

RICHIAMATE le seguenti disposizioni:

- l'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005;
- la deliberazione del Consiglio regionale n.29 in data 8 agosto 2006 avente ad oggetto: "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 n. 41 in data 7.12.2006 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 e Ospedaliere 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 5.5.1994, 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, lett.b);

- l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze approvato con D.G.R. n. 243 del 9 marzo 2007 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) ed, in particolare l'articolo 4;
- la deliberazione della Giunta regionale n.763/2007 con la quale 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;
- la deliberazione del Consiglio regionale n.34/2007 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 n.67/1988;
- la deliberazione del Consiglio regionale n.35/2007 con la quale è stato approvato il piano sociale integrato regionale 2007/2010 ai sensi della legge regionale n.12/2006.

PREMESSO CHE:

- con l'accordo 6.3.2007 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 DGR 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 DGR 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 6.3.2007 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 DGR 763/2007 ed il loro completo accoglimento 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 nelle premesse del presente provvedimento;
2. le resistenze alla razionalizzazione della rete ospedaliera non tiene in debito conto del 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.
- in questa ottica tenendo 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 appare opportuno prevedere una modifica delle ASL 3 e 4 spostando nella competenza territoriale della ASL 4 i Comuni di Recco, Avegno, Camogli, Uscio e quindi prevedere che l'Ospedale di Recco vada a far parte del presidio ospedaliero dell'Asl 4;
- tale modifica territoriale dovrà trovare la condivisione delle Conferenze dei sindaci delle due Aziende interessate prima della definitiva approvazione da parte del Consiglio regionale.

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

1. l'Azienda ospedaliera S. Corona confluisca entro il 31.12.2007 nell'Azienda sanitaria locale n.2;
2. l'Azienda Ospedaliera "Villa Scassi" confluisca entro il 31.12.2007 nell'Azienda sanitaria locale n.3;
3. il territorio corrispondente ai Comuni di Recco, Avegno Camogli, Uscio, passi dalla competenza territoriale della ASL 3 a quella della ASL 4, previa acquisizione del parere favorevole delle Conferenze dei Sindaci delle Aziende interessate;
4. 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 "Imperiense" 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 e La Colletta di Arenzano;
- d. per l'area dell'ASL 4 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall'Ospedale di Recco, 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 dall'ospedale 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 farsi 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 6.3.2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

DATO ATTO che il presente provvedimento 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 6.3.2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

RITENUTO. pertanto, di procedere all'approvazione dello stesso senza la preventiva autorizzazione prevista dal citato accordo, tenuto anche conto del fatto che eventuali osservazioni o richieste di modifica dello stesso potranno essere recepite nell'ambito della procedura di esame e definitiva approvazione dello stesso da parte del Consiglio regionale;

DATO ATTO che sul presente provvedimento occorre acquisire parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione Socio-Sanitaria regionale;

Su proposta dell'Assessore Claudio Montaldo

LA GIUNTA REGIONALE

dispone di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per le verifiche di competenza;

propone al Consiglio Regionale di:

1. approvare il piano avente ad oggetto "ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA" contenuto nell'allegato "A", parte integrante e necessaria della presente deliberazione;
2. di approvare, altresì, i seguenti accorpamenti e modifiche delle Aziende Sanitarie:

- a) l'Azienda ospedaliera S. Corona confluisca entro il 31.12.2007 nell'Azienda sanitaria locale n.2;
 - b) l'Azienda Ospedaliera "Villa Scassi" confluisca entro il 31.12.2007 nell'Azienda sanitaria locale n.3;
 - c) il territorio corrispondente ai Comuni di Recco, Avegno Camogli, Uscio, passa dalla competenza territoriale della ASL 3 a quella della ASL 4, previa acquisizione del parere favorevole delle Conferenze dei Sindaci delle Aziende interessate;
3. di disporre che 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 e Cairo Montenotte;
 - c) per l'area dell'ASL 3 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali di San Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo e La Colletta di Arenzano;
 - d) per l'area dell'ASL 4 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall'Ospedale di Recco, 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 dall'ospedale S. Bartolomeo di Sarzana;
4. di demandare alla Giunta regionale l'adozione dei provvedimenti necessari all'attuazione delle disposizioni contenute nel piano di "ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA";
5. di demandare alla Giunta regionale la definizione degli aspetti operativi e delle modalità attuative relative alla riorganizzazione delle Aziende sanitarie di cui ai punti 2) e 3) del presente provvedimento.