oncologico regionale, il rafforzamento del MTB richiede:

- una governance unitaria dei percorsi di diagnostica molecolare;
- la definizione di criteri condivisi per l'accesso ai test e alle terapie;
- l'integrazione con i sistemi informativi regionali per la tracciabilità dei percorsi;
- il collegamento con la rete della ricerca e della sperimentazione clinica.

L'atto deliberativo regionale di rafforzamento del MTB, previsto entro il primo semestre 2027, individua le strutture regionali di riferimento per l'effettuazione dei test NGS secondo criteri di volume e qualità documentata, definisce i tempi massimi tra richiesta e discussione MTB (con riferimento indicativo a quindici giorni lavorativi per i casi con indicazione clinica documentata) e disciplina la registrazione sistematica degli esiti delle raccomandazioni MTB nei flussi informativi regionali.

Questo modello consente di garantire equità di accesso alle innovazioni su tutto il territorio regionale, evitando frammentazioni organizzative e differenze tra centri, e di sviluppare un sistema di oncologia di precisione pienamente integrato nella rete assistenziale.

Follow-up e gestione della cronicità oncologica

L'aumento dei pazienti cronici anche in ambito oncologico, rende necessario un ripensamento complessivo dei modelli di follow-up, orientato a una maggiore integrazione con il territorio e a una gestione più appropriata delle risorse.

Il Piano prevede un modello stratificato per livelli di rischio, nel quale i pazienti a bassa complessità sono progressivamente gestiti a livello territoriale, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei servizi dell'ATSL, mentre i casi più complessi rimangono in carico ai centri specialistici.

La riorganizzazione del follow-up oncologico per stratificazione del rischio su tre livelli, fa sì che nell'alto e medio rischio all'oncologo medico curante è richiesto l'onere della prenotazione delle indagini strumentali e della visita o tele-visita di controllo successiva. Il territorio assume un ruolo attivo nella gestione del follow-up, attraverso l'organizzazione delle Case della Comunità e l'integrazione con la medicina generale, che diventano punti di riferimento per la presa in carico dei pazienti oncologici stabilizzati. Le Case della Comunità, in particolare,

consentono di garantire un setting assistenziale di prossimità nel quale è possibile effettuare controlli programmati, monitorare le condizioni cliniche, intercettare precocemente eventuali segnali di ripresa di malattia e supportare il paziente anche nei bisogni sociosanitari correlati. Il ruolo del medico di medicina generale si inserisce in questo modello come elemento di continuità della presa in carico, con funzioni di monitoraggio clinico, gestione delle comorbidità e raccordo con i servizi specialistici. Tale integrazione consente di evitare un ricorso non appropriato alle strutture ospedaliere, mantenendo al contempo un elevato livello di sicurezza clinica.

Il Piano istituisce il Programma Regionale di Survivorship Oncologica come dispositivo unitario che integra il follow-up stratificato, il ruolo del MMG e delle Case della Comunità, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, il Servizio di Nutrizione Territoriale (par. 8.5) e il Centro di Medicina Integrata di Pontedecimo. Il Programma include esplicitamente la prescrizione dell'attività fisica adattata per gli esiti oncologici (par. 11.1) e il supporto psicologico ai lungo-sopravvissuti. Il monitoraggio del Programma utilizza indicatori di esperienza e di esito riferiti al paziente: PROMs (Patient Reported Outcome Measures) per la qualità di vita; tasso di riospedalizzazioni e di accessi impropri al Pronto Soccorso dei pazienti in survivorship; percentuale di ritorno al lavoro per i pazienti in età attiva.

Elemento fondamentale del modello è la garanzia di un accesso rapido e strutturato ai centri specialistici in caso di sospetta ripresa di malattia o di comparsa di nuovi bisogni clinici. Il sistema deve quindi prevedere canali preferenziali di rientro nella rete oncologica, in collegamento diretto con i PAR e con i DMT, al fine di assicurare tempestività nella rivalutazione diagnostica e terapeutica e continuità del percorso assistenziale. Strumenti digitali come IT-CURA assumono un ruolo rilevante nel garantire la continuità informativa, il monitoraggio degli esiti e la possibilità di condividere in tempo reale le informazioni cliniche tra territorio e centri specialistici, consentendo una gestione integrata e dinamica del follow-up.

Governance, monitoraggio e miglioramento continuo della rete

La governance della rete oncologica è assicurata dal DIAR oncologico, che svolge funzioni di indirizzo clinico, coordinamento dei percorsi e monitoraggio degli esiti, in coerenza con la programmazione regionale e con le indicazioni del Piano oncologico. Il sistema di monitoraggio si fonda sull'integrazione dei flussi informativi regionali, sull'utilizzo del Registro Tumori e sulla disponibilità di dati relativi ai volumi di attività, ai tempi di accesso, agli esiti clinici e ai percorsi assistenziali. Questo consente una valutazione continua delle performance della rete e l'individuazione tempestiva di eventuali criticità organizzative o disomogeneità territoriali. Il monitoraggio dei volumi di attività, in particolare per le procedure oncologiche ad alta complessità, rappresenta uno strumento essenziale per garantire la coerenza con gli standard nazionali e per orientare le scelte programmatiche in termini di qualificazione e distribuzione dell'offerta.

L'utilizzo di sistemi informativi integrati e piattaforme digitali consente inoltre la tracciabilità dei percorsi assistenziali, la condivisione delle informazioni tra i diversi livelli della rete e il supporto alle decisioni cliniche e organizzative. L'integrazione con strumenti come IT-CURA e con i sistemi di gestione dei percorsi oncologici rappresenta un elemento fondamentale per

garantire continuità assistenziale e qualità dei dati. Il sistema di governance si completa attraverso attività di audit clinico-organizzativo e momenti di confronto tra i nodi della rete, finalizzati al miglioramento continuo della qualità e alla riduzione delle disuguaglianze di accesso e di esito.

Integrazione tra rete oncologica, cure palliative e terapia del dolore

Nel modello regionale, la rete oncologica si integra in modo strutturato con la rete delle cure palliative e con la rete della terapia del dolore, configurando un sistema unitario di presa in carico che accompagna la persona lungo tutte le fasi della malattia, dalla diagnosi alla gestione della cronicità e alle fasi avanzate.

Il modello regionale in analogia al modello delle cure simultanee prevede l'attivazione precoce delle cure palliative sulla base del bisogno clinico e della prognosi, secondo criteri strutturati (NECPAL), migliorando la qualità della presa in carico e riducendo l'inappropriatezza dei ricoveri. La presa in carico è modulata nel tempo e articolata tra cure palliative di base, cure palliative specialistiche e hospice, con possibilità di continuità e riattivazione del percorso senza interruzioni.

Parallelamente, il Piano prevede l'espansione della rete hospice, con incremento dei posti letto nelle aree carenti e attivazione di soluzioni intermedie, come posti dedicati presso ospedali di comunità per pazienti in attesa di definizione del setting assistenziale. L'integrazione con il territorio è rafforzata attraverso il coinvolgimento delle Case della Comunità, dei medici di medicina generale e delle équipe multiprofessionali, garantendo una presa in carico diffusa e prossima ai bisogni della popolazione.

Il raccordo con l'assistenza domiciliare (ADI) rappresenta un elemento centrale del modello: il paziente in carico viene seguito attraverso un sistema integrato in cui il medico palliativista, il medico di medicina generale e l'équipe territoriale condividono informazioni, decisioni cliniche e momenti di valutazione. Tale integrazione è supportata dalla piattaforma IT-CURA, che consente la gestione condivisa della cartella clinica, l'attivazione tempestiva degli interventi e il monitoraggio continuo degli esiti. È inoltre previsto un sistema strutturato di formazione per il personale territoriale, finalizzato allo sviluppo delle competenze nelle cure palliative di base, inclusi il controllo del dolore e la comunicazione con il paziente e la famiglia.

Il modello prevede anche un sistema di monitoraggio strutturato, con indicatori specifici di processo ed esito per le cure palliative, integrati con i flussi informativi regionali ma distinti dagli indicatori generali NSG, al fine di consentire il confronto tra servizi e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. La rete oncologica regionale comprende inoltre il Centro di Medicina Integrata di Pontedecimo (Area Sociosanitaria 3), che offre percorsi personalizzati di supporto integrativo al percorso oncologico, agopuntura, shiatsu, musicoterapia, supporto nutrizionale, yoga, psicologia oncologica, su invio del DMT o dell'oncologo di riferimento. Il Piano prevede il consolidamento del Centro e l'attivazione di due ulteriori centri regionali, area di levante (Area 5) e area di ponente (Area 1) entro il 2028, con l'obiettivo di garantire accesso al 30% dei pazienti oncologici in carico al SSR ligure entro il 2030.

10.2 Reti neurologiche specialistiche

Nel quadro del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, la rete delle neuroscienze rappresenta uno degli ambiti a più alta complessità clinica e organizzativa, caratterizzato da bisogni assistenziali crescenti, forte impatto sulla qualità della vita e rilevante assorbimento di risorse specialistiche.

Il Piano prevede il rafforzamento della rete neurologica regionale attraverso un modello di governance clinica integrata, fondato sull'integrazione strutturata tra ospedale e territorio, in coerenza con il DM 77/2022, e sullo sviluppo di strumenti digitali a supporto della presa in carico.

In tale contesto viene istituito il Nucleo di Regia dei Percorsi Neurologici (NRPN), con funzione di coordinamento clinico tra le strutture ospedaliere e i dispositivi territoriali, con l'obiettivo di garantire uniformità dei percorsi, appropriatezza dell'accesso e continuità assistenziale. L'NRPN opera in raccordo strutturato con la rete delle cure palliative (par. 7.4) per i pazienti con patologie neurologiche gravi in fase avanzata, e con i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo (par. 11.7) per le persone con esiti neurologici disabilitanti, in particolare da ictus.

La rete si articola su più componenti integrate:

- la Rete della Neurologia Territoriale, costituita da 18 neurologi specialisti ambulatoriali interni e circa 40 ambulatori distribuiti sul territorio, con funzione di primo accesso e gestione della cronicità;
- la Rete Ligure Neuroimmunologica e Neuromuscolare, coordinata dalla Clinica Neurologica Universitaria, con funzioni di riferimento per le patologie ad alta complessità;
- lo sviluppo di PDTA specifici, tra cui il PDTA regionale per l'epilessia e la piattaforma digitale regionale per la gestione della cefalea.

Particolare rilievo assume la gestione della sclerosi multipla, per la quale il Piano prevede: un protocollo di risonanza magnetica armonizzato per circa 4.000 pazienti; la creazione di un repository regionale condiviso; l'adozione di un PDTA "umanizzato", che integri in modo esplicito il supporto psicologico strutturato sin dalla diagnosi, i percorsi formativi per il personale sulla comunicazione della diagnosi e della progressione e il coinvolgimento attivo del paziente nei processi decisionali.

Appropriatezza prescrittiva e riorganizzazione dell'accesso

L'aumento delle richieste di prime visite neurologiche e di esami strumentali correlati non sempre supportato da criteri clinici condivisi, rappresenta una delle principali cause dell'allungamento delle liste di attesa. Le condizioni più frequentemente associate a inappropriata prescrittiva includono cefalea primaria senza red flags, lombalgia e cervicgia senza segni di allarme, vertigini periferiche, parestesie aspecifiche ed epilessia stabilizzata. Il Piano attiva, nell'ambito del DIAR Neuroscienze e Fisiatria, un progetto strutturato di appropriatezza prescrittiva articolato su tre livelli:

1. aggiornamento e informatizzazione dei RAO neurologici, integrati nel CUP regionale;

2. strumenti di supporto per i MMG, inclusi percorsi condivisi, criteri di red flag e piattaforme di teleconsulto con risposta entro 48 ore;
3. istituzione di ambulatori neurologici di secondo accesso presso le Case della Comunità Hub, dedicati alla rivalutazione dei casi a maggiore inappropriatezza prima dell'accesso specialistico.

Questo modello consente di ridurre la pressione sulle agende specialistiche e di riallocare le risorse verso i pazienti con bisogni clinici prioritari.

Indicatore	Target 2026	Target 2028
RAO neurologici uniformi e informatizzati nel CUP regionale	Sì	—
Report trimestrali ai MMG prescrittori (% aree)	50%	100%
Ambulatori II accesso neurologici nelle CdC Hub (% aree)	60%	100%
Riduzione prescrizioni inappropriate prime visite neurologiche	—	-20%

La gestione delle patologie neurologiche acute tempo-dipendenti, e in particolare dell'ictus, è disciplinata nell'ambito del capitolo dedicato alle reti tempo-dipendenti, cui si rinvia per la definizione del modello organizzativo Hub & Spoke, dei protocolli clinici e degli standard di funzionamento.

Nel presente ambito si evidenzia il necessario raccordo funzionale tra la rete neurologica e la rete ictus, in particolare per quanto riguarda la fase di presa in carico specialistica post-acuta, la continuità assistenziale con i servizi territoriali e l'integrazione con i percorsi di neuroriabilitazione e gestione della cronicità.

Tale integrazione garantisce la continuità del percorso assistenziale dal momento acuto fino alle fasi di recupero e follow-up, riducendo la frammentazione dei percorsi e assicurando uniformità di presa in carico sul territorio regionale.

10.3 La Rete Oculistica Regionale: Liguria Vision

Le patologie degenerative e vascolari della macula — degenerazione maculare legata all'età (DMLE), retinopatia diabetica, edema maculare diabetico (EMD) e occlusioni venose retiniche (OVR) — sono la principale causa di perdita visiva nella popolazione anziana e rappresentano uno degli ambiti in cui la Liguria, con il suo profilo demografico, registra il fabbisogno assistenziale più elevato d'Italia. L'accesso alle terapie intravitreali (anti-VEGF), altamente efficaci se somministrate precocemente e con continuità, è oggi disomogeneo tra le aree: i tempi di attesa per la prima iniezione superano le 6–8 settimane in alcune aree periferiche, con ricadute dirette sulla progressione della malattia e sulla perdita irreversibile di acuità visiva. La mobilità passiva per patologia oculistica verso centri extra-regionali, pur non

dominante in termini quantitativi, segnala una percezione di inadeguatezza dell'offerta locale che il Piano intende superare.

Liguria Vision è il modello organizzativo con cui la Regione risponde a questa esigenza: una rete oculistica regionale integrata, strutturata secondo il paradigma Hub-Spoke, che garantisce la presa in carico della patologia maculare in tutte le cinque aree sociosanitarie con standard clinici uniformi, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e supporto digitale per la continuità del follow-up.

Struttura Hub-Spoke

L'Hub regionale di Liguria Vision è AOM, dove all'interno dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino verrà istituita una Unità Operativa Complessa ad hoc per la diagnosi di II livello delle malattie degenerative, vascolari e oncologiche della corioretina e della macula, la gestione dei casi complessi (neo-vascolarizzazioni atipiche, forme rare di maculopatia, chirurgia vitreo retinica), la formazione degli oculisti degli Spoke e la produzione degli aggiornamenti periodici del PDTA regionale.

Gli Spoke I livello, sono le UU.OO./SS.DD. di Oculistica dei presidi ospedalieri delle cinque aree sociosanitarie, che erogano le terapie intravitreali di routine, gestiscono il follow-up dei pazienti in trattamento e attivano quando necessario il teleconsulto verso l'Hub per i casi che superano le soglie di complessità definite nel PDTA.

Il PDTA regionale per la patologia maculare

Il Piano adotta un PDTA regionale unico per la patologia maculare, elaborato dal DIAR Oculistica in accordo con le linee guida *dell'European Society of Retina Specialists (EURETINA)*. Il PDTA definisce:

- Criteri diagnostici standardizzati: OCT (tomografia a coerenza ottica) e OCT-Angiografia come esami di riferimento per la diagnosi e il monitoraggio;
- Protocolli di trattamento farmacologico: schema di induzione (3/4 iniezioni mensili) e mantenimento secondo protocolli di somministrazione validati da studi clinici di Fase III, differenziati per molecola e per sottotipo di patologia.
- Tipologia di farmaco biologico da utilizzare nelle maculopatie essudative: tenendo conto del progressivo inserimento dei farmaci biologici biosimilari e del contenimento della spesa, la percentuale dei farmaci biologici in possesso di brevetto o innovativi somministrabili non deve essere superiore al 40% e la restante parte deve prevedere l'utilizzo di farmaci biologici biosimilari.
- Il setting di somministrazione delle terapie intravitreali che dovrà prevedere il contesto ambulatoriale con il definitivo abbandono della sala operatoria.
- Tempi massimi di accesso: prima iniezione EMD/OVR ≤ 30 gg, DMLE ≤ 7 gg dalla diagnosi per le forme neovascolari attive; iniezioni di mantenimento erogate secondo il calendario del PDTA con tolleranza massima di 7 giorni rispetto alla data prevista.
- Criteri di invio Hub-Spoke: i casi con risposta insufficiente dopo 3 cicli di trattamento, le forme atipiche, le complicanze chirurgiche e i pazienti con neovascolarizzazione sub-foveale

bilaterale attiva sono condivisi in via telematica con l'Hub con accesso prioritario entro 10 giorni lavorativi.

Teleconsulto e clinical governance digitale

L'infrastruttura digitale di Liguria Vision si fonda sull'IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina) e su IT-CURA, integrati per supportare due funzioni distinte. Il teleconsulto Hub-Spoke consente all'oculista dello spoke di condividere le immagini OCT e le fluoroangiografie con il consulente dell'Hub per la discussione dei casi complessi, senza spostamento del paziente, con refertazione condivisa nel FSE. Il monitoraggio del follow-up tramite IT-CURA consente la gestione centralizzata dei calendari di iniezione, l'invio di recall automatici ai pazienti in trattamento e la rilevazione precoce delle perdite al follow-up — uno dei principali determinanti di esito negativo nella patologia maculare.

Un cruscotto regionale dedicato, accessibile dalla Direzione Sanitaria di ATSL e AOM e al coordinamento del DIAR Oculistico, monitora in tempo reale i tempi di accesso per area, il numero di iniezioni erogate per presidio, i tassi di perdita al follow-up e la variabilità degli esiti clinici (variazione media dell'acuità visiva e dello spessore maculare a 12 mesi). I dati alimentano il ciclo annuale di audit clinico del PDTA.

La Virtual Clinic: il cambio di paradigma dalla visita in presenza alla refertazione remota

La rete Hub-Spoke di Liguria Vision, nella sua configurazione descritta nei paragrafi precedenti, governa i pazienti già in trattamento. La Virtual Clinic è il livello che precede e alimenta quella rete: un modello di cura che sostituisce la visita oculistica in presenza con un ciclo diagnostico-refertativo remoto per i pazienti con maculopatia in fase stabile o di monitoraggio, fondato sul principio di spostare il dato — l'immagine diagnostica — anziché il paziente. Il modello è mutuato da esperienze internazionali validate (Moorfields Eye Hospital, Londra, AUSL Bologna) e adattato all'orografia e alla demografia ligure.

I tre livelli della rete Liguria Vision allargata

La Virtual Clinic aggiunge un terzo livello alla struttura Hub-Spoke già descritta, completando la rete in direzione della prossimità estrema:

Hub regionale (AOM): telerefertazione, *decision making* terapeutico, iniezioni intravitreali, chirurgia vitreo-retinica, gestione urgenze. Il medico oculista Hub evolve il proprio ruolo verso la supervisione analitica a distanza: meno tempo dedicato all'acquisizione dell'immagine, più tempo alla lettura clinica e alla decisione terapeutica.

Spoke territoriali (UU.OO. Oculistica e Case della Comunità): acquisizione diagnostica OCT e retinografia, follow-up dei pazienti stabili, somministrazione delle terapie intravitreali sotto supervisione remota dell'Hub, counseling. L'ortottista assistente di oftalmologia è la figura pivot di questo livello: abilitata per legge all'acquisizione degli esami strumentali, gestisce il flusso diagnostico, la trasmissione delle immagini e il raccordo con il paziente. La sua valorizzazione in questo ruolo riduce il fabbisogno di ore medico specialistiche nei nodi periferici e aumenta la capillarità della rete.

Spoke leggero (Farmacie dei Servizi): screening OCT di I livello sulla popolazione a rischio (over 55), invio telematico al centro di lettura Hub, raccordo con il CUP per l'accesso alla rete.

Il flusso operativo: il Traffic Light System

Fase	Attore	Azione
1 — Acquisizione	Ortottista (CdC o Farmacia dei Servizi)	Visus (scala ETDRS), tonometria, OCT maculare volumetrico, retinografia a campo esteso. Trasmissione automatica delle immagini al PACS centralizzato in formato DICOM.
2 — Telerefertazione	Oculista Hub	Accesso alla worklist digitale, referto entro 48 ore: ● Verde — quadro stabile: nessuna terapia, programmazione prossimo controllo. ● Giallo — quadro dubbio: visita in presenza entro 15 giorni. ● Rosso — recidiva attiva o urgenza: convocazione entro 48 ore.
3 — Gestione clinica	Oculista Hub o spoke (classi gialla e rossa)	Valutazione in presenza. Se indicata, iniezione intravitreale con esame biomicroscopico come safety net finale.
4 — Monitoraggio	Cruscotto regionale	Aggiornamento in tempo reale: tempi di refertazione; % esami non graduabili (target < 3%); concordanza diagnostica; distribuzione per classe di triage per area.

Infrastruttura digitale, sicurezza e sostenibilità

La Virtual Clinic si fonda sull'infrastruttura digitale regionale gestita da Liguria Digitale, che garantisce la trasmissione sicura delle immagini diagnostiche tra i nodi periferici e il centro di refertazione Hub, anche nelle aree interne dove la connettività è assicurata tramite ponti radio. Il trattamento dei dati sanitari avviene in conformità al GDPR, con autenticazione degli operatori e tracciabilità di ogni accesso. L'architettura è progettata per integrare in futuro algoritmi di supporto alla refertazione, in coerenza con la Policy regionale per l'IA in Sanità.

Sul versante della sostenibilità, le prestazioni della Virtual Clinic sono codificate nei nomenclatori vigenti con applicazione delle esenzioni ticket per maculopatia, senza oneri aggiuntivi per il paziente. L'investimento iniziale è finanziabile attraverso le linee PNRR dedicate alle Case della Comunità e alla digitalizzazione sanitaria. Il modello produce risparmi strutturali misurabili: elimina i trasporti sanitari dei pazienti anziani non autosufficienti per controlli di routine, riduce le complicanze da diagnosi tardiva e libera agenda specialistica per le urgenze e la chirurgia restituendo valore al sistema nella stessa misura in cui lo eroga al paziente. La piattaforma di refertazione utilizza Imaculaweb (degenerazionemaculare.it) ed è integrata in IT-CURA alimentando il cruscotto di Liguria Vision.

Piano di attuazione e governance del rischio

L'attuazione della Virtual Clinic segue tre fasi: avvio organizzativo nel primo semestre 2026 (costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale, definizione dei protocolli, acquisizione delle tecnologie, formazione degli ortottisti e dei medici alla telerefertazione); sperimentazione pilota nel secondo semestre 2026 (avvio con pazienti a basso rischio, monitoraggio dei flussi, validazione del modello di rimborso); roll-out regionale nel 2027 con apertura delle agende CUP al MMG e integrazione con le Farmacie dei Servizi per lo screening massivo.

La separazione strutturale tra punto di acquisizione e punto di refertazione introduce rischi clinici specifici che il modello mitiga attraverso protocolli espliciti: consenso informato che definisce i limiti dell'esame e le condizioni che richiedono visita in presenza; criteri di non graduabilità dell'OCT con invio automatico alla classe gialla; obbligo di esame biomicroscopico prima di ogni iniezione intravitreale eseguita in spoke; audit trimestrale sulla concordanza diagnostica tra refertazione remota e valutazione in presenza per un campione a rotazione.

Indicatore Virtual Clinic	Target 2026	Target 2027
Siti pilota Virtual Clinic attivi (CdC o UOC)	≥ 3 (pilota)	Tutte le CdC identificate per area
Tempo medio acquisizione OCT–refertazione Hub	Rilevazione baseline	< 48 ore
% esami non graduabili (qualità immagine)	—	< 3%
Farmacie dei Servizi attive nello screening OCT I livello	Pilota Area 1 + Area 5	≥ 20 farmacie regionali
Concordanza diagnostica tele refertazione vs. visita in presenza (audit campione)	—	≥ 92%
Ortottisti formati alla Virtual Clinic (n.)	≥ 10	≥ 25

Retinopatia diabetica: lo screening integrato nel PDTA diabete

In raccordo con il PDTA diabete Liguria Vision integra il percorso di screening per la retinopatia diabetica: ogni paziente diabetico in carico alla diabetologia o al MMG riceve l'OCT / retinografia non entro 12 mesi dalla diagnosi e successivamente ogni 1–2 anni in base alla classe di rischio. I casi con retinopatia diabetica proliferante o edema maculare clinicamente significativo (CSMEO) sono inviati all'ambulatorio oculistico Spoke con accesso RAO B. La piattaforma di refertazione utilizza Imaculaweb (degenerazionemaculare.it) ed è integrata in IT-CURA alimentando il cruscotto di Liguria Vision.

Criteri RAO oculistici uniformi e governo delle liste d'attesa ambulatoriali

Le liste d'attesa per la prima visita oculistica, per le prestazioni diagnostiche specialistiche (campo visivo, OCT, fluorangiografia) e per la chirurgia della cataratta superano sistematicamente i tempi RAO in tutte le aree liguri. Il collo di bottiglia non è riducibile al solo volume di offerta, la gestione disomogenea dei criteri di priorità, l'assenza di distinguo operativi tra accesso urgente e accesso programmato e le specificità logistiche

dell'ambulatorio oculistico, in primo luogo il tempo necessario alla dilatazione pupillare post-instillazione, generano inefficienze strutturali che aumentano i tempi percepiti ben oltre quelli reali.

Il DIAR Oculistica, nell'ambito di Liguria Vision, adotta criteri RAO oculistici uniformi per tutte le prestazioni ambulatoriali, informatizzati nel sistema CUP regionale con distinguo operativo tra tre classi di accesso: urgente (RAO U) per le patologie acute con rischio immediato per la vista — glaucoma acuto, trauma oculare, neurite ottica, perdita visiva acuta; prioritario (RAO B,) per le patologie croniche instabili o in fase di escalation terapeutica, distacco di retina, retinopatia diabetica proliferante, edema maculare diabetico, glaucoma in progressione, DMLE neovascolare attiva; differibile (RAO P,) per i controlli di cronicità stabile e le prime visite per sintomi non acuti.

Sul versante organizzativo, il Piano prevede tre misure per ottimizzare la capacità ambulatoriale effettiva senza aumentare il numero di sedute: revisione dei percorsi con aree di attesa post-instillazione separate dall'agenda medica, in modo da disaccoppiare i tempi di midriasi dal tempo visita; utilizzo strutturato di ortottisti assistenti di oftalmologia per le prestazioni di screening, OCT, retinografia a colori non midriatico, tonometria, campo visivo automatizzato che non richiedono il giudizio clinico dell'oculista e occupano oggi quote significative delle agende mediche; raccordo sistematico tra l'oculista Hub e il MMG per la gestione dei pazienti a bassa complessità in follow-up stabile, con referto strutturato in FSE e percorso di presa in carico in IT-CURA e cadenza di rientro definita dal PDTA. Sul versante della chirurgia della cataratta, il Piano prevede protocolli comuni su tutto il territorio declinati nell'ambito di un PDTA specifico da redigere da parte del DIAR di oculistica entro la fine del 2026.

Una quota significativa della mobilità passiva oftalmologica ligure è attribuibile alla chirurgia della cataratta, intervento ad alto volume e bassa complessità per il quale l'offerta pubblica regionale non garantisce attualmente tempi di accesso allineati ai criteri RAO. Per ridurre tale componente della mobilità passiva, in coerenza con il sesto asse di OS5 e con il modello di partecipazione del privato accreditato adottato per la Rete Cardiologica Regionale (par. 10.4), il PDTA regionale della cataratta disciplina anche le modalità di collaborazione strutturata tra strutture pubbliche ed erogatori privati accreditati per la chirurgia della cataratta, secondo criteri oggettivi e trasparenti di partecipazione (titoli documentati, volumi minimi di attività, esiti clinici, standard organizzativi), con rendicontazione degli esiti al cruscotto regionale (par. 17.2) e parità di accesso per il cittadino. Le modalità operative di tale collaborazione, comprensive dei criteri di accreditamento regionale dei professionisti operanti in regime convenzionato, dei volumi di attività programmati per ciascuna struttura convenzionata, del raccordo con la rete pubblica e degli obblighi di rendicontazione, sono definite con atto deliberativo della Giunta regionale contestuale all'adozione del PDTA cataratta.

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2030
PDTA regionale patologia maculare adottato da tutti i presidi spoke	Sì	—	—

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2030
Tempo medio prima iniezione anti-VEGF dalla diagnosi	≤ 30 giorni per EMD e OVR ≤ 7 giorni DMLE essudativa	< 21 giorni	< 21 giorni
Teleconsulto Hub–Spoke OCT attivo (% aree)	60%	100%	—
Tasso di perdita al follow-up a 12 mesi (da ridurre)	—	< 15%	< 10%
Pazienti diabetici con retinografia a colori/ OCT annuale documentata in IT-CURA	40%	65%	85%
Cruscotto regionale Liguria Vision attivo e alimentato	Sì	—	—

10.4 Chirurgia regionale: riforma nel rispetto della geografia ligure

Qualsiasi processo di riallocazione chirurgica deve essere preceduto da un'analisi basata su dati oggettivi: volumi operatori per branca e presidio, indici di complessità e case-mix, tassi di occupazione delle sale operatorie, mobilità attiva e passiva, indicatori di esito. Le competenze chirurgiche locali sono un patrimonio: la loro riduzione non ponderata genera perdita di expertise, difficoltà di reclutamento e aumento della mobilità passiva. La specificità geografica e demografica della Liguria impone attenzione alla distribuzione territoriale dell'offerta chirurgica: un modello eccessivamente centralizzato può comportare allungamento dei tempi di accesso e progressivo depotenziamento delle strutture periferiche.

La rete ortopedica regionale: analisi della domanda protesica (frattura di femore e chirurgia protesica elettiva) e mobilità sanitaria

L'analisi del fabbisogno regionale di chirurgia ortopedica protesica e di traumatologia del femore prossimale prende in considerazione, il carico demografico, che colloca la Liguria nella condizione strutturalmente più gravosa del Paese per le patologie degenerative articolari e per la frattura osteoporotica, la capacità del sistema regionale di rispondere alla domanda chirurgica in termini di volumi, mobilità e soglie di sicurezza e l'aderenza dei singoli punti erogatori agli standard di processo ed esito definiti dal DM 70/2015 e dal Programma Nazionale Esiti (PNE) AGENAS. La lettura integrata di questi fattori evidenzia un quadro di criticità strutturale che, diversamente da quanto rappresentato in letteratura tecnica e in alcuni documenti di programmazione precedenti, supera per dimensione assoluta e relativa le criticità rilevate negli altri ambiti chirurgici trattati nel presente Piano, ivi compresa la chirurgia oncologica nelle sue componenti a maggiore mobilità passiva.

È indubbio che il contesto demografico della Liguria agisca come moltiplicatore della domanda. Tali caratteristiche demografiche hanno un effetto diretto e quantificabile sulla domanda di

chirurgia ortopedica, la coxartrosi e la gonartrosi presentano una prevalenza fortemente correlata all'età, con incidenza dell'intervento protesico che aumenta in modo esponenziale dai 65 anni in poi; la frattura di femore prossimale ha incidenza superiore a 1.000 casi per 100.000 abitanti nella popolazione ultra-ottantacinquenne. Su questa base demografica, il fabbisogno regionale di chirurgia protesica elettiva e di chirurgia per frattura di femore non è una proiezione ipotetica ma una domanda strutturale, destinata a crescere nel quinquennio 2026-2030 in misura proporzionale all'invecchiamento della coorte dei nati negli anni Cinquanta, che progressivamente entra nelle fasce di età a maggior rischio.

Si segnala che la domanda qui rappresentata costituisce la baseline statica del fabbisogno; la proiezione del fabbisogno chirurgico ortopedico al 2030, indispensabile per il dimensionamento dei target operativi della Rete, è demandata a un documento tecnico specifico di programmazione di volume affidato al DIAR Ortopedia in raccordo con la struttura di analisi epidemiologica regionale, da produrre entro il primo semestre 2027.

La mobilità passiva: dimensione e specificità della criticità ortopedica

L'analisi della mobilità sanitaria, condotta sui flussi 2024, evidenzia che la chirurgia ortopedica elettiva costituisce il singolo ambito chirurgico a maggiore mobilità passiva extra-regionale dell'intero sistema sanitario ligure, con valori che superano sia in termini assoluti sia in termini percentuali quelli rilevati per la chirurgia oncologica, anche nelle sue componenti a maggiore complessità. La tabella seguente sintetizza il quadro.

Tipologia di intervento	Domanda dei residenti	Eseguiti in Liguria	Mobilità passiva	Soglia AGENAS / DM 70 (interventi/anno)
Protesi di ginocchio	4.005	1.427	67,6%	100
Protesi d'anca	4.434	2.551	45,2%	80
Frattura del collo del femore	3.293	3.360	4,4%	75 (DM 70/2015)
Totale protesica elettiva (anca + ginocchio)	8.439	3.978	55,9% (4.713 ricoveri)	—

Tabella 1 - Domanda, produzione regionale e mobilità passiva per chirurgia ortopedica, anno 2024. Fonte: elaborazione regionale su flussi SDO; soglie AGENAS - Programma Nazionale Esiti, DM 70/2015.

I dati evidenziano che oltre la metà della domanda regionale di protesica elettiva è soddisfatta fuori regione: complessivamente 4.713 ricoveri/anno, pari al 55,9% della domanda dei residenti. Il valore costituisce, per dimensione assoluta, il principale flusso di mobilità sanitaria passiva regionale per singolo ambito chirurgico. La seconda è che la mobilità passiva non è uniforme tra le due procedure protesiche: il 67,6% per la protesi di ginocchio è significativamente superiore al 45,2% della protesi d'anca. Questa asimmetria, che il modello esplicativo fondato esclusivamente sui tempi di attesa non è in grado di spiegare

integralmente, segnala la presenza di fattori ulteriori legati al case-mix delle équipe chirurgiche, alla disponibilità di competenze specialistiche specifiche per la protesica del ginocchio, alla percezione di qualità da parte del cittadino e alla strutturazione dei percorsi di selezione e di follow-up. La terza è che la frattura del collo del femore presenta un quadro radicalmente differente: la mobilità passiva è contenuta al 4,4% e la regione registra una mobilità attiva di 212 casi, indicando che per la traumatologia urgente il sistema regionale risponde in autonomia alla domanda dei residenti e attrae casistica dalle regioni limitrofe. Il problema della frattura di femore non è dunque la fuga di pazienti, ma la qualità del processo assistenziale interno.

Inoltre, l'analisi dei volumi per punto erogatore evidenzia una frammentazione strutturale della casistica, con conseguente difficoltà di rispetto delle soglie minime annue stabilite da AGENAS e DM 70/2015. Per la protesi di ginocchio (soglia 100 interventi/anno), la maggior parte dei punti erogatori regionali si colloca al di sotto della soglia, con concentrazione della casistica solo in un numero limitato di strutture; la circostanza è particolarmente significativa se letta congiuntamente al dato di mobilità passiva del 67,6%, che fotografa pazienti che lasciano la regione presumibilmente alla ricerca di centri ad alto volume e tempi di attesa più contenuti. Per la protesi d'anca (soglia 80 interventi/anno) il quadro appare comparabile, sebbene meno acuto. Per la frattura del collo del femore (soglia 75 interventi/anno DM 70/2015) la produzione regionale complessiva è elevata e ampiamente sufficiente a coprire la domanda, ma è distribuita su più di una decina di punti erogatori con volumi molto disomogenei: alcuni presidi superano abbondantemente la soglia, altri vi si collocano marginalmente sopra o al di sotto. La concentrazione della traumatologia urgente in un numero più contenuto di centri qualificati, con corrispondente potenziamento dell'offerta logistica e perioperatoria, costituisce una leva di efficacia clinica e di efficienza organizzativa che il Piano intende attivare.

L'indicatore LEA dell'intervento per frattura di femore entro 48 ore dall'accesso, fissato dalla normativa nazionale al 60% per i pazienti con età ≥ 65 anni, costituisce uno degli ambiti in cui la Liguria registra il gap più significativo rispetto agli standard nazionali. L'analisi puntuale per presidio erogatore, condotta sui dati PNE 2025, evidenzia che la soglia LEA del 60% è raggiunta o superata da un solo punto erogatore regionale, mentre la maggioranza dei presidi si colloca tra il 30% e il 50%, con casi di valori inferiori al 25%. La media ponderata regionale, calcolata sui volumi di attività, si colloca verosimilmente in un intervallo compreso tra il 40% e il 45%, sostanzialmente al di sotto della soglia LEA. La letteratura scientifica documenta che ogni 24 ore di ritardo all'intervento aumentano la mortalità a 30 giorni del 2-5% e incrementano in misura analoga il rischio di complicanze (polmonite, tromboembolia, delirium): il gap rilevato si traduce dunque in un costo sanitario, sociale ed economico misurabile, che giustifica un intervento prioritario sui processi organizzativi del percorso intra-ospedaliero per la frattura di femore prossimale.

Anche per la chirurgia protesica elettiva l'analisi PNE evidenzia indicatori di esito meritevoli di attenzione: la soglia di riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi d'anca, fissata al 3%, risulta superata in una quota rilevante dei presidi monitorati. Questo dato, letto insieme al dato della mobilità passiva, segnala che il problema regionale della protesica non riguarda esclusivamente il volume e i tempi di attesa, ma anche la qualità del percorso post-operatorio

e la riabilitazione precoce, con conseguente necessità di un intervento integrato su percorso clinico, riabilitazione, follow-up e indicatori pubblici di esito.

La diagnosi sopra delineata supera la rappresentazione del problema come mero deficit di capacità produttiva. Il recupero della mobilità passiva e l'allineamento agli standard LEA richiedono una strategia a più livelli. Il primo è la concentrazione e qualificazione della casistica, individuando i presidi regionali che, per volumi storici, dotazione professionale e indicatori di esito, possono assumere il ruolo di Hub regionali per la chirurgia protesica e per la traumatologia maggiore, con potenziamento mirato delle équipes e delle sale operatorie dedicate. Il secondo è la separazione strutturale tra elettiva e urgenza, con sale operatorie e percorsi distinti, condizione necessaria sia per garantire l'intervento entro 48 ore nella frattura di femore sia per stabilizzare la programmazione dell'elettiva e ridurre i tempi di attesa. Il terzo è il governo dei percorsi clinici attraverso PDTA regionali condivisi su selezione, intervento, riabilitazione precoce e follow-up, con tempi massimi vincolanti dalla diagnosi all'intervento per le classi di priorità. Il quarto è la trasparenza pubblica degli esiti, attraverso pubblicazione semestrale dei dati di volume, esito (mortalità, infezione, revisione a un anno, riammissione a 30 giorni) e tempi di attesa di ogni unità operativa di Ortopedia.

Quindi il carico demografico in costante crescita, mobilità passiva strutturale e asimmetrica tra anca e ginocchio, frammentazione della casistica al di sotto delle soglie di sicurezza, indicatori di processo ed esito al di sotto degli standard LEA orientano le scelte di riorganizzazione della rete ortopedica regionale descritte e tradotte nei target del presente Piano: raggiungimento dell'intervento entro 48 ore per almeno il 75% dei pazienti con frattura di femore ≥ 65 anni entro il 2027 e del 90% entro il 2030 (target LEA); riduzione almeno del 30% della mobilità passiva per chirurgia ortopedica elettiva entro il 2028 rispetto alla baseline PNE 2025; raggiungimento delle soglie chirurgiche minime in tutti i presidi Hub per le procedure target entro il 2027; tempi massimi di attesa per protesi di anca e ginocchio in classe di priorità B nel rispetto dei tempi di priorità entro il 2028.

La Rete Cardiologica Regionale

Le malattie cardiovascolari rappresentano in Liguria uno dei principali driver di mortalità, disabilità e assorbimento di risorse sanitarie, con prevalenza standardizzata delle cardiovasculopatie pari al 7,39% (par. 1.2) e con un profilo demografico che determina un incremento progressivo della domanda per le patologie cardiovascolari croniche e degenerative, in particolare scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, valvulopatie degenerative e cardiopatia ischemica. Il Piano organizza l'insieme delle componenti cardiovascolari in una Rete Cardiologica Regionale articolata secondo il modello Hub & Spoke, in coerenza con il DM 70/2015 e con i documenti di riferimento ESC, ANMCO/SIC, GISE e SICCH. La Rete Cardiologica Regionale si articola in tre componenti funzionali integrate. La prima è la rete dell'emergenza cardiologica per IMA STEMI/NSTEMI, già disciplinata al par. 7.1, alla quale si rimanda per il dettaglio operativo. La seconda è la presa in carico della cronicità cardiovascolare attraverso il PDTA scompenso cardiaco, già disciplinato al par. 8.2, alla quale si rimanda per il dettaglio operativo e per la disciplina del telemonitoraggio domiciliare e degli ambulatori cardiologici di livello I-II-III. La terza componente comprende l'alta complessità cardiovascolare elettiva e urgente, articolata nei due sottosistemi dedicati allo Shock Cardiogeno e alle Valvulopatie e Cardiologia Strutturale, disciplinati nei capoversi seguenti.

La governance della Rete Cardiologica Regionale è affidata al Gruppo di Lavoro Regionale Cardiologico (già istituito al primo trimestre 2026 ai sensi del par. 8.2 e composto dai Direttori delle Cardiologie regionali), con mandato esteso, rispetto al perimetro originario della governance delle liste d'attesa, alla regia complessiva della Rete Cardiologica Regionale. La Rete opera attraverso l'integrazione delle competenze cardiologiche e cardiocirurgiche presenti nell'AOM, negli enti storici (Ente Ospedaliero Galliera, Ospedale Evangelico Internazionale, IRCCS Gaslini per la componente pediatrica) e, con le modalità descritte al capoverso seguente, negli erogatori privati accreditati con il SSR ligure.

La rete si avvale inoltre delle competenze di cardioanestesia, terapia intensiva cardiovascolare, riabilitazione cardiovascolare e medicina dello sport quali componenti funzionali della presa in carico cardiovascolare regionale.

La partecipazione degli erogatori privati accreditati alla Rete Cardiologica Regionale, ove tecnicamente opportuna in ragione delle competenze e dei volumi di attività, è disciplinata da atto deliberativo regionale specifico che definisce i criteri di partecipazione, le soglie volumetriche minime ai sensi del DM 70/2015, gli standard organizzativi, le modalità di raccordo con i centri pubblici, gli obblighi di rendicontazione degli esiti clinici al registro regionale e le modalità di partecipazione al Gruppo di Lavoro Regionale Cardiologico. La partecipazione del privato accreditato è componente del sistema regionale e non lo sostituisce: la centralità del SSR pubblico nella programmazione, nel controllo e nella regia della Rete è preservata in coerenza con la L.R. 18/2025.

Shock Cardiogeno e Supporto Circolatorio Meccanico

Lo shock cardiogeno costituisce condizione ad altissima complessità clinica e mortalità (40-60% in letteratura internazionale), che richiede tempestività decisionale, centralizzazione presso centri ad alto volume con competenze integrate e percorsi di supporto circolatorio meccanico (ECMO veno-arterioso, Impella, IABP, bridge-to-decision). L'attuale assenza nel SSR ligure di una rete strutturata per lo shock cardiogeno costituisce lacuna programmatoria che il Piano colma attraverso l'istituzione di un sottosistema dedicato. Il modello adottato è quello del Hub & Spoke con centro Hub regionale identificato presso la struttura che dispone congiuntamente di cardiologia interventistica H24, cardiocirurgia, terapia intensiva con programma ECMO e specifiche competenze nei supporti circolatori meccanici avanzati. L'identificazione formale del centro Hub e dei centri Spoke, i protocolli di centralizzazione tempestiva del paziente in shock, l'integrazione con la rete dell'emergenza-urgenza (par. 7.1) per il trasporto del paziente in stato critico e le modalità di rendicontazione degli esiti al registro regionale sono disciplinate dall'atto deliberativo regionale previsto al capoverso conclusivo della presente sezione, in coerenza con la SCAI Shock Classification 2019/2022 e con i documenti AHA e ESC di riferimento.

Valvulopatie e Cardiologia Strutturale

L'invecchiamento progressivo della popolazione ligure (profilo demografico più anziano d'Italia) determina un incremento significativo della prevalenza delle valvulopatie degenerative, in particolare della stenosi aortica severa nell'anziano, dell'insufficienza mitralica funzionale e degenerativa, dell'insufficienza tricuspidalica. Parallelamente, l'evoluzione tecnologica delle procedure transcateretere (TAVI per la valvola aortica, MitraClip e

altri sistemi per la valvola mitrale, sistemi tricuspidalici, chiusura percutanea dell'auricola sinistra) ha trasformato profondamente il trattamento di queste condizioni, rendendo necessari modelli organizzativi dedicati che integrino cardiologia interventistica, cardiocirurgia, cardiologia clinica, imaging cardiovascolare avanzato (ecocardiografia transesofagea, TC cardio, RM cardio) e anestesia cardiologica. Il Piano istituisce un sottosistema dedicato alle Valvulopatie e alla Cardiologia Strutturale, articolato secondo il modello Hub & Spoke e fondato sul principio dell'Heart Team multidisciplinare quale dispositivo di selezione del paziente e di decisione condivisa tra interventistica e chirurgia. L'identificazione dei centri Hub con programma TAVI e degli altri sottoprogrammi strutturali, le soglie volumetriche minime in coerenza con le linee guida ESC e con il DM 70/2015 (con riferimento indicativo a un volume minimo ≥ 50 procedure TAVI/anno per centro Hub), la composizione e il funzionamento dell'Heart Team, l'integrazione con il PDTA scompenso cardiaco del par. 8.2 per i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e valvulopatia severa, e le modalità di rendicontazione degli esiti al registro regionale sono disciplinate dall'atto deliberativo regionale previsto al capoverso conclusivo.

La disciplina puntuale della Rete Cardiologica Regionale, comprensiva dell'identificazione formale dei centri Hub e Spoke per ciascun sottosistema, delle soglie volumetriche di accreditamento, dei protocolli operativi di centralizzazione e raccordo, dei criteri di partecipazione degli erogatori privati accreditati, della composizione e del funzionamento dell'Heart Team, del registro regionale degli esiti clinici e dei target operativi di rete (riduzione della mobilità passiva cardiovascolare, volumi obiettivo per ciascuna procedura, indicatori di esito), è definita con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027, in coerenza con il mandato di riorientamento del Gruppo di Lavoro Regionale Cardiologico e con il documento regionale previsto entro settembre 2026 al par. 8.2.

La riduzione della mobilità passiva cardiovascolare costituisce obiettivo prioritario della rete e specifico indicatore di performance del sistema regionale.

La Rete Robotica Chirurgica Regionale

La presenza di piattaforme robotiche nelle aziende del SSR ligure richiede una governance regionale coordinata, finalizzata a garantire equità di accesso, uniformità di indicazioni cliniche e valorizzazione delle competenze chirurgiche specialistiche regionali.

Il Piano istituisce la Rete Robotica Chirurgica Regionale come dispositivo di governance unitaria delle piattaforme robotiche del SSR ligure. La Rete adotta la logica Hub-Spoke applicata dal Piano alle altre reti specialistiche: le procedure ad alta complessità sono concentrate nei centri di riferimento individuati sulla base dei volumi storici di attività robotica, della consistenza dei team multidisciplinari e degli indicatori di esito; le procedure di media complessità sono mantenute in prossimità nei presidi spoke dotati di piattaforma robotica, secondo PDTA regionali condivisi e agende integrate. La logica è quella della rete ortopedica descritta nella sezione precedente: concentrazione delle alte complessità senza depotenziamento delle competenze chirurgiche locali per le procedure di complessità inferiore.

Il coordinamento operativo è affidato ai DIAR competenti per specialità chirurgica, in raccordo con la Cabina di Regia del PSSIR (par. 17.1) per le questioni di governance trasversale e con il Settore Programmazione Economica per la sostenibilità delle acquisizioni e dei rinnovi delle piattaforme. I DIAR definiscono i PDTA robotici per le procedure tracciate, i criteri di

programmazione dei volumi minimi per piattaforma e per chirurgo, gli indicatori di esito da monitorare nel cruscotto integrato sociosanitario (par. 17.2). La disciplina puntuale della Rete è definita con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027.

La sostenibilità qualitativa della Rete richiede programmi strutturati di formazione delle competenze chirurgiche, che il Piano valorizza con strumenti (centri regionali di simulazione, programmi di fellowship, proctoring strutturato, certificazione delle competenze procedurali, audit tecnico-professionali) in raccordo con il Cap. 16.1. La Rete adotta altresì le applicazioni intraoperatorie della telemedicina, teleproctoring, teleassistenza intraoperatoria, telepresenza chirurgica quali strumenti di trasferimento delle competenze e di supporto specialistico in tempo reale tra Hub e spoke.

La chirurgia generale non oncologica e il governo dell'attività elettiva di base

La chirurgia generale non oncologica costituisce la quota numericamente predominante dell'attività chirurgica ordinaria del SSR ligure e rappresenta il principale punto di contatto del cittadino con il sistema chirurgico regionale. L'assenza di una strategia esplicita per queste patologie esporrebbe il sistema al rischio di una desertificazione spontanea dei presidi periferici, con migrazione forzata dei pazienti anche per patologie a bassa complessità trattabili in loco.

Il Piano include esplicitamente nella programmazione della chirurgia generale non oncologica le seguenti aree di attività: la chirurgia della parete addominale (ernie inguinali, crurali, ombelicali, laparoceli), attività ad alto volume da mantenere nei presidi spoke con standard di qualità tecnologica (protesica, approccio laparoscopico o robotico ove disponibile, in raccordo con la Rete Robotica Chirurgica Regionale); la chirurgia benigna del tubo digerente (colecistectomia laparoscopica, appendicectomia, resezione per diverticolosi sintomatica); la chirurgia proctologica benigna (emorroidi, fistole ano-rettali, ragadi), da potenziare in regime ambulatoriale o di Day Surgery; la chirurgia tiroidea benigna (gozzo multinodulare, tiroidite di Hashimoto sintomatica), da concentrare nei presidi con volume adeguato secondo la soglia di almeno 30 tiroidectomie/anno per équipe.

Il Piano adotta per la chirurgia generale non oncologica le medesime direttrici applicate dalla rete ortopedica e dalla Rete Robotica Chirurgica Regionale: concentrazione delle alte complessità nei presidi con volumi e competenze adeguate, mantenimento delle procedure ad alto volume e bassa complessità nei presidi spoke con standard di qualità definiti da PDTA regionali. La produzione del documento tecnico di programmazione di volume per la chirurgia generale non oncologica, comprensivo della mappatura puntuale dei presidi che mantengono attività di chirurgia generale, della definizione formale dei presidi Hub e Spoke con i relativi bacini di riferimento, dei volumi minimi per attività e presidio, e dei criteri di appropriatezza per il ricorso all'approccio mininvasivo (laparoscopico o robotico), è affidata al DIAR Chirurgia in raccordo con la struttura di analisi epidemiologica regionale, da produrre entro il primo semestre 2027 in coerenza con il cronoprogramma adottato per la rete ortopedica. Entro lo stesso termine sono adottati i PDTA regionali per l'ernioplastica, la colecistectomia e la proctologia benigna.

Le riorganizzazioni che modificano l'offerta chirurgica locale, ivi comprese quelle che derivano dalla programmazione del DIAR Chirurgia di cui al capoverso precedente, sono comunicate alla cittadinanza con almeno sei mesi di preavviso rispetto all'entrata in vigore, attraverso canali

informativi accessibili e in raccordo con il par. 17.5 sulla comunicazione del sistema di governance.

La Rete Regionale per la Cura dell'Obesità (RRCO)

La Legge 149/2025 riconosce l'obesità come malattia cronica recidivante e obbliga le Regioni a garantire la chirurgia bariatrica e metabolica come opzione terapeutica strutturata all'interno del Servizio Sanitario Regionale. In Liguria circa il 10% della popolazione adulta è affetta da obesità ($BMI \geq 30$) e una quota significativa di pazienti con indicazione bariatrica si rivolge annualmente a strutture extra-regionali, principalmente in Lombardia e Piemonte. La Regione attiva formalmente la Rete Regionale per la Cura dell'Obesità (RRCO) come terza rete chirurgica regionale specialistica, strutturata secondo il modello Hub-Spoke applicato alla rete ortopedica e alla Rete Robotica Chirurgica Regionale, in coerenza con la logica di concentrazione delle alte complessità e di mantenimento delle competenze chirurgiche locali per i casi a complessità inferiore. La componente territoriale del PDTA Obesità (medicina generale e pediatria di libera scelta per screening e monitoraggio, CdC Hub per il percorso multidisciplinare non chirurgico) è disciplinata al par. 8.2.

La RRCO è organizzata su due livelli operativi. L'Hub regionale opera presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e gestisce i casi complessi, in particolare quelli con $BMI > 50$, con precedenti interventi bariatrici, con comorbidità severe o con necessità di revisione chirurgica. L'Hub regionale svolge inoltre le funzioni di ricerca, formazione e coordinamento clinico della rete. I Centri Spoke qualificati, individuati presso l'Ente Ospedaliero Galliera, l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, l'Ospedale di Lavagna e l'Ospedale di Sarzana, trattano i casi di chirurgia bariatrica primaria nei pazienti con indicazione standard. La disciplina puntuale dei requisiti organizzativi degli Hub e degli Spoke, dei volumi minimi per équipe, della governance di rete e degli indicatori di esito è definita con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027, in coerenza con i cronoprogrammi della rete ortopedica e della Rete Robotica Chirurgica Regionale.

Il PDTA regionale dell'obesità definisce i criteri di accesso alla chirurgia bariatrica adottando un sistema a due livelli, in linea con l'evoluzione normativa internazionale. Per le indicazioni consolidate, in coerenza con le LG SICOB 2023, sono candidati alla chirurgia bariatrica i pazienti con $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ indipendentemente dalla presenza di comorbidità, ovvero i pazienti con $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ in presenza di almeno una comorbidità maggiore (diabete mellito tipo 2, sindrome delle apnee ostruttive del sonno, ipertensione arteriosa, dislipidemia) dopo almeno sei mesi di trattamento medico-comportamentale strutturato e documentato; sono altresì candidabili i pazienti con $BMI \geq 35$ che abbiano raggiunto il valore soglia in passato, anche se il BMI attuale è inferiore per un calo ponderale preoperatorio. Per le indicazioni ampliate, le linee guida internazionali aggiornate ASMBS/IFSO 2022 (Eisenberg et al., *Obes Surg* 2023;33:3-14) raccomandano la chirurgia metabolica e bariatrica per $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ indipendentemente dalla presenza di comorbidità e ne raccomandano la considerazione per $BMI 30-34,9 \text{ kg/m}^2$ in presenza di malattia metabolica non controllata con terapia medica. Il PDTA regionale recepisce questa evoluzione per i casi di obesità di classe I con comorbidità metabolica severa (diabete mellito tipo 2 con HbA1c superiore al 7,5% in terapia ottimizzata, sindrome delle apnee ostruttive del sonno severa, steatoepatite metabolica con fibrosi $F \geq 2$), valutati collegialmente dal team multidisciplinare dell'Hub.

La RRCO si fonda su requisiti operativi vincolanti per tutti i centri della rete. Il team multidisciplinare obbligatorio pre-chirurgico è composto da chirurgo bariatrico, endocrinologo o internista, nutrizionista, psicologo e anestesista. Il volume minimo per ciascun Centro Spoke è fissato in almeno 30 interventi bariatrici primari/anno per équipe, in coerenza con la soglia SICOB per centro qualificato. L'integrazione con i percorsi di farmacoterapia mediante GLP-1 RA prevede la definizione dei criteri di selezione chirurgia versus farmacoterapia in coerenza con i percorsi AIFA e la possibilità di percorsi sequenziali farmacoterapia-chirurgia ove clinicamente appropriato. Il monitoraggio degli esiti a lungo termine è assicurato dal registro regionale bariatrico integrato con IT-CURA, con raccolta obbligatoria della perdita di peso percentuale (%EWL e %TWL) a 1, 3 e 5 anni dall'intervento, della remissione delle comorbidità e della qualità della vita. Target della RRCO: riduzione del 40% della mobilità passiva bariatrica extra-regionale entro il 2030 rispetto alla baseline 2024; registro regionale bariatrico operativo entro il 2027.

10.5 Salute della donna: diagnostica di prossimità e ginecologia distrettuale

La mobilità passiva extra-regionale per oncologia ginecologica è rappresentata come una delle tre criticità strutturali del sistema ligure. La risposta alla componente ad alta complessità vede la chirurgia oncologica ginecologica concentrata nei tre Poli di Oncologia Ginecologica e riduzione della mobilità passiva del 30% entro il 2030. Questo paragrafo risponde alla mobilità passiva ambulatoriale per prestazioni ginecologiche meno complesse che la donna cerca fuori regione non per mancanza di eccellenza, ma per mancanza di accesso prossimo e tempestivo. Una donna con test HPV positivo che aspetta sei mesi la colposcopia, o con sanguinamento uterino anomalo che non riesce a prenotare l'isteroscopia, non ha bisogno dell'Hub: ha bisogno di un ambulatorio distrettuale attrezzato e di un accesso strutturato. Queste prestazioni, colposcopia, isteroscopia diagnostica, procedure ginecologiche di bassa complessità, non richiedono sala operatoria né ricovero. Sono prestazioni che il distretto e il consultorio familiare possono erogare, se messi nelle condizioni di farlo. Il Piano interviene su due assi: portare la diagnostica di secondo livello nelle sedi distrettuali e consolidare la ginecologia ambulatoriale e la Day Surgery nei consultori familiari.

Diagnostica di II livello distrettuale: colposcopia e isteroscopia

Il Piano prevede l'attivazione sistematica di prestazioni diagnostiche di secondo livello direttamente nelle sedi distrettuali, in raccordo con il consultorio familiare, per le fasi del ciclo di vita femminile in cui l'accesso continuativo alla specialistica è clinicamente essenziale. Le prestazioni attivate nelle sedi distrettuali sono le seguenti.

Colposcopia di II livello: per le donne con HPV test positivo e successiva conferma citologica nello screening cervicale organizzato. La colposcopia distrettuale completa e potenzia quanto già previsto nel par. 11.9, dove è prevista l'estensione degli orari degli ambulatori di colposcopia di secondo livello per ridurre i tempi di attesa post-test positivo: il presente paragrafo aggiunge la dimensione di prossimità, portando la prestazione nelle sedi distrettuali ed eliminando il passaggio attraverso l'agenda ospedaliera per i casi che non richiedono

gestione chirurgica immediata. Il percorso colposcopia distrettuale è raccordato con il programma di screening cervicale (par. 11.9) tramite IT-CURA: la donna con test positivo riceve appuntamento diretto entro i tempi RAO senza nuova impegnativa.

Isteroscopia diagnostica ambulatoriale: per la valutazione dell'endometrio nelle donne con sanguinamento uterino anomalo (SUA) in premenopausa o post-menopausa, eseguita in anestesia locale o con sedazione cosciente leggera. L'isteroscopia ambulatoriale distrettuale è la risposta appropriata alla stragrande maggioranza dei casi di SUA, che non richiedono sala operatoria ma solo una sala ambulatoriale attrezzata e un ginecologo con competenza endoscopica. La sua disponibilità in setting distrettuale è la misura più efficace per ridurre i tempi di diagnosi nei quadri di endometrio con sospetto oncologico, dove il ritardo diagnostico ha impatto diretto sulla prognosi.

Ginecologia ambulatoriale e Day Surgery nei consultori: il modello integrato

Il Piano promuove il consolidamento organizzativo del Consultorio Familiare come nodo della rete ginecologica regionale, in raccordo con la ginecologia ospedaliera, per garantire la continuità delle attività di ginecologia ambulatoriale e Day Surgery a bassa complessità, ablazione endometriale, miomectomia ambulatoriale, spiralizzazione, biopsia endometriale, con accesso diretto dalla rete consultoriale, senza necessità di nuova presa in carico ospedaliera. L'attivazione di questo modello nelle cinque aree sociosanitarie, secondo modalità organizzative coerenti con l'assetto dipartimentale di ATS Liguria, è perseguita progressivamente entro il 2028. La logica organizzativa è la seguente: il consultorio familiare, presidio di prossimità che già conosce la storia clinica della donna, diventa anche il punto di esecuzione delle procedure ginecologiche di bassa complessità, evitando il doppio passaggio consultorio–ospedale–consultorio. Il ginecologo che esegue la procedura è lo stesso che ha formulato l'indicazione, con accesso diretto alla cartella e al piano di cura già in IT-CURA. Questo riduce i tempi di attesa, abbatte la frammentazione tra setting e migliora l'esperienza della donna, che non deve ripetere la propria storia clinica a ogni passaggio.

Riabilitazione del pavimento pelvico femminile in setting distrettuale

Nello stesso modello integrato il Piano colloca i percorsi di bassa complessità in uroginecologia e riabilitazione del pavimento pelvico femminile, oggi spesso erogati in setting ospedaliero non necessario. L'incontinenza urinaria femminile, le disfunzioni perineali post-partum e le disfunzioni del pavimento pelvico in menopausa sono prestazioni che il consultorio familiare può presidiare in raccordo strutturato con la ginecologia ospedaliera per la consulenza specialistica e per i casi che richiedono chirurgia o diagnostica complessa. L'attivazione progressiva nelle cinque aree, in coerenza con il modello di consolidamento della SC Consultorio Familiare nel Dipartimento Chirurgico di riferimento, libera capacità ospedaliera per i percorsi diagnostici, riabilitativi e chirurgici uroginecologici di terzo livello, riducendo la mobilità passiva ambulatoriale e i tempi di attesa.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Colposcopia II livello erogata in sede distrettuale (n. aree)	2 aree (pilota)	5 aree
Tempo medio accesso colposcopia da test positivo screening cervicale	Rilevazione baseline	≤ 60 giorni in tutte le aree
Isteroscopia diagnostica ambulatoriale distrettuale attiva (n. aree)	1 area (pilota Area 3)	4 aree
Ginecologia ambulatoriale + Day Surgery in consultorio (n. aree)	1 (Area 3, già attivo)	5 aree
Donne inviate al percorso distrettuale senza reimpegnativa da screening cervicale (%)	Avvio	80%

10.6 Le Malattie Rare, Rarissime e Orfane di diagnosi

Le malattie rare, per la loro bassa prevalenza individuale ma rilevanza collettiva (oltre seimila entità nosologiche che in Liguria interessano complessivamente decine di migliaia di persone), richiedono una risposta organizzata non su base aziendale ma su base regionale e sovraregionale, con connessione diretta alle reti europee di riferimento. La Liguria si è dotata di un sistema integrato e multilivello, che articola le competenze tra il Centro di Coordinamento Regionale (programmazione, Registro Regionale interconnesso con il Registro Nazionale ISS), i Centri di Eccellenza (Hub) partecipanti alle reti europee ERN, i Centri di Riferimento (Spoke) per la diagnosi e la presa in carico, lo Sportello Malattie Rare come punto di orientamento per pazienti e famiglie, il Comitato Tecnico Scientifico e il Tavolo di consultazione con le Associazioni dei pazienti e con UNIAMO. Il Piano assume questo assetto come infrastruttura di rete e ne consolida il funzionamento nel quinquennio 2026-2030.

Le direttrici di sviluppo sono cinque e ciascuna risponde a un nodo operativo specifico.

1. Diagnosi precoce e Screening Neonatale Esteso: la Regione sostiene la partecipazione attiva ai tavoli nazionali per l'ampliamento del pannello SNE e il raccordo con la ricerca scientifica, riconoscendo che il momento della nascita resta la frontiera più efficace della diagnosi precoce.
2. Gestione delle Red Flag in medicina generale e in pediatria di libera scelta, attraverso un programma strutturato di collaborazione tra MMG, PLS e Centri specialistici per il riconoscimento tempestivo dei segnali d'allarme al fine di ridurre i tempi di diagnosi.
3. Al fine di favorire la transizione dall'età pediatrica all'età adulta, sono promossi protocolli specifici.
4. Gestione in emergenza-urgenza dei pazienti con malattie rare in condizioni tempo-dipendenti con il potenziamento della formazione continua del personale del Pronto Soccorso sulla gestione del paziente fragile in PS.

5. Teleconsulto europeo ERN attraverso CPMS: la piattaforma della Commissione Europea consente la condivisione di casi complessi con panel di esperti europei; la Regione ne promuove l'utilizzo sistematico come strumento ordinario di discussione multidisciplinare per i casi a elevata complessità diagnostica o terapeutica.

L'infrastruttura operativa si completa con l'implementazione della figura territoriale del Case Manager per le Malattie Rare come perno della presa in carico integrata tra ospedale e territorio, e con il rafforzamento del Registro Regionale quale strumento di sorveglianza epidemiologica e di supporto alla ricerca traslazionale, in coerenza con la strategia di sviluppo dell'AOM e con il ruolo di IRCCS Gaslini per la componente pediatrica. La formazione del personale sanitario e l'informazione ai pazienti e alle famiglie, in particolare attraverso l'ottimizzazione dello Sportello Regionale e dei canali informativi accessibili, costituiscono condizione abilitante trasversale a tutte le direttrici.

Target al 2028

consolidamento operativo dell'intera rete regionale Malattie Rare secondo l'assetto ALISA deliberazione n. 318/2023; ampliamento progressivo del pannello dello Screening Neonatale Esteso in coerenza con gli indirizzi nazionali; utilizzo sistematico della piattaforma CPMS da parte dei Centri ERN liguri per i casi a elevata complessità; attivazione del Case Manager territoriale per le Malattie Rare in tutte le AREE; protocolli di transizione pediatria-adulto operativi.

10.7 La Rete regionale Donazione e Trapianto di organi, tessuti e cellule

Riferimenti normativi e programmatici: L. 91/1999 (disposizioni in materia di prelievi e trapianti Accordo Stato-Regioni n. 225/CSR del 14/12/2017, Programma Nazionale Donazione di Organi, DGR 641/2025 (Recepimento della proposta di strutturazione e adeguamento del modello organizzativo della Rete regionale donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule), Centro Nazionale Trapianti (CNT). La donazione e il trapianto di organi, tessuti e cellule costituiscono un indicatore di maturità complessiva del sistema sanitario regionale: richiedono coordinamento tra terapie intensive, neurologia, chirurgia specialistica, laboratori di istocompatibilità, centri di prelievo e centri trapianto, con adesione rigorosa agli standard nazionali di qualità e sicurezza. Con la DGR 641/2025 la Liguria ha formalmente recepito il modello organizzativo della Rete regionale Donazione e Trapianto adeguato agli standard del Programma Nazionale Donazione di Organi e alle raccomandazioni del Centro Nazionale Trapianti. Il Piano assume questo quadro come riferimento e ne promuove la piena attuazione nel quinquennio. Le linee di sviluppo sono articolate su quattro assi. Il primo è il potenziamento dell'attività di donazione e trapianto in tutte le sue forme: donazione a cuore battente con morte accertata con criteri neurologici (DBD), donazione a cuore fermo con accertamento con criteri cardiologici (DCD) e implementazione delle tecniche di preservazione degli organi in-vivo ed ex-vivo, donazione di tessuti e di Cellule Staminali Emopoietiche. I programmi trapianto riguardano il fegato (adulto e pediatrico, da donatore cadavere e da vivente) e il rene (adulto e pediatrico, da donatore cadavere e da vivente), con valorizzazione del ruolo di IRCCS Gaslini per la componente pediatrica. Il secondo asse è l'istituzione di un Programma Regionale di Qualità del processo di donazione, con indicatori nazionali di qualità, audit periodici sui centri

di prelievo e tenuta del Registro Regionale dei decessi con cerebrolesione in rianimazione quale strumento di verifica della congruità del debito informativo verso il CNT. Il terzo asse riguarda la programmazione annuale condivisa tra Amministrazione regionale e Centro Regionale Trapianti, con definizione di obiettivi specifici per ciascuna struttura della rete e per ciascun programma trapianto, attivo o da attivare, e con un sistema di finanziamento che accompagni il conseguimento degli obiettivi. Il quarto asse è formazione e cultura della donazione; il Piano prevede la programmazione formativa annuale per l'aggiornamento permanente degli operatori sanitari e amministrativi coinvolti nella rete, e un Progetto regionale sistematico di promozione della cultura della donazione rivolto alla popolazione generale, in coerenza con le campagne nazionali del CNT.

Target al 2028, piena attuazione della Rete regionale secondo il modello organizzativo DGR 641/2025; programmazione annuale condivisa ATSL-CRT operativa con obiettivi specifici per struttura e programma trapianto; Programma Regionale di Qualità attivo con audit periodici e tenuta del Registro Regionale dei decessi con cerebrolesione; consolidamento dei programmi DBD e DCD e sviluppo della preservazione ex-vivo; rafforzamento dei programmi pediatrici di trapianto di fegato e rene presso IRCCS Gaslini; programmazione formativa regionale annuale adottata; campagna regionale sistematica di comunicazione e diffusione della cultura della donazione.

11. Percorso 5. Crescere e invecchiare in salute: prevenzione, famiglia e comunità

La prevenzione è un investimento su tempi lunghi che il sistema sanitario regionale è chiamato a presidiare con visione strategica, anche quando l'urgenza dell'acuto rischia di assorbirne le risorse e l'attenzione. Il presente Percorso raccoglie gli interventi che agiscono a monte della malattia conclamata: i programmi di screening organizzato, la promozione dei sani stili di vita, la protezione dell'età evolutiva, il contrasto alla povertà e all'esclusione, le politiche per l'invecchiamento attivo. Tali interventi producono un ritorno di salute che non si misura sull'aumento della sola aspettativa di vita, bensì sull'aspettativa di vita in buona salute e in piena autosufficienza, l'indicatore che oggi rappresenta meglio di ogni altro la qualità del sistema sanitario di una popolazione che invecchia.

11.1 Prevenzione primaria e promozione della salute

Il presente Piano assume una concezione articolata della prevenzione, distinguendo tra prevenzione primaria intesa come l'insieme degli interventi che agiscono sui determinanti di salute prima dell'insorgenza della malattia e diagnosi precoce come l'insieme dei programmi di screening organizzato che intercettano patologie già in fase iniziale, sviluppati in dettaglio al par. 11.9. Le due dimensioni sono entrambe necessarie ma non equivalenti per impatto sui determinanti di salute della popolazione. I programmi di screening, oggi articolati e in via di consolidamento nei tre ambiti mammografico, cervicale e colon-rettale, agiscono sull'esito della malattia attraverso la diagnosi tempestiva; gli interventi sui sani stili di vita agiscono

sull'incidenza stessa della malattia, riducendo il numero di nuovi casi e ritardandone la comparsa nella popolazione esposta.

Il loro contributo all'aspettativa di vita in buona salute, non soltanto all'aspettativa di vita complessiva, costituisce ad oggi la leva sanitaria a maggior rendimento di lungo periodo, in particolare in una popolazione con la struttura demografica della Liguria. La sedentarietà, che interessa oltre il 35% degli adulti liguri già dalla giovane età, costituisce uno dei principali determinanti modificabili dell'incidenza di patologie croniche cardiovascolari, metaboliche e oncologiche, e ha effetti diretti sulla prevenzione della fragilità nell'anziano. Il Piano riconosce pertanto alcuni ambiti prioritari di intervento sui determinanti comportamentali: contrasto al tabagismo e all'abuso di alcol, promozione della corretta alimentazione, prevenzione e contrasto dell'obesità in età pediatrica e adulta (par. 11.3), contrasto della sedentarietà attraverso la promozione strutturata dell'attività fisica nelle diverse fasi della vita. Tali ambiti costituiscono il quadro di riferimento dei paragrafi successivi del presente capitolo e trovano declinazione operativa nei programmi di promozione della salute, sviluppati in collaborazione con il sistema dell'istruzione, gli Enti Locali e gli enti del Terzo Settore. Sul versante cardiovascolare, in considerazione dell'elevato impatto epidemiologico delle cardiovasculopatie nella popolazione ligure (prevalenza standardizzata 7,39%, par. 1.2), il Piano riconosce la prevenzione cardiovascolare come ambito specifico di applicazione integrata degli interventi sui determinanti comportamentali (sedentarietà, fumo, alimentazione, abuso di alcol) e sui fattori di rischio cardiovascolare classici modificabili (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito, obesità). La stratificazione del rischio cardiovascolare globale a dieci anni nei soggetti adulti senza pregresso evento, attraverso gli strumenti SCORE2 e SCORE2-OP raccomandati dalla European Society of Cardiology (2021), costituisce strumento operativo della medicina generale e della medicina territoriale per orientare le strategie di prevenzione primaria e secondaria individualizzate, in raccordo con i PDTA della cronicità (cap. 8) e con la rete regionale dell'AFA descritta nel presente paragrafo.

Il Piano recepisce altresì il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 (in corso di approvazione) e lo declina attraverso il Piano Regionale della Prevenzione, con azioni differenziate per aree a diversa prevalenza e diverso profilo socioeconomico. Il Dipartimento di Prevenzione opera in raccordo con i MMG, le scuole e gli enti locali secondo la logica Health in All Policies. Il contrasto alle disuguaglianze è criterio esplicito di selezione delle azioni prioritarie: le aree a maggiore deprivazione ricevono risorse aggiuntive per screening attivo. In coerenza con la Global Strategy on Oral Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2022), la salute orale è ricompresa tra le dimensioni della prevenzione primaria; le prestazioni odontoiatriche del SSR per le categorie vulnerabili sanitarie e sociali sono garantite ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA, allegato 4C) e le azioni di prevenzione delle patologie del cavo orale, ivi compresa la diagnosi precoce del tumore del cavo orale nelle popolazioni a rischio, sono ricomprese nel Piano Regionale Prevenzione.

Le vaccinazioni come prevenzione oncologica primaria: HPV e calendario per la vita

Le vaccinazioni costituiscono lo strumento di prevenzione primaria con il miglior rapporto costo-efficacia disponibile al sistema sanitario. Tra queste, la vaccinazione anti-HPV occupa un posto del tutto peculiare: è insieme alla vaccinazione HBV, misura preventiva che riduce

direttamente il rischio di sviluppare un tumore maligno, agendo a monte dell'infezione che lo causa. I ceppi HPV 16 e 18 sono responsabili di circa il 70% dei tumori della cervice uterina e di una quota rilevante dei tumori dell'orofaringe, dell'ano e del pene; la vaccinazione nonavalente riduce del 90% il rischio di infezione da ceppi ad alto rischio quando OS£somministrata prima dell'esposizione. Nonostante la disponibilità dal 2008 e la gratuità per le coorti target, le coperture vaccinali in Liguria restano al di sotto degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023–2025) in quasi tutte le aree, con eterogeneità significativa tra aree urbane e aree interne e tra femmine e maschi. La sotto copertura nei maschi, storicamente più bassa, rappresenta la principale criticità del sistema: la vaccinazione maschile è l'unica misura per ridurre la trasmissione dei ceppi oncogeni nelle coppie in cui la partner femminile non è vaccinata.

La campagna HPV nelle scuole: il modello school-based

Il Piano estende a tutto il territorio regionale il modello *school-based* già sperimentato con esito positivo in Area 2 (Savonese): la campagna di vaccinazione anti-HPV è condotta direttamente nelle scuole, rivolta a tutti i ragazzi e le ragazze di 11 anni che frequentano le classi prime della scuola secondaria di primo grado. Il Dipartimento di Prevenzione Regionale coordina la campagna in tutte le cinque aree attraverso un protocollo operativo uniforme: invio della lettera informativa alle famiglie con modulo di consenso, appuntamento diretto in classe con l'equipe vaccinale dell'ATSL, somministrazione in ambiente scolastico, registrazione nel sistema informativo vaccinale regionale e nel FSE del ragazzo. Il medico di scuola o il referente scolastico di plesso è il raccordo operativo tra la scuola e il Dipartimento di Prevenzione.

Il modello *school-based* abbatte le tre barriere principali alla copertura: logistica (il ragazzo non deve accedere all'ambulatorio), informativa (la comunicazione avviene in un contesto di fiducia come la scuola) e sociale (l'offerta è uniforme indipendentemente dal livello socioeconomico della famiglia). Le esperienze nazionali e internazionali documentano coperture vaccinali del 90–95% con questo modello, a fronte del 60–70% con il sistema ambulatoriale tradizionale. Il raccordo con il PLS garantisce che i ragazzi con controindicazioni note siano identificati preventivamente e indirizzati alla valutazione individuale.

La co-somministrazione multipla dei vaccini pediatrici

Il progetto di co-somministrazione multipla vaccini, avviato in Area 4 (Chiavarese) nel 2024 come studio osservazionale spontaneo, senza costi aggiuntivi per il sistema, propone l'offerta sistematica di più vaccini nella stessa seduta ai bambini e agli adolescenti che accedono agli ambulatori vaccinali, in accordo con le indicazioni del PNPV e del Calendario per la vita. I dati dell'esperienza pilota documentano un aumento significativo della copertura vaccinale complessiva, in particolare per i vaccini con copertura storicamente più bassa, come varicella, meningococco B e C e rotavirus, senza incremento degli eventi avversi rispetto alle somministrazioni separate e senza costi aggiuntivi.

Il Piano prevede l'estensione del modello a livello regionale entro il 2026, con adozione di un protocollo operativo uniforme elaborato dal Dipartimento di Prevenzione Regionale in raccordo con i Pediatri di Libera Scelta. Il protocollo definisce: le combinazioni di vaccini co-somministrabili per fascia di età e calendario; la gestione degli intervalli minimi tra i prodotti;

le procedure di osservazione post-vaccinale; la registrazione strutturata nel sistema informativo vaccinale. Il PLS è il professionista che propone la co-somministrazione in occasione dei bilanci di salute e che gestisce il calendario individuale del bambino: il Dipartimento di Prevenzione fornisce il supporto tecnico-operativo e monitora le coperture per fascia di età e per area.

Stili di vita e prescrizione dell'attività fisica adattata

L'attività fisica adattata (AFA) costituisce uno strumento di cura strutturato, basato su evidenze scientifiche consolidate e raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito dell'iniziativa "Exercise is Medicine". L'AFA è applicabile lungo l'intero continuum della salute: dalla prevenzione primaria nel cittadino sano, alla prescrizione personalizzata nel paziente con condizioni croniche stabilizzate (diabete tipo 2, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, BPCO, osteoartrosi, lombalgia cronica non specifica, esiti di patologia cardiovascolare e oncologica), fino al recupero funzionale nel paziente fragile e nell'anziano (cfr. par. 8.7 sulla rete per la demenza e il deterioramento cognitivo, in cui l'AFA e le sue declinazioni sono già richiamate come componente della prescrizione sociale per i soggetti pre-fragili). Per molte di queste condizioni, l'AFA agisce in modo complementare alla terapia farmacologica e, nelle fasi iniziali di malattia e sotto stretta valutazione clinica del medico curante, può consentire la riduzione del dosaggio o ritardare l'introduzione della terapia farmacologica stessa.

Il Piano assume l'obiettivo di strutturare nel quinquennio una rete regionale dell'AFA articolata su tre livelli operativi: (i) prescrizione clinica da parte del medico di medicina generale, dello specialista o del medico delle Case della Comunità, integrata nel PDTA della singola condizione cronica; (ii) erogazione presso palestre etiche convenzionate, centri sportivi accreditati, strutture aziendali e territoriali, con istruttori in possesso di qualifica specifica e protocolli condivisi a livello regionale; (iii) monitoraggio degli esiti attraverso indicatori clinici (parametri metabolici, cardiovascolari, funzionali) e indicatori di aderenza, integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico regionale. L'AFA si configura pertanto non come prestazione opzionale o accessoria, ma come elemento strutturale del percorso di presa in carico della cronicità, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e con le indicazioni dell'OMS. Il suo costo organizzativo è ampiamente compensato, in orizzonte di medio periodo, dalla riduzione degli accessi ospedalieri impropri, dei consumi farmaceutici evitabili e dei ricoveri per complicanze evolutive delle malattie croniche.

Medicina e cardiologia dello sport

La medicina dello sport costituisce disciplina specialistica dedicata alla tutela della salute dei soggetti che praticano attività sportiva, in coerenza con il quadro normativo nazionale (D.M. 18 febbraio 1982 sulla tutela sanitaria dell'attività agonistica, D.M. 24 aprile 2013 sulla certificazione di idoneità all'attività non agonistica, L. 8 agosto 2019 n. 86 di riordino del settore). La cardiologia dello sport rappresenta la componente cardiovascolare specifica della medicina dello sport, con particolare riferimento alla prevenzione della morte improvvisa del giovane atleta, alla valutazione di idoneità agonistica e non agonistica, alla gestione clinica dell'atleta con cardiopatia accertata.

Il Piano riconosce la medicina e cardiologia dello sport come componente strutturale del sistema regionale di tutela cardiovascolare, in raccordo con la Rete Cardiologica Regionale di cui al cap. 10 e con la rete regionale dell'AFA descritta al presente paragrafo. Il Piano valorizza in particolare tre ambiti operativi. Il primo è la valutazione di idoneità sportiva agonistica e non agonistica per la popolazione generale, comprensiva degli atleti agonisti, dei soggetti in età evolutiva e degli adulti che accedono allo sport amatoriale strutturato, in coerenza con la normativa nazionale e con i protocolli COCIS (Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport). Il secondo è la valutazione di idoneità dell'atleta con cardiopatia accertata, attraverso protocolli specifici elaborati in raccordo con i centri Hub della Rete Cardiologica Regionale, con riferimento alle linee guida ESC e SIC-Sport. Il terzo è la safety cardiovascolare degli eventi sportivi, comprensiva della disciplina della disponibilità dei Defibrillatori Automatici Esterni (DAE) negli impianti e nelle manifestazioni sportive, in coerenza con il D.M. 26 giugno 2017 e con il "Decreto Balduzzi" 2012-2013, e della formazione all'utilizzo del DAE per gli operatori sportivi e per gli addetti agli impianti.

L'organizzazione regionale della medicina dello sport si fonda sui centri di medicina dello sport pubblici operanti nell'AOM e negli enti storici, e sulle strutture private accreditate per il rilascio delle certificazioni di idoneità sportiva. Il Piano promuove il raccordo strutturato tra i centri di medicina dello sport regionali, la Rete Cardiologica Regionale per la presa in carico dell'atleta con cardiopatia, il Settore regionale Sport e Tempo Libero per la programmazione degli interventi di promozione dell'attività sportiva, le Federazioni sportive (CONI Liguria, Federazione Medico Sportiva Italiana - Sezione Liguria) e gli enti di promozione sportiva. La disciplina puntuale dell'organizzazione regionale della medicina dello sport, dei criteri di accreditamento dei centri, dei protocolli operativi per l'idoneità del cardiopatico e della safety cardiovascolare degli eventi sportivi è definita con atto deliberativo della Giunta regionale entro il primo semestre 2027, in coerenza con la disciplina dell'atto deliberativo sulla Rete Cardiologica Regionale di cui al cap. 10.

Target

Indicatore	Baseline 2024 (stima)	Target 2027	Target 2030
Copertura vaccinale anti-HPV nei dodicenni (femmine)	~65%	≥ 80% in tutte le aree	≥ 90%
Copertura vaccinale anti-HPV nei dodicenni (maschi)	~45%	≥ 70% in tutte le aree	≥ 85%
Modello school-based HPV attivo (n. aree)	1 (Area 2)	5 aree	—
Co-somministrazione multipla: protocollo regionale adottato	No	Sì	—
Copertura varicella a 24 mesi (indicatore proxy co-somministrazione)	~78%	85%	90%

Indicatore	Baseline 2024 (stima)	Target 2027	Target 2030
Copertura meningococco B nel primo anno di vita	Non rilevata sistematicamente	70%	80%

Il Dipartimento di Prevenzione Regionale è la struttura operativa che governa entrambe le campagne a livello regionale, garantendo uniformità di protocollo, monitoraggio delle coperture per area e fascia d'età, e raccordo con il sistema informativo vaccinale nazionale (Anagrafe Vaccinale). I dati di copertura alimentano il cruscotto del Piano Regionale della Prevenzione e sono pubblicati annualmente nel Profilo di Salute della Liguria prodotto dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

11.2 Il sistema integrato 0-6 e i servizi per la prima infanzia

Il D.lgs. 65/2017 "Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino a sei anni, a norma art. 1, commi 180, 181, lettera e) e 182 della legge 13 luglio 2015, n. 107 (Buona Scuola)" ha tracciato chiaramente un itinerario virtuoso da seguire, peraltro, già insito nella vocazione di Regione Liguria: promuovere una cultura dell'infanzia che tenga conto dell'importanza cruciale dei primi sei anni di vita e che ponga il bambino al centro del proprio percorso evolutivo, come soggetto di diritto. Il sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 costituisce – tra l'altro - la prima forma di prevenzione delle vulnerabilità.

La garanzia di qualità dei servizi si realizza attraverso la promozione di coordinamenti pedagogici territoriali, organismi che riuniscono figure professionali altamente competenti in materia pedagogica e che lavorano in sinergia al fine di superare obsolete dicotomie, segmentazioni tra servizi dedicati alla fascia di età "zero-tre anni", quali il nido d'infanzia e altre tipologie similari da un lato e scuole dell'infanzia dedicate alla fascia di età "tre-sei anni" dall'altro. La qualità dei servizi prevede inoltre l'implementazione delle anagrafiche dei servizi zero sei, e il miglioramento della piattaforma G.A.S. (Gestione Anagrafe Strutture), anche in sintonia con quanto previsto del sistema informativo nazionale in elaborazione, di cui al sopra citato Dlgs 65/17, art. 5, lett. e).

Monitoraggio

La qualità pedagogica dei servizi 0-6 è monitorata dal sistema di accreditamento che prevede un rinnovo triennale degli audit per la verifica del permanere delle condizioni che danno origine al rilascio di tale riconoscimento, nonché dalla supervisione costante da parte dei coordinatori pedagogici di ambito territoriale sociale, figure professionali altamente specializzate che sono previste obbligatoriamente dall'art. 12 della l.r. 6/09. Gli aspetti "quantitativi" relativi al numero dei servizi in oggetto, suddivisi per tipologia e per Comune, sono desumibili dal sistema GAS, Gestione Anagrafe Strutture, ogni Comune designa un dipendente per la tenuta dei dati in forma aggiornata almeno semestralmente. L'incrocio tra detti dati e quelli forniti da ISTAT sulla popolazione 0/2 anni consente di calcolare la percentuale di copertura dei servizi medesimi.

Il monitoraggio sull'utilizzo delle risorse ministeriali dedicate al sistema integrato zero sei anni viene effettuato annualmente dal Settore Istruzione e Diritto allo Studio sulla base di indicazioni nazionali.

I dati inerenti alla fruizione di servizi per la prima infanzia tramite misure quali il "voucher nido" o il "voucher per assistenti familiari per l'infanzia" (baby-sitter) sono desumibili dalla piattaforma Open Golfo dove vengono registrati i risultati di dette misure.

Numero servizi per la prima infanzia autorizzati al funzionamento in Liguria con relativo numero di posti: dati desunti dal sistema gas (gestione anagrafe delle strutture) al 22/01/2026. Le linee di intervento del Piano per il sistema integrato 0-6 sono articolate sulle seguenti direttrici. La prima è la qualità pedagogica e formativa, attraverso il consolidamento dei coordinamenti pedagogici territoriali (art. 12 L.R. 6/09), la formazione congiunta tra educatori 0/3 e insegnanti 3/6 in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale e le Federazioni delle Scuole dell'Infanzia, e il riconoscimento dei poli per l'infanzia ex art. 3 D.lgs. 65/17. La seconda è l'accreditamento e la qualità dei servizi, attraverso il consolidamento del sistema di accreditamento triennale, con il supporto di enti in house, e il completamento dell'anagrafica regionale GAS. La terza è l'accessibilità e il sostegno alle famiglie, attraverso i voucher nido finanziati con FSE+, il sostegno all'apertura estiva dei servizi, l'erogazione di voucher per assistenti familiari per l'infanzia e il convenzionamento intercomunale per i territori sprovvisti di servizi. La quarta è la semplificazione procedurale e l'aggiornamento normativo, in collaborazione con Agenzia Liguria Salute, e la programmazione delle risorse ministeriali dedicate al sistema integrato 0-6 in raccordo con le indicazioni nazionali.

tipologia di servizio	numero servizi	numero posti
nido d'infanzia	236	7454
centro bambine e bambini/(spazio gioco)	10	210
servizio educativo domiciliare	22	187
sezione primavera	80	1359
totali	351	9210

popolazione di età 0/2 anni residente in Liguria, numero posti servizi prima infanzia, percentuale di copertura di detti servizi per ciascun ATS, dati ISTAT al 01/01/2025

ATSL	0/2 anni	numero posti nei servizi	% di copertura dei servizi
1	3666	814	22,20%
2	4124	1347	32,66%
3	11877	4945	41,63%

4	2306	759	32,91%
5	3672	1345	36,62%
totali	25645	9210	copertura media regionale 35,91%

Tutti i servizi a titolarità pubblica sono sottoposti con cadenza triennale alla verifica del possesso dei requisiti di qualità richiesti per l'accreditamento ai servizi privati.

I servizi a titolarità privata hanno facoltà di richiedere l'accreditamento: il 74,38% dei nidi d'infanzia privati autorizzati al funzionamento è anche accreditato, per i centri bambine e bambini la percentuale è 66.7%, per i domiciliari è del 53, 84%.

Protezione e sviluppo nell'età evolutiva

Il sistema di protezione e promozione che accompagna la persona dall'infanzia all'età adulta giovane, mette al centro il nucleo familiare come primo e fondamentale luogo di vita. La cornice di riferimento nell'ambito delle politiche a favore dei minorenni è Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, la Regione Liguria, in collaborazione con il Garante Regionale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e attraverso la sensibilizzazione e l'impegno di tutti gli attori coinvolti, responsabili a livello regionale e locale per le politiche dell'infanzia, il Terzo Settore e tutta la comunità educante, promuove azioni volte a rendere esigibili i diritti soggettivi di cui sono portatori bambini e bambine, ragazzi e ragazze. Il rispetto dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è strettamente legato alla necessità di riconoscere la centralità politica degli interventi a favore dei minorenni per la realizzazione del loro "migliore" interesse (best interest) negli atti normativi, amministrativi e giudiziari, nelle politiche, programmi e progetti di rilevante impatto sull'infanzia. La Liguria registra un'incidenza di minorenni in carico ai servizi sociali superiore alla media nazionale, un tasso elevato di allontanamenti temporanei dalla famiglia e una marcata prevalenza dell'accoglienza residenziale con disomogeneità territoriali significative. La risposta non può essere frammentata: occorre un sistema integrato che dalla nascita accompagni i percorsi di crescita, prevenga le vulnerabilità e sostenga le famiglie prima che il disagio si cronicizzi. La Liguria si distingue, tra le regioni italiane, per un numero di minorenni in carico al servizio sociale tra i più elevati d'Italia (68,1 minorenni in carico ogni 1.000 residenti 0-17 anni contro una media nazionale di 41,4 su mille). Il 69% sono in carico al Comune di Genova. La Liguria detiene anche il tasso più elevato in Italia di minorenni allontanati temporaneamente dalla famiglia (al netto dei MSNA), pari a 6,5 per mille residenti contro una media nazionale di 3,9 per mille. Il dato è in aumento negli ultimi 3 anni disponibili

Minorenni - Minorenni in affidamento familiare per almeno 5 notti la settimana e accolti nei servizi residenziali per regione ogni 1.000 residenti 0-17 anni, al netto dei MSNA, dati al 31.12, 2022-2024

Regione	2022	2023	2024
Piemonte	4,3	3,9	4,7
Valle d'Aosta	3,3	3,9	3,3
Lombardia	4,3	4,1	4,2
Bolzano	2,5	2,7	3,3
Trento	3,4	4,3	4,6
Veneto	2,6	2,5	2,6
Friuli-Venezia Giulia	2,9	3,4	3,1
Liguria	5,9	6,1	6,5
Emilia-Romagna	4,2	3,8	3,9
Toscana	2,8	3,0	4,0
Marche	3,6	3,9	4,1
Umbria	3,7	3,4	5,8
Lazio	2,7	2,7	3,5
Abruzzo	2,3	2,7	3,1
Molise	2,7	3,9	5,3
Campania	2,1	2,2	3,1
Puglia	3,4	3,9	4,2
Basilicata	3,1	3,9	3,3
Calabria	3,0	3,2	2,8
Sicilia	3,2	4,1	4,1
Sardegna	3,9	4,3	4,9
Italia	3,4	3,5	3,9

Fonte: Quaderni della ricerca sociale n. 66 I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS Anno 2024

Il dato sull'accoglienza in strutture è del 4,2 per mille, il valore più alto a livello nazionale e quasi il doppio rispetto alla media nazionale (2,3 per mille). Il dato ha una distribuzione sul territorio regionale molto disomogenea.

Minorenni accolti nei servizi residenziali per regione ogni 1.000 residenti 0-17 anni, al netto dei MSNA, dati al 31.12, 2022-2024

Regione	2022	2023	2024
Piemonte	1,9	1,7	2,5
Valle d'Aosta	2,0	2,4	1,9
Lombardia	2,8	2,6	2,6
Bolzano	1,7	1,5	2,1
Trento	2,1	2,9	3,1
Veneto	1,4	1,3	1,5
Friuli-Venezia Giulia	1,9	2,1	1,9
Liguria	3,6	3,9	4,2
Emilia-Romagna	2,7	2,3	2,6
Toscana	1,2	1,3	2,2
Marche	2,0	2,3	2,5
Umbria	2,1	1,8	3,2
Lazio	1,6	1,6	2,3
Abruzzo	1,3	1,7	2,0
Molise	1,4	1,9	2,7
Campania	1,4	1,4	2,2
Puglia	2,2	2,4	2,7
Basilicata	1,9	3,0	1,8
Calabria	1,6	1,7	1,4
Sicilia	2,0	2,6	2,7
Sardegna	2,5	2,7	3,3
Italia	2,0	2,1	2,4

Fonte: Quaderni della ricerca sociale n. 66 I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS Anno 2024

Dati integrativi: minorenni accolti nei servizi residenziali al netto dei MSNA
(valori per 1000 residenti 0-17 anni)

Regione	ATS	Minorenni accolti nei servizi residenziali al netto dei MSNA ogni 1000 residenti 0-17 anni
LIGURIA	DISTRETTI SOCIO SANITARI 9 E 11	7,0
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 1 VENTIMIGLIESE	5,6
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 2 SANREMESE	1,8
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 3 IMPERIESE	1,6
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4 ALBENGALESE	2,4
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 5 FINALESE	1,7
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 6 BORMIOE	2,1
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 7 SAVONESE	3,6
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 8 EXTRA GENOVA	2,0
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 10 EXTRA GENOVA	1,0
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 14 TIGULLIO OCCID.	2,7
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 15 CHIAVARESE	3,0
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16 TIGULLIO	6,7
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 17 RIVIERA E VAL D.	1,7
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO DSS 18 SPEZZINO	2,0
	DISTRETTO SOCIO SANITARIO DSS 19 VAL DI MAG.	0,9
	Totale Regione	4,2

Fonte: <https://analytics.lavoro.gov.it/>

La finalità principale è quella di intercettare precocemente le vulnerabilità e attivare interventi tempestivi, appropriati e intensivi per evitare allontanamenti dal nucleo familiare d'origine, favorendo processi di sostegno alla genitorialità positiva partecipati e trasformativi. Questo richiede équipe multidisciplinari attive, protocolli operativi condivisi tra ATS, ATS Liguria, scuola, e un Terzo Settore integrato non come fornitore residuale ma come co-progettista della risposta territoriale.

La programmazione del prossimo quinquennio si pone i seguenti obiettivi strategici:

1. Rafforzare prevenzione, tutela e qualità dell'accoglienza per i minori attraverso le seguenti azioni:
 - Consolidare il LEPS P.I.P.P.I. su tutto il territorio regionale quale modello d'intervento con le famiglie per la prevenzione dell'allontanamento del minore dal nucleo di origine e la promozione della genitorialità positiva;
 - Adottare sistematicamente la valutazione e la presa in carico sociosanitaria integrata del minore e della famiglia vulnerabile e il Progetto Quadro per definire, in modo integrato e multidisciplinare, gli interventi di tutela, cura e sostegno;
 - Promuovere la cultura dell'affidamento familiare quale risorsa prioritaria nei progetti di tutela e protezione del minore,
 - Rafforzare la qualità dell'accoglienza residenziale e semi-residenziale per minorenni e nuclei genitore – bambino.
 - Sostenere la qualità dei percorsi adottivi attraverso percorso di formazione per gli aspiranti genitori adottivi e gli operatori delle équipe dedicate;
 - Attivare accoglienze residenziali con équipe sociosanitaria stabile per minorenni in situazione di disagio per i quali sia stata valutata la necessità, anche rispetto al rischio

di ulteriore danno, di un allontanamento temporaneo dal nucleo familiare e che al contempo presentino disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici;

- Velocizzare e supportare l'individuazione di tutori volontari per i minori e di strutture di accoglienza attraverso la sistematizzazione di dati preparatori resi disponibili dal Tribunale per i Minorenni all'ufficio regionale di supporto al Garante per l'infanzia e l'adolescenza, con l'utilizzo dei sistemi regionali Gprox per la Giustizia di Prossimità e Ausiliaria
2. Prevenire le vulnerabilità giovanili e promuovere autonomia e partecipazione attraverso le seguenti azioni:
- Sviluppare interventi di prossimità, aggregazione, promozione del benessere affettivo e relazionale, contrasto alla povertà educativa e al divario digitale;
 - Sostenere i progetti di autonomia personale, lavorativa ed abitativa dei neomaggiorenni in uscita da percorsi di tutela;
 - Promuovere accordi territoriali con scuole, enti formativi, imprese, ETS e realtà culturali/sportive per costruire reti di opportunità formative e lavorative.
 - Sostenere spazi e presidi territoriali per giovani, con valorizzazione delle progettualità nelle aree interne e periferiche.
3. Sostenere i nuclei familiari fragili con presa in carico precoce e integrata attraverso le seguenti azioni:
- Potenziare la valutazione multidimensionale del nucleo e la presa in carico precoce tramite équipe integrate ATS-ATSL, con il coinvolgimento della scuola e del terzo settore, definendo i progetti in maniera partecipata con le famiglie;
 - Implementare la rete dei Centri per la Famiglia quali presidi di prossimità per il sostegno genitoriale e la promozione di una cultura di vicinanza solidale;
 - Definire progetti personalizzati di accompagnamento con monitoraggio di continuità ed esiti

Indicatori chiave

- *Copertura servizi 0-6 per ATS*
- *Almeno 20 centri famiglie attivi entro il 2029*
- *Almeno 1 struttura di accoglienza residenziale con équipe sociosanitaria stabile per minori con bisogni neuropsichiatrici attiva nella regione entro il 2028;*
- *100% ATS con LEPS P.I.P.P.I. attivato entro il 2027.*

La diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico: lo strumento NIDA La diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) è il principale determinante dell'efficacia degli interventi abilitativi: ogni mese di ritardo nella presa in carico NPJA si traduce in un peggioramento misurabile degli esiti a lungo termine. Il Pediatra di Famiglia è il professionista che vede il bambino con maggiore continuità nei primi tre anni di vita, nei 14 bilanci di salute previsti dal calendario, ed è quindi il soggetto naturalmente deputato all'identificazione dei segnali precoci di alterazione dello sviluppo neuro-evolutivo. Il Piano aderisce al Network Italiano per il Riconoscimento Precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (NIDA), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e prevede l'adozione dello strumento NIDA come modalità

standardizzata di monitoraggio neuro-evolutivo nei bilanci di salute del PdF, con particolare attenzione alle finestre di osservazione a 18 e 24 mesi. I dati rilevati dal PdF sono informatizzati in IT-CURA e trasmessi automaticamente al flusso NIDA-ISS, garantendo la partecipazione della Liguria alla sorveglianza epidemiologica nazionale sui DSA e alimentando il registro regionale dei casi segnalati. I bambini con segnali di alterazione neuro-evolutiva rilevati tramite NIDA sono inviati alla NPJA entro 30 giorni dalla segnalazione, con accesso prioritario garantito. Priorità assoluta è data ai fratelli di soggetti già diagnosticati con DSA, categoria ad alto rischio per la quale il monitoraggio attivo è avviato dal primo bilancio di salute disponibile. L'identificazione precoce dei segnali di rischio neuroevolutivo richiede, accanto allo strumento NIDA, una figura professionale di primo livello che operi stabilmente nei consultori e nelle Case della Comunità prima dell'invio alla NPJA specialistica. Il Piano individua nel Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) questa figura: in raccordo con il Pediatra di Libera Scelta, svolge la prima valutazione funzionale neuro psicomotoria del bambino 0–6 anni, individua le vulnerabilità nelle aree motoria, prassica, percettiva e relazionale, attiva interventi abilitativi tempestivi e supporta le famiglie prima e durante i passaggi alla presa in carico specialistica. Il modello riduce i tempi di intercettazione, migliora l'appropriatezza degli invii alla NPJA e garantisce equità di accesso su tutto il territorio regionale.

Offerta riabilitativa diretta 0-6 e armonizzazione risorse dirette/CAR

L'offerta riabilitativa per i disturbi del neurosviluppo nella fascia 0–6: potenziamento diretto e armonizzazione con i CAR. La diagnosi precoce garantita dallo strumento NIDA produce valore solo se è seguita da una presa in carico riabilitativa tempestiva e adeguata. In Liguria, l'offerta riabilitativa per i disturbi del neurosviluppo nella fascia 0–6 anni è erogata sia attraverso le strutture NPJA a gestione diretta delle aree ATSL sia attraverso i Centri di Abilitazione e Riabilitazione (CAR) convenzionati. Le due filiere operano con livelli di integrazione e di armonizzazione tariffaria e procedurale non uniformi tra le aree, con il rischio di disuguaglianze nell'accesso e nella qualità degli interventi. Il Piano prevede due azioni integrate. La prima è il potenziamento dell'offerta riabilitativa a gestione diretta NPJA per la fascia 0–6, con priorità alle aree in cui i tempi di attesa per l'accesso ai trattamenti abilitativi superano i 30 giorni dalla diagnosi: l'obiettivo è garantire che ogni bambino con DSA o altro disturbo del neurosviluppo identificato tramite NIDA possa avviare il percorso terapeutico entro i tempi clinicamente rilevanti, senza che la variabilità dell'offerta territoriale determini disparità negli esiti. La seconda è l'armonizzazione tra le risorse dirette e i CAR contrattualizzati: il Piano prevede la revisione dei criteri di accesso, dei profili di utenza ammissibili, delle tariffe e degli standard di qualità dei CAR convenzionati con ATSL, con l'obiettivo di costruire un sistema unico regionale in cui la scelta tra struttura diretta e CAR sia determinata dal bisogno del bambino e dalla prossimità geografica, e non da differenze procedurali o tariffarie.

Obesità infantile e adolescenziale: approccio life-course. In Liguria il 4–5% dei minori è affetto da obesità e il 20% da sovrappeso. In attuazione della L. 149/2025, il Piano adotta un approccio life-course che interviene fin dall'età evolutiva per modificare la traiettoria di salute: il Pediatra di Libera Scelta integra lo screening del BMI nei bilanci di salute con counseling su alimentazione e attività fisica rivolto alla famiglia; nelle scuole primarie e secondarie vengono attivati programmi di educazione alimentare in raccordo con i Dipartimenti di Prevenzione; i minori con obesità clinicamente significativa sono indirizzati al percorso multidisciplinare

dedicato previsto nel PDTA regionale (OS3). Il contrasto alla sedentarietà in età evolutiva si raccorda con la rete regionale dell'attività fisica adattata di cui al par. 11.1 e con le politiche di promozione dell'attività fisica nelle aree urbane e nell'entroterra.

11.3 Promozione delle pari opportunità di genere e contrasto alla violenza contro le donne

Il Piano regionale si allinea alla Strategia Nazionale per la Parità di Genere 2021-2026 e alla L.R. 26/2008. Nonostante la governance esistente e i percorsi avviati sul territorio, permangono in Liguria disparità trasversali che ostacolano il raggiungimento di una piena parità tra uomini e donne, rendendo necessaria l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sanitarie, lavorative, educative. In Liguria le donne rappresentano sia la minoranza degli occupati full time sia la gran parte degli occupati a tempo parziale, permangono divari retributivi di genere e segregazione nelle discipline STEM. Occorre implementare in maniera strutturale la diffusione della medicina di genere, in linea con quanto disposto dalla Legge n. 3/2018, e garantire un'efficace prevenzione e contrasto della violenza di genere, in accordo con il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne. Ad oggi in Liguria sono presenti 11 Centri antiviolenza (CAV), riconosciuti dalla Regione Liguria, che erogano servizi di prevenzione e accoglienza, a titolo gratuito, nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato, a tutte le donne vittime di violenza maschile, o che si trovino esposte a tale rischio, e ai loro figli/e minorenni, indipendentemente dal luogo di residenza. I dati raccolti dai CAV regionali sulle donne che hanno iniziato il percorso di fuoriuscita dalla violenza evidenziano un totale di circa 1.000 nuove prese in carico ogni anno, con un incremento significativo nel 2025 legato principalmente ai CAV genovesi, come da tabella seguente.

Tabella 1. Nuove prese in carico presso i Centri Antiviolenza regionali (anni 2023-2025) per territorio di ubicazione del Centro

Territorio	Prese in carico 2023	Prese in carico 2024	Prese in carico 2025
ASL 1	67	77	75
ASL 2	116	106	116
ASL 3	588	666	786
ASL 4	88	47	68
ASL 5	155	134	166
totale	1014	1030	1211

Fonte Elaborazione del Settore Politiche Sociali, Terzo Settore, Immigrazione, Pari Opportunità su dati dei Centri Antiviolenza regionali

La programmazione si pone i seguenti obiettivi strategici:

1. Promuovere la parità di genere in ambito educativo, lavorativo, sanitario e nella comunicazione istituzionale attraverso le seguenti azioni:

- Sostenere progetti in tema di pari opportunità nelle scuole e rafforzare la collaborazione con l'Università, con la finalità di decostruire gli stereotipi di genere e prevenire la violenza contro le donne, attraverso interventi di sensibilizzazione, educazione affettiva e relazionale;
- Rafforzare la rete con gli stakeholder, in particolare associazioni datoriali, aziende ed ordini professionali, e monitorare le iniziative e le buone prassi esistenti nel territorio regionale in tema di occupazione femminile e conciliazione vita-lavoro, al fine di valutare interventi normativi e organizzativi;
- Promuovere iniziative di sensibilizzazione in tema di gap salariale, segregazione nei settori a bassa presenza femminile, congedi genitoriali, modelli di welfare aziendale flessibili per l'equità dei carichi di cura e del lavoro domestico;
- Integrare la medicina di genere nell'organizzazione sanitaria regionale, in coerenza con le indicazioni del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere e del Piano formativo nazionale per la medicina di genere*;
- Promuovere attivamente l'adozione di un linguaggio non discriminatorio e inclusivo a partire dai pubblici uffici e garantire l'attenzione al monitoraggio di genere nella comunicazione pubblica della Regione Liguria, in continuità con il protocollo "No Women No Panel";

2. Prevenire e contrastare la violenza maschile contro le donne attraverso le seguenti azioni:

- Rafforzamento del lavoro di rete con le Istituzioni e gli Enti aderenti al protocollo "InRete contro la violenza", con particolare riguardo ai territori periferici della regione;
- Revisione dell'attuale sistema di accreditamento per i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio in coerenza con l'evoluzione del quadro normativo;
- Contrasto alla recidiva tramite il potenziamento della prevenzione terziaria, attuata mediante il trattamento degli autori di violenza;
- Iniziative di sensibilizzazione della cittadinanza rivolte in particolare alle giovani generazioni;
- Potenziamento delle strutture regionali antiviolenza;
- Promozione di percorsi mirati all'indipendenza economica, sociale e abitativa delle donne vittime di violenza;
- Formazione continua degli operatori a vario titolo coinvolti nella presa in carico delle donne vittime di violenza e degli autori;
- Miglioramento del sistema di raccolta dati in forma anonima, al fine di monitorare gli accessi e l'efficacia degli interventi;

* Focus sulla Medicina di Genere. La Medicina di Genere — definita dall'OMS come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (sesso) e socioeconomico-culturali (genere) sullo stato di salute — costituisce uno degli ambiti prioritari di sviluppo della personalizzazione terapeutica in Liguria. Il Piano ne promuove l'integrazione strutturale nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, in attuazione della L. 3/2018 e in coerenza con il Piano nazionale per la formazione professionale in materia.

11.4 Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Il Piano affronta la problematica relativa al continuum di vulnerabilità economica e sociale che va dalla povertà relativa, con la crescita preoccupante dei *working poor*, persone che lavorano ma non riescono a sostenere le spese essenziali fino alla grave marginalità, caratterizzata dall'intreccio di assenza di dimora, fragilità sanitarie e sociosanitarie, dipendenze e isolamento relazionale. Il dato di fondo della Liguria è che miglioramenti di alcuni indicatori rispetto alla media nazionale coesistono con sacche di deprivazione materiale grave che richiedono risposte ad alta intensità. Il Piano assume la povertà dal punto di vista della multifattorialità con un approccio d'intervento multidimensionale fondato sulla presa in carico e l'attivazione sociale e lavorativa e i percorsi d'inclusione.

La programmazione si pone i seguenti obiettivi strategici:

- Garantire i LEPS e l'accesso equo ai servizi di contrasto alla povertà, attraverso le seguenti azioni:
- rafforzare il ruolo degli ATS come fulcro della programmazione e del coordinamento, consolidando i punti di accesso e il segretariato sociale per l'orientamento ai diritti.
- monitorare l'andamento dell'Assegno di Inclusione (AdI) e il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL), avviare i progetti utili alla collettività, quali misure nazionali di contrasto alla povertà ed esclusione sociale, potenziando l'attivazione contestuale di percorsi integrati sociali, abitativi e lavorativi superando la logica del mero trasferimento monetario;
- attivare progetti personalizzati anche per i nuclei non percettori di AdI ma in condizioni di svantaggio, utilizzando in modo integrato le risorse del Fondo Povertà.
- consolidare la collaborazione tra servizi sociali, Centri per l'Impiego, ASL, scuole ed ETS per una risposta unitaria, con protocolli attivi ATS-CPI-Distretti Sanitari-ETS.
- Intercettare e prendere in carico le persone in grave marginalità e senza dimora, attraverso le seguenti azioni:
- Implementare i LEPS previsti dal Piano Nazionale vale a dire diritto alla residenza anagrafica e pronto soccorso sociale.
- Potenziare unità di strada, presidi a bassa soglia e punti di primo contatto per l'intercettazione precoce, garantendo interventi materiali urgenti (beni di prima necessità, supporto alimentare) come aggancio ai percorsi di presa in carico.
- Rafforzare i Centri Servizi territoriali per orientamento, assesment e case management in raccordo con ASL, dipendenze e salute mentale.
- Promuovere interventi di Housing First e soluzioni abitative a maggiore autonomia, integrando i percorsi abitativi con supporto educativo, sanitario e di inclusione sociale.
- Valorizzare il ruolo del Terzo Settore, del volontariato e delle reti di prossimità come attori fondamentali nell'accompagnamento continuativo alle persone in marginalità estrema.

Indicatori chiave: N. nuclei con assessment multidimensionale • N. progetti personalizzati attivati (incl. non percettori AdI) • N. unità di strada/presidi a bassa soglia attivi • % continuità del contatto a 6/12 mesi • N. accessi Housing First.

Il tavolo regionale della protezione sociale e dell'inclusione

Nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Legislativo 147/2017 all'art. 21 comma 5, viene istituito nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, il tavolo regionale per la protezione sociale l'inclusione. La Giunta Regionale definisce le modalità di costituzione e funzionamento del tavolo, nonché la partecipazione e consultazione dei soggetti delle parti sociali e del Terzo Settore, ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali. Il tavolo per la protezione sociale e l'inclusione fa parte del sistema di governance multilivello che lo Stato ha adottato in materia di welfare che evolve sempre più verso un modello integrato, multidisciplinare e cooperativo, dove il coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni e la partecipazione del Terzo Settore è essenziale per trasformare i servizi sociali in diritti esigibili per tutti i cittadini

Il pronto intervento sociale (PIS)

Il pronto intervento sociale è definito come il servizio rivolto a gestire situazioni di emergenza ed urgenza sociale, personali e familiari, che richiedono risposte immediate e non differibili.

La Legge di bilancio 234/2021 e il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 lo hanno inserito tra i LEPS prioritari da garantire con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale.

Caratteristiche del Servizio:

- È gestito da personale qualificato e deve essere attivo per emergenze temporanee, sia diurne che notturne.
- Deve garantire accessibilità (anche telefonica), tempestività e integrazione con gli altri servizi di emergenza (come quelli sanitari) e con i servizi sociali ordinari.
- Negli ATS, viene spesso programmato per coprire gli orari non gestiti dal servizio sociale professionale ordinario.

Destinatari e Ambiti:

Si rivolge a persone in situazioni di particolare fragilità, inclusi anziani non autosufficienti, persone in condizione di povertà estrema o senza dimora, minori e vittime di violenza. Ad esempio, può riguardare la fornitura di beni di prima necessità, l'accoglienza in emergenza o interventi di "bassa soglia" per la riduzione del danno.

Dimissioni protette

Dimissioni protette. Riconosciute come LEPS dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, le dimissioni protette costituiscono diritto esigibile nei passaggi tra struttura sanitaria e domicilio per le persone fragili. Il modello operativo — raccordo tra 116117, COT, servizi sociali territoriali e Budget di Salute — è descritto al cap. 14 sui setting assistenziali.

Azione: Sistemizzazione del PIS a livello di ATS e necessari raccordi col sistema di emergenza-urgenza regionale e di continuità assistenziale

11.5 Politiche per l'invecchiamento attivo

L'invecchiamento attivo è parte integrante della strategia di continuità territoriale orientata a prevenire isolamento, declino funzionale e accesso tardivo ai servizi. Il Piano Regolatore Sociale per l'Invecchiamento Attivo, in coerenza con la L.R. 48/2009 sulla promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e con il Piano Sociale Integrato Regionale 2024-2026, costituisce lo strumento programmatico di riferimento a livello di Ambito Territoriale Sociale per la prevenzione sociale, intesa come promozione del benessere, della salute, del protagonismo della persona anziana e del contrasto alle diverse forme di solitudine. La riorganizzazione degli assetti

La continuità, in questo capitolo, va pertanto intesa come capacità del sistema di intervenire prima dell'aggravamento, costruendo reti di prossimità, occasioni di partecipazione, monitoraggio leggero dei segnali di fragilità, sostegno alla vita di comunità e collegamento stabile tra ATS, Comuni, Terzo Settore e servizi territoriali. L'approccio biopsicosociale consente di osservare il funzionamento della persona anziana nella sua quotidianità, nelle relazioni, nell'abitare, nell'accesso ai servizi e nell'uso delle risorse comunitarie, con attenzione alle condizioni dei caregiver. Il sociale previene così l'isolamento, ritarda il declino, rafforza la permanenza al domicilio e riduce il rischio che l'ingresso nel sistema avvenga solo in fase acuta o emergenziale. Per la popolazione adulta e anziana, lo sport amatoriale e l'attività fisica strutturata in contesti aggregativi (gruppi di cammino, palestre etiche, attività sportive promosse in ambito comunale e associativo) costituiscono un determinante chiave dell'invecchiamento attivo, in continuità con quanto previsto al par. 11.1 sulla prescrizione dell'attività fisica adattata. Oltre al beneficio cardiovascolare, metabolico e muscolo-scheletrico — direttamente correlato alla riduzione dell'incidenza di patologie croniche, alla prevenzione della sarcopenia e alla riduzione del rischio di frattura osteoporotica, la pratica sportiva in contesto associativo svolge una funzione di costruzione di reti sociali e di contrasto all'isolamento, riconosciuto in letteratura come fattore di rischio indipendente per il declino cognitivo, per la depressione e per la fragilità nell'anziano, in coerenza con quanto previsto al par. 8.7 sulla rete per la demenza e il deterioramento cognitivo. Il Piano sostiene tali iniziative attraverso il raccordo con i Comuni, gli enti del Terzo Settore e le associazioni sportive nel quadro della programmazione integrata sociosanitaria, con specifico raccordo con il par. 11.8 sul welfare di comunità e con i Piani di Zona degli Ambiti Territoriali Sociali. Per i soggetti adulti e anziani con cardiopatia accertata o con fattori di rischio cardiovascolare rilevanti che accedono allo sport amatoriale strutturato, il raccordo con i centri di medicina e cardiologia dello sport di cui al par. 11.1 assicura la valutazione di idoneità all'attività fisica e la definizione di protocolli individualizzati, in coerenza con le linee guida COCIS e SIC-Sport e con la Rete Cardiologica Regionale di cui al cap. 10.

11.6 La Giustizia di prossimità

Protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno

L'intervento è finalizzato al potenziamento della protezione giuridica (Amministrazione di Sostegno) a favore di persone fragili o in condizione di vulnerabilità che non riescono a

provvedere ai propri interessi, a sostegno della loro autodeterminazione. Il contesto è caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da un aumento delle disabilità psichiche e intellettive, che rendono necessaria l'attuazione della L.6/2004, anche in un'ottica di pianificazione delle cure e assistenziale.

I dati rilevano un carico crescente sui Servizi e una carenza di amministratori di sostegno volontari, adeguatamente preparati, rispetto alla domanda dei Tribunali. Il fenomeno dei bed blockers in attesa di nomina di tutore o amministratore di sostegno è documentato in tutti i presidi ospedalieri liguri. I Tribunali registrano un carico crescente di istanze, con tempi medi di nomina incompatibili con le esigenze di dimissione protetta.

Il piano mira a superare la frammentarietà degli interventi attraverso una rete integrata tra sociale, sanità e giustizia promuovendo azioni e strumenti finalizzati ad uniformare le prassi di gestione dei ricorsi e delle istanze e per favorire la nomina accelerata nei casi urgenti, alla promozione della protezione giuridica a garanzia dell'autodeterminazione anche mediante il raccordo tra protezione giuridica e Progetto di Vita individuale.

Uffici di Prossimità

Gli Uffici di Prossimità distribuiti su tutto il territorio ligure rappresentano lo strumento di orientamento e supporto al cittadino nel rapporto con il sistema giustizia, con l'obiettivo primo di favorirne l'accesso, avvicinando i cittadini alle Istituzioni giudiziarie attraverso un supporto qualificato, prossimo e facilmente fruibile sul territorio. In particolare, gli Uffici di Prossimità si occupano di fornire informazioni e orientamento in materia di procedimenti civili, supportare i cittadini/familiari/amministratori di sostegno volontari, nella compilazione e nella trasmissione di istanze e documenti, facilitare l'inoltro delle pratiche agli uffici giudiziari competenti e offrire assistenza nell'ambito di procedimenti quali amministrazioni di sostegno, tutele e altri istituti inerenti la Volontaria Giurisdizione. Mediante tale progetto si vuole garantire un presidio territoriale che consente ai cittadini di interfacciarsi con il sistema giudiziario in modo più agevole, efficiente, inclusivo e in raccordo con la rete dei Servizi.

Persone sottoposte a misure restrittive: continuità e reinserimento

Il sistema penitenziario ligure registra un cronico sovraffollamento e un elevato carico di soggetti seguiti dall'UIEPE e USSM. Il profilo dell'utenza evidenzia un marcato disagio sociale e abitativo, con un incremento di soggetti fragili affetti da patologie croniche, dipendenze (SerD) e disturbi psichiatrici (CSM). L'intervento si muove nella cornice della Giustizia di Comunità per trasformare la detenzione e i percorsi penali da passivi a percorsi di reinserimento, revisione critica e riscatto sociale.

La continuità assistenziale nel passaggio tra fase restrittiva e territorio è il nodo più critico: è il momento in cui il rischio di ricaduta e di esclusione sociale è massimo. Gli sportelli "Spin Plus" rappresentano un modello di raccordo tra carcere, esecuzione esterna e territorio già attivo in Liguria tesi a Promuovere l'inclusione e il reinserimento nella società della persona costruendo connessione tra condizione restrittiva e contesto territoriale con coinvolgimento della comunità locale e dei servizi sociosanitari, Ser.D e CSM in particolare, e con il supporto del mediatore di rete e di comunità.

In questo contesto il Settore politiche sociali, pari opportunità, immigrazione e terzo settore- area penale sociale- di Regione Liguria ha un ruolo di programmazione, coordinamento dei

fondi stanziati con Decreti Ministeriali e di gestione di processi progettuali per il reinserimento sociale e la riduzione del rischio di recidiva. La funzione Regionale è residuale rispetto alle funzioni degli organi di Giustizia, ma rientra in un sistema di complementarità organizzativa territoriale che permette una sinergia con i servizi sociali, sociosanitari e di Welfare di Comunità.

Vittime di reato: accesso, supporto e tutela

Nell'ambito della giustizia di prossimità, la tutela delle Vittime di reato richiede il rafforzamento dei servizi di supporto, orientamento e accompagnamento. I reati hanno un impatto profondo sulla vita delle vittime, influenzando non solo il loro stato fisico, ma anche i legami affettivi, la salute mentale e la quotidianità. Il piano mira al potenziamento degli "sportelli informativi" in favore delle vittime di qualsiasi tipologia di reato, preferibilmente collocati in un contesto di tipo sociosanitario, al fine di rafforzare la rete di protezione delle vittime, per garantire un accesso equo ai servizi sul territorio ligure, attraverso progetti individualizzati che vadano verso una Giustizia di Comunità.

11.7 Percorsi sociali per l'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi

In materia di Immigrazione, in attuazione della legge regionale n. 7/2007 "Norme per l'accoglienza e l'integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati", Regione Liguria programma e realizza progetti finanziati con fondi nazionali ed europei.

In generale le attività sono volte a rafforzare il sistema regionale dei servizi per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi, attraverso un potenziamento della governance multilivello.

In particolare, Regione Liguria sviluppa:

1. un Piano d'intervento regionale per l'integrazione dei CPT, che ha come obiettivo generale il potenziamento dei servizi territoriali di presa in carico, di supporto, assistenza, orientamento volti all'inclusione socio-lavorativa dei CPT (accompagnamento ai servizi, tirocini formativi, corsi formativi professionalizzanti, laboratori di soft skills, matching con aziende del territorio, ecc.)
2. un Piano regionale per la formazione civico linguistica dei CPT, quale strumento di inclusione, integrazione e cittadinanza attiva, in collaborazione con i Comuni e i CPIA e in sinergia con l'Ufficio Scolastico Regionale,
3. un Piano regionale per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità, misura, con capofila Liguria Salute in partenariato con le ASL liguri, l'Ospedale Policlinico San Martino, l'E.O. Ospedali Galliera e l'Istituto Gaslini, finalizzata a migliorare l'accesso ai servizi sanitari dei migranti e la connessione con i servizi socio-sanitari territoriali di riferimento e potenziare l'attivazione di percorsi clinici di assistenza e di individuazione precoce della vulnerabilità da parte dei Servizi Territoriali del Servizio Sanitario Nazionale. Destinatari degli interventi sono richiedenti e titolari di protezione internazionale, anche minori, portatori di bisogno di assistenza sanitaria aspecifica e/o affetti da vulnerabilità fisiche o psichiche, con particolare riferimento a portatori di patologie traumatiche, malattie croniche, disturbi mentali ed altre disabilità. In tutte le azioni, fondamentale è il ruolo del mediatore linguistico-culturale, figura chiave per facilitare il

dialogo e la comprensione dei bisogni specifici dell'utenza straniera, al fine di agevolarne l'accesso ai servizi essenziali (salute, scuola, lavoro, ecc.) e favorirne così l'integrazione.

Pertanto, un obiettivo trasversale delle diverse misure resta il potenziamento delle equipe multidisciplinari dei servizi territoriali attraverso l'inserimento stabile di mediatori interculturali e facilitatori linguistici.

Nell'ambito degli interventi rivolti agli immigrati, è attiva una misura finalizzata a prevenire e contrastare forme di distorsione del mercato del lavoro (lavoro irregolare, lavoro sommerso, caporalato, sfruttamento lavorativo), attraverso interventi di protezione sociale e interventi attivabili nell'ambito dei servizi per il lavoro, promuovendo lavoro dignitoso e sicuro, e legalità. In particolare, a livello territoriale sono previsti interventi integrati e personalizzati di emersione, assistenza, protezione, orientamento, formazione, inclusione sociale, lavorativa e abitativa di CPT potenziali vittime e vittime di sfruttamento lavorativo

Infine, dai primi anni 2000, la Liguria è attiva contro la tratta e il grave sfruttamento di esseri umani.

Dal 2017 Regione Liguria è capofila di un progetto che, attraverso la collaborazione tra enti locali e soggetti del terzo Settore, prevede le seguenti azioni:

- Consolidare il meccanismo locale di referral al fine di favorire la collaborazione tra tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella tutela e assistenza delle vittime e potenziali vittime di tratta;
- Attuare a livello territoriale interventi integrati e personalizzati di emersione, assistenza, protezione, orientamento, formazione, inclusione sociale, lavorativa e abitativa di vittime e potenziali vittime di tratta al fine di garantire immediata protezione, un'accoglienza diversificata con strutture ad hoc per ogni target e un percorso di uscita che supporti l'autonomia e l'empowerment degli individui;
- Qualificare e supportare le equipe territoriali attraverso percorsi formativi specifici, incontri periodici di confronto e scambio, ricerche e analisi dell'evoluzione del fenomeno.

11.8 Percorsi di alleanze territoriali e corresponsabilità: il welfare di comunità

Il welfare di comunità, la cui cornice istituzionale è definita al par. 2.5 della Parte prima del Piano nell'ambito dell'innovazione istituzionale e dell'amministrazione condivisa con il Terzo Settore, trova nel presente Percorso la sua declinazione operativa. La Regione Liguria assume il welfare di comunità come uno dei terreni distintivi della propria innovazione istituzionale: l'attenzione si sposta dalla sola erogazione di prestazioni alla costruzione di contesti abilitanti, prossimi e corresponsabili, in raccordo con i Patti di Collaborazione, le alleanze locali e i percorsi di co-progettazione.

La valutazione dell'impatto sociale accompagna il consolidamento dei modelli territoriali di welfare di comunità e consente di verificare se i Patti di Collaborazione, le alleanze locali e i percorsi di co-progettazione abbiano prodotto cambiamenti misurabili sui target e sui territori: emersione dei bisogni sommersi, riduzione dell'isolamento, maggiore tenuta della domiciliarità, rafforzamento delle reti di prossimità, miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

La valutazione di impatto è la condizione che riconduce l'innovazione comunitaria entro una cornice di responsabilità pubblica e di apprendimento istituzionale.

All'interno di questo approccio si colloca l'esperienza delle "città sane" (Healthy Cities): la promozione di stili di vita, mobilità attiva, alimentazione e inclusione a scala urbana come forma di welfare di comunità costruita con i Comuni. Il Comune di Genova ne ha dato un primo esempio — adesione alla rete "Città della corsa e del cammino", programma Cities Changing Diabetes, progetto "Anelli del benessere" — anche attraverso la figura dell'Health City Manager, intesa come raccordo tra l'ente locale e le aree sanitarie per leggere i determinanti urbani di salute e tradurli in azioni di prossimità. Il Piano promuove l'estensione di questo approccio agli altri territori, in raccordo con i Comuni e le Conferenze dei Sindaci e in coerenza con la L.R. 18/2025, demandando a un successivo atto la definizione del modello organizzativo e delle eventuali figure operative, per evitare sovrapposizioni con i servizi di prevenzione e con le funzioni già presenti negli enti locali.

11.9 Screening oncologici, promozione della salute e sorveglianza epidemiologica

I programmi di screening oncologico organizzato

La Regione Liguria gestisce tre programmi di screening oncologico organizzato garantiti dai LEA: mammografico (donne 50–69 anni, cadenza biennale), cervicale (donne 25–64 anni, HPV test per tutti i 28 genotipi di HPV ogni 5 anni da 35 a 64 anni) e colon rettale (uomini e donne 50–74 anni, test FOBT annuale con colonscopia di approfondimento). I tassi di adesione sono al di sotto degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione in diverse aree, con differenze territoriali marcate: le aree interne e le fasce socio-economicamente svantaggiate mostrano tassi di partecipazione inferiori di 10–15 punti percentuali rispetto alle aree urbane. La copertura dello screening coloretale rimane la più critica, con un'adesione stimata al 45% a fronte di un obiettivo del 65% al 2028.

L'obiettivo del Piano è incrementare la copertura dei tre programmi organizzati e ridurre il ricorso allo screening opportunistico non coordinato che genera inappropriatezza, consumo di risorse e falsa sicurezza a favore del programma organizzato, che garantisce qualità, follow-up strutturato e riduzione documentata della mortalità per causa specifica.

La rete integrata promozione della salute–screening oncologici

Il Piano istituisce una rete integrata tra promozione della salute e screening oncologici, che supera la logica del programma verticale e agisce trasversalmente sui determinanti dell'accesso, dell'equità e della continuità assistenziale. La rete coinvolge in modo strutturato: la SC Promozione della Salute e la SSA Screening Oncologici; i Distretti sociosanitari delle cinque aree; le Case della Comunità e gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFoC); i consultori familiari e la ginecologia ospedaliera e territoriale; i MMG e i PLS attraverso gli accordi integrativi regionali; le Farmacie dei Servizi; il Dipartimento di Prevenzione Regionale; i medici competenti aziendali (D.L. 159/2025); il Terzo Settore e le associazioni di pazienti.

Strategie per l'incremento dell'adesione

Le azioni prioritarie per aumentare l'adesione ai programmi organizzati, con attenzione specifica alle fasce a bassa copertura, stranieri, ultra-settantaquattrenni, soggetti con bassa scolarità, residenti nelle aree interne sono le seguenti.

Recall attivo personalizzato: integrazione del sistema di recall con IT-CURA e con i dati dell'MMG per identificare i non rispondenti e attivare un contatto personalizzato (SMS, telefonata, lettera) con offerta di appuntamento diretto. Il coinvolgimento sistematico dei MMG nel reclutamento è incentivato attraverso gli accordi integrativi regionali.

Screening nei luoghi di lavoro: il D.L. 159/2025 (convertito in L. 198/2025) impone ai medici competenti di informare i lavoratori sui programmi di screening LEA. Il Piano prevede il raccordo strutturato tra i Servizi PSAL del Dipartimento di Prevenzione e le segreterie organizzative degli screening per l'offerta attiva nei luoghi di lavoro, con priorità ai settori ad alta concentrazione di lavoratori a bassa propensione all'adesione spontanea.

Farmacie dei Servizi come punto di accesso: prenotazione dello screening direttamente in farmacia con trasmissione automatica al sistema CUP; distribuzione dei kit FOBT per lo screening coloretale in farmacia con istruzioni e recall. Target: 80% delle farmacie convenzionate attive come punto di accesso entro il 2028.

Riduzione delle barriere logistiche: potenziamento dei mammografi mobili e delle unità itineranti per le aree interne; accesso ai programmi di screening senza impegnativa del MMG; estensione dell'orario degli ambulatori di colposcopia e colonscopia di secondo livello per ridurre i tempi di attesa post-test positivo.

Campagne di comunicazione differenziate: messaggi e canali diversificati per fascia di età e area geografica; materiali in lingua per le comunità straniere; partnership con associazioni del Terzo Settore per il raggiungimento delle fasce più lontane dai servizi.

La sorveglianza epidemiologica come strumento di governo del Piano

Il sistema di sorveglianza epidemiologica continua è la colonna vertebrale del governo del Piano: non misura solo gli esiti, ma orienta la programmazione in tempo reale. Il sistema include: monitoraggio delle prevalenze delle principali cronicità per Distretto Socio-Sanitario con aggiornamento annuale; analisi degli indicatori di ospedalizzazione evitabile per patologie *ambulatory care sensitive* (ACS); monitoraggio della mortalità prematura (sotto i 75 anni) per cause prevenibili; sorveglianza degli stili di vita attraverso i sistemi PASSI e PASSI d'Argento; monitoraggio degli eventi sentinella in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. Il Registro Tumori Liguria alimenta il monitoraggio degli esiti degli screening e degli indicatori di incidenza e sopravvivenza per tipo di tumore e per area geografica, con report annuale pubblico. Il completamento, l'aggiornamento e il consolidamento del Registro Tumori Regionale costituiscono obiettivo specifico del Piano. Entro il 2027 il Registro raggiunge la copertura del 100% della popolazione ligure attraverso il consolidamento dell'integrazione con i flussi informativi regionali (SDO, anatomia patologica, mortalità, esenzioni ticket, screening); entro il 2028 il tempo medio di aggiornamento dei dati è ridotto a non oltre diciotto mesi rispetto all'anno di incidenza. Il rapporto epidemiologico regionale è pubblicato annualmente e alimenta la

programmazione della Rete Oncologica e dei programmi di screening, in raccordo con il cruscotto regionale (par. 17.2).

Target

Indicatore	Baseline (stima)	2024	Target 2028	Target 2030
Copertura screening mammografico (50–69 aa)	62%		75%	80%
Copertura screening cervicale (25–64 aa)	55%		70%	78%
Copertura screening coloretale (50–74 aa)	45%		65%	72%
% adesione da screening opportunistico (da ridurre)	~30%		< 15%	< 10%
Farmacie attive come punto prenotazione screening	Pilota		80% farmacie conv.	100%
MMG con recall attivo screening integrato in IT-CURA	Non rilevato		50%	90%
Unità itineranti attive per screening nelle aree interne	Parziale		Tutte le 5 aree	—

PARTE QUARTA — I FATTORI ABILITANTI

I Percorsi di cura descrivono ciò che il sistema deve fare per il cittadino. I Fattori abilitanti descrivono ciò che il sistema deve essere per poterlo fare. Senza un'integrazione sociosanitaria strutturata, senza setting assistenziali adeguati, senza un'infrastruttura digitale condivisa, senza professionisti formati e valorizzati, senza una governance capace di monitorare e correggere, e senza una sostenibilità finanziaria fondata su scelte consapevoli, ogni ambizione progettuale resterebbe sulla carta. Questa Parte definisce le condizioni strutturali del Piano: non vincoli da subire, ma investimenti da presidiare con la stessa determinazione con cui si presidiano i percorsi clinici.

12. Il Dipartimento di Prevenzione Regionale: fondamento normativo e modello organizzativo

Il DPR adotta il paradigma One Health come principio organizzativo fondante, riconoscendo l'interdipendenza strutturale tra salute umana, animale e ambientale che il D.lgs. 502/92 aveva intuito ma che le evidenze scientifiche degli ultimi trent'anni hanno reso incontrovertibile e si raccorda con le politiche ambientali regionali. È dotato di un Osservatorio Epidemiologico Regionale che insiste nel Dipartimento Epidemiologia, Salute Pubblica e Analisi dei Dati Sanitari con funzioni di sorveglianza e analisi sistematica dei dati di salute della popolazione, produzione del Profilo di Salute annuale, sorveglianza delle disuguaglianze di salute per area geografica e fascia sociale, e supporto tecnico alla programmazione del Piano e dei Piani di Zona. L'Osservatorio alimenta per la componente sanitaria il cruscotto sociosanitario integrato e produce i dati necessari alla verifica intermedia del 2027 e alla valutazione finale del 2029. Il Dipartimento Epidemiologia, Salute Pubblica e Analisi dei Dati Sanitari, oltre alle funzioni tecniche di sorveglianza, analisi e valutazione dei dati epidemiologici regionali anche in sinergia con ARPAL in coerenza con il paradigma one Health, svolge, attività di supporto in tema di rischio sanitario e ambientale per le Strutture di igiene e Sanità pubblica, incardinate a loro volta nel Dipartimento di Prevenzione.

Il D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ha istituito il Dipartimento di Prevenzione come struttura operativa delle Aziende Sanitarie Locali dotata di autonomia organizzativa e contabile, con il mandato di garantire la tutela della salute collettiva attraverso azioni di prevenzione primaria, sorveglianza epidemiologica, controllo delle malattie infettive, sicurezza alimentare e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il legislatore del 1992 anticipando di decenni il dibattito attuale aveva già concepito il Dipartimento di Prevenzione come struttura unitaria e trasversale, non come sommatoria di servizi specialistici giustapposti: l'art. 7-bis del D.lgs. 502/92 ne definisce le funzioni in modo organico, riconoscendo l'interdipendenza tra le diverse aree di intervento e la necessità di un governo coordinato della prevenzione collettiva.

Il DM 77/2022, nell'architettare il nuovo modello di assistenza territoriale, rafforza questa impostazione collocando la prevenzione come funzione orizzontale che attraversa tutti i setting dalle Case della Comunità al Distretto, dalla medicina scolastica alla medicina del lavoro e richiedendo esplicitamente il raccordo strutturato tra il Dipartimento di Prevenzione e i nuovi

dispositivi territoriali (CdC, COT, IFoC) per la gestione integrata dei determinanti di salute. Il DM 77/2022 non si limita a normare l'assistenza curativa: configura un sistema territoriale in cui la prevenzione non è un servizio aggiuntivo ma un'infrastruttura portante, operante in modo coordinato con tutta la rete dei setting assistenziali. La frammentazione in cinque Dipartimenti di Prevenzione aziendali con governance, procedure, sistemi informativi e dotazioni di personale autonomi e non uniformi è dunque non solo organizzativamente subottimale, ma in tensione con il mandato normativo del D.lgs. 502/92 e con il modello di integrazione disegnato dal DM 77/2022. La riorganizzazione del SSR introdotta dalla L.R. 18/2025 e l'istituzione di ATS Liguria come azienda sanitaria territoriale unica creano per la prima volta le condizioni giuridiche e organizzative per attuare compiutamente quel mandato, superando la frammentazione storica e realizzando un modello di prevenzione regionale con governance realmente unitaria.

Il Piano rinforza pertanto la costituzione del Dipartimento di Prevenzione Regionale (DPR) nell'ambito di ATS Liguria, con articolazioni territoriali operative nelle 5 aree sociosanitarie. La struttura risponde al modello dipartimentale previsto dall'art. 7-bis del D.lgs. 502/92 e ne attua la logica su scala regionale: il DPR è dotato di autonomia organizzativa e tecnico-scientifica, opera con budget dedicato negoziato annualmente, ed è diretto da un Direttore nominato dalla Direzione Generale di ATS Liguria con accordo della Regione. Le articolazioni territoriali nelle 5 aree mantengono la prossimità operativa alle realtà locali, indispensabile per le funzioni

10.5
di vigilanza, ispezione e risposta rapida alle emergenze di sanità pubblica ma operano con procedure, protocolli e sistemi informativi uniformi, superando le disomogeneità oggi esistenti tra un'area e l'altra.

Il DPR aggrega in un'unica struttura dipartimentale le funzioni oggi frammentate, garantendo il coordinamento tra le quattro aree funzionali identificate dal D.lgs. 502/92: l'Igiene e Sanità Pubblica (ISP), con le funzioni di epidemiologia, sorveglianza delle malattie infettive, vaccinazioni e promozione della salute; l'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IAN), con la sicurezza alimentare, la nutrizione collettiva e il raccordo con il sistema europeo di allerta RASFF; la Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (PSAL), con le funzioni ispettive e di controllo nei settori ad alto rischio (portuale, edile, agricolo, sanitario) e la gestione delle malattie professionali; la Veterinaria, articolata nelle funzioni di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (IAPZ), igiene degli alimenti di origine animale (IAOA) e sanità animale, con il raccordo con le autorità regionali e nazionali per le zoonosi e le emergenze veterinarie. Nell'ambito della funzione di Igiene e Sanità Pubblica, il DPR presidia due priorità di sanità pubblica che si raccordano con il paradigma One Health e con i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.

Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili. La sorveglianza epidemiologica regionale delle IST registra un trend incrementale nelle principali infezioni (sifilide, gonorrea, HIV), in coerenza con i dati nazionali ECDC. Il Piano articola la prevenzione su due livelli. La prevenzione primaria opera attraverso campagne di informazione rivolte a giovani e adulti, con particolare attenzione alle fasce sessualmente attive, e attraverso il rafforzamento della vaccinazione anti-HPV in coerenza con il Calendario Vaccinale Nazionale. La prevenzione secondaria opera attraverso lo screening nella popolazione sessualmente attiva e nelle categorie a maggior rischio, incluso il personale sanitario e gli operatori dell'assistenza esposti

professionalmente, in raccordo con i Servizi PSAL del DPR con percorsi facilitati di accesso al test e alla presa in carico specialistica nei consultori familiari e nei Centri MTS dei presidi ospedalieri.

Contrasto all'antibiotico-resistenza. Il Piano recepisce il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) vigente come componente strutturale della prevenzione collettiva, in piena coerenza con il paradigma One Health. Le azioni regionali si articolano: la sorveglianza epidemiologica integrata umano-veterinaria delle resistenze attraverso i flussi del DPR e dell'IZS Piemonte-Liguria-Valle d'Aosta; il monitoraggio del consumo di antibiotici nelle strutture sanitarie e nelle prescrizioni territoriali; il rafforzamento dei programmi di stewardship antimicrobica nelle aziende del SSR, in raccordo con il SURGRS (par. 16.4) per la componente di gestione delle infezioni correlate all'assistenza; le campagne di sensibilizzazione rivolte a cittadini e prescrittori sull'uso appropriato degli antibiotici.

Infine, il DPR adotta il paradigma One Health come principio organizzativo fondante, riconoscendo l'interdipendenza strutturale tra salute umana, animale e ambientale che il D.lgs. 502/92 aveva intuito ma che le evidenze scientifiche degli ultimi trent'anni hanno reso incontrovertibile e si raccorda con le politiche ambientali regionali nel quadro del par. 18.3 del presente Piano. È dotato di un Osservatorio Epidemiologico Regionale con funzioni di analisi sistematica dei dati di salute della popolazione, produzione del Profilo di Salute annuale, sorveglianza delle disuguaglianze di salute per area geografica e fascia sociale, e supporto tecnico alla programmazione del Piano e dei Piani di Zona. L'Osservatorio alimenta il cruscotto sociosanitario integrato e produce i dati necessari alla verifica intermedia del 2027 e alla valutazione finale del 2029.

13. L'integrazione sociosanitaria: infrastruttura operativa e governance

L'integrazione sociosanitaria è il principio fondante del PSSIR 2026-2030 e, insieme, la sua criticità più concreta. Il principio è enunciato da oltre vent'anni, dalla L. 328/2000 in poi ma la pratica quotidiana dei servizi liguri registra ancora fratture ricorrenti: il paziente dimesso dall'ospedale che aspetta giorni prima che l'ADI venga attivata; la persona con disabilità che naviga tra sportelli di Comuni, ASL e servizi specialistici senza trovare un responsabile di caso; l'anziano fragile il cui medico di medicina generale e il cui assistente sociale non si sono mai parlati. Il capitolo 13 descrive l'infrastruttura operativa che rende strutturalmente impossibile o almeno sistematicamente rilevabile e correggibile questa frammentazione.

13.1 Gli assetti organizzativi dell'integrazione: il Distretto Sociosanitario e l'Ambito Sociale

La L.R. 18/2025 ha ridefinito l'assetto del sistema con una governance unitaria: l'ATS Liguria organizza i nodi territoriali, i Comuni mantengono la titolarità delle funzioni sociali attraverso gli ATS, la Regione esercita l'indirizzo strategico e il controllo.

Il Distretto Sociosanitario è l'unità operativa in cui l'integrazione cessa di essere un principio per diventare un'organizzazione. La coincidenza territoriale tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale sancita dalla L. 328/2000 come premessa indispensabile per la continuità dei servizi trova nella L.R. 18/2025 la sua traduzione ligure: con l'istituzione dell'ATS Liguria, il Distretto diventa il livello in cui la sanità e il sociale costruiscono la risposta comune al cittadino.

Il Distretto sociosanitario ligure opera attraverso due strumenti di programmazione complementari e coordinati. Il Programma delle Attività Territoriali (PAT), proposto dal Direttore del Distretto e approvato dal Direttore Generale d'intesa con la Conferenza dei Sindaci di Area Sociosanitaria, è lo strumento sanitario che esplicita bisogni, obiettivi di salute prioritari, interventi sanitari e sociosanitari, localizzazione dei presidi e budget di Distretto. Il Piano di Zona (PdZ), adottato dai Comuni associati negli ATS con accordo di programma, è lo strumento sociale che garantisce i LEPS, la rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari. Il Piano prevede che PAT e PdZ siano redatti con la medesima base epidemiologica e analisi socioeconomica, condividano gli obiettivi di presa in carico delle popolazioni fragili, e prevedano un meccanismo formale di verifica annuale congiunta tra DSS e ATS. L'integrazione tra ATS e Distretti Sociosanitari è infatti il presupposto per il passaggio da una visione a "compartimenti stagni" a una presa in carico globale della persona. Solo attraverso una governance condivisa è possibile garantire la piena esigibilità dei LEPS e la loro integrazione con i LEA, assicurando risposte, multidimensionali ai bisogni complessi dei cittadini e ottimizzando l'efficacia delle risorse impiegate. In questo modo l'utente è al centro della rete dei servizi.

La Conferenza dei Sindaci di Distretto/Ambito è l'organo di indirizzo politico che esprime parere sul PAT e adotta il PdZ: è il luogo istituzionale in cui il governo locale e il governo sanitario si confrontano sulle priorità del territorio.

L'attuale organizzazione territoriale, derivante dalla l.r. 41/2006 e dalla l.r. 12/2006 per gli aspetti sociosanitari, articola il sistema in 19 distretti sanitari e 18 Ambiti Territoriali Sociali, con un grado di frammentazione e di disomogeneità tecnica e dimensionale che incide direttamente sull'uniformità dei servizi e sull'effettiva esigibilità dei livelli essenziali. La creazione di un'unica azienda territoriale con la L.R. 18/2025, gli standard del modello territoriale nazionale e l'evoluzione del quadro di programmazione sociale rendono necessario un intervento di razionalizzazione anche dell'assetto distrettuale e di Ambito.

Il Piano assume tale razionalizzazione come azione strategica, ancorandola a due principi non derogabili e a un metodo. Il primo principio è la coincidenza territoriale piena e permanente tra Distretto Sociosanitario e Ambito Territoriale Sociale: a ciascun Distretto corrisponde un Ambito, in coerenza con l'art. 8, c. 3, lett. a) della L. 328/2000 e con il DM 77/2022, così che l'integrazione sociosanitaria disponga di un unico perimetro di programmazione, accesso e presa in carico. Il secondo principio è la garanzia di rappresentanza e di prossimità: la razionalizzazione non comporta in alcun caso la soppressione dei presidi di accesso né la riduzione dell'offerta per i cittadini, secondo le clausole di salvaguardia di cui al par. 13.1-bis. Quanto al metodo, il Piano non fissa in questa sede il numero dei Distretti e degli Ambiti né la loro perimetrazione. La nuova articolazione è definita con successivo atto della Giunta regionale, d'intesa con ANCI Liguria e sentite le Conferenze dei Sindaci, sulla base di criteri oggettivi: i bacini di popolazione e gli standard organizzativi del DM 77/2022, le caratteristiche

sociodemografiche e di accessibilità dei territori — con specifico riguardo alle aree interne, periferiche e ultraperiferiche — la sostenibilità gestionale e la capacità di garantire i LEPS in modo uniforme. Questa scelta è coerente con la natura del Piano, che definisce obiettivi, principi e criteri e rinvia agli atti attuativi la declinazione operativa, assicurando il pieno coinvolgimento delle autonomie locali nella fase di perimetrazione.

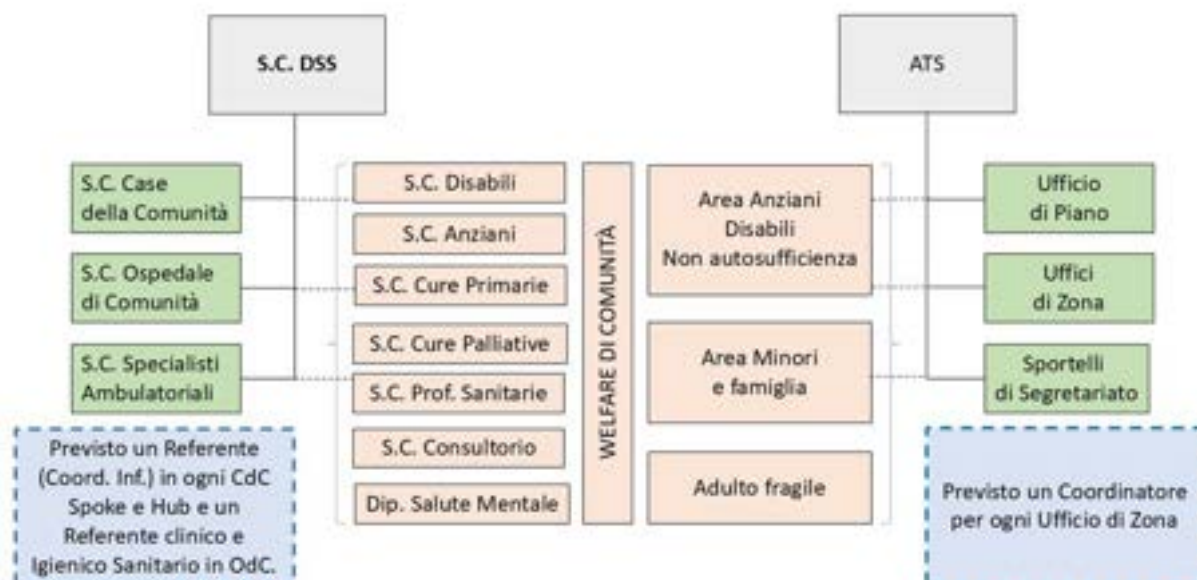
La razionalizzazione degli Ambiti Territoriali Sociali procede in stretta connessione con quella dei Distretti e con l'attuazione dei LEPS. Il DM 23 novembre 2023 ha definito i LEPS come insieme minimo garantito su tutto il territorio nazionale; la loro erogazione è oggetto di misurazione sistematica attraverso le schede regionali di attuazione degli ATS e i flussi informativi nazionali. Da questa misurazione discende, in misura crescente, la stessa allocazione delle risorse: il quadro nazionale orienta progressivamente i criteri di riparto del Fondo Sociale Nazionale e dei fondi vincolati verso l'effettiva e misurata erogazione dei LEPS, introducendo logiche di crescita e "obiettivo" a favore dei territori che ne assicurano la piena copertura. È ragionevole attendersi che tale evoluzione si consolidi nel periodo di vigenza del Piano.

In questa prospettiva, la capacità aggregativa dei Comuni non costituisce un adempimento, ma una leva di vantaggio per i territori e per i cittadini: Ambiti dimensionalmente adeguati e dotati di una forma gestionale stabile organizzano meglio i servizi, garantiscono in modo più uniforme i LEPS, sostengono l'integrazione sociosanitaria e si collocano in posizione più favorevole rispetto ai criteri di riparto. La frammentazione e i limiti finanziari, amministrativi e di gestione del personale degli enti di minori dimensioni si traducono, all'opposto, in disomogeneità dell'offerta e in un più debole accesso dei cittadini ai LEPS. Per questo il Piano promuove forme gestionali associate capaci di sostenere la complessità delle misure, tra le quali il Consorzio, individuato come forma funzionalmente più adeguata ai sensi dell'art. 23, c. 5 del d.lgs. 147/2017, ferma restando la possibilità di altre forme con personalità giuridica ex d.lgs. 267/2000, unitamente all'ottimizzazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, all'uniformità dei criteri di accesso e di compartecipazione alla spesa e alla razionalizzazione del sistema di gare e appalti.

La riorganizzazione degli assetti è dunque finalizzata a un innalzamento dei livelli quantitativi e qualitativi dei servizi e a un modello di welfare integrato tra Ambiti Territoriali Sociali, Distretti Sociosanitari, ATS Liguria, Enti Locali, Terzo Settore e comunità territoriali, obiettivo primario del presente Piano.

Nell'ambito della riforma sociosanitaria avviata con la L.R. 18/2025, il Piano prevede altresì la revisione della normativa regionale di disciplina delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (L.R. 33/2014), in coerenza con la normativa nazionale di riferimento (L. 328/2000 e D.Lgs. 207/2001 e sue successive evoluzioni) e nell'ambito dell'autonomia regionale, per rafforzarne il ruolo strutturale nel sistema regionale di welfare integrato territoriale.

Sistema integrato dei servizi territoriali sociosanitari



I LEPS come obbligazione istituzionale: copertura uniforme e superamento delle disomogeneità. I LEPS definiti dal DM 23 novembre 2023, organizzati nelle macroaree della non autosufficienza, della disabilità grave, della povertà estrema, della famiglia fragile, della salute mentale sono la misura del debito istituzionale verso i cittadini più vulnerabili. Il Piano li rende esigibili uniformemente su tutto il territorio regionale attraverso: convenzioni operative obbligatorie tra ATS e Comuni associati per le macro-aree non autosufficienza, disabilità e salute mentale, con co-finanziamento strutturato e meccanismo di verifica annuale; rafforzamento del LEPS P.I.P.P.I. su tutti i territori; piena attuazione del LEPS per la vita indipendente e il Dopo di Noi (D.lgs. 112/2016); supervisione professionale come LEPS del sistema degli ATS, con finanziamento strutturato per tutti gli Uffici di Piano. Le eventuali disomogeneità tra aree vengono monitorate annualmente a cura dell'Ufficio di Piano regionale attraverso la scheda regionale di attuazione degli ATS; le aree con LEPS non ancora attivati ricevono un piano di accompagnamento con scadenze vincolanti. La transizione dall'attuale assetto dei Distretti Sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali a quello descritto nel presente paragrafo è disciplinata, per quanto riguarda la garanzia di continuità dei servizi al cittadino, dal successivo par. 13.1-bis.

13.1-bis La disciplina del periodo transitorio

La riorganizzazione dei Distretti Sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali prevista dal par. 13.1 costituisce un processo di trasformazione strutturale che richiede una disciplina transitoria esplicita. Il principio guida è che nessun cittadino, nel corso del processo di riorganizzazione, possa subire interruzioni o deterioramento nella qualità dei servizi sociosanitari di cui fruisce.

Governance del periodo transitorio

Il presidio del periodo transitorio è affidato al Tavolo dell'integrazione sociosanitaria della Cabina di Regia del PSSIR, di cui al par. 13.6, che assume nel periodo transitorio il mandato specifico di monitorare lo stato di avanzamento della riorganizzazione distrettuale, gestire le criticità operative e riferire semestralmente alla Cabina di Regia. Il Tavolo è integrato, per la durata della fase transitoria, dai rappresentanti delle Conferenze dei Sindaci dei Distretti e degli Ambiti interessati dalla riorganizzazione e dall'Ufficio di Piano regionale, al fine di garantire il raccordo con il livello locale durante il processo di riorganizzazione.

Continuità di rappresentanza dei Comuni

Durante il periodo transitorio è garantita la continuità di rappresentanza dei Comuni appartenenti ai Distretti e agli Ambiti oggetto di riorganizzazione. Le Conferenze dei Sindaci di Distretto e di Ambito attualmente operative restano in carica fino alla formalizzazione delle nuove Conferenze dei Sindaci delle aree riorganizzate. La nuova Conferenza dei Sindaci di ciascuna area è insediata entro novanta giorni dalla formalizzazione del nuovo assetto distrettuale e garantisce la rappresentanza di tutti i Comuni dell'area, con particolare attenzione ai Comuni di minori dimensioni, secondo le modalità definite da specifico atto regionale.

Clausola di salvaguardia: l'accessibilità ai servizi

I servizi sanitari, sociali e sociosanitari erogati dai Distretti e dagli ATS interessati dalla riorganizzazione continuano ad essere garantiti senza interruzioni per tutta la durata della fase transitoria, con il mantenimento degli standard qualitativi e quantitativi attuali. Le eventuali modifiche alle sedi di erogazione, derivanti dalla razionalizzazione organizzativa che la riorganizzazione comporta, sono ammissibili soltanto previa verifica dell'invarianza dell'accessibilità per i cittadini, valutata sulla base degli indicatori di distanza, tempi di percorrenza e disponibilità di trasporto pubblico locale già utilizzati per la classificazione delle aree periferiche e ultraperiferiche.

La clausola di salvaguardia si applica in modo non derogabile ai servizi di assistenza domiciliare integrata, al Punto Unico di Accesso, alle attività delle Equipe Integrate, delle UVM e delle UVG, ai servizi per la disabilità e la non autosufficienza, ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (compresi i SerD, in coerenza con la riorganizzazione delle sedi operative prevista al par. 9), ai servizi per i minori e le famiglie, al segretariato sociale, alle Centrali Operative Territoriali, all'attività degli Infermieri di Famiglia e di Comunità e al sistema 116117. Per i servizi di presa in carico continuativa dei pazienti cronici (PIC) attualmente gestiti dalle Centrali Operative Territoriali sulla base dell'assetto distrettuale vigente, l'atto regionale di formalizzazione del nuovo perimetro distrettuale è accompagnato da un piano operativo di ri-associazione automatica dei casi in carico tra le COT, predisposto dalla Direzione Sanitaria di ATS Liguria in raccordo con Liguria Digitale, che definisce i criteri tecnici di riassegnazione, le modalità di trasferimento informativo dei fascicoli su IT-CURA, la tempistica di subentro e gli indicatori di continuità della presa in carico. La ri-associazione automatica non comporta interruzioni del servizio per il cittadino né modifica delle figure di riferimento clinico (MMG, IFoC, Case Manager) già operative.

Monitoraggio e correzioni

Il Tavolo dell'integrazione sociosanitaria verifica con cadenza semestrale, attraverso indicatori di processo e di esito, il rispetto della clausola di salvaguardia e il mantenimento della copertura dei LEPS nelle aree in transizione. Le aree che evidenziano scostamenti negativi ricevono un piano di intervento mirato entro trenta giorni dalla rilevazione, in coerenza con il meccanismo dei piani di accompagnamento già previsto dal par. 13.6. Gli esiti del monitoraggio alimentano il cruscotto integrato sociosanitario e sono pubblicati con cadenza semestrale sul portale regionale.

13.2 La catena operativa: dal segnale alla presa in carico

L'accesso universale: il PUA come porta unica del sistema integrato. Il Punto Unico di Accesso, fisicamente collocato nelle CdC Hub ai sensi della L.R. 18/2025, è il nodo principale attraverso cui il cittadino con bisogno complesso entra nel sistema integrato: accoglie, orienta e attiva la valutazione multidimensionale senza obbligarlo a navigare tra sportelli diversi. Nelle aree interne il PUA virtuale, accessibile attraverso IT-CURA modulo sociosanitario, il 116117 e i nodi territoriali della rete, è la forma ordinaria di accesso al sistema.

La valutazione multidimensionale si articola su due livelli: l'Equipe Integrata, con carattere strutturale e permanente nelle CdC, organizzata per aree tematiche e titolare della presa in carico continuativa; e l'Unità di Valutazione Multidimensionale, che si attiva su istanza per le situazioni di maggiore complessità e produce in un unico passaggio il profilo di fragilità, il livello di intensità assistenziale e la quantificazione del budget. Il raccordo tecnico e progettuale tra le due è assicurato dall'Ufficio di Piano di ciascun ATS, organismo esecutivo della programmazione zonale, che supporta la presa in carico individuale, la co-progettazione con gli ETS e il raccordo con la rete istituzionale e informale del territorio. L'integrazione ha senso se produce tempi certi e responsabilità identificate.

Il Piano definisce la catena operativa dell'integrazione in cinque passaggi con tempi massimi vincolanti. Il segnale di bisogno può provenire da qualsiasi nodo del sistema: il MMG che rileva una fragilità emergente, l'IFoC che durante una visita domiciliare intercetta un deterioramento cognitivo, il medico del PS che dimette un paziente senza rete familiare, il 116117 che rileva isolamento sociale, il Custode Sociale che segnala una difficoltà abitativa. Qualunque sia la fonte, il segnale converge al PUA nelle CdC Hub entro 24 ore.

Il PUA accoglie, orienta e attiva la valutazione senza che il cittadino debba rivolgersi a più sportelli. La valutazione multidimensionale (UVM/UVG), realizzata con strumenti standardizzati condivisi (MPI, InterRAI) dall'equipe integrata sanitaria-sociale, produce entro 30 giorni dalla segnalazione il profilo di fragilità, il livello di intensità assistenziale e la quantificazione del budget necessario. L'UVM non è una valutazione sanitaria e una valutazione sociale parallele: è un'unica valutazione condivisa, che elimina la duplicazione burocratica e fissa un'unica responsabilità di coordinamento.

La presa in carico si articola su due livelli in funzione dell'intensità del bisogno. Il Livello 1, a bassa intensità assistenziale, è affidato alle Equipe integrate, che si riuniscono con cadenza

regolare per la condivisione, elaborazione e approvazione dei progetti e del budget del Progetto di vita. Le Equipe integrate si articolano in: Equipe integrate minori e tutela materno infantile; Equipe integrate per persone non autosufficienti o con necessità di sostegno intensivo; Equipe integrate adulti fragili. Il Livello 2, ad alta intensità assistenziale, è affidato alle UVM: per i casi con livello assistenziale più intenso, successivamente al passaggio delle Equipe integrate, vengono convocate le UVM, che assicurano che sanitari (NPIA, CSM, referenti disabilità e non autosufficienza) e sociali (Comuni/ATS) lavorino sulla stessa valutazione e sullo stesso strumento operativo. Il PAI/PTRI è condiviso digitalmente tra tutti gli attori del percorso attraverso IT-CURA modulo sociosanitario. Parallelamente il diritto di accesso universale viene garantito attraverso il Clibas, Centro Ligure Informativo per il Benessere Ambientale e Sociale, per le persone disabili o fragili e loro familiari, offrendo valutazioni e consulenze gratuite a supporto di bisogni e problematiche connesse al superamento delle barriere architettoniche e non solo.

La co-progettazione del PTRI avviene entro ulteriori 30 giorni, con la persona beneficiaria, la famiglia, i professionisti sanitari e sociali e gli ETS coinvolti. Il processo è sancito giuridicamente dall'art. 55 del D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e dalla sentenza n. 131/2020 della Corte Costituzionale. Il PTRI formalizzato è un contratto che sancisce la pari dignità dei contraenti, definisce obiettivi reciproci, impegni, scadenze e indicatori di esito.

L'attivazione dei servizi avviene entro 48 ore dalla firma del PTRI: l'IFoC assume il ruolo di Case Manager, raccorda MMG, servizi sociali, specialisti e ETS, e aggiorna IT-CURA in tempo reale. La COT garantisce il coordinamento delle transizioni di setting e interviene ogni volta che il percorso subisce una discontinuità non programmata. Il monitoraggio degli esiti è semestrale: lo stato di avanzamento del PTRI viene valutato dall'equipe integrata e aggiornato in IT-CURA. I BdS vengono attivati entro 60 giorni dalla valutazione UVM. Gli scostamenti rispetto agli obiettivi del PTRI sono segnalati automaticamente alla COT e al Responsabile di Caso per l'intervento correttivo.

13.3 Le figure professionali dell'integrazione

Il Direttore di Distretto Sociosanitario presidia le funzioni di programmazione, coordinamento, l'allocazione delle risorse, gli obiettivi, il monitoraggio dei risultati e la gestione delle criticità operative. Svolge un ruolo di raccordo tra Direzione Strategica, professionisti, Conferenza dei Sindaci di Distretto e stakeholder del territorio. Insieme al Direttore Sociale dell'ATS garantisce l'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore Sociale dell'ATS è la figura preposta alla gestione, alla programmazione e al management dei servizi sociali, alla gestione organizzazione amministrativa e finanziaria, ai rapporti con il Direttore del Distretto Sociosanitario, con la Conferenza dei sindaci di Ambito per gli indirizzi di programmazione e altri stakeholders in merito alla definizione del Piano di Zona di cui garantisce la coerenza con il PAT. Il Direttore Sociale individua i Coordinatori di Area tematica (Minori e Famiglia, Disabilità e Non Autosufficienza, Adulti e Povertà, Welfare di Comunità) e i coordinatori degli Uffici di Zona.

Accanto alle figure dei Direttori di Distretto e di ATS, Piano individua cinque figure chiave.

I Coordinatori di Area tematica, professionisti iscritti alla sezione A dell'Albo regionale degli assistenti sociali, con almeno cinque anni di esperienza come funzionario alle dipendenze di un Ente Locale, si occupano in via esclusiva del coordinamento dell'Area di competenza per

tutto il territorio dell'ATS e garantiscono l'integrazione sociosanitaria nelle sedi previste dal presente Piano.

Il Responsabile dell'Attività Ambulatoriale nelle CdC governa l'integrazione tra la specialistica ospedaliera in prossimità e i servizi distrettuali, monitora la saturazione delle agende, coordina la distribuzione territoriale delle prestazioni e garantisce l'interoperabilità tra i sistemi di prenotazione ospedalieri e quelli territoriali. È la risposta strutturale al problema delle liste d'attesa visto dal lato dell'offerta territoriale.

L'Assistente Sociale degli Uffici di Zona è la figura cardine e titolare della presa in carico sociale: svolge ascolto, orientamento, valutazione multidimensionale, progettazione individuale e gestione del caso. Opera in autonomia o in équipe multiprofessionale, concorre alla programmazione dei servizi e garantisce la continuità del percorso nel tempo.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) è il Case Manager sanitario del percorso territoriale: identifica proattivamente i soggetti fragili nelle cure primarie (rapporto target 1:2.000 abitanti nelle aree interne), coordina il team multiprofessionale, alimenta IT-CURA e garantisce la continuità informativa tra tutti i nodi del percorso. È il punto di raccordo operativo tra il sanitario e il sociale nell'attuazione del PTRI. La disciplina professionale, il percorso formativo e gli accordi integrativi dell'IFoC sono definiti al par. 16.3.

Il Mediatore di Rete e di Comunità, presente nell'équipe multiprofessionale dell'ATS, facilita il raccordo tra i servizi istituzionali e le risorse informali della comunità locale — volontariato, ETS, reti di prossimità, Custodi Sociali, Maggiordomi di Quartiere — e gestisce i casi di difficile aggancio ai servizi formali. È la figura che tiene vivo il legame tra il sistema istituzionale e il tessuto sociale.

13.4 Il Terzo Settore come soggetto strutturale, non residuale

Il Terzo Settore non è il soggetto residuale che eroga ciò che il pubblico non riesce a garantire: è protagonista attivo in sede di programmazione e progettazione, riconosciuto dalla L.R. 18/2025 e dall'art. 55 del D.lgs. 117/2017 come soggetto della co-programmazione e co-progettazione delle CdC e come attuatore del Budget di Salute e del Budget di Progetto. La piena operatività di questo protagonismo richiede che gli ETS siano sostenuti nella qualificazione della propria offerta, garantendo organizzazioni strutturate e presenti con presidi forti (Forum locali) in ciascuna Area Sociosanitaria con capacità di rendicontazione e continuità operativa. Il ricorso agli appalti riservati alle imprese sociali ai sensi dell'art. 61 del Codice dei Contratti Pubblici è strumento ordinario di attuazione del modello. La L.R. 18/2025 definisce gli ETS come soggetti coinvolti attivamente nel perseguimento di finalità di interesse generale, non come erogatori sussidiari di prestazioni che il pubblico non riesce a garantire. Questa distinzione è fondamentale per la qualità dell'integrazione: un Terzo Settore in posizione strutturale co-progetta insieme al pubblico, integra la conoscenza del territorio che le istituzioni non hanno e genera capitale sociale che il sistema non può produrre da solo. Il quadro giuridico di riferimento, l'art. 55 del D.lgs. 117/2017, i Patti di Collaborazione e il recepimento nella L.R. 18/2025, è illustrato nel par. 2.5, cui si rimanda.

Il Piano prevede tre modalità di coinvolgimento strutturale. La co-programmazione coinvolge gli ETS nella fase di analisi dei bisogni e definizione delle priorità dei Piani di Zona e dei PAT: i tavoli sono convocati obbligatoriamente dal Direttore Sociale dell'ATS prima dell'adozione del PdZ. La co-progettazione, attivata per i servizi alla persona a valenza sociale e sociosanitaria,

consente agli ETS di partecipare alla definizione degli interventi e di assumere responsabilità operative nella realizzazione del PTRI e del BdS, a fianco dei professionisti sanitari e sociali. La presenza strutturale nelle CdC, prevista dal DM 77/2022 e dalla L.R. 18/2025, inserisce fisicamente gli ETS all'interno delle Case della Comunità, dove possono offrire servizi di prossimità, volontariato qualificato e accompagnamento ai cittadini.

Nell'ambito delle progettualità territoriali di prossimità sviluppate con il Terzo Settore secondo le modalità dell'amministrazione condivisa e della co-progettazione di cui all'art. 55 del D.Lgs. 117/2017, può essere valorizzato il ruolo dei medici volontari operanti presso gli enti del Terzo Settore. Tale apporto si colloca ad integrazione, e non in sostituzione, dell'assistenza garantita dal Servizio Sanitario Regionale, con funzione complementare nelle aree interne a minore copertura e nei confronti dei gruppi in condizione di marginalità o fragilità che l'offerta ordinaria fatica a raggiungere. La Regione può avviare una fase sperimentale per definire le condizioni di esercizio di questa funzione — tra cui i profili di responsabilità e copertura assicurativa, i raccordi con la rete dei servizi e le modalità di identificazione e tracciabilità dell'attività, anche in coordinamento con le strutture nazionali competenti — rinviando a un successivo atto, all'esito della valutazione dei risultati, la disciplina per l'eventuale messa a regime

La Regione Liguria assume il Terzo Settore come infrastruttura civica e istituzionale del welfare territoriale. Gli ETS sono chiamati a integrare l'offerta o a colmare vuoti dell'intervento pubblico e a concorrere alla costruzione stessa delle politiche pubbliche, alla lettura dei bisogni emergenti, alla progettazione degli interventi e alla produzione di innovazione sociale nei territori.

La Liguria qualifica questa impostazione come tratto distintivo della propria programmazione 2026–2030, valorizzando una tradizione regionale consolidata di collaborazione con il Terzo Settore maturata ben prima della più recente formalizzazione normativa. La Regione intende consolidare il proprio posizionamento come laboratorio avanzato di co-programmazione, co-progettazione e welfare di comunità, nel quale il radicamento territoriale degli ETS, la loro capacità di innovazione e la loro prossimità ai bisogni costituiscono un patrimonio pubblico da riconoscere, qualificare e mettere a sistema. Perché tale protagonismo si traduca in capacità stabile di garantire diritti e continuità, il Piano riconosce la necessità di sostenere la qualificazione dell'offerta degli ETS, la solidità organizzativa, la continuità operativa e la rendicontazione degli esiti. La qualità dell'amministrazione condivisa dipende non soltanto dall'apertura dell'istituzione pubblica, ma anche dalla maturità del sistema degli ETS e dalla possibilità di costruire con essi relazioni programmatiche stabili, trasparenti e orientate ai risultati.

13.5 Il co-finanziamento integrato come leva operativa

La frammentazione del finanziamento è la causa principale della frammentazione dei servizi. Finché le risorse sanitarie dell'ATS e le risorse sociali dei Comuni viaggiano su canali separati, con procedure amministrative, rendicontazioni e tempistiche diverse, l'integrazione resta strutturalmente difficile anche quando i professionisti la cercano. Il Piano affronta questo nodo attraverso il Fondo Unico Integrato del BdS: le risorse sanitarie (ATSL) e quelle sociali (Comuni, Piani di Zona) confluiscono in un paniere flessibile assegnato alla persona, con un'unica

procedura amministrativa, un'unica rendicontazione e un'unica responsabilità di coordinamento in capo al Case Manager. Il BdS non sostituisce le prestazioni ordinarie dei PDTA o i servizi LEPS: le completa, finanziando gli interventi non standardizzabili che fanno la differenza tra la gestione della malattia e il sostegno al progetto di vita. L'accordo di co-finanziamento tra ATS e ogni singolo Comune, obbligatorio per le macro-aree non autosufficienza, disabilità e salute mentale entro il 2027, è lo strumento giuridico che rende il Fondo operativo e verificabile annualmente.

13.6 La governance dell'integrazione: Cabina di Regia e meccanismi di correzione

Il tavolo dell'integrazione sociosanitaria della Cabina di Regia del PSSIR ha il mandato di monitorare la coerenza tra programmazione sanitaria e programmazione sociale in tutte le cinque aree, verificare l'avanzamento delle convenzioni operative ATS-Comuni, analizzare le schede annuali di attuazione degli ATS (prodotte dall'Ufficio di Piano regionale), e intervenire con piani di accompagnamento nelle aree in ritardo. Il tavolo si raccorda con il sistema di monitoraggio del PSSIR attraverso il cruscotto integrato sociosanitario, che visualizza per area geografica e per fascia di bisogno lo stato di avanzamento dei LEPS, il numero di PAI, PTRI attivi, i tempi di accesso alla valutazione multidimensionale e la copertura dei BdS. I dati alimentano la verifica intermedia 2027 e la valutazione finale 2029. Le disomogeneità tra aree non sono espressione della fisiologica variabilità territoriale ma una carenza a cui porre rimedio, sono classificate come “debiti” istituzionali e affrontate con cronoprogramma cogente.

14. La rete dei setting assistenziali: ospedale, territorio e domicilio

Il Piano prevede la piena attivazione di tutte le CdC previste dal PNRR con apertura h12/24 e ambulatori dedicati alla bassa complessità; la dotazione di tutti i 12 OdC attivi di protocolli di Early Warning e di un medico geriatrico responsabile; la standardizzazione dell'ADI su tutto il territorio ATSL; la strutturazione del servizio OPAT regionale; il potenziamento quantitativo della residenzialità intermedia e specializzata.

La rete ospedaliera si articola intorno all'AOM e ai presidi spoke delle cinque aree ATSL. Il Piano assume il DM 70/2015 come cornice normativa e prevede una revisione delle specialità erogate da ciascun presidio basata su volumi operatori verificati, case-mix, indicatori di esito e tempi di raggiungimento per la popolazione afferente. Nessuna riconfigurazione può produrre desertificazione ospedaliera in aree geograficamente isolate.

A completamento della rete dei setting assistenziali, il capitolo tratta al par. 14.4 la Medicina di Laboratorio e al par. 14.5 la Rete Trasfusionale regionale con la promozione della donazione del sangue, in quanto infrastrutture diagnostico-terapeutiche trasversali che attraversano ospedale, territorio e domicilio e ne costituiscono condizione operativa.

14.1 Le Case della Comunità: standard e funzioni

Le Case della Comunità (CdC) sono il nodo di prossimità del sistema sanitario territoriale previsto dal DM 77/2022. In Liguria, il Piano prevede l'attivazione di una CdC ogni 40.000-50.000 abitanti, con un coefficiente di adeguamento per le aree interne (PAI) che può abbassare la soglia a 20.000-25.000 abitanti in presenza di indici di vecchiaia superiori al 350 o di tempi di percorrenza al presidio ospedaliero più vicino superiori ai 30 minuti.

Le funzioni di ciascuna CdC comprendono: ambulatorio di medicina generale con funzione di coordinamento (AFT/UCCPe); ambulatorio infermieristico H12/H24 con IFoC per la presa in carico dei cronici; sportello unico di accesso (PUA) per la valutazione dei bisogni sociosanitari; ambulatori specialistici di prossimità per le specialità ad alta domanda (cardiologia, diabetologia, neurologia, fisiatria, psicologia clinica, oculistica); punto di prelievo e diagnostica di primo livello; COT locale raccordata con la COT di Area; spazio per la telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio); sportello sociosanitario con presenza del servizio sociale professionale; accanto alla psicologia clinica come specialità di prossimità, nelle CdC Hub opera il Servizio di Psicologia Territoriale (art. 76 L.R. 20/2023), che eroga assistenza psicologica primaria sui bisogni subclinici della popolazione, in collaborazione con MMG e PLS, secondo il modello descritto al par. 9.3.

Il Board di partecipazione della Casa della Comunità

La Casa della Comunità è la sede operativa della relazione tra sistema sanitario regionale, comunità locale e soggetti sociali del territorio. Per dare forma stabile a questa relazione, il Piano prevede presso ciascuna CdC Hub un Board di partecipazione quale sede formale di co-programmazione e co-progettazione che riunisce con cadenza almeno trimestrale rappresentanti del Distretto SS e dell'ATS, del Comune o dei Comuni associati, degli Enti del Terzo Settore operanti sul territorio, delle associazioni di cittadini e delle reti di prossimità. Il Board svolge funzioni di lettura dei bisogni di salute della comunità di riferimento, di co-progettazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti a gruppi-target del territorio, di indirizzo sulle attività di medicina d'iniziativa, di advocacy verso i determinanti socioeconomici della salute. Le sue decisioni orientano senza sostituirsi alla responsabilità tecnico-professionale delle équipes, le priorità di lavoro della CdC, in coerenza con la programmazione distrettuale e con gli accordi SSR-Comuni previsti dall'art. 17-bis L.R. 41/2006, come introdotto dalla L.R. 18/2025. Il funzionamento del Board è disciplinato con atto deliberativo regionale entro il 2026.

Lo strumento unico RUAP in IT-CURA e la rendicontazione SIAP

Il funzionamento clinico della CdC richiede che ogni medico con attività oraria (RUAP) disponga di una postazione di lavoro digitale integrata, unica su tutto il territorio regionale e interoperabile con il FSE. IT-CURA è lo strumento attraverso cui il medico RUAP: traccia i contatti con i pazienti visitati in CdC; inserisce i dati della visita e le prestazioni erogate; attiva gli strumenti di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio); prescrive prestazioni e farmaci; consulta i dati clinici del paziente tramite FSE. La stessa piattaforma alimenta automaticamente il flusso SIAP (Sistema Informativo dell'Assistenza Primaria, NSIS Ministero della Salute), garantendo la rendicontazione strutturata dell'attività dei medici con contratto

orario nelle CdC senza oneri aggiuntivi di inserimento dati. Il Piano prevede il completamento dell'integrazione IT-CURA-SIAP in tutte le CdC attive entro il 2027, come condizione abilitante per la piena operatività del modello.

La qualità del lavoro in équipe: un indicatore che il Piano si impegna a misurare

Le funzioni clinico-organizzative della CdC descritte ai punti precedenti sono condizione necessaria ma non sufficiente. Le evidenze internazionali recenti mostrano che l'efficacia concreta della presa in carico dipende dalla qualità del lavoro di équipe: dalla capacità dei professionisti di comprendere il bisogno reale della persona, di costruire relazioni di fiducia, di attivare le risorse della comunità intorno alla persona stessa, di operare come squadra e non come sommatoria di prestazioni individuali. Queste dimensioni non sono rilevate dagli indicatori quantitativi ordinari (volumi, tempi, accessi) ma richiedono strumenti di autovalutazione specifici.

Il Piano introduce, accanto agli indicatori quantitativi di attività e di esito, un set di indicatori qualitativi di funzionamento dell'équipe, da compilare dalle équipe stesse con cadenza semestrale, in sede di riunione di revisione casistica. Gli indicatori sono espressi su scala 1-10 e riguardano sette dimensioni:

(1) conoscenza e comprensione della persona (completezza della lettura dei bisogni espliciti e impliciti, sanitari e sociali); (2) sintonia, fiducia e mediazione culturale nella relazione (qualità del rapporto tra équipe e persona, anche in presenza di barriere linguistiche o culturali); (3) capacitazione e attivazione della persona (grado di empowerment raggiunto, partecipazione attiva al percorso); (4) benessere percepito della persona (esito soggettivo della presa in carico); (5) gioco di squadra tra operatori (qualità dello scambio di informazioni, coordinamento delle azioni, condivisione degli obiettivi); (6) collaborazione tra enti (estensione e profondità della collaborazione con servizi sociali, Terzo Settore, MMG, strutture ospedaliere); (7) ruolo attivo di luoghi e gruppi della comunità (attivazione di risorse comunitarie intorno alla persona).

L'utilizzo di questo set ha una duplice finalità: costituisce uno strumento di autovalutazione e miglioramento continuo per l'équipe, a supporto della riflessione sulle proprie pratiche; e alimenta, in forma aggregata e anonimizzata, il cruscotto regionale sociosanitario come misura della maturità organizzativa delle CdC. La Regione adotta con atto deliberativo, entro il 2027, il protocollo operativo di somministrazione e il formato di restituzione dei dati, valorizzando le esperienze italiane già consolidate in materia.

Target al 2028: Board di partecipazione attivo in tutte le CdC Hub della Liguria, con almeno tre riunioni annuali documentate e verbalizzate; autovalutazione semestrale del funzionamento dell'équipe tramite set di indicatori qualitativi, con restituzione aggregata al cruscotto regionale in tutte le CdC Hub entro il 2028.

14.2 Gli Ospedali di Comunità: standard e protocolli

Gli Ospedali di Comunità (OdC), 12 attivi in Liguria al 2026, rappresentano il livello intermedio tra il domicilio e l'ospedale per acuti. Il Piano ne definisce le funzioni operative nel quadro del DM 77/2022: ricovero breve (max 30 giorni) per completamento di terapia, riabilitazione a bassa intensità, convalescenza dopo dimissione ospedaliera; posti letto dotati di presidi per

pazienti a media complessità; conduzione a responsabilità infermieristica con supervisione medica; raccordo con la CdC di riferimento e con la COT. Il Piano prevede la dotazione di tutti gli OdC del sistema IT-CURA pienamente operativo entro il 2026; l'implementazione di protocolli di funzionamento ordinario e l'avvio di un progetto sperimentale. La sperimentazione prevede, nella fase iniziale di attivazione della rete degli OdC, per i pazienti segnalati dal Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva con diagnosi, terapia e prognosi definite, un progetto sperimentale declinato in uno specifico protocollo operativo, che definisce criteri di eleggibilità del paziente, criteri di esclusione, modalità di invio. Le caratteristiche e i percorsi di accesso all'OdC dei pazienti segnalati da PS/OBI sono oggetto di specifico flusso di monitoraggio, al fine di valutare il consolidamento dell'accesso tramite lista unica per tutti i setting di provenienza o un'eventuale estensione/revisione del progetto sperimentale.

14.3 La Centrale Operativa Territoriale: funzioni e standard

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è il dispositivo di coordinamento del continuum di cura, attiva H24 per tutte le funzioni legate alle transizioni di setting. Il DM 77/2022 ne prevede una per ogni distretto.

Le funzioni operative della COT comprendono: raccordo tra MMG e specialisti per l'attivazione dei PDTA; gestione delle transizioni di setting (ospedale-domicilio, ospedale-RSA, ospedale-OdC); monitoraggio proattivo dei pazienti cronici ad alto rischio attraverso IT-CURA; gestione degli alert automatici da sensori domiciliari; raccordo con il Servizio di Continuità Assistenziale e con il 116117 per le urgenze non emergenziali; coordinamento degli IFoC per le visite domiciliari programmate; supporto alle dimissioni protette in raccordo con il TMDC ospedaliero.

Il Piano con la sua organizzazione prevede che la Centrale Operativa Territoriale evolva verso il ruolo di centro di regia clinica e logistica per le dimissioni difficili e le transizioni complesse tra setting. La COT gestisce in tempo reale una dashboard di disponibilità dei posti letto in tutte le strutture della rete (OdC, Hospice, RSA convenzionate) con aggiornamento ogni 4 ore. Attiva protocolli clinico-organizzativi di pre-dimissione per i pazienti identificati come 'difficili' già nelle prime 24 ore di ricovero. Garantisce il telemonitoraggio attivo nei 15 giorni successivi alla dimissione per i pazienti a rischio di ri-ospedalizzazione precoce, con contatto infermieristico strutturato a 48 ore, 7 giorni e 15 giorni. Target: riduzione delle ri-ospedalizzazioni entro 30 giorni dal 15% al 10% entro il 2028.

Le strutture territoriali (CdC, OdC) e ospedaliere a bassa e media complessità operano come nodi funzionalmente collegati: la COT coordina i teleconsulti specialistici per i pazienti in OdC o in ADI, evitando il trasferimento fisico per la sola componente diagnostica o di supervisione clinica. La piattaforma IT-CURA alimenta in tempo reale la COT con i dati clinici dei pazienti in transizione.

La teleconsulenza multiprofessionale all'operatore

Il Piano introduce la teleconsulenza multiprofessionale all'operatore sanitario e sociosanitario come strumento distinto dal telemonitoraggio del paziente: fornisce supporto decisionale a distanza a infermieri, OSS e assistenti sociali che operano in setting a bassa intensità (CdC, domicilio, RSA), in assenza del medico fisicamente presente. Il modello prevede una centrale

di supporto attiva H12 (estendibile a H24 entro il 2028) con personale infermieristico specializzato e accesso immediato a teleconsulto medico; procedure standardizzate per le situazioni di allerta (caduta, variazione stato cognitivo, mancata assunzione terapia, segni di deterioramento). Il progetto pilota ASL3/Gallino è il modello di riferimento per l'estensione regionale.

14.4 La Rete regionale di Medicina di Laboratorio

La Medicina di Laboratorio è l'infrastruttura diagnostica trasversale del Servizio Sanitario Regionale: ogni percorso di cura, prevenzione-gestione delle acutie-cronicità, dipende dalla tempestività, dalla qualità e dall'appropriatezza del dato laboratoristico. In Liguria la rete produce ogni anno oltre 37 milioni di prestazioni, metà per pazienti ricoverati e metà per utenti ambulatoriali. La distribuzione dei volumi, delle dotazioni e della complessità è oggi disomogenea tra strutture, con duplicazioni organizzative non più sostenibili data la limitatezza di risorse e della complessità geografica della regione. Il Piano assume la riorganizzazione della rete laboratoristica come componente strutturale della strategia di sostenibilità e appropriatezza del SSR, in coerenza con l'Obiettivo di Salute 8 (riduzione della mobilità passiva nelle reti cliniche), con l'Obiettivo di Salute 5 (governo delle liste d'attesa e appropriatezza prescrittiva) e con l'Obiettivo di Salute 12 (integrazione digitale nei percorsi ad alto impatto). La rete è organizzata secondo un modello Hub & Spoke evoluto con tre poli di area, nel rispetto degli standard del DM 70/2015 e del DM 77/2022: Hub di Ponente (con sede presso l'Ospedale S. Paolo di Savona, a servizio delle Aree 1 e 2); Hub di Levante (Ospedale S. Andrea della Spezia, in prospettiva nuovo Felettino, a servizio delle Aree 4 e 5); Hub Metropolitano (articolato su Ospedale Celesia per l'Area 3 e IRCCS Ospedale Policlinico San Martino per l'AOM e per l'alta e altissima specializzazione). I laboratori Hub operano H24 sette giorni su sette, eseguono la diagnostica specialistica per il territorio di riferimento e per gli esterni, e presidiano, ciascuno secondo le proprie vocazioni maturate, le attività di autoimmunità, citofluorimetria, infettivologia, coagulazione di secondo livello, allergologia.

I laboratori Spoke, collocati all'interno dei presidi ospedalieri a complessità variabile, garantiscono l'esecuzione degli esami di primo livello e la diagnostica veloce per le urgenze e per i percorsi territoriali, con organici e orari modulati sulle necessità del singolo stabilimento. Il modello prevede inoltre hub specialistici a valenza regionale, sedi Spoke che mantengono, per competenza maturata, una funzione di riferimento sovra-area: Sarzana (Area 5) quale hub regionale per tossicologia e tossicologia forense su tutte le matrici; l'E.O. Ospedali Galliera per il laboratorio di istocompatibilità; IRCCS G. Gaslini come hub regionale per allergologia di primo e secondo livello, screening neonatale, spettrometria di massa e *therapeutic drug monitoring*, mantenuto come realtà autonoma in ragione della specificità pediatrica.

Medicina genomica regionale e stratificazione del rischio

Nell'ambito della rete di Medicina di Laboratorio è disciplinata la medicina genomica regionale, quale componente specialistica trasversale a supporto di oncologia, ematologia, malattie rare, cardiologia, neurologia e psichiatria, in coerenza con il Position Paper AIFA 2026 sulla medicina di precisione e con il programma europeo 1+Million Genomes, a cui l'Italia partecipa attraverso

i principali Istituti di Ricerca. La piattaforma regionale di diagnostica genomica si articola secondo un modello Hub & Spoke ad alta processività, in coerenza con l'architettura della rete laboratoristica regionale: le fasi pre-analitica e analitica (raccolta dei campioni, sequenziamento di nuova generazione, elaborazione bioinformatica primaria) sono centralizzate presso un Hub regionale di riferimento; la fase di interpretazione clinica è decentrata presso le strutture specialistiche periferiche secondo le rispettive aree di competenza, in raccordo strutturato con il Molecular Tumor Board per l'area oncologica di cui al par. 10.1. La piattaforma si integra nel LIS regionale unico di cui al successivo capoverso e nell'ecosistema digitale del cap. 15. Le biobanche degli IRCCS regionali (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, IRCCS Istituto Giannina Gaslini) sono riconosciute come asset di sistema della rete genomica e valorizzate nei percorsi di diagnosi delle malattie rare di cui al par. 10.6, nella ricerca traslazionale e nei programmi di stratificazione del rischio.

Sul piano dell'adozione clinica, la rete genomica regionale abilita due linee operative del quinquennio. La prima è l'estensione operativa sistematica della farmacogenomica clinica, già disciplinata al par. 19.5 per le aree oncologica ed ematologica, ai domini cardiovascolare (terapie antiaggreganti e anticoagulanti, statine) e neurologico/psichiatrico (terapie antiepilettiche, antidepressive, antipsicotiche), in coerenza con le linee guida CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium) e con i principi della medicina personalizzata enunciati al par. 19.5. La seconda è lo sviluppo di modelli di stratificazione del rischio basati sull'integrazione di dati clinici, di imaging e di dati genomici, inclusi i Polygenic Risk Scores (PRS), per le principali patologie cronico-degenerative ad elevato impatto epidemiologico nella popolazione ligure (cardiovascolare, oncologica, metabolica, neurodegenerativa), in evoluzione della stratificazione di cui al par. 8.1. La Regione promuove a tal fine progettualità di ricerca traslazionale presso gli IRCCS regionali, in raccordo con il programma europeo 1+Million Genomes e con le strategie nazionali sulla medicina di precisione.

L'atto deliberativo regionale che disciplina l'assetto della piattaforma di diagnostica genomica, l'individuazione dell'Hub regionale, le vocazioni specialistiche degli Spoke, gli accordi di fornitura centralizzati per i pannelli NGS e le specifiche operative per l'estensione della farmacogenomica clinica nei domini cardiovascolare e neurologico/psichiatrico è adottato entro il primo semestre 2028. L'implementazione clinica dei modelli di stratificazione del rischio fondati sui PRS, ove validati secondo gli standard delle società scientifiche di riferimento, è disciplinata con successivi atti deliberativi regionali in coerenza con il quadro normativo europeo sui dispositivi medici software (MDR) e con la normativa sulla protezione dei dati personali.

Digitalizzazione, LIS unico regionale e integrazione nel FSE

L'infrastruttura digitale è la condizione abilitante primaria del modello: senza interoperabilità informatica la rete Hub & Spoke non può funzionare come sistema unitario. Il Piano prevede l'interoperabilità progressiva dei LIS aziendali fino all'adozione di un sistema regionale unico, con refertazione automaticamente integrata nel Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, codifica standardizzata secondo nomenclatore LOINC, gestione dell'identità del paziente attraverso Master Patient Index regionale, accesso *online* ai referti per il cittadino. L'adozione del LIS unico è parte integrante della strategia di integrazione digitale descritta in OS12 e al par. sulla digitalizzazione, e costituisce la premessa operativa per il governo dell'appropriatezza

prescrittiva laboratoristica, leva diretta di OS5 sul versante delle liste d'attesa, attraverso strumenti di *order entry* guidato, alert di appropriatezza e monitoraggio dei pattern prescrittivi.

Prossimità territoriale, punti prelievo e diagnostica decentrata (POCT)

La concentrazione produttiva non riduce l'accessibilità: al contrario, il Piano la rafforza. La rete dei punti prelievo viene mappata, razionalizzata e integrata con la rete delle Case della Comunità, valorizzando il ruolo di queste ultime come snodo territoriale anche per le attività laboratoristiche di prossimità. Punti prelievo mobili sono potenziati per garantire copertura nelle aree disagiate, con particolare attenzione agli anziani e alle aree interne. La diagnostica decentrata (Point of Care Testing, POCT) trova il proprio ambito elettivo nell'emergenza-urgenza, nelle Case della Comunità e nei setting di domiciliarità avanzata, in coerenza con quanto già previsto al par. 7.3 (antibiotico-stewardship pediatrica) e al cap. 14 (ADI Evoluta). L'uso del POCT è sotto il controllo tecnico del laboratorio, tracciato, armonizzato con i risultati del laboratorio centrale e integrato nel FSE. A presidio della qualità, il Piano istituisce un Comitato Multidisciplinare Regionale POCT con compiti di valutazione dell'appropriatezza, acquisizione tecnologie, connessione informatica, mappatura degli strumenti, gestione del rischio clinico e formazione obbligatoria degli operatori.

La centralizzazione della produzione implica una logistica dedicata al trasporto dei campioni, cruciale per la qualità del dato laboratoristico: il tempo tra prelievo e lavorazione è variabile critica (massimo due ore in condizioni standard, fino a tre ore e mezza con stabilizzazione del campione). Il Piano prevede la tracciatura del singolo campione, il pretrattamento nei centri Spoke ove necessario, il conferimento programmato agli Hub, il rispetto rigoroso delle temperature e delle modalità di trasporto previste dalla normativa. Per alcune prestazioni centralizzate è attesa una ridefinizione dei tempi di refertazione: scelta coerente con il modello ma da accompagnare con comunicazione trasparente ai professionisti prescrittori e ai cittadini.

Personale, governance e metodo di attuazione

La riorganizzazione del lavoro prevede la ridefinizione di strutture e responsabilità, secondo una logica di processo e di rete: valorizzazione delle funzioni specialistiche degli HUB e potenziamento della figura di processo e di qualità quale il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico.

Il Piano assume esplicitamente la necessità di prevenire i rischi di sovraccarico negli Hub e di impoverimento professionale nelle sedi periferiche, adottando un approccio concertativo e progressivo. L'attuazione è articolata in tre *step*, integrazione pilota Aree 1-2 entro il 2026, estensione alle Aree 3 e AOM entro il primo trimestre 2027, integrazione Area 4 e ripristino Area 5 nel secondo trimestre 2027 ed è sostenuta da un Coordinamento Regionale di Progetto affiancato da direttori delle strutture, coordinatori tecnici, esperti di materia e supporto di ingegneria gestionale, secondo un metodo di *quick win*, ottimizzazioni, interventi strutturali coerente con il cronoprogramma complessivo del Piano.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Rete Hub & Spoke laboratoristica secondo il modello a tre poli di area vasta	Avvio integrazione pilota Aree 1-2	Assetto a tre Hub di area pienamente operativo
LIS unico regionale e refertazione integrata nel FSE 2.0 con codifica LOINC	Interoperabilità progressiva Aree 1-2; avvio codifica LOINC	LIS unico regionale operativo in tutta la rete; FSE 2.0 completo
Comitato Multidisciplinare Regionale POCT operativo e protocolli regionali POCT adottati	Istituzione del Comitato e avvio mappatura regionale	Protocolli regionali adottati ed estesi a Case della Comunità e ADI Evoluta
Rete punti prelievo fissi e mobili integrata con le Case della Comunità	Mappatura completa e piano di razionalizzazione	Rete riorganizzata con copertura aree interne garantita
Strumenti di appropriatezza prescrittiva laboratoristica integrati nel LIS regionale	Definizione protocolli di order entry guidato	Attivi su tutta la rete; monitoraggio pattern prescrittivi

14.5 La Rete Trasfusionale regionale e la promozione della donazione di sangue

Riferimenti normativi e programmatici: L. 219/2005 (nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati), Accordo Stato-Regioni sul programma di autosufficienza nazionale, Centro Nazionale Sangue (CNS), Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC), Comitato Regionale del Sistema Trasfusionale (CRST), Comitato Esecutivo del Sistema Trasfusionale (CEST), DIAR Trasfusionale.

La Rete Trasfusionale garantisce la disponibilità tempestiva e sicura di emocomponenti ed emoderivati sull'intero territorio regionale, in un quadro di autosufficienza regionale e nazionale che dipende dalla sinergia strutturale tra Servizio Sanitario, Associazioni del Volontariato del Sangue, Unità di Raccolta e Servizi Trasfusionali. L'architettura di governance è definita: il Comitato Regionale del Sistema Trasfusionale (CRST) come sede strategica di governance, la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) come riferimento tecnico-organizzativo in raccordo con il Centro Nazionale Sangue, il Comitato Esecutivo del Sistema Trasfusionale (CEST) come supporto operativo, il DIAR Trasfusionale come strumento regionale di coordinamento clinico tra i Servizi Trasfusionali aziendali del SSR, e le Unità di Raccolta convenzionate. Il Piano assume questo assetto come riferimento e ne promuove il rafforzamento operativo nel quinquennio. Le linee di sviluppo si articolano su cinque fronti. Il primo è l'ottimizzazione regionale dei processi di lavorazione e validazione in centri hub specializzati ad alto volume, per garantire competenza tecnica elevata, automazione, economie di scala e resilienza del sistema. Il secondo è la digitalizzazione con sistema unico regionale per la gestione del sangue, capace di monitorare in tempo reale le scorte regionali e di supportare le decisioni di distribuzione. Il terzo è la logistica centralizzata degli spostamenti

di sacche e campioni secondo la normativa di sicurezza, con un sistema di trasporto dedicato alla rete trasfusionale regionale. Il quarto fronte è l'adozione sistematica del Patient Blood Management (PBM) ovvero i protocolli clinici regionali per prevenire le trasfusioni evitabili, ottimizzare l'uso delle risorse, migliorare gli esiti e ridurre i rischi associati alla trasfusione, in coerenza con le raccomandazioni nazionali e internazionali. Il quinto fronte riguarda la promozione strutturale della donazione come condizione di tenuta dell'intero sistema attraverso la sensibilizzazione delle nuove generazioni, con programmi permanenti rivolti ai giovani per assicurare il ricambio generazionale dei donatori a fronte dell'invecchiamento della popolazione ligure (che rende strutturalmente fragile la base donazionale); e la collaborazione sistematica con le Associazioni del Volontariato del Sangue per la pianificazione dei calendari di raccolta e delle campagne regionali di sensibilizzazione, riconoscendo al volontariato del sangue il ruolo di partner strategico del Sistema Sanitario Regionale.

Target al 2028: *consolidamento dell'architettura di governance CRST/SRC/CEST/DIAR Trasfusionale nelle sue funzioni strategiche e operative; l'ottimizzazione dei processi di lavorazione e validazione in centri hub regionali specializzati; l'adozione di un sistema gestionale informativo regionale unico per il sangue; la logistica centralizzata degli spostamenti; i protocolli regionali di Patient Blood Management adottati e progressivamente estesi in tutti i presidi; programmi permanenti di sensibilizzazione alla donazione rivolti ai giovani; calendari di raccolta pianificati in modo sistematico con le Associazioni del Volontariato del Sangue.*

15. Digitalizzazione e innovazione organizzativa

Il presente capitolo definisce gli strumenti digitali e l'innovazione organizzativa che rendono operativi i Percorsi e gli Obiettivi di Salute del Piano. La piattaforma IT-CURA è assunta come sistema operativo del continuum di cura — attiva in Case della Comunità, Ospedali di Comunità, RSA, COT e ADI, interoperabile con i sistemi ospedalieri, capace di generare alert automatici di follow-up e di incorporare il PTRI e il Budget di Salute — con copertura del 90% dei setting territoriali entro il 2028. L'integrazione con l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) e con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE, target di copertura 85% della popolazione entro il 2028, integrazione dei sensori FGM/CGM e dei dati di monitoraggio domiciliare) costituisce l'ecosistema digitale che il capitolo declina nei paragrafi successivi: il Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina (par. 15.1), la digitalizzazione del processo diagnostico (par. 15.2), la cartella sociale digitale e l'interoperabilità sociosanitaria (par. 15.3), l'innovazione organizzativa nei processi amministrativi e gestionali post-L.R. 18/2025 (par. 15.4). Tra i casi d'uso di maggiore impatto del nuovo ecosistema digitale rientrano: il monitoraggio remoto attivo per almeno il 30% dei pazienti con scompenso cardiaco e diabete insulino-dipendente entro il 2028; il teleconsulto specialistico H24 in tutti i Pronto Soccorso spoke per le specialità tempo-dipendenti; la Digital Pathology con scanner di vetrini digitali, PACS esteso e centralizzazione degli espianti al San Martino; l'ADI Evoluta come evoluzione digitale dell'assistenza domiciliare verso il modello di Ospedale a Domicilio (cfr. cap. 14), in cui gli Infermieri di Famiglia e di Comunità sono dotati di strumentazione Point-of-Care e il teleconsulto specialistico diventa la

modalità ordinaria di interazione con lo specialista, con target di attivazione per almeno il 20% dei pazienti in ADI entro il 2028.

15.1 Il Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina

Il Piano di Integrazione delle Piattaforme di Telemedicina, parte integrante del PSSIR, definisce l'Interoperabilità IT-CURA: i dati di monitoraggio remoto (parametri vitali, glicemia, peso corporeo, saturazione) si alimentano automaticamente in IT-CURA e generano alert alla COT in caso di scostamenti dai range definiti nel piano di cura.

Target: L'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) garantisce, entro il 2028, la capacità tecnica di accogliere il monitoraggio remoto di tutti i pazienti eleggibili per le patologie target (scompenso cardiaco, diabete insulino-trattato, BPCO severa). L'attivazione clinica progressiva nella popolazione bersaglio è regolata dal target operativo di OS6 (30% entro il 2028), con orizzonte di espansione nel periodo successivo.

Definisce altresì l'Interoperabilità tra sistemi sociali; la piattaforma di gestione del PTRI e del Budget di Salute (modulo sociosanitario di IT-CURA) si raccorda con i sistemi informativi degli ATS per la gestione condivisa dei casi. Target: pilota in tre aree ATSL entro il 2027, estensione a tutte le aree entro il 2028. La governance del Piano di Integrazione è affidata al Gruppo di Lavoro Regionale per la Telemedicina, con partecipazione di ATSL, AOM, Liguria Digitale e rappresentanti degli ETS. Il Gruppo si riunisce con cadenza mensile nella fase di implementazione (2026-2027) e trimestrale nella fase di consolidamento (2028-2030).

Un caso d'uso esemplare del Piano di integrazione delle piattaforme di telemedicina è il servizio strutturato di teleconsulto ostetrico specialistico sulla piattaforma IRT, tele-ecografia prenatale tra la SSD Diagnosi Prenatale e Medicina Perinatale del Policlinico San Martino (Hub) e i consultori, gli ambulatori ecografici distrettuali e i punti nascita di I livello (spoke) descritto nel dettaglio operativo al par. 7.6, con attivazione progressiva 2026-2028 sulle cinque aree sociosanitarie

Target

Indicatore	Target 2027	Target 2028	Target 2030
Servizio tele-ecografia prenatale attivo (n. aree)	2 (Area 1 + Area 5)	4	5 (copertura regionale)
Postazioni spoke dotate e formate	≥ 4	≥ 10	Tutti i punti ecografia distrettuali
Tempo medio risposta Hub dall'attivazione	< 20 min	< 15 min	< 15 min
Teleconsulti gestiti/anno (stima a regime)	80–120	200–300	≥ 500
Sessioni formative mensili Hub–Spoke (% programmato)	80%	90%	95%

15.2 Digitalizzazione del processo diagnostico: appropriatezza, continuità, supporto decisionale

Il Piano interviene sulla digitalizzazione del processo diagnostico lungo direttrici complementari, che corrispondono alle fasi reali del processo: appropriatezza prescrittiva, attraverso il Call Center Radiologico come servizio di consulenza pre-prescrizione per MMG e specialisti ambulatoriali; continuità delle informazioni, attraverso il sistema RIS-PACS sovra-aziendale che rende referti e immagini accessibili in tempo reale a tutti i professionisti autorizzati indipendentemente dal presidio di produzione; supporto decisionale clinico, attraverso applicazioni di intelligenza artificiale (IA) introdotte con approccio graduale e governato dalla Policy regionale per l'IA in Sanità. Le direttrici sono sviluppate nei sottoparagrafi che seguono.

Digital Pathology: analisi computazionale automatizzata delle immagini istologiche per la classificazione dei tumori e la valutazione del grado di differenziazione. I risultati vengono sempre validati dal patologo umano. Implementazione prevista: 2026-2027.

Radiologia: algoritmi di supporto alla refertazione per la rilevazione di screening mammografico, noduli polmonari, lesioni focali epatiche e segni precoci di ictus ischemico nelle TC senza contrasto. I risultati sono sempre integrati nel giudizio del radiologo. Implementazione prevista: 2027-2028.

Stratificazione del rischio: algoritmi di risk stratification sui dati clinici e amministrativi per l'identificazione proattiva dei pazienti a rischio elevato di ospedalizzazione o riacutizzazione. Implementazione prevista: 2027-2028.

Supporto alla prescrizione: sistemi di alert per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica integrati nei gestionali dei MMG, con segnalazione di interazioni farmacologiche e prescrizioni non coerenti con le linee guida PDTA. I sistemi di alert e i software di supporto decisionale clinico non sostituiscono il giudizio clinico del prescrittore e operano come strumenti di supporto alla decisione, in coerenza con la Policy regionale per l'IA in Sanità. Implementazione prevista: 2026.

La Regione adotta una Policy regionale per l'IA in Sanità che definisce i principi etici, i criteri di validazione clinica, i meccanismi di trasparenza algoritmica e le modalità di gestione dei bias. La Policy è approvata entro il primo semestre 2026 e aggiornata con cadenza biennale.

Il Call Center Radiologico e il sistema RIS-PACS

Accanto agli algoritmi di supporto alla refertazione già descritti in questo paragrafo, il Piano introduce due ulteriori dispositivi digitali che agiscono a monte e a valle del processo diagnostico radiologico: il Call Center Radiologico, che interviene nella fase di prescrizione, e il sistema RIS-PACS sovra-aziendale, che garantisce la continuità e l'accessibilità delle immagini attraverso l'intera rete regionale.

Il Call Center Radiologico per il supporto alla prescrizione

La prescrizione inappropriata in diagnostica per immagini deriva tipicamente da incertezza diagnostica, pressione del paziente e assenza di percorsi strutturati di raccordo tra MMG e radiologia, con conseguenze ricorrenti come la richiesta di RM colonna senza appropriata indicazione, la TC addome in sostituzione di un'ecografia dirimente, la RM encefalo per cefalea primaria senza red flags.

Il Piano prevede l'attivazione di un Call Center Radiologico, con cabina di regia regionale, come servizio di consulenza pre-prescrizione per MMG e specialisti ambulatoriali per casi ad elevata complessità o che esulano dai criteri RAO o non soddisfatti dagli algoritmi di Clinical Decision Support.

Il Call Center opera secondo le seguenti modalità:

- Canale dedicato (linea telefonica e mail dedicata, denominazione coordinata regionalmente, ad esempio inforadiologia@...) attivo in orario di servizio ambulatoriale, gestito a livello di Area o di Azienda secondo indicazioni condivise a livello regionale. Trattandosi di patologia non urgente, la risposta è formalizzata entro 2 giorni lavorativi con eventuale quantificazione delle risorse necessarie. Per i casi con sospetto clinico che richiede orientamento urgente sulla metodica, la risposta è garantita entro 2 ore. Il Call Center opera secondo algoritmi decisionali condivisi elaborati dal DIAR Diagnostica per Immagini.
- Indicazioni operative: la risposta fornisce la metodica appropriata, l'eventuale sequenza diagnostica raccomandata (es. ecografia prima di RM), la classe di priorità (U/B/D/P), e quando disponibile, il criterio RAO corrispondente da inserire nella prescrizione. La consulenza è strutturata, non discrezionale: si basa su algoritmi decisionali condivisi elaborati dal DIAR Diagnostica per Immagini.
- Tracciabilità: la consulenza è documentata nel FSE del paziente con indicazione della raccomandazione e dell'eventuale scostamento prescrittivo, rendendo possibile l'analisi di appropriatezza longitudinale. Il Call Center produce un report mensile aggregato delle tipologie di quesiti ricevuti, utile per identificare i pattern di inappropriata più frequenti e aggiornare i criteri RAO.
- Estensione progressiva: pilota in Area 2 (già avviato), estensione ad Area 1 entro il 2026, copertura regionale entro il 2028.

La gestione integrata delle metodiche di I e II livello

Il Piano prevede inoltre che il Call Center Radiologico, attraverso la mail dedicata, gestisca la prenotazione degli esami di II livello (a titolo esemplificativo: cardio-RM, cardio-TC, RM prostata multiparametrica) con tempi certi di presa in carico (5 giorni lavorativi). Le prestazioni di secondo livello vengono erogate esclusivamente dopo una valutazione radiologica di appropriatezza che ne confermi l'indicazione. Qualora sia necessario il contributo di un Radiologo dedicato, è possibile ricorrere alla piattaforma IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina), con refertazione condivisa e trasmissione delle immagini in tempo reale.

Il Piano prevede che il Call Center Radiologico gestisca anche il raccordo tra prestazioni di primo livello (ecografia, Rx, TC di base) e prestazioni di secondo livello ad alta complessità (cardio-RM, RM prostata con spettroscopia, RM perfusione cerebrale, angioTC complesse). Le

prestazioni di secondo livello vengono erogate esclusivamente dopo una valutazione radiologica di appropriatezza che ne confermi l'indicazione rispetto alla diagnostica di primo livello già disponibile: il teleconsulto tra il radiologo del presidio Spoke e il radiologo esperto dell'Hub avviene tramite la piattaforma IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina), con refertazione condivisa e trasmissione delle immagini in tempo reale.

Il sistema RIS-PACS sovra-aziendale regionale

L'assenza di un sistema RIS-PACS unificato a livello regionale genera una delle inefficienze più documentate nel sistema diagnostico ligure: il paziente che accede a una struttura diversa da quella dove ha effettuato precedenti esami deve ripetere la diagnostica, con costi impropri per il sistema e ritardi clinici per il paziente. Il Piano prevede lo sviluppo di un sistema RIS-PACS sovra-aziendale che consenta a tutti i professionisti sanitari autorizzati di accedere in tempo reale a referti e immagini prodotti in qualsiasi presidio ospedaliero ligure.

Il progetto si sviluppa su base incrementale:

- Fase 1 (2026): consolidamento e messa a regime dell'infrastruttura già condivisa tra Area 1 e Area 2, con una configurazione che consenta allo specialista di consultare gli esami del paziente eseguiti nell'altra Area e i relativi esami precedenti, con alimentazione automatica del FSE regionale per referti e immagini.
- Fase 2 (2027): estensione ad Area 3, Area 4 e Area 5, con definizione di un sistema di naming e codifica univoca degli esami compatibile con lo standard DICOM e interoperabile con IT-CURA. Nella stessa fase è prevista l'estensione dell'interoperabilità del sistema RIS-PACS sovra-aziendale ad AOM (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino incluso) e ad IRCCS Istituto Giannina Gaslini, in coerenza con la riforma L.R. 18/2025 e con la vocazione integrata della rete diagnostica regionale.
- Fase 3 (2028): integrazione con gli algoritmi di IA per la refertazione assistita già previsti nel presente paragrafo, in modo che gli algoritmi possano accedere alle immagini storiche del paziente, non solo all'esame corrente, per una valutazione comparativa longitudinale.

Il sistema è progettato nel rispetto delle normative GDPR e del Regolamento (UE) 2017/745 (MDR) per i componenti qualificabili come *Software as a Medical Device*. L'accesso è governato da un sistema di profilazione utente basato sul ruolo professionale e sul rapporto di cura con il paziente, con audit log di ogni accesso.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
Call Center Radiologico attivo (n. aree)	Area 1 + Area 2	—	5 aree (regionale)
Consulenze pre-prescrizione gestite/mese (stima a regime)	—	500	1.500
RIS-PACS sovra-aziendale: copertura aree operative	Area 1 + Area 2	+ Area 3	Tutte le 5 aree
Referti radiologici accessibili da FSE regionale (% del totale)	30%	60%	90%

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
Integrazione RIS-PACS con algoritmi IA refertazione	Pilota	—	Sì

15.3 La cartella sociale digitale e l'interoperabilità sociosanitaria

La cartella sociale digitale rappresenta il complemento del FSE sanitario per la dimensione sociale della persona. Regione Liguria sta sperimentando la cartella sociale individualizzata (CSI) nazionale e si propone di favorire l'interoperabilità con il sistema IT-Cura ed altre piattaforme dati. La CSI è accessibile ai professionisti sociali degli ATS con le dovute garanzie di privacy e consenso. La cartella sociale include: la valutazione multidimensionale (UVM/UVG) con aggiornamento periodico; il PTRI o PAI in corso; i servizi sociali attivi (ADL, assegno di cura, inserimento in struttura); la rete di supporto informale; i riferimenti del responsabile di caso. L'interoperabilità tra cartella sanitaria e cartella sociale non significa fusione: i dati rimangono separati per ragioni di privacy, ma il professionista autorizzato può accedere a una vista integrata del bisogno della persona. Il consenso informato del paziente per la condivisione dei dati sociosanitari è acquisito una volta sola in fase di presa in carico integrata e vale per tutta la durata del PTRI.

15.4 L'innovazione organizzativa nei processi amministrativi e gestionali post-L.R. 18/2025

La L.R. 18/2025 produce effetti strutturali non solo sull'architettura clinica del sistema, ma sull'organizzazione amministrativa delle aziende. La concentrazione delle funzioni territoriali in ATS Liguria e di quelle ospedaliere in AOM apre a sinergie di scala oggi non praticabili, che il Piano intende realizzare attraverso le seguenti azioni:

- Armonizzazione dei macroprocessi amministrativi con team unici di processo, uno per area funzionale, esteso all'intera dimensione aziendale o interaziendale per le competenze di Liguria Salute responsabilizzati su obiettivi e risultati.
- Mappatura sistematica delle microfasi ad alta ripetizione e basso valore aggiunto, per l'impiego mirato dell'intelligenza artificiale in coerenza con la Policy regionale per l'IA in Sanità di cui al par. 15.2, liberando il personale per le attività a diretto impatto sull'utente.
- Sviluppo di sinergie applicative tra ATS e AOM nei sistemi informatici di supporto gestionale, superando le eterogeneità ereditate dall'assetto a cinque ASL e convergendo sull'ecosistema IT-CURA/IRT.
- Banca protesi regionale unificata. La L.R. 18/2025, unificando le cinque ASL in un'unica ATS Liguria, rende strutturalmente possibile ciò che non era praticabile nell'assetto precedente: l'unificazione dei cinque magazzini delle banche protesi in un'unica banca protesi regionale a gestione centralizzata. Il Piano prevede questa unificazione come intervento di efficientamento organizzativo, con i seguenti obiettivi: eliminazione delle duplicazioni di scorte

tra le aree, riduzione dei tempi di consegna attraverso un sistema informatico condiviso che permette la visualizzazione delle giacenze in tempo reale da parte di prescrittori e autorizzatori di tutte le aree, e adozione di modalità innovative di consegna in logica di prossimità. L'intervento si raccorda con la dematerializzazione dei processi prescrittivi e autorizzativi descritta nel presente capitolo.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Mappatura macroprocessi amministrativi ATS e AOM	Completata	—
Team unici di processo operativi	50% macroprocessi	100%
Pilota automazione IA in processi ad alta ripetizione	≥ 2 processi	≥ 5 processi

16. Risorse umane e valorizzazione professionale

La L.R. 18/2025 riconosce il personale sanitario e sociale come capitale strategico del sistema regionale e individua nella valorizzazione delle risorse umane una condizione di sostenibilità. Il Piano declina questa impostazione su quattro leve: lo sviluppo delle competenze, la formazione continua, il miglioramento delle condizioni lavorative, la riforma dei profili professionali. Le criticità di attrattività rispetto al settore privato e ai mercati esteri, le condizioni di lavoro e il riconoscimento giuridico ed economico sono affrontate nei paragrafi successivi attraverso un pacchetto integrato di misure, in raccordo con i Piani Sociali nazionali e regionali e in coerenza con la riorganizzazione degli assetti delle Aziende ed Enti del SSR.

16.1 La formazione come leva strategica

La qualità del sistema sanitario ligure dipende in modo determinante dalla formazione continua dei propri professionisti. In un contesto di profonda riorganizzazione introdotta dalla L.R. 18/2025, la formazione diventa condizione abilitante per il funzionamento del nuovo sistema. La Regione, in coerenza con l'importanza della formazione come strumento per il miglioramento della qualità delle cure, sviluppa programmi strutturati che includono:

- Aggiornamento su nuove tecniche e pratiche cliniche: telemedicina, IT-CURA, FSE, televisita; formazione manageriale per Direttori di Distretto e Responsabili di CdC, OdC e COT; formazione continua ECM su appropriatezza prescrittiva e PDTA regionali.
- La sostenibilità qualitativa delle reti chirurgiche specialistiche, in particolare di quelle che adottano tecnologie avanzate (Rete Robotica Chirurgica Regionale di cui al par. 10.4), richiede programmi strutturati di formazione articolati: centri regionali di simulazione chirurgica per l'addestramento sui dispositivi e sulle procedure complesse; programmi di *fellowship* per il perfezionamento delle competenze procedurali avanzate; *proctoring* strutturato come modalità formale di trasferimento delle competenze tra chirurghi senior e chirurghi in

formazione; percorsi di certificazione delle competenze procedurali; audit tecnico-professionali regolari sulle pratiche cliniche, in raccordo con il SURGRS (par. 16.4). La formazione è strutturata in chiave multidisciplinare, includendo tutti i componenti del team chirurgico. Per le reti cliniche tempo-dipendenti, la Regione promuove programmi permanenti di formazione interprofessionale rivolti agli operatori del 118, dei Pronto Soccorso, delle Stroke Unit, delle strutture riabilitative neurologiche e dei servizi territoriali, con simulazione strutturata, addestramento sui protocolli regionali e certificazione periodica delle competenze.

- Formazione interprofessionale che promuove la collaborazione tra diverse figure professionali (sanitari e sociali), anche in considerazione della riorganizzazione e redistribuzione delle risorse umane nelle nuove Aziende ATS Liguria e AOM: formazione congiunta su PTRI, Budget di Salute, coprogettazione, valutazione multidimensionale. Target: almeno un'iniziativa formativa congiunta per area ATSL all'anno.
- Partecipazione a progetti PNRR con specifico riferimento alla formazione manageriale e al Fascicolo Sanitario Elettronico; acquisizione di competenze in ambito di digitalizzazione, Ecosistema dei Dati Sanitari e sanità predittiva; sviluppo di competenze in intelligenza artificiale e telemedicina per i professionisti dei setting territoriali.
- Case Manager Infermieristico e IFoC: percorsi di formazione avanzata per le figure che gestiscono la continuità di cura, raccordati con i Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'Università di Genova. La formazione è obbligatoria per tutti i professionisti dei setting territoriali entro il 2027. Particolare attenzione alla formazione del personale infermieristico dedicato all'emergenza e urgenza territoriale.
- Leadership e management sanitario: percorsi per i Direttori di Distretto, i Responsabili di CdC e OdC, i Coordinatori delle COT. La gestione del cambiamento organizzativo prodotto dalla riforma L.R. 18/2025 richiede competenze specifiche di leadership adattativa e gestione del conflitto organizzativo.

La programmazione annuale del Piano regionale della formazione del personale sociosanitario coinvolge le Organizzazioni Sindacali rappresentative attraverso il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6), per la definizione delle priorità formative connesse all'attuazione del Piano e alla riforma introdotta dalla L.R. 18/2025. Il Piano formativo regionale include moduli specifici dedicati alla qualità e sicurezza del lavoro negli appalti di edilizia sanitaria PNRR e nei servizi labour intensive del sociosanitario, in coerenza con il Protocollo d'Intesa di cui al par. 16.8. È prevista almeno un'iniziativa formativa annuale congiunta tra personale dipendente del SSR e rappresentanze dei lavoratori dei servizi appaltati nelle strutture sanitarie, sui temi dell'integrazione operativa, della sicurezza delle cure e della qualità complessiva del lavoro.

16.2 Il contrasto alla carenza di personale nelle aree periferiche

La carenza di professionisti sanitari nelle aree interne della Liguria è un problema strutturale che richiede un pacchetto integrato di misure operative, articolato come segue:

- › Incentivi economici: maggiorazioni retributive per incarichi nelle aree PAI o nei presidi a bassa attrattività, finanziati attraverso una quota del FSR vincolata al contrasto delle disuguaglianze geografiche; valorizzazione giuridica ed economica del personale impiegato in contesti di elevata complessità assistenziale; politiche di *employee retention* con applicazione di nuovi istituti contrattuali in tema di welfare aziendale e conciliazione vita-lavoro. A integrazione delle leve economiche, il Piano riconosce la pratica professionale nelle aree interne come ambito di sviluppo di competenze specifiche, gestione della cronicità complessa, telemedicina avanzata, emergenza in contesti a bassa accessibilità e promuove percorsi di carriera dedicati, con rotazioni programmate e collegamento strutturato con i centri di ricerca e formazione regionali.
- › Flessibilità organizzativa: attività mista (presidio fisico + televisita da remoto) per i professionisti che operano in aree con bassa densità di domanda, mantenendo gli standard di presidio garantito; integrazione degli organici del 118 e del PS con contratti uniformi e concorsi riservati periodici per la stabilizzazione del personale.
- › Borse di studio e accordi con le Università: accordi con l'Università di Genova per il finanziamento di percorsi di specializzazione condizionati a vincolo di servizio in Liguria di almeno 5 anni; partecipazione a iniziative di livello nazionale e internazionale in sinergia con le altre Regioni.
- › Integrazione con il modello dei MMG: revisione degli accordi integrativi regionali per riconoscere economicamente la presa in carico proattiva dei pazienti cronici complessi, incentivando l'adesione ai PDTA e la rendicontazione degli esiti; promozione dell'attività dei professionisti attraverso l'acquisizione di specifiche competenze avanzate e la partecipazione a ricerca e formazione.

16.3 La riforma delle professioni sanitarie e le nuove figure professionali

Il Piano recepisce le indicazioni del disegno di legge delega sulla riforma delle professioni sanitarie (approvato nel 2025, con attuazione tramite decreti legislativi entro il 31 dicembre 2026), che ha l'obiettivo di modernizzare il sistema, valorizzare le competenze degli operatori e migliorare l'efficienza del sistema sanitario. La Regione Liguria è coinvolta nella predisposizione e programmazione dei percorsi formativi dedicati. I punti centrali che impattano sul PSSIR 2026-2030:

- Riforma dei percorsi formativi: istituzione di scuole di specializzazione per professioni sanitarie non mediche; rafforzamento della formazione specialistica; istituzione di nuove figure professionali in risposta alle esigenze emergenti del sistema.
- Assistente Infermiere: figura già formalmente istituita e inserita nel CCNL del Comparto, necessita di un percorso di inquadramento giuridico e formativo che la Regione definisce e gestisce mediante specifiche linee di indirizzo e programmi formativi. Sarà impiegata negli attuali assetti organizzativi degli Enti del SSR e nelle strutture territoriali di cui al DM 77/2022, consentendo agli infermieri di concentrarsi sulle attività cliniche più complesse.
- Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC): il Piano prevede la piena operatività degli IFoC in tutte le CdC e nei percorsi ADI entro il 2027, con formazione dedicata

e accordi integrativi che ne riconoscano la specificità professionale. Gli IFoC sono strumento di identificazione proattiva dei soggetti pre-fragili nelle cure primarie e di raccordo con i CDCD per i pazienti con deterioramento cognitivo iniziale.

- Nell'ambito del rafforzamento generale del personale del SSR ligure e dell'integrazione multiprofessionale, il Piano riconosce il contributo strutturale dell'insieme delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di cui all'Ordine TSRM-PSTRP. Queste professioni concorrono trasversalmente all'attuazione degli obiettivi del Piano nei principali setting assistenziali laddove necessario, con il loro pieno coinvolgimento nelle équipes multidisciplinari aziendali, secondo le rispettive competenze e profili professionali. L'allocazione operativa delle figure professionali nei singoli setting è definita dall'Atto Aziendale di ATS Liguria e dagli atti deliberativi attuativi del Piano.

16.3.1 Il Centro Assistenziale Specialistico (CAS): la forma organizzata delle competenze avanzate

Le competenze infermieristiche e riabilitative avanzate descritte in questo paragrafo trovano la loro espressione organizzata nel Centro Assistenziale Specialistico (CAS), il primo servizio strutturato della Liguria riformata interamente governato da professionisti delle professioni sanitarie non mediche. Il CAS non è un presidio sanitario in senso tradizionale: è un modello organizzativo che dimostra concretamente che le professioni sanitarie, quando adeguatamente formate, riconosciute e organizzate, possono governare in autonomia percorsi assistenziali di elevata complessità, wound care avanzato, stomaterapia, gestione delle tracheostomie, gestione delle PRG (Percutaneous Radiologic Gastrostomy), oncologia domiciliare riducendo i ricoveri inappropriati, la mobilità passiva e il carico sui servizi di urgenza. Il modello organizzativo completo del CAS, con la struttura Hub e Spoke, i profili dei professionisti coinvolti, la domanda epidemiologica stimata e gli indicatori di monitoraggio, contribuisce alla governance regionale delle professioni sanitarie attraverso il collegamento sistematico con l'Osservatorio Regionale delle Professioni Sanitarie (ORPS), condividendo dati di attività, indicatori di esito, fabbisogni formativi e innovazioni organizzative.

16.3.2 Figure professionali emergenti per la trasformazione digitale e organizzativa

La riforma introdotta dalla L.R. 18/2025 e la digitalizzazione del sistema sanitario ligure richiedono, accanto alle figure professionali sanitarie tradizionali, un insieme di competenze gestionali e tecniche che oggi non trovano una collocazione organizzativa definita nelle aziende sanitarie. Il Piano riconosce tre categorie di figure emergenti che è necessario attrarre, formare e valorizzare nel SSR ligure nel quinquennio 2026–2030. La prima è quella delle figure di governo clinico-organizzativo: il Responsabile dell'Innovazione con mandato esplicito sulla trasformazione dei processi clinici e amministrativi, il Patient Journey Manager per la progettazione e il monitoraggio dell'esperienza del paziente nei percorsi multiprofessionali complessi, il Responsabile del Centro di Prenotazione con competenze analitiche sui flussi di domanda e sull'ottimizzazione delle agende. La seconda è quella delle figure di ingegneria sanitaria: l'Ingegnere biomedicale per la gestione del parco tecnologico e la valutazione delle innovazioni diagnostiche, l'Ingegnere gestionale per l'analisi dei processi e il controllo di gestione, l'Ingegnere delle telecomunicazioni per la governance delle infrastrutture di

telemedicina e interoperabilità. La terza è quella del Digital Manager, figura trasversale con competenze di analisi dei dati sanitari, gestione dei sistemi informativi clinici e supporto alle direzioni aziendali nelle scelte di investimento digitale. Il Piano prevede che ATS Liguria e AOM definiscano, entro il 2026, i profili di posto e i percorsi di reclutamento per queste figure nell'ambito dei rispettivi piani del fabbisogno del personale, anche attraverso accordi con l'Università di Genova per percorsi di formazione dedicati.

16.4 La sicurezza delle cure come responsabilità professionale e sistema organizzativo

La sicurezza delle cure è componente strutturale della valorizzazione professionale: tutela il professionista e il paziente, ed è inscindibile dalla formazione e dalle condizioni organizzative in cui si opera. La Legge 24/2017 (Gelli-Bianco) la riconosce come parte costitutiva del diritto alla salute. La Regione Liguria attua il mandato della L. 24/2017 istituendo il Sistema Unico Regionale di Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza delle Cure (SURGRS), che coinvolge tutte le aziende sanitarie regionali (ATS Liguria, AOM, IRCCS Gaslini, Ente Ospedaliero Galliera, Ospedale Evangelico Internazionale) in raccordo con il sistema nazionale SIMES del Ministero della Salute. Il SURGRS si articola su quattro strumenti operativi.

Il Clinical Risk Manager. In ogni azienda sanitaria è nominato un Clinical Risk Manager con formazione specifica e mandato esplicito per coordinamento delle attività di identificazione, analisi e riduzione del rischio; gestione del database aziendale degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella; formazione dei team clinici alle metodologie di analisi delle cause profonde (RCA); raccordo con la SC Medicina Legale per il governo del contenzioso. La presenza del Clinical Risk Manager è condizione necessaria per l'accreditamento e per l'accesso ai fondi regionali per la sicurezza delle cure.

Il database regionale unificato degli eventi avversi. Il SURGRS si fonda su un database regionale alimentato da tutte le aziende secondo la classificazione internazionale ICPS-WHO. I dati sono de-identificati e accessibili per il benchmarking interaziendale. La cultura della segnalazione, l'aumento del tasso di segnalazione come indicatore positivo di maturità organizzativa, non come elemento di accusa è l'obiettivo culturale prioritario del sistema: la sotto segnalazione è il vero nemico della sicurezza, perché un sistema che non conosce i propri errori non può correggerli.

La formazione sulla sicurezza e l'audit medico-legale preventivo. Il piano formativo regionale include obbligatoriamente moduli specifici sulla sicurezza delle cure: documentazione clinica, comunicazione dell'evento avverso al paziente e alla famiglia, prevenzione dei rischi ad alta frequenza (cadute, ulcere da pressione, errori di identificazione, errori di terapia). La Medicina Legale aziendale collabora con il Clinical Risk Management nell'effettuare audit preventivi sulle cartelle cliniche ad alto rischio, con monitoraggio sistematico della sinistrosità per la programmazione delle azioni preventive. La riduzione del contenzioso è conseguenza della sicurezza, non il suo obiettivo primario, ma è una misura tangibile dell'efficacia del sistema.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
SURGRS istituito e operativo	Sì	—
Clinical Risk Manager nominato in ogni azienda	100% aziende	—
Database regionale eventi avversi attivo e alimentato	Sì	Copertura 100% reparti
Tasso segnalazione eventi avversi/1.000 ricoveri (aumento = indicatore positivo di cultura della sicurezza)	+20% rispetto baseline	+40%
% reparti con RCA completata per eventi sentinella	50%	90%
Moduli sicurezza delle cure nel piano ECM aziendale	100% aziende	—

La sicurezza delle cure non è l'ultima voce del capitolo sulle risorse umane per caso. È il punto in cui la valorizzazione del professionista e la tutela del paziente convergono nello stesso atto: costruire un ambiente di lavoro in cui l'errore è riconoscibile, analizzabile e riducibile, e in cui chi segnala un problema contribuisce alla qualità del sistema invece di subire conseguenze per averlo fatto. È la condizione di possibilità di tutto il resto.

Il piano triennale di sviluppo del SURGRS

Lo sviluppo operativo del SURGRS nel quinquennio del Piano poggia sulla rete dei Clinical Risk Manager delle aziende del SSR ligure, riconosciuta dalla DGR 154/2022 come infrastruttura professionale regionale di riferimento e soggetto coordinatore dell'attuazione, e si articola nei seguenti passaggi. Il primo mette a punto strumenti operativi condivisi per la rilevazione e il reporting degli eventi che rilevano per la sicurezza delle cure, incident reporting, eventi sentinella, cadute, infortuni, segnalazioni URP, indicatori PNE, ICA, sinistri, dispositivo-vigilanza, nonché aggressioni al personale nella cornice della L. 113/2020 di cui al par. 16.5 e produce una mappatura dinamica del rischio su tre livelli: micro (SC e SSD), intermedio (Dipartimenti), macro (aziendale e regionale), in coerenza con la L. 24/2017 e con il DM 232/2023. Il secondo passaggio costruisce un sistema regionale unico di implementazione delle buone pratiche, con tre componenti: un repository regionale di strumenti operativi (checklist, memo, linee guida, sistemi di supporto alle decisioni cliniche); percorsi strutturati di formazione anche con scenari di simulazione; l'integrazione degli obiettivi di sicurezza nei sistemi di valutazione della performance, trattata nel sotto-passaggio successivo.

Il terzo passaggio attiva un sistema strutturato di monitoraggio e valutazione, con indicatori del Programma Nazionale Esiti di Agenas integrati dai Patient Safety Indicators dell'AHRQ con mapping alle codifiche italiane in uso. L'attuazione del piano triennale è coordinata dalla rete dei Clinical Risk Manager aziendali, è oggetto di rendicontazione annuale alla Cabina di Regia del PSSIR (par. 17.1) e di restituzione al Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6) per la componente che incide sulle condizioni di lavoro.

L'integrazione degli obiettivi di sicurezza nella valutazione della performance

La sicurezza delle cure è progressivamente integrata, in misura crescente nel quinquennio, nei sistemi di valutazione della performance organizzativa delle aziende del SSR e individuale dei professionisti, e può concorrere ai criteri di attribuzione e di rinnovo degli incarichi professionali. Le modalità operative dell'integrazione nella valutazione individuale — implicazioni sui sistemi premianti, progressioni economiche, conferimento degli incarichi — sono definite in coerenza con i contratti collettivi nazionali del comparto e della dirigenza e sono oggetto di confronto al Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6) e di contrattazione decentrata aziendale. L'utilizzo dei dati di sicurezza nei sistemi di valutazione non può in alcun caso disincentivare la segnalazione degli eventi avversi e dei *near miss*.

La valutazione proattiva del rischio nelle riorganizzazioni e nei nuovi setting

Accanto alla gestione reattiva del rischio, il SURGRS adotta nel quinquennio un sistema di valutazione proattiva basato sulla metodologia FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis), finalizzato a individuare anticipatamente le possibili modalità di errore nei processi in fase di progettazione o trasformazione. L'applicazione interessa in via prioritaria le riorganizzazioni operative L.R. 18/2025, riorganizzazione della rete laboratoristica secondo il modello Hub & Spoke evoluto a tre poli di area (par. 14.4), centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici, sistema sovra-aziendale RIS-PACS e si estende ai nuovi setting territoriali e digitali del Piano: Case della Comunità (par. 14.1), Ospedali di Comunità (par. 14.2), Piattaforma regionale di telemedicina (par. 15.1), in coerenza con il DM 77/2022. L'attività è coordinata dalla rete dei Clinical Risk Manager aziendali; gli esiti alimentano il cruscotto integrato regionale di cui al par. 17.2.

16.5 La salute e la sicurezza dei lavoratori

La salute e la sicurezza dei lavoratori del SSR ligure è componente strutturale della valorizzazione professionale e condizione di sostenibilità del sistema. Il quadro normativo — D.lgs. 81/2008 e successive modifiche, Legge 113/2020 sulla prevenzione delle aggressioni agli esercenti professioni sanitarie, accordo-quadro europeo sullo stress lavoro-correlato — impone alle aziende del SSR (ATS Liguria, AOM, IRCCS Gaslini, Ente Ospedaliero Galliera, Ospedale Evangelico Internazionale) obblighi puntuali di prevenzione, sorveglianza e tutela. Il Piano riconosce in questi obblighi non un adempimento formale ma una leva di attrattività del sistema: condizioni di lavoro sicure sono parte dell'offerta professionale del SSR pubblico e contribuiscono in modo documentato alla retention del personale.

Il Piano interviene su:

- sorveglianza sanitaria strutturata. Tutte le aziende del SSR adottano un piano triennale della sorveglianza sanitaria con copertura del 100% dei lavoratori esposti a rischi specifici (biologico, chimico, radiologico, movimentazione carichi, videoterminali) entro il 2027. La sorveglianza è governata dal Medico Competente aziendale in raccordo con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), e i dati aggregati confluiscono nel cruscotto regionale di cui al par. 17.2 come dimensione del monitoraggio.
- prevenzione delle aggressioni al personale sanitario. La Legge 113/2020 impone a ciascuna azienda l'adozione di protocolli specifici di prevenzione e gestione delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. Il Piano richiede a tutte le aziende del SSR ligure l'adozione del protocollo regionale di prevenzione (formazione del personale, sistemi di allarme nei

reparti a rischio elevato come Pronto Soccorso e Psichiatria, procedure di intervento, supporto psicologico ai lavoratori coinvolti, raccolta strutturata e analisi degli episodi) entro il 2026, con monitoraggio attraverso il database regionale degli eventi avversi (cfr. par. 16.4). La pubblicazione annuale degli episodi e delle azioni correttive è parte della rendicontazione di trasparenza del sistema.

- valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato. Tutte le aziende del SSR aggiornano la valutazione dello stress lavoro-correlato secondo la metodologia INAIL, Coordinamento Tecnico Interregionale, con cadenza biennale e con coinvolgimento dei lavoratori attraverso le Rappresentanze dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS). Il Piano prevede l'attivazione, presso ciascuna azienda, di un servizio strutturato di supporto psicologico al personale in coerenza con le linee guida nazionali post-pandemia, accessibile in modalità riservata e gratuita. Il monitoraggio del fenomeno e la verifica delle misure correttive sono parte della rendicontazione al Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR.
- formazione obbligatoria su salute e sicurezza. Il piano formativo regionale di cui al par. 16.1 include la formazione obbligatoria sulla salute e sicurezza dei lavoratori secondo gli standard del D.lgs. 81/2008, con particolare attenzione ai settori a rischio elevato (sale operatorie, terapie intensive, malattie infettive, psichiatria, emergenza-urgenza). La formazione è parte integrante dei percorsi ECM aziendali e del programma di onboarding per i neoassunti.

Target

Indicatore	Target 2026	Target 2028
Piano triennale sorveglianza sanitaria adottato	100% aziende	—
Copertura sorveglianza sanitaria lavoratori esposti	—	100%
Protocollo prevenzione aggressioni adottato	100% aziende	—
Episodi aggressione registrati e analizzati	100%	100%
Aggiornamento valutazione stress lavoro-correlato	100% aziende	Ciclo biennale
Servizio supporto psicologico al personale attivo	100% aziende	—
Formazione obbligatoria D.lgs. 81/2008 nei piani ECM	100% aziende	—

16.6 Il personale del comparto sociale

L'integrazione sociosanitaria, dichiarata dalla Strategia 2 del Piano come metodo di lavoro quotidiano e non come obiettivo enunciato, ha tra le sue condizioni di possibilità la valorizzazione di tutte le figure professionali coinvolte nei percorsi di cura, sia del comparto sanitario sia del comparto sociale. Il Piano riconosce esplicitamente come componenti del sistema regionale: gli operatori dei Servizi Sociali Comunali (assistenti sociali, educatori professionali, operatori dell'assistenza domiciliare); gli operatori del Terzo Settore convenzionato e accreditato (cooperative sociali di tipo A e B, associazioni di volontariato, fondazioni che gestiscono servizi sociosanitari per conto del SSR e dei Comuni); gli operatori socio-sanitari (OSS) impiegati nei setting territoriali (ADI, RSA, RSD, Hospice, Case della Comunità) e nei reparti ospedalieri.

Il Piano interviene su: primo, è la formazione integrata, sviluppo di percorsi formativi congiunti tra professionisti sanitari e sociali sui temi-chiave dell'integrazione (PTRI, Budget di Salute, valutazione multidimensionale UVM/UVG, co-progettazione D.lgs. 117/2017), con almeno un'iniziativa formativa congiunta per area sociosanitaria all'anno (cfr. par. 16.1, secondo bullet). Il secondo elemento è il riconoscimento delle figure professionali emergenti del comparto sociale: educatore professionale socio-pedagogico, assistente sociale specialista, coordinatore di servizi residenziali, profili che il Piano valorizza nei contesti di integrazione (Case della Comunità, COT, RSA, percorsi disabilità ex D.lgs. 62/2024). Per gli assistenti sociali del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la L. 251/2000, il DPR 328/2001, il DM 77/2022, il D.lgs. 62/2024 e le Linee di indirizzo del CNOAS sulla Direzione del Servizio Sociale Professionale del luglio 2025, l'Atto Aziendale di ATS Liguria prevede la costituzione della Struttura di Area del Servizio Sociale Professionale, in staff alla Direzione Sociosanitaria, e l'istituzione della dirigenza del Servizio Sociale Professionale articolata sulle cinque Aree Sociosanitarie, quale governance professionale unitaria delle funzioni sociosanitarie esercitate dagli assistenti sociali nei setting del Servizio Sanitario Regionale (presidi ospedalieri, Case della Comunità, PUA, COT, DSMD, SerD, consultori, NPJA, percorsi di continuità ospedale-territorio).

Il terzo elemento è il raccordo con i Comuni e ANCI Liguria per la programmazione del fabbisogno di personale sociale, in coerenza con i Piani di Zona e con il Fondo Sociale Nazionale.

Per gli operatori del Terzo Settore convenzionato, il Piano richiama l'applicazione dei contratti collettivi di riferimento, il rispetto della normativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori (cfr. par. 16.5), e la partecipazione ai programmi formativi regionali. Il Terzo Settore non è soggetto subordinato del SSR ma partner strutturale della rete sociosanitaria, e la qualificazione del suo personale è componente della qualità complessiva dei servizi.

Per gli OSS, il Piano sostiene il riconoscimento del ruolo professionale e l'aggiornamento delle competenze in coerenza con i nuovi profili previsti dalla riforma delle professioni sanitarie (cfr. par. 16.3). La valorizzazione dell'OSS nei setting territoriali, ADI, Case della Comunità, RSA è componente operativa della strategia di prossimità del Piano (Strategia 3).

16.7 La pianificazione del fabbisogno di personale

La valorizzazione del personale è efficace solo se ancorata a una pianificazione strutturata del fabbisogno. La Regione disciplina, con apposito provvedimento della Giunta regionale, il procedimento di pianificazione del fabbisogno di personale del Servizio Sanitario Regionale, articolato in fasi cronologicamente scandite che assicurano la coerenza tra programmazione regionale, programmazione aziendale e adempimenti previsti dalla normativa sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui al D.L. 80/2021 e al DM 132/2022.

Il procedimento si articola nelle seguenti fasi. Entro il 31 ottobre di ciascun anno, le Aziende del SSR presentano alla Regione il piano assunzioni per l'anno successivo, coerente con il tetto di spesa fissato nel medesimo provvedimento regionale, con gli standard AGENAS per l'assistenza ospedaliera, con il DM 70/2015 e il DM 77/2022 e con gli indirizzi programmatori regionali, in primis il presente PSSIR. Entro il 31 dicembre dello stesso anno la Regione approva il piano assunzioni, eventualmente a seguito di modifiche e integrazioni richieste alle Aziende. Entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, le Aziende adottano il PIAO, all'interno del quale è contenuto il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, il cui primo anno corrisponde al piano assunzioni approvato dalla Regione. Nel mese di febbraio, con le Aziende e con il Settore Risorse Umane di area Liguria Salute, sono pianificate le procedure di reclutamento necessarie a dare attuazione al piano assunzioni dell'anno.

Il procedimento di pianificazione del fabbisogno integra in modo sistematico i fabbisogni dichiarati nei diversi capitoli del PSSIR, in particolare quelli connessi all'attuazione della riforma del SSR introdotta dalla L.R. 18/2025, all'attivazione dei nuovi setting territoriali del DM 77/2022, ai progetti PNRR e alle reti cliniche specialistiche disciplinate nei capitoli precedenti. La pianificazione tiene conto della tendenza demografica del personale (turnover, pensionamenti, mobilità in uscita), del fabbisogno epidemiologico della popolazione ligure (indice di vecchiaia, prevalenza delle cronicità), dei vincoli normativi nazionali e regionali sui tetti di spesa per il personale del SSN. La sostenibilità finanziaria del procedimento è verificata in raccordo con il tavolo della sostenibilità finanziaria del PSSIR (cfr. cap. 19) e con il piano di efficientamento amministrativo di ATS Liguria e AOM.

Il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali nel procedimento di pianificazione del fabbisogno di personale avviene attraverso i modelli relazionali previsti dai CCNL del comparto sanità e dell'area sanità della dirigenza. In particolare, gli atti di organizzazione degli uffici, ivi compreso il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, sono oggetto di informazione preventiva alle Organizzazioni Sindacali, secondo le modalità e le tempistiche stabilite dai CCNL vigenti, fermo restando il più ampio confronto programmatico sui contenuti del PSSIR con effetti sulle condizioni di lavoro che si svolge presso il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR di cui al par. 17.6. La rendicontazione annuale dello stato di attuazione del piano assunzioni è componente della rendicontazione complessiva del PSSIR alla II Commissione Consiliare e del cruscotto regionale

Per accompagnare la prima attuazione del procedimento di pianificazione del fabbisogno e in coerenza con la centralità del tema nella governance del Piano, entro sessanta giorni dall'approvazione del presente PSSIR il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6) è convocato in sessione informativa strutturata sulla disciplina regionale del procedimento di pianificazione del fabbisogno, sui contenuti programmatici del PSSIR che

alimentano il primo ciclo di pianificazione 2027-2029, sui criteri di coerenza tra programmazione regionale e programmazione aziendale. La sessione informativa al Tavolo del PSSIR si svolge sui contenuti del Piano con effetti complessivi sulle condizioni di lavoro, in coerenza con la funzione di confronto programmatico riconosciuta al Tavolo dal par. 17.6, fermo restando il regime di sola informazione preventiva, eventuale confronto, applicabile, ai sensi del CCNL, ai singoli atti di organizzazione adottati dalle Aziende, incluso il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale contenuto nel PIAO.

16.8 Il sistema delle relazioni sindacali per la qualità del lavoro negli appalti sociosanitari

Il sistema sociosanitario regionale è tra i principali attivatori di appalti pubblici in Liguria, sia attraverso gli investimenti di edilizia sanitaria sostenuti dalle risorse PNRR (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, ammodernamento delle strutture ospedaliere), sia attraverso gli appalti di servizi e forniture necessari al funzionamento ordinario del SSR e del sistema sociale (pulizie, ristorazione, manutenzione tecnica, vigilanza, trasporto sociosanitario, alcune funzioni assistenziali ausiliarie). La qualità del lavoro nei servizi appaltati incide direttamente sulla qualità complessiva delle prestazioni erogate ai cittadini e sulla tenuta complessiva del sistema.

Il Piano riconosce il Protocollo d'Intesa sottoscritto il 22 luglio 2025 tra Regione Liguria e le sigle confederali CGIL Liguria, CISL Liguria e UIL Liguria, recante "Intesa sulla tutela dei lavoratori in termini di sicurezza dell'ambiente di lavoro e di garanzia del livello occupazionale, nonché la prevenzione delle infiltrazioni criminali nel settore degli appalti di lavori, servizi e forniture" quale riferimento di policy regionale per la tutela dei lavoratori negli appalti del sistema sociosanitario. Il Protocollo, vincolante per la SUAR e per gli Enti regionali ai sensi della L.R. 2/2021, costituisce per il PSSIR lo strumento di riferimento per garantire l'applicazione del CCNL nazionale a tutti i lavoratori impiegati negli appalti del settore (art. 3), la piena tutela dei lavoratori in subappalto (art. 4), la premialità del 20% per il mantenimento occupazionale nei cambi di gestione (artt. 10 e 15), il piano dei presidi medici fissi per la sicurezza dei cantieri delle strutture sanitarie pubbliche (artt. 11.7 e 16.3), il sistema di relazioni con le parti firmatarie nelle fasi di progettazione, aggiudicazione, conduzione ed esecuzione degli appalti (artt. 9 e 14).

L'applicazione del Protocollo nei procedimenti di appalto del sistema sociosanitario è monitorata dal Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6), in raccordo con la SUAR e con il Settore Stazione Unica Appaltante Regionale, attraverso le riunioni periodiche di monitoraggio previste dall'art. 6 del Protocollo medesimo e attraverso gli incontri informativi trimestrali previsti dall'art. 2. Le criticità attuative rilevate dal Tavolo confluiscono nella dimensione qualitativa del cruscotto regionale integrato (par. 17.2) e nella rendicontazione annuale alla II Commissione Consiliare (par. 17.4).

Il Piano impegna inoltre ATS Liguria e AOM, nella programmazione delle gare di appalto di propria competenza per servizi e forniture sociosanitarie, ad applicare le previsioni del Protocollo del 4 maggio 2022 quale standard regionale per la tutela dei lavoratori negli appalti, in particolare per quanto riguarda l'applicazione del CCNL nazionale, la valutazione delle offerte secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per gli appalti labour

intensive, la premialità per il mantenimento occupazionale nei cambi di gestione e l'inserimento di lavoratori svantaggiati.

17. Il sistema di governance, monitoraggio e valutazione

Un Piano che non si misura non è un Piano: è una dichiarazione di intenti. Il PSSIR 2026-2030 si dota di un sistema unitario di governance, monitoraggio e valutazione che traduce il patto di comunità della nota introduttiva in dispositivi operativi verificabili. La rendicontazione annuale del Piano è la misura del patto tenuto: l'*accountability* è la categoria che organizza le forme attraverso cui il Piano risponde delle proprie scelte ai diversi interlocutori, la rappresentanza istituzionale, la cittadinanza, le rappresentanze dei lavoratori. Il capitolo si articola intorno a quattro pilastri concettuali, che i paragrafi successivi sviluppano in dispositivi operativi. Il primo pilastro è la governance, la Cabina di Regia del PSSIR come unico presidio politico e tecnico del Piano. Il secondo è la misura, il cruscotto integrato sociosanitario come piattaforma degli indicatori, strutturata secondo un'architettura a livelli di accesso che garantisce trasparenza modulata sul principio di proporzionalità tra finalità d'uso e disaggregazione dei dati. Il terzo è il monitoraggio e la valutazione, il ciclo strutturato di osservazione degli indicatori, articolato su cadenze ricorrenti e su due momenti valutativi di scala più ampia, la verifica intermedia del 2027 e la valutazione finale del 2029. Il quarto è l'*accountability*, la rendicontazione pubblica annuale alla II Commissione Consiliare, la comunicazione di *accountability* al cittadino con misurazione dell'*health literacy*, le relazioni sindacali con la funzione di osservazione strutturata del sistema. Il sistema integra in modo strutturale gli indicatori del piano sanitario e del piano sociale. L'integrazione dei due sistemi di monitoraggio, che nei piani precedenti operavano in modo parallelo e non comunicante, è la novità strutturale del PSSIR 2026-2030: consente di misurare l'integrazione sociosanitaria come oggetto proprio, non come somma di due parti.

17.1 La Cabina di Regia del PSSIR

La Regione istituisce la Cabina di Regia del PSSIR presidio politico e tecnico della governance del Piano; è presieduta dall'Assessore alla Sanità e alle Politiche Sociali e partecipa il Direttore Generale Area salute e politiche sociali, ATS Liguria, AOM, ANCI Liguria, Ordini professionali e rappresentanze del Terzo Settore e rappresentanze delle Organizzazioni Sindacali, in raccordo con il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR. Si riunisce in seduta plenaria semestrale per la verifica complessiva dell'avanzamento degli obiettivi e per proporre alla Giunta le correzioni di rotta necessarie. Per rispondere alla complessità dei nodi operativi del Piano, la Cabina di Regia si articola in tavoli tematici permanenti, ciascuno con composizione integrata rispetto al nodo trattato e con cadenza di lavoro propria: il tavolo dell'integrazione sociosanitaria (articolato al par. 13.6) monitora la coerenza tra programmazione sanitaria e sociale nelle cinque aree, le convenzioni operative ATS-Comuni, l'attuazione delle schede annuali degli ATS, ed è sede di raccordo con l'Ufficio di Piano regionale per la rilevazione delle disomogeneità territoriali; il tavolo della sostenibilità finanziaria (articolato al cap. 19) è

composto dalla Direzione generale Bilancio e dalla Direzione generale di area Salute e Servizi Sociali della Regione e presidia il principio di reinvestimento delle risorse liberate dalle inefficienze; il tavolo della salute mentale e delle dipendenze raccorda la Consulta Regionale sulla Salute Mentale, l'Osservatorio regionale su salute mentale e dipendenze e il Centro Studi Funzionale della Patologia delle Dipendenze, con funzioni di indirizzo programmatico e monitoraggio degli esiti. Ulteriori tavoli tematici possono essere attivati con atto deliberativo regionale in risposta a esigenze attuative che emergano nel corso del quinquennio. Le cadenze operative della Cabina di Regia e dei suoi tavoli sono differenziate per funzione. La seduta plenaria semestrale rimane il momento di sintesi politica e di proposta alla Giunta. Sul piano tecnico, i tavoli operano secondo cadenze proporzionali alla natura degli indicatori: trimestrale per l'analisi degli indicatori di allerta precoce; semestrale per la verifica degli indicatori di output; annuale per la valutazione degli indicatori di esito degli ATS. A queste cadenze ricorrenti si aggiungono i due momenti valutativi strutturati sviluppati al par. 17.3: la verifica intermedia del 2027 e la valutazione finale del 2029.

17.2 Il cruscotto integrato sociosanitario

Il cruscotto raccorda in un'unica piattaforma gli indicatori sanitari (SDO, flussi ambulatoriali, farmaceutica, flussi territoriali) e sociali (SIOSS, rendicontazioni ATS, indicatori LEPS), secondo un'architettura a tre livelli di accesso proporzionali alla finalità d'uso: un livello pubblico aperto sul portale regionale con indicatori aggregati e aggiornamento semestrale; un livello tecnico, previa autenticazione, per professionisti SSR, Enti Locali, ETS convenzionati, Università e Cabina di Regia, con indicatori di processo e output per struttura; un livello operativo, riservato alle Direzioni regionali, alle DG di ATSL e AOM, ai responsabili di percorso e al Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR (par. 17.6), con dati disaggregati nel rispetto della tutela delle fonti e tracciamento degli accessi. La disciplina puntuale dei tre livelli, degli indicatori afferenti, dei criteri di autenticazione e dei protocolli di riservatezza è definita con atto deliberativo regionale entro sei mesi dall'approvazione del Piano, contestualmente all'adozione del set completo degli indicatori; architettura, regole d'accesso ed elenco delle informazioni sono pubblicati sul portale.

La struttura adotta una matrice a doppia entrata: quattro livelli di oggetti misurati (sistema, percorso, struttura, integrazione sociosanitaria) per tre tipologie di indicatori (attuazione, output, risultato), corrispondenti alla catena logica della valutazione. Il set completo degli indicatori per i singoli Percorsi è definito entro sei mesi dall'approvazione del Piano con provvedimento amministrativo, sulla base di concertazione con DIAR, Direzioni Sanitarie ATSL e AOM e Uffici di Piano degli ATS, e ospitato progressivamente nel cruscotto. Per gli interventi realizzati mediante co-progettazione ex art. 55 D.lgs. 117/2017, il cruscotto integra la valutazione dell'impatto sociale come dimensione trasversale, esplicitando già in fase di definizione i cambiamenti attesi, gli indicatori di esito, la baseline e i tempi di verifica. Alla matrice si affianca una dimensione finanziaria per Ambito Territoriale Sociale, che consolida le risorse ripartite vincolate ai LEPS, le risorse proprie dei bilanci comunali (Missione 12) e le risorse sanitarie integrate, secondo il flusso di monitoraggio descritto al par. 13.5, e costituisce

la base informativa del riparto regionale e al raggiungimento di obiettivi legati all'erogazione dei LEPS.

Infine, la componente di sicurezza delle cure del cruscotto include gli indicatori prodotti dal SURGRS (par. 16.4): segnalazioni di *incident reporting* ed eventi sentinella consolidati, indicatori delle infezioni correlate all'assistenza, indicatori PNE relativi alla sicurezza, *Patient Safety Indicators* dell'AHRQ con mapping alle codifiche italiane, segnalazioni di dispositivo-vigilanza, esiti delle valutazioni FMECA proattive. La rete dei Clinical Risk Manager aziendali è incluso tra i soggetti che accedono al livello operativo del cruscotto, per le funzioni di benchmarking interaziendale e di rendicontazione al SURGRS, secondo i protocolli di riservatezza, di tutela delle fonti delle segnalazioni e di tracciamento degli accessi previsti per il livello operativo.

Per il governo delle reti chirurgiche regionali, il cruscotto integrato sociosanitario include indicatori specifici di volume, esito e processo per la chirurgia oncologica e bariatrica, oggetto di aggiornamento semestrale e di pubblicazione nei rapporti di monitoraggio: i volumi chirurgici per patologia e per presidio nelle reti oncologiche target (pancreas, ovaio, polmone, esofago, retto, prostata, mammella) con aggiornamento semestrale; il rispetto delle soglie minime previste dal DM 70/2015 per ciascun centro Hub, con monitoraggio annuale e pubblicazione; la mobilità passiva per patologia chirurgica oncologica, con baseline PNE 2025 e target di riduzione del 30% al 2030 in coerenza con l'OS10; i tempi tra discussione DMT e data dell'intervento per i pazienti oncologici, con target di appropriatezza di ≤ 21 giorni per i tumori resecabili; il numero di teleconsulti Hub-Spoke attivati per urgenza oncologica, quale proxy dell'efficacia operativa del modello di rete; i volumi della chirurgia bariatrica per centro della RRCO e il tasso di complicanze a 30 giorni secondo la classificazione Clavien-Dindo $\geq$ IIIb; il tasso di partecipazione ai Disease Management Team multidisciplinari, calcolato come quota dei casi discussi collegialmente sul totale dei casi incidenti per patologia.

Per il monitoraggio della Rete Oncologica nel suo complesso, il cruscotto integra inoltre: il tempo medio tra sospetto diagnostico e presa in carico al PAR; il tempo medio tra ingresso al PAR e prima discussione DMT; il tempo medio tra discussione DMT e avvio del trattamento; il tasso di adesione alle raccomandazioni del DMT; il numero di casi discussi al Molecular Tumor Board e il tempo medio tra richiesta e discussione MTB; la percentuale di pazienti sottoposti a test NGS sui casi eleggibili e la percentuale di pazienti arruolati in trial clinici nei casi con indicazione.

17.3 Il monitoraggio e la valutazione

Il monitoraggio è l'attività continua di rilevazione degli indicatori del cruscotto. Si articola sui tre livelli (attuazione, output, risultato) definiti al par. 17.2 con cadenze proporzionate alla natura degli indicatori: gli *indicatori di allerta precoce* (segnali di deviazione dai target) sono analizzati con cadenza trimestrale dai tavoli tematici della Cabina di Regia; gli *indicatori di output* (servizi erogati, copertura, attivazioni) sono verificati con cadenza semestrale; gli *indicatori di esito* (miglioramento delle condizioni di salute e benessere sociale, riduzione delle disuguaglianze) sono valutati con cadenza annuale e confrontati con i benchmark nazionali e regionali. Il ciclo di miglioramento si basa su quattro fasi ricorrenti: - definizione degli obiettivi e degli indicatori - attuazione delle azioni - verifica degli esiti attraverso il cruscotto -

riorientamento basato sull'evidenza. L'esito delle quattro fasi alimenta la seduta plenaria semestrale della Cabina di Regia, che sintetizza i risultati dei tavoli e propone alla Giunta le correzioni di rotta necessarie. A queste attività ricorrenti si aggiungono due momenti valutativi strutturati di scala più ampia. La verifica intermedia del 2027 ha carattere valutativo strutturato: coinvolge un soggetto esterno indipendente, utilizza metodi misti (quantitativi e qualitativi, incluse interviste ai professionisti e ai cittadini), produce raccomandazioni vincolanti per l'aggiornamento del Piano nella fase 2028-2030. I criteri di valutazione includono: avanzamento rispetto agli obiettivi di salute (OS1-OS13); qualità dell'integrazione sociosanitaria nelle cinque aree ATSL; riduzione delle disuguaglianze geografiche e socioeconomiche; grado di attuazione dei LEPS; funzionamento del sistema digitale.

La valutazione finale del 2030 è la base empirica per il Piano successivo 2031-2035. Produce una relazione pubblica che include: stato di raggiungimento degli obiettivi del quinquennio con analisi degli scostamenti; mappa delle disuguaglianze residue; inventario delle buone pratiche replicabili; raccomandazioni per la programmazione futura; report finanziario dell'utilizzo delle risorse e dell'impatto degli investimenti in termini di salute guadagnata.

Le schede annuali degli ATS, format regionale unico che rileva lo stato di attuazione degli indicatori per raggiungimento target, l'avanzamento dei percorsi di integrazione sociosanitaria, gli indicatori di copertura e qualità dei servizi, le eventuali criticità attuative, sono prodotte dagli Uffici di Piano regionale e analizzate dal tavolo dell'integrazione sociosanitaria della Cabina di Regia entro il primo trimestre dell'anno successivo. I risultati alimentano il processo di accompagnamento agli ATS per la riprogrammazione, la riduzione delle disuguaglianze e il rafforzamento delle capacità di sistema.

17.4 La rendicontazione pubblica

La rendicontazione annuale alla II Commissione Consiliare avviene entro il 30 giugno di ciascun anno, con relazione tecnica congiunta dell'ATS Liguria e dell'AOM. La relazione include: confronto tra valori correnti degli indicatori e target di Piano; analisi degli scostamenti con identificazione delle cause; proposte di riorientamento programmatico; riepilogo degli investimenti effettuati e delle risorse impegnate; evidenza delle disuguaglianze territoriali residue. La rendicontazione alla II Commissione è il momento istituzionale principale di *accountability* del Piano. Il cruscotto integrato sociosanitario costituisce la base informativa permanente della rendicontazione; la relazione annuale ne estrae la sintesi valutativa. Le raccomandazioni della Commissione sono assunte dalla Cabina di Regia come materiale della seduta plenaria semestrale successiva e, ove necessario, tradotte in proposte di correzione di rotta alla Giunta. La rendicontazione tecnica alla Commissione si integra con la comunicazione di *accountability* al cittadino; le due dimensioni sono complementari e costituiscono insieme la responsabilità del Piano verso le sue diverse interlocuzioni.

17.5 La comunicazione nel sistema di governance del Piano

La comunicazione è una componente del sistema di governance del Piano. Il PSSIR la considera sotto due profili: la comunicazione interna al sistema dei servizi, che riguarda il passaggio di

informazioni tra professionisti, équipe, strutture e setting assistenziali; e la comunicazione esterna verso i cittadini, le famiglie, gli stakeholder regionali.

Una persona che non comprende la diagnosi, le alternative terapeutiche, i tempi e i luoghi di accesso ai servizi è una persona privata di parte del proprio diritto. Una persona che non sa cosa il sistema sanitario regionale offre, dove si trova, come vi accede, a chi può rivolgersi quando i tempi non sono rispettati, è una persona penalizzata indipendentemente dalla qualità clinica delle prestazioni. I due profili sono trattati in modo coordinato all'interno del presente paragrafo. Il quadro normativo di riferimento include: il DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza, che riconosce l'informazione al cittadino come componente del LEA; la L. 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento; il Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e il D.lgs. 196/2003 come riformato, per il trattamento dei dati personali; gli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'*health literacy* come fattore di disuguaglianza nell'accesso alle cure.

Il Piano riconosce che le competenze comunicative non sono distribuite in modo uniforme nella popolazione. L'alfabetizzazione sanitaria, la capacità di comprendere, valutare e utilizzare le informazioni di salute varia in funzione del titolo di studio, dell'età, della condizione socioeconomica, della padronanza della lingua. La qualità della comunicazione del sistema incide quindi sull'effettiva accessibilità delle prestazioni anche per i cittadini con minori competenze sanitarie. Per questo motivo il Piano assume la comunicazione come oggetto di programmazione e di misurazione e non come dimensione lasciata alla sensibilità individuale degli operatori o alle iniziative discrezionali delle singole strutture.

La comunicazione interna al sistema. La qualità del passaggio di informazioni tra professionisti, équipe, strutture e setting assistenziali è una condizione di continuità e sicurezza del percorso di cura. La frammentazione delle informazioni cliniche tra ospedale e territorio, tra medico di famiglia e specialista, tra struttura sanitaria e servizio sociale, è all'origine di errori, duplicazioni, ritardi, dimissioni inappropriate e ricoveri evitabili. Il Piano interviene su questa dimensione attraverso l'infrastruttura digitale unitaria (IT-CURA, Cartella a Casa, FSE, anagrafe regionale degli interventi) descritta al cap. 15 e attraverso strumenti organizzativi quali la COT (Centrale Operativa Territoriale), il Case Manager, i tavoli multidisciplinari di dimissione difficile, le riunioni di équipe codificate nei PDTA.

Affinché l'infrastruttura produca effetti reali, il Piano riconosce la formazione comunicativa e relazionale del personale come obiettivo strategico. La formazione include: tecniche di comunicazione clinica (ascolto attivo, *teach-back*, colloquio motivazionale); modalità di coinvolgimento del paziente e dei caregiver nelle decisioni cliniche; gestione delle comunicazioni difficili (cattive notizie, fine vita, errori medici); coordinamento multiprofessionale e gestione delle riunioni di équipe; uso degli strumenti digitali di trasmissione delle informazioni nel rispetto della normativa sulla privacy. Il piano formativo è coordinato dall'ATS Liguria nell'ambito dei programmi ECM aziendali, in raccordo con il par. 16.1 sulla formazione come leva strategica.

Il coinvolgimento dei caregiver è componente della comunicazione clinica. Nei percorsi di cronicità, disabilità, demenza, salute mentale, fine vita, il caregiver è soggetto di continuità informativa tra setting e tempi diversi della cura. Il Piano prevede momenti dedicati di comunicazione con il caregiver, con strumenti adeguati ai contesti di disabilità cognitiva o

sensoriale del paziente, e l'integrazione del caregiver nei processi decisionali secondo i principi della presa in carico partecipata.

La comunicazione esterna verso i cittadini e gli stakeholder. Il Piano organizza la comunicazione pubblica su tre livelli.

- **Il primo livello** è il portale regionale della salute, presidio digitale unitario che raccoglie le informazioni essenziali per il cittadino: catalogo dei servizi sanitari e sociosanitari per area territoriale, modalità e tempi di accesso, percorsi di cura per le principali condizioni croniche, diritti dell'utente e percorsi di tutela attivabili in coerenza con il settimo asse di OS5, guide pratiche alla relazione con il sistema (prenotazioni, fascicolo sanitario elettronico, scelta dello specialista, segnalazione di disservizi). Il portale ospita inoltre il cruscotto degli indicatori descritto al par. 17.2, che rende visibili i tempi di attesa, le performance dei presidi, i dati di esito delle reti cliniche.
- **Il secondo livello è la comunicazione di prossimità**, che porta le informazioni del sistema nei luoghi di vita e di cura: materiali informativi standardizzati e multilingue presso ambulatori, farmacie, MMG, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Pronto Soccorso, sportelli del cittadino dei Comuni; campagne tematiche territoriali su prevenzione, screening, vaccinazioni, fragilità anziana, salute mentale, in coerenza con gli OS del Piano e con il calendario delle giornate mondiali della salute; sportelli di orientamento integrati nelle Case della Comunità e nei PUA, anche in raccordo con il numero unico 116117. La comunicazione di prossimità presta attenzione alle aree geograficamente periferiche e alle popolazioni a rischio di esclusione informativa: anziani soli, popolazione straniera, persone con disabilità sensoriali o cognitive. Per le reti tempo-dipendenti a maggiore impatto epidemiologico, in particolare per la Rete Ictus, la Regione attiva campagne informative permanenti rivolte ai cittadini per il riconoscimento precoce dei sintomi (campagne tipo FAST — Face, Arms, Speech, Time), per l'uso appropriato del servizio 118 e per la conoscenza dei centri Hub di riferimento regionali.
- **Il terzo livello è la comunicazione istituzionale e di sistema:** dialogo strutturato con gli stakeholder regionali (Conferenza dei Sindaci, Ordini professionali, Sindacati, Terzo Settore, Associazioni dei pazienti, Università); presenza nei canali di informazione tradizionali e digitali (stampa, televisione, radio, social media regionali) con un piano per la comunicazione coordinato dalla Direzione generale di Area Salute e Politiche Sociali; comunicazione delle eccellenze del sistema regionale come strumento di valorizzazione e di riduzione della mobilità passiva, in coerenza con quanto previsto dall'OS8; rendicontazione pubblica annuale al cittadino dei risultati raggiunti, in forma divulgativa, in raccordo con la rendicontazione tecnica alla II Commissione Consiliare di cui al par. 17.4.

Ascolto, partecipazione e contrasto alla disinformazione. Il Piano integra un sistema strutturato di ascolto e partecipazione dei cittadini e degli stakeholder, finalizzato a orientare e migliorare le attività di comunicazione e l'accessibilità ai servizi. Tale sistema comprende la raccolta e l'analisi sistematica dei feedback degli utenti (questionari di esperienza, sondaggi periodici, analisi dei contatti al numero unico 116117 e delle segnalazioni ricevute attraverso gli URP aziendali e i canali digitali regionali), momenti di confronto strutturato con associazioni di pazienti, Terzo Settore e comunità locali, nonché il monitoraggio dei bisogni informativi emergenti. È inoltre previsto un presidio attivo di contrasto alla disinformazione sanitaria, attraverso contenuti redazionali verificati e tempestivi, attività di fact-checking sulle principali

fake news in ambito sanitario, campagne di educazione sanitaria e collaborazione con professionisti e reti territoriali per la diffusione di informazioni corrette nelle comunità di prossimità.

Comunicazione in situazioni critiche ed emergenziali. Il Piano prevede protocolli specifici per la gestione della comunicazione in situazioni critiche o emergenziali. I protocolli includono procedure di attivazione rapida e coordinata, l'individuazione di portavoce istituzionali per ciascun livello del sistema (regionale, ATS, AOM) e linee guida per la gestione dei rapporti con i media e per la comunicazione sui canali digitali e social, in coerenza con il piano regionale di emergenza e con i protocolli del Dipartimento di Prevenzione.

L'alfabetizzazione sanitaria come dimensione misurabile. Il Piano assume l'health literacy della popolazione ligure come oggetto di rilevazione e di programmazione. Entro il 2027 è promossa una rilevazione regionale strutturata del livello di alfabetizzazione sanitaria, con strumenti validati a livello internazionale (HLS-EU-Q16 o equivalenti), articolata per area geografica, fascia di età, condizione socioeconomica, e con sezioni dedicate alla digital health literacy. Le aree e le popolazioni con bassa alfabetizzazione sanitaria diventano oggetto prioritario delle azioni di comunicazione di prossimità e di formazione comunicativa degli operatori. Il Piano utilizza in questo modo la qualità della comunicazione come indicatore di equità del sistema, oltre che come misura di efficienza organizzativa.

La governance della comunicazione. Il coordinamento della strategia di comunicazione del Piano è in capo alla Cabina di Regia del PSSIR di cui al par. 17.1, che ne presidia coerenza, qualità e tempistica. La Direzione generale di area Salute e Servizi Sociali definisce gli indirizzi strategici, gli standard e il piano editoriale, in raccordo con ATS Liguria, AOM, ANCI Liguria, Ordini professionali e Associazioni dei pazienti. Le ASL attuano la strategia regionale nei rispettivi territori, valorizzando le specificità locali e le reti di prossimità.

Entro sei mesi dall'approvazione del Piano, la Regione adotta con atto deliberativo regionale un Piano regionale di comunicazione del PSSIR, che declina operativamente le linee del presente paragrafo, definisce gli indicatori di processo e di esito della comunicazione, individua i target intermedi al 2028 e finali al 2030, e definisce le risorse dedicate. Il Piano regionale di comunicazione è soggetto a revisione annuale nell'ambito della seduta plenaria semestrale della Cabina di Regia.

Indicatori di monitoraggio. L'efficacia della comunicazione è oggetto di monitoraggio continuo attraverso un set unitario di indicatori, distinti tra comunicazione esterna e comunicazione interna.

Per la comunicazione esterna: accessibilità del portale regionale (numero di accessi, tempo medio di permanenza, completezza dei contenuti aggiornati); copertura della comunicazione di prossimità (presenza di materiali informativi standardizzati nelle CdC, OdC e farmacie del territorio regionale); livello di alfabetizzazione sanitaria della popolazione (rilevazione HLS-EU-Q16); soddisfazione del cittadino (questionari di esperienza); adesione alle campagne di prevenzione, screening e vaccinazioni; impatto sull'appropriatezza dell'accesso ai servizi.

Per la comunicazione interna: tasso di completezza della Cartella a Casa nei passaggi di setting; percentuale di lettere di dimissione con piano di prosecuzione delle cure trasmesse al MMG entro 24 ore; completezza dei verbali di équipe nei PDTA; tempo medio di attivazione della COT nei percorsi di dimissione complessa. I risultati del monitoraggio alimentano il

miglioramento continuo delle strategie e delle azioni di comunicazione e sono integrati nel cruscotto regionale.

17.6 Le relazioni sindacali e la funzione di osservazione del sistema

Il sistema sanitario regionale è anche un sistema di lavoro, governato dalla contrattazione collettiva nazionale del comparto sanità e della dirigenza e dalla contrattazione decentrata di ATS Liguria, AOM e Aziende Ospedaliere, ai sensi del D.lgs. 165/2001 e del D.lgs. 81/2008. Il Piano riconosce le Organizzazioni Sindacali rappresentative come soggetti del patto di comunità di cui al PSSIR e ne valorizza il ruolo nel sistema di governance, fermo restando che le sedi della contrattazione decentrata aziendale mantengono la propria autonomia funzionale e normativa.

Il Piano valorizza due funzioni delle OO.SS. La funzione contrattuale è lo strumento attraverso cui le scelte programmatiche del Piano si traducono in scelte di organizzazione del lavoro piani di assunzione coerenti con i fabbisogni del cap. 16, nuovi setting territoriali, nuovi profili professionali, formazione, salute e sicurezza. La funzione di osservazione strutturata si svolge nei luoghi di lavoro e consente di rilevare criticità attuative disservizi al cittadino, scollamenti tra programmazione e attuazione, segnali di sofferenza organizzativa, condizioni di rischio per la qualità delle prestazioni che il sistema formale di monitoraggio (par. 17.2 e 17.3) può non cogliere tempestivamente.

Il Piano istituisce il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR come organismo distinto, raccordato con la Cabina di Regia. Il Tavolo è composto dalla Direzione regionale Sanità e Politiche Sociali, dalla Direzione Generale di ATS Liguria e AOM e dalle rappresentanze regionali delle OO.SS. del comparto sanità e della dirigenza; si riunisce con cadenza almeno semestrale. Svolge tre funzioni: confronto programmatico sui contenuti del Piano con effetti sulle condizioni di lavoro; raccolta ed elaborazione delle segnalazioni di criticità attuative provenienti dai luoghi di lavoro, integrate nel cruscotto come dimensione qualitativa del monitoraggio; verifica congiunta dell'attuazione delle scelte sulle risorse umane.

Il raccordo con la Cabina di Regia avviene attraverso la partecipazione delle rappresentanze sindacali alla seduta plenaria semestrale e attraverso una relazione annuale del Tavolo che alimenta la rendicontazione pubblica. Entro sei mesi dall'approvazione del Piano, la Regione adotta con atto deliberativo regionale l'atto istitutivo del Tavolo, che definisce composizione puntuale, modalità di funzionamento, protocolli di trasmissione delle segnalazioni e coordinamento con la contrattazione decentrata aziendale.

18. Integrazione con le altre politiche regionali

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale non può essere uno strumento autoreferenziale. La salute è determinata in larga misura da fattori che esulano dalla competenza diretta del sistema sanitario: le politiche abitative, le politiche del lavoro, le politiche ambientali, i trasporti, l'istruzione. L'approccio "Health in All Policies" richiede che le

scelte programmatiche in questi settori vengano valutate anche rispetto al loro impatto sulla salute della popolazione.

18.1 Politiche abitative e salute

La condizione abitativa è un determinante di salute di primo ordine. L'inadeguatezza abitativa si associa a tassi superiori di malattie respiratorie, malattie mentali, infortuni domestici. In Liguria, il problema abitativo si manifesta con caratteristiche specifiche: l'elevato costo degli affitti nella zona costiera che spinge le fasce più deboli verso aree prive di servizi; il patrimonio edilizio vetusto nelle aree interne con rischi di igiene e sicurezza; la mancanza di soluzioni abitative adeguate ad anziani fragili che non necessitano di istituzionalizzazione ma non possono vivere completamente da soli.

Il Piano prevede il raccordo esplicito con le politiche regionali per l'edilizia residenziale pubblica attraverso: l'integrazione dei criteri di assegnazione degli alloggi ERP con le valutazioni sociosanitarie dei PUA; lo sviluppo di soluzioni abitative di prossimità per anziani (case di vicinato, co-housing intergenerazionale, in coerenza con il par. 8.8 sulla residenzialità per anziani non autosufficienti) come alternativa alla istituzionalizzazione precoce; il raccordo con i piani di Housing First per le persone in condizione di grave marginalità, in coerenza con il par. 11.1 sull'inclusione sociale.

18.2 Politiche del lavoro e salute mentale

Il lavoro è un determinante fondamentale per il benessere inclusivo sia della salute mentale che della disabilità. La perdita del lavoro, la precarietà occupazionale e il mancato accesso al mercato del lavoro si associano a tassi significativamente superiori di depressione, disturbi d'ansia, isolamento sociale e dipendenze. In Liguria, il tasso di partecipazione alla formazione continua particolarmente basso nella provincia di Imperia (7,2%) segnala un rischio di marginalizzazione occupazionale che può tradursi in disagio psicosociale.

Il Piano prevede il raccordo con le politiche regionali per il lavoro attraverso l'integrazione tra il Budget di Salute per i disturbi mentali gravi e per la disabilità psicomotoria e i percorsi di inserimento lavorativo supportato (con i Centri per l'impiego e le cooperative sociali di tipo B); il raccordo tra i servizi per le dipendenze e i programmi di formazione e reinserimento lavorativo; la promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro, in raccordo con i Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SPSAL) dell'ATSL e con quanto previsto al par. 16.5 sulla salute e sicurezza dei lavoratori del SSR.

18.3 Politiche ambientali e One Health

Il Piano recepisce e declina a livello regionale l'approccio "One Health", una sola salute, paradigma promosso dall'OMS fondato sulla consapevolezza che la salute umana è indissolubilmente interconnessa alla salute animale e alla qualità dell'ecosistema naturale. La Liguria, con la sua orografia complessa, l'alta densità urbanistica costiera, i grandi scali portuali e un entroterra montano, rappresenta un ecosistema in cui l'interazione tra uomo, natura e sviluppo industriale è quotidiana.

I determinanti ambientali climatici e sociali, l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, il dissesto idrogeologico, l'inclusione sociale, hanno un impatto diretto e misurabile sui tassi di

ospedalizzazione, incidendo in modo severo sui cittadini più fragili e anziani (cfr. par. 1.3 sui determinanti socioeconomici di salute). La sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la prevenzione delle zoonosi costituiscono barriere essenziali per la protezione della salute pubblica e sono presidiate dal Dipartimento di Prevenzione Regionale (DPR) di cui al cap. 12, che adotta il paradigma One Health come principio organizzativo fondante. Il Piano prevede un raccordo strutturato tra il DPR e le politiche ambientali regionali, con particolare attenzione alla sorveglianza delle ondate di calore per la popolazione anziana fragile.

18.4 Trasporti e salute

I trasporti sono determinante di salute a doppia valenza. Sul piano dei determinanti diretti, la qualità del trasporto pubblico locale incide sull'esposizione all'inquinamento atmosferico (uno dei principali fattori di rischio per le malattie respiratorie e cardiovascolari), sull'attività fisica della popolazione (mobilità attiva, pedonale, ciclabile, micro-mobilità come fattore protettivo) e sulla sicurezza stradale (incidentalità come causa di morte prematura e di disabilità). Sul piano dell'accessibilità ai servizi, la mobilità sanitaria interna è condizione di esigibilità del diritto alla salute: una rete di trasporti inadeguata trasforma la prossimità geografica in distanza effettiva, in particolare nelle aree interne e per le fasce di popolazione non automunite (anziani, persone con disabilità, fasce a basso reddito).

Il Piano prevede il raccordo con le politiche regionali per i trasporti su tre direttrici. La prima è il governo del trasporto sanitario secondario programmato (dialisi, radioterapia, visite oncologiche, dimissioni ospedaliere), trattato operativamente al par. 19.4 con l'istituzione della Centrale Regionale dei Trasporti Sanitari Secondari Qualificati integrata con IT-CURA e con la Centrale Operativa Territoriale. La seconda è il raccordo con la programmazione del trasporto pubblico locale per garantire l'accessibilità delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, dei poli specialistici regionali, in coerenza con la rete Hub & Spoke del Piano. La terza è la promozione della mobilità sostenibile come determinante di salute, con particolare attenzione ai contesti urbani ad alta densità (mobilità attiva, qualità dell'aria) e alle aree interne (servizi a chiamata, trasporto sociale).

18.5 Istruzione e salute

L'istruzione è il principale determinante sociale di salute della letteratura epidemiologica internazionale, a livelli più alti di istruzione corrispondono in modo documentato aspettative di vita più lunghe, minori prevalenze di patologie croniche, maggiore aderenza ai percorsi di cura, maggiore capacità di accesso informato ai servizi sanitari. In Liguria, le disomogeneità territoriali nei tassi di scolarizzazione e di formazione continua si riflettono in disuguaglianze di salute documentate, in particolare nelle aree interne e nelle fasce di popolazione a basso reddito.

Il Piano prevede il raccordo con le politiche regionali per l'istruzione sulle seguenti direttrici. La prima è la promozione della salute nelle scuole come funzione strutturale del Dipartimento di Prevenzione Regionale, con programmi di educazione alla salute, prevenzione delle dipendenze, alfabetizzazione affettiva e relazionale, e raccordo con i servizi di salute mentale per l'intercettazione precoce del disagio. In coerenza con tale impostazione, il Piano riconosce

nel contesto scolastico non soltanto un luogo di erogazione di programmi di promozione della salute, ma il principale ambito in cui matura la consapevolezza che la salute si costruisce attraverso le scelte individuali di ciascuno e che l'impegno civile del cittadino passa anche dalla cura della propria salute. In questa prospettiva, la collaborazione tra il Dipartimento Salute e il sistema regionale dell'istruzione assume valore strategico oltre quello operativo: forma cittadini consapevoli e capaci di orientarsi nei percorsi di prevenzione, contribuendo nel medio-lungo periodo al miglioramento dell'health literacy della popolazione ligure (cfr. par. 17.5 sulla comunicazione e par. 11.1 sulla prevenzione primaria).

La seconda è la formazione del personale del SSR e del comparto sociale, in raccordo con l'Università di Genova e con gli enti accreditati per la formazione professionale, in coerenza con il cap. 16.1 (formazione come leva strategica) e con il cap. 16.6 (personale del comparto sociale). La terza è la misurazione dell'health literacy della popolazione ligure (HLS-EU-Q16) come indicatore di efficacia complessiva delle politiche di comunicazione e di accessibilità ai servizi, in coerenza con il par. 17.5 (comunicazione e health literacy del PSSIR).

Il sistema di monitoraggio del cap. 18 si fonda sui seguenti indicatori sintetici dei raccordi intersettoriali, integrati nel cruscotto regionale di cui al par. 17.2:

Ambito	Indicatore di raccordo	2027	2030
Politiche abitative (par. 18.1)	Protocollo regionale ATS — Settore casa per integrazione PUA-ERP	Adottato	Operativo
Politiche del lavoro (par. 18.2)	Progetti BdS con inserimento lavorativo supportato attivati (CPI + cooperative B)	n. linea base	+50%
Politiche ambientali (par. 18.3)	Sistema regionale di sorveglianza ondate di calore attivo per la popolazione fragile	Operativo	Copertura 100% ATS
Trasporti (par. 18.4)	Centrale Regionale Trasporti Sanitari Secondari (par. 19.4) operativa	Avviata	Operativa
Istruzione (par. 18.5)	Misurazione health literacy HLS-EU-Q16 (par. 17.5) e programmi di promozione della salute nelle scuole DPR (cap. 12)	Misurazione baseline	Ciclo triennale

19. Sostenibilità finanziaria e allocazione delle risorse

La sostenibilità finanziaria del PSSIR 2026-2030 si fonda su quattro principi: appropriatezza come leva di risparmio (la riduzione dei ricoveri inappropriati, della mobilità passiva e degli accessi impropri al PS libera risorse riutilizzabili nel sistema); investimento nella prossimità (le cure territoriali costano meno di quelle ospedaliere quando l'organizzazione funziona);

valorizzazione del patrimonio PNRR (le infrastrutture già finanziate devono essere pienamente operative); governo della domanda (la stratificazione del rischio e i PDTA riducono la domanda inappropriata e ottimizzano l'uso delle agende).

19.1 Le fonti di finanziamento

Il Piano si finanzia attraverso cinque canali principali. Il Fondo Sanitario Regionale (FSR) costituisce la quota principale. Le risorse PNRR Missione 6 C1 e C2 già assegnate coprono Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, telemedicina e diagnostica avanzata: il Piano assicura che le strutture finanziate siano pienamente operative entro i termini del PNRR e che il loro funzionamento sia sostenuto dal FSR dopo la scadenza dei fondi. I Fondi strutturali europei 2021-2027 (FESR e FSE+) co-finanziano innovazione digitale, formazione del personale e sviluppo dei servizi di welfare. Il Fondo Sociale Nazionale, il Fondo per la disabilità e la non autosufficienza, il Fondo Povertà finanziano con quote vincolate ai LEPS. Le risorse proprie regionali completano il quadro. In particolare, sul sub-investimento PNRR M6C1 1.2.3 (telemedicina per i pazienti cronici, con priorità ai grandi anziani) la Liguria dispone di risorse già destinate alle azioni descritte dal Piano per gli over 80 — contrasto al deterioramento cognitivo, aderenza terapeutica e isolamento sociale. Con deliberazione AGENAS n. 159 del 17 giugno 2026 sono stati selezionati e ammessi a finanziamento due progetti a titolarità ligure, “Oltre il Tempo” (Regione Liguria) e “NeirOne2 – Comunità in Salute 2.0” (ASL4 Chiavarese), per un valore complessivo di circa 8,4 milioni di euro, su coorti di destinatari distinte. Tali risorse coprono l'avvio di queste azioni che troveranno il loro consolidamento nel periodo di vigenza del Piano.

19.2 Stima dell'impatto finanziario

Le stime di impatto finanziario delle principali priorità del Piano, costruite su scenari quinquennali (2026-2030), tengono conto sia dei costi di investimento che dei risparmi attesi dall'efficientamento

Riduzione del 20% dei ricoveri inappropriati: risparmio stimato di circa 12 milioni di euro/anno, reinvestiti nella rete territoriale.

Riduzione del 30% della mobilità passiva extra-regionale: trattenimento di circa 8-12 milioni di euro/anno nel sistema regionale.

Modello OPAT su scala regionale: costo aggiuntivo stimato 2-3 milioni di euro/anno (personale infermieristico dedicato, materiali), con risparmio atteso da riduzione degenze di 5-7 milioni.

IT-CURA nei setting territoriali: circa 3-4 milioni di euro nel triennio 2026-2028 (formazione, dispositivi, manutenzione), parzialmente coperti dai fondi PNRR residui

Budget di Salute per i disturbi mentali gravi: il co-finanziamento strutturato con i Comuni (Fondo Unico Integrato del Budget di Salute, sviluppato al par. 13.5 genera un effetto leva che attrae risorse sociali e informali aggiuntive rispetto all'investimento sanitario, aumentando il valore complessivo del progetto individuale senza incrementare proporzionalmente la spesa pubblica sanitaria.

Le stime sono soggette a verifica nell'ambito della valutazione intermedia del 2028 e saranno aggiornate sulla base dei dati reali di attività. La Cabina di Regia del PSSIR, secondo quanto

definito al cap. 17, articola al proprio interno il tavolo della sostenibilità finanziaria, con partecipazione della Direzione Bilancio e della Direzione Sanità della Regione.

Il principio fondamentale è che le risorse liberate dalle inefficienze vengano reinvestite nel sistema anziché assorbite da tagli lineari.

A quanto sopra, si aggiunge la componente di risparmio strutturale derivante dall'efficientamento dei processi amministrativi e gestionali conseguente alla riforma L.R. 18/2025: riduzione delle duplicazioni di funzione tra le ex ASL, maggiore efficienza degli acquisti centralizzati in Liguria Salute, automazione delle attività di back-office a basso valore aggiunto. Le risorse liberate sono destinate al potenziamento della rete territoriale e all'innovazione digitale, secondo il principio di reinvestimento interno enunciato al par. 19.1. La quantificazione sarà definita nel piano di efficientamento amministrativo che ATS Liguria e AOM adotteranno entro il 2026 nell'ambito del contratto di programma con la Regione.

19.3 La gestione operativa delle misure sociosanitarie regionali: FI.L.S.E. come strumento di razionalizzazione

Il sistema regionale ligure ha consolidato negli ultimi anni un modello operativo in cui la gestione dei pagamenti e degli adempimenti amministrativi delle misure sociosanitarie destinate alle popolazioni fragili, non autosufficienza, disabilità grave, sostegno alla domiciliarità è ricondotta in modo unitario alla finanziaria regionale FI.L.S.E., in qualità di soggetto in house controllato dalla Regione e, in forma minoritaria, dai Comuni. Questa configurazione, coerente con il principio di amministrazione condivisa richiamato all'art. 55 del d.lgs. 117/2017 e con il riordino del SSR di cui alla L.R. 18/2025, costituisce uno strumento programmatico attraverso cui il Piano persegue l'omogeneità territoriale dei servizi, la razionalizzazione delle procedure amministrative e il governo unitario delle risorse economiche dedicate.

Il quinquennio 2026-2030 vedrà il consolidamento di tale modello attraverso una fase di riforma che prevede l'accentramento progressivo presso FI.L.S.E. delle diverse fasi della filiera dei pagamenti sociosanitari, ricezione delle domande, istruttoria, concessione, erogazione del contributo in costante raccordo con il sistema territoriale, in coerenza con quanto previsto al par. 13.5 in materia di co-finanziamento integrato. Tre direttrici operative articolano questo modello.

La Centrale Unica per la condizione di disabilità

FI.L.S.E. è individuata dalla Regione quale Centrale Unica per la condizione di disabilità, con funzione di ricezione e valutazione delle istanze di Progetto di Vita presentate ai sensi del D.lgs. 62/2024. La valutazione è condotta con il supporto della rete territoriale di ATS Liguria e degli ATS sociali, in coerenza con il modello operativo descritto al par. 8.8. La Centrale Unica supera l'attuale frammentazione delle istanze rivolte a enti diversi per prestazioni specifiche, in favore di un approccio integrato alla persona e al suo nucleo familiare, che riconduce all'unitarietà del Progetto di Vita le diverse prestazioni e i diversi strumenti di sostegno.

L'Hub della Cura e il registro regionale degli assistenti familiari

Nel quinquennio del Piano è prevista l'attivazione, presso FI.L.S.E., dell'Hub della Cura regionale, articolato su un registro pubblico degli assistenti familiari con funzioni di certificazione delle

competenze e di formazione continua, e su una piattaforma digitale di incrocio tra domanda e offerta di assistenza domiciliare professionale. L'Hub si raccorda con la rete delle Case della Comunità, presso le quali sono attivati sportelli territoriali di informazione e accompagnamento per i cittadini, e con il Budget di Salute di cui al par. 8.9, di cui può alimentare le componenti operative attraverso il ricorso ad assistenza familiare qualificata e regolarmente assunta. L'iniziativa persegue, nell'ambito delle politiche di domiciliarità, il duplice obiettivo della qualificazione del lavoro di cura e della trasparenza del mercato dell'assistenza familiare.

L'integrazione amministrativa con le misure di accompagnamento alla dimissione protetta

Le misure di accompagnamento alla dimissione protetta, disciplinate dal par. 7.2 in qualità di LEPS riconosciuto dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, trovano supporto operativo, sul piano amministrativo, nel sistema integrato gestito da FI.L.S.E., che assicura la rapidità di attivazione delle prestazioni nella fase post-acuzie attraverso l'interoperabilità tra i sistemi regionali Bandi On Line e IT-CURA. Tale integrazione costituisce uno degli elementi di rafforzamento della continuità ospedale-territorio richiamati al par. 7.2 e al par. 14.3 (Centrale Operativa Territoriale).

Governance e monitoraggio

La gestione operativa di FI.L.S.E. è oggetto di rendicontazione annuale alla Cabina di Regia del PSSIR (par. 17.1) attraverso indicatori di processo (volumi gestiti, tempi di lavorazione delle pratiche, copertura territoriale) e indicatori di esito (omogeneità dell'accesso ai servizi tra le cinque aree, soddisfazione dei beneficiari, costi unitari delle prestazioni amministrative). I dati confluiscono nel cruscotto integrato sociosanitario di cui al par. 17.2 e sono pubblicati con cadenza annuale sul portale regionale, in coerenza con il Piano regionale di comunicazione del PSSIR di cui al par. 17.5.

19.4 Il coinvolgimento del Terzo Settore e la co-progettazione

Il Terzo Settore ligure rappresenta una risorsa finanziaria e organizzativa che il Piano intende valorizzare strutturalmente. Il ruolo strutturale del Terzo Settore come soggetto dell'integrazione sociosanitaria è sviluppato al par. 13.4, cui si rimanda; il presente paragrafo affronta le forme di coinvolgimento finanziario e contrattuale. Le forme di coinvolgimento previste sono: co-programmazione (partecipazione alla definizione degli obiettivi e delle priorità nei Piani di Zona); co-progettazione (partecipazione alla definizione dei servizi e delle modalità di erogazione attraverso avvisi pubblici dedicati ai sensi del D.lgs. 117/2017); convenzioni (per i servizi ad alta specializzazione sociale gestiti da ETS accreditati); affidamento diretto (per servizi di piccola entità nelle aree prive di operatori di mercato). La co-progettazione non è solo uno strumento finanziario: è un metodo di innovazione sociale che produce servizi più aderenti ai bisogni reali della comunità.

Centrale dei trasporti sanitari secondari

Un ambito specifico in cui il rapporto tra sistema pubblico e Terzo Settore richiede una riforma strutturale è il trasporto sanitario secondario programmato (es. dialisi, radioterapia, visite oncologiche, dimissioni ospedaliere) oggi gestito prevalentemente da organizzazioni di

volontariato attraverso convenzioni a tariffa forfettaria non aggiornate al quadro normativo del Codice del Terzo Settore (D.lgs. 117/2017). In Liguria il costo medio regionale del trasporto sanitario, per residente all'anno, è stimato in circa 38,18 euro (più 57,8% rispetto al costo medio nazionale di 24,48), significativamente superiore alla media nazionale di 24 euro, con una variabilità territoriale che riflette l'assenza di un governo centralizzato della domanda e dell'offerta. Il sistema presenta sovradimensionamento del parco mezzi, frammentazione delle tratte e scarsa interoperabilità tra i sistemi informativi delle organizzazioni e il sistema sanitario regionale. Il Piano prevede l'istituzione di una Centrale Regionale dei Trasporti Sanitari Secondari Qualificati, integrata con IT-CURA e con la Centrale Operativa Territoriale. La COT, individuata già come centro di regia clinica e logistica per le dimissioni difficili e le transizioni complesse tra setting, estende questa funzione al governo del trasporto: riceve le richieste dai reparti, le incrocia con la disponibilità dei mezzi delle organizzazioni accreditate, ottimizza le tratte evitando i tragitti a vuoto e garantisce la tracciabilità del servizio in IT-CURA. La stessa logica si raccorda con la centrale di *discharge management* per l'area metropolitana prevista dalla DGR sul boarding, di cui il governo del trasporto secondario è componente operativa necessaria. Il modello di riferimento è quello adottato dalla Regione Piemonte, che ha centralizzato il governo del trasporto sanitario in un sistema informativo unico raccordato con la Centrale Operativa 118 e con i servizi territoriali, ottenendo una riduzione significativa dei chilometri a vuoto e dei costi complessivi.

Sul versante contrattuale, il Piano prevede il superamento del sistema delle convenzioni a tariffa forfettaria attraverso il passaggio a modelli di co-progettazione con avviso pubblico e remunerazione a rendicontazione dei costi reali, in conformità con il D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e con la L.R. 42/2012. Le organizzazioni di volontariato presenti nelle aree periferiche e nei piccoli comuni sono valorizzate come presidio di prossimità irrinunciabile: il modello non mira a sostituirle ma a riorganizzare il sistema attorno a una governance pubblica che ne sappia coordinare l'operato in modo efficiente ed equo.

19.5 Il governo della spesa farmaceutica: appropriatezza, continuità e innovazione sostenibile

Il farmaco è il primo atto terapeutico concreto che il sistema sanitario compie sulla persona: precede spesso la diagnosi definitiva, accompagna ogni fase della cronicità, è presente nell'ora più difficile della malattia terminale. Governare la spesa farmaceutica non è dunque un atto contabile, né una politica di contenimento dei costi: è un atto di cura. Ogni prescrizione inappropriata, per eccesso, per difetto, per scelta della molecola sbagliata nel paziente sbagliato, non è soltanto uno spreco di risorse: è un danno evitabile inferto a una persona. Ogni euro risparmiato attraverso l'appropriatezza prescrittiva strutturata è un euro che non ha prodotto una tossicità, un'interazione farmacologica, un ricovero non necessario, una caduta, un delirium e permette di liberare risorse per offrire, ai cittadini che ne necessitano, farmaci innovativi ad alto costo. È in questa convergenza inscindibile tra sostenibilità finanziaria e sicurezza delle cure che il Piano radica il proprio approccio al governo farmaceutico.

La spesa farmaceutica è in Italia la seconda voce di costo del Servizio Sanitario Nazionale dopo il personale: nel 2024 ha raggiunto i 23,6 miliardi di euro a carico del SSN (AIFA, Rapporto

OsMed 2024), pari a circa il 15% della spesa sanitaria pubblica complessiva. In Liguria la spesa farmaceutica convenzionata e diretta supera i 650 milioni di euro annui, con una crescita media del 4,2% nell'ultimo triennio trainata dall'espansione dei farmaci biologici biotecnologici, terapie cellulari e geniche che permettono di offrire cure in diversi ambiti: dall'oncologia alla neurologia dalle malattie rare alle malattie croniche. Questi numeri impongono una logica di precisione. Il farmaco giusto, al paziente giusto, nel momento giusto, nel setting giusto, questa è l'appropriatezza che il Piano persegue, promuovere l'accesso e produrre migliori esiti clinici. Infatti, l'impegno del SSR è quello di assicurare l'accesso garantendo equità, uniformità, appropriatezza, sicurezza delle cure e sostenibilità sul proprio territorio riducendo le disuguaglianze territoriali e socioeconomiche.

Premesso che la governance della assistenza farmaceutica non può prescindere dall'implementazione della medicina di precisione e della prescrittomica, intesa come l'insieme integrato di pratiche di ricognizione e riconciliazione farmacologica, farmacogenomica, monitoraggio terapeutico del farmaco (TDM) e supporto bioinformatico alle decisioni prescrittive secondo le linee indicate nel Position Paper AIFA 2026 su Medicina di precisione e appropriatezza della prescrizione farmacologica, il Piano adotta una strategia integrata coerente con gli obiettivi già enunciati in OS3 (PDTA per le cinque cronicità principali) e OS5 (governo delle liste d'attesa e appropriatezza prescrittiva).

La Regione si impegna a partecipare, nell'arco del quinquennio, alle iniziative nazionali di implementazione della farmacogenomica clinica, a promuovere la diffusione di degli strumenti STOPP/START e di riconciliazione terapeutica in tutti i setting assistenziali, con priorità alle transizioni di cura e ai pazienti anziani in polifarmacoterapia e a sostenere lo sviluppo di competenze ibride clinico-computazionali nel personale sanitario, in coerenza con i percorsi formativi delineati a livello nazionale.

Raccomandazioni per appropriatezza d'uso:

Il Piano prevede il consolidamento dell'attività regionale di elaborazione di raccomandazioni d'uso e documenti di *place in therapy*, finalizzati a supportare le scelte prescrittive verso l'utilizzo appropriato dei farmaci, con particolare riferimento ai medicinali ad alto costo o con rilevante impatto clinico-organizzativo.

Tali documenti saranno predisposti in sinergia con le reti cliniche, i DIAR di patologia e i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, al fine di integrare le evidenze scientifiche disponibili con l'organizzazione della rete regionale, i criteri di eleggibilità dei pazienti, le alternative terapeutiche disponibili e l'impatto atteso sui percorsi di cura.

Le raccomandazioni regionali costituiscono strumenti di governo clinico e farmaceutico, orientati a promuovere appropriatezza prescrittiva, equità di accesso, omogeneità dei comportamenti clinici e sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. L'attività sarà inoltre integrata con il monitoraggio dei consumi, della spesa e, ove disponibili, degli esiti, al fine di verificare l'applicazione delle raccomandazioni e individuare eventuali aree di variabilità prescrittiva meritevoli di approfondimento.

Programmi di formazione per i clinici e per i pazienti

Il Piano prevede il rafforzamento dei programmi di formazione e informazione indipendente rivolti ai professionisti sanitari e, ove appropriato, ai pazienti e ai caregiver, con l'obiettivo di

garantire la corretta disseminazione dei documenti prodotti dai gruppi di lavoro regionali e favorire l'uso appropriato dei farmaci.

Tale attività sarà assicurata, a regime, per tutti i farmaci di nuova introduzione oggetto di valutazione regionale, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, ad alto costo o caratterizzati da rilevante impatto clinico-organizzativo. I programmi formativi saranno finalizzati a condividere le evidenze disponibili, il posizionamento terapeutico, i criteri di eleggibilità dei pazienti, le modalità di monitoraggio e gli elementi di sostenibilità correlati all'utilizzo delle nuove terapie.

La formazione sarà sviluppata in sinergia con le reti cliniche, i DIAR di patologia e i gruppi di lavoro regionali, anche con il contributo della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera dell'Università degli Studi di Genova e della Facoltà di Economia. Tale approccio consentirà di integrare la valutazione clinica con gli aspetti organizzativi, economici e di governo dell'innovazione, promuovendo omogeneità prescrittiva, equità di accesso e sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

Farmaci equivalenti e biosimilari

Il Piano prevede il rafforzamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti e biosimilari, quali strategia orientata a favorire l'accesso alle cure, garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e liberare risorse da reinvestire nell'innovazione terapeutica. L'impiego di equivalenti e biosimilari viene promosso nel rispetto delle evidenze scientifiche, delle indicazioni autorizzate e delle specifiche condizioni cliniche dei pazienti, attraverso percorsi condivisi tra farmacisti, clinici prescrittori, reti di patologia e strutture aziendali.

Il monitoraggio degli obiettivi di impiego sarà consolidato mediante l'analisi periodica di consumi, spesa, variabilità prescrittiva e aderenza agli indirizzi regionali.

Gestione delle carenze di medicinali.

Il Piano prevede specifiche azioni per gestire le carenze. In particolare: il consolidamento della rete regionale per la gestione delle carenze e delle indisponibilità, l'adozione di strumenti operativi regionali, inclusi algoritmi decisionali e procedure standardizzate, per supportare la valutazione della criticità della carenza, la definizione delle priorità cliniche, l'individuazione di alternative terapeutiche, la gestione degli eventuali switch, la riallocazione delle scorte disponibili e il ricorso all'importazione estera, ove previsto dalla normativa vigente.

L'attività sarà integrata con il monitoraggio delle segnalazioni, dei consumi, delle giacenze e dei fabbisogni aziendali.

Riconciliazione farmacologica strutturata nelle transizioni di setting.

Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni, tanto che il Ministero della Salute ha già da tempo pubblicato una raccomandazione (n. 17) per la riconciliazione terapeutica. La discontinuità terapeutica nelle transizioni ospedale-territorio è infatti responsabile di una quota significativa degli eventi avversi farmacologici nei pazienti anziani

con politerapia: studi nazionali stimano che il 30–50% dei pazienti anziani dimessi dall'ospedale subisce almeno una modifica non intenzionale della propria terapia domiciliare.

La "riconciliazione farmacologica" è un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, consente di arrivare ad una decisione prescrittiva farmacologica corretta successivamente alla transizione di cura.

Il Piano prevede la riconciliazione farmacologica come funzione obbligatoria e tracciata in IT-CURA: ad ogni dimissione ospedaliera e ad ogni accesso in Pronto Soccorso, il sistema confronta automaticamente la terapia attiva sul FSE con quella prescritta o modificata durante il ricovero, segnalando le incongruenze al farmacista, come indicato dalla raccomandazione ministeriale e al medico responsabile della dimissione, per l'effettuazione della riconciliazione terapeutica. Il farmacista, per il ruolo che riveste all'interno della struttura sanitaria e per le conoscenze specifiche che gli derivano dalla professione, supporta il medico sia nella fase di Ricognizione sia nella fase di Riconciliazione; collabora, inoltre, alla predisposizione della Scheda di Ricognizione/Riconciliazione e all'individuazione di indicatori per il monitoraggio della implementazione della presente Raccomandazione.

Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione; confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica. Questa attività viene svolta mediante un programma ad hoc che permette una valutazione della terapia e il confronto tra farmaci per individuare eventuali criticità. Successivamente, la riconciliazione è documentata nel FSE e trasmessa in tempo reale al MMG e, ove attivo, all'IFoC.

Il piano sociosanitario prevede di sistematizzare le esperienze già realizzate nel territorio regionale in una ottica di appropriatezza e sicurezza delle cure

L'obiettivo è il 100% delle dimissioni con riconciliazione farmacologica documentata entro il 2028. L'impatto atteso, riduzione del 15–20% dei ricoveri da eventi avversi farmacologici nei pazienti in politerapia è stimato in un risparmio di circa 1 milione di euro annui a regime, a fronte di un costo di sviluppo del modulo IT-CURA stimato inferiore al milione di euro e un costo del software per l'analisi delle prescrizioni pari a circa 300.000.

Si prevede inoltre di applicare il modello in ambiti correlati alla fragilità quali RSA e altresì prevedere specifici percorsi nell'ambito delle patologie croniche, a seguito di visita ambulatoriale e nell'ambito delle RSA.

Cure personalizzate

La medicina personalizzata rappresenta una delle principali direttrici di innovazione del sistema sanitario regionale, consentendo di adattare prevenzione, diagnosi e trattamento alle caratteristiche specifiche di ogni persona. Le sue applicazioni sono già consolidate in numerosi ambiti clinici. In oncologia, l'identificazione di specifiche alterazioni molecolari consente di selezionare terapie mirate per tumori della mammella, del polmone o del colon-retto, aumentando l'efficacia dei trattamenti e riducendo gli effetti indesiderati. Nelle malattie rare, la diagnosi genetica permette una più rapida identificazione della patologia e, in alcuni casi, l'accesso a terapie innovative, incluse quelle geniche. In ambito cardiovascolare, la farmacogenomica può supportare la scelta e il dosaggio di farmaci anticoagulanti e

antiaggreganti, migliorando sicurezza ed efficacia terapeutica. In psichiatria e neurologia, la caratterizzazione genetica e biologica dei pazienti può contribuire a una migliore selezione delle terapie farmacologiche. Anche nelle malattie infiammatorie croniche, quali artrite reumatoide, psoriasi e malattie infiammatorie intestinali, l'utilizzo di biomarcatori consente di individuare i pazienti che possono beneficiare maggiormente dei farmaci biologici e delle nuove terapie mirate. La Regione promuove l'accesso equo e uniforme ai percorsi di medicina personalizzata, favorendo lo sviluppo delle reti cliniche specialistiche, il potenziamento delle infrastrutture diagnostiche e l'utilizzo dei dati sanitari a supporto delle decisioni terapeutiche. Attraverso l'integrazione tra diagnostica avanzata, biomarcatori, farmacogenomica e terapie innovative, è possibile garantire interventi più efficaci, sicuri e appropriati, migliorando gli esiti di salute e la qualità di vita delle persone. Particolare attenzione è rivolta al monitoraggio degli esiti nella pratica clinica e alla sostenibilità del sistema, nella consapevolezza che la personalizzazione delle cure costituisce un elemento strategico per realizzare un'assistenza sempre più centrata sul paziente, basata sul valore e orientata ai risultati.

Diagnostica molecolare avanzata

La diagnostica molecolare avanzata mediante tecniche di Next-Generation Sequencing rappresenta un elemento sempre più rilevante per l'appropriatezza dei percorsi oncologici, in particolare nelle neoplasie in cui l'identificazione tempestiva di alterazioni genomiche actionable condiziona direttamente la scelta terapeutica. Il Piano prevede il rafforzamento progressivo dell'accesso ai test NGS e ai test genomici nell'ambito della rete oncologica regionale.

Farmacogenomica nella pratica clinica oncologica ed ematologica. La farmacogenomica, lo studio dell'influenza del patrimonio genetico individuale sulla risposta ai farmaci è matura per l'adozione sistematica nelle aree oncologica ed ematologica (rete sviluppata al cap. 10), dove l'uso di molecole su pazienti con varianti genetiche che ne predicono la tossicità grave o la non-efficacia genera costi clinicamente ingiustificati e danni evitabili.

Il Piano prevede l'introduzione di test farmacogenetici obbligatori pretrattamento per le terapie ad alto rischio: genotipizzazione UGT1A1 per irinotecan, DPYD per fluoropirimidine (5-fluorouracile e capecitabina), TPMT e NUDT15 per tiopurine (mercaptopurina, azatioprina). Un accordo di fornitura centralizzato regionale abbatta il costo unitario dei test (attualmente 80–150 euro per pannello) e ne garantisce l'esecuzione in tempi compatibili con l'avvio del trattamento. L'applicazione all'intera rete oncologica e onco-ematologica entro il 2028, genera un risparmio che, per riduzione delle tossicità gravi, delle ospedalizzazioni connesse e degli switch terapeutici è stimato, è stimabile in un ordine di grandezza tra uno e tre milioni di euro annui a regime, con quantificazione puntuale rinviata a successiva valutazione documentata in raccordo con il Settore Politiche del Farmaco e con la rete oncologica regionale.

L'estensione operativa sistematica della farmacogenomica clinica ai domini cardiovascolare e neurologico/psichiatrico, già recepiti come principio al capoverso sulla medicina personalizzata, è disciplinata nell'ambito della medicina genomica regionale di cui al par. 14.4, in coerenza con le linee guida CPIC e con il programma europeo 1+Million Genomes.

Governo del farmaco nelle cure domiciliari e nelle strutture residenziali. L'appropriatezza prescrittiva nel territorio, domicilio, RSA, OdC è un'area sistematicamente sotto governata: la prescrizione farmacologica ai pazienti anziani non autosufficienti in politerapia avviene spesso in assenza di revisione periodica strutturata, con accumulo di farmaci potenzialmente inappropriati secondo i criteri STOPP/START. Il Piano prevede tre interventi: (i) il coinvolgimento del Farmacista dei Servizi nelle Case della Comunità Hub per la revisione semestrale della politerapia nei pazienti ≥ 75 anni con ≥ 5 farmaci attivi (deprescribing strutturato), con documentazione nel FSE e feedback al MMG effettuata mediante un programma ad hoc che permette la valutazione della terapia e il confronto tra farmaci per individuare eventuali criticità; (ii) il protocollo regionale per la prescrivibilità di terapie antibiotiche endovenose in regime OPAT nelle RSA, con formazione del personale infermieristico e raccordo con la SC Malattie Infettive di riferimento, al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri per completamento di terapia; (iii) il monitoraggio centralizzato in IT-CURA delle prescrizioni ad alto rischio (anticoagulanti orali diretti, antidiabetici, oppioidi) nei pazienti in ADI, con *alert* automatici al MMG prescrittore in caso di scostamento dalle soglie di sicurezza clinica. Si prevede di redigere un prontuario specifico per uniformare l'erogazione dei farmaci alle strutture residenziali.

Dematerializzazione e governo informatico della prescrizione.

Con legge n. 207 del 30/12/2024, art. 1 comma 317, è stato disposto che, al fine di potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché garantire la completa alimentazione del fascicolo sanitario elettronico, tutte le prescrizioni a carico del Servizio sanitario nazionale, dei servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (SASN) e dei cittadini sono effettuate nel formato elettronico di cui al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 novembre 2011 e al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 30 dicembre 2020. E' pertanto in essere un'implementazione a livello nazionale per permettere la prescrizione dematerializzata della quota residua di medicinali per i quali attualmente non è prevista la dematerializzazione (ad esempio alcune tipologie di medicinali stupefacenti). La regione garantisce gli adempimenti alla normativa nazionale.

Per quanto attiene la prescrizione dei piani terapeutici, è attualmente dematerializzata al 100%:

- I piani terapeutici dei registri AIFA sono dematerializzati sul portale nazionale di AIFA
- I piani terapeutici Sogei sono dematerializzati su sistema Sogei
- I piani terapeutici AIFA sono dematerializzati a livello regionale.

Al fine di uniformare la prescrizione negli enti del SSR, viene adottato un programma unico regionale per la prescrizione ed erogazione dei medicinali e dei dispositivi medici e prodotti per assistenza protesica ed integrativa.

Inoltre, in considerazione del dettato normativo che prevede la dematerializzazione della distinta contabile riepilogativa per la rendicontazione mensile da parte delle farmacie di comunità, è necessario prevedere nel piano tale implementazione.

Dematerializzazione e Monitoraggio. Il Piano prevede la dematerializzazione completa dei processi farmaceutici entro il 2027, ricetta elettronica per tutte le classi di farmaci (in base alla

implementazione a livello nazionale disposta dal Ministero) inclusi i piani terapeutici. La rendicontazione sarà interamente digitalizzata e allineata al FSE implementando il dossier farmaceutico e prevedendo un sistema unico regionale di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per molecola, per classe terapeutica e per singolo prescrittore, con report trimestrali ai Direttori di Distretto e ai DIAR competenti per area clinica.

Il sistema di monitoraggio si raccorda con il cruscotto sociosanitario integrato previsto al par. 17.2 e alimenta il tavolo di governance farmaceutica regionale presieduto dalla Direzione Sanitaria.

Sul versante della logistica e della sicurezza della terapia, farmacologica e dei dispositivi medici, il Piano prevede l'estensione del modello di distribuzione in dose unitaria, già sperimentato con esiti positivi presso il Policlinico San Martino, all'intera rete ATS Liguria, con adozione di sistemi automatizzati di allestimento e di programmi gestionali uniformi integrati con IT-CURA. La dose unitaria (c.d. "monodose") è un modello organizzativo che, attraverso un sistema di confezionamento e di dispensazione completamente automatizzato, prevede il preconfezionamento del farmaco e dei dispositivi medici in dose unitaria e l'allestimento e somministrazione personalizzata. Il modello, accompagnato dall'implementazione di politiche volte alla promozione dell'accesso in un'ottica di equità, appropriatezza, tracciabilità, sicurezza e sostenibilità, supera la frammentazione ereditata dall'assetto a cinque ASL, migliora la tracciabilità della terapia somministrata, riduce gli errori di dispensazione e consente il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva a livello di singolo paziente e reparto.

Dispositivi medici, Assistenza protesica ed Assistenza integrativa: appropriatezza, uniformità e tracciabilità.

I Dispositivi medici, l'Assistenza protesica (tra cui le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici) e l'Assistenza integrativa (tra cui gli alimenti a fini medici speciali e gli ausili assorbenti per incontinenza) rappresentano aree di spesa rilevante e sistematicamente da meglio definire in termini di appropriatezza prescrittiva e uniformità territoriale. Il Piano prevede: 1) la definizione di criteri di eleggibilità e di quantitativi massimi erogabili per le principali categorie di prodotti afferenti all'Assistenza Integrativa (con particolare riferimento all'Allegato 2 dispositivi medici monouso del DPCM 12 gennaio 2017), 2) la definizione di criteri di appropriatezza prescrittiva per gli ausili afferenti all'Assistenza Protesica (con particolare riferimento agli ausili di serie di cui agli elenchi 2A e 2 B e agli ausili su misura di cui l'elenco 1 dell'allegato 5 del DPCM 12 gennaio 2017, aggiornato con il "Decreto Tariffe- DM 25 novembre 2024) 3) la costruzione di un'anagrafe regionale dei dispositivi medici con completa tracciabilità (numero repertorio, ref dispositivo, UDI, CND, conti economici etc) 4) predisposizione di capitolati di gara uniformi a livello regionale; 5) il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva attraverso dataset di indicatori specifici e benchmark tra prescrittori.

Il DIAR Farmaceutico, istituito con atto deliberativo regionale, è la struttura di governance di questi processi, con mandato di produrre documenti di indirizzo prescrittivo condivisi tra ATSL e AOM e di coordinare i Gruppi di Lavoro multidisciplinari per le aree ad alta variabilità.

Target

Indicatore	Baseline 2024	Target 2027	Target 2030
Criteri eleggibilità e quantitativi massimi Assistenza integrativa uniformi adottati	NO	SI	
Criteri di appropriatezza prescrittiva per gli ausili afferenti all'Assistenza Protesica	NO	SI	
Anagrafe regionale dispositivi medici con completa tracciabilità (numero repertorio, ref dispositivo, UDI, CND, conti economici etc	NO	SI	
Capitolati di gara sui dispositivi medici uniformi a livello regionale			
Banca protesi regionale unificata operativa	5 magazzini separati	Progetto avviato	Operativa
Appropriatezza prescrittiva dispositivi medici			

Assistenza Protesica: proposta di gestione centralizzata banca protesi

L'assistenza protesica è regolata da specifiche norme nazionali (DPCM 12 gennaio 2017). In Regione Liguria si evidenzia l'opportunità di promuovere interventi volti a efficientare la gestione degli ausili, di cui al suddetto DPCM 2017 -allegato 5, riconducibili alla Banca Protesi. La riforma del SSR di cui alla legge 18/2025 che individua un'unica Azienda Territoriale ATSL permette di efficientare i modelli organizzativi razionalizzando e unificando l'attività. In particolare, per quanto attiene la Banca Protesi, l'obiettivo è quello di governare, con criteri di efficienza e appropriatezza l'utilizzo degli ausili presenti all'interno della Banca Protesi stessa, con una gestione e monitoraggio centralizzato che assicuri la razionalizzazione dei costi grazie al riutilizzo efficiente dei dispositivi giacenti in Banca Protesi.

L'unificazione dei cinque magazzini distinti della Banca Protesi attualmente gestiti nelle cinque aree della Azienda Territoriale ATSL porterebbe alla costituzione di un'unica Banca Protesi regionale. La gestione centralizzata della Banca Protesi permette l'efficientamento sia delle scorte del magazzino sia delle attività, evitando duplicazioni e migliorando l'impiego delle risorse. Si prevede, in tale ambito, uno sviluppo della attività di formazione ed informazione dei prescrittori ed una integrazione dei sistemi informativi al fine di permettere una gestione condivisa del magazzino Banca Protesi (ad esempio visualizzazione delle giacenze da parte dei prescrittori, autorizzatori e tutte le Aree di ATS del SSR) in aderenza alle disposizioni della norma (DM 25 novembre 2024 "Definizione delle tariffe relative alla assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" art 5 comma 3).

20. EFFETTI DEL PIANO SULLA CITTADINANZA

L'attuazione di questo Piano porterà a una sanità ligure più equa, dove la cura non è solo prestazione medica ma diventa prossimità, continuità e risposta ai bisogni della persona nella sua integralità. Ogni cittadino ligure, indipendentemente da dove vive e da quanto è fragile, potrà contare su:

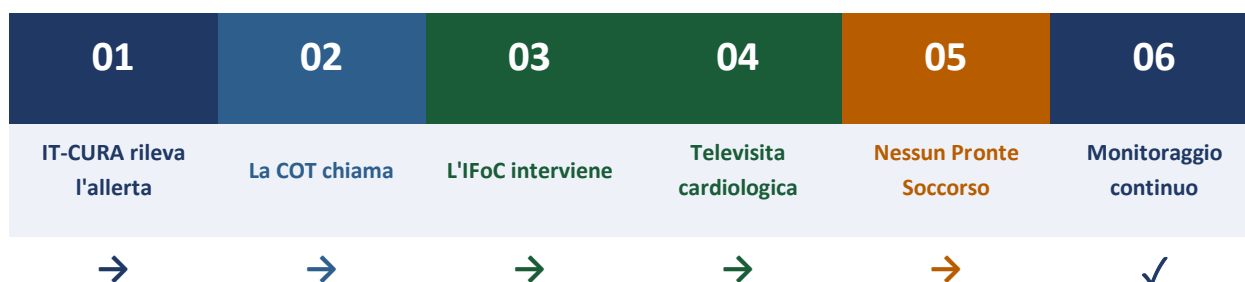
- › Un pronto intervento adeguato alla propria condizione, con tempi di risposta conformi agli standard anche nelle aree interne.
- › Una presa in carico che non si interrompe quando esce dall'ospedale, ma lo accompagna al domicilio o nella struttura più adatta.
- › Un progetto personalizzato — PTRI, PAI, Progetto di Vita — costruito insieme a lui e a chi si prende cura di lui.
- › Servizi sociali e sanitari che lavorano insieme, con un unico responsabile di caso identificato.
- › La certezza che la propria storia clinica e sociale sia conoscibile da chi lo cura, ovunque.
- › La presenza nei processi che riguardano la sua salute e il suo benessere, attraverso la partecipazione civica e il Terzo Settore.

Le pagine che seguono mostrano, percorso per percorso, come questi 13 obiettivi si traducano in azioni concrete, in tempi e in responsabilità identificate.

- › **Il percorso del cittadino: Il paziente con scompenso cardiaco**
- › **Cinque temi di sistema: Contesto / Cosa faremo / Vantaggio per il cittadino**
- › **Prima e dopo il Piano: I cinque percorsi di cura**

I — Il percorso del cittadino

Giovanni, 80 anni, scompenso cardiaco NYHA II. Come cambia la sua vita con il Piano 2026–2030.



Il kit domiciliare (bilancia, saturimetro, ECG) trasmette i parametri ogni giorno. Un algoritmo rileva un aumento di peso di 2 kg in 48h.	La Centrale Operativa Territoriale riceve l'alert automatico e contatta l'IFoC di riferimento di Giovanni entro 2 ore.	L'Infermiere di Famiglia chiama Giovanni, valuta i sintomi, aggiusta la dose del diuretico seguendo il piano pre-autorizzato dal cardiologo.	Se necessario, il cardiologo dell'Hub effettua una televisita entro 24 ore: valuta, prescrive, aggiorna il piano di cura in IT-CURA.	La riacutizzazione viene gestita a domicilio. Giovanni non deve chiamare il 118 né attendere ore al PS. Il suo PDTA riprende normalmente.	Il cruscotto regionale aggiorna i dati ogni giorno. Il MMG vede l'andamento. Giovanni sa che qualcuno lo guarda, anche quando sta bene.
---	--	--	--	---	---

Oggi: Giovanni chiama il 118 ogni volta che appare sintomatologia evidente (ad esempio gonfiore) . Attende circa 6 ore al PS. Viene ricoverato 3 volte l'anno. **Con il Piano:** viene gestito a domicilio. I ricoveri evitabili si riducono del 20%.

II — Cinque temi di sistema

Cosa cambia per il cittadino ligure nei cinque ambiti più critici del Piano

CONTESTO E CRITICITÀ	COSA FAREMO	VANTAGGIO PER IL CITTADINO
Liste d'attesa <i>I tempi di attesa per visite specialistiche e diagnostica superano sistematicamente gli standard LEA. In alcune aree il 30% delle prestazioni viene cercato fuori regione o nel privato.</i>	RAO digitali obbligatori su tutti i gestionali dei prescrittori Cruscotto regionale aggiornato semestralmente Recall automatico per i non rispondenti integrato in IT-CURA Farmacie dei Servizi come punto di prenotazione screening	Il cittadino sa quando sarà chiamato — non deve più richiamare il CUP o affidarsi al passaparola. Le classi di urgenza sono rispettate e verificabili pubblicamente.
Mobilità passiva <i>L'Area soddisfa internamente solo il 61% del fabbisogno ospedaliero. Oltre il 25% della chirurgia viene eseguita fuori regione, con costi per il paziente e perdita di risorse per il sistema.</i>	Hub oncologici con certificazione ESGO e volumi minimi DM 70/2015 Rete ictus con CTP in tutti gli Spoke e teleconsulto telediagnosi neurologico H24 Comunicazione sistematica delle eccellenze regionali ai cittadini	Il paziente ligure può curarsi vicino a casa con gli stessi standard delle strutture fuori regione. Non deve più scegliere tra qualità e prossimità.
Emergenza nelle aree interne <i>Nelle aree dove i tempi 118 superano i 20 minuti. Le aree montane e interne hanno una copertura della Continuità Assistenziale frammentata e in alcune fasce orarie assente.</i>	Possibilità di auto-infermieristica MSA Teleconsulto neurologico H24 in tutti i PS Spoke della rete ictus entro il 2026 116117 operativo con raccordo COT per le cure non urgenti Base elisoccorso Luni operativa entro il 2026	Chi vive in montagna o nelle aree interne ha accesso al soccorso in tempi conformi agli standard. E chi ha sintomi minori può chiamare il 116117 invece di andare al PS.
Domiciliarità e non autosufficienza <i>La Liguria è la regione più anziana d'Italia ma ha un'offerta residenziale inferiore alla media del Nord. I tempi di attesa per RSA superano 12 mesi in molti distretti.</i>	ADI avanzata al 10% degli over 65 entro il 2027 RSA Aperta come polo di servizi territoriali e di sollievo IFoC come Case Manager del percorso domiciliare Budget di Salute che integra risorse sanitarie, sociali e del Terzo Settore	L'anziano può restare a casa propria più a lungo, con un sistema che lo segue proattivamente. La RSA non è più l'unica risposta alla fragilità.
Sostegno al caregiver <i>Oltre 60.000 caregiver familiari in Liguria — prevalentemente donne over 55 — gestiscono quotidianamente la cura di</i>	Servizio di sollievo strutturato in ogni area (ricoveri temporanei programmati) Sportello di ascolto e supporto psicologico nelle CdC Hub	Il caregiver non è più invisibile al sistema. Ha un supporto, un interlocutore, e non deve scegliere tra prendersi cura del proprio familiare e prendersi cura di sé.

<i>persone non autosufficienti, spesso in isolamento e senza supporto istituzionale.</i>	Riconoscimento del caregiver nel PTRI come attore formale con diritti Monitoraggio del carico assistenziale come indicatore di rischio COT	
--	---	--

III — Prima e dopo il Piano

Come cambia concretamente l'esperienza dei cittadini liguri nei cinque percorsi di cura

PERCORSO	✗ PRIMA DEL PIANO	✓ CON IL PIANO 2026–2030
Percorso 1 Emergenza e dimissione protetta <i>Paziente con ictus — Area Spezzina</i>	✗ Ambulanza arriva in 28 minuti (tempo medio area PAI) ✗ TC perfusionale non disponibile nello Spoke: trasporto a Genova ✗ Ricovero prolungato: attesa per RSA > 30 giorni ✗ Dimissione senza piano di continuità strutturato ✗ Riammissione in PS entro 30 giorni: 22% dei casi	✓ MSA avanzata sul territorio: risposta entro 20 minuti ✓ CTP nello Spoke + teleconsulto neurologico H24: decisione terapeutica in loco ✓ PRI condiviso in telemedicina prima del trasferimento riabilitativo ✓ Case Manager attivato al ricovero: dimissione entro 3,5 giorni dalla stabilizzazione ✓ ADI avanzata a domicilio: riammissioni evitabili ridotte del 20%
Percorso 2 Malattia cronica <i>Paziente con diabete tipo 2 + BPCO — Area Imperiese</i>	✗ Accede allo specialista solo su richiesta (sanità d'attesa) ✗ Nessuno screening proattivo della retinopatia ✗ Lista d'attesa per ecocardiogramma: 180 giorni ✗ Nessun monitoraggio della saturazione nelle aree interne ✗ Ricovero per riacutizzazione BPCO: 2,3 volte/anno	✓ IT-CURA lo stratifica e il sistema lo contatta prima della riacutizzazione ✓ Retonografia a colori/ OCT con retinografo distrettuale: inclusa nel PDTA annuale ✓ RAO digitale per ecocardiogramma: accesso entro 10 giorni (classe B) ✓ Telespirometria e saturimetria domiciliare con alert COT ✓ Ricoveri evitabili ridotti del 15% grazie al telemonitoraggio
Percorso 3 Salute mentale e fragilità <i>Giovane adulto con disturbo bipolare — Area Spezzina</i>	✗ DSM sommerso da urgenze: attesa visita programmata > 60 giorni ✗ Nessun supporto psicologico strutturato in ospedale (psichiatria di liaison assente) ✗ Alla dimissione: nessun raccordo automatico con il SerD o il CSM ✗ Accesso al Budget di Salute: solo in alcune aree, spesso non attivato ✗ Isolamento sociale: nessuna figura di raccordo con il territorio	✓ PDTA DSM con PTRI condiviso tra DSMeD e Comune ✓ Psichiatria di liaison istituzionalizzata in tutti i presidi DEA ✓ Dimissione protetta: appuntamento CSM fissato entro 7 giorni dalla dimissione ✓ Budget di Salute attivo per il 50% dei pazienti con DMG entro il 2030 ✓ IFoC come raccordo tra sanitario, sociale e comunità terapeutica
Percorso 4 Reti cliniche specialistiche <i>Donna con HPV test positivo — Area Chiavarese</i>	✗ Tempo medio per colposcopia di II livello: > 90 giorni ✗ Deve recarsi all'ospedale per la colposcopia (nessun ambulatorio distrettuale) ✗ Per la chirurgia ginecologica oncologica: spesso costretta a uscire dalla regione ✗ Nessuna certezza sui tempi: informata solo via posta cartacea ✗ Follow-up: a carico del medico curante senza protocollo strutturato	✓ Colposcopia di II livello nel consultorio familiare del proprio distretto ✓ Accesso entro 60 giorni garantito in tutte le aree ✓ Centro Oncologia Ginecologica con certificazione ESGO: cura in regione ✓ Recall automatico da screening integrato in IT-CURA: SMS + appuntamento diretto ✓ Follow-up stratificato per rischio: basso rischio→consultorio; alto rischio→Hub

Percorso 5 Prevenzione e invecchiamento <i>Signora di 72 anni</i> — area interna, Valle Scrivia	✗ Screening mammografico: deve raggiungere il presidio ospedaliero (60 km) ✗ Nessun programma di invecchiamento attivo strutturato nel suo comune ✗ Se non autosufficiente: RSA come unica alternativa, lista d'attesa 14 mesi ✗ Il figlio-caregiver non ha supporto: burnout nel 35% dei casi ✗ Nessun presidio sociosanitario nel comune di residenza	✓ Mammografo mobile nella sua area: screening senza spostamento ✓ Programmi AFA e memory training nel centro diurno del distretto ✓ RSA Aperta con sollievo programmato e servizi domiciliari potenziati ✓ Caregiver riconosciuto nel PTRI con sportello di ascolto e sollievo strutturato ✓ Custode Sociale come sentinella: monitora fragilità e segnala alla COT attraverso i servizi sociali
--	--	---

GLOSSARIO

ADI

Assistenza Domiciliare Integrata. Servizio di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente, con intensità variabile in base ai bisogni.

ADS / Amministratore di Sostegno

Figura giuridica introdotta dalla L. 6/2004 per la protezione delle persone che, per effetto di una infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovino nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

AOM

Azienda Ospedaliera Metropolitana. Azienda del SSR istituita con L.R. 18/2025, polo ospedaliero unitario di riferimento per l'area metropolitana genovese, articolata nei plessi Policlinico San Martino, Villa Scassi ed Erzelli. Il riconoscimento ministeriale IRCCS è attualmente in capo al plesso Policlinico San Martino (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino); il Piano assume come obiettivo strategico l'estensione del carattere scientifico all'intera Azienda (profilo «IRCCS AOM»), in raccordo con il Ministero della Salute e con l'Università degli Studi di Genova (cfr. cap. 2). L'E.O. Ospedali Galliera e l'Ospedale Evangelico Internazionale si integrano funzionalmente con l'AOM mediante apposita convenzione, mantenendo autonomia giuridica. L'IRCCS Istituto Giannina Gaslini è IRCCS pediatrico autonomo, distinto dall'AOM.

ATSL

Azienda Tutela della Salute Liguria. Istituita con L.R. 18/2025, incorpora le cinque ASL preesistenti in un'unica governance territoriale, con articolazione in cinque Aree, distretti sociosanitari e presidi ospedalieri diffusi.

ATS

Ambito Territoriale Sociale: rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

BdS

Budget di Salute. Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che integra risorse sanitarie, sociali e informali attorno ai tre assi di vita della persona: abitare, lavoro, socialità.

BRASS

Blaylock Risk Assessment Screening Score. Scala di valutazione del rischio di dimissione complessa, somministrata entro 24 ore dal ricovero. Punteggio ≥ 16 attiva automaticamente la segnalazione alla COT.

CaC

Cartella a Casa. Sistema informatico per la gestione e condivisione delle informazioni cliniche e sociali del paziente fragile a domicilio.

CdC

Casa della Comunità. Struttura fisica di prossimità del sistema sanitario territoriale prevista dal DM 77/2022, con funzioni di primo contatto, medicina generale, ambulatori specialistici, PUA, servizi di telemedicina.

CITTA' sane (Healthy Cities)

Approccio promosso dall'OMS che assume la città come setting di promozione della salute, agendo sui determinanti urbani (mobilità, alimentazione, spazi, coesione sociale) attraverso il raccordo tra ente locale e sistema sanitario; in Liguria si iscrive nelle alleanze territoriali di welfare di comunità (par. 11.8).

COT

Centrale Operativa Territoriale. Dispositivo di coordinamento del continuum di cura, attiva H24, con funzioni di raccordo tra MMG e specialisti, gestione delle transizioni di setting, monitoraggio proattivo dei pazienti cronici.

CTP

TC Perfusionale. Tecnica di imaging avanzata per la valutazione della penombra ischemica nei pazienti con ictus, indispensabile per selezionare i candidati alla riperfusione nella finestra temporale 4,5-9 ore.

DIAR

Dipartimento Interaziendale Regionale. Struttura di governance delle reti cliniche nel nuovo assetto SSR ligure, con responsabilità sui PDTA, sugli indicatori di appropriatezza ed esito e sulla mobilità programmata dei professionisti.

DMG

Disturbi Mentali Gravi. Categoria che include psicosi, disturbo bipolare grave, disturbo borderline di personalità con compromissione funzionale severa.

FSE

Fascicolo Sanitario Elettronico. Strumento informatico per la raccolta, gestione e consultazione delle informazioni cliniche del paziente.

G.A.S

Gestione Anagrafica Sanitaria

GCA

Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Condizione neurologica grave conseguente a ictus, trauma cranico o anossia, che richiede un percorso riabilitativo intensivo in codice 75.

HEALTH CITY MANAGER

Figura di raccordo tra l'ente locale e le aree sanitarie per la lettura dei determinanti urbani di salute e la loro traduzione in azioni di prossimità; sperimentata dal Comune di Genova (par. 11.8). L'eventuale strutturazione è demandata a successivo atto regionale.

IFoC

Infermiere di Famiglia e di Comunità. Figura professionale prevista dal DM 77/2022 con funzioni di presa in carico del paziente cronico complesso nel setting territoriale.

IT-CURA

Piattaforma informatica regionale per la gestione del continuum di cura, *backbone* del sistema di telemedicina e di coordinamento tra i diversi setting assistenziali.

LEPS

Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali. Definiti dal DM 23 novembre 2023, costituiscono il set minimo di prestazioni sociali che ogni Regione e ogni ATS è tenuto a garantire.

MEWS

scala Mews (Modified Early Warning Score) è uno strumento validato che, attraverso una serie di parametri, è in grado di identificare il grado di instabilità clinica del paziente.

OdC

Ospedale di Comunità. Struttura di ricovero breve (max 30 giorni) per pazienti a media complessità, prevista dal DM 77/2022, con conduzione a responsabilità infermieristica e supervisione medica.

OPAT

Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy. Modello organizzativo che consente la prosecuzione della terapia antibiotica endovenosa al domicilio o in struttura di prossimità, riducendo i tempi di ricovero ospedaliero.

PAI

Piano Assistenziale Individualizzato. Strumento di pianificazione della presa in carico per le persone non autosufficienti, definito congiuntamente tra ATSL e Comuni.

PAR

Punto di Accesso alla Rete Oncologica. Nodo della rete oncologica regionale che garantisce l'avvio tempestivo del percorso diagnostico-terapeutico dal momento del fondato sospetto diagnostico.

PAI PAE

Progetto Aree Interne. Sistema di classificazione dei comuni italiani in base alla distanza dai centri di offerta di servizi (istruzione, salute, mobilità), utilizzato per identificare le aree a maggiore svantaggio.

PDTA

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale. Strumento operativo delle reti cliniche che definisce per ciascun bisogno assistenziale prioritario i criteri di accesso, le responsabilità cliniche e organizzative, gli indicatori di monitoraggio.

PTRI

Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato. Strumento di pianificazione integrata della presa in carico per le persone con bisogni complessi, che include dimensione sanitaria, sociale e di supporto informale.

PUA

Punto Unico di Accesso. Sportello di primo contatto per la valutazione dei bisogni sociosanitari, obbligatoriamente presente in ogni Casa della Comunità.

RAO

Raggruppamenti di Attesa Omogenea. Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali, adottate in coerenza con le linee guida AGENAS per il governo delle liste di attesa.

TMDC

TEAM Multidisciplinare Dimissioni Complesse. Equipe operativa per la gestione dei pazienti *bed blockers*, composta da assistente sociale, medico della direzione medica e Case Manager Infermieristico.

TRCPE

Test di Ricerca della Carica di Patogeni Emergenti. Test microbiologico per la rilevazione di batteri multiresistenti, con rilevanza per la gestione delle dimissioni protette e del trasferimento in RSA.

UVM / UVG

Unità di Valutazione Multidimensionale / Geriatrica. Equipe multiprofessionale per la valutazione integrata dei bisogni sanitari, sociali e funzionali delle persone fragili, anziane o con disabilità.

PSSIR LIGURIA 2026-2030 NOTA CONCLUSIVA

Il prima, il dopo, l'accompagnamento

Il **prima** è il sistema che la Liguria conosce oggi: un sistema organizzato intorno alla prestazione, costruito per discipline e per strutture, in cui il cittadino naviga tra sportelli diversi, prescrizioni ripetute, esami duplicati, percorsi che si interrompono nelle transizioni, dimissioni ospedaliere vissute come “scarichi”, attese che misurano la distanza tra il bisogno e la risposta. Un sistema che la Liguria del 2026, la più anziana d'Italia, con quasi la metà di famiglie unipersonali e un entroterra spopolato, non può più permettersi.

Il **dopo** che questo Piano costruisce è un sistema che si organizza intorno alla persona e al suo percorso di vita, non intorno alle proprie strutture. Un sistema in cui il Piano Assistenziale Individualizzato, il Progetto Terapeutico Riabilitativo, il Progetto di Vita, il Budget di Salute non sono strumenti tecnici riservati agli addetti ai lavori ma diritti esigibili dei cittadini. In cui la Casa della Comunità è un luogo riconoscibile, la Centrale Operativa Territoriale coordina in tempo reale le transizioni, l'Infermiere di Famiglia raggiunge chi vive nelle vallate, il Fascicolo Sanitario Elettronico rende il cittadino portatore della propria storia clinica ovunque si trovi, la tele visita cancella la distanza quando la distanza è l'ostacolo. Un sistema in cui la mobilità sanitaria passiva extra-regionale si dimezza, i ricoveri inappropriati diminuiscono, le aree interne non restano scoperte.

Tra il prima e il dopo, la cifra distintiva di questo Piano è una sola parola: **accompagnamento**. Il cittadino ligure non deve più attraversare da solo il sistema sociosanitario. Dalla prevenzione alla diagnosi, dall'ospedale al territorio, dall'età pediatrica all'età adulta, dall'emergenza alla cronicità, dalla residenza al domicilio, il Piano costruisce un sistema che cammina accanto alla persona e alla sua famiglia nei momenti in cui la vita chiede più cura. Accompagnamento significa che nessun passaggio è lasciato al caso: ogni transizione è governata, ogni percorso ha un referente, ogni persona ha un progetto che la riguarda. È questo, più di ogni singola scelta tecnica contenuta nelle pagine precedenti, ciò che distingue il *dopo* dal *prima*. E sarà su questo, non sul numero di indicatori rispettati, che questo Piano dovrà essere valutato nel 2030.

Un Piano per la persona. Un patto per la comunità.

Regione Liguria

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2026-2030