



CONSIGLIO REGIONALE DELLA LIGURIA

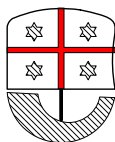
Legislatura : 8

P.D.D. n°. 85

Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza - Linee di indirizzo, criteri modalità e termini di realizzazione.

Data Certificazione : 11/08/2006

Testo finale :



CONSIGLIO REGIONALE DELLA LIGURIA

ESTRATTO del Processo verbale dell'adunanza dell' 8 agosto 2006

Seduta pubblica Sessione II ordinaria Intervenuti Consiglieri N. 31

Presidente Giacomo Ronzitti

Consigliere Segretario Patrizia Muratore

Prot. N. - o.d.g. n. 220

Deliberazione n. 29

OGGETTO: PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI CURA E DI ASSISTENZA – LINEE DI INDIRIZZO, CRITERI, MODALITA' E TERMINI DI REALIZZAZIONE

IL CONSIGLIO REGIONALE

Richiamata la propria deliberazione n. 3 del 20-27 gennaio 2004 (Piano sociosanitario regionale 2003-2005);

Viste le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 932 del 5 agosto 2005 ad oggetto: “Indirizzi ed adempimenti per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale – Obiettivi dei Direttori Generali”;
- n. 1795 del 30 dicembre 2005, ad oggetto: “Pacchetti Ambulatoriali Complessi: riconversione al livello ambulatoriale di alcuni DRG ad elevato rischio di inappropriatazza” nella quale è prevista la creazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) al fine di ricercare un diverso modello organizzativo per l'erogazione di prestazioni plurispecialistiche e consentire un uso più appropriato delle risorse;

Richiamato l'articolo 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, 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;

Premesso che:

- gli obiettivi fissati ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie liguri sottolineano la necessità di valorizzare e potenziare i livelli di assistenza extraospedaliera e di prevenzione mediante la

riorganizzazione e la riqualificazione della funzione ospedaliera che deve essere improntata alla ricerca dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficienza, con conseguente riconversione delle risorse così rese disponibili;

- gli obiettivi specifici relativi al livello ospedaliero hanno riguardato in particolare:
 - ◆ ricerca dell'appropriatezza della funzione ospedaliera, attraverso la riconversione da regime ordinario a day hospital per i DRG che ricadono nelle fasce di appropriatezza più basse;
 - ◆ diminuzione del tasso di ospedalizzazione;
 - ◆ conversione di posti letto da ricovero acuto a riabilitativo;
- i provvedimenti da adottare per il raggiungimento dell'obiettivo indicato dal citato articolo 4 dell'intesa Stato/Regioni devono prevedere l'adeguamento agli standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005, 2006, oggetto di verifica da parte del Ministero della Salute;
- l'articolo 4 sub. a) succitato consente, rispetto a tali standard, una variazione non superiore al 5 per cento in più, in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni;
- le condizioni demografiche e orografiche della Liguria rendono compatibile la maggiorazione del 5 per cento, che si ritiene opportuno applicare allo standard di posti letto per ricoveri di acuti;
- gli obiettivi da raggiungere sulla base delle indicazioni sopra esplicitate sono:
 - ◆ 4,68 posti letto per 1000 abitanti complessivo
Così composto:
 - ◆ 3,78 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di acuti
 - ◆ 0,9 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di riabilitazione;
- nonostante il sensibile miglioramento dell'appropriatezza della funzione ospedaliera, ottenuto attraverso la riconversione da regime ordinario a day hospital per i DRG che ricadono nelle fasce di appropriatezza più basse, la diminuzione del tasso di ospedalizzazione e la conversione di posti letto da ricovero acuto a riabilitativo e/o cronico - lo standard ligure, calcolato sulla media dei posti letto dell'anno 2004, è
 - 4,71 posti letto per 1000 abitanti, così composto:
 - 4,40 per ricoveri di acuti
 - 0,31 per ricoveri di riabilitazione;
- si rende necessaria, pertanto, un'ulteriore manovra contenitiva, al fine di portare gli standard regionali ai valori indicati dall'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005;
- gli obiettivi da raggiungere sono indicati nei documenti analitici relativi al raggiungimento dello standard obiettivo posti letto, facenti parte del piano di riordino della rete di cura ed assistenza da approvare con il presente provvedimento denominati:

Rideterminazione della dotazione di posti letto di riabilitazione e cure intermedie della Regione Liguria;

Rideterminazione della dotazione di posti letto per ricoveri di acuti della Regione Liguria;

Considerato che:

l'entità dei posti letto da ridurre e di quelli da riconvertire comporta che la manovra sia definita per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza di cui, con il presente provvedimento, vengono definiti gli indirizzi ed i criteri programmatici;

appare, d'altra parte, urgente definire una prima serie di interventi che consenta di attivare l'operazione di riordino il cui avvio appare urgente tenuto conto delle disposizioni della normativa statale e dell'intesa Stato/Regioni sopra citata;

la gradualità di riconversione della rete ospedaliera è, peraltro, necessariamente dettata dai tempi di implementazione dei processi di ristrutturazione della rete della residenzialità e dell'assistenza domiciliare e deve pertanto essere attuata contestualmente alla stessa;

appare quindi necessario provvedere a:

- definire una prima serie di interventi di riduzione e di trasformazione che dovranno essere attivati con urgenza dalle Aziende Sanitarie Liguri;
- individuare i criteri, le modalità ed i termini in base ai quali la Giunta regionale definirà il quadro complessivo della riorganizzazione della rete di cura ed assistenza;

Considerato, altresì che:

sulla base di quanto sopra esposto sono stati individuati criteri ed indirizzi che, pur traendo origine dalla necessità contingente di adeguamento agli standard dell'Intesa Stato/Regioni, sviluppano principi che possono costituire riferimento in vista della più complessiva manovra di reingegnerizzazione della rete di cura ed assistenza ligure;

per una realistica riparametrazione di posti letto a livello di ASL, bisogna considerare che insistono sul territorio di alcune Aziende Sanitarie strutture che erogano prestazioni di alta specialità e quindi esercitano attrazione a livello regionale. Si è reso necessario, pertanto, ridistribuire i posti letto attribuendoli, seppur in modo virtuale, a ciascuna ASL per la quota utilizzata dai propri residenti; ne è derivata una ridistribuzione di posti letto nelle diverse Aziende sanitarie che pur se definita in valori numerici generali, deve essere oggetto di rivisitazione e di rimodulazione all'interno di aree territoriali più vaste rispetto a quelle di ogni singola ASL;

la strategia per procedere agli interventi di riduzione/conversione, infatti, non può essere realizzata sulla base di ogni singola area territoriale di ASL bensì sulla base di aree più vaste che comprendano più ASL ed Aziende Ospedaliere;

al fine di definire la prima fase degli interventi si è fatto ricorso alla convocazione di "Conferenze di area" allo scopo di garantire un equilibrio nell'offerta assistenziale su tutto il territorio ligure che tenga conto della collocazione delle Aziende ospedaliere e degli Istituti scientifici, delle sinergie fra territori confinanti, dei progetti di ammodernamento del parco ospedaliero regionale, dei possibili nuovi assetti organizzativi scaturiti dall'applicazione degli elementi del governo clinico;

le Conferenze di area sono state individuate nelle seguenti:

- Conferenza del Ponente comprendente:
 - ASL n. 1, ASL n. 2, A.O. Santa Corona, A.O. S.Martino;
- Conferenza dell'area metropolitana, comprendente:
 - ASL n. 3, A.O. S. Martino, A.O. Villa Scassi, E.O. Galliera, Ospedale Evangelico ASL n. 4;
- Conferenza del Levante comprendente:
 - ASL n. 5, ASL n. 4, A.O. S. Martino;

Gli Istituti scientifici partecipano, per le attività di competenza, ai lavori delle Conferenze.

- a fronte degli indirizzi strategici e degli indicatori di appropriatezza ed efficienza proposti dalla Regione, le Aziende sanitarie ed ospedaliere componenti le Conferenze di area hanno proposto una serie di prime azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera e di potenziamento della rete di cura e assistenza riabilitativa intra ed extraospedaliera;
- a seguito delle proposte pervenute, tenuto conto degli indirizzi sopra indicati e dei vincoli posti dall'Intesa Stato-Regioni sono stati predisposti gli elaborati e le tabelle che costituiscono il documento facente parte del presente piano denominato:

Prima fase della riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza;

il percorso sopra illustrato appare perseguibile anche per la definizione della successiva fase e, pertanto viene inserito nel presente piano nel documento denominato:

Principi, criteri, procedure e termini per la definizione del quadro complessivo di riordino della rete regionale di cura e di assistenza

la descritta manovra contenitiva deve contestualmente prevedere opportune politiche di riconversione del personale, attraverso percorsi formativi e di aggiornamento del personale in esubero, finalizzate a superare le eventuali situazioni di carenza di organico;

alla luce dei principi di efficienza e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nonché della conversione di posti letto da ricovero acuto a riabilitativo è necessario che le Aziende Sanitarie intraprendano azioni organizzative al fine di realizzare percorsi integrati riabilitativi nelle discipline di ortopedia, traumatologia, neurologia e cardiologia, anche con accordi contrattuali con strutture pubbliche e private;

Ritenuto pertanto di approvare il Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Viste le proposte di deliberazione della Giunta regionale n. 20 del 7 luglio 2006 e n. 25 del 28 luglio 2006 preventivamente esaminate dalla II Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 26 dello Statuto e 23, primo comma del Regolamento interno, nella seduta del 31 luglio 2006;

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

D E L I B E R A

1. di approvare il Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza allegato alla presente deliberazione, quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di 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;
3. di 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;
4. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio sanitario regionale avvino entro trenta giorni dalla entrata in vigore del presente

- 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;
5. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio sanitario regionale prevedano, 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.

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 del Segretario, si ha il seguente risultato (come da elenco agli atti):

- presenti n. 30
- votanti n. 29
- voti favorevoli n. 23
- voti contrari n. 6
- astenuti n. 1

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

IL PRESIDENTE
(Giacomo Ronzitti)

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
(Patrizia Muratore)

MM/TCB

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI CURA E DI ASSISTENZA -
LINEE DI INDIRIZZO, CRITERI, MODALITA' E TERMINI DI REALIZZAZIONE.

1. IL FABBISOGNO QUANTITATIVO PER GRUPPI PREVALENTI

Le Schede di Dimissione Ospedaliera offrono informazioni sull'incidenza degli esiti di evento morboso acuto caratterizzati da perdita di autonomia funzionale e necessità di avvio del trattamento di recupero in condizioni protette. In particolare permettono di identificare alcuni gruppi di bisogno prevalente:

1.1. recupero funzionale motorio in soggetti sottoposti ad interventi ortopedici di protesi (anca, ginocchio)

Questa tipologia di soggetti ha peculiarità precise: è prevedibile per quantità (analisi della casistica dell'anno precedente), richiede un immediato accesso ai letti di degenza riabilitativa dopo l'intervento (dalla 5a alla 7a giornata), e prevede una rieducazione intensiva di breve durata (massimo tempo di degenza dai dieci ai quindici giorni), seguita da breve follow-up ambulatoriale (massimo due mesi). Il totale dei posti letto necessari è stato calcolato con i seguenti criteri:

I giorni di degenza complessiva annua per questa tipologia di situazioni cliniche si ottiene moltiplicando il numero di casi 2004 afferenti al DRG 209, con diagnosi principale diversa da frattura di femore, erogati dalle strutture liguri e dalle strutture fuori regione a favore dei liguri per 15 giorni (massimo tempo di degenza riabilitativa). Il rapporto fra le giornate di degenza e il tasso di occupazione annuo dei posti letto (95%) ha prodotto il numero dei posti letto riabilitativi necessari in Liguria per il recupero funzionale motorio in soggetti sottoposti ad interventi ortopedici di protesi (anca, ginocchio) (Vedi Tabella 1)

AZIENDA	CASI 2004 EROGATI DA STRUTTURE LIGURI PER LIGURI	CASI 2004 FUORI REGIONE PER ASL DI RESIDENZA	casi totali 2004	PP. LL TOTALI
ASL 1	144	274	418	18
ASL 2	786	299	1085	47
ASL 3	1083	577	1660	72
ASL 4	38	169	207	9
ASL 5	288	295	583	25
TOTALE	2339	1614	3953	171

TAB. 1

1.2. recupero funzionale motorio e di socializzazione in soggetti colpiti da lesione neurologica a seguito di insulto vascolare (stroke)

La necessità di questi pazienti di accedere a terapia di recupero e rieducazione funzionale è completamente diversa dalla precedente. Nel 80% della casistica si tratta di soggetti anziani (over 75), in genere con alcuni fattori patologici intemistici (ipertensione, obesità, diabete, concomitante malattia cardiaca e/o vascolare periferica) con diversi gradi di inabilità che compromette non solo l'apparato locomotore, ma anche il linguaggio, la fonazione e la deglutizione, con conseguenti rischi di malnutrizione protido calorica. La degenza riabilitativa in post acuzie (in genere entro quindici giorni dall'evento) è di durata variabile, mai inferiore al mese, e in stretta dipendenza dalle potenzialità del contesto familiare. Per contenere i tempi di degenza in stato di post acuzie è utile prevedere nell'équipe riabilitativa anche la figura dell'internista / nutrizionista. Al termine della degenza è comunque necessaria una presa in carico indefinita del paziente, sia come residenzialità di medio lungo termine (RSA o RP), sia come prosecuzione ambulatoriale o, più spesso domiciliare della terapia riabilitativa al fine di ridurre o di stabilizzare gli esiti della disabilità. È adeguato programmare una quota dei posti letto di riabilitazione motoria non inferiore ad un terzo (30%) e non superiore al 60% della casistica. Il totale dei posti letto necessari è stato calcolato con i seguenti criteri:

Il numero dei casi 2004 con D.P. 430-431-432-433-434-436 - ad esclusione della presenza dello 0 in quinta cifra che sta ad indicare "senza infarto"- erogati dalle strutture liguri e dalle strutture fuori regione a favore dei liguri è stato moltiplicato per 30 giorni (degenza minima riabilitativa) ottenendo i giorni di degenza complessiva annua. Ipotizzando che il 60 % dei pazienti affetti da stroke necessiti di riabilitazione si riporta in Tabella 2 il fabbisogno conseguente a tale percentuale.

AZIENDA	CASI 2004 EROGATI DA STRUTTURE LIGURI PER LIGURI	CASI 2004 FUORI REGIONE PER ASL DI RESIDENZA	casi totali 2004	PP. LL TOTALI	fabbisogno (60% dei pp.ll. totali)
ASL 1	688	23	711	62	37
ASL 2	754	42	796	36	41
ASL 3	1920	109	2029	35	105
ASL 4	333	12	345	29	18
ASL 5	511	59	570	49	30
TOTALE	4206	245	4451	385	231

TAB. 2

1.3. recupero funzionale in soggetti colpiti da trauma, seguito da terapie chirurgiche ortopediche (in larga misura anziani con fratture femorali, ma anche esiti di politrauma stradale).

In questo caso va considerata la duplice opzione del soggetto con polipatologie a carattere internistico o quella del soggetto giovane con soli esiti del trauma e della ricostruzione chirurgica

1° Caso (fratture femorali): il numero dei casi 2004 con D.P. 820-821 erogati dalle strutture liguri e dalle strutture fuori regione a favore dei liguri è stato moltiplicato per 20 giorni (degenza minima riabilitativa) ottenendo i giorni di degenza complessiva annua. Il rapporto fra le giornate di degenza e il tasso di occupazione annuo dei posti letto (95%) ha prodotto il numero dei posti letto riabilitativi necessari in Liguria per il recupero funzionale in soggetti colpiti da fratture femorali (Tab. 3).

AZIENDA	CASI 2004 EROGATI DA STRUTTURE LIGURI PER LIGURI	CASI 2004 FUORI REGIONE PER ASL DI RESIDENZA	casi totali 2004	PP. LL TOTALI
ASL 1	440	35	475	28
ASL 2	685	54	739	43
ASL 3	1998	130	2128	124
ASL 4	293	22	315	18
ASL 5	423	39	462	27
TOTALE	3839	280	4119	240

TAB. 3

2° Caso (politraumi): il numero dei casi 2004 afferenti ai DRG 484-485-486-487 erogati dalle strutture liguri e dalle strutture fuori regione a favore dei liguri è stato moltiplicato per 30 giorni (degenza media riabilitativa) ottenendo i giorni di degenza complessiva annua. Il rapporto fra le giornate di degenza e il tasso di occupazione annuo dei posti letto (95%) ha prodotto il numero dei posti letto riabilitativi necessari in Liguria per il recupero funzionale di soggetti colpiti da politrauma da accidente (Tab. 4).

AZIENDA	CASI 2004 EROGATI DA STRUTTURE LIGURI PER LIGURI	CASI 2004 FUORI REGIONE PER ASL DI RESIDENZA	casi totali 2004	PP. LL TOTALI
ASL 1	34	3	37	3
ASL 2	72	7	79	6
ASL 3	237	7	244	20
ASL 4	20	3	23	2
ASL 5	34	9	43	4
TOTALE	397	29	426	35

TAB. 4

1.4. disabilità legata a malattie neurologiche (distrofie muscolari, parkinson) o a patologie dell'apparato locomotore a carattere progressivo (AR, Paget, Polimialgie, LES, etc)

Bisogno non significativo

- 1.5.** Riabilitazione d'organo: si tratta per lo più di riabilitazione cardiologica post chirurgica (protesi valvolari e bypass aortocoronarici. Si escludono da questa categoria i soggetti sottoposti a PTCA primaria o elettiva anche con applicazione di stents) oppure postinfartuale (IMA ST sopra complicati, scompenso cardiaco cronico) Il numero dei casi 2004 erogati dalle strutture liguri e dalle strutture fuori regione a favore dei liguri afferenti ai seguenti drg:104-105-106-107-108-110-111-478-479 è stato moltiplicato per 15 giorni (massimo tempo di degenza riabilitativa) ottenendo i giorni di degenza complessiva annua. Il rapporto fra le giornate di degenza e il tasso di occupazione annuo dei posti letto (95%) ha prodotto il numero dei posti letto riabilitativi necessari in Liguria per la riabilitazione cardiologica post chirurgica (protesi valvolari e bypass aortocoronarici). Si escludono da questa categoria i soggetti sottoposti a P.T.C.A. primaria o elettiva anche con applicazione di stents oppure postinfartuale (IMA ST sopra complicati, scompenso cardiaco cronico).

AZIENDA	CASI 2004 EROGATI DA STRUTTURE LIGURI PER LIGURI	CASI 2004 FUORI REGIONE PER ASL DI RESIDENZA	CASI TOTALI 2004	PP. LL TOTALI
ASL 1	195	103	298	13
ASL 2	264	134	398	17
ASL 3	1790	214	2004	87
ASL 4	521	56	577	25
ASL 5	141	230	371	16
TOTALE	2911	737	3648	158

TAB. 5

In conclusione:
si riporta in tabella 6 il fabbisogno di posti letto per riabilitazione ospedaliera che emerge dall'analisi sopra riportata per ASL di riferimento:

AZIENDA	GR 1 209	GR 2 STROKE	GR 3 FEMORE	GR3 POLITRAUMA	GR 5 CARDIO	TOTALE
ASL 1	18	37	28	3	13	99
ASL 2	47	41	43	6	17	154
ASL 3	72	105	124	20	87	408
ASL 4	9	18	18	2	25	72
ASL 5	25	30	27	4	16	102
TOTALE	171	231	240	35	158	835

TAB. 6

mentre in Tabella 7 sono riportati i posti letto già presenti nelle 5 ASL:

AZIENDA	PP.LL. NEURO	PP.LL. ORTO	PP.LL. CARDIO E PNEUMO	TOTALE
ASL 1		21		21
ASL 2	24	84		108
ASL 3	10	140	92	242
ASL 4		14	28	42
ASL 5		66	8	74
TOTALE	34	325	128	487

Tab. 7

Mentre la tabella 8 porta in evidenza il reale fabbisogno per ASL di riferimento:

AZIENDA	PP.LL. NEURO	PP.LL. ORTO	PP.LL. CARDIO E PNEUMO	TOTALE
ASL 1	37	28	13	78

ASL 2	17	12	17	46
ASL 3	95	76	-5	166
ASL 4	18	15	-3	30
ASL 5	30	-10	8	28
TOTALE	197	121	30	348

Tab.8

2. IL FABBISOGNO QUALITATIVO

D'altro canto, la stessa menomazione pone problemi prognostici e di progetto riabilitativo diversi in relazione ad aspetti globali della condizione del soggetto. In tal senso possono venire distinti alcuni gruppi di condizioni in postacuzie che richiedono risposte attraverso offerte organizzativo-strutturali diverse:

2.1. Offerta di base

- Area prevalente: medicina riabilitativa

A. Soggetti con buona prognosi di recupero e livello medio di comorbidità ma ancora possibili condizioni di moderata instabilità del quadro clinico, in particolare in relazione all' esercizio, in grado di sostenere programmi intensivi di almeno 3 ore/die.

Il progetto di struttura si orienta verso Strutture di medicina riabilitativa ospedaliera, e ha il compito di accelerare il turnover all' interno delle Unità Operative per acuti e lo sfruttamento rapido del potenziale di recupero.

B. Soggetti con buona prognosi di recupero e livello medio di comorbidità, in grado di sostenere programmi intensivi di recupero di almeno 3 ore/die, con tempi di degenza medi di 45 giorni

Il progetto di struttura si orienta verso Strutture di medicina riabilitativa ospedaliera o strutture equivalenti extraospedaliere e ha il compito di garantire lo sfruttamento rapido del potenziale di recupero.

- Area prevalente: medica ad orientamento gerontologico

C. Condizioni di fragilità post-acuta che comprendono soggetti moderatamente instabili, con grado di comorbidità elevata, dimessi da reparti per acuti sia chirurgici sia internistici con prevalente o esclusivo intervento di tipo medico-infermieristico. La funzione riabilitativa prevalente all' interno delle cure intermedie è la prevenzione del decondizionamento e del danno da immobilizzazione con recupero orientato alla stabilizzazione clinica generale.

Il progetto di struttura si orienta preferibilmente verso Strutture Ospedaliere o Strutture extraospedaliere di cure intermedie.

D. Soggetti con grado di comorbidità elevata, caratterizzate da una lieve instabilità del quadro clinico, in grado di sostenere programmi di riabilitazione e recupero inferiori a 1 ora/die, che necessitano di programmi ad elevata intensità di nursing, e che per ragioni di tipo socio-assistenziali insite al nucleo familiare non possono usufruire delle cure domiciliari.

Il progetto di struttura si orienta preferibilmente verso Strutture Residenziali extra-ospedaliere (RSA per trattamenti di fase post acuta ad alta integrazione sanitaria ex DGR 308/2005)

E. Soggetti con elevata dipendenza funzionale, assenza di prognosi di recupero, necessità di tutela per mantenimento della funzione residua che non possono venire assistiti a domicilio.

Il progetto di struttura si orienta preferibilmente verso forme di residenzialità protetta che garantiscano processi caratterizzati da elevato nursing tutelare e promozione della socializzazione.

2.2. Offerta di alta specialità

A. Esiti di lesioni midollari traumatiche e non. Sono assistiti all' interno delle Unità Spinali Unipolari

B. Esiti di gravi cerebro-lesioni acquisite e gravi traumi cranio-encefalici: sono costituiti da soggetti che presentano uno stato di coma più o meno protratto (GCS<8), gravi menomazioni comportamentali e diasabilità multiple e complesse.

Il progetto riabilitativo di struttura deve prevedere nell' immediata postacuzie Unità Operative Ospedaliere di

medicina riabilitativa in Ospedali sede di DEA di 2° livello e una forte integrazione con la rete di offerta di

base per la progettazione dell' intero processo di recupero - accoglienza.

2.3. Riabilitazione d' organo

A. Unità Operative Ospedaliere e Presidi extraospedaliere di Riabilitazione Cardiologica e Pneumologica

- 3. COME PROCEDERE
- 3.1. Dal fabbisogno quantitativo
 - A. Individuazione del bisogno di riabilitazione (punto 1) e residenzialità
- 3.2. Al fabbisogno qualitativo
 - B. Individuazione dell'articolazione del fabbisogno:

- i. Verrà realizzato un sistema di indicatori rivolto a classificare i pazienti in funzione del bisogno riabilitativo. Questo sistema alimenterà un flusso informativo che le Aziende e le strutture accreditate dovranno garantire. Tale flusso informativo determinerà con maggiore precisione il bisogno riabilitativo, in tutte le sue articolazioni, espresso dai cittadini liguri.
- ii. In assenza di un sistema di indicatori consolidato che permetta di classificare i pazienti in relazione al loro bisogno di riabilitazione le Aziende dovranno individuare dimensioni e volumi previsti di prestazioni secondo le diverse articolazioni dell'offerta descritte

3.3. All'individuazione delle risorse strutturali e professionali da convertire

	PREVALENZA	STRUTTURE	COMORBILITÀ	INSTABILITÀ	PROGNOSI	OBIETTIVO 1	OBIETTIVO 2
OFFERTA DBASE	MED. RIABILITATIVA	MEDICINA RIABILITATIVA OSPEDALIERA	0-1	1	2	↑ TURNOVER U.O. PER ACUTI	SFRUTTARE POTENZIALE RECUPERO
		MEDICINA RIABILITATIVA OSPEDALIERA O EXTRA	0-1	0	2	SFRUTTARE POTENZIALE RECUPERO	
	GERIATRIA	CURE INTERMEDIE OSPEDALIERE ED EXTRA OSPEDALIERE	2	2	0	PREVENZIONE DEL DANNO DA IMMOBILIZZAZIONE	STABILIZZAZIONE E CLINICA GENERALE
		RESIDENZIALITÀ EXTRA OSPEDALIERA	2	1	1	IMPOSSIBILITÀ A SOSTENERE UN PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI	
		RESIDENZIALITÀ PER IL MANTENIMENTO	2	1	0	MANTENIMENTO FUNZIONE RESIDUA IMPOSSIBILE AL DOMICILIO	

Legenda:

COMORBILITÀ

0=Assenza di comorbidity

INSTABILITÀ

0=Assenza di instabilità

PROGNOSI

0=Mantenimento funzione residua

1=Livello medio di comorbidità
2=Grado elevato di comorbidità

1=Livello medio di instabilità
2=Grado elevato di instabilità

1=Media possibilità di ripresa funzionale
2=Possibilità di completa ripresa funzionale

Rideterminazione della dotazione di posti letto per ricoveri di acuti della Regione Liguria

Individuazione dei posti letto da ridurre / convertire nel triennio 2005-2007 suddivisi per asl/area territoriale

Situazione al 31/12/2004: (tab. 0)

Dati i 7526 posti letto (5999 per ordinari, 1028 per day hospital e 499 per riabilitazione) lo standard ligure è di 4,72 posti letto per 1000 abitanti, così scomposto: 4,41 per ricoveri di acuti e 0,31 per ricoveri di riabilitazione.

Il P.S.R. 2003-2005 prevede l'adeguamento degli standard a 5 posti letto per 1000 abitanti di cui 1 per mille dedicato alla riabilitazione.

SITUAZIONE 2004 - INDICI P.L. PER ACUTI E PER RIABILITAZIONE							
	Popolazione residente 31/12/2004	P.letto Degenza ordinaria	Indice Degenza ordinaria	P.letto Day-hospital	Indice Day-hospital	P.letto Riabilitazione	Indice Riabilitazione
ASL 001 IMPERIESE	215.591	589	2,732	106	0,491	21	0,1
ASL 002 SAVONESE	281.620	1.078	3,827	154	0,546	120	0,43
ASL 003 GENOVESE	731.600	3.239	4,427	590	0,806	241	0,33
ASL 004 CHIAVARESE	147.723	478	3,235	63	0,426	42	0,28
ASL 005 SPEZZINO	215.775	615	2,850	115	0,533	75	0,35
Totali	1.592.309	5.999	3,767	1.028	0,645	499	0,31

Tab. 0

Obiettivo:

L'obiettivo previsto all'art. 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23/2/2005 è raggiungere nel triennio un indice complessivo di 4,5 p.l. per 1000 abitanti. Considerate le condizioni demografiche e orografiche della Liguria è compatibile la maggiorazione del 5%, che si ritiene opportuno applicare allo standard per ricoveri di acuti.

Pertanto riparametrando gli standard del P.S.R. consegue che 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

Riabilitazione (tab. 1)

Dai dati risulta che tutte le ASL sono carenti di posti letto di tipo riabilitativo. Per raggiungere l'obiettivo dello 0,9 p.l. per 1000 abitanti è necessario un incremento di 934 letti.

RIABILITAZIONE				
	Indice Riabilitazione attuale	P.letto Riabilitazione attuali	Obiettivo triennale	Incremento p.l. riabilitazione nel triennio
ASL 001 IMPERIESE	0,10	21	194	-173
ASL 002 SAVONESE	0,43	120	253	-133
ASL 003 GENOVESE	0,33	241	658	-417
ASL 004 CHIAVARESE	0,28	42	133	-91

ASL 005 SPEZZINO	0,35	75	194	-119
Totali	0,31	499	1.433	-934

Tab. 1

Acuti (tab. 2)

Per raggiungere l'obiettivo di 3,78 pp.ll. per 1000 abitanti è necessaria una riduzione/conversione a livello regionale di 1008 letti.

ACUTI				
AZIENDA	Indice per Acuti	posti letto acuti 2004	obiettivo triennale	posti letto da convertire nel triennio o aumentare (ind. 3,78)
ASL 001 IMPERIESE	3,22	695	815	120
ASL 002 SAVONESE	4,37	1.231	1.065	-166
ASL 003 GENOVESE	5,23	3.829	2.765	-1.064
ASL 004 CHIAVARESE	3,66	541	558	17
ASL 005 SPEZZINO	3,38	731	816	85
Totali	4,41	7.027	6.019	-1.008

Tab. 2

Peraltro, per una realistica riparametrazione di posti letto a livello di ASL, bisogna considerare che insistono sul territorio di alcune Aziende Sanitarie delle strutture che erogano prestazioni di alta specialità e quindi esercitano attrazione a livello regionale. Si è reso necessario, pertanto redistribuire i posti letto attribuendoli, seppur in modo virtuale, a ciascuna ASL per la quota utilizzata dai propri residenti.

Ne deriva per una redistribuzione di posti letto nelle diverse Aziende sanitarie che se definito in termini numerici generali deve essere oggetto di rivisitazione e di modulazione all'interno di aree territoriali più vaste rispetto a quella di una ASL. Lo strumento individuato dalla Regione Liguria è quello delle Conferenze per il riordino della rete ospedaliera che ha lo scopo di garantire un equilibrio nell'offerta assistenziale su tutto il territorio ligure che tenga conto della collocazione delle Aziende ospedaliere e degli Istituti scientifici, delle sinergie fra territori confinanti, dei Progetti di ammodernamento del parco ospedaliero regionale, dei possibili nuovi assetti organizzativi scaturiti dall'applicazione degli elementi del governo clinico.

A tal fine sono state eseguite le seguenti riparametrazioni:

I posti letto dell'Istituto Gaslini sono stati attribuiti alle ASL in base all'occupazione dei loro residenti: il rapporto fra le giornate di degenza delle prestazioni rese ai residenti delle ASL e il tasso di occupazione dei posti letto annuo (75%) ha prodotto il numero dei posti letto del Gaslini occupati dai residenti delle ASL 1, 2, 3, 4 e 5 (tab. 3/a)

ISTITUTO GASLINI - OCCUPAZIONE POSTI LETTO RESIDENTI ASL LIGURI			
Residenza	Giornate di degenza	Casi	posti letto occupati da cittadini asl 1-2-4-5 (75% annuo)
ASL 001 IMPERIESE	4.282	1.506	16
ASL 002 SAVONESE	5.787	1.871	21
ASL 003 GENOVESE	34.188	13.765	125
ASL 004 CHIAVARESE	4.407	1.834	16
ASL 005 SPEZZINO	2.908	1.256	11
Totali	51.572	20.232	189

Tab. 3/a

I posti letto, invece, utilizzati dai cittadini provenienti da fuori regione e dall'estero, nel 2004, sono stati distribuiti tra le ASL, in proporzione alla popolazione pediatrica residente (età < 18) (tab. 3/b).

ISTITUTO GASLINI - ATTRIBUZIONE POSTI LETTO MOBILITA' ATTIVA ALLE ASL IN RAPPORTO ALLA POPOLAZ. RESIDENTE < 18 ANNI.

ASL	pop.< 18 per ASL	distrib. Pop. <18	Attribuzione pp.ll. alle ASL
ASL 001 IMPERIESE	28.618	13,9%	30
ASL 002 SAVONESE	35.318	17,2%	37
ASL 003 GENOVESE	94.736	46,1%	100
ASL 004 CHIAVARESE	18.994	9,2%	20
ASL 005 SPEZZINO	27.748	13,5%	29
Totali	205.414	100%	216

Tab. 3/b

Sul territorio dell'ASL 3 sono presenti ospedali che erogano prestazioni di alta complessità. L'analisi per l'identificazione di tali DRG ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel D.M. del 1992 e il lavoro svolto dal gruppo tecnico interregionale per la mobilità sanitaria.

Il rapporto fra le giornate di degenza delle prestazioni rese ai residenti delle altre ASL e il tasso di occupazione dei posti letto annuo (75%) ha prodotto il numero dei posti letto dei presidi dell'area metropolitana (escluso il Gaslini) utilizzati dai residenti delle ASL 1, 2, 4, 5 (tab. 4)

ASL 3 - PRODUZIONE DRG ALTA SPECIALITA' OCCUPAZIONE DI POSTI LETTO DA PARTE DI CITTADINI RESIDENTI ASL 1-2-4-5			
RESIDENZA	GIORNATE DEG.	CASI	posti letto occupati da cittadini asl 1-2-4-5 (75% annuo)
USL 1	5.479	419	20
USL 2	6.877	509	25
USL 4	9.663	675	35
USL 5	4.067	285	15
Totale	26.086	1888	95

Tab. 4

I centri di alta specializzazione in campo neuroriabilitativo e ortopedico presenti sul territorio dell'ASL 2 erogano prestazioni di alta complessità e si identificano come poli di attrazione regionale. Il rapporto fra le giornate di degenza delle prestazioni rese ai residenti delle altre ASL e il tasso di occupazione dei posti letto annuo (75%) ha prodotto il numero dei posti letto dei presidi dell'area savonese occupati dai residenti delle ASL 1, 3, 4 e 5. (tab. 5)

ASL 2 - PRODUZIONE DRG ALTA SPECIALITA' OCCUPAZIONE DI POSTI LETTO DA PARTE DI CITTADINI RESIDENTI ASL 1-3-4-5

RESIDENZA	GIORNATE DEG.	CASI	posti letto occupati da cittadini asl 1-3-4-5 (75% annuo)
USL 1	3.992	338	14
USL 3	3.582	280	13
USL 4	509	43	2
USL 5	214	19	1
Totale	8.297	680	30

Tab. 5

Sul territorio dell'ASL 4 opera Villa Azzurra, struttura privata accreditata che eroga soprattutto prestazioni di alta complessità nell'area cardiocirurgica e cardiovascolare. Il rapporto fra le giornate di degenza dell'attività complessiva e il tasso di occupazione dei posti letto annuo (75%) ha prodotto il numero dei posti letto di Villa Azzurra occupati nel 2004 dai residenti delle ASL 1, 2, 3 e 5. (tab. 6/a)

VILLA AZZURRA-OCCUPAZIONE DI POSTI LETTO DA PARTE DI CITTADINI RESIDENTI ASL 1-2-3-4-5			
RESIDENZA	GIORNATE DEG.	CASI 2004	posti letto occupati da cittadini asl 1-2 - 3- 5 (75% annuo)
USL 1	323	44	1
USL 2	2109	312	8
USL 3	1392	209	5
USL 4	445	67	2
USL 5	3537	616	13
Totale	7.806	1248	29
			Tab. 6/a

POSTI LETTO LIGURI DA RIDURRE / CONVERTIRE NEL TRIENNIO 2005-2006-2007											
	Popolazione residente 31/12/2004	posti letto esistenti per acuti 2004	obiettivo triennale	posti letto da ridurre / convertire nel triennio	ridistribuzione pp.II. gaslini	pp.II. utilizzati per alta spec. in strutture asl 3 da residenti ASL 1,2,4,5	pp.II. utilizzati per alta spec. In strutture asl 2 da residenti ASL 1,3,4,5	Ridistribuzione pp.II. Villa Azzurra	pp.II. da convertire nel triennio	pp.II. convertiti/soppressi anno 2005 (confronto medie annue 2004/2005)	pp.II. da convertire o incrementare (ind. 3,78)
AREA DI PONENTE	497.211	1926	1880	-46	104	45	-16	9	-188	85	-103
AREA METROPOLITANA	731.600	3.829	2765	-1064	-180	-95	13	5	-807	1	-806
AREA DI LEVANTE	363.498	1.272	1.374	102	76	50	3	-14	-13	74	+61
TOTALE	1.592.309	7.027	6.019	- 1.008	0	0	0	0	-1008	160	-848

Criteri, indirizzi, procedure e termini per la definizione del quadro complessivo di riordino della rete di cura ed assistenza regionale

Criteri ed indirizzi

In relazione alle necessità evidenziate dall'intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, si è reso necessario stabilire alcuni principi e strumenti metodologici per ridefinire la rete ospedaliera regionale e il riassetto o consolidamento delle strutture distrettuali con il potenziamento delle attività, dei servizi territoriali e dell'integrazione sociosanitaria, nel quadro di un sistema unitario finalizzato a delineare un programma organico che ponga al centro di ogni azione il diritto alla salute dei cittadini.

Poiché l'operazione di rientro negli standard previsti dalla citata intesa rappresenta il punto di partenza per una manovra complessiva di riorganizzazione della rete ospedaliera, le seguenti considerazioni, traendo origine dalla necessità contingente di adeguamento agli standard dell'intesa, sviluppano principi e strumenti metodologici rivolti a dettare gli indirizzi per una più complessiva manovra di reingegnerizzazione della rete ospedaliera ligure.

Nell'ottica di quanto sopra appare utile avviare percorsi concertativi allargati con tutti gli attori, secondo modi e termini da definire nella fase successiva, finalizzati a riesaminare gli assetti istituzionali delle Aziende ospedaliere e delle Aziende sanitarie locali con particolare riferimento alle diverse specificità territoriali, anche nell'ottica di una loro evoluzione strutturale sia in senso verticale che in senso orizzontale.

PRINCIPI GENERALI

1. Reti integrate dei servizi (Hub & Spoke)
 - a) una strategia programmatica 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 riconfigurare il sistema dell'offerta verso il reale bisogno di salute del cittadino con l'obiettivo di abbattere le liste di attesa, intervenire sulla mobilità sanitaria, garantire la continuità dei servizi assistenziali e attuare strategie di riorganizzazione delle strutture esistenti e/o da realizzare;
 - b) 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 richiedendo, al contrario, la loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte secondo i diversi livelli di complessità dell'attività di pertinenza;
 - c) 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. La logica di rete privilegia infatti l'efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa della singola unità produttiva;
 - d) 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.

CRITERI PER VALUTARE L'OFFERTA DEI DIVERSI PRESIDII

1. L'offerta dei diversi presidi nelle singole discipline dovrà essere rivalutata alla luce dei seguenti criteri:
 - a) criteri Evidence Based e legati ai contenuti del manuale per l'accreditamento istituzionale
 - b) criteri legati alla disciplina
 - c) criteri legati al bacino d'utenza
 - d) calibrazione dei posti letto in funzione della struttura e del posizionamento della stessa nella rete dell'emergenza
 - e) criteri epidemiologici
 - f) criteri storici legati ai volumi di prestazioni rese dalla struttura e dai singoli professionisti
 - g) liste di attesa
 - h) flussi di utenti in mobilità passiva;
2. la ridefinizione delle dotazioni di posti letto dovrà ridurre al minimo gli inevitabili traumi che quest'operazione determinerà al sistema e, pertanto, sarà necessario:
 - a) predisporre strategie di informazione alla cittadinanza per contenere le reazioni che le comunità locali inevitabilmente produrranno;

- b) predisporre strategie di coinvolgimento degli operatori e delle OO.SS. al fine di ottenere adeguato supporto alle azioni intraprese;
 - c) predisporre strategie di informazione e coinvolgimento delle Associazioni dei cittadini utenti;
 - d) garantire la continuità dei servizi assistenziali;
3. la riduzione, conversione o implementazione di posti letto non dovrà, per quanto possibile, interessare solo parti di unità operative o numeri non significativi al fine di evitare la “polverizzazione dei risultati”;
 4. la conversione di posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione intensiva post acuzie dovrà accompagnarsi ad un processo di individuazione di percorsi terapeutici e risorse professionali destinati a questa riconversione:
 - a) per gli operatori sanitari dovrà essere previsto un adeguato percorso di formazione / aggiornamento;
 - b) la gestione dei processi formativi dovrà prevedere adeguate intese con l’Università;
 5. la rideterminazione dei posti e gli eventuali accorpamenti dovranno tenere in considerazione i bisogni che la popolazione esprime in tema di patologie afferenti alle diverse discipline;
 6. oltre alla capacità di offerta sarà necessario procedere alla valutazione di efficacia ed efficienza nella produzione delle singole strutture;
 7. dovrà essere presa in considerazione, almeno in via sperimentale, la realizzazione di contenitori di posti letto suddivisi per aree ad omogenea intensità di cura e non in base a specialità cliniche;
 8. un ulteriore elemento da tenere in considerazione è la distinzione di percorsi fra l’elezione e l’urgenza nell’accesso ai posti letto;
 9. la realizzazione di nuove strutture ospedaliere deve essere contestualizzata nel territorio di riferimento con l’assorbimento di strutture e relative funzioni ospedaliere preesistenti.

Procedure

Sulla base dei principi e dei criteri di cui al punto precedente la riorganizzazione della rete di cura ed assistenza ligure avverrà in due fasi:

- ❑ la prima comprende gli interventi di riduzione e di trasformazione che dovranno essere attivati con urgenza dalle Aziende Sanitarie Liguri indicati al successivo paragrafo;
- ❑ la seconda sarà definita dalla Giunta Regionale sulla base dei principi e criteri di cui al punto precedente entro il 31.12.2006 tenendo conto delle proposte formulate dalle Conferenze di Area e dei vincoli posti dalla normativa nazionale e dall’Intesa Stato/Regione;
- ❑ a tale scopo sono costituite le seguenti tre Conferenze di Area:
 - Conferenza del Ponente comprendente:
 - ASL n.1, ASL n.2, A.O. Santa Corona, A.O.S. Martino;
 - Conferenza dell’area metropolitana, comprendente:
 - ASL n.3, A.O. S. Martino, A.O. Villa Scassi, E.O. Galliera, Ospedale Evangelico, ASL n. 4;
 - Conferenza del Levante comprendente:
 - ASL n.5, ASL n.4, A.O. S. Martino.

Gli Istituti scientifici partecipano, per le attività di competenza, ai lavori delle Conferenze.

PRIMA FASE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI CURA E DI ASSISTENZA

L'intera manovra comporta dei risparmi derivanti dal recupero del personale, calcolati secondo la seguente tabella:

COSTI STANDARD DEL PERSONALE INDIVIDUATI PER IL CALCOLO DEI MINORI COSTI DERIVANTI DALLA MANOVRA	
DIRETTORE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA	€ 76.500
DIRIGENTE MEDICO	€ 68.000
INFERMIERE PROFESSIONALE	€ 28.400
FISIOTERAPISTA	€ 28.400
OPERATORE SOCIO SANITARIO	€ 24.500

Fermo restando che presso ogni presidio ospedaliero della Liguria sede di DEA o di P.S. deve essere garantito un adeguato funzionamento delle Unità di crisi al sorgere di particolari situazioni di emergenza o comunque impreviste, la prima fase di razionalizzazione della rete regionale di cura e di assistenza è realizzata come segue:

AREA DI PONENTE

La riorganizzazione, nell'ambito dell'area di ponente, è stata guidata da una logica di ricerca sotto il profilo organizzativo delle aggregazioni per Dipartimenti. Per le strutture complesse rese vacanti sono stati esplorati i possibili accorpamenti funzionali.

Le azioni di razionalizzazione sono state peraltro avviate in alcuni casi già a decorrere dall'anno 2004 e la manovra attuale deve intendersi inserita a pieno titolo in tale processo.

Le azioni già realizzate sono, a titolo esemplificativo individuabili nella disattivazione di 25 posti letto in varie discipline nell'ASL 1 (riconversione di 10 posti letto in riabilitazione ospedaliera presso l'Ospedale di Bordighera, accorpamento di posti letto in moduli organizzativi con conseguente chiusura di reparti con una dotazione di posti letto inferiore a 14) e nella riduzione di 5 p.l. presso l'ASL n. 2 - Ospedale di Albenga (accorpamento Chirurgia Generale con Otorino e Oculistica)

Gli interventi di razionalizzazione sono individuati nei seguenti:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
--------	-------	------------------

Attivazione n. 24 pp.ll. per riabilitazione presso P.O. di Imperia (motoria e respiratoria)	Settembre 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della funzione riabilitativa. • Riduzione giornate di degenza post-acuzie.
Conversione 10 p.l. da Medicina Cure Intermedie a Riabilitazione Cure Intermedie (solo riorganizzazione funzionale) – Ospedale di Bordighera	Giugno 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della funzione riabilitativa. • Riduzione giornate di degenza post-acuzie.
Diminuzione 14 p.l. e riconversione 11 p.l. in Day – Surgery Osp. Savona per accorpamento Chirurgia Mano con Oculistica	Giugno 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero n. 3 Inf. Prof. per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 85.000 annui a regime. • Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 120.000 annui a regime.
Soppressione 25 p.l. e riconversione 8 p.l. in day surgery multidisciplinare Osp.di Savona	Dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero n. 3 Inf. Prof. per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 85.000 annui a regime. • Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 220.000 annui a regime.
Riconversione di 30 p.l. dalla Medicina dell'Osp. di Savona a Riabilitazione Cure Intermedie	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 100.000 annui a regime.
Riduzione di n.8 p.l. nell'ambito del dipartimento di neuroscienze dell'A.O. Santa Corona	Dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Sostituzione di n.5 Inf. Prof. con altrettanti O.S.S. per minori costi pari a € 20.000 annui a regime. • Recupero di n. 5 ausiliari per costi cessanti pari a € 110.000 annui a regime.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	96
Posti letto riabilitazione	64

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 320.000; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 440.000. Complessivamente € 760.000.

Conclusasi la prima fase di riorganizzazione sarà affrontata una fase ulteriore che in particolare dovrà prendere in esame la disattivazione di una U.O. di Chirurgia generale presso l'A.O. Santa Corona

AREA METROPOLITANA

Alla luce della complessità della situazione esistente nell'area il metodo scelto per identificare il corretto fabbisogno di offerta ospedaliera a ciclo continuo ha tenuto conto essenzialmente di tre fattori tra loro integrati:

1. l'analisi dell'attuale situazione e la valutazione degli indicatori di performance delle attuali U.O ospedaliere nelle diverse discipline, con particolare riferimento alle giornate di degenza globali del 2005 in rapporto ai posti letto disponibili, all'occupazione dei posti letto, al case mix ed infine all'indice di appropriatezza dei ricoveri, ricavato attraverso la filtratura dei codici ICD9 CM - l'indice chirurgico, il peso dei DRGs, e i LEA.
2. la valutazione della conformazione geografica dell'area, con la differente densità popolativa delle varie zone (Ponente/Nord/Centro/Val Bisagno/Levante), e con la diversa composizione sociale della residenzialità;
3. l'ipotesi, sostenuta da solide basi scientifiche, dell'affidamento di mission differenziate ai diversi Ospedali in oggi esistenti (sistema "Hub and Spokes")

Sulla base di quanto in precedenza espresso quindi si è proceduto all'analisi delle diverse discipline ospedaliere "di base", identificate in :

- Chirurgia Generale
- Medicina Generale
- Urologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Neurologia
- Cardiologia
- Oculistica
- ORL
- Ostetricia e Ginecologia
- Nefrologia (esclusa Dialisi)
- Pneumologia

Non si è ritenuto opportuno, in questa fase, di tenere in considerazione alcune subspecialità, sia di valenza chirurgica che medica, che il più delle volte, tranne alcune eccezioni, possono configurarsi più come Unità Operative Semplici Dipartimentali prive di degenza propria, che non come vere e proprie Unità Operative Complesse. Va infine sottolineato come, in molti casi di questa possibile simulazione, sia da ritenersi percorribile l'accorpamento di più Unità Operative su un unico piano di lavoro ospedaliero, con recupero di personale infermieristico ed ausiliario.

Gli interventi che interessano le U.O. universitarie sono stati approvati dal Consiglio di Facoltà della Facoltà di Medicina e Chirurgia e saranno successivamente formalizzati secondo le procedure della vigente normativa.

CHIRURGIA GENERALE

Sono ad oggi attive 17 U.O. di Chirurgia Generale (comprese la Chirurgia Toracica dell'IST che è classificata come Generale e il Centro Trapianti di S.Martino che svolge di fatto attività di Chirurgia Generale) di cui 4 nella ASL 3, 2 a Villa Scassi, 1 al Galliera, 1 all'Ospedale Evangelico, 7 a S.Martino, 2 all'IST per un totale complessivo di 348 p.l. a ciclo continuo. Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta una occupazione appropriata dei p.l. del 69%. E' quindi ipotizzabile una razionalizzazione di circa il 20% dei p.l. attuali.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 14 p.l. P.O. Sestri Ponente (- 1U.O.)	dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recupero n. 6 Inf. Prof. con ricollocazione in altre attività necessarie all'assistenza pari a minori costi sorgenti per € 170.000 annui a regime. ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 100.000 annui a regime.
Disattivazione n. 24 p.l. A.O. San Martino (- 1 U.O.)	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento indice di operatività aziendale e concentrazione casistica ▪ Recupero di un Direttore di U.O. Complessa (costo cessante per il sistema pari a € 76.500) e di n. 7 dirigenti medici (da ricollocare; minori costi sorgenti per il sistema pari a € 476.000) ▪ Recupero n. 15 Inf. Prof. e n. 3 OSS, pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 500.000 annui a regime. ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 551.000 annui a regime
Disattivazione n. 7 p.l. da U.O. universitaria	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento indice di operatività aziendale e concentrazione casistica ▪ Chiusura spazi degenziali comuni ▪ Recupero n. 15 Inf. Prof. e 2 OSS pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti per € 475.000 annui a regime ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 160.000 annui a regime
Riconversione n. 17 p.l.- Ospedale Evangelico in day surgery con appoggio della degenza ordinaria c/o E.O. Galliera	Dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recupero n. 5 Inf. Prof., 1 dirigente sanitario e 1 dirigente amm.vo pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti per € 290.000 annui a regime ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 30.000 annui a regime

Pertanto rimangono operative le seguenti U.O.:

- 1 U.O. a Voltri di 24 p.l.
- 2 U.O. a Villa Scassi per un totale di 40 p.l..
- 1 U.O. al Galliera di 46 p.l.
- 6 U.O. al S.Martino per complessivi. 117 p.l.
- 1 U.O. a Recco di 15 p.l.
- 1 U.O. a Ponte X di 11 p.l.
- 2 U.O. all'IST di 38 p.l.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	45
Nuovi posti letto riabilitazione	-

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 1.987.500; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 841.000. Complessivamente € 2.828.5000

Conclusa la prima fase di riorganizzazione, secondo le modalità previste nel presente provvedimento, sarà affrontata una ulteriore fase di razionalizzazione che interesserà in particolare i presidi di Recco, di Pontedecimo, Villa Scassi nonché più in generale tutte le specialità.

MEDICINA GENERALE

Sono ad oggi attive 23 U.O. di Medicina Interna (comprese le U.O. Universitarie con diciture talora differenziate, ma la cui attività degenziale è classificabile comunque come Medicina Interna), di cui 7 nella ASL 3, 12 al S. Martino, 1 a Villa Scassi, 2 al Galliera, 1 all'Evangelico, per un totale complessivo, a ciclo continuo, di 584 p.l. Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta una occupazione appropriata dei p.l. del 79% non considerando gli outliers, e del 70% considerandoli. Tenuto conto che una buona quota di posti attualmente definiti come Medicina Interna per acuti può utilmente essere riconvertiti a Cure Intermedie o a Medicina Riabilitativa, la riduzione proposta per i letti per acuti può aggirarsi attorno al 20%.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 16 p.l. P.O. Colletta e attivazione di n. 16 p.l. per riabilitazione (- 1 U.O.)	Ottobre 2006	Miglioramento della funzione riabilitativa. Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 110.000 annui a regime.
Disattivazione n. 20 p.l. P.O. Busalla e attivazione n. 20 p.l. per cure intermedie	Dicembre 2006	Recupero di n. 5 Inf. Prof. e incremento di n. 2 fisioterapisti per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 85.200 annui e a regime.
Disattivazione n. 29 p.l. P.O. Celesia e attivazione n. 20 p.l. per cure intermedie	Dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recupero di un Direttore di Struttura Complessa e n. 4 dirigenti medici per costi cessanti e minori costi sorgenti pari a € 348.500 ▪ Recupero di 25 Inf. Prof., 4 O.S.S. e 1 capo sala per costi cessanti e /o minori costi sorgenti pari a € 838.000 annui e a regime. ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 200.000 annui a regime.
Disattivazione n. 24 p.l. degenziali A.O. San Martino U.O. Medicina del Lavoro – trasformazione in ambulatoriale	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri. Precisazione delle mission di U.O. ▪ Recupero n. 14 Inf. Prof. e 4 OSS pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 495.600 annui a regime. ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 551.000 annui a regime.
Disattivazione n. 10 p.l. degenziali A.O. San Martino U.O. di Medicina Interna – trasformazione in ambulatoriale	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri. Precisazione delle mission di U.O. ▪ Chiusura di uno spazio degenziale comune ▪ Recupero n. 13 Inf. Prof. e 4 OSS pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti € 467.200 annui a regime ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 229.000 annui a regime
Disattivazione n. 6 p.l. E.O. Galliera	Dicembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. di Medicina Riabilitativa all'Ospedale Colletta (non collegata all'emergenza, ma di supporto ai Reparti di Riabilitazione Motoria e d'Organo) di 12 p.l.
- 1 U.O. a Voltri di 28 p.l.
- 1 U.O. a Sestri di 22 p.l.
- 1 U.O. al Nord (Ponte X) di 26 p.l.
- 1 U.O. al Villa Scassi di 76 p.l.
- 2 U.O. al Galliera per un totale di 66 p.l.
- 12 U.O. al S. Martino per un totale di 199 p.l.
- 1 U.O. a Recco di 22 p.l.
- 1 U.O. all'Evangelico di 24 p.l.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	101
Nuovi posti letto riabilitazione	56

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 2.234.500; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 1.090.000. Complessivamente € 3.324.500

Si ritiene utile, per quanto riguarda le U.O. di Medicina Interna, fare due ulteriori considerazioni:

1. In oggi svolgono un compito improprio, ma indispensabile in assenza di un incremento di residenzialità extraospedaliera, relativo a pazienti che giungono ai PS o DEA e che trovano sistemazione nelle corsie della Medicina, con frequenti prolungamenti della degenza oltre al tempo necessario
2. Quanto prima detto è particolarmente evidente nei grandi Ospedali, molto più che in quelli periferici, dal momento che nei primi sono sempre presenti U.O. di subspecialità mediche che selezionano i pazienti, mentre nei periferici la Medicina Interna raccoglie ogni tipo di patologia internistica.

Tali considerazioni saranno utilizzate per ipotizzare, in una seconda fase di razionalizzazione della rete ospedaliera, possibili modelli in cui le medicine interne siano allocate solo in ospedali minori e a Villa Scassi, con incremento delle potenzialità in materia di subspecialità dell'Azienda Ospedaliera San Martino. Sempre in tale seconda fase di razionalizzazione, secondo le modalità previste nel presente provvedimento, sarà affrontata una ulteriore fase di razionalizzazione che interesserà in particolare i presidi ospedalieri di Recco, Pontedecimo ed Evangelico.

UROLOGIA

Sono ad oggi attive 5 U.O. di Urologia, di cui 1 nell'ASL3, 1 a Villa Scassi, 2 al S.Martino e 1 al Galliera, per un totale di 106 p.l. a ciclo continuo. Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta una occupazione appropriata dei p.l. del 44%. E' quindi proponibile una razionalizzazione che interessa circa il 20%.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 10 p.l. A.O. San Martino (- 1 U.O.)	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento indice di operatività e concentrazione casistica ▪ Chiusura di uno spazio degenziale ▪ Recupero n. 11 Inf. Prof. e 2 OSS pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti per € 361.400 annui a regime ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 229.000 annui a regime
Disattivazione n. 10 p.l. P.O. S. Carlo di Voltri	Dicembre 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recupero di n. 6 Inf. Prof.. per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 170.400 annui a regime ▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 170.000 annui a regime

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. a Villa Scassi di 20 p.l.
- 1 U.O. San Carlo di Voltri di 6 p.l.
- 1 U.O. a S.Martino di 36 p.l.
- 1 U.O. al Galliera di 20 p.l

Riduzione posti letto ordinari per acuti	20
Nuovi posti letto riabilitazione	-

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 531.800; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 399.000. Complessivamente € 930.800

ORTOPEDIA

Sono ad oggi attive 8 U.O. di Ortopedia e Traumatologia, di cui 3 all'ASL 3, 3 al S.Martino, 1 al Galliera ed 1 a Villa Scassi, per un totale di 239 p.l. a ciclo continuo. Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta una occupazione appropriata dei p.l. del 72%. Tenuto conto della necessità di assicurare la funzione traumatologica alle strutture dell'emergenza, dedicando invece almeno una U.O. all'elezione di protesica, ed alla presenza di una vasta attività di Day Surgery prevalentemente artroscopica in tutte le Aziende dell'area, si ritiene possibile una riduzione dei posti letto del 10%, ottenibile con la chiusura completa della U.O. del Celesia, mantenendo inalterate le altre.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 24 p.l. P.O. Celesia (- 1 U.O.)	Ottobre 2006	<ul style="list-style-type: none">▪ recupero di un Direttore di Struttura Complessa, di n. 4 dirigenti medici anestesisti, n. 3 dirigenti medici ortopedici, per costi cessanti e minori costi sorgenti pari a € 552.500▪ Recupero di n. 22 Inf. Prof., 3 OSS e 2 fisioterapisti per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 755.100 annui a regime.▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi annui pari a € 260.000 annui a regime.

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. a Voltri di 27 p.l.
- 1 U.O. a Villa Scassi di 29 p.l.
- 1 U.O. al Galliera di 53 p.l.
- 3 U.O. al S.Martino per un totale di 89 p.l.
- 1 U.O. a Recco di 18 p.l.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	24
Nuovi posti letto riabilitazione	-

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 1.317.600; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 260.000. Complessivamente € 1.577.600

Nella seconda fase di razionalizzazione sarà affrontata la situazione dell'Ospedale di Recco, che oggi è sicuramente identificabile con una unità operativa caratterizzata da attività protesica in elezione, ma soffre la carenza di infrastrutture di sicurezza (rianimazione / terapia intensiva post-operatoria). In un contesto che dovrà necessariamente vedere un esame complessivo della missione dell'attuale Ospedale di Recco, potrà essere valutato un trasferimento della predetta unità operativa all'interno dell'A.O. San Martino o di altro ospedale.

NEUROLOGIA (e Stroke Units)

Sono ad oggi attive 6 U.O. di Neurologia di cui 3 dotate di letti intensivi di Stroke Unit; 1 all'ASL 3, 1 a Villa Scassi, 1 al Galliera e 3 al S.Martino, per un totale di 192 p.l. di cui 20 di SU. Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta un'occupazione appropriata dei p.l. del 67%. Tenuto conto del ruolo della Neurologia nel settore dell'emergenza, appare possibile ridurre tale quota del 10%, attraverso la riduzione di 21 p.l. al S.Martino.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 21 p.l. A.O. San Martino	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none">▪ Aumento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri.▪ Chiusura di uno spazio degenziale comune.▪ Recupero n. 12 Inf. Prof. e 8 OSS pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti per € 536.800 annui a regime▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 482.000 annui a regime.

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. nel P.O. Ponente di 25 p.l. di cui 4 di S.U. (oggi a Sestri, ma ipotizzabile come meglio situata a Voltri)
- 1 U.O. al Villa Scassi di 31 p.l.
- 1 U.O. al Galliera di 25 p.l.
- 3 U.O. al S. Martino per complessivi 80 p.l. di cui 16 di SU

Riduzione posti letto ordinari per acuti	21
Nuovi posti letto riabilitazione	-

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 536.800; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 482.000. Complessivamente € 1.018.800

Nella seconda fase di razionalizzazione della rete ospedaliera è prevista l'attivazione di n. 8 posti letto di riabilitazione neurologica universitaria.

CARDIOLOGIA

Sono ad oggi attive 6 U.O. di Cardiologia di cui 4 con Servizio di Emodinamica e 5 con UTIC: 2 nell'ASL 3, 1 al Villa Scassi, 1 al Galliera e 2 al S.Martino, per un totale di 133 p.l. (41 di Terapia Intensiva). Valutati gli indici precedentemente definiti, risulta un'occupazione appropriata dei p.l. del 97%. Non appare pertanto possibile attualmente ridurre la dotazione cardiologica genovese.

Nell'ambito della seconda fase di razionalizzazione della rete ospedaliera ed alla luce della considerazione che 4 servizi di emodinamica appaiono eccessivi per l'area metropolitana, tanto è vero che lavorano a ciclo continuo H24 solo a settimane alterne, sarà esaminata l'ipotesi di una loro riorganizzazione.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il piano delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia va valutato in rapporto alla necessità ed all'attività dei Punti Nascita.

Nella seconda fase di riorganizzazione della rete sarà affrontata una razionalizzazione degli assetti organizzativi della rete ostetrico-ginecologica.

NEFROLOGIA

Sono ad oggi attive 4 U.O. di Nefrologia (con annessa Dialisi), per un totale di 50 p.l., una nell'ASL 3, una al Villa Scassi e due al S.Martino. Il tasso d'occupazione è mediamente elevato, con alcune punte all'ASL 3 (superiore al 110%). Non sono ipotizzabili attualmente riduzioni di posti letto che comportino risparmi di personale.

Nella seconda fase di riorganizzazione della rete sarà esaminata la percorribilità di un incremento dei centri dialisi.

OCULISTICA

Sono in oggi attivi 22 p.l. a ciclo continuo di Oculistica, di cui 7 nella ASL 3 e 15 al S.Martino. Nella ASL sono attualmente presenti due U.O. (Sestri e Celesia), a decorrere dal 15 Agosto sarà mantenuta attiva solo quella di Sestri con 6 p.l.

Tale unità operativa dovrà, sotto il profilo organizzativo e funzionale, essere integrata con la componente organizzativa attualmente presente nell'A.O. Villa Scassi in un rapporto sinergico in grado di garantire omogeneità in particolare sotto il profilo della gestione delle risorse strumentali e del personale.

Presso l'Evangelico opera un centro di chirurgia oculare

ORL

Sono in oggi attive 4 U.O., di cui 1 nell'ASL 3, 1 al Galliera, e 2 al S.Martino, per un totale di 47 p.l. con tasso di appropriatezza inadeguato. Conseguentemente si dovrà procedere alla seguente razionalizzazione:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione n. 18 p.l. A.O. San Martino (- 1 U.O.)	Gennaio 2007	<ul style="list-style-type: none">▪ Incremento indice di operatività aziendale e concentrazione casistica, miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri▪ Recupero di un Direttore di Struttura Complessa e n. 8 dirigenti medici, pari a costi cessanti e minori costi sorgenti per € 620.500▪ Recupero n.14 Inf. Prof. pari a costi cessanti e/o minori costi sorgenti per € 397.600 annui a regime▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 413.000 annui a regime
Disattivazione n. 7 p.l.E.O. Galliera e contestuale trasformazione in day surgery	Giugno 2007	<ul style="list-style-type: none">▪ Recupero di n. 3 Inf. Prof. per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 82.500 annui a regime.

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. al PO Ponente (Sestri) con 8 p.l.
- 1 U.O. al S.Martino con 14 p.l.
- 1 U.O. al Galliera con 5 p.l.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	25
Nuovi posti letto riabilitazione	-

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 1.100.600; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 413.000. Complessivamente € 1.513.600

L'U.O. di Sestri Ponente dovrà sotto il profilo organizzativo e funzionale essere integrata con la componente organizzativa attualmente presente nell'A.O. Villa Scassi in un rapporto sinergico in grado di garantire omogeneità in particolare sotto il profilo della gestione delle risorse strumentali e del personale.

PEDIATRIA

Nella seconda fase di riorganizzazione si affronterà l'assetto del Gaslini e della rete pediatrica.

PNEUMOLOGIA

Sono in oggi attive 5 U.O., per un totale di 87 p.l.: 1 all'ASL 3 (Colletta), 1 al Villa Scassi e 3 U.O. al S.Martino. Visti gli indici di performance, è ipotizzabile un intervento di razionalizzazione relativa all'U.O. di Pneumologia della Colletta.

A tale razionalizzazione si procede nel modo seguente:

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Disattivazione di n. 12 p.l. presso il P.O. La Colletta e contestuale attivazione di n. 8 p.l. di riabilitazione pneumologica.	Marzo 2007	<ul style="list-style-type: none">▪ Recupero di n. 6 Inf. Prof. e incremento di n. 2 fisioterapisti per costi cessanti e/o minori costi sorgenti pari a € 113.600 annui a regime▪ Costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 50.000

Pertanto rimangono operative le seguenti strutture:

- 1 U.O. al Villa Scassi di p.l.25
- 3 U.O. al S. Martino per complessivi 50 p.l.

Riduzione posti letto ordinari per acuti	12
Nuovi posti letto riabilitazione	8

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 113.600; costi variabili cessanti per beni e servizi pari a € 50.000. Complessivamente € 163.600

CENTRO USTIONI SAN MARTINO

Disattivazione U.O. Semplice (luglio 2006)

L'EVANGELICO GARANTIRÀ L'ALLOCAZIONE DI UN SERVIZIO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE MOTORIA, GESTITO DALLA ASL 3 UTILIZZANDO 11 UNITÀ DI PERSONALE DEDICATO TRASFERITO DAL LIBERTI-POLI.

L'Ospedale di Busalla cessa di essere presidio per acuti ed è trasformato in struttura ospedaliera di continuità assistenziale per l'erogazione di cure intermedie con attività di primo intervento, diagnostica e specialistica per il territorio.

L'Ospedale la Colletta è trasformato in via prevalente in centro riabilitativo multidisciplinare con piastra diagnostica e specialistica.

L'Ospedale Celesia è trasformato in centro riabilitativo e di cure intermedie con piastra diagnostica e specialistica.

AREA DI LEVANTE

Nell'area sta proseguendo un processo di razionalizzazione avviato nel corso degli anni precedenti.

Nella seconda fase organizzativa dovrà essere preso in esame un percorso di avvicinamento agli standard nazionali relativamente all'offerta riabilitativa ospedaliera ed extra ospedaliera unitamente ad un potenziamento delle cure domiciliari e palliative.

Tale incremento d'offerta, la cui quantificazione verrà in periodi successivi puntualmente definita, dovrà essere affrontata parallelamente ad un processo di riorganizzazione che dovrà interessare la rete dell'area nelle sue componenti strutturali individuate nel polo di S. Margherita, nel polo di Lavagna, nel polo di Sestri Levante e nell'Ospedale di Levanto.

Con particolare riguardo all'area spezzina si prevedono le seguenti azioni di razionalizzazione della rete ospedaliera.

AZIONI	TEMPI	RISULTATI ATTESI
Accorpamento delle sezioni uomini e donne delle strutture complesse medicina I e II dell'Ospedale S. Andrea della Spezia con riduzione di 40 p.l.	Dicembre 2006	Recupero n. 5 dirigenti medici e n. 24 inf. prof. con ricollocazione in altre attività necessarie all'assistenza pari a minori costi sorgenti per € 1.021.600 .
Disattivazione di n. 4 culle di patologia neonatale per P.O. S. Bartolomeo di Sarzana	Dicembre 2006	Recupero n. 6 inf. prof. con ricollocazione in altre attività necessarie all'assistenza pari a minori costi sorgenti per € 170.400

L'Ospedale di Levanto cessa di essere presidio per acuti ed è trasformato in struttura ospedaliera di continuità assistenziale per l'erogazione di cure intermedie con attività di primo intervento, di diagnostica e specialistica per il territorio e punto dialisi.

EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI COMPLESSIVI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE

Costi cessanti e/o minori costi sorgenti per unità di personale pari a € 1.192.000.

TABELLA DI SINTESI DELLA RAZIONALIZZAZIONE P.L. ED EFFETTI ECONOMICO-FINANZIARI
CORRELATI

AREA PONENTE	Riduzione p.l. ord acuti	Nuovi p.l. riabilitazione	Minori costi personale	Minori costi beni e servizi	Minori costi totali
totale	96	64	320.000	440.000	760.000

AREA METROPOLITANA	Riduzione p.l. ord acuti	Nuovi p.l. riabilitazione	Minori costi personale	Minori costi beni e servizi	Minori costi totali
CHIRURGIA	45		1.987.500	841.000	2.828.500
MEDICINA	101	56	2.234.500	1.090.000	3.324.500
UROLOGIA	20		531.800	399.000	930.800
ORTOPEDIA	24		1.317.600	260.000	1.577.600
NEUROLOGIA	21		536.800	482.000	1.018.800
OCULISTICA	1		0	0	0
OTORINO	25		1.100.600	413.000	1.513.000
PNEUMOLOGIA	12	8	113.600	50.000	163.600
totale	249	64	7.822.400	3.535.000	11.356.800

AREA LEVANTE	Riduzione p.l. ord acuti	Nuovi p.l. riabilitazione	Minori costi personale	Minori costi beni e servizi	Minori costi totali
totale	40	20	1.192.000		1.192.000

TOTALE REGIONE	Riduzione p.l. ord acuti	Nuovi p.l. riabilitazione	Minori costi personale	Minori costi beni e servizi	Minori costi totali
AREA PONENTE	96	64	320.000	440.000	760.000
AREA METROPOLITANA	249	64	7.822.400	3.535.000	11.356.800
AREA LEVANTE	40	20	1.192.000		1.192.000
totale	385	148	9.334.400	3.975.000	13.308.800

Alla riduzione dei posti letto per acuti derivante dalla presente razionalizzazione, pari a 385 p.l., si deve aggiungere quella conseguente agli interventi realizzati nel corso dell'anno 2005 pari a 163 p.l.. Complessivamente, dunque, la riduzione complessiva che si realizzerà al termine della prima fase della manovra sarà pari a 548 posti letto.