



C O N S I G L I O R E G I O N A L E
A S S E M B L E A L E G I S L A T I V A D E L L A L I G U R I A

ESTRATTO del Processo verbale dell'adunanza del 28 febbraio 2008

Seduta pubblica Sessione I ordinaria Intervenuti Consiglieri N. 32

Presidente Giacomo Ronzitti

Consiglieri Segretari Patrizia Muratore e Franco Rocca

O.d.g. n. 97

Deliberazione n. 8

OGGETTO: STRALCIO DEL PIANO SOCIO SANITARIO RELATIVO ALLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA. ACCORPAMENTO E NUOVA DEFINIZIONE DI ALCUNE AZIENDE SANITARIE.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Richiamate le seguenti disposizioni:

- l’Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005;
- la propria deliberazione n. 29 dell’8 agosto 2006 “Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione”;
- l’Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 avente ad oggetto il Nuovo Patto sulla salute;
- la legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41(riordino del Servizio Sanitario regionale) che, nel delineare il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale si pone, tra l’altro, l’obiettivo di regolamentare gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un’ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni, definire i ruoli e le funzioni delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero, sviluppare i rapporti interaziendali in un’ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse e:

- all'articolo 5 disciplina le modalità di approvazione del Piano sociosanitario regionale ed i contenuti dello stralcio relativo all'organizzazione della rete di cura e di assistenza, prevedendo che lo stralcio definisca:
 - l'adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard previsti dalla normativa nazionale con particolare riguardo alla dotazione dei posti letto e ai tassi di ospedalizzazione;
 - la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative del sistema di emergenza sanitaria di cui alla legge regionale 5 maggio 1994 n. 24 (sistema di emergenza sanitaria);
 - l'individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri;
 - all'articolo 7 prevede l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale ed affida al Comitato d'area il compito di elaborare proposte ed esprimere pareri in ordine alla programmazione integrata della rete di assistenza e cura, ai provvedimenti inerenti la gestione in forma unitaria delle attività tecnico amministrative, alla dotazione di personale ed agli aggiornamenti tecnologici;
 - all'articolo 12, comma 3, prevede che le intese stipulate con l'Università possano regolare anche il decentramento sull'area regionale delle attività universitarie;
 - all'articolo 14 sottolinea la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria e sociosanitaria e prevede il loro contributo alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale, mediante i compiti in materia attribuiti alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale ed alla Conferenza dei Sindaci di cui rispettivamente all'articolo 13 ed agli articoli 15 e 16 della stessa legge. In particolare il primo organo consultivo è chiamato a dare un parere obbligatorio sul piano sociosanitario regionale ed il secondo ha il compito di garantire la concertazione e la cooperazione con le Aziende sanitarie;
 - all'articolo 17 ed all'articolo 27 prevede l'attribuzione al Consiglio, su proposta della Giunta regionale, del potere di sopprimere o modificare le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere esistenti;
 - all'articolo 37 disciplina le modalità di organizzazione dei presidi ospedalieri prevedendo la possibilità che siano costituiti presidi ospedalieri derivanti dall'accorpamento organizzativo di più stabilimenti;
- la legge 27 dicembre 2006 n. 296, legge finanziaria 2007 ed, in particolare l'articolo 1, comma 796, lettera b);
 - l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze approvato con deliberazione della Giunta regionale 9 marzo 2007 n. 243, unitamente al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;
 - il decreto legge n. 159/2007 (collegato alla legge finanziaria 2008), convertito in legge con modificazioni, ed in particolare l'articolo 4;
 - la deliberazione della Giunta regionale 9 luglio 2007 n. 763 con la quale si è provveduto ad approvare il documento "Quadro di riferimento, percorso e termini per la definizione del processo di riorganizzazione della rete di cura e di assistenza" dando

mandato ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, sulla base dello stesso, di formulare, acquisito il parere delle Conferenze dei Sindaci di riferimento, le proposte inerenti la scelta delle localizzazioni delle specialità e dei posti letto da attribuire a ciascuna delle strutture ospedaliere dei presidi come sopra individuati;

- la propria deliberazione n. 34 del 1°agosto 2007 con la quale è stato approvato il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale e l'aggiornamento dell'elenco degli interventi da inserire nell'accordo di programma Regione – Governo anno 2007 ai sensi dell'articolo 20 della legge 67/1988;
- la propria deliberazione n. 35 del 1°agosto 2007 con la quale è stato approvato il Piano sociale integrato regionale 2007/2010 ai sensi della l.r. 12/2006.

Premesso che:

- con l'accordo 6 marzo 2007 stipulato con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze la Regione si è assunta l'impegno, tra l'altro, di riordinare la propria rete di cura ed assistenza in modo da:
 - adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005 nei tempi previsti dall'intesa stessa;
 - operare la “modifica organizzativa e strutturale della rete di prevenzione, cura e assistenza nell'ottica di una maggiore integrazione del sistema socio-sanitario” attraverso il riequilibrio tra offerta ospedaliera e territorio, il ridisegno della rete dei presidi ospedalieri e la riduzione dei posti letto;
 - sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;
 - attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team a professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale;
 - promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- a seguito del mancato raggiungimento dei risultati previsti nel citato accordo scattano i provvedimenti di innalzamento della pressione fiscale e di commissariamento previsti dalle normative nazionali sopra richiamate;
- in base alla deliberazione della Giunta regionale n. 763/2007 le proposte dei Direttori generali e delle Conferenze dei Sindaci compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale dovevano essere formulate in modo da rispettare i criteri generali e specifici individuati per ogni area dal provvedimento della Giunta Regionale, garantire nel triennio l'efficienza del sistema e la coerenza con il piano di rientro, essere articolate per annualità nell'arco triennale ed indicare la tempistica, la variazione del numero e della tipologia dei posti letto prevista, i costi conseguenti alle singole azioni ed i minori costi complessivi;
- la citata deliberazione della Giunta regionale n.763/2007 prevedeva, altresì, che qualora le proposte non fossero pervenute in tempo utile ovvero fossero tali da non consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro, si sarebbe provveduto ad

integrare il quadro di riferimento come sopra delineato per gli aspetti mancanti ovvero ad inserirvi le proposte pervenute con le modifiche necessarie al rispetto dell'accordo;

- il citato provvedimento regionale è stato inviato ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze nell'ambito delle procedure previste in attuazione dell'Accordo 6 marzo 2007 ed ha avuto esito positivo;
- i Direttori generali delle Aziende sanitarie, acquisito il parere delle relative Conferenze dei Sindaci, hanno fatto prevenire le proposte per il riordino della propria rete ospedaliera;

Considerato che:

1. alcune parti delle proposte pervenute dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e dalle Conferenze dei Sindaci comprese nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale non sono del tutto coerenti con il quadro di riferimento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 763/2007 ed il loro completo accoglimento non consentirebbe di rispettare gli impegni indicati nel piano di rientro di cui all'accordo 6 marzo 2007 sopra richiamato, con le conseguenze economiche ed istituzionali previste dalle normative indicate nelle premesse del presente provvedimento;
2. le resistenze alla razionalizzazione della rete ospedaliera non tengono in debito conto il fatto che l'attuale epidemiologia ligure è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliero e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.
3. le istanze rappresentate dalle Conferenze dei sindaci, d'altra parte, manifestano il disagio e le difficoltà per le popolazioni locali ad accettare il ridimensionamento delle strutture ospedaliere che rappresentano un punto di riferimento sul territorio in una fase in cui il rafforzamento dell'assistenza territoriale è ancora in fase di avvio e, per la parte in cui corrispondono ad un fabbisogno fortemente sentito, devono essere tenute in debito conto nella definizione dell'offerta ospedaliera;
4. la messa in rete delle strutture ospedaliere, anche tramite processi di riorganizzazione amministrativa e di accorpamento di aziende e la riconversione di alcune di esse, appare, peraltro, l'unico strumento per rendere compatibile l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini equità di accesso a prestazioni e servizi sanitari efficaci ed appropriati, in un contesto di risorse, sia umane che finanziarie, non illimitate e la cui determinazione è soggetta a vincoli nazionali;
5. occorre procedere all'adeguamento della rete ospedaliera con gradualità in modo da rispondere all'esigenza di prevedere cambiamenti sostenibili dal punto di vista sanitario, economico e strutturale, ma anche sociale;
6. nella fase di attuazione operativa del piano di organizzazione della rete di cura ed assistenza debbono essere avviate azioni, che più che tendere ad una riorganizzazione "imposta", (anche se razionale), accrescano la consapevolezza degli assistiti sulla evoluzione della propria domanda di salute;

Considerato altresì che:

- una strategia di piano orientata verso lo sviluppo di sistemi a rete per l'erogazione di servizi socio sanitari – promuovendo l'integrazione intersettoriale delle risorse disponibili in uno o più ambiti territoriali – è tanto più efficace quanto più riesce a configurare il sistema dell'offerta verso il reale bisogno di salute del cittadino;

- l’adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dell’offerta del sistema sanitario, porta al superamento delle logiche di competizione fra soggetti erogatori; richiede invece la loro cooperazione all’interno della rete di cui fanno parte secondo i diversi livelli di complessità dell’attività di pertinenza.
- la garanzia per i cittadini di un’assistenza di qualità elevata ed omogenea a livello regionale è data, in un sistema integrato, dalla possibilità di accedere in modo equo alle competenze professionali e alle risorse organizzative e tecnologiche pur diversamente distribuite sul territorio. Il concetto di rete ridimensiona il concetto di localizzazione della struttura operativa. In una rete integrata, le sedi fisiche delle strutture si giustificano principalmente in funzione delle esigenze della rete, come luoghi di produzione di programmi integrati al servizio di comunità allargate;
- l’attenzione sui nodi è principalmente centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell’ambito della rete. Relativamente agli ospedali, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere;
- l’organizzazione amministrativa che meglio si adatta a superare logiche di competizione e viceversa spinge ad integrare le funzioni fra ospedale e territorio è quella che determina la gestione unitaria delle stesse all’interno di un’unica azienda sanitaria e l’organizzazione dell’area ospedaliera in presidi ospedalieri unici composti da più stabilimenti.

Ritenuto, pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, di prevedere sotto il profilo amministrativo che:

1. l’Azienda ospedaliera S. Corona confluisca entro il 1° luglio 2008 nell’Azienda sanitaria locale n. 2;
2. l’Azienda Ospedaliera “Villa Scassi” confluisca entro il 1° luglio 2008 nell’Azienda sanitaria locale n. 3;
3. all’interno delle aree di competenza delle ASL 1, 2, 3, 4 e 5 l’area ospedaliera sia organizzata in presidi ospedalieri unici con l’eccezione della ASL n. 2 in cui permangono due presidi ospedalieri. In particolare:
 - a. per l’area dell’ASL 1 “Imperiese” sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio composto dagli stabilimenti dell’Ospedale S. Charles di Bordighera; dall’Ospedale di Sanremo e Bussana e dall’Ospedale Città di Imperia;
 - b. per l’area dell’ASL 2 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall’ Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure ed il nuovo Ospedale di Albenga e dal presidio costituito dall’ospedale San Paolo di Savona e di Cairo Montenotte;
 - c. per l’area dell’ASL 3 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali San Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo, La Colletta di Arenzano e Sant’Antonio di Recco;

- d. per l'area dell'ASL 4 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall'Ospedale di Rapallo (dal 2009), dall'Ospedale di Lavagna, dall'Ospedale di Sestri Levante;
- e. per l'area dell'ASL 5 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali Sant'Andrea e Felettino di La Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana;

Ritenuto altresì che:

- il piano di organizzazione della rete di cura ed assistenza, allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, sia tale da soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini liguri;
- le metodologie poste a base del piano consentano sufficienti spazi di flessibilità da far sì che, in fase di attuazione, sia possibile adattare il processo di adeguamento:
 - ◆ alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso;
 - ◆ al mutare di esigenze sanitarie e disponibilità finanziarie, conseguenti anche alla precisazione del contenimento dei costi derivanti dal processo di riorganizzazione amministrativa della rete aziendale ed ospedaliera conseguente alle disposizioni di cui al punto precedente;
 - ◆ al rispetto del budget definito al paragrafo 6 del piano stesso, che è tale da garantire il raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro di cui all'accordo più volte citato del 6 marzo 2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Preso atto che sul presente provvedimento è stato espresso, favorevolmente, da parte dei competenti Ministeri, in data 11 dicembre 2007, il parere previsto dal sopracitato Accordo;

Dato atto che sul presente provvedimento la Conferenza permanente per la programmazione Sociosanitaria regionale ha espresso favorevolmente, in data 21 febbraio 2008, il parere obbligatorio di cui all'articolo 13 della l.r. 41/2006;

Dato atto altresì che il provvedimento è stato riformulato a seguito di modifiche apportate nel corso dell'iter istruttorio in sede di Consiglio regionale – Assemblea Legislativa e che, pertanto, verrà ritrasmesso all'esame dei competenti Ministeri, come previsto dall'Accordo 6 marzo 2007;

Dato atto infine che la presente deliberazione riveste carattere di urgenza in quanto costituisce presupposto fondamentale ed adempimento obbligatorio per il raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro di cui al più volte citato Accordo 6 marzo 2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Viste le proposte di deliberazione della Giunta regionale n. 46 del 16 novembre 2007 e n. 2 dell'8 febbraio 2008, preventivamente esaminate dalla III Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 26 dello Statuto e 83, primo comma del Regolamento interno, nella seduta del 22 febbraio 2008;

Ritenuto di accogliere gli emendamenti proposti dalla suddetta Commissione e quelli presentati in sede di discussione in aula;

DELIBERA

1. di approvare il Piano avente ad oggetto “Organizzazione della rete di cura e di assistenza” contenuto nell’allegato “A”, parte integrante e necessaria della presente deliberazione, comprensivo anche delle modifiche alle Aziende sanitarie;
2. di demandare alla Giunta regionale l’adozione dei provvedimenti necessari all’attuazione delle disposizioni contenute nell’allegato Piano di “Organizzazione della rete di cura e di assistenza”;
3. di demandare alla Giunta regionale l’invio della presente deliberazione all’esame dei competenti Ministeri, come previsto dall’accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministro della Salute e il Ministro dell’Economia e delle Finanze, approvato con deliberazione della Giunta regionale 9 marzo 2007 n. 243.

TCB

- O M I S S I S -

Nessun altro Consigliere chiedendo la parola il Presidente pone in votazione il provvedimento di cui trattasi.

Procedutosi a regolare votazione, palese nominale, ai sensi dell'articolo 105, secondo comma del Regolamento interno, fatta con l'ausilio del sistema elettronico e l'assistenza dei due Segretari, si ha il seguente risultato (come da elenco agli atti):

- presenti e votanti ... n. 31
- voti favorevoli n. 23
- voti contrari n. 8

Il Presidente proclama l'esito della votazione e dichiara pertanto approvato il provvedimento.

IL PRESIDENTE
(Giacomo Ronzitti)

I CONSIGLIERI SEGRETARI
(Patrizia Muratore)
(Franco Rocca)

MM/TCB

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURA E DI ASSISTENZA

1. Quadro normativo ed amministrativo di riferimento	Pag. 9
2. Evoluzione della rete di cura ed assistenza ligure e situazione attuale	Pag. 15
3. Criticità da affrontare	Pag. 22
4. Obiettivi generali per il periodo 2008/2010	Pag. 24
5. Individuazione, missione, dimensionamento e funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri	Pag. 29
5.1. Organizzazione amministrativa	Pag. 29
5.2. Indirizzi in materia di emergenza/urgenza	Pag. 32
5.3. Determinazione della dimensione della rete ospedaliera delle tre aree ottimali e dei relativi presidi ospedalieri	Pag. 36
5.4. Sviluppo e potenziamento delle cure e dell'assistenza territoriale	Pag. 72
6. Puntuale definizione di specifiche aree di interesse della rete	Pag. 82
6.1. Budget	Pag. 82
6.2. Programma tecnologie	Pag. 83
6.3. Percorso nascita	Pag. 91
6.4. Trauma center e Sistema Integrato Assistenza al Trauma (SIAT) in Liguria	Pag. 95
6.5. La formazione degli operatori sanitari: leva per lo sviluppo del sistema e integratore organizzativo	Pag. 97
6.6. Relazioni sindacali	Pag. 99

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURA E DI ASSISTENZA

1. Quadro normativo ed amministrativo di riferimento

Nel presente paragrafo vengono prese in esame le normative nazionali e regionali, nonché i provvedimenti amministrativi che la Regione deve tenere presente nel definire l'organizzazione della rete di cura ed assistenza in quanto contengono le regole, gli indirizzi ed i limiti da rispettare in materia.

1.1 Normativa nazionale e regionale

Le principali normative nazionali e regionali vigenti in materia sono:

– l'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 ed, in particolare:

- ❖ l'articolo 4 sub a) il quale dispone che le Regioni adeguino le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, prevedendo uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie.
Considerate le condizioni demografiche e orografiche della Liguria è compatibile la maggiorazione del 5%, prevista dalla stessa intesa, che si ritiene opportuno applicare allo standard per ricoveri di acuti.
Riparametrando, pertanto, gli obiettivi da raggiungere sono:
4,68 posti letto per 1000 abitanti complessivo.
Così scomposto:
 - 3.78 posti letto per 1000 abitanti per acuti
 - 0.9 posti letto per 1000 abitanti per riabilitazione;
- ❖ l'articolo 8 che disciplina modalità e termini di definizione dell'accordo necessario per individuare gli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui al comma 173 della già menzionata disposizione legislativa;

– l'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 avente ad oggetto il Nuovo Patto sulla salute, ed, in particolare:

- ❖ il punto 1.4 in base al quale in via aggiuntiva agli adempimenti previsti dal nuovo accordo sono confermati gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica;
- ❖ il punto 4.6 in forza del quale al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete ospedaliera, con Intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.311 verranno definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli Piani di rientro. Tali

linee saranno definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e di urgenza. E' previsto, altresì, che si procederà ad un'analisi delle modalità organizzative, anche innovative, interne ai presidi finalizzate alla maggiore integrazione delle attività ed al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza;

–la legge regionale 7 dicembre 2006, n.41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) che, nel delineare il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale:

- ❖ si pone, tra l'altro, l'obiettivo di:
 - (1)regolamentare gli organismi e le funzioni delle aziende sanitarie e ospedaliere in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni;
 - (2)definire i ruoli e le funzioni delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero;
 - (3)sviluppare i rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse;
- ❖ all'articolo 5 disciplina le modalità di approvazione del Piano sociosanitario regionale ed i contenuti dello stralcio relativo all'organizzazione della rete di cura e di assistenza, prevedendo che lo stralcio definisca:
 - (1)l'adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard previsti dalla normativa nazionale con particolare riguardo alla dotazione dei posti letto e ai tassi di ospedalizzazione;
 - (2)la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative del sistema di emergenza sanitaria di cui alla legge regionale 5 maggio 1994, n.24 (Sistema di emergenza sanitaria);
 - (3)l'individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri;
- ❖ all'articolo 7 prevede l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale ed affida al Comitato d'area il compito di elaborare proposte ed esprimere pareri in ordine alla programmazione integrata della rete di assistenza e cura, ai provvedimenti inerenti la gestione in forma unitaria delle attività tecnico amministrative, alla dotazione di personale ed agli aggiornamenti tecnologici;
- ❖ all'articolo 12, comma 3, prevede che le intese stipulate con l'Università possano regolare anche il decentramento sull'area regionale delle attività universitarie;
- ❖ all'articolo 14 sottolinea la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria e sociosanitaria e prevede il loro contributo alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale, mediante i compiti in materia attribuiti alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale ed alla Conferenza dei Sindaci di cui rispettivamente

- all'articolo 13 ed agli articoli 15 e 16 della stessa legge. In particolare il primo organo consultivo è chiamato a dare un parere obbligatorio sul piano sociosanitario regionale ed il secondo ha il compito di garantire la concertazione e la cooperazione con le Aziende sanitarie;
- ❖ all'articolo 17 ed all'articolo 27 prevede l'attribuzione al Consiglio, su proposta della Giunta regionale, del potere di sopprimere o modificare le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere esistenti;
 - ❖ all'articolo 37 disciplina le modalità di organizzazione dei presidi ospedalieri prevedendo la possibilità che siano costituiti presidi ospedalieri derivanti dall'accorpamento organizzativo di più stabilimenti;
- la legge 27 dicembre 2006, n.296, legge finanziaria 2007 ed, in particolare, l'articolo 1, comma 796, lettera b), che, nel disciplinare le modalità di stipula degli accordi fra il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze e le regioni con elevati disavanzi per poter accedere al finanziamento per la copertura degli stessi prevede che:
- ❖ l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti nei piani di rientro approvati con i suddetti accordi, comporta che, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. La maggiorazione ha carattere generalizzato e non settoriale e non è suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi;
 - ❖ gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria;
- il decreto legge n.159/2007 (collegato alla legge finanziaria 2008), convertito in legge con modificazioni, ed, in particolare l'articolo 4 che prevede che, qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel

Piano. Ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inidonei o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro, con la facoltà, fra le altre, di proporre alla regione la sostituzione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali ovvero delle aziende ospedaliere. La nomina a commissario ad acta è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento. Gli eventuali oneri derivanti dalla nomina del commissario ad acta sono a carico della regione interessata.

1.2 L'accordo 6.3.2007 con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze

Con l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze approvato con del. giunta reg. 243/2007, unitamente al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario tramite, tra l'altro, il ridisegno della rete dei presidi ospedalieri e la riduzione dei posti letto regionali, la Regione si è assunta l'impegno di:

- ❖ adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005 nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- ❖ operare la "modifica organizzativa e strutturale della rete di prevenzione, cura e assistenza nell'ottica di una maggiore integrazione del sistema socio-sanitario" attraverso il riequilibrio tra offerta ospedaliera e territorio e il ridisegno della rete dei presidi ospedalieri e la riduzione dei posti letto;
- ❖ sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;
- ❖ attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team a professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale;
- ❖ promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;

Con il citato accordo sono stati quantificati gli obiettivi di risparmio che devono essere raggiunti nel triennio per complessivi 200 milioni di euro; il raggiungimento dei risultati viene verificato in sede di monitoraggio tramite i modelli LA e CE sia dal punto di vista economico – finanziario, sia da quello della garanzia del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza;

A seguito del mancato raggiungimento dei risultati previsti scattano i provvedimenti di cui alle disposizioni normative sopra richiamate.

1.3 I provvedimenti amministrativi

- Con la deliberazione del Consiglio regionale 8 agosto 2006, n.29 avente ad oggetto: “Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione”, si è provveduto a:
 - ❖ approvare il Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza definendone una prima fase e demandando alla Giunta regionale la definizione di una seconda fase sulla base dei criteri e delle procedure indicate nel piano stesso;
 - ❖ disporre la graduazione della rideterminazione della rete ospedaliera coerentemente con i tempi di implementazione dei processi di ristrutturazione della rete della residenzialità e dell'assistenza domiciliare;
 - ❖ disporre che l'adeguamento della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera preveda contestualmente opportune politiche di riconversione, attraverso percorsi formativi e di aggiornamento del personale in esubero, finalizzate a superare eventuali carenze di organico;
 - ❖ disporre che i Direttori generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio Sanitario Regionale avviassero entro trenta giorni dalla entrata in vigore del suddetto atto le azioni necessarie a dare attuazione agli interventi di adeguamento delle dotazioni di posti letto previsti nella prima fase della riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza;
 - ❖ disporre che i Direttori generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio Sanitario Regionale prevedessero, a partire dal secondo semestre 2006, l'attuazione di pacchetti integrati, comprendenti la fase riabilitativa, nelle discipline di ortopedia, traumatologia, neurologia e cardiocirurgia, per una quota pari ad un minimo del 30 per cento dei volumi di prestazioni erogati;
- con la del.giunta reg. 763/2007 si è provveduto ad approvare il documento “Quadro di riferimento per la riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza” dando mandato ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, sulla base dello stesso, di formulare, acquisito il parere delle Conferenze dei sindaci di riferimento, le proposte inerenti la scelta delle localizzazioni delle specialità e dei posti letto da attribuire a ciascuna delle strutture ospedaliere dei presidi come sopra individuati;
- le proposte dovevano essere formulate in modo da rispettare i criteri generali e specifici individuati per ogni area dal provvedimento della giunta regionale, garantire nel triennio l'efficienza del sistema e la coerenza con il piano di rientro, essere articolate per annualità nell'arco triennale ed indicare la tempistica, la variazione del numero e della tipologia dei posti letto prevista, i costi conseguenti alle singole azioni ed i minori costi complessivi.
- la citata deliberazione della Giunta regionale prevede, altresì, che qualora le proposte non fossero pervenute in tempo utile ovvero fossero tali da non consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro, si sarebbe provveduto ad integrare il quadro di riferimento come sopra delineato per gli aspetti mancanti ovvero ad inserirvi le proposte pervenute con le modifiche necessarie al rispetto dell'accordo;

- il citato provvedimento regionale è stato inviato ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze nell'ambito delle procedure previste in attuazione dell'Accordo 6 marzo 2007 ed ha avuto esito positivo;
- con la del.cons. reg. 34/2007 è stato approvato il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale e l'aggiornamento dell'elenco degli interventi da inserire nell'accordo di programma regione – governo anno 2007 ai sensi dell'articolo 20 della l. 67/1988;
- con la del. cons.reg. 35/2007 è stato approvato il Piano sociale integrato regionale 2007/2010 ai sensi della l. r. 12/2006.

2. Evoluzione della rete di cura ed assistenza ligure e situazione attuale

Già da alcuni anni la rete ospedaliera è interessata da interventi volti a migliorare da un lato la composizione e la dotazione organica dei posti letto e dall'altro la qualità e l'appropriatezza erogativa delle prestazioni. Tale progressivo miglioramento ha avuto un'accelerazione anche a seguito degli interventi di attuazione della del.cons.reg. 29/2006 ed, in particolare:

- ◆ la composizione della dotazione organica dei posti letto per acuti e per riabilitazione ha subito delle rilevanti variazioni nel quinquennio 2002-2007 come risulta dalle tabelle 1-2-3, avvicinandosi ai parametri nazionali vigenti;
- ◆ i ricoveri ordinari per acuti sono correlati a un'attività sempre più rivolta verso la medio-alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa.
Questo andamento è evidenziato soprattutto dalla riduzione dei ricoveri ordinari con contestuale abbattimento dei valori assoluti e in percentuale per le fasce 0 e 00 (prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di ricovero ordinario) come risulta dalla tabella 4;
- ◆ tale effetto è legato allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e, a partire dal 2006, dei P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) come risulta dalle tabelle 5 e 6.

TAB. 1 - CONFRONTO POSTI LETTO PER ACUTI ANNI 2002-2005-2007

AREE	POSTI LETTO PER ACUTI						TOTAL E P.L. ACUTI 2002	TOTAL E P.L. ACUTI 2005	TOTAL E P.L. ACUTI APRILE 2007	Scostament o 2002/2007		Scostame nto 2002/200 5		Scostamento 2005/2007	
	ANNO 2002		ANNO 2005		APRILE 2007					valori assol uti	%	valori assol uti	%	valori assolut i	%
	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ ds									
PONENTE	1.819	210	1.600	242	1.485	266	2.029	1.842	1.751	-278	-13,7 %	-187	-9,2 %	-91	-4,9%
METROPOLITANA	3.716	512	3.208	621	2.824	589	4.228	3.829	3.413	-815	-19,3 %	-399	-9,4 %	-416	-10,9%
LEVANTE	1.225	131	1.028	169	912	163	1.356	1.197	1.075	-281	-20,7 %	-159	-11,7 %	-122	-10,2%
TOTALE REGIONE	6.760	853	5.840	1.029	5.221	1.018	7.613	6.869	6.239	-1374	-18,0 %	-744	-9,8 %	-630	-9,2%

TAB. 2 - CONFRONTO POSTI LETTO
RIABILITAZIONE ANNI 2002-2005-2007

	POSTI LETTO RIABILITAZIONE /CURE INTERMEDIE						TOTALE P.L. RIAB./C .I. 2002	TOTALE P.L. RIAB./C .I. 2005	TOTALE P.L. RIAB./C.I . APRILE 2007	Scostamento 2002/2007	Scostament o 2002/2005	Scostamento 2005/2007			
AREE	ANNO 2002		ANNO 2005		APRILE 2007					valori assoluti	%	valori assolut i	%	valori assolut i	%
	d.o.	dh	d.o.	dh	d.o.	dh									
PONENTE	70	7	128	11	213	11	77	139	224	147	191%	62	81 %	85	61%
METROPOLITANA	235	5	251	5	305	12	240	256	317	77	32%	16	7%	61	24%
LEVANTE	87	8	115	11	135	16	95	126	151	56	59%	31	33 %	25	20%
TOTALE REGIONE	392	20	494	27	653	39	412	521	692	280	68%	109	26 %	171	33%

TAB. 3 - INDICI POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI - ACUTI E RIABILITAZIONE -
APRILE 2007 -

	Popolazione 31/12/2005	Posti letto acuti (aprile 2007)		Posti letto acuti al termine del triennio (1)		Posti letto riabilitazione /cure intermedie (aprile 2007)		Posti letto riabilitazione/cu re intermedie al termine del triennio (1)	
		num ero letti	indi ce	num ero letti	indice	num ero letti	indi ce	nume ro letti	indice
TOTALE REGIONE	1.610.134	6.239	3,87	6.086	3,78	692	0,43	1.448	0,90

p.l. acuti da convertire:
153

p.l. riabilitazione da attivare: 756

(1)La dotazione organica dei posti letto al termine del triennio è modificata rispetto a quella indicata nella D.C.R. 29/2006 a seguito del variare della popolazione ligure.

TAB. 4 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE - RICOVERI ORDINARI ANNO 2006 PER CLASSE DI COMPLESSITA'

CLASSE	CASI 2006	CASI 2005	VARIAZI ONI (Valori assoluti)	VARIAZI ONI %
MEDICI UN GIORNO	14.907	15.175	-268	-1,8%
CHIRURGICI UN GIORNO	4.567	4.744	-177	-3,7%
ALTA SPECIALITA (ESCLUSO IN PEDIATRIA)	3.370	3.421	-51	-1,5%
PARTO NATURALE	7.680	7.593	87	1,1%
LEA PESO <= 0.65 (FASCIA 00)	8.993	10.293	-1.300	-12,6%
LEA PESO>0.65/NOLEA PESO<=0.65(FASCIA 0)	22.591	25.585	-2.994	-11,7%
DRG PESO TRA 0.65 E 0.88 (FASCIA 1)	32.487	34.012	-1.525	-4,5%
DRG PESO TRA 0.88 E 1.361 (FASCIA 2)	51.621	52.642	-1.021	-1,9%
DRG PESO TRA 1.361 E 2.27 (FASCIA 3)	33.808	31.601	2.207	7,0%
DRG PESO > 2.27 (FASCIA 4)	12.599	12.059	540	4,5%
DRG 391 NEONATO NORMALE	8.290	7.865	425	5,4%
TOTALE	200.913	204.99 0	-4.077	-2,0%
PEDIATRIA ORDINARI >= 2GG	20.144	20.167	-23	-0,1%
PEDIATRIA ORDINARI < 2GG	2.630	2.860	-230	-8,0%
PEDIATRIA ALTA SPECIALITA	229	222	7	3,2%
TOTALE CASI PEDIATRICI	23.003	23.249	-246	-1,1%
TOTALE COMPLESSIVO	223.916	228.23 9	-4.323	-1,9%

TAB. 5 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE PER TIPO DI RICOVERO
CONFRONTO ANNI 2002/2006

TIPO DI RICOVERO	CASI 2002	CASI 2003	CASI 2004	CASI 2005	CASI 2006	VARIAZIONI (Valori assoluti) 2002/2006	VARIAZIONI % 2002/2006
RICOVERO ORDINARIO	260.097	242.268	231.340	228.239	223.916	- 36.181	- 13,9%
DAY HOSPITAL	106.322	93.908	99.682	98.707	94.125	- 12.197	- 11,5%
RIABILITAZIONE	5.185	6.674	7.735	8.086	8.430	3.245	62,6%
DH IN RIABILITAZIONE	1.035	1.784	1.849	1.937	1.847	812	78,5%
DH IN DAY SURGERY	32.481	57.725	67.565	71.660	59.187	26.706	82,2%
TOTALE	405.120	402.359	408.171	408.629	(*) 387.505	- 17.615	-4,3%

Nota (*) La riduzione di prestazioni daysurgicali ,verificatasi nel 2006, è da imputarsi al trasferimento in P.A.C. di parte dell'attività di ricovero (DGR n. 1795/2005).

TAB. 6 - Raffronto SDO/PAC

DRG	Anno cui si riferiscono i dati					
	2005	2006				
	SDO	PAC	%	SDO	%	Tot
006 - DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.088	1.664	75,91	528	24,09	2.192
039 - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	14.131	11.673	85,47	1.984	14,53	13.657
133 - ATEROSCLEROSI,SENZA CC	418	294	68,85	133	31,15	427
134 - IPERTENSIONE	1.660	1.069	78,78	288	21,22	1.357
142 - SINCOPE E COLLASSO,SENZA CC	394	166	47,70	182	52,30	348
229 - INTE MAGG POLLICE/ARTIC/MANO/POLSO NO CC	681	640	82,69	134	17,31	774
294 - DIABETE ETA'>35	2.188	1.402	78,81	377	21,19	1.779
342 - CIRCONCISIONE ETA'>17	736	509	70,01	218	29,99	727

3. Criticità da affrontare

3.1 Criticità strutturali

Nonostante i miglioramenti ottenuti e sopra evidenziati la rete ospedaliera ligure in oggi presenta ancora le seguenti criticità:

1. frammentazione dell'offerta in molti piccoli ospedali che, se pur ben inseriti nelle comunità locali e idonei a garantire risposte per bisogni sanitari di media/bassa complessità, sono scarsamente inseriti nel sistema a rete integrata dei servizi sanitari ("hub and spoke"), modello individuato dalla Regione per supportare le carenze operative delle singole unità erogative e garantire equità di accesso alle prestazioni e un'assistenza di qualità adeguata ai cittadini residenti nei diversi ambiti territoriali;
2. persistenza, all'interno dei Presidi deputati a garantire le prestazioni per acuti di alta specialità/alta complessità, generalmente identificabili all'interno degli ospedali sede di DEA/Istituti Scientifici, di una quota di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriately per tipologia della prestazione ancorché negli ultimi anni tale fenomeno si sia drasticamente ridotto. A ciò si accompagna il prolungamento dei tempi di degenza, in particolare per i soggetti anziani con patologie croniche, fenomeno quest'ultimo in parte ascrivibile al solo parziale riassetto della rete territoriale di assistenza (residenzialità extraospedaliera, RSA, RP, cure domiciliari);
3. La molteplicità dei presidi rende difficile e particolarmente oneroso l'adeguamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico alle moderne esigenze assistenziali, che richiedono un'offerta ospedaliera strutturata in aree differenziate, secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure e il regime di ricovero.
Nelle nostre Aziende è ancora prevalente il modello incentrato sulle tradizionali discipline mediche e sulle relative Unità Operative, poco flessibili verso i bisogni assistenziali dei pazienti;
4. Necessità di procedere a ulteriore conversione di posti letto da ricoveri per acuti a riabilitativi per adeguarsi agli standard previsti dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005;

3.2 Criticità economico/sociali

7. alcune parti delle proposte pervenute dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e dalle Conferenze dei Sindaci non sono coerenti con il quadro di riferimento di cui alla DGR 763/2007 ed il loro accoglimento senza opportuni correttivi non consentirebbe di rispettare gli impegni indicati nel piano di rientro di cui all'accordo 6.3.2007 sopra richiamato con le conseguenze economiche ed istituzionali previste dalle normative indicate al punto 1 del presente piano;
8. le istanze rappresentate dalle Conferenze dei sindaci, d'altra parte, rappresentano il disagio e le difficoltà per le popolazioni locali ad accettare il ridimensionamento delle strutture ospedaliere che rappresentano un punto di riferimento sul territorio in una fase in cui il rafforzamento dell'assistenza territoriale è ancora in fase di avvio e, per la parte in cui corrispondono ad

- un fabbisogno fortemente sentito devono essere tenute in debito conto nella definizione dell'offerta ospedaliera;
9. la messa in rete delle strutture ospedaliere, anche tramite processi di riorganizzazione amministrativa e di accorpamento di aziende e la riconversione di alcune di esse, appare, peraltro, l'unico strumento per rendere compatibile l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini equità di accesso a prestazioni e servizi sanitari efficaci ed appropriati, in un contesto di risorse, sia umane che finanziarie, non illimitate e la cui determinazione è soggetta a vincoli nazionali;
 10. l'opposizione alla razionalizzazione della rete ospedaliera, inoltre, deriva anche da non condivisibili atteggiamenti culturali che continuano a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni della popolazione, senza valutare che l'attuale epidemiologia ligure è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliero e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

4. Obiettivi generali per il periodo 2008/2010

Alla luce di quanto sopra esposto si rende necessario procedere a:

1. una revisione complessiva della funzione ospedaliera regionale, finalizzata a superare l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta, attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale come di seguito descritto e come approvato con la DCR n.34/2007:
 - a) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 1° livello, nell'area del Ponente ligure (ASL n. 1) in sostituzione dei Presidi di Imperia e Sanremo, dimensionato per una capienza di circa n. 600/700 posti letto;
 - b) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 1° livello di n. 600/700 posti letto, nel Ponente metropolitano genovese in sostituzione di tutti gli stabilimenti oggi attivi in tale area, subordinatamente alle risultanze delle verifiche finalizzate alla validità della scelta di abbandonare la costruzione del nuovo Ospedale di Vallata;
 - c) costruzione di un secondo Monoblocco all'interno dell'A.O. Universitaria San Martino, dimensionato per una capienza di circa n. 500 posti letto, destinato ad accorpate le strutture operatorie, le degenze dedicate, le terapie intensive, le radiologie interventistiche, i laboratori e gli ambulatori afferenti alle attività descritte e il nuovo DEA di 2° livello
 - d) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 2° livello a La Spezia (ASL n. 5) in sostituzione del Presidio attuale, per una capienza di circa 500 letti. Le caratteristiche del Presidio saranno dettagliate in una fase successiva.
 - e) realizzazione del nuovo Ospedale Galliera con DEA di 1° livello in sostituzione della struttura esistente.

Le strutture attualmente sedi di ospedali e funzioni sanitarie sono vincolate alla destinazione sanitaria.

Qualora se ne preveda l'alienazione nel Piano sanitario regionale si può superare il vincolo stesso, se ciò avviene nell'ambito di una riorganizzazione dei servizi, garantendo l'offerta e vincolando le risorse ricavate dall'alienazione a investimenti nel settore sanitario.

Il dimensionamento tra i n. 500 e i n. 700 posti letto è ottimale per una struttura per acuti, altamente qualificata e capace di assicurare prestazioni efficaci e appropriate per un bacino di utenza di circa n. 250.000/300.000 abitanti. Tale configurazione consente la compresenza di elevati e diversificati livelli di specializzazione, accanto alle discipline di base, capaci di gestire i casi più complessi e l'aumento dei pazienti con comorbidità multiple. Le tecnologie più complesse e costose, che richiedono competenze specialistiche più qualificate, possono essere concentrate in questo tipo di struttura con un buon rapporto tra costi e benefici.

Già da oggi le Aziende Sanitarie, utilizzando le strutture esistenti, devono organizzare le attività ospedaliere in aree distinte secondo criteri riferiti alle modalità assistenziali, all'intensità delle cure, alla durata di degenza e al

regime di ricovero, superando gradualmente l'organizzazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

A tal fine dovrà essere perseguito un modello di organizzazione dipartimentale che garantisca una forte integrazione dell'ospedale con il territorio, con particolare riguardo alle attività collegate alla continuità assistenziale, attivando un processo di ricomposizione ed accorpamento delle unità lavorative finalizzato ad una equa distribuzione dei carichi di lavoro tra le stesse, perseguendo altresì un nuovo equilibrio tra operatori sanitari (infermieri) e operatori di supporto (operatori sociosanitari).

- 1.1. definire le modalità di integrazione nella rete ospedaliera dei nuovi stabilimenti di Albenga, nel corso del 2008, e di Rapallo, nel corso del 2009;
2. definire l'organizzazione della rete ospedaliera, come risulta dal presente provvedimento, in modo da procedere all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo (recupero e riabilitazione funzionale, cure intermedie) e raggiungere gli obiettivi posti dalla normativa nazionale secondo quanto indicato nella tabella 7;
3. implementare le azioni già in corso per migliorare la continuità assistenziale e conseguentemente facilitare le dimissioni protette per i cittadini che necessitano di continuità di cure a domicilio o in strutture residenziali extraospedaliere, in modo da contrastare l'inappropriatezza dei tempi di degenza ospedaliera;
4. procedere all'adeguamento della rete ospedaliera con gradualità in modo da rispondere all'esigenza di prevedere cambiamenti sostenibili dal punto di vista sanitario, economico e strutturale. Le metodologie che devono essere poste a base del presente piano, pertanto, debbono consentire spazi di flessibilità in modo che, in fase di attuazione, sia possibile adattare il processo di adeguamento da un lato alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso, dall'altro al mutare di esigenze sanitarie e disponibilità finanziarie, conseguenti anche alla precisazione del contenimento dei costi derivanti dal processo di riorganizzazione amministrativa della rete aziendale ed ospedaliera conseguente alle disposizioni di cui al punto 5.1 del presente documento, fermo restando il rispetto del budget definito al paragrafo 6, che è tale da garantire il rispetto degli obiettivi del piano di rientro di cui all'accordo più volte citato del 6.3.2007;
5. avviare azioni, che più che tendere ad una riorganizzazione "imposta", (anche se razionale), accrescano la consapevolezza degli assistiti sulla evoluzione della propria domanda di salute;
6. incrementare il consolidamento dei servizi distrettuali rafforzando l'accesso alla rete, diverse gradualità di cure domiciliari e forme di sostegno alla famiglia (quali il Fondo per la non autosufficienza), individuando la residenzialità extraospedaliera come una parte fondamentale della risposta in grado di intercettare la fase post-acuzie e la lungo assistenza;
7. nelle more del consolidamento dei servizi territoriali fornire indirizzi alle Aziende per una riorganizzazione dei servizi ospedalieri avviando processi

anche innovativi delle modalità e dei metodi di cura, adottando protocolli di *continuità assistenziale*, che prevedano anche di sostenere le dimissioni dei non autosufficienti e degli anziani over 75 con proprio personale proiettato a domicilio d'intesa con i MMG;

8. adottare una complessiva riorganizzazione dei percorsi chirurgici al fine di definire, in particolare, criteri clinico-organizzativi utili ad individuare tipologia ed il grado di complessità degli interventi che possono essere effettuati nei singoli stabilimenti ospedalieri.

Gli obiettivi da raggiungere, con le misure e le modalità sopra indicate, nell'arco del triennio di riferimento sono riassunti nella seguente tabella. In particolare il perseguimento di tali obiettivi dovrà essere tale da conseguire il riordino economico/ finanziario previsto dal piano di rientro di cui all'Accordo 6.3.2007, pur prevedendo azioni che si realizzeranno in parte nel 2010, essendo anche legate ai processi di realizzazione ed alla apertura di nuove strutture assistenziali.

TAB. 7 – SVILUPPO ATTIVITA' RIABILITATIVA/CURE INTERMEDIE E CONVERSIONE/DISATTIVAZIONE
POSTI LETTO PER ACUTI NEL TRIENNIO 2008 – 2010

AREE	Posti Letto riabilitazio ne/cure intermedie da increment are nel triennio 2008- 2010	Posti letto riabilitazio ne/cure intermedie (aprile 2007)	Posti letto riabilitazion e/cure intermedie a regime (anno 2010)	Posti Letto per acuti da convertire/disat tiva entro il 2010	Posti letto per acuti (aprile 2007)	Posti letto per acuti a regime (anno 2010)
PONENTE	273	224	497	-29	1751	1722
METROPOL ITANA	334	317	651	-150	3413	3263
LEVANTE	149	151	300	26	1075	1101
TOTALE REGIONE	756	692	1.448	-153	6.239	6.086

	Popolazion e 31/12/200 5	Posti letto per acuti a regime (anno 2010)	Indice p.l.acuti/abi tanti (obiettivo: 3,78)	Posti letto riabilitazione/cu re intermedie a regime (anno 2010)	Indice p.l.riabilitazione /abitanti (obiettivo: 0,9)	
TOTALE REGIONE	1.610.134	6.086	3,78	1.448	0,90	

Lo standard di riferimento numerico dei posti letto per acuti a livello regionale, ottenuto alla fine della manovra successivamente illustrata, è congruo con i parametri nazionali previsti nell'Intesa Stato/Regioni 23 marzo 2005. Sussistono alcuni lievi disallineamenti a livello di area per cui, nell'arco del triennio, si verificherà l'opportunità di rientrare negli standard previsti per area anche in considerazione dei flussi di mobilità interregionale della popolazione.

5. Individuazione, missione, dimensionamento e funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri

5.1 Organizzazione amministrativa

5.1.1 Unificazione aziende

Una strategia di piano orientata verso lo sviluppo di sistemi a rete per l'erogazione di servizi socio sanitari – promuovendo l'integrazione intersettoriale delle risorse disponibili in uno o più ambiti territoriali – è tanto più efficace quanto più riesce a configurare il sistema dell'offerta verso il reale bisogno di salute del cittadino.

L'adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dell'offerta del sistema sanitario, porta al superamento delle logiche di competizione fra soggetti erogatori; richiede invece la loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte secondo i diversi livelli di complessità dell'attività di pertinenza.

La garanzia per i cittadini di un'assistenza di qualità elevata ed omogenea a livello regionale è data, in un sistema integrato, dalla possibilità di accedere in modo equo alle competenze professionali e alle risorse organizzative e tecnologiche pur diversamente distribuite sul territorio. Il concetto di rete ridimensiona il concetto di localizzazione della struttura operativa. In una rete integrata, le sedi fisiche delle strutture si giustificano principalmente in funzione delle esigenze della rete, come luoghi di produzione di programmi integrati al servizio di comunità allargate;

L'attenzione sui nodi è principalmente centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Relativamente agli ospedali, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere.

L'organizzazione amministrativa che meglio si adatta a superare logiche di competizione e viceversa spinge ad integrare le funzioni fra ospedale e territorio è quella che determina la gestione unitaria delle stesse all'interno di un'unica azienda sanitaria e l'organizzazione dell'area ospedaliera in presidi ospedalieri unici composti da più stabilimenti.

Alla luce di quanto sopra esposto appare, pertanto, necessario disporre che:

- a) l'Azienda ospedaliera S. Corona confluisca dal 01/07/2008 nell'Azienda sanitaria locale n.2;
- b) l'Azienda Ospedaliera "Villa Scassi" confluisca dal 01/07/2008 nell'Azienda sanitaria locale n.3;
- c) all'interno delle aree di competenza delle ASL 1,2,3,4 e 5 l'area ospedaliera sia organizzata in presidi ospedalieri unici con l'eccezione della ASL n.2 in cui permangono due presidi ospedalieri. In particolare:
 1. per l'area dell'ASL 1 "Imperiese" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio composto dagli

stabilimenti dell'Ospedale S. Charles di Bordighera, dall'Ospedale di Sanremo e Bussana e dall'Ospedale Città di Imperia;

2. per l'area dell'ASL 2 "Savonese" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall' Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure ed il nuovo Ospedale di Albenga e dal presidio costituito dall'ospedale San Paolo di Savona e di Cairo Montenotte;
3. per l'area dell'ASL 3 "Genovese" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali San Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo , La Colletta di Arenzano e Sant'Antonio di Recco;
4. per l'area dell'ASL 4 "Chiavarese" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito, dall'Ospedale di Rapallo (dal 2009), dall'Ospedale di Lavagna, dall'Ospedale di Sestri Levante;
5. per l'area dell'ASL 5 "Spezzino" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali Sant'Andrea e Felettino di La Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana.

Tenuto conto del bacino di utenza di riferimento e dell'integrazione di alcune funzioni assegnate all'Ospedale di Recco ed a quello in corso di ultimazione di Rapallo, va sviluppata la contestuale integrazione funzionale e operativa fra i due presidi attraverso accordi interaziendali (ASL 3 e ASL 4) che prevedano:

- a) la costituzione di un forte polo chirurgico ortopedico e riabilitativo integrato tra lo stabilimento di Recco e quello di Rapallo, garantendo un'attività ortopedica elettiva di eccellenza, in grado di seguire il paziente dall'intervento, alla degenza riabilitativa post-acuzie fino al momento ambulatoriale, compreso il mantenimento. Tale operazione, oltre a garantire il recupero della mobilità passiva, potrà esercitare attrazione nei confronti dei cittadini residenti in altre Regioni;
- b) la qualificazione delle ulteriori funzioni previste dal presente piano, sia per la struttura di Recco sia per quella di Rapallo, e nella fase transitoria per la struttura di S.Margherita, e più dettagliatamente specificate nel capitolo 5.3. dello stesso, in una logica di complementarità al fine di renderle fruibili per i cittadini di entrambi i territori.

In questo quadro resta ferma la previsione dell'Azienda ospedaliera San Martino in quanto azienda ospedaliera universitaria, dell'Istituto Scientifico Tumori e dell'Istituto Giannina Gaslini in quanto I.R.C.C.S. e dell'E.O. Osp. Galliera ed dell'Osp. Evangelico Internazionale in quanto enti autonomi.

E' demandata alla Giunta regionale la definizione degli aspetti operativi e delle modalità attuative di tali interventi.

5.1.2 Modello di autonomia dei presidi ospedalieri

- Ai presidi ospedalieri come sopra individuati deve essere assicurata autonomia tecnico/gestionale secondo le direttive fissate dalla Giunta regionale finalizzate a garantirne la migliore operatività e l'adeguatezza degli stessi in relazione agli obiettivi fissati negli atti di programmazione regionali.

Per quanto concerne il presidio ospedaliero dell'ASL 3 e quello dell'ASL 2 composto dagli Ospedali di Santa Corona e Albenga, tenuto conto del coinvolgimento degli stessi nella riorganizzazione amministrativa derivante dal confluire nella rispettiva Azienda territoriale delle preesistenti Aziende ospedaliere, deve essere sperimentato un modello gestionale in base al quale il Direttore del relativo presidio ospedaliero acquisisca anche la funzione di coordinamento sanitario dell'area ospedaliera di pertinenza con il compito di supportare il Direttore Sanitario dell'Azienda nel raccordo a livello strategico dei servizi ospedalieri con quelli territoriali al fine di assicurare la continuità e l'efficacia dei percorsi assistenziali e l'integrazione tra le strutture operanti nei presidi, al fine di garantire l'equità di accesso ed il buon uso delle risorse che dovranno essergli attribuite.

In particolare il Direttore di tali presidi avrà la responsabilità inerente tutta la gestione corrente del presidio e delle scelte di investimento in risorse umane e di tipo strutturale, nonché il controllo dell'adeguato utilizzo dei fattori produttivi necessari per l'erogazione dei servizi clinici ed assistenziali afferenti al presidio.

Allo stesso verrà assegnato un proprio budget separato all'interno del bilancio dell'Azienda.

- L'organizzazione Dipartimentale deve essere assunta come obiettivo prioritario per gli aspetti gestionali dell'attività di ricovero ed il governo clinico deve costituire il metodo fondamentale per il coinvolgimento professionale dei sanitari nelle attività gestionali.

In particolare ai Direttori dei Dipartimenti dovrà essere attribuita autorità sovraordinata per gli aspetti organizzativi e gestionali rispetto alle unità operative che compongono i Dipartimenti stessi.

5.2 Indirizzi in materia di emergenza/urgenza

L'azione di riconversione dei posti letto ospedalieri per acuti in letti ad indirizzo riabilitativo e cure intermedie è un processo iniziato da alcuni anni, che ha avuto grande impulso con la realizzazione delle previsioni della del. cons.reg. 29/2006 e si concluderà a fine 2009 una volta resi operativi gli indirizzi contenuti nella presente deliberazione.

Il potenziamento dei letti ad indirizzo riabilitativo intensivo ed estensivo non è quantitativamente pari alla riduzione dei posti letto di degenza per acuti sia per contingenze di tipo economico dovute alla necessità di rispettare le previsioni di spese dal "Piano di Rientro" sia per motivi logistici (riconversioni di strutture) che di carenza di personale specializzato.

Si è così prodotta una diminuzione della capacità ricettiva di alcuni presidi in particolare nell'area medico/internistica per cui assistiti bisognosi di ricovero vengono ospitati temporaneamente all'interno delle unità operative dell'area dell'emergenza o presso unità operative non pertinenti. Tutto questo appesantisce il lavoro degli operatori e, talvolta, genera una percezione di scarsa qualità assistenziale nei cittadini. Questa sopradescritta costituisce una nuova importante criticità che si aggiunge ad altre che storicamente rendono complessa la gestione del sistema dell'emergenza/urgenza della nostra Regione, e che possono essere così sintetizzate:

1. Elevata richiesta di prestazioni da Pronto Soccorso da parte dei cittadini

ACCESSI P.S. TRIAGE PER AZIENDA - CONFRONTO 1° SEMESTRE ANNI 2005-2006- 2007

AZIENDA	STABILIMENTO OSPEDALIERO				scostamento	
		1°sem 2005	1°sem 2006	1°sem 2007	2006 da 2005	2007 da 2006
ASL 1	STABILIMENTO OSP. DI IMPERIA	17.989	18.215	17.625	226	-590
	STABILIMENTO OSP. DI SANREMO	17.048	20.203	19.379	3.155	-824
	STABILIMENTO OSP. DI BORDIGHERA	13.946	14.261	13.487	315	-774
	totale asl 1	48.983	52.679	50.491	3.696	-2.188
ASL 2	OSPEDALE S. PAOLO	25.108	27.185	27.476	2.077	291
	OSP. SANTA MARIA MISERICORDIA	14.767	15.200	14.175	433	-1.025
	OSPEDALE S. GIUSEPPE	5.979	6.050	5.648	71	-402
	totale asl 2	45.854	48.435	47.299	2.581	-1.136
ASL 3	OSPEDALE CELESIA	5.040	4.193	2.737	-847	-1.456
	OSPEDALE ANDREA GALLINO	3.070	2.839	2.744	-231	-95
	OSPEDALE L. FRUGONE	2.026	1.838	1.516	-188	-322

	OSPEDALE SAN CARLO	11.053	11.371	10.970	318	-401
	OSPEDALE PADRE ANTERO MICONE	11.431	11.766	10.776	335	-990
	OSPEDALE LA COLLETTA	1.402	82	0	-1.320	-82
	OSPEDALE SANT ANTONIO	3.327	3.238	3.041	-89	-197
	totale asl 3	37.349	35.327	31.784	-2.022	-3.543
ASL 4	OSP. RIUNITI LEONARDI E RIBOLI (LA)	20.716	20.774	19.067	58	-1.707
	OSP.E CIVILE S.MARGHERITA LIG.(SML)	5.467	4.756	4.358	-711	-398
	totale asl 4	26.183	25.530	23.425	-653	-2.105
ASL 5	OSPEDALE SANT'ANDREA	22.883	23.822	23.509	939	-313
	OSPEDALE SAN NICOLO'	2.150	2.247	2.177	97	-70
	PRESIDIO OSP. S. BARTOLOMEO	14.874	14.746	14.734	-128	-12
	totale asl 5	39.907	40.815	40.420	908	-395
	S.CORONA	24.463	24.477	24.297	14	-180
	S.MARTINO	48.931	49.780	49.217	849	-563
	V.SCASSI	25.047	24.895	24.836	-152	-59
	GASLINI	19.727	20.958	21.156	1.231	198
	GALLIERA	25.171	24.984	24.751	-187	-233
	TOTALE REGIONALE	341.615	347.880	337.676	6.265	-10.204

ACCESSI P.S. TRIAGE PER
CODICE - CONFRONTO 1°
SEMESTRE ANNI 2005-2006-
2007

CODICI	ACCESSI					
	1° SEM. 2005		1° SEM. 2006		1° SEM. 2007	
BIANCO	55.666	16,29%	53.651	15,42%	52.412	15,5%
VERDE	228.827	66,98%	235.100	67,58%	225.998	66,9%
GIALLO	51.008	14,93%	52.948	15,22%	52.788	15,6%
ROSSO	4.297	1,26%	4.447	1,28%	4.601	1,4%
NON INDICATO/ALTRO	1.817	0,53%	1.734	0,50%	1.877	0,6%
TOTALE	341.615	100%	347.880	100%	337.676	100%

L'analisi dei codici di gravità , cioè del codice colore che al momento dell'arrivo al Pronto Soccorso viene attribuito dagli infermieri all'assistito per stabilire la priorità di accesso alle cure evidenzia, a livello regionale per il primo semestre dell'anno 2007, come per il 15,5% si sia trattato di codici bianchi (nessuna urgenza), per il 66,9% di codici verdi (bassa priorità) e solo per il 15,6% di codici gialli (media criticità, accesso rapido alle cure) o rossi (molto critico, accesso immediato alle cure).

Considerando inoltre che solo il 22% degli accessi avviene sotto il coordinamento del 118 a mezzo ambulanza o elicottero (i restanti accessi avvengono sotto forma di autopresentazione) e che la percentuale degli arrivi al pronto soccorso trasformata in ricovero è del 18% circa, si conferma un elevato rischio di inappropriately nell'utilizzo dello stesso motivato da:

- insufficiente funzionamento del filtro territoriale (distretti, MMG)
- completezza e rapidità della risposta ospedaliera rispetto alla medicina territoriale
- possibilità di aggirare le liste di attesa
- utilizzo abituale da parte della popolazione immigrata non regolare.

2. Presenza sul territorio di strutture eroganti prestazioni di emergenza-urgenza sotto forma di primo intervento e talvolta anche di pronto Soccorso dotate di risorse tecnologiche e professionali non idonee a garantire risposte di alta qualità; in tali strutture la presenza di specialità cliniche che potrebbero trovare collocazione in sedi ospedaliere deputate alla gestione delle emergenze/urgenze più complesse favorisce il fenomeno dell'autopresentazione..

INDIRIZZI PER LE AZIENDE

- 1) I Direttori Generali delle Aziende sono impegnati in primo luogo a promuovere il sistema della rete dei servizi dell'emergenza favorendo l'interazione fra le funzioni ospedaliere e le funzioni territoriali in modo da sviluppare percorsi di continuità assistenziale tali da garantire l'appropriatezza sia temporale che quali-quantitativa dei servizi erogati.

Questo in concreto significa che per contrastare l'inappropriato ricorso al Pronto Soccorso delle persone (i codici bianchi) dovranno essere attivati presidi territoriali quali Case della Salute/UTAP, ossia strutture aperte almeno 12 ore su 24 dove equipe medico-infermieristiche (Medici di Medicina Generale), fornite di idonei supporti diagnostici, possano rispondere a bisogni di continuità e di urgenza assistenziale di uno specifico ambito territoriale.

La collocazione preferibile è presso:

- Sedi extraurbane prive di strutture ospedaliere
- Sedi urbane ad alta densità abitativa; il distretto sociosanitario in quanto sede elettiva delle cure primarie è individuata quale sede fisica preferenziale

- 2) A livello di ogni ASL il sistema 118 coordina attraverso le Centrali Operative gli interventi di soccorso extraospedaliero effettuati sul territorio di competenza tramite le ambulanze delle Pubbliche Assistenze e della C.R.I. convenzionate ai sensi delle deliberazioni della Giunta regionale 1446/2003 e 440/2007.

Sul territorio regionale operano 18 automediche con equipaggio medico-infermieristico a bordo, di cui 14 sulle 24 ore

I Direttori generali delle Aziende sanitarie propongono alla Giunta regionale entro sessanta giorni dall'approvazione della presente da parte del Consiglio regionale progetti di potenziamento del servizio, sia come istituzione di nuove unità di automedica, sia come estensione dell'orario di operatività di quelle esistenti.

In aree geografiche disagiate e sprovviste di presidi sanitari per gli interventi di emergenza, la Giunta regionale, su proposta del Direttore generale

competente, autorizza l'attivazione di ambulanze (convenzionalmente denominate INDIA) con infermiere a bordo; al personale coinvolto deve essere garantito uno specifico percorso formativo.

- 3) Il servizio di Elisoccorso regionale è realizzato in collaborazione con i Vigili del Fuoco di Genova attraverso apposita convenzione approvata dalla Giunta regionale con deliberazione 971/2007 e utilizza un aeromobile con base presso l'aeroporto di Sestri Ponente;

Entro il 2009, tenuto conto delle risorse disponibili, il servizio sarà potenziato con l'acquisizione di un secondo aeromobile da impiegarsi, sempre in collaborazione con i Vigili del Fuoco, nel territorio del Ponente ligure con base operativa presso l'aeroporto di Albenga.

- 4) I Direttori generali, anche in collaborazione tra di loro a livello di area ottimale, intervengono sulla capacità ricettiva delle strutture della rete dell'emergenza attraverso:

- Azioni sull'organizzazione intraospedaliera dei Pronto Soccorso sedi di DEA che deve essere articolata in modo omogeneo su tutto il territorio regionale relativamente alla complessità delle unità operative, all'articolazione delle stesse, alla dotazione tecnologica e di personale, tenuto conto del numero e della complessità degli accessi. I Direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere dovranno inviare entro 60 giorni dall'approvazione della presente da parte del Consiglio regionale, una descrizione della rete del servizio d'emergenza urgenza intraospedaliero con particolare riferimento alle condizioni funzionali e strutturali dei Pronto soccorso e dei punti di Primo Intervento e all'eventuale attivazione di letti di degenza breve (cod. 51), nel rispetto della dotazione complessiva dei posti letto aziendali; la Giunta regionale provvederà ad autorizzare gli adeguamenti necessari alla omogenea funzionalità dei Pronto soccorso della regione e all'eventuale attivazione di unità operative di Medicina d'urgenza (cod. 51).
- Potenziamento della dotazione di letti di Osservazione breve intensiva (OBI) con i posti ritenuti necessari sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito; tali interventi sono attuati nel rispetto delle dotazioni tecnologiche e degli standard di personale definiti dalla deliberazione della Giunta regionale 114/2003.
- Attivazione per l'area metropolitana delle Unità di crisi come previsto dalla Direttiva vincolante 1392/2005.
- Accelerazione per percorso ricovero-dimissione protetta: potenziamento dell'ADI, possibilità di trasferimento diretto da P.S.-O.B.I. in RSA, attivazione dell'ADI già dal P.S. ecc.
- Individuazione e vincolo di una quota adeguata di posti letto delle UU.OO. degenziali da rendere quotidianamente disponibili per l'emergenza.
 - Individuazione ed attivazione di Dipartimenti interaziendali dell'emergenza (DIEA) con funzioni di miglior coordinamento e funzionamento della risposta della rete dell'emergenza ospedaliera e di attuazione di progetti di formazione ed aggiornamento omogenei per il personale delle S.C. di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza. Nell'ambito del DIEA è possibile la mobilità del personale per ottimizzare la risposta diagnostica e terapeutica in relazione alla flessibilità e variazione dei flussi. Tale modello organizzativo, soprattutto nelle aree metropolitane dove insistono più

ospedali, deve essere individuato e proposto alla Giunta regionale entro 90 giorni dall'approvazione del presente piano.

- Entro 90 giorni dall'approvazione del presente piano i Direttori generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere debbono inviare all'Assessorato alla Salute della Regione Liguria la strutturazione organizzativa e funzionale di ogni singolo DEA e successivamente aggiornarne le possibili variazioni/integrazioni almeno semestralmente.

5) La Giunta regionale, a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 41/2006, tenendo conto dell'individuazione delle aree ottimali da questa previste, provvede a ridefinire le funzioni, la composizione e le modalità operative degli organismi sovraziendali preposti al coordinamento delle attività inerenti l'emergenza-urgenza sanitaria quali:

- C.R.E.U. (Comitato Regionale per l'Emergenza-Urgenza istituito con deliberazione della Giunta regionale 1360/2001))
- G.O.R.E. (Gruppo Operativo Ristretto Emergenza istituito con deliberazione della Giunta regionale 1392/2005)

5.3 Determinazione della dimensione della rete ospedaliera delle tre aree ottimali e dei relativi presidi ospedalieri

La configurazione della rete ospedaliera ligure nelle tre aree ottimali e nei presidi ospedalieri come individuati al capoverso 5.1 al termine del triennio dovrà corrispondere al seguente quadro di riferimento, il cui dettaglio è demandato all'attuazione della Giunta regionale sulla base di quanto disposto al presente paragrafo ed al paragrafo 6.

AREA DEL PONENTE

ASL 1

Nella fase attuale l'Azienda non è interessata a significativi processi di riorganizzazione.

PRESIDIO OSPEDALIERO DELL' ASL 1 "IMPERIESE"

Ospedali: S. Charles di Bordighera, Ospedale di Sanremo e Bussana, Ospedale Città di Imperia.

Funzioni

La funzione ospedaliera dell'ASL 1 "Imperiese" è svolta dal Presidio Ospedaliero dell' ASL 1 "Imperiese" le cui strutture sono definite come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
OSPEDALE S. CHARLES DI BORDIGHERA	Sede di Pronto soccorso. Assicura prestazioni medico chirurgiche di base; inoltre eroga prestazioni di Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Terapia subintensiva, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.
OSPEDALE DI SANREMO E BUSSANA	Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Erega prestazioni relativamente alle seguenti specialità: Chirurgia generale, Medicina, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Terapia Intensiva, Infettivologia, Neurologia, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Oncologia, Radioterapia Gastroenterologia, UTIC, Radiologia Interventistica, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.
OSPEDALE CITTA' DI IMPERIA	Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Erega prestazioni relativamente alle seguenti specialità: Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Medicina, Ortopedia e Traumatologia, Ortopedia artroscopica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva neonatale Psichiatria, Neurologia, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, UTIC, Nefrologia. Dermatologia, Pneumologia, Radiologia Interventistica, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.

Obiettivi

L'Azienda ha presentato le seguenti proposte:

- ❖ In considerazione della necessità di incrementare nell'area i posti da destinare alla riabilitazione anche al fine di limitare le fughe verso altre regioni si evidenzia l'opportunità di costituire un polo riabilitativo multidisciplinare per rispondere ai bisogni dell'utenza locale e a quelli delle strutture delle Aziende limitrofe.

Poiché nell'area è presente il complesso denominato "Costarainera", che ha le caratteristiche per diventare la sede di tale polo riabilitativo e che è inserito nel piano di dismissione del patrimonio di cui alla deliberazione Giunta regionale 577/2006 mantenendo la destinazione sanitaria, verrà valutata la collocazione del polo riabilitativo di che trattasi in detto complesso.

- ❖ Attivazione di UU.OO. di Medicina d'Urgenza presso gli stabilimenti ospedalieri di Sanremo e di Imperia.
Tali unità operative consentono di affrontare in modo adeguato pazienti critici che non necessitano di ricovero in unità di terapie intensive e che d'altra parte non possono, per il rischio clinico, essere ricoverati in unità degenziali a media intensità di cure.

La Giunta regionale, nel corso del triennio, verificherà la praticabilità delle suddette proposte anche alla luce del quadro economico-finanziario che si andrà a determinare.

Il Presidio Ospedaliero dell' ASL 1 "Imperiese" è così configurato.

PRESIDIO OSPEDALIERO ASL 1 "IMPERIESE"

SPECIALITA'	p.letto acuti			p.letto riabilitazione	
	d.o.	d.h.	d.s.	d.o.	d.h.
CHIRURGIA GENERALE	50	2	6		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	21	4	0		
MEDICINA GENERALE	147	12	0		
NEUROLOGIA	44	3	0		
OCULISTICA	4	2	9		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	59	2	7		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	44	2	4		
OTORINOLARINGOIATRIA	9	1	1		
PEDIATRIA	15	4	0		
UROLOGIA	23	0	2		
TERAPIA INTENSIVA e SUBINT.	19	0	0		
UNITA' CORONARICA	30	1	1		
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA/CURE INTERMEDIE				(*)53	0
GASTROENTEROLOGIA	4	1	0		
ONCOLOGIA	0	10	0		
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	0	0	2		
PSICHIATRIA	38	2			
CHIRURGIA VASCOLARE	14	2	2		
NEFROLOGIA	12	3	0		

ORTOPEDIA ARTROSCOPICA	0	0	1		
PNEUMOLOGIA	18	4	1		
DERMATOLOGIA	0	2	1		
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	0	0		
TOTALE PRESIDIO	555	57	37	53	0
	649			53	

(*) Non sono compresi i p.l. del polo riabilitativo di Costarainera.

ASL 2

La funzione ospedaliera dell'ASL 2 "Savonese" è svolta dal Presidio Ospedaliero di San Paolo di Savona/Cairo Montenotte e dal Presidio Ospedaliero di Albenga/Santa Corona di Pietra Ligure.

PRESIDIO S. PAOLO DI SAVONA/CAIRO MONTENOTTE

Ospedali: S. Paolo di Savona, Cairo Montenotte

Funzioni:

Le strutture ospedaliere del Presidio S.Paolo/Cairo Montenotte sono caratterizzate dalle seguenti funzioni:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
OSPEDALE SAN PAOLO DI SAVONA	Sede di DEA di 1° livello, garantisce le funzioni e le specialità di base e di alta complessità per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: Chirurgia Generale, Terapia Intensiva, Terapia Semintensiva Cardiologica, Day Surgery Multidisciplinare, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Generale, Nefrologia, Neurologia, Oculistica Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della Mano (*), Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Urologia, UTIC, Dermatologia, Patologia Neonatale, Oncologia, Radioterapia, Reumatologia, Riabilitazione ortopedica, Neuroriabilitazione e Cure Intermedie, Dialisi.
OSPEDALE CAIRO MONTENOTTE	Sede di Pronto Soccorso aperto 24 h Garantisce funzioni di Chirurgia Generale, Medicina Generale, Cure Intermedie, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva, Dialisi.

(*) L'Unità operativa di Chirurgia della Mano afferisce funzionalmente al DEA di 2° livello dell'Ospedale Santa Corona

Obiettivi:

Presso l'Ospedale di Cairo Montenotte sono previsti i seguenti interventi da realizzarsi entro il 31 dicembre 2008

- ❖ Riorganizzazione del Pronto Soccorso attivo sulle 24 ore, con il mantenimento di tre posti letto di OBI monitorizzati. Il Pronto Soccorso opera con percorsi

diagnostico-terapeutici per l'emergenza-urgenza sia di tipo medico che chirurgico.

- ❖ Attivazione di 10 posti letto di Cure intermedie, dei quali 6 provenienti dalla trasformazione di altrettanti letti della Medicina dell'Ospedale di Cairo Montenotte e 4 di nuova attivazione, configurando, anche grazie ai tre letti di OBI monitorizzati gestiti dal personale del Pronto Soccorso in collaborazione con quello della Medicina, una moderna revisione delle degenze mediche, anche per intensità di cure.
- ❖ Potenziamento della riabilitazione con 9 nuovi posti letto per dotare e ampliare l'attuale struttura in modo da dare maggiori risposte alle esigenze dei cittadini.
- ❖ Trasformazione di 8 dei 24 posti letto di Chirurgia generale in Day Surgery, mantenimento di 8 posti letto restanti di degenza ordinaria. L'équipe chirurgica di Cairo Montenotte effettuerà gli interventi di maggiore complessità presso il San Paolo di Savona al fine di operare in condizioni di massima sicurezza (presenza di rianimazione, servizio immunotrasfusionale, guardie attive del DEA etc.). La trasformazione in day surgery si realizzerà contestualmente alla disponibilità di una sezione di degenza chirurgica, attualmente in corso di realizzazione, con invarianza complessiva del numero dei posti letto, a Savona.
- ❖ Incremento dell'assistenza domiciliare integrata in tutta la Valbormida, anche attraverso il coinvolgimento del personale ospedaliero che potrà controllare i pazienti al domicilio, e qualificazione dell'attività ambulatoriale territoriale.
- ❖ Attivazione automedica presso il Distretto del Finalese per tutto l'anno a partire dal 1° Luglio 2008.

Al termine della seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera, il Presidio di San Paolo di Savona/Cairo Montenotte sarà così configurato:

**PRESIDIO SAN PAOLO DI SAVONA/CAIRO
MONTENOTTE**

SPECIALITA'	p.letto acuti			p.letto riabilitazione	
	d.o.	d.h.	d.s.	d.o.	d.h.
TERAPIA SEMINTENSIVA CARDIOLOGICA	13	1	0		
CHIRURGIA GENERALE	36	0	8		
DAY SURGERY MULTIDISC			16		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	13	3	0		
MEDICINA GENERALE	160	19			
CURE INTERMEDIE				29	
NEFROLOGIA	14	2	0		
NEUROLOGIA	34	2	0		
OCULISTICA	6	1	3		
TRAUMATOLOGIA	40		2		
CHIRURGIA DELLA MANO	17		5		
OSTETRICIA	14	2	2		
GINECOLOGIA	12		2		
OTORINOLARINGOIATRIA	12	2	3		
PEDIATRIA	9	2			
PSICHIATRIA	20	2			

UROLOGIA	20	2	1		
TERAPIA INTENSIVA	13				
UNITA' CORONARICA	6				
ASTANTERIA - PRONTO SOCCORSO	6				
DERMATOLOGIA	10	4			
RIABILITAZ. ESTENS. ORTOPEDICA				10	0
PATOLOGIA NEONATALE	5				
ONCOLOGIA (POLTRONE) (*)		14			
REUMATOLOGIA	4	2			
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA				25	4
NEURORRIABILITAZIONE				4	
Totali ospedale	464	44	42	68	4

(*) Le poltrone di oncologia non sono state comprese nel totale dei posti letto di dh.

Nota: Sono attivi 25 posti letto tecnici per la dialisi.

PRESIDIO DEL PONENTE LIGURE

Ospedali: S. Maria di Misericordia di Albenga e Santa Corona di Pietra Ligure.

Il nuovo Ospedale di Albenga costituisce, insieme all'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, un unico Presidio Ospedaliero per acuti sotto il profilo organizzativo e assistenziale.

Tale Presidio dovrà essere la risultante di un processo riorganizzativo che dovrà interessare le singole strutture ospedaliere finalizzato alla eliminazione delle duplicazioni di specialità, salvo le specialità di base che devono essere garantite.

Il processo di riorganizzazione deve altresì garantire la distribuzione delle specialità fra le strutture componenti il nuovo Presidio, tenendo conto delle esigenze assistenziali della popolazione di riferimento e dovrà basarsi su criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate.

Funzioni

Le strutture componenti il Presidio Ospedaliero sono, in linea di massima, caratterizzate come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
SANTA MARIA DI MISERICORDIA DI ALBENGA	Sede di Pronto Soccorso, assume un forte ruolo di struttura ospedaliera per acuti a ciclo continuo. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: Chirurgia Generale, Medicina, Otorinolaringoiatria, Ortopedia d'elezione, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria/Neonatologia,, Oculistica, Terapia Intensiva, Medicina D'urgenza, Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva. Logisticamente sito presso l'Ospedale Santa Corona (Pad. Recaimer), ma funzionalmente dipendente dalla Direzione Medica di Albenga e parte integrante dell'U.O. Psichiatria dell'ASL 2 Savonese, è attivo il Centro per i disturbi dell'adolescenza e dell'alimentazione di natura psichica.
SANTA CORONA DI PIETRA LIGURE	Sede di DEA di 2° livello, garantisce, a vantaggio di tutto il macrobacino di utenza del ponente ligure, funzioni di alta complessità e di alta e altissima specialità per acuti, sia sotto il profilo dell'emergenza sia sotto quello dell'attività elettiva. In particolare sono presenti le seguenti specialità: Chirurgia Generale, Medicina Interna, Cardiologia, Chirurgia Oncologica Epatobiliopancreatica, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Plastica,

	Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Malattie Infettive, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia, Chirurgia del Reumatismo e Protesi Articolare, Malattie Infiammatorie Osteoarticolari, Chirurgia Vertebrale, Ostetricia/Ginecologia, Neonatologia/Pediatria, Urologia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Cure Palliative, UTIC, Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva, Medicina Nucleare, Oncologia, Pneumologia, Radiologia, Ematologia, Patologia Neonatale, Medicina D'urgenza, Unità Spinale Unipolare, Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva
--	---

Obiettivi

Le Aziende hanno presentato le seguenti proposte:

- Riorganizzazione area chirurgica attraverso la disattivazione di una U.O. di Chirurgia generale presso l'Ospedale Santa Corona, da realizzarsi entro giugno 2008
- Riorganizzazione area ortopedica da realizzarsi entro giugno 2008 presso l'Ospedale Santa Corona. Tale manovra consente, dal punto di vista logistico ed organizzativo, di concentrare le attività assistenziali con conseguente recupero di risorsa-lavoro ed elevare l'intensità di cura.
- Attivazione TRAUMA CENTER

Il trauma maggiore, inteso come quadro clinico caratterizzato da lesioni mono o polidistrettuali tali da rappresentare un rischio immediato o potenziale per le funzioni vitali, fa parte delle patologie ad alta complessità, i cui esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla qualità degli interventi assistenziali dal territorio all'ospedale fino alla struttura di riabilitazione.

L'Ospedale Santa Corona dispone di tutte le risorse necessarie per identificare e trattare in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e fornire cure intensive al paziente politraumatizzato data la compresenza di Neurochirurgia, di Chirurgia Vertebrale, di Traumatologia, dell'Unità spinale Unipolare.

Entro il 2009 sono rese disponibili le risorse per garantire il necessario potenziamento della struttura come specificato nella sintesi del progetto riportato al punto 6.4 del presente allegato).

- Attivazione della specialità di EMATOLOGIA

Con riferimento alla previsione di attivare, presso l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, la specialità di EMATOLOGIA, si rimanda alla definizione delle iniziative con l'Università di Genova per la stipula di un'intesa per il decentramento della specialità in argomento, intesa da raggiungere entro il 30/06/2009 (punto 7 della deliberazione della Giunta regionale 763 del 9 luglio 2007).

- **Potenziamento Rianimazione e Terapia Intensiva**
- **Riorganizzazione delle UU.OO. complesse di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia e Pediatria**
- **Potenziamento Servizio Dialisi**
Con riferimento alla crescente richiesta di prestazioni dialitiche si rileva l'opportunità di potenziare il Servizio nei seguenti termini:
 - ❖ Nuovo Ospedale di Albenga n. 22 posti letto tecnici
 - ❖ Centro Dialisi Vacanze di Alassio n. 9 poltroneIn particolare, il servizio di Alassio continuerebbe a svolgere attività dialitica ambulatoriale su un turno di 6 ore per nove dializzati per turno, con garanzia di continuità annuale del servizio:
- **Potenziamento Radiologia**
Con l'apertura del nuovo Ospedale di Albenga e il conseguente avvio delle nuove attività si prevede un incremento delle prestazioni a carico della Radiologia.
- **Attivazione automedica presso il Distretto del Finalese per tutto l'anno a partire dal 1° Luglio 2008.**

La Giunta regionale, nel corso del triennio, verificherà la praticabilità delle suddette proposte anche alla luce del quadro economico-finanziario che si andrà a determinare.

Al fine di garantire la piena funzionalità delle attività afferenti al DEA di 2° livello del Santa Corona nonché di quelle identificabili come alta specializzazione, l'ASL 2 presenta annualmente alla Giunta regionale una specifica relazione contenente gli elementi necessari per il monitoraggio delle predette attività. La Giunta regionale ne verifica il rispetto degli indirizzi di politica sanitaria e la approva, sentita la Commissione consiliare competente.

L'ASL 2 propone, contestualmente, le iniziative utili per il mantenimento e il miglioramento delle funzioni stesse.

A completa realizzazione delle proposte formulate dalle Aziende i posti letto da assegnare a ciascuna specialità afferente ai servizi degenziali sono:

PRESIDIO DEL PONENTE LIGURE OSPEDALI: SANTA CORONA DI PIETRA LIGURE E S. MARIA MISERICORDIA DI ALBENGA

SPECIALITA'	POSTI LETTO ACUTI	
	ORDINARI	D.H./D.S.
CARDIOLOGIA	8	1
CHIRURGIA GENERALE	37	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA EPATOBILIOPANCREATICA	14	0
OTORINOLARINGOIATRIA	2	4
CHIRURGIA MAXILLO FACC. E ORL	2	1
CHIRURGIA PLASTICA	8	2
CHIRURGIA TORACICA	6	0
CHIRURGIA VASCOLARE	12	1
MALATTIE INFETTIVE	12	1
MEDICINA INTERNA	103	9
NEUROCHIRURGIA	18	1
NEUROLOGIA	13	3
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	45	5
CHIR. DEL REUMAT. E PROTESI ART.	32	0
MALAT. INFIAMMAT. OSTEOARTIC.	12	2
CHIRURGIA VERTEBRALE	12	1
OSTETRICA E GINECOLOGIA	17	3
NEONATOLOGIA - PEDIATRIA	16	2
OCULISTICA	1	3
DERMATOLOGIA	0	2
UROLOGIA	11	3
RIANIMAZ. E TERAPIA INTENSIVA	16	0
TERAP. DEL DOLORE E CURE PALL.	0	1
UNITA' CORONARICA	7	0
GASTROENTER./ENDOSCOPIA DIG.	24	2
MEDICINA NUCLEARE	1	0
ONCOLOGIA	0	7
PNEUMOLOGIA	18	2
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	0	1
EMATOLOGIA	0	0
PATOLOGIA NEONATALE	4	0
SPDC	8	2
P.S. E MEDICINA D'URGENZA	8	0
TOTALE	467	64
	POSTI LETTO RIABILITATIVI	
	ORDINARI	D.H.
Unità Spinale Unipolare	27	1
Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva (1)	141	6
TOTALE	168	7

(1) comprensivo di n. 50 posti letto previsti nella deliberazione della Giunta regionale 611/2007, da attivare nel 2009 e dei 10 di riabilitazione e 4 di D.H. riabilitativo del Centro per i disturbi dell'adolescenza e dell'alimentazione di natura psichica.

AREA METROPOLITANA

ASL 3

DISMISSIONE FUNZIONI OSPEDALIERE

In seguito alle azioni intraprese nella prima fase della riorganizzazione della rete ospedaliera, l'Ospedale Celesia, nella seconda metà del 2007, cessa di essere ospedale per acuti ed è trasformato in struttura distrettuale polispecialistica. Per completare la trasformazione del Presidio, iniziata con la prima fase di riorganizzazione, si procede al trasferimento della Cardiologia (senza UTIC) presso la struttura ospedaliera di Pontedecimo e alla chiusura definitiva del punto di Primo Intervento.

Nel primo trimestre del 2008 le cure intermedie saranno trasferite presso l'ospedale di Pontedecimo e saranno avviate le procedure per la realizzazione di 80 p.l. di R.S.A.

In considerazione della necessità di incrementare i posti letto da destinare alla riabilitazione, anche al fine di limitare le fughe verso altre regioni, si prevede l'avvio delle procedure per realizzare, nella struttura di Busalla, oggi sede di cure intermedie, un polo di riabilitazione.

PRESIDIO OSPEDALIERO METROPOLITANO

Ospedali: San Carlo - Voltri ; Padre Antero Micone - Sestri Ponente; Villa Scassi - Sampierdarena; Gallino – Pontedecimo; La Colletta di Arenzano; Sant'Antonio di Recco.

La componente ospedaliera per acuti dell'area metropolitana è caratterizzata dalla presenza di un unico Presidio Ospedaliero sotto il profilo organizzativo e assistenziale.

Tale Presidio è costituito dagli Ospedali di Voltri, Sestri Ponente, Sampierdarena, Pontedecimo, La Colletta e Recco.

Esso è il risultato di un processo riorganizzativo che interessa le singole strutture ospedaliere finalizzato alla eliminazione delle duplicazioni di specialità, salvo quelle di base che devono essere garantite.

Il processo di riorganizzazione deve altresì garantire la distribuzione delle specialità fra le strutture componenti il nuovo Presidio, tenendo conto delle esigenze assistenziali della popolazione di riferimento e dovrà basarsi su criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate.

Funzioni:

Le strutture componenti il Presidio Ospedaliero saranno, in linea di massima, caratterizzate come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
SAN CARLO DI VOLTRI	Sede di Pronto Soccorso, assume un forte ruolo di struttura ospedaliera per acuti a ciclo continuo e costituisce un riferimento dell'emergenza/urgenza per il ponente dell'ASL 3. Garantisce la presenza delle seguenti specialità:

	Chirurgia Generale, Urologia, Ginecologia e Ostetricia, Ortopedia, Medicina, Terapia Intensiva e Cure Intermedie
PADRE ANTERO MICONE DI SESTRI P.	Sede di Pronto Soccorso, è caratterizzato da un'attività elettiva per acuti con significativi aspetti di attività a ciclo diurno. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: Medicina, Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia, Ginecologia, Urologia, Cardiologia con UTIC, Neurologia con Modulo Malattie Cerebrovascolari, Oncologia, ORL, Psichiatria.
GALLINO DI PONTEDECIMO	Sede di Primo Intervento, attivo sulle 12 h, è caratterizzato dalla presenza delle discipline di base Chirurgia, Medicina con modulo ematologico, Cardiologia senza UTIC e Cure Intermedie. E' prevista l'erogazione di pacchetti ambulatoriali complessi di tipo chirurgico multidisciplinare.
VILLA SCASSI	Sede di DEA di 1 ^a livello, deve costituire la risposta alle richieste di alta complessità assistenziale per acuti del ponente metropolitano. Sono presenti le seguenti specialità: Chirurgia Generale, Medicina Interna, Cardiologia, Oncologia Medica, ORL, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Neurologia con letti di neuroriabilitazione, Ortopedia/Traumatologia, Ostetricia/Ginecologia, Patologia Neonatale, Pediatria, Psichiatria, Oculistica, Dermatologia, Urologia, Rianimazione e Terapia Intensiva, UTIC, Medicina Nucleare, Pneumologia, Medicina D'urgenza, Chirurgia D'urgenza, Riabilitazione Respiratoria, Centro Grandi Ustionati, Nefrologia con Dialisi, Immuno Trasfusionale, Colonproctologia.
LA COLLETTA	Struttura riabilitativa in grado di offrire riabilitazione cardiologica, pneumologica, di medicina fisico e riabilitativa intensiva multi-comprendente e di neuro-riabilitazione. Medicina a orientamento riabilitativo.

	Per la sua configurazione di Struttura Specializzata in Riabilitazione, anche per la presenza di un servizio di Bioingegneria Clinica specializzato nella diagnostica e nella valutazione funzionale dei disturbi del movimento, rappresenta, prioritariamente, una fondamentale offerta interna a nuovo Presidio per la continuità assistenziale e il sostegno al turnover nei letti per acuti. Offre inoltre Reumatologia, Nefrologia con dialisi, Diabetologia e piastra diagnostica specialistica.
S. ANTONIO DI RECCO	Sede di punto di Primo Intervento aperto 12 h, si configura come Polo di Chirurgia Ortopedica e Riabilitazione.

Obiettivi

Gli interventi previsti nella seconda fase della razionalizzazione della rete ospedaliera sono i seguenti:

Ospedale di Voltri

- ❖ Entro il corrente anno, le discipline chirurgiche presenti (chirurgia generale, urologia, ginecologia) confluiscono in un'unica area condividendo tutte le risorse degenziali.
- ❖ E' prevista, entro il 2008, la realizzazione di 15 p.l. di cure intermedie.

Ospedale di Sestri Ponente

- ❖ Attivazione del modello organizzativo del week hospital multidisciplinare entro l'anno 2008. Nell'area della day surgery multidisciplinare, per poter realizzare il modello organizzativo del Week Hospital sono presenti alcuni letti ordinari da utilizzarsi per gli interventi codificati per week hospital in caso di necessità di conversione da ricovero diurno a ricovero ordinario. L'équipe chirurgica effettuerà gli interventi di maggiore complessità presso gli stabilimenti di Voltri e Sampierdarena al fine di operare in condizioni di massima sicurezza (presenza di rianimazione, servizio immunotrasfusionale, guardie attive del P.S./DEA etc.).
- ❖ Accorpamento presso l'U.O. di Oculistica di Sestri Ponente della Struttura semplice di Oculistica di Villa Scassi. L'U.O. di Oculistica di Sestri Ponente continua a garantire presso l'Ospedale di Villa Scassi le funzioni specialistiche ambulatoriali in oggi svolte e il supporto all'attività del DEA.
- ❖ Accorpamento presso l'U.O. di Otorinolaringoiatria di Sestri Ponente della Struttura semplice di Otorinolaringoiatria di Villa Scassi. L'U.O. di Otorinolaringoiatria di Sestri Ponente continua a garantire presso l'Ospedale di Villa Scassi le funzioni specialistiche ambulatoriali in oggi svolte e il supporto all'attività del DEA.

- ❖ Potenziamento attività di Oncologia medica con attivazione di Struttura semplice Dipartimentale di n. 6 p.l. di DH

Ospedale di Pontedecimo

- ❖ E' prevista un'automedica permanente a copertura notturna al servizio delle vallate e di stazionamento presso il "Pastorino" di Bolzaneto.
- ❖ E' attivato, entro il primo trimestre 2008, un modulo di Cardiologia, trasferito dal Celesia, dotato di 12 p.l., di cui 4 monitorati annesso al Dipartimento di Cardiologia ad elevata integrazione territoriale.
- ❖ E' prevista, inoltre la riduzione a 22 p.l. (20 ord+ 2 dh) dell'U.O. di Medicina Generale con annesso modulo di DH ematooncologico con 6 p.l.
- ❖ Nel corso del 2008 saranno attivate le cure intermedie, trasferite dal Celesia.
- ❖ L'équipe chirurgica effettuerà gli interventi di maggiore complessità presso gli stabilimenti di Voltri e Sampierdarena al fine di operare in condizioni di massima sicurezza (presenza di rianimazione, servizio immunotrasfusionale, guardie attive del P.S./DEA etc.).
- ❖ E' prevista l'erogazione di pacchetti ambulatoriali complessi di tipo chirurgico multidisciplinare.

Villa Scassi

- ❖ In considerazione dell'eccessivo numero di Chirurgie Toraciche presenti nell'area metropolitana e conseguentemente della sovrabbondanza di offerta rispetto alle necessità, la Giunta Regionale, nell'arco di validità del Piano di rientro, procederà alla disattivazione della Chirurgia Toracica di Villa Scassi con conseguente potenziamento della chirurgia toracica nel ponente ligure.
- ❖ Riorganizzazione delle UU.OO. di Chirurgia generale.

La Colletta

- ❖ E' stato avviato nell'anno 2007 il potenziamento della fase riabilitativa post acuzie di Medicina Fisica e riabilitativa intensiva e cardiologica attraverso l'incremento di p.l. ordinari di riabilitazione neuro -motoria e di p.l. ordinari di riabilitazione cardiologica con realizzazione, presso il poliambulatorio della Fiumara, di una palestra per riabilitazione cardiologica. Inoltre è incrementata l'U.O. di Medicina a orientamento riabilitativo con funzione di stabilizzazione delle complicanze in post-acuzie e riabilitazione finalizzata alla prevenzione della sindrome da immobilizzazione e con l'obiettivo di permettere il trasferimento in riabilitazione intensiva o estensiva o l'affidamento alle cure domiciliari.

Recco

- ◆ E' previsto entro il 1° Luglio 2008:
- Trasformazione dell'U.O. di Ortopedia/Traumatologia in U.O. Ortopedia elettiva con riduzione di letti di degenza ordinaria e attivazione di n. 2 letti monitorizzati.
- Disattivazione dell'U.O. di Chirurgia.
- Riduzione dei posti letto di Medicina Generale e attivazione di posti letto di riabilitazione ortopedica e di medicina riabilitativa.
- Mantenimento delle funzioni specialistiche ambulatoriali tra cui quelle chirurgiche.

La specializzazione dello stabilimento di Recco ha l'obiettivo di creare un forte polo ortopedico riabilitativo integrato con lo stabilimento ospedaliero di Rapallo, garantendo un'attività ortopedica elettiva di eccellenza finalizzata anche al

recupero della mobilità passiva, e dotato di forte attrattiva nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni.

A completa realizzazione degli obiettivi soprariportati, i posti letto da assegnare a ciascuna specialità afferente ai servizi degenziali sono:

PRESIDIO OSPEDALIERO METROPOLITANO

SPECIALITA'	P.L. ACUTI		P.L. RIA B.	
	d.o.	dh/ ds	d.o.	dh
DAY HOSPITAL		11		
CARDIOLOGIA	28	2		
CHIRURGIA GENERALE	79	5		
CHIRURGIA PLASTICA	12	2		
CHIRURGIA VASCOLARE	14	0		
IMMUNOTRASFUSIONALE		1		
MEDICINA GENERALE	138	9		
MEDICINA D'URGENZA	2			
NEFROLOGIA	18	3		
NEUROLOGIA	45	4		
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA	65	14		
GINECOLOGIA - OSTETRICIA	38	6		
UROLOGIA	17	6		
GRANDI USTIONI	14			
TERAPIA INTENSIVA	27	1		
UNITA' CORONARICA	16			
DERMATOLOGIA		2		
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA MULTIDISCIPLINARE NEURORIABILITAZIONE			36	4
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA			30	
PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA			8	
MEDICINA A ORIENTAMENTO RIABILITATIVO , CURE INTERMEDIE, RIABILITAZIONE ORTOPEDICA	5 (**)		82	
REUMATOLOGIA (*)	2	10		
DIABETOLOGIA				1
MEDICINA NUCLEARE		1		
ONCOLOGIA		21		
OCULISTICA	4	2		
OTORINOLARINGOIATRIA	8	4		
PEDIATRIA		3		
PNEUMOLOGIA	25	6		
NEONATOLOGIA	5			
PSICHIATRIA	36	3		
DAY SURGERY		6		
WEEK HOSPITAL	6	14		
TOTALE POSTI LETTO	604	134	156	5

(*) Dei 10 p.l. di DH della Reumatologia, 5 sono distaccati presso la struttura di Nervi

(**) 5 posti letto per acuti, presso l'ospedale di Recco, sono gestiti in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Questa modalità permette di gestire pazienti, prevalentemente anziani, che non richiedono un impegno clinico-assistenziale elevato né l'utilizzo di tecnologie complesse.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO

L' A.O. San Martino dovrà costituire il polo di riferimento di carattere altamente specialistico sia per quanto riguarda l'intero territorio regionale sia per quanto riguarda, in particolare, l'area di centro levante dell'area metropolitana.

E' sede di DEA di 2° livello.

L'Azienda Ospedaliera San Martino, in coerenza con la pianificazione regionale e la strategia aziendale, nel periodo del quinquennio passato, ha ridotto i posti letto per acuti del 18%.

Nella seconda fase della manovra ospedaliera non si ipotizzano riduzioni di attività da parte dell'Azienda ma piuttosto forti processi di riorganizzazione delle varie Unità Operative presenti, soprattutto nell'area medica, chirurgica ospedaliera ed universitaria che, ad oggi, presentano un'eccessiva parcellizzazione.

E' necessario intervenire attraverso interventi di riorganizzazione, con particolare riguardo alle Chirurgie generali e alle Chirurgie toraciche.

Funzioni:

L'A.O. San Martino è caratterizzato come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
A.O. SAN MARTINO	Sede di DEA di 2° livello dovrà costituire il polo di riferimento di carattere altamente specialistico sia per quanto riguarda l'intero territorio regionale sia per quanto riguarda, in particolare, l'area di centro levante dell'area metropolitana. Garantisce la presenza delle seguenti specialità: Allergologia, Day hospital Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia dei trapianti, Chirurgia vascolare ed endovascolare, Ematologia, Clinica endocrinologica, Geriatria, Malattie infettive, Medicina del lavoro, Medicina generale, Neurochirurgia e Neurotraumat., Neurologia con centro ictus, Oculistica, Odontoiatria stomat. E ortognatodonzia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologica, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Urologia, Nefrologia, dialisi e trapianto

	Anestesia e rianimazione, Urticaria, Medicina d'urgenza e pronto soccorso, Dermatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Alcolologia e patologie correlate, Neonatologia, Oncologia Medica, Pneumologia, Reumatologia Neuroriabilitazione, Cure Intermedie, Degenza Detenuti
--	---

Obiettivi

Riorganizzazione Day Hospital di area medica

La manovra prevede l'accorpamento dei day hospital di area medica in tre servizi multidisciplinari: il primo per l'area dell'emergenza con una dotazione di 6 posti letto, il secondo per l'area di emato-oncologia, collocato in prossimità dell'Unità Farmaci Antitumorali e dotato di 50 posti letto su due piani ed il terzo per l'area della medicina interna e delle specialità con una dotazione di 20 posti letto.

Accanto alla razionalizzazione dei percorsi ed alla maggiore sicurezza per gli operatori ed i pazienti si prevede un recupero di personale infermieristico riallocabile presso le strutture di degenza ordinaria (minori costi sorgenti). Le azioni descritte produrranno una riduzione di n. 20 posti letto di Day Hospital.

Tempistica: entro l'anno 2008

Riorganizzazione del monoblocco chirurgico per aree ad omogenea intensità assistenziale

Si prevede il riassetto degli spazi del monoblocco chirurgico per intensità assistenziale e quindi il superamento dell'attuale concetto di spazi e letti dedicati ad una singola unità operativa. Verranno pertanto realizzate: un'area ad alta intensità, una a media intensità, un'area dedicata alla chirurgia di giorno e con breve degenza (week-surgery), quest'ultima operativa solamente 5 giorni su 7 e strettamente connessa all'area dell'attività ambulatoriale per tutte le procedure di preparazione all'intervento e follow-up.

Tempistica: 31/12/2008

Trasferimento di Alcune Unità Operative Internistiche

E' prevista la disattivazione per quanto riguarda l'attività assistenziale del Pad. 3 attraverso una ricollocazione di una delle due Unità Operative Internistiche Universitarie presso il DIMI e dell'altra in un Pad. Ospedaliero all'interno della cinta muraria.

Tempistica 01/01/2010

Per quanto riguarda il problema dell'orientamento alcolologico è necessaria la creazione in prospettiva di una struttura relativa alle dipendenze in rete con i servizi territoriali

dell'area metropolitana, ubicata nell'ambito dell'Azienda ospedaliera S.Martino e definita in collaborazione tra Azienda ospedaliera S.Martino e A.S.L. 3.

Attivazione cure intermedie

E' in fase di avanzata progettazione la ristrutturazione in toto del Pad. 9 dove, al 1° e 2° piano, verranno allocati 50 posti letto di cure intermedie che consentiranno di accelerare la dimissione dai reparti per acuti.

Il personale sarà a carico dell'Azienda Servizi alla Persona.

Tempistica: 1/3/2009

Riorganizzazione Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia

Il progetto di integrazione delle suddette funzioni non deve essere visto come una mera razionalizzazione delle risorse atte a rispondere alla sola prospettiva "economicofinanziaria" bensì deve essere basato su due prospettive, rispettivamente del cittadino e della "formazione e sviluppo". Porre il focus su queste prime due fa costruire in maniera logica la terza prospettiva, quella interna dell'organizzazione, da cui discende automaticamente la prospettiva economico-finanziaria quale effetto collaterale "desiderato" della pianificazione sanitaria.

L'integrazione deve quindi basarsi sul vecchio concetto di AFO (area funzionale omogenea) materno-infantile e svilupparsi sul percorso fisiologico e fisiopatologico della donna e del neonato che ricomprenda gravidanza, parto e puerperio, menopausa, patologia neoplastica e non neoplastica.

L'A.O. San Martino svolge funzioni di 3° livello ostetrico-ginecologico e neonatologico attraverso l'integrazione funzionale con l'Istituto Gaslini. Tale integrazione dovrà poi coinvolgere, oltre a San Martino e Gaslini anche l'Istituto Tumori per completare il quadro delle funzioni di Neonatologia, Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia oncologica, la Chirurgia della Mammella e i relativi servizi di supporto (Psicologia, Genetica medica, Anatomia patologica, Oncologia medica).

La gestione per percorsi individuali prevede una integrazione "forte" basata su alcuni

principi fondamentali:

- dipartimento interaziendale costituito da componenti "insider" e da componenti "outsider": i primi dovrebbero essere i reparti di Ostetricia, Ginecologia, Neonatologia delle tre aziende; i secondi sono, le chirurgie ad indirizzo oncologico, l'oncologia medica, la psicologia, la genetica medica, le anatomie patologiche;
- condivisione delle risorse per la diagnostica ed il trattamento (degenza ordinaria, day hospital, day surgery);
- punti di accesso al dipartimento rappresentati dalle strutture ambulatoriali presso le quali viene individuata, per ogni episodio, la figura del case-manager che può avvalersi delle risorse condivise;
- strumenti di governo clinico rappresentati da linee guida e percorsi diagnostico terapeutici, indicatori, audit e gestione del rischio elaborati in maniera interdisciplinare ed interprofessionale dal dipartimento che garantiscano uniformità di trattamento ed aggiornamento del personale.

Prospettiva economico-finanziaria:

La migliore allocazione delle risorse deriva in maniera automaticamente consecutiva dall'uniformità dei percorsi che evita la ridondanza di procedure diagnostiche e trattamenti; dalla condivisione delle risorse che ne ottimizza l'utilizzo (occupazione posti letto e sedute operatorie) e consente la specializzazione degli operatori eliminando non reparti e servizi inutilmente duplicati ma "attività" inutilmente duplicate; dal sistema di governo clinico che migliora la qualità del processo e dell'outcome e insieme ai percorsi organizzativi precedentemente definiti che incrementano l'efficienza del sistema, contribuisce a ridurre il fenomeno della mobilità passiva con conseguente recupero di risorse economiche per il sistema sanitario regionale. Per completare la prospettiva economico-finanziaria è infine indispensabile una programmazione ed una gestione condivisa delle tecnologie sanitarie in senso lato (dai farmaci, ai presidi, alla strumentazione) in grado di realizzare ulteriori economie di scala.

L'A.O. San Martino è così configurata.

SPECIALITA'	POSTI LETTO ACUTI			POSTI LETTO RIAB.	
	p.letto	p.letto	p.letto	p.letto	p.l.
	d.o.	d.h. (1)	d.s.	d.o.	dh
ALLERGOLOGIA	0	4	0		
DAY HOSPITAL	0	1	3		
CARDIOCHIRURGIA	28	0	0		
CARDIOLOGIA	45	2	3		
CHIRURGIA GENERALE	158	2	16		
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	13	0	1		
CHIRURGIA PLASTICA	12	0	2		
CHIRURGIA TORACICA	24	1	1		
CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	27	1	3		
EMATOLOGIA	52	23	0		
CLINICA ENDOCRINOLOGICA	15	9	0		
GERIATRIA	13	3	0		
MALATTIE INFETTIVE	33	2	0		
MEDICINA DEL LAVORO	.	.	.		
MEDICINA GENERALE	192	31	1		
NEUROCHIRURGIA E NEUROTRAUMAT.	21	0	1		
NEUROLOGIA CON CENTRO ICTUS	101	5	0		
OCULISTICA	10	1	9		
ODONTOIATRIA STOMAT. E ORTOGNATODONZIA	0	1	0		
ORTOPEDIA	85	0	9		
OSTETRICIA E GINECOLOGICA	54	3	8		
OTORINOLARINGOIATRIA	14	3	5		
PSICHIATRIA	42	0	0		
UROLOGIA	46	2	8		

NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO	31	4	0		
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	48	0	0		
UTIC	12	0	0		
MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	28	1	0		
DERMATOLOGIA	6	7	3		
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA				44	1
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	23	4	1		
ALCOLOGIA E PATOLOGIE CORRELATE					
NEONATOLOGIA	7	4	0		
ONCOLOGIA MEDICA	10	10	0		
PNEUMOLOGIA	50	10	0		
REUMATOLOGIA	7	5	0		
NEURORIABILITAZIONE				8	
CURE INTERMEDIE				50	
DEGENZA DETENUTI	11	0	0		
Totali ospedale	1.218	139	74	102	1

(1) La riorganizzazione del day hospital di area medica, in corso di attuazione, comporterà una diversa distribuzione dei posti letto di d.h. medici con invarianza complessiva del totale dei posti letto. Nell'ambito di tale riorganizzazione devono essere previsti fino ad un massimo di 2 posti letto di d.h. per la struttura di alcolgia e patologie correlate.

Nota: Sono ubicati presso la A.O. San Martino n. 20 p.l. di S.P.D.C. afferenti l'ASL 3 Genovese

IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro

L'IST è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico oncologico di rilievo nazionale. L'IST, che opera in stretta collaborazione con il Ministero della Salute con cui condivide programmi e azioni specifiche, è centro di riferimento della Liguria per le attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione in campo oncologico, oltre che per le attività di ricerca e formazione, sempre in campo oncologico.

Funzioni:

La sua "mission" è riferita all'integrazione di tutte le attività finalizzate alla lotta al cancro in un modello organizzativo tipo "Comprehensive Cancer Center" (C.C.C.), riconosciuto come la forma più avanzata di presidio oncologico interdisciplinare. L'IST ha il compito di promuovere, individuare e sperimentare modelli assistenziali e gestionali in campo oncologico, anche sulla base di esperienze attuate in altre realtà nazionali e/o internazionali (ad es.: gruppi di cooperazione interdipartimentali o disease management team). Nell'ambito di tale funzione è il riferimento della rete oncologica regionale.

Le finalità dell'IST sono attuate nei tre ambiti di attività istituzionale: ricerca, assistenza e formazione.

Nel rispetto delle finalità specialistiche dell'IST in materia di ricerca ed assistenza oncologica, deve, peraltro, essere realizzata un'azione di forte integrazione del complesso IST/San Martino sia sotto il profilo tecnico - amministrativo, sia sotto il profilo dell'utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche.

In particolare dovranno essere promosse le integrazioni possibili fra le diverse unità operative di oncologia medica dell'IST e dell'A.O. San Martino.

La Giunta regionale, nell'arco di validità del Piano di rientro, dovrà realizzare l'accorpamento, in un'unica unità operativa delle Chirurgie toraciche dell'IST e del San Martino e favorire gli accorpamenti delle Chirurgie generali, in una logica dipartimentale e interaziendale.

Contestualmente fra i due enti dovrà essere garantita, anche con la definizione di strutture interaziendali, la sinergia e l'integrazione sia dei profili tecnico-amministrativi, della farmaceutica, dei laboratori sia del personale delle altre qualifiche, promuovendo tramite lo scambio di professionalità l'ottimizzazione congiunta di risorse umane e strumentali.

L'IST è così configurato:

SPECIALITA'	POSTI LETTO ACUTI		POSTI LETTO RIABILITAZ.	
	d.o.	d.h./d.s.	d.o.	d.h.
CHIRURGIA ONCOLOGICA	45	5		
CHIRURGIA PLASTICA	2	2		
ONCOLOGIA MEDICA	18	22		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		2		
TOTALE	65	31		

E.O. OSPEDALI GALLIERA

L'Ente Ospedaliero costituisce, assieme all'A.O. Universitaria S. Martino e al nuovo Presidio Ospedaliero del Ponente metropolitano, il polo di riferimento cittadino e, in quanto sede di DEA di 1° livello, garantisce le funzioni di emergenza e la funzione elettiva per acuti nelle discipline presenti.

Mantiene una specifica vocazione nei confronti della popolazione anziana, attraverso percorsi nel campo riabilitativo e nelle cure intermedie, caratterizzati da forte apertura nei confronti del territorio, con particolare riferimento alla zona critica del centro storico.

Funzioni:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
E.O. OSPEDALI GALLIERA	Sede di DEA di 1° livello, garantisce la presenza delle seguenti specialità: Day Hospital Multidisciplinare, Cardiologia, Chirurgia Generale ed Epatobiliop,Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Emat oncologia, Centro Anemie Congenite, Malattie Endocrine Del Ricambio e Nutr, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Generale Neurochirurgia e Radiochirurgia Stereotassica, Neurologia, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia Ostetricia e Ginecologia Otorinolaringoiatria, Urologia Anestesia e Rianimazione, Unita' Coronarica ,Obi e Degenza Breve Dermatologia, Cure Intermedie, Gastroenterologia, Medicina Nucleare, Neonatologia Oncologia, Radioterapia

In particolare, anche tramite l'intesa con il seminario del Chiappeto coadiuva il servizio sanitario ligure sviluppando il concetto della continuità e completezza assistenziale che a fronte dell'attività degenziale offre risposta all'anziano nel campo delle residenzialità extra ospedaliera. In questo senso partecipa all'incremento dell'offerta di posti letto per cure intermedie.

Per quanto concerne gli aspetti connessi al contenimento dei costi l'ente, che nel periodo del quinquennio passato, in coerenza con la pianificazione regionale e la strategia aziendale, ha ridotto i posti letto per acuti del 16% e ridotto, nel corso del 2006, le strutture semplici da 36 a 11, dovrà provvedere a:

- ♦ procedere nel riassetto organizzativo e strutturale in coerenza con la pianificazione regionale;

- ♦ sviluppare ulteriormente il processo d'integrazione con l'Ospedale Evangelico, secondo il modello dipartimentale, riorganizzando anche le attività svolte nelle discipline di Medicina Generale e Ostetricia/Ginecologia. Tale riorganizzazione dovrà realizzarsi entro l'anno 2008. Gli effetti economico-finanziari saranno definiti, dagli Enti interessati, in un unico specifico accordo;
- ♦ aderire al modello centralizzato di gestione dei servizi amministrativi e tecnici che la Regione, a seguito delle proposte maturate nell'ambito dei Comitati d'area di cui all'articolo 7 della l.r. 41/2006, provvederà a definire. A fronte di tale adesione verranno definite le risorse in sede di riparto dei fondi annuali.

L'E.O. Ospedali Galliera è così configurato:

SPECIALITA'	p.letto acuti		p.letto riab	
	d.o.	d.h./d.s	d.o.	d.h.
DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	0	11		
CARDIOLOGIA	12	2		
CHIRURGIA GENERALE ed EPATOBILIOP	46			
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10			
CHIRURGIA PLASTICA				
CHIRURGIA VASCOLARE	14	2		
EMATONCOLOGIA CENTRO ANEMIE CONGENITE		4		
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTR.		6		
GERIATRIA	18	1		
MALATTIE INFETTIVE	27	2		
MEDICINA GENERALE	64	4		
NEUROCHIRURGIA E RADIOCHIRURGIA STEREOTASSICA	20			
NEUROLOGIA	27	2		
OCULISTICA				
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48			
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	26	2		
OTORINOLARINGOIATRIA				
UROLOGIA	12	1		
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7	1		
UNITA' CORONARICA	6	0		
OBI E DEGENZA BREVE	6			
DERMATOLOGIA	0	3		
CURE INTERMEDIE			22	0
GASTROENTEROLOGIA	24	3		
MEDICINA NUCLEARE	3	1		

NEONATOLOGIA	10	2		
ONCOLOGIA	0	10		
RADIOTERAPIA	0	1		
Totali ospedale	380	47	22	0

Nota: Sono ubicati presso l'E.O. Galliera n. 20 p.l. di S.P.D.C. afferenti l'ASL 3 Genovese

OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

L'Ospedale Evangelico Internazionale costituisce il punto di riferimento dell'area metropolitana centro-levante per quanto riguarda le prestazioni di day surgery.

Funzioni

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE	Garantisce funzioni di Chirurgia Generale, Medicina Generale, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia

Obiettivi:

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del processo d'integrazione con l'E.O. Galliera sarà riorganizzata, secondo un modello dipartimentale, l'attività svolta dall'Ospedale Evangelico Internazionale nelle discipline di Medicina Generale e Ostetricia/Ginecologia.

Tale riorganizzazione dovrà realizzarsi entro il mese di Dicembre 2008.

Gli effetti economico-finanziari saranno definiti, dagli Enti interessati, in un unico specifico accordo.

E' prevista l'adesione al modello centralizzato di gestione dei servizi amministrativi e tecnici che la Regione, a seguito delle proposte maturate nell'ambito dei Comitati d'area di cui all'articolo 7 della l.r. 41/2006, provvederà a definire. A fronte di tale adesione verranno definite le risorse in sede di riparto dei fondi annuali.

E' prevista la collaborazione con l'ASL 3 per lo svolgimento di attività ambulatoriali e di riabilitazione.

L'O.E.I. è così configurato:

SPECIALITA'	p.letto acuti		p.letto riab	
	d.o.	d.h./d.s.	d.o.	d.h.
CHIRURGIA GENERALE		26		
MEDICINA GENERALE	24	4		
OCULISTICA		6		

OSTETRICA E GINECOLOGIA	30	4		
NEONATOLOGIA	6	0		
Totali ospedale	60	40		

Istituto Scientifico Giannina Gaslini

L'Istituto Giannina Gaslini, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), rappresenta un'articolazione di assoluta eccellenza nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale con un bacino d'utenza nazionale ed internazionale. E' sede di strutture proprie dell'Università degli Studi di Genova con la quale è convenzionato.

Funzioni:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
ISTITUTO GASLINI	Nell'ambito della Regione Liguria è polo di riferimento dell'area metropolitana genovese ed è sede DEA di secondo livello. L'Istituto rappresenta il centro di riferimento regionale di terzo livello per l'assistenza al neonato critico e per il trasporto neonatale. Garantisce la presenza delle seguenti specialità: Cardiochirurgia - Chir./Vasc. Chirurgia Pediatrica Malattie Infettive e Tropicali Neuropsichiatria Infantile Oculistica Ortopedia e Traumatologia Ostetricia e Ginecologia Otorinolaringoiatria Pediatria Anestesia e Rianimazione (U.T.I.) Dermatologia Trapianto Midollo Osseo, Pneumologia C.N.R./Patologia Neonatale Neurochirurgia Pediatrica, Nefrologia ed Emodialisi

Per propria missione statutaria è chiamato ad erogare prestazioni di alta complessità assistenziale nel campo della pediatria e di tutte le subspecialità pediatriche (unica realtà nazionale), e a svolgere ricerche di eccellenza nei vari settori di attività. Fornisce un importante supporto tecnico ed operativo per il conseguimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale sia in materia di ricerca sanitaria che di formazione continua del personale attraverso la Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche e la Scuola Professionale "Lorenza Gaslini".

Per il conseguimento di tali obiettivi l'Istituto ha avviato da tempo un piano di riorganizzazione e razionalizzazione per adeguare le proprie strutture alle nuove esigenze della Pediatria. Detto piano affronta in modo globale sia l'aspetto gestionale (accreditamento sulla base degli standard internazionali della Joint Commission) sia l'aspetto relazionale (accoglienza) sia quello dell'appropriatezza delle prestazioni, sia il potenziamento della ricerca, missione primaria degli IRCCS, presupposto fondamentale per garantire l'eccellenza delle prestazioni sanitarie. Presso il Gaslini la ricerca ha prevalentemente carattere di tipo traslazionale e clinico con punte di eccellenza a livello internazionale, soprattutto nei settori della: genetica medica, emato-oncologia, immunologia e patologia neuromuscolare.

Per la parte assistenziale il Gaslini dovrà porsi quale punto di riferimento nazionale ed internazionale per attività diagnostiche avanzate e cura nel campo delle malattie genetiche, delle patologie infiammatorie croniche, delle patologie endocrino-metaboliche e delle patologie immuno-mediate (ad esempio Malattie reumatiche e allergiche).

Dovrà altresì porsi quale riferimento nazionale per i seguenti settori: emato-oncologia e trapianto di midollo, nefrologia ed emodialisi (con trapianto), chirurgia pediatrica complessa (cardiochirurgia, cardiologia invasiva, neurochirurgia, chirurgia neonatale, chirurgia oncologica, ortopedia).

Per il suo posizionamento nel Servizio Sanitario Nazionale è interesse della Regione che l'alta specialità delle prestazioni erogate dall'Istituto in favore del bacino d'utenza nazionale, (pari a circa la metà del totale), venga sfruttata in termini di trasferimento di conoscenze e professionalità accumulate anche per la risposta alle patologie di media e bassa complessità riferibili alla popolazione pediatrica regionale da individuarsi nell'area delle specialità pediatriche (pneumologia, malattie infettive, otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica) e nell'ostetricia e ginecologia in quanto riferibile a situazioni di gravidanza a rischio neonatologico.

Date le peculiarità della Liguria in genere e dell'area metropolitana genovese in particolare, il Gaslini dovrà essere in grado di fungere da anello di collegamento con il territorio e con la pediatria di famiglia, sostenendo lo sviluppo di campagne di screening, di prevenzione e di educazione sanitaria.

Di particolare rilievo sarà l'impegno nel campo della riabilitazione, in cui l'offerta di servizi a livello territoriale è attualmente non adeguata rispetto ai reali bisogni della popolazione pediatrica nonché nel campo dell'odontoiatria e della medicina dello sport. Per raggiungere tale obiettivo è necessario che la strategia dell'Istituto sia in grado di rispondere non solo alle esigenze della Regione Liguria, ma anche a quelle in ambito nazionale.

La Regione si impegnerà a promuovere e valorizzare il ruolo e l'attività del Gaslini a livello nazionale ed internazionale ed a potenziarne lo sviluppo, anche mediante l'inserimento negli atti di programmazione delle risorse nazionali e regionali di investimento.

Il Gaslini, peraltro, per concorrere al processo di riorganizzazione tendente al contenimento della spesa del servizio sanitario regionale parteciperà alle seguenti riorganizzazioni.

Riorganizzazione Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia

L'Istituto G. Gaslini dovrà avviare con l'A.O. Universitaria San Martino, un processo di integrazione relativamente alle funzioni di Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia, con l'obiettivo di costituire un unico centro nell'arco temporale di validità del Piano di Rientro previsto dall'Accordo Regione Liguria – Ministero della Salute.

Il processo di integrazione sarà avviato attraverso un progetto definito dai Direttori generali dell'Azienda e dell'Istituto, da trasmettere alla Regione entro l'anno 2008.

Riorganizzazione aree Amministrativa e Tecnica

E' prevista l'adesione al modello centralizzato di gestione dei servizi amministrativi e tecnici che la Regione, a seguito delle proposte maturate nell'ambito dei Comitati d'area di cui all'articolo 7 della l.r.41/2006, provvederà a definire. A fronte di tale adesione verranno definite le risorse in sede di riparto dei fondi annuali.

L'Istituto Gaslini è così configurato:

SPECIALITA'	p.letto acuti		p.letto riab	
	d.o.	d.h./d.s.	d.o.	d.h.
CARDIOCHIRURGIA - CHIR./VASC.	17	1		
CHIRURGIA PEDIATRICA	45	10		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	25	3		
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	17	4		
OCULISTICA	3	2		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27	9		
OSTETRICA E GINECOLOGIA	38	4		
OTORINOLARINGOIATRIA	4	6		
PEDIATRIA	75	25		
ANESTESIA E RIANIMAZIONE (U.T.I.)	20			
DERMATOLOGIA		3		
TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO	22	10		
PNEUMOLOGIA	14	6		
C.N.R./PATOLOGIA NEONATALE	15	0		
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	19	2		
NEFROLOGIA ED EMODIALISI	18	6		
Totali ospedale	359	91		

AREA DI LEVANTE

ASL 4

Gli interventi previsti nella seconda fase della rete ospedaliera discendono dalla necessità di riorganizzare l'intera offerta ospedaliera dell'ASL 4 Chiavarese, in previsione dell'apertura, nell'anno 2009, del nuovo polo ospedaliero di Rapallo. Si evidenzia, per assicurare la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio e l'integrazione socio-sanitaria nel territorio dell'ASL 4 Chiavarese, l'esigenza di riorganizzare i posti letto per acuti ospedalieri e i posti letto di riabilitazione ospedalieri ed extraospedalieri .

Funzioni

Nel 2009 il presidio ospedaliero dell'ASL 4 Chiavarese sarà composto da tre strutture ospedaliere: Rapallo, Lavagna e Sestri Levante:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
RAPALLO	Sarà caratterizzata dall'attività di Chirurgia ortopedica di elezione con relativa riabilitazione estensiva. Sarà sede della Cardiologia riabilitativa, Medicina Interna con relativo day hospital, dialisi, Cure intermedie e day surgery multidisciplinare; garantirà attività ambulatoriale e di diagnostica per il territorio del Distretto sociosanitario N° 14 Tigullio Occidentale. E' sede di punto di Primo intervento attivo sulle 24 ore.
LAVAGNA	E' il polo ospedaliero principale dell'ASL 4, sede di DEA di 1° livello; una profonda riorganizzazione con l'accorpamento dell'area subintensiva medica alla Medicina Generale ad indirizzo d'urgenza ha già permesso di ottimizzare l'utilizzo del personale medico ed infermieristico. La Chirurgia d'urgenza con i letti di Traumatologia d'urgenza ha permesso di evitare il trasferimento pre-operatorio dei pazienti politraumatizzati dal P.S. di Lavagna al Polo di Sestri Levante, sede della Unità operativa complessa Ortopedia e Traumatologia. E' stata riorganizzata la degenza neurologica con la previsione di un centro ictus che verrà a breve attivato.

SESTRI LEVANTE	Nel 2009 questa struttura sarà la sede prevalente del Dipartimento Medico con un'area medica allargata alla gastroenterologia e alla oncologia con relativo day-hospital oltre a 8 posti letto di hospice ospedaliero. In questo polo esiste già un modello di gestione comune di un'area degenziale chirurgica ordinaria condivisa tra la Chirurgia Generale e la Otorinolaringoiatria, oltre alla degenza urologica. Verrà inoltre attivato un reparto di Cure intermedie. E' di prossima attivazione il Centro senologico medico, chirurgico e oncologico.
----------------	---

Obiettivi

- ❖ una progressiva riorganizzazione della rete ospedaliera con incremento dei posti letto per acuti e di riabilitazione e un incremento e una riqualificazione dell'offerta di residenzialità riabilitativa extraospedaliera.
- ❖ Entro l'anno 2008 si procederà alla trasformazione del Pronto Soccorso in punto di Primo intervento dell'Ospedale di Santa Margherita Ligure.
Con l'apertura dell'ospedale di Rapallo, nel 2009, non sarà più attiva la funzione ospedaliera presso la struttura di Santa Margherita Ligure. Lo stabilimento diventerà un polo residenziale riabilitativo con una piastra ambulatoriale.
- ❖ Ridefinizione, in relazione all'apertura dell'Ospedale di Rapallo, dell'allocazione di alcune specialità (es. Oculistica, sezione per stati vegetativi persistenti)
- ❖ Specializzazione delle funzioni medico-oncologiche compresa la chirurgia elettiva nell'Ospedale di Sestri Levante.

La Giunta regionale, nel corso del triennio, verificherà la praticabilità delle suddette proposte anche alla luce del quadro economico-finanziario che si andrà a determinare.

A completa realizzazione degli obiettivi soprariportati, i posti letto da assegnare a ciascuna specialità afferente ai servizi degenziali sono:

Ospedale di	POSTI LETTO PER ACUTI				POSTI LETTO RIABILITAZIONE/CUR E INTERMEDIE		
	d.o.	d.h.	d.surgery	TOTAL E	d.o.	d.h.	TOTALE
LAVAGNA							
CHIRURGIA D'URGENZA	8			8			
TRAUMATOLOGIA D'URGENZA	6			6			
CARDIOLOGIA	8	1	1	10			
UTIC	8			8			
CHIRURGIA	27	1	1	29			
MEDICINA AD INDIRIZZO URGENZA	26			26			
AREA SUBINTENSIVA MEDICA	9			9			
NEUROLOGIA	19	1		20			
CENTRO ICTUS	6			6			
PEDIATRIA	8	4		12			
TERAPIA SUB INTENSIVA NEONAT.	4			4			
OCULISTICA	1	1	2	4			
OSTETRICIA	12			12			
GINECOLOGIA	14	2	1	17			
RIANIMAZIONE	8			8			
SPDC	18			18			
D.H. PSICHIATRICO		4		4			
D.H. SERT (LAVAGNA)		3		3			
DIABETOLOGIA (presso Distr.Chiavari)		2		2			
TOTALE LAVAGNA	182	19	5	218			
SESTRI LEVANTE							
CHIRURGIA GENERALE - O.R.L.	10			10			
DAY SURGERY DIPARTIMENTALE			6	6			
UROLOGIA	22	1	1	24			
MEDICINA	38			38			
GASTROENTEROLOGIA	4			4			
ONCOLOGIA	6	8	0	14			
NEFROLOGIA/DIAL.		1	1	2			
PNEUMOLOGIA	24	2	1	27			
RIABILITAZIONE RESPIRATORIA					4		4
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA cod. 56					12	2	14
NEURORIBABILITAZIONE COD.75					2		2
CURE INTERMEDIE S.Levante					20		20
TOTALE SESTRI LEVANTE	104	12	9	125	38	2	40

RAPALLO	ordinari	d.h.	d.surgery	TOTALE			
DAY SURGERY DIPARTIMENTALE			14	14			
DAY HOSPITAL MEDICO		8		8			
MEDICINA	25			25			
ORTOPEDIA	33			33			
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA					15	1	16
RIABILITAZIONE ESTENSIVA					14		14
CURE INTERMEDIE					19	0	19
TOTALE RAPALLO	58	8	14	80	48	1	49
Totale Presidio Ospedaliero	344	39	28	411	86	3	89

Presso il Presidio Ospedaliero di Rapallo sono previsti, inoltre, n. 10 p.l. tecnici per le prestazioni di dialisi.

PRESIDIO OSPEDALIERO DEL LEVANTE LIGURE

Ospedali: Sant'Andrea, Felettino - La Spezia; San Bartolomeo – Sarzana

Entro il 1° Giugno 2008, gli Ospedali Sant'Andrea e Felettino di La Spezia e l'Ospedale S. Bartolomeo di Sarzana sono costituiti in un unico Presidio Ospedaliero.

Funzioni:

Le strutture componenti il Presidio Ospedaliero sono, in linea di massima, caratterizzate come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
SANT'ANDREA DI LA SPEZIA	Sede di DEA di 1° livello , garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce la presenza delle seguenti specialità: Chirurgia Generale, Medicina Generale, Immuno Trasfusionale, Oncologia, Nefrologia, Neurologia, Odontostomatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Malattie Infettive, Rianimazione, UTIC, Medicina D'urgenza, Terapia Intensiva e Neonatale, Chirurgia Vascolare, Urologia, Geriatria, Psichiatria, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Neuroradiologia, Gastroenterologia e Radiologia Interventistica
SAN BARTOLOMEO DI SARZANA	Sede di Pronto Soccorso, caratterizzato come polo riabilitativo di eccellenza, con attività di base (Medicina e Chirurgia) e le seguenti specialità: Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, , Urologia, , Pneumologia, Cardiologia clinico riabilitativa, Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva, Ginecologia e Ostetricia , Pediatria
FELETTINO DI LA SPEZIA	Struttura diurna polispécialistica : Oculistica, Oncologia, Radioterapia, Centro Antalgico, Dermatologia e D.S. Aziendale, Pneumologia.

Obiettivi

Gli interventi previsti nella seconda fase della razionalizzazione della rete ospedaliera sono i seguenti:

- ❖ Accorpamento dei due Reparti di degenza di Chirurgia 1 e Chirurgia 2 all'interno dello stabilimento Sant'Andrea

- ❖ Accorpamento dei due Reparti di degenza di Medicina Generale 1 e Medicina Generale 2 all'interno dello stabilimento Sant'Andrea con dotazione di 60 p.l. comprensivi anche di n.6 p.l. per le degenze oncologiche e n.3 p.l. per degenza dermatologica.
- ❖ Trasferimento U.O. Urologia dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento S. Bartolomeo di Sarzana e trasferimento della S.S. Urologia dallo stabilimento di Sarzana a quello di La Spezia.
- ❖ Trasferimento U.O. Geriatria dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea
- ❖ Trasferimento U.O. Malattie Infettive dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea
- ❖ Trasferimento S.P.D.C. dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea

A complessiva realizzazione degli obiettivi soprariportati, i posti letto da assegnare a ciascuna specialità afferente ai servizi degenziali sono:

stabilimento	SPECIALITA'	posti letto acuti				posti letto riabilitazione			
		pl ordinari	pl dh	pl ds	totali	pl ordinari	pl dh	totali	p.l. tecnici
S. Andrea	Chirurgia Generale	39	0	4	43				
	Immunotrasfusionale	0	2	0	2				
	Medicina Generale + Dermatologia (3 p.l. ord.)	57	3	0	60				
	Oncologia	6	0	0	6				
	Nefrologia	10	2	0	12				
	Nido				0				12
	Neurologia	46	3	0	49				
	Odontostomatologia	1	0	1	2				
	Ostetricia E Ginecologia	28	1	2	31				
	Pediatria	12	1	0	13				
	Pediatria In Sezione Infettivi	2	0	0	2				
	Rianimazione	8	0	0	8				
	Utic	9	1	0	10				
	Medicina D'urgenza	14	0	0	14				
	Terapia Intensiva E Neonatale	8	0	0	8				
	Chirurgia Vascolare	5	0	2	7				
	Urologia	2	0	3	5				
	Geriatria	24	1	0	25				

	Ortopedia e Traumatologia	28		4	32				
	Otorinolaringoiatria	7		5	12				
	Gastroenterologia			1	1				
	Malattie Infettive	16	2	0	18				
	Psichiatria	20	2	0	22				
	Dialisi								32
Felettino	Oculistica	0	0	2	2				
	Oncologia	0	20	0	20				
	Radioterapia	0	1	0	1				
	Centro Antalgico	0	2	0	2				
	Dermatologia E Day Surgery Aziendale	0	0	13	13				
	Pneumologia	0	2	0	2				
S. Bartolomeo	Rianimazione	5	0	0	5				
	Ortopedia e Traumatologia	28	1	3	32				
	Nido								10
	Ostetricia e Ginecologia	12	0	3	15				
	Chirurgia Generale	16	0	3	19				
	Urologia	18	0	2	20				
	Medicina Generale	68	4	0	72				
	Cardiologia Clinico Riabilitativa					7	1	8	
	Pneumologia								
	Pediatria		1		1				
	Dialisi		0		0				10
	Medicina Fisica e Riabilitativa Intensiva (Fondazione Don Gnocchi)					78	13	91	
	totale generale	489	49	48	586	85	14	99	64

Nota: La soprariportata dotazione di p.l. è stata determinata nella fase progettuale di ristrutturazione edilizia, ex art. 20, delle degenze e quindi potrà essere suscettibile di minime variazioni nel momento della successiva fase operativa per la quale è prevista l'apertura dei cantieri nel 2008.

Nella prospettiva dell'avvio del nuovo Ospedale, si stanno attivando funzioni che arricchiscono l'offerta ospedaliera: emodinamica e chirurgia toracica.

PRESIDIO DI LEVANTO

Il Presidio svolge la propria attività secondo quanto stabilito dalla del.cons.reg. 29/2006 e dalle conseguenti intese.

5.4 Sviluppo e potenziamento delle cure e dell'assistenza territoriali

5.4.1. Il quadro strategico dei provvedimenti regionali

Il ridisegno della rete ospedaliera come è già avvenuto a partire dal primo provvedimento di riordino del luglio 2006 ha comportato lo sviluppo della linea di cure territoriali con particolare riferimento a:

- a) assetti organizzativi;
- b) accesso ai servizi distrettuali;
- c) valutazione multidimensionale e presa in carico integrata sociosanitaria;
- d) cure primarie e continuità assistenziale;
- e) cure domiciliari;
- f) assistenza residenziale e semiresidenziale.

Le attività indicate, pur essendo rivolte a tutti i cittadini, hanno l'obiettivo di rispondere prioritariamente alle persone anziane, a quelle con disabilità ed in generale a tutte le categorie fragili: dai portatori di patologie psichiatriche, di alzheimer, ai malati oncologici, a quelli terminali, ai soggetti dipendenti da alcool e droghe.

La fragilità è infatti una condizione in cui sono difficilmente prevedibili gli esiti e quindi, quando per una serie di concause di tipo fisico e/o ambientale e/o sociale si rompono gli equilibri "instabili" della persona, spesso si ricorre – anche impropriamente – al ricovero ospedaliero, mentre in realtà sono necessarie cure a carattere continuativo ma di bassa intensità.

Potenziare le cure territoriali ha significato quindi creare un quadro di contesto dove Aziende Sanitarie e Ospedaliere debbono trovare risorse e sinergie per rispondere alla domanda della fragilità.

In questi termini la Giunta regionale, consapevole della necessità di supportare le scelte politiche sul ridisegno della rete ospedaliera, ha approvato una serie di provvedimenti, che di seguito si richiamano, il cui obiettivo finale è appunto la costruzione di un quadro strategico a disposizione delle Direzioni generali delle Aziende e dei Sindaci per lo sviluppo dei servizi domiciliari e residenziali extraospedalieri:

DGR 20/01/2006, n. 29	Approvazione delle linee di indirizzo in materia di dipendenze e comportamenti di abuso
DGR 13/02/2007, n. 133	Anno 2007. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie e agli Enti equiparati. Direttive ed obiettivi.
DGR 27/02/2006, n.181	Approvazione intesa tra Regione Liguria e Associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici
DGR 26/05/2006, n. 537	Rete per la non autosufficienza e le emergenze climatiche: sviluppo dei servizi di prossimità.
DGR 9/08/2006, n. 900	Approvazione modalità operative per l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti ed internati
DGR 20/10/2006, n.1106	Indirizzi per il Fondo Regionale della Non Autosufficienza
DGR 27/10/2006, n.1164	Indirizzi alle Aziende Sanitarie ed ai Comuni per l'avvio dei Distretti Sociosanitari ai sensi della LR 12/2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari"
DGR 24/01/2007, n. 42	Approvazione Accordo Integrativo Regionale per disciplina rapporti medici incaricati nel servizio di Continuità Assistenziale ai sensi Accordo Collettivo Nazionale medicina generale di cui all'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 23/3/2005.
DGR 16/03/2007, n.262	Indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza
DGR 16/03/2007, n.271	Insedimento Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale ai sensi dell'art.62 c.1 LR 12/2006
DGR 16/03/07, n.277	Indirizzi alle Aziende sanitarie per l'organizzazione delle cure palliative
DGR 30/03/2007, n.337	Definizione dei livelli di assistenza sanitaria domiciliare
DGR 30/03/2007, n.346	Individuazione dei tetti di spesa per le strutture sanitarie e riabilitative non ricomprese nella riabilitazione ospedaliera
DGR 24/04/2007, n. 414	Interventi per le emergenze climatiche in collegamento con la rete per la non autosufficienza. Avviso per la selezione del soggetto attuatore per l'anno 2007 – 2008.
DGR 11/05/2007, n.463	Fondo Regionale della Non Autosufficienza (DGR 1106/2006). Accertamento della non autosufficienza delle persone disabili
DGR 25/05/2005, n.529	Ricognizione delle strutture dell'area sociosanitaria (anziani, disabili, patologie psichiatriche, dipendenze, AIDS) con profili di accreditamento e modifica del manuale di accreditamento di cui alla DGR 1575/2003

5.4.2. Le azioni e gli strumenti per potenziare la rete territoriale in materia di accesso, cure domiciliari e residenzialità

Come si evidenzia dalla natura e dal contenuto dei provvedimenti riassunti al punto 1, gli obiettivi che garantiscono lo sviluppo delle cure territoriali in tutte le ASL della Liguria prendono in considerazione:

1. un accesso ben definito alle cure primarie, con particolare attenzione a chi richiede prestazioni integrate sociosanitarie, attraverso lo sportello integrato, in maniera da non disorientare i cittadini con approcci segmentali alle diverse prestazioni;
2. un sistema di cure domiciliari con relativi indicatori all'interno dei Distretti, fortemente sostenuto da:
 - a) un impegno dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, in forme associate tali da garantire una risposta clinica nel ciclo 8.00/20.00 (e notturna in accordo con la Guardia Medica), per favorire quella continuità assistenziale la cui mancanza fa sì che la persona si rivolga alla struttura ospedaliera;
 - b) la riorganizzazione delle cure a domicilio che superi la "spontaneità e disomogeneità" degli interventi verso un sistema di risposta a bisogni sanitari continuativi ma di bassa intensità assistenziale, contemplando una gamma di prestazioni che vanno da semplici atti sanitari: azioni infermieristiche e di cura per cicli definiti dai MMG (attività prestazionali) a forme di assistenza domiciliare integrata (ADI) che prevede una presa in carico e l'integrazione con attività domestico familiari effettuate dalla famiglia o dall'Ambito sociale, fino ad arrivare a cure domiciliari palliative per malati terminali oncologici e non che supportano a domicilio, sostenendo anche i familiari, l'ultima fase della vita, convogliando a tali attività anche il personale in esubero risultante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera;
 - c) lo sviluppo di strumenti per il governo clinico, in particolare l'introduzione di protocolli clinici e organizzativi e di supporto tecnico alle Aziende Sanitarie della Liguria;
 - d) l'implementazione della rete assistenziale per persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza, che connetta i soggetti e le strutture coinvolte nel percorso assistenziale, con l'obiettivo di garantire la diagnosi corretta e precoce, il mantenimento nell'ambiente familiare il più a lungo possibile, la disponibilità e l'appropriatezza dei servizi diurni e residenziali e il miglioramento del trattamento ospedaliero. Lo sviluppo della rete è strettamente collegato a un piano di comunicazione/formazione indirizzato ai caregiver, agli operatori dell'assistenza e alla cittadinanza per far crescere la conoscenza del fenomeno, e allo sviluppo della sperimentazione e della ricerca;
3. l'adozione di un Fondo regionale per la non autosufficienza disciplinato dalla DGR 1106/06 per sostenere le famiglie che mantengono a domicilio persone non autosufficienti (circa 3500 ogni anno), tramite la erogazione di un emolumento economico di 350 euro mensili rapportato al valore ISEE del richiedente. La corresponsione dell'emolumento richiede un "patto con la famiglia" che si impegna ad assistere la persona, mentre l'azienda sanitaria

provvede, con le cure primarie e l'assistenza domiciliare alle prestazioni di propria competenza;

4. un sistema di continuità delle cure tra MMG e Guardia medica per fornire "una risposta sanitaria" a chiamata nei confronti delle patologie croniche e per facilitare le dimissioni ospedaliere protette per tutti coloro che necessitano di continuità di cure a domicilio. Appositi protocolli, alcuni ancora in elaborazione, prevedono le modalità di trasmissione del caso al medico di medicina generale coinvolgendo anche le strutture sociali laddove si rilevano problemi di povertà e solitudine. Il collegamento ospedale/distretto si sostanzia per tutte le ASL in una Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da Medici Ospedalieri (individuati dalle Direzioni sanitarie), Medici di medicina generale, operatori infermieristici distrettuali e personale sociale dei Comuni, che, dopo la definizione diagnostica da parte dell'ospedale, attraverso la scheda AGED (Assessment delle autonomie funzionali con l'aggiunta della scheda NPI e CIRS per valutare patologie psico-organiche e comorbidità), concordano il prosieguo della cura in sede extraospedaliera (cure intermedie, domicilio o residenza);
5. avvio di posti per la fase post-acuzie definiti Cure intermedie._ Tale modalità assistenziale, si propone di fornire alla persona con esiti di patologia acuta invalidante, che necessita di stabilizzazione clinica, recupero funzionale, osservazione clinica prima del rientro a domicilio una importante assistenza sanitaria residenziale che porti le condizioni della persona al miglior livello di autonomia funzionale e clinica acquisibili.

INDICATORI PER LE CURE DOMICILIARI (come indicati nel Piano Sociale integrato di cui alla DCR. N.35/2007)

ASL	Distretto	popolazione e >=65 (stime al 01/01/2005)	Utenti Cure dom.ri 2005	Utenti Cure dom.ri 2006	Utenti Cure dom.ri al 1/1/2007	casi su 100 anziani	obiettivo regime 6% >= 65 *
1	1 ventimigliese	13.936	573	584	592	4,2%	836
	2 sanremese	23.370	581	593	601	2,6%	1092
	3 imperiese	18.788	579	591	599	3,2%	994
2	4 albenganese	14.718	561	572	580	3,9%	889
	5 finalese	14.993	521	532	539	3,6%	854
	6 bormide	10.907	477	487	493	4,5%	654
	7 savonese	34.731	1.367	1.395	1.413	4,1%	2084
3	8 ge-ponente	26.585	792	808	819	3,1%	1377
	9 ge- medioponente	33.776	930	948	961	2,8%	1670
	10 ge-polcevera e scrivia	28.261	1.064	1.086	1.101	3,9%	1694
	11 ge-centro	39.809	905	924	936	2,4%	1772
	12 ge-bisagno e trebbia	39.802	900	918	930	2,3%	1766
	13 ge-levante	25.784	682	696	705	2,7%	1246
	14 ge-tigullio occidentale	11.875	333	340	344	2,9%	593

4	15 chiavarese	19.367	751	766	776	4,0%	1162
	16 tigullio orientale	9.375	384	392	397	4,2%	563
	17 riviera val di vara	10.464	222	226	229	2,2%	449
5	18 spezzino	30.143	452	461	467	1,5%	1100
	19 val di magra	15.774	352	332	336	2,1%	667
Totale regionale		422.458	12.398	12.651	12.818	3,0%	21.463

* la Giunta regionale definirà con i provvedimenti attuativi del presente provvedimento modalità, tempi ed organizzazione territoriale per il raggiungimento dell'obiettivo a regime.

5.4.3 Le Case della salute

Sul piano della dotazione territoriale, gli indirizzi forniti in sede nazionale dal Patto per la Salute e dalla finanziaria 2007 in materia di servizi primari e sulle sperimentazione di "Case della Salute" consentono, nel prosieguo delle attività per il triennio 2007/2009, di mettere a punto, particolarmente nelle zone più carenti (collinari e montane) di servizi, sperimentazioni sulla "casa della salute" che troveranno il sostegno economico anche da parte di fondi finalizzati ministeriali.

Il significato che il Ministero della Salute attribuisce alla Casa della Salute è quello di "struttura funzionale" all'interno del Distretto Sociosanitario che raggruppa anche logisticamente attività profondamente integrate nell'ambito delle cure primarie e garantisce attività di prevenzione e continuità assistenziale con l'ospedale. Nella Casa della Salute operano congiuntamente personale amministrativo, personale infermieristico, della riabilitazione, dei servizi sociali, studi associati dei medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali.

E' tra queste attività che si realizza:

- ◆ la presa in carico del cittadino per tutte le attività sociosanitarie;
- ◆ la prevenzione primaria, secondaria e terziaria,
- ◆ l'educazione sanitaria
- ◆ la "gestione" delle malattie croniche
- ◆ l'attivazione dell'assistenza domiciliare
- ◆ la partecipazione dei cittadini attraverso procedure codificate e periodicamente verificate.

Nella Casa della Salute sono quindi effettuabili tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base per almeno 12 ore al giorno e possono essere attivate verso il domicilio, oltre alle cure domiciliari, anche procedure di telemedicina che consentano anche una diagnosi specialistica.

ELENCO INTERVENTI PER CASE DELLA SALUTE / PIASTRE DIAGNOSTICHE – AMBULATORIALI IN
LIGURIA

ID	sede	Costo Intervento €	stato di attuazione intervento	programma di riferimento	Delibera di approvazione / ultimo aggiornamento.
1	Bordighera	2.000.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
2	Sanremo	5.000.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
3	Imperia	11.250.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
4	Varazze	1.100.116,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
5	Carcare	433.762,91	attivo	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88 sottoscritto in data 01/09/2004	D.G.R. 116 del 10/02/2006
6	Finale	980.000,00	attivo da maggio 2007	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88 sottoscritto in data 01/09/2004	D.G.R. 116 del 10/02/2006
7	Cairo M.	229.200,00	attivo dal 2004	Programma intramoenia	D.G.R. 1197 del 12/10/2007
8	Genova Pra	1.700.000,00	progettazione in corso	Programma intramoenia	D.G.R. 1197 del 12/10/2007
9	Genova Pegli	3.865.298,74	in corso di valutazione nuove soluzioni progettuali	Programma ex art. 71 L. 448/98	D.G.R. 1424 del 07/12/2006
10	Genova Sestri P.	3.970.000,00	in corso di ultimazione prevista attivazione marzo '08	FIR 2006	D.G.R. 1479 del 15/12/2006
11	Genova Fiumara	17.161.656,69	attivo dal febbraio '05	Programma ex art. 71 L. 448/98	D.G.R. 1424 del 07/12/2006
12	Ge Rivarolo Celesia	1.700.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
13	GE - Via Assarotti	723.039,66	attivo da maggio 2003	Anticipazione finanziaria anno '98 ex art. 20 L. 67/88	D.C.R. 65 28/10/1997
14	GE - Via Bainsizza	1.210.286,5	attivo da ottobre	accordo di programma ex art. 20 L. 67/88	D.G.R. 1280 del

		8	2003	sottoscritto in data 27/07/2000	12/11/2004
15	Torriglia	736.326,03	attivo dal febbraio 2007	programma ex art. 71 L. 448/98	D.G.R. 1424 del 07/12/2006
16	GE - Doria	13.750.675,86	lavori aggiudicati prevista attivazione a gennaio 2010	programma ex art. 71 L. 448/98	D.G.R. 1424 del 07/12/2006
17	GE - Pammatone		attivo		
18	GE - Evangelico	300.000,00	In corso di aggiudicazione attivazione prevista giugno '08	FIR 2006	D.G.R. 1479 del 15/12/2006
19	Borzonasca-Sestri L.	2.951.159,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
20	Rezzoaglio	657.247,33	attivo da agosto 2006	Accordo di programma ex art. 20 L. 67/88 sottoscritto in data 27/07/2000	D.G.R. 1280 del 12/11/2004
21	Cicagna	635.240,00	attivo da dicembre 2007	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88 sottoscritto in data 01/09/2004	D.G.R. 116 del 10/02/2006
22	Sestri Levante	990.872,58	Immobile acquistato	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88 sottoscritto in data 01/09/2004	D.G.R. 116 del 10/02/2006
23	Sarzana	2.800.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
24	La Spezia	1.000.000,00	in corso di finanziamento	Accordo di programma ex art. 20, L. 67/88. Da sottoscrivere.	D.C.R. 34/2007
	Intervento 17: trattasi della ristrutturazione di un immobile in regime di locazione finanziato con fondi extra regionali.				
	L'intervento 22 consisteva nell'acquisto dell'immobile denominato Villa Laura e del terreno circostante al fine di collocarvi le funzioni distrettuali di Sestri L. I relativi lavori saranno finanziati nell'ambito dell'accordo di programma anno 2007 di cui all'intervento 19.				

Il riequilibrio della rete territoriale: avviato con l'organizzazione Distrettuale si consolida anche con l'incremento della residenzialità extraospedaliera, particolarmente per gli anziani (RSA e RP) e per le patologie oncologiche (Hospice).

Per il soddisfacimento di bisogni di assistenza e cura residenziali per le fasi post-acute sono stati individuati obiettivi di potenziamento, per ogni ASL, attraverso:

1. nuova dotazione di posti definiti "cure intermedie" inseriti nella continuità assistenziale (contenuti e assetti organizzativi sono definiti nella deliberazione della Giunta regionale 133/2007) per rispondere alla prima fase post-acute di patologie invalidanti;
2. incremento di posti per RSA di riabilitazione e RSA, RP, di mantenimento;
3. dotazione di posti residenziali per le cure palliative e per i malati terminali (Hospice)

Il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati si è già avviato dal 2006 e va ovviamente completato in rapporto al ridisegno della rete ospedaliera e, come già avvenuto dal riparto del FSR 2006, vanno riservate apposite risorse finanziarie all'incremento della residenzialità.

INDICATORI PER RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' (come indicati nel Piano Sociale Integrato di cui alla del.cons.reg.35/2007)

ASL	Distretto	popolazione >=75 (al 01/01/05)	2005		2006		2007		Totale posti al 1/1/07	posti su 100 anziani	obiettivo a regime 4% >= 75 *
			RSA/RP	CD	RSA/RP	CD	RSA/RP	CD			
1	1 ventimigliese	6.529	56	0	61	0	65	0	65	1,0%	261
	2 sanremese	10.832	178	4	194	8	208	12	220	2,0%	433
	3 imperiese	9.210	264	0	288	0	309	0	309	3,4%	368
2	4 albenganese	6.723	114	5	125	10	134	15	149	2,2%	269
	5 finalese	7.213	81	0	88	0	95	0	95	1,3%	289
	6 bormide	5.253	73	3	79	6	85	10	95	1,8%	210
	7 savonese	16.653	256	11	279	22	300	35	335	2,0%	666
3	8 ge-ponente	13.128	254	15	276	29	297	46	343	2,6%	525
	9 ge-medioponente	16.635	209	39	228	76	245	120	365	2,2%	665
	10 ge-polcevera e scivia	13.734	227	5	248	10	266	15	281	2,0%	549
	11 ge-centro	19.607	532	20	580	38	623	60	683	3,5%	784
	12 ge-bisagno e trebbia	19.644	747	41	815	80	875	125	1000	5,1%	786
	13 ge-levante	12.799	381	15	415	29	446	45	491	3,8%	512
	14 tigullio occidentale	5.967	118	3	128	6	138	10	148	2,5%	239
4	15 chiavarese	9.599	254	8	276	16	297	25	322	3,4%	384
	16 tigullio orientale	4.704	95	3	103	6	111	10	121	2,6%	188
	17 riviera val di vara	5.279	158	0	172	0	185	0	185	3,5%	211
5*	18 spezzino	16.102	259	7	282	14	303	22	325	2,0%	644
	19 val di magra	7.762	87	0	95	0	102	0	102	1,3%	310
Totale regionale		207.373	4.343	179	4.732	350	5.084	550	5.634	2,7%	8.295

- la Giunta regionale definirà con i provvedimenti attuativi del presente piano modalità, tempi ed organizzazione territoriale per il raggiungimento dell'obiettivo a regime.

Sia per le cure domiciliari sia per le attività residenziali vengono computate anche attività di carattere "sociale" (es. aiuto domestico familiare, comunità alloggio, alloggi protetti, residenze sociali) dove i servizi del Distretto Sanitario offrono assistenza medica, infermieristica e riabilitativa secondo le necessità degli ospiti.

Va ancora aggiunto rispetto al volume di risposta per le fasi post-acuzie e di cronicità che il Fondo regionale della non autosufficienza, prevede una dotazione a regime per il 2009, compreso i finanziamenti nazionali, che sarà di circa 18 milioni di euro; ciò consentirà di fornire un supporto domiciliare ad oltre 5000 persone.

L'insieme delle risposte domiciliari e residenziali andrebbe a coprire una percentuale di bisogno del 20 per mille degli ultrasessantacinquenni (in linea con il dato europeo) che diviene il 40 per mille se si fa riferimento agli ultrasessantacinquenni,

Anche sulle cure palliative e per i malati terminali si è previsto un incremento di posti Hospice: entro il 2008 saranno attivati quello di Chiavari (ASL 4) e quello dell'Azienda Ospedaliera San Martino, mentre Sestri Ponente (ASL 3) e Sarzana (ASL 5) saranno completati tra il 2009/2010.

5.4.4. Le proposte di una governance per la fattibilità degli obiettivi di potenziamento dei servizi territoriali.

Le proposte illustrate, pur avviate dal secondo semestre 2006, non hanno trovato fattibilità omogenea all'interno delle ASL liguri. Il processo di monitoraggio che verifica i risultati delle Aziende anche in seguito all'accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia per il controllo della spesa e dei livelli di assistenza va necessariamente potenziato ed allargato ad una governance che coinvolge:

- ◆ Direttori delle Aziende sanitarie e ospedaliere
- ◆ Autonomie locali (Conferenze dei Sindaci)
- ◆ Soggetti sociali
- ◆ Organismi di partecipazione dei cittadini

L'esercizio di una governance tra sistema sanitario, autonomie locali e Regione sul piano programmatico e localmente anche su quello operativo, sarà finalizzato ad integrare le diverse risorse disponibili, evitando duplicazioni e prestazioni inappropriate e porterà alla configurazione di una sistema di offerta nel campo della salute che non lasci solo il cittadino, particolarmente se in condizioni di fragilità.

6 Puntuale definizione di specifiche aree di interesse della rete

La Giunta regionale nell'attuazione progressiva dei contenuti del presente piano dovrà rispettare i seguenti vincoli economici e applicare i seguenti criteri tecnici.

6.1. Budget

Il livello di costo della funzione ospedaliera per l'anno 2008, comprensiva della funzione specialistica e al netto dell'acquisto di prestazioni sanitarie intra regionale ed interregionali, nonché degli acquisti per prestazioni da privato, deve attestarsi sulle seguenti percentuali di costo rilevabili dai modelli L.A., da computarsi sulla base dell'assegnazione del budget complessivo all'Azienda.

AA.SS.LL.	% Massima funzione ospedaliera
ASL 1	46,88%
ASL 2 *	48,67%
ASL 3 **	21,32%
ASL 4	44,12%
ASL 5	42,13%

Fonte dei dati: modelli CE – LA relativi agli anni 2006 – 2007

* è computata l'attività dell'Azienda Ospedaliera S.Corona.

** è computata l'attività dell'Azienda Ospedaliera Villa Scassi. La % ridotta rispetto a quella delle altre aziende è dovuta alla circostanza che sul territorio agiscono anche le Aziende Ospedaliere San Martino, Galliera, l'Ospedale Evangelico, l'Ist e l'Istituto Gaslini,

Le percentuali come sopra fissate potranno essere suscettibili degli adeguamenti da parte della Giunta regionale che si rendessero necessari o possibili nel rispetto del piano di rientro di cui all'accordo 6.3.2007.

Per gli anni successivi le percentuali come sopra definite dovranno essere calcolate dalla Giunta regionale con la stessa metodologia e gli stessi obiettivi.

6.2 Programma tecnologie

Il censimento delle apparecchiature per la Regione Liguria evidenzia, in linea di massima e con alcune eccezioni specifiche, una situazione complessivamente accettabile per quanto riguarda il numero di macchine esistenti e operanti. Tuttavia si evince che è necessario intervenire con scelte adeguate sulla distribuzione e aggiornamento della tecnologia e sulla dotazione organica e qualificazione del personale

Le tecnologie esaminate riguardano:

TC (tomografia computerizzata)

Mammografo

RM (Risonanza Magnetica)

PET-TC (tomografia ad emissione positroni integrata con tomografia computerizzata)

Gamma Camera

Angiografi

Acceleratori Lineari

La possibilità di sostituire le attuali apparecchiature con i modelli più recenti delle stesse consente una maggiore efficienza (e quindi un maggior numero di esami in tempi inferiori) ,una migliore qualità delle immagini ed anche una migliore qualità clinica. In questo ambito l'acquisto di nuove apparecchiature a sostituzione delle attuali può essere positivamente valutato se accompagnato da analisi complessiva della U.O. in cui saranno installate e da una riorganizzazione del servizio che preveda aggiornamento del personale ed eventuale variazione numerica dello stesso e della dotazione di stazioni di lavoro in modo da consentire tempi congrui di refertazione degli esami clinici. L'acquisizione di nuove apparecchiature deve essere giustificata da valutazioni epidemiologiche e dalla mission specifica di ciascuna azienda.

Per quanto riguarda i mammografi, sarebbe opportuno prevedere una graduale digitalizzazione, indiretta o diretta, delle immagini mammografiche. La digitalizzazione infatti permette una maggiore velocità di produzione delle immagini ed una miglior gestione delle stesse. Questa caratteristica, unita ai sistemi Ris Pacs e di rete cui devono essere connessi i mammografi, li rendono particolarmente idonei per l'effettuazione delle indagini non solo cliniche ma anche di screening .

Risonanza Magnetica: si tratta di fatto di "piattaforme" che possono essere configurate in modo differente in funzione dell'utilizzo clinico richiesto dalla singola struttura. E' necessario quindi valutare sia gli aggiornamenti o implementazioni delle apparecchiature esistenti che la configurazione di nuove apparecchiature alla luce della mission di ogni Azienda.

Deve essere considerata la necessità di mantenere una quota di apparecchiature idonea all'utilizzo di pazienti claustrofobici

Per quanto attiene le pet-CT è necessario verificare l'appropriatezza di utilizzo di quelle appena impiantate sulla base di linee guida già ampiamente sperimentate e condivise, verificarne la lista d'attesa e le fughe nelle regioni limitrofe prima di sostenere altri importanti impegni economici in materia.

Su base nazionale la stima del fabbisogno di PET CT è di una macchina ogni 350.000 – 400.000 abitanti: rispetto a questo parametro il numero delle macchine liguri è inferiore.

Per quanto attiene le gamma camere l'esigenza più stringente è quella della di sostituire le gamma camere mono testa con le più performanti apparecchiature a due teste.

Vista la multidisciplinarietà dell'utilizzo dell'angiografo (che vede le apparecchiature utilizzate, con fini clinici diversi, da radiologi, neuroradiologi, chirurghi vascolari e cardiologi) è utile individuare percorsi interdisciplinari specifici per la più corretta scelta e sede di utilizzo in relazione all'uso sia in urgenza che in elezione.

Per quanto attiene gli acceleratori lineari potrebbe essere necessario implementare il numero di acceleratori con nuove acquisizioni in tempi brevi, sulla base dei dati relativi alle attività specifiche non routinarie effettuate in ciascun centro e alla sempre maggior complessità dei trattamenti radianti che determinano un maggior tempo di trattamento e, quindi una riduzione del numero di pazienti trattabili giornalmente per macchina. Ciò è reso necessario anche dalle lunghe liste d'attesa oggi presenti. Occorre inoltre migliorare la distribuzione sul territorio oggi disomogenea anche se rapportata alla popolazione nei diversi ambiti territoriali.

Nonostante non ci sia censimento sugli ecografi si ritiene opportuno indicare che risulta esservi una buona diffusione di queste apparecchiature. Gli ecografi di alta gamma devono essere riservati alle collocazioni dove vengono eseguite differenti tipologie di indagine.

Per quanto riguarda la radiologia convenzionale, anch'essa non censita, è opportuno che tutte le nuove acquisizioni siano di tipo digitale, nell'ottica già sopraevidenziata della necessità di poter avere una opportuna gestione delle immagini sanitarie. Si ritiene infatti che l'informatica debba svolgere un ruolo determinante ed essere un elemento portante.

E' necessario individuare un metodo per le valutazioni degli ulteriori ammodernamenti tecnologici in modo da coniugare le esigenze epidemiologiche e territoriali con le patologie trattate nei singoli presidi. In questa valutazione concorrerà l'obsolescenza anche in considerazione delle specifiche caratteristiche e dotazioni delle apparecchiature

Si ritiene che l'Agenzia Sanitaria Ligure sia il contesto più idoneo per l'individuazione, l'analisi e l'integrazione dei vari elementi che concorrono alla costituzione di un programma tecnologico adeguato.

In tale contesto si propone che nella sessione autunnale delle conferenze di area (ex l.r. 41/06 articolo 7) sia discusso il censimento annuale delle apparecchiature con riferimento alla congruità del personale e alla valutazione dell'attività svolta.

Per quanto riguarda le reti informatiche di trasmissione dati, PACS, RIS e HIS si rimanda agli specifici atti (piano operativo triennale di informatizzazione 2006-2008 DCR 5/2006, piano di sanità elettronica DCR 12/2006), evidenziando ulteriormente la necessità dell'integrazione e dello sviluppo dell'area informativa nella diagnostica per immagini.

Esiti del censimento: apparecchiature e loro distribuzione territoriale

CT (tomografia computerizzata)

In Liguria il numero di CT installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 33 apparecchiature di cui 28 già attive nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) delle apparecchiature attive nell'anno 2006 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 3 CT (installate nei presidi di Imperia, Sanremo e Bordighera)

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 6 CT (di cui n.2 installate nel presidio di Savona; n.1 ad Albenga; n.1 a Cairo M.te e n.2 presso l'Azienda Osped. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 14 CT (di cui n.1 installata presso l'osp. Micone; n. 1 presso l'osp. S.Carlo di Voltri; n.5 presso l'Azienda Osped. S.Martino; n. 2 presso l'Azienda Osped. V.Scassi; n.1 presso l'IRCCS IST; n.1 presso l'IRCCS Gaslini; n. 1 all'Evangelico e n.2 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 2 CT (installate presso l'Osp. di Lavagna e Sestri Levante).

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 3 CT (di cui n.2 installate presso l'osp S.Andrea e n.1 presso l'osp. S.Bartolomeo)

Le cinque apparecchiature di nuova attivazione nell'anno 2007 sono:

Territorio ASL 1 imperiese - tot n. 1 CT (presso l'osp. di Sanremo)

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 2 CT (presso l'Az S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 1 CT (presso l'Az. S.Martino)

Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 1 CT (presso l'osp. di Lavagna).

Mediamente in Liguria nell'anno 2006 è attivo un tomografo ogni 57.500 abitanti. .

Tenuto conto che nell'anno 2007 sono attive complessivamente 33 CT il rapporto ligure passa a un tomografo ogni 48.800 abitanti.

Per i n. 28 tomografi liguri attivi nell'anno 2006 l'età media è di 4 anni; le apparecchiature di maggior età sono n. 1 presso l'Az S.Corona e n. 1 presso l'Az. S.Martino (attivi dal 1996) mentre n. 9 tomografi hanno un'età inferiore o uguale a due anni.

Nella sola area metropolitana, per l'anno 2006, sono attive n. 13 CT di età media 4 anni; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana è di una ogni 57.400 abitanti.

MAMMOGRAFO

Il numero di MAMMOGRAFI installati a giugno 2007 è complessivamente pari a 32 apparecchiature attive anche nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) delle apparecchiature attive nell'anno 2006 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 3 mammogr. (installati nei presidi di Imperia, Sanremo e Bordighera)

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 5 mammogr. (di cui n.1 installato nel presidio di Albenga; n.1 presso il presidio di Cairo M e n. 2 a Savona e n. 1 presso l'Az. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 15 mammogr. (di cui n.1 installato presso gli ambulatori della Fiumara; n. 1 presso l'osp. Gallino di Pontedecimo; n.1 presso l'osped. S.Antonio di Recco; n. 1 presso l'osped. Micone di Sestri P; n.1 presso l'osped. S.Carlo di Voltri; n.1 presso il Poliambulatorio di via Bainsizza; n. 1 presso il Poliambulatorio di Struppa; n. 1 presso il Poliambulatorio di via Assarotti n. 1 presso L'Az. Osp. S.Martino (Pammatone); n.1 presso l'Az Osp. V.Scassi; n.3 presso l'IRCCS IST; n.1 presso l'Osp. Evangelico e n.1 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 3 mammogr. (di cui n.1 presso il presidio osp di S.Margherita; n.1 presso il presidio osp. di Sestri L. e n.1 presso il presidio di Lavagna)

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 5 mammogr. (di cui n.3 installate presso l'osp S.Andrea; n.1 presso l'osp. S.Bartolomeo e n.1 presso il presidio osp. Di Levante).

Per la valutazione del rapporto mammografi/popolazione è stata considerata solo la popolazione femminile di età maggiore o uguale a 35 anni che per la Liguria è pari a 599.083.

Tenendo conto della popolazione ligure selezionata viene valutato che nell'anno 2006 è attivo un mammografo ogni 18.900.

Per i n. 32 mammografi liguri attivi nell'anno 2006 l'età media è di 6 anni; le apparecchiature di maggior età sono n. mammografo presso il presidio di Levante (attivo dal 1982); n.1 mammografo presso l'osp. Gallino (attivo dal 1997) e n. 1 presso il presidio ospedaliero di Bordighera (attivo dal 1995) mentre n. 3 mammografi hanno un'età inferiore o uguale a due anni.

Nella sola area metropolitana sono attivi n. 16 mammografi di età media 5 anni; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana (femminile di età maggiore o uguale a 35 anni) è di una ogni 15.200 abitanti.

RISONANZA MAGNETICA e RISONANZA MAGNETICA ARTICOLARE

- Il numero di RISONANZE MAGNETICHE installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 18 apparecchiature di cui 17 attive anche nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) delle apparecchiature attive nell'anno 2006 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 1 rm. (installata presso il presidio di Imperia)

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 4 rm. (di cui n.2 presso il presidio osp. di Savona e n.2 installate presso l'Az. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 11 rm. (di cui n.1 presso l'osp. Micone, n.4 presso L'Az. Osp. S.Martino; n.2 presso l'Az Osp. V.Scassi; n. 1 presso l'IRCCS IST; n. 1 presso l'IRCCS Gaslini; n.1 presso l'osp Evangelico e n.1 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – 0

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 rm. (installata presso l'osp S.Andrea).

é segnalata una apparecchiatura di nuova attivazione nell'anno 2007:

ASL 2 savonese – tot n. 1 rm. (presso il presidio di Cairo)

- Il numero di RISONANZE MAGNETICHE ARTICOLARI installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 10 apparecchiature di cui 9 attive anche nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) delle apparecchiature attive nell'anno 2006 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 1 rm-art. (installata presso il presidio di Bordighera)

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 1 rm-art. (installata presso il presidio di Albenga)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 5 rm-art. (di cui n.1 presso l'osp. La Colletta, n.1 presso L'Az. Osp. S.Martino; n.1 presso l'Az Osp. V.Scassi; n.1 presso l'osp Evangelico e n.1 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 1 rm-art. (installata presso l'osp. di Lavagna)

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 rm-art. (installata presso l'osp S.Andrea).

E' segnalata una apparecchiatura di nuova attivazione nell'anno 2007:

ASL 1 imperiese – tot n. 1 rmart (presso l'osp di Bordighera)

Mediamente in Liguria è attiva una risonanza magnetica ogni 94.700

Nell'anno 2007 con 18 RM la media ligure passa ad 1 risonanza ogni 89.500 abitanti.

Per le n. 17 RISONANZE MAGNETICHE liguri, attive nell'anno 2006, l'età media è di 4 anni; le apparecchiature con più di 6 anni sono tre: una a Savona attiva dal 1999, una presso l'az. S.Corona e una all'IST attive dal 1996; n. 7 apparecchiature hanno un'età inferiore o uguale a due anni.

Nella sola area metropolitana sono attive n. 10 RMN di cui n. 6 con intensità di campo maggiore o uguale ad 1Tesla; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana è di una ogni 74.600 abitanti.

Mediamente in Liguria è attiva una risonanza magnetica articolare ogni 178.900 abitanti.

Nell'anno 2007 con 10 RM la media ligure passa ad 1 risonanza ogni 161.000 abitanti.

Per le n. 9 RM-ARTICOLARI liguri attive nell'anno 2006 l'età media è di 5 anni; le apparecchiature con più di 6 anni sono due: una presso l'Az. S.Martino attiva dal 1998 e una all'osp Evangelico attiva dal 1999; n. 1 apparecchiatura ha un'età inferiore a due anni.

Nella sola area metropolitana sono attive n. 5 RMN; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana è di una ogni 149.300 abitanti.

PET e TC-PET (tomografia ad emissione positroni integrata con tomografia computerizzata)

Per l'anno 2006 viene segnalata l'attività di una TC-PET presso l'Azienda Galliera ed una PET presso la asl 5.

Per effetto di sostituzioni e implementazioni la dotazione strumentale all'anno 2007 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – 0

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 1 pet-tc. (installata presso l'Az. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 2 pet-tc. (di cui n.1 presso l'Az. Osp. S.Martino e n.1 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – 0

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 pet-mobile. (installata presso l'osp S.Andrea).

Si segnala che, per fine 2007, presso l'az. S.Martino, è prevista l'attivazione di un Centro per la produzione di radiofarmaci PET (ciclotrone e radiofarmacia) che dovrà essere fonte di approvvigionamento per altri centri PET regionali.

In Liguria è attiva nell'anno 2006 una TC-PET ogni 805.000 abitanti; nell'anno 2007 essendo attive n. 3 apparecchiature la media passa a 1 ogni 536.700 abitanti.

GAMMACAMERA MONO e A DUE TESTE

- Il numero di GAMMACAMERE MONOTESTA installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 5 apparecchiature attive anche nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – 0

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 1 gamma1t. (installata presso l'Az. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 3 gamma1t. (di cui n.1 presso L'Az. Osp. S.Martino; n.1 presso l'Az Osp. V.Scassi e n.1 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – 0

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 gamma1t. (installata presso l'osp S.Andrea).

- Il numero di GAMMACAMERE A DUE TESTE installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 6 apparecchiature attive anche nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – 0

Territorio ASL 2 savonese – tot n. 1 gamma2t. (installata presso l'Az. S.Corona)

Territorio ASL 3 genovese – tot n. 4 gamma2t. (di cui n.1 presso L'Az. Osp. S.Martino; n.1 presso l'Az Osp. V.Scassi e n.2 presso l'Azienda Osp. Galliera)

Territorio ASL 4 chiavarese – 0

Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 gamma2t. (installata presso l'osp S.Andrea).

Mediamente in Liguria nell'anno 2006 è attiva una gammacamera (mono o a 2 teste) ogni 146.300.

L'età media delle gammacamere mono testa è pari a 8 anni mentre l'età media delle gammacamere a due teste è pari a 5 anni; l'unica apparecchiatura gammacamera a due teste con più di 6 anni è attiva presso l'Osp. Galliera (attiva dal 2000), mentre per le gammacamere mono testa ben tre apparecchiature superano i sei anni di attività e sono: n.1 presso l'az. S.Martino e n. 1 presso l'az. V.Scassi (attive dal 1998) ed una presso l'osp Galliera attiva dal 1992.

Complessivamente per le n. 11 gammacamere liguri attive nell'anno 2006 l'età media è di 6 anni.

Nella sola area metropolitana sono attive n. 3 gammacamere mono testa e n. 4 gammacamera a due teste;

Nel 2006 è attiva una sola PET.

ANGIOGrafo

Il numero di ANGIOGRAFI installati a giugno 2007 è complessivamente pari a 27 apparecchiature di cui 21 attive nell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) delle apparecchiature attive nell'anno 2006 è la seguente:

Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 1 angiogr. (installato nel presidio di Imperia)
Territorio ASL 2 savonese – tot n. 4 angiogr. (di cui n.2 installato nel presidio di Savona e n. 2 presso l'Az. S.Corona)
Territorio ASL 3 genovese – tot n. 13 angiogr. (di cui n.6 presso L'Az. Osp. S.Martino; n.2 presso l'Az Osp. V.Scassi; n.2 presso l'IRCCS Gaslini; n.3 presso l'Azienda Osp. Galliera)
Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 2 angiogr. (presso l'osp. di Lavagna)
Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 angiogr. (installato presso l'osp S.Andrea).

Sono segnalate due apparecchiature di nuova attivazione nell'anno 2007:
Territorio ASL 1 imperiese - tot n. 1 angiogr. (presso il presidio di Sanremo)
Territorio ASL 3 genovese – tot n. 3 angiogr. (presso az. S.Martino)
Territorio ASL 4 chiavarese – tot n. 1 angiogr. (presso l'osp. di Lavagna)
Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 angiogr. (presso l'osp S.Andrea).

Mediamente in Liguria nell'anno 2006 è attivo un angiografo ogni 76.700.
Tenuto conto che nell'anno 2007 sono attivi complessivamente 27 angiografi il rapporto ligure passa a un angiografo ogni 59.600 abitanti.

La dotazione ligure comprende apparecchiature molto eterogenee, dedicate a settori diversi e con tecnologie di differente livello: da molto semplici (con applicazioni limitate) a molto complesse.

Per i n. 21 angiografi liguri attivi nell'anno 2006 l'età media è di 4,5 anni; hanno più di sei anni tre apparecchiature (Imperia, Savona ed asl4) in quanto attive dall'anno 2000 mentre presso l'Az. S.Martino è attivo un angiografo dal 1996; n. 4 angiografi hanno un'età inferiore o uguale a due anni.

Nella sola area metropolitana sono attivi n. 13 angiografi di età media 4 anni il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana è di una ogni 57.400 abitanti.

ACCELERATORE LINEARE

Il numero di ACCELERATORI installati a giugno 2007 è complessivamente pari a 11 apparecchiature di cui per n. 9 è stata segnalata l'attività dell'anno 2006.

La suddivisione per ambito territoriale (ASL) è la seguente:
Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 1 acc. (installato presso il presidio di Sanremo)
Territorio ASL 2 savonese – tot n. 2 acc. (installati presso il presidio di Savona)
Territorio ASL 3 genovese – tot n. 5 acc. (di cui n.3 installati presso l'IRCCS IST e n.2 presso l'Azienda Osp. Galliera)
Territorio ASL 4 chiavarese – 0
Territorio ASL 5 spezzino – tot n. 1 acc. (installato presso il presidio Felettino di La Spezia)
Sono previste le seguenti apparecchiature di nuova attivazione nell'anno 2007:
Territorio ASL 1 imperiese – tot n. 1 acc. (presso l'osp di S.Remo)
Territorio ASL 3 genovese - tot n. 1 acc.(presso l'IRCCS IST)

Per il 2008 è prevista l'installazione di un nuovo acc. presso l'Azienda Osp. Galliera.

In Liguria è presente un ACCELERATORE LINEARE ogni 178.900 abitanti.

Per n. 9 ACCELERATORI liguri attivi nell'anno 2007 l'età media è di 8 anni; le apparecchiature con 10 o più anni (età oltre la quale è opportuno programmare la sostituzione entro il 14° anno) sono quattro: due presso l'IST (di cui una attiva dal 1988 e l'altra dal 1994,) una presso l'az Galliera attiva dal 1995 ed una presso la asl2 attiva dal 1997.

Nella sola area metropolitana sono attivi n. 5 acceleratori, (6 con l'acc. attivato presso l'IST entro la fine del 2007).

6.3 PERCORSO NASCITA

Principi generali

Un piano per la salute della madre e del neonato, e della sua famiglia, deve associare la sicurezza e la qualità della cure all'esigenza di rivedere il percorso nascita in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto ed al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione neonato-madre-famiglia.

Obiettivo principale deve quindi essere quello di garantire la qualità e la continuità delle cure nel percorso nascita riservando le cure non invasive alla grande parte delle gravidanze a basso rischio ed identificando adeguatamente e monitorando la quota di gravidanze ad alto rischio.

La continuità delle cure, cioè la presa in carico di tutto il percorso da parte di un gruppo di operatori che con la stessa impostazione e con una presenza costante accompagnino tutte le fasi necessarie per accogliere ed allevare dei figli, si è dimostrata il modello di maggior impatto nell'assicurare migliori esiti in termini ostetrico-perinatali.

Questo può essere ottenuto attraverso la realizzazione della rete territorio-punto nascita-territorio, che operi utilizzando protocolli e procedure regionali condivise, con il contributo di tutti i protagonisti e principalmente consultori, ostetriche, pediatri del territorio, medici di medicina generale oltre naturalmente al personale operante nei punti nascita.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici non può prescindere da un'organizzazione a rete, articolata su più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziale della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

La riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera alla nascita ed al neonato necessita quindi di una sistematica collaborazione fra strutture con competenze assistenziali differenti (I, II e III livello) e deve essere indirizzata verso una centralizzazione delle gravidanze a rischio, al contempo valorizzando anche le esperienze già affermate in Italia ed in Liguria di demedicalizzazione dell'evento nascita.

PUNTI NASCITA

Obiettivi:

- Organizzazione dei punti nascita secondo gli standard assistenziali di qualità e dei requisiti assistenziali delle UUOO di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria, Neonatologia, definite in 1° 2° e 3° livello funzionalmente collegati tra loro.
- Gestione delle gravidanze ad alto rischio nel percorso nascita regionale

Caratteristiche dei punti nascita di 1° livello

Le strutture di 1° livello assumono importanza per le particolari condizioni geografiche del bacino di utenza che si trovano a servire e per il più stretto rapporto con la popolazione.

Rappresentano una delle criticità della rete ospedaliera per la disomogeneità dei bacini di utenza, delle dotazioni, e delle prestazioni che, in certi casi, non consentono il rispetto degli standard qualitativi definiti dalla letteratura internazionale.

Occorre tenere presente che circa 500 nati/anno rappresentano il livello minimo di attività che il Punto Nascita di 1° livello deve possedere secondo l'OMS per garantire il mantenimento di un adeguato standard professionale e ridurre il rischio clinico. Questo requisito, facendo proprie le indicazioni delle Società scientifiche, richiede il servizio di guardia attiva dello ostetrico-ginecologo 24/24 ore, nonché la presenza dell'anestesista 24/24 ore all'interno dello stabilimento. Per quanto riguarda il pediatra/neonatologo ne deve essere garantita comunque la presenza al momento del parto.

Nel Punto Nascita di 1° livello le unità funzionali ostetriche e neonatologiche, in assenza di patologie accertate, controllano la gravidanza ed assistono il parto di donne in età gestazionale > 34 settimane.

L'équipe pediatrica medica ed infermieristica avrà adeguate competenze neonatologiche.

La rianimazione e la stabilizzazione del neonato sofferente devono essere considerate competenze intensive e devono essere garantite in ogni Punto Nascita. Data la realtà geografica della Liguria, su alcuni Punti Nascita di 1° livello, valutate le peculiarità geografiche, di utenza e di attività ed in armonia con i piani aziendali, si ritiene che si possa investire in termine di qualificazione professionale e di integrazione con le competenze esistenti presso i livelli di riferimento di 2° e 3°.

Tale circostanza è rivolta essenzialmente a realtà ubicate geograficamente lontane da punti nascita di 2° livello.

Per questi Punti Nascita si prevede l'assegnazione di posti letto di patologia neonatale.

Infatti la ridotta casistica deve essere compensata da:

- continuità dei percorsi formativi,
- mobilità incentivata di carattere temporaneo o definitivo dei professionisti operanti in strutture di livello superiore verso la struttura di livello inferiore e viceversa al fine di una più continua formazione e integrazione culturale e professionale tra gli operatori,
- adeguamento a protocolli operativi condivisi in collaborazione con i Punti Nascita di 2° livello e con il Centro TIN di riferimento nell'ambito regionale.

In alternativa dove esistono condizioni geografiche favorevoli per vicinanza ed ottimali per attrezzature i punti nascita di 1° livello possono essere integrati funzionalmente con il centro di 2° livello limitrofo.

Laddove già esistano condizioni ottimali e verificate, in termini di attrezzature, organici e competenze, limiti di operatività inferiori possono consentire una trasformazione in strutture ove sperimentare processi di demedicalizzazione del parto. Oggi, tra un parto a domicilio per pochi e l'ospedalizzazione generalizzata, una accettabile "terza via" può essere rappresentata dalla promozione di quelle Case di Maternità, la cui filosofia di base è nella continuità delle cure in una dimensione di circolarità tra i luoghi dell'esistenza e i luoghi della nascita.

I centri di I livello dovranno comunque soddisfare gli standard di qualità e i requisiti assistenziali come di seguito riportato nel presente documento.

Caratteristiche del Punto Nascita di 2° livello

Il Punto Nascita di 2° livello preferibilmente associato ad una Struttura complessa di Pediatria di 2° livello, con bacino di utenza provinciale, rappresenta il nodo principale della rete neonatologica ospedaliera.

Per il Punto nascita di 2° livello si considera ottimale un n° di nati/anno di circa 1000.

I Punti Nascita di 2° livello sono identificati su base provinciale.

Il Punto Nascita di 2° livello rappresenta il nodo principale della rete neonatologica regionale ed in questa prospettiva deve essere progressivamente valorizzato.

L'obiettivo è verificare l'omogeneità dei Punti Nascita di 2° livello della Regione, riconoscendo in tutti le dotazioni di personale e attrezzature, nonché le competenze idonee alla migliore gestione del neonato con le caratteristiche previste dal Piano Sanitario Nazionale: peso fino a 1500 gr ed età gestazionale fino a 32 settimane.

Laddove già esistano condizioni ottimali e verificate, in termini di casistica, attrezzature, organici e competenze, tali limiti possono diventare inferiori, ma andranno comunque predefiniti in sede regionale, anche in relazione a particolari necessità di assistenza materna che prevedano competenze multidisciplinari e di terapia intensiva.

Tuttavia al fine di operare in condizioni ottimali per casistica ed attrezzature un punto nascita di 2° livello può essere articolato come una unica struttura complessa che opera in due stabilimenti ospedalieri limitrofi in modo da garantire su un'area più ampia standard assistenziali maggiori: almeno uno stabilimento dovrà essere fornito di attrezzature in grado di soddisfare le caratteristiche di 2° livello per l'assistenza materna e neonatale e, comunque il secondo stabilimento dovrà garantire i requisiti in termini di personale previsti per il punto nascita di 1° livello.

L'acquisizione delle competenze viene posta come prospettiva per tutti i 2 livelli, ma è subordinata a specifici investimenti aziendali e ad un percorso formativo concluso e formalmente certificato. In questo caso il punto nascita viene accreditato come Centro neonatale idoneo alla gestione di "patologia neonatale complesse".

Le strutture di Neonatologia di 2° livello possono accogliere, per le patologie di competenza, i neonati che provengono da Punti Nascita di 1° livello, situati nel bacino territoriale di riferimento, ed i neonati ritrasferiti (back-trasport) dalle strutture di 3° livello.

I Punti Nascita di 2° livello garantiscono gli standard previsti per il II° livello e l'applicazione dei protocolli relativi alla gestione diagnostica e clinica della gravidanza patologica concordati con il 3° livello.

Tali centri dovranno comunque soddisfare gli standard di qualità e i requisiti assistenziali come di seguito riportato nel presente documento.

Punto Nascita di 3° livello

Il punto Nascita di 3° livello assiste gravidanze e parti a rischio elevato, i soggetti in-born di qualsiasi peso o età gestazionale e tutti neonati che comunque non rientrano tra le competenze del Punto Nascita di livello inferiore.

Collaborano con le strutture di 2° livello per l'effettuazione del back-trasport.

Coordina il servizio di trasporto emergenza neonatale (STEN).

Garantisce l'attività intensivologica e sub-intensiva per i neonati del proprio punto nascita (in-born) nonché per i neonati della regione e delle aree più prossime.

Nell'ambito dell'obiettivo di regionalizzazione e centralizzazione delle assistenze al parto ed al neonato pretermine, il punto nascita di 3° livello partecipa attivamente

alla rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio 118), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore (così detto trasporto in utero).

Tali centri dovranno soddisfare gli standard di qualità e i requisiti assistenziali come di seguito riportato nel presente documento.

Al momento non esistono in Liguria Ospedali in grado di soddisfare, in una unica propria sede, i requisiti assistenziali e gli standard di qualità per l'assistenza della gravidanza ad alto rischio sia per la funzione ostetrica che per la funzione neonatale.

L'integrazione funzionale tra le Strutture di neonatologia, patologia neonatale, terapia intensiva neonatale, ostetricia e ginecologia dell'Istituto G. Gaslini e dell'A.O. Universitaria San Martino può soddisfare i requisiti di punto nascita di 3° livello.

NASCITA COME EVENTO NATURALE

La riorganizzazione dei punti nascita secondo standard assistenziali di qualità non sempre è sinonimo di adeguamento delle procedure, del rispetto della fisiologia e dei tempi del parto. Molti elementi hanno alimentato la cultura della gravidanza come evento di rischio, della gravidanza come stato di malattia, del mettere al mondo come uno stato di fragilità, perdita di capacità decisionale e dipendenza.

Nel dibattito tra nascita più sicura in ospedale e più "naturale" a domicilio è stata individuata una soluzione intermedia che fosse in grado di portare un po' di casa in ospedale, una risposta più realistica al bisogno di utilizzare in modo appropriato il progresso scientifico in un contesto ed in un'ottica di familiarità, intimità e comfort.

L' Azienda Ospedaliera-Universitaria San Martino, attraverso il Dipartimento Universitario di Ginecologia ed Ostetricia, per ridisegnare ed attrezzare livelli crescenti di complessità anche ai fini della ottimizzazione delle risorse, ha realizzato una esperienza pilota in alternativa al reparto ospedaliero standard. Il Centro Nascita prevede che l'assistenza alla madre e al neonato sia affidata esclusivamente all'ostetrica in caso di gravidanza a basso rischio preventivamente selezionata. In questo contesto la presenza dell'ostetrica è garanzia di successo nel parto fisiologico, come la presenza del ginecologo lo è in caso di deviazione dalla normalità.

Il modello è quello della Casa di Maternità intraospedaliera, con l'obiettivo di verificare anche qui gli items dimostrati nella letteratura internazionale e cioè ridurre l'interventismo in travaglio aumentare la satisfaction da parte delle donne nei confronti dell' assistenza ricevuta.

6.4 Trauma center e Sistema Integrato Assistenza al Trauma (SIAT) in Liguria

La Regione Liguria non ha un Registro Traumi con dati già consultabili. Dall'analisi delle SDO dei pazienti dell'Ospedale Santa Corona, contando i pazienti dimessi con i codici da 800 a 959.9 della classificazione ICD9-CM (eventi compresi nel capitolo "trauma ed avvelenamento") possiamo ottenere il numero dei pazienti ricoverati per trauma nell'anno 2006 : esso è 1383.

Non è possibile dire al momento con precisione quale sarà numericamente la popolazione servita. Gli abitanti del territorio dell'ASL 2 sono 282.548. Gli abitanti del territorio dell'ASL 1 sono 217.037. La somma di queste due quantità costituisce il potenziale bacino di utenza del nuovo TC dell'Ospedale Santa Corona ed è di 499.585 residenti. Poiché tale numero nei periodi di maggior afflusso turistico (periodo estivo, festività o "ponti") aumenta in maniera rilevante secondo una modalità disomogenea, concordando con i servizi 118 di Savona e Imperia criteri di centralizzazione dei pazienti con trauma maggiore, conformi a quelli della letteratura corrente, è facile ipotizzare un chiaro aumento nel numero di pazienti con trauma grave che saranno trattati al S. Corona. Questa centralizzazione permetterà risparmi economici e miglioramento delle fasi diagnostico-terapeutiche, ed è dimostrato che organizzazione significa ottimizzazione ed evoluzione.

La particolare orografia del territorio della Regione Liguria è caratterizzata da una viabilità con poche alternative, con picchi di congestione frequenti legati all'affluenza turistica.

Va rimarcato il fatto che l'aumento della popolazione coincide in maniera visibile con le alterazioni critiche della viabilità.

Esiste un solo servizio di Elisoccorso, con sede a Genova. L'elicottero vola solo durante il giorno e i tempi per raggiungere la parte mediamente distante del Ponente regionale da Genova sono incompatibili con i criteri di "prontezza", aggirandosi intorno ai 40-60 minuti di volo.

La collocazione dell'Ospedale Santa Corona rende vantaggioso per tutta l'area del ponente il raggiungimento, trovandosi a circa 80 km. dalla sede di Genova. L'ospedale risulta raggiungibile in tempi contenuti sia dal Ponente sia da Savona, e compatibili con criteri di "prontezza" dell'assistenza, con mezzi terrestri.

E' previsto nel prossimo futuro un servizio di ELISOCORSO con base a Villanova d'Albenga per ottimizzare ulteriormente i tempi di primo intervento.

La presenza dell'insieme di alcune figure professionali (sia chirurgiche, sia diagnostiche, sia riabilitative) ha dato luogo ad una tradizione di affluenza di fatto di pazienti da ospedali del territorio dell'ASL 2 e di altre ASL verso l'Ospedale Santa Corona. Un'esperienza riconosciuta dalla tradizione nel trattamento del paziente affetto da trauma è un dato consolidato. In particolare la presenza delle S.C. di Neurochirurgia e di Chirurgia Vertebrale, associato alla presenza della S.C. Unità Spinale Unipolare, rendono l'Ospedale Santa Corona l'unico punto di riferimento del Ponente ligure per la maggioranza dei problemi presentati dal paziente affetto da politrauma sia in acuto sia in fase riabilitativa.

La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Liguria permette di ridefinire secondo una classificazione attuale il ruolo dell'ospedale, riconoscendo le proporzioni dell'attività svolta, rafforzando un ruolo in parte già ricoperto.

Dai dati sopra menzionati, nel Ponente Ligure è ipotizzabile una organizzazione del Sistema Integrato Assistenza Traumi che abbia come obiettivo il controllo dell'evoluzione, il trattamento del danno da trauma, la riabilitazione del paziente che abbia subito un trauma.

In tale contesto di SIAT è ipotizzabile un centro Hub di 2° livello, ove centralizzare tutti i traumi con criteri di trauma maggiore, identificabile come CTS - adulti e collocato come sede presso l'Ospedale Santa Corona (DEA di 2° livello), ed almeno due centri Spoke di 1° livello identificati presso l'Ospedale San Paolo di Savona e presso l'Ospedale di Imperia.

L'ambito di utenza territoriale è identificato dai Servizi 118 di Savona e di Imperia. L'invio al CTS - adulti del Ponente viene regolato da criteri di centralizzazione primaria, stabiliti dalla letteratura aggiornata.

Il CTS - adulti Ospedale Santa Corona dispone delle professionalità necessarie per identificare e trattare in modo definitivo le lesioni afferenti.

E' comunque da prevedere l'acquisizione di unità medico-infermieristiche che andranno a rafforzare i punti "critici" del sistema, individuati in base ai protocolli organizzativi del "CTS", tenendo comunque ben presente la criticità dei due estremi della "catena" CTS, rappresentati :

- 1) dalla fase di accoglienza e prima valutazione-stabilizzazione intraospedaliera;
- 2) dal periodo di degenza una volta terminata la fase iniziale di emergenza-urgenza.

La prima fase dovrà avvenire in uno spazio adeguato – Shock room – con almeno 2 o 3 letti completamente dotati di attrezzature per la rianimazione, ricavabili da parziali modifiche strutturali e di ridistribuzione di spazi del PS - Medicina di Urgenza, con adeguata organizzazione del personale, al fine di ridurre al massimo la possibilità di over o under triage.

Per il periodo di degenza si dovranno prevedere 5 letti di Terapia Intensiva derivanti dalla trasformazione degli attuali 5 letti di Terapia post-intensiva, operazione attuabile negli spazi già presenti, con il solo incremento di attrezzature mobili per la rianimazione.

6.5. La formazione degli operatori sanitari: leva per lo sviluppo del sistema e integratore organizzativo

La formazione degli operatori sanitari, oltre ad essere un obbligo normato dal sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), deve trasformarsi in strumento reale di crescita professionale finalizzato al costante miglioramento del sistema sanitario regionale.

La formazione ECM regionale, iniziata nel 2006, concluderà la sua fase sperimentale nel 2008. In questa prima fase sono stati accreditati 27 Provider, di cui 10 Aziende Sanitarie e si sono effettuati 130 interventi formativi che hanno visto coinvolti circa 18.000 operatori.

In questo primo periodo, a fronte di un sostanziale funzionamento del sistema, si è assistito a situazioni in cui singole iniziative formative, pur con obiettivi analoghi, siano state poco coordinate e a volte tra loro concorrenziali.

L'aumento a volte disordinato ed eterogeneo dell'offerta formativa al quale gli operatori sanitari spesso rispondono in maniera spontanea, là dove è carente una pianificazione dell'organizzazione, ha determinato un oggettivo rischio di "dispersione", frammentazione ed eterogeneità dei percorsi anche di operatori con medesime responsabilità professionali.

D'altro canto non si può prescindere dal considerare la formazione permanente come strumento cardine di crescita non solo personale del singolo professionista ma anche collettiva del sistema. Soprattutto in un momento come l'attuale, caratterizzato da necessari cambiamenti organizzativi e ristrutturazioni, la formazione può e deve svolgere la funzione di integratore organizzativo, senza il quale il processo di cambiamento viene vissuto prevalentemente, se non interamente, come perdita di certezza e sicurezza, evento negativo al quale opporsi.

Affinché la formazione possa estrinsecare il proprio potenziale positivo al servizio del sistema sanitario regionale è necessario che si sviluppino percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con le priorità, le innovazioni, le strategie del sistema sanitario e con lo sviluppo professionale individuale.

Per raggiungere ciò è inoltre necessario che il sistema sanitario nel suo insieme sia in grado di analizzare il reale bisogno formativo degli operatori, sia valutando la richiesta di formazione espressa dagli operatori, ma soprattutto ricercando e misurando il divario tra l'atteso, in termini di prestazione, e l'erogato, il divario tra il programmato e il realizzato. Nel prossimo triennio dovrà realizzarsi una crescita del sistema sanitario regionale nel suo complesso anche in ordine alla capacità di identificare e misurare quali indicatori potranno/dovranno modificarsi dopo un intervento formativo, così da valutare l'effettivo impatto o meno della formazione sul sistema.

Diventa indispensabile attuare ciò, anche tenuto conto delle ingenti risorse economiche, umane ed organizzative che il servizio sanitario regionale mette in campo in questo ambito.

Attraverso il Piano Sanitario si definisce la programmazione per il prossimo triennio e gli attori principali del sistema, le Aziende Sanitarie, devono necessariamente orientare la formazione dei propri operatori per il prossimo triennio prevalentemente sui seguenti obiettivi e azioni programmate:

1. Riduzione della mortalità perinatale

2. Riduzione della mortalità evitabile per:
 - a) Tumori
 - b) Malattie cardiovascolari:
 - Malattie ischemiche del cuore
 - Malattie cerebrovascolari
 - c) Traumatismi e avvelenamenti
3. Riduzione della mortalità per patologie correlate alle pratiche assistenziali

Il quadro complessivo nel quale attuare la programmazione formativa deve fare riferimento altresì ai seguenti principi sottesi alla stesura del Piano Sanitario:

1. porre l'attenzione ai bisogni primari socio sanitari dei cittadini liguri
2. favorire l'integrazione delle figure professionali al fine di garantire un approccio sistemico al bisogno di salute
3. restituire alla Regione il ruolo di governo e coordinamento
4. sostituire il concetto di concorrenza con quello di cooperazione e collaborazione, unici mezzi per garantire una sanità efficace, sostenibile.
5. favorire l'integrazione funzionale tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri
6. garantire la visione d'insieme dei problemi, partendo dalle 4 aree cardini: prevenzione, acuzie – emergenza – urgenza, cronicità, riabilitazione
7. costruire una struttura a reti integrate
8. applicare percorsi diagnostico-terapeutici secondo la medicina basata sulle prove di efficacia
9. istituire un sistema informativo che risponda all'inderogabile necessità di disporre di una corretta e esaustiva informazione sulle prestazioni erogate e sui bisogni
10. Costruire un efficace sistema di verifica di quanto realizzato.

Particolare attenzione deve essere infine posta sulla competenza comunicativa dei singoli operatori, delle organizzazioni e del sistema sanitario nel suo complesso perché spesso una "cattiva" o inadeguata comunicazione inficia una prestazione sanitaria corretta, oltre a determinare un significativo peggioramento della qualità percepita.

6.6 Relazioni sindacali

Anche in relazione all'attuazione del presente provvedimento, la Regione ritiene opportuno proseguire un sistema di relazioni sindacali, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 74 della l. 41/2006, fondato sulla conoscenza reciproca della sfera di azione e autonomia propria di ciascuna parte e allo stesso tempo esprime un forte orientamento che venga attuato un sistema di relazioni finalizzato al positivo sviluppo del dialogo tra parti ritenuto elemento fondamentale per garantire le sinergie presenti tra gli attori del servizio sanitario regionale.

In particolare si ritiene debba essere perseguito un puntuale confronto finalizzato alla concertazione nelle materie attinenti la formazione del personale, la mobilità dello stesso con particolare riguardo al personale eventualmente da utilizzare in altre strutture anche a seguito dei processi di riorganizzazione di cui al presente provvedimento, alla definizione degli assetti organizzativi la cui attuazione compete alla Giunta regionale ai sensi del presente provvedimento.