



UNA SANITÀ PIÙ VICINA: NUOVA ORGANIZZAZIONE PER LA SALUTE DEI LIGURI

PREMESSA:

L'attuale governance della sanità ligure è nota, ma in questa fase è utile ripeterla. Cinque ASL territoriali promuovono il livello di interventi dei servizi sul territorio, ma al contempo gestiscono importanti strutture ospedaliere.

Solo a livello esemplificativo: Borea a Sanremo (DEA di I livello), Imperia (DEA di I livello), Santa Corona a Pietra Ligure (DEA di II livello), San Paolo a Savona (DEA di I livello), Villa Scassi (DEA di I livello), Lavagna (DEA di I livello), Sant'Andrea a La Spezia (DEA di I livello).

Complessivamente, le 5 ASL gestiscono 17 presidi ospedalieri.

A queste strutture territoriali si aggiungono 4 aziende ospedaliere autonome, tutte inserite nel comune di Genova: l'Ospedale Internazionale Evangelico, l'Ospedale Galliera nel centro (DEA di I livello), il Policlinico San Martino (DEA di II livello e hub regionale, con la presenza universitaria della Facoltà di Medicina) e infine l'Ospedale Pediatrico Gaslini (DEA pediatrico di II livello e una delle eccellenze pediatriche italiane). Dal 2022/23 il Gaslini è diventato struttura diffusa e quindi ha di fatto inglobato le pediatrie e i centri nascita delle ASL 1, 2, 4 e 5. A fianco di queste strutture oggi si colloca Liguria Salute, con compiti non ancora definiti, che ha sostituito da poco ALiSa.

Per quanto riguarda il personale complessivo gestito dalle strutture suddette, il totale è di circa 24.000 unità, suddivise tra territorio e strutture ospedaliere.

L'attuale organizzazione, dal punto di vista gerarchico, prevede per ogni struttura la presenza di un direttore generale, un direttore sanitario, un direttore sociosanitario e un direttore amministrativo. Questa suddivisione è valsa anche per ALiSa (direttore sanitario e sociosanitario), ancorché ALiSa non abbia mai svolto compiti operativi.

Le 5 ASL territoriali sono suddivise in 19 distretti e le varie strutture ospedaliere in strutture complesse e semplici, aventi attività funzionali rispetto ai settori di competenza. A ciò si aggiungano i 12 Dipartimenti Inter Aziendali Regionali (DIAR) nati in seno ad ALiSa come uno strumento organizzativo di programmazione, di integrazione dei livelli di assistenza e delle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché a costituire un'occasione di indirizzo, governo e confronto professionale.

Il sistema è evidentemente anacronistico e risente di un'impostazione passata; emerge, anche a un'analisi sommaria, la persistente difficoltà di dialogo tra strutture anche poste sullo stesso territorio — situazione emblematica soprattutto a Genova, tra ASL 3 e 4 e gli enti ospedalieri autonomi.

ANALISI:

Uno dei limiti principali della proposta di Bucci è che nasce e si sviluppa interamente intorno alla governance, cioè all'organizzazione dell'offerta sanitaria regionale, senza affrontare la questione più importante e preliminare: quella dei bisogni, cioè della domanda di salute dei liguri.

La proposta di Bucci sembra guardare solo alla struttura, al coordinamento, alla razionalizzazione degli enti e delle funzioni; ma se non si valutano con attenzione e conoscenza i bisogni reali a cui si deve rispondere, questo rischia di essere un esercizio sterile, se non addirittura dannoso. Manca completamente qualsiasi riferimento all'analisi del territorio e dei cittadini che il servizio sanitario deve servire: quali sono le loro caratteristiche, le patologie e vulnerabilità, le differenze territoriali e demografiche.

In Liguria questo aspetto è cruciale, perché ci troviamo di fronte alla popolazione più anziana d'Europa, con uno dei più bassi tassi di natalità e un costante calo demografico. Questo determina una differenza notevole rispetto ad altre regioni: l'invecchiamento della popolazione comporta un incremento delle patologie croniche e degenerative, la necessità di continuità assistenziale e di una vera presa in carico dal territorio; mentre il calo demografico cambia gli equilibri di sostenibilità economica del sistema. È indubbio che più i pazienti sono fragili, più è utile una presa in carico territoriale e non centralizzata/ospedaliera.

Ne consegue che, per una vera riforma, sarebbe necessario un accurato studio epidemiologico serio e aggiornato che rappresenti la base per la progettazione di un nuovo assetto. Invece Bucci procede a ritroso: prima disegna la macchina, la struttura organizzativa, e poi vedrà come usarla anche se non è coerente con i bisogni reali della popolazione. Si continua a insistere sulle liste d'attesa senza interrogarsi anche sull'appropriatezza delle prestazioni; si contraddice quanto la stessa maggioranza ha dichiarato per anni — che circa il 30% delle prestazioni è inappropriato — ma si continua ad ampliare le prestazioni **mentre prima bisognerebbe correggere, qualificare e amplificare la domanda e poi strutturare l'offerta.**

Questo elemento è evidente anche nel rapporto pubblico-privato che, se da una parte non vogliamo mettere in discussione come collaborazione, non può avvenire senza un'analisi a monte dei bisogni della popolazione. Senza questa analisi, l'intervento del privato finisce per essere guidato da logiche di mercato più che da logiche di salute pubblica. Con questo progetto si continuerà ad attribuire al privato importanti fette di risorse pubbliche per prestazioni che magari non sono necessarie o prioritarie, **perdendo completamente il ruolo di indirizzo e programmazione che deve rimanere in capo al pubblico.** Il rapporto col privato deve essere inserito in questa logica. È da valutare con attenzione — e negativamente — quanto sta

avvenendo a Genova rispetto alla costruzione e al successivo, certo accreditamento, di una struttura radioterapica privata nel levante genovese. A titolo esemplificativo, si nota come da una parte Bucci voglia fare una proposta di riforma, ma dall'altra la logica su cui insiste è la stessa: lasciare che il privato determini gli orientamenti dei servizi sanitari. La radioterapia è un esempio emblematico: le strutture pubbliche liguri dispongono già di un numero di acceleratori adeguato rispetto alla popolazione e ai casi trattabili. L'apertura di un centro privato convenzionato, privo di un sistema di selezione clinica rigoroso come quello garantito dal DMT (Disease Multidisciplinary Team), non risponde a un bisogno sanitario reale ma a una logica di mercato. Non siamo in presenza di una penuria del pubblico rispetto a una platea più grande di utenti, ma della scelta — fatta scientemente — di mettere in competizione quella struttura con il Galliera e il San Martino. Il che è l'inverso di una logica in cui il pubblico programma gli interventi e si avvale anche della collaborazione del privato.

Il quadro macroeconomico, purtroppo, non lascia prevedere aumenti significativi delle risorse pubbliche destinate alla sanità. Non può quindi essere elusa la riflessione su come garantire la sostenibilità del sistema e su come recuperare risorse aggiuntive.

I dati più aggiornati dell'ISTAT indicano che nel 2024 il finanziamento complessivo del Sistema Sanitario Nazionale ammonta a circa 185 miliardi di euro, di cui 41,3 miliardi sono spesi direttamente dalle famiglie (cioè circa il 22,3–22,5% del totale). Questo significa che quasi un quarto della spesa sanitaria complessiva è fuori dal circuito di gestione pubblica — un dato che, per la Liguria, impone una riflessione urgente: se il sistema regionale non è in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, è assai probabile che questa quota di spesa privata aumenti, aggravando le disuguaglianze e compromettendo la sostenibilità del servizio pubblico.

Il pubblico dovrebbe interrogarsi su come intercettare e governare questa spesa, offrendo servizi adeguati e di qualità che inducano i cittadini a rimanere nel perimetro pubblico. Questo implica non solo una riflessione sull'organizzazione dell'offerta, ma anche sulla qualità e sull'efficienza del servizio. Significa, ad esempio, premiare e valorizzare il personale sanitario pubblico, introdurre sistemi di incentivazione e migliorare i processi interni — prima ancora di pensare a “comprare” prestazioni dal privato o cedere spazi di intervento. Si aggiunga altresì il fatto che la scelta di questi anni di orientarsi al mero acquisto di prestazioni dal privato non ha ottenuto effetti neppure sul tema del recupero della mobilità verso altre Regioni: il dato negli ultimi anni, è ulteriormente cresciuto arrivando ad un saldo negativo di oltre 70 milioni di euro. Il ruolo del pubblico, in altre parole, non può essere quello di porsi in concorrenza con il privato sullo stesso

piano, ma deve concentrarsi sulle funzioni di maggiore complessità e di alta intensità di cura, lasciando eventualmente al privato spazi integrativi a bassa complessità. Tutto questo, però, richiede un disegno che oggi nella proposta di riforma non si intravede.

Altro elemento di difficoltà rispetto alla proposta di un'unica ASL riguarda la territorialità delle prestazioni richieste dai cittadini: il rischio evidente, se non viene specificato in maniera chiara, è che le prestazioni diagnostiche o di analisi potrebbero essere erogate in territori molto distanti dalla residenza della persona, fenomeno a cui già oggi assistiamo. Se non si riesce a definire un vincolo territoriale, si alimenterà ulteriormente il ricorso al mercato privato, viste le pessime condizioni del sistema di mobilità — sia ferroviaria che stradale — della nostra regione. Sia chiaro: nessuno avalla il teorema della prestazione sotto casa, ma un sistema compatibile appare necessario, perché altrimenti le prestazioni pubbliche rischiano di essere considerate non effettuabili o di serie B rispetto a un'offerta privata più capillare.

La proposta di Bucci insiste particolarmente sull'accentramento di funzioni tralasciando, però, la mancanza di interoperabilità dei processi informatici che resta un nodo cruciale. Nonostante quanto affermato negli anni da Liguria Digitale, la condizione informatica del servizio regionale è anacronistica. Per questo, è necessario un tempo congruo per affrontare qualunque processo di riforma. Non è un caso che, nell'ultima elaborazione del Piano Sociosanitario 2023/2026, si sia parlato espressamente dello strumento I-Care, pensato proprio per permettere l'interoperabilità dei sistemi informatici. Questo, però, non è mai avvenuto e oggi in Liguria abbiamo una situazione caotica che spicca rispetto ad altre regioni benchmark, proprio per queste difficoltà di lettura dei referti diagnostici ed ematochimici tra strutture e per la grande difficoltà di comunicazione tra MMG (medici di medicina generale) e strutture pubbliche.

Insomma, per una vera riforma questo deve essere uno strumento chiave di svolta, e non può essere realizzato successivamente alla riforma. Bisogna superare la situazione definita da Liguria Digitale, che non ha determinato alcun tipo di avanzamento né di vero e proprio confronto con le regioni più avanzate.

La proposta appare, anche dal punto di vista operativo, del tutto irrisolta. Sarebbe necessario che venissero messi nero su bianco alcuni elementi fondamentali:

- una tabella dettagliata delle attività da realizzare e dei tempi di attuazione;
- un'analisi dei costi e dei ricavi, sia cessanti che emergenti, per valutare l'impatto della riforma;

- l'identificazione ex ante di indicatori utili alla misurazione oggettiva della riforma ex post;
- la definizione precisa della distribuzione delle competenze e delle deleghe tra direttori generali e di area, evitando sovrapposizioni e incertezze;
- il governo della cosiddetta fase transitoria, specificando chi saranno i rappresentanti legali.

Manca qualsiasi valutazione delle regole di trasferimento del personale e dei servizi centrali, così come confusa appare la gestione dei sistemi informativi. Manca l'idea di chi gestirà i bilanci durante questa fase di transizione, che peraltro si interseca con le questioni legate al PNRR. Manca un piano chiaro sul patrimonio, cioè cosa verrà conferito alla nuova azienda, se sono previste alienazioni, chi si occuperà degli inventari e in quali tempi. Manca il piano di attivazione delle Case della Comunità e le modalità di coinvolgimento dei MMG.

PROPOSTA

Appare evidente che ci sia più di una ragione per accettare la sfida lanciata da Bucci, il che, bisogna essere chiari, non significa condividerla, ma entrare anche noi nel merito, perché lasciare il Servizio Sanitario Regionale in questa condizione non fa che aumentare disagi tra operatori e utenti. È necessario ribadire un passaggio già affermato: una riforma ha bisogno di tempo e la scelta della legge quadro proposta da Bucci non è convincente.

Serve prima di tutto un'analisi epidemiologica sullo stato di salute della nostra comunità regionale, dei bisogni insoddisfatti e dell'inappropriatezza, poiché senza di essa non si orienta lo strumento. Assieme all'analisi epidemiologica è necessario procedere al superamento della divisione tra il Piano Socio Sanitario Regionale e il Piano Sociale Integrato Regionale, con la definizione di un nuovo Piano Sociale-Sanitario Integrato.

Scendendo nel dettaglio di una nostra proposta, è palese che un'unica ASL con una sola personalità giuridica rispetto alle strutture sottostanti delle aree locali creerebbe problemi insormontabili ai dipendenti e ai cittadini. Se la personalità giuridica è una sola, anche la sede di lavoro diventa vastissima — quindi tutta la regione — con l'indubbio limite di poter spostare il personale in maniera indiscriminata, senza alcun vincolo di confine della personalità giuridica. In un'ottica di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di rafforzamento della prossimità assistenziale, si propone un modello organizzativo rafforzativo delle tre Aree operative ottimali (AOO) Ponente, Area Metropolitana, Levante. Tali aree sono definite come ambiti territoriali in

grado di assicurare prestazioni sanitarie di elevata complessità, con volumi di attività coerenti con i principi di efficienza ed economicità, e con una distribuzione geografica compatibile con la piena accessibilità dei cittadini.

Le aree operative ottimali costituiscono articolazioni sovra aziendali rispetto all'attuale articolazione e sono dotate di:

- Direzione di Area con specifica responsabilità gestionale e operativa finalizzato alla programmazione e gestione integrata delle attività di competenza.

Questo assetto consente di mantenere un livello decisionale più prossimo al territorio e agli erogatori dei servizi contribuendo contestualmente a ottimizzare e armonizzare i processi. A completamento, è indispensabile stabilire un nuovo patto con i medici di medicina generale, fondamentali per un modello di sanità basati sulla prossimità.

Piano di transizione:

- Integrazione sistemi informativi (CUP, cartelle cliniche);
- Centralizzazione della contabilità del personale (buste paga e altro);
- Centralizzazione acquisti (acquisti di farmaci ad alto costo, materiali e dispositivi ad alto costo) e logistica;
- Coordinamento unificato del territorio in capo alle Aree operative ottimali;
- Coordinamento unificato degli ospedali della AOO (per l'area metropolitana coordinamento tra gli ospedali di: San Martino, Galliera, Villa Scassi, Gaslini, Ospedale Evangelico internazionale di Voltri/ Castelletto, Ospedale di Sestri Ponente, Ospedale di Pontedecimo, futuro Ospedale degli Erzelli e futuri Ospedali di comunità;
- Integrazione ospedali – territorio in capo alle AOO;
- Coordinamento delle problematiche sociosanitarie per cui le AOO definiscono progettualità e strategie generali;
- Creazione Control Room regionale per:
 - ✓ monitoraggio e gestione delle liste d'attesa operatorie;
 - ✓ monitoraggio e gestione delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali;
 - ✓ recupero della mobilità passiva;
 - ✓ valutazione dello stato di avanzamento del rinnovo dell'edilizia ospedaliera;
 - ✓ monitoraggio ed incentivazione dei programmi di prevenzione;

- ✓ monitoraggio ed incentivazione dei programmi vaccinali;
- ✓ “real time visual hospital” per monitorare continuamente tutti posti letto liberi degli ospedali della Regione;
- ✓ controllo delle degenze medie di ricovero;
- Centralizzazione responsabile protezione dati Responsabile struttura Privacy (RdP) e funzionalizzazione utilizzo dati sanitari;
- Centralizzazione ufficio bed manager e Ufficio controllo infezioni ospedaliere (CIO);
- Uniformare protocolli:
 - ✓ Triage Pronto Soccorso e back transfer;
 - ✓ Tra i Pronto Soccorso e la Centrale 118, le COT e la Centrale 116 117;
 - ✓ Clinico terapeutici coinvolgendo i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali;
 - ✓ Di verifica della corretta e appropriata prescrizione diagnostico terapeutica.

CONCLUSIONI

Non si può prescindere da una programmazione delle assunzioni del personale e da un piano degli investimenti coerente con l’assetto organizzativo, anche per tale ragione riteniamo necessario riportare la delega all’edilizia ospedaliera sotto l’assessorato alla Sanità. Nella proposta di Bucci emergono elementi contraddittori, sempre basati su una visione di percentuali che non determinano un processo iniziale di riforma, il quale necessita invece di molte competenze. Per esempio, Bucci afferma che in Liguria c’è molto personale amministrativo. In realtà le aziende territoriali lamentano la difficoltà di reperire personale amministrativo e spesso ricorrono all’utilizzo di infermieri per sopperire a questa mancanza. Nel momento in cui si dovesse procedere a elementi di unificazione, come stiamo proponendo, avremmo bisogno di personale amministrativo qualificato, proveniente da più parti, ma anche di assumere nuovo personale più coerente con le nostre progettualità. La ricetta di Bucci, anche in questo caso, si rivela come un semplice pensiero sulla struttura e non come un vero e proprio progetto di riforma basato sulle necessità dei territori, con il preciso obiettivo di dimensionare l’azione sulle esigenze reali delle comunità.

Questa visione strettamente numerica non intercetta tutta una serie di attività fondamentali per la valutazione della salute di una comunità: le attività consultoriali, i SERD e tutto ciò che riguarda la prevenzione — una lacuna che viene completamente dimenticata. Anche le stesse questioni,

per noi fondamentali, della sicurezza nei luoghi di lavoro e delle conseguenti analisi dei settori di medicina del lavoro spariscono completamente.

Concludiamo affermando che sia necessario **stare dentro al confronto** con nostre proposte di qualità, come quelle che pensiamo di aver espresso qui, e con un'analisi rigorosa dei bisogni di salute della popolazione ligure. Al di là di questa logica, il confronto con Bucci diventerebbe non produttivo e non comprensibile né dagli operatori sanitari né dalla cittadinanza.

