

RICHIAMATI:

- La legge 30 dicembre 2004, n. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” e successive modificazioni e integrazioni ed in particolare l’art. 1, comma 174 che prevede, tra l’altro, che la Regione adotti i provvedimenti necessari al fine del rispetto dell’equilibrio economico finanziario;
- L’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge 5.6.2003, n. 131 in attuazione dell’art. 1 comma 173, della legge 30.12.2004, n. 311;
- Il decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 laddove stabilisce che per gli anni 2010 e 2011 l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L’intesa deve contemplare specifici adempimenti ai fini dell’efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi;
- Il decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 “Provvedimenti anticrisi nonché proroga di termini” e, in particolare, l’art. 22 relativo al settore sanitario;
- La legge 23 dicembre 2009, n. 191 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2010” che, all’art. 2, comma 77 ss, recepisce il “Patto per la salute”;

Dato atto che il “Patto per la Salute” 2010/2012 di cui all’Intesa 3 dicembre 2009 ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131 – art. 79, comma 1 bis, del decreto legge 25.6.2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla legge 6.8.2008, n. 133, come modificato dall’art. 22, comma 1, lett. a) del decreto legge 1 luglio 2009 n. 78 – tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all’art. 6 impegna le Regioni : “.....ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale non superiore a n. 4 p.l. per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l’assistenza residenziale e domiciliare.

VISTE:

- La legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 e s.m.i. “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” ed in particolare l’art. 5 che disciplina le modalità di approvazione del Piano socio sanitario regionale e i contenuti dello stralcio relativo all’organizzazione della rete di cura e di assistenza prevedendo che lo stralcio definisca:
 - a) 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;
 - b) la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative del sistema di emergenza sanitaria di cui alla legge regionale 5 maggio 1994 n. 24 (Sistema di emergenza sanitaria);
 - c) l’individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri in modo da garantire:
 1. la reciproca complementarietà in ragione dei criteri di intensità assistenziale e di specializzazione dei presidi;
 2. la concentrazione delle prestazioni a più elevata complessità in un numero limitato di Centri di alta specialità di cui all’articolo 2;
 3. l’erogazione delle restanti prestazioni in presidi ospedalieri fortemente integrati con i Centri di alta specialità;
 4. il rapporto fra assistenza ospedaliera e territoriale secondo i principi della presa in carico e della continuità assistenziale.

- La legge 31 marzo 2006, n. 7 “Ordinamento degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione”;

RICHIAMATE:

- La deliberazione del Consiglio regionale 28 febbraio 2008 n. 8 “Stralcio del Piano sociosanitario regionale relativo alla rete di cura e assistenza”;
- La deliberazione del Consiglio regionale 30 settembre 2009, n. 22 “Piano sociosanitario regionale 2009 – 2011”;

RITENUTA la necessità di ridefinire gli standard dei posti letto ospedalieri nella Regione Liguria per gli anni 2010/2012 nel rispetto degli standard fissati dal patto della salute e, conseguentemente, rimodellare la programmazione regionale della rete e dell’offerta ospedaliera per gli stessi anni;

RITENUTA, in particolare, la necessità di procedere a modifiche e integrazioni alla deliberazione del Consiglio regionale n. 8/2008;

CONSIDERATO:

- Che il Patto per la salute 2010/2012 impone alle Regioni una pianificazione di medio e lungo periodo al fine di perseguire il miglioramento della qualità ed efficacia dello stesso servizio sanitario;
- Che nell’ambito della rideterminazione degli standard di posti letto per gli anni 2010/2012 deve essere, comunque, garantita la qualità dell’assistenza ospedaliera e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- Che la rideterminazione dell’offerta ospedaliera deve prevedere che le prestazioni più rare e complesse siano erogate presso specifiche strutture ospedaliere altamente specializzate caratterizzate dalla presenza di professionalità e tecnologie adeguate mentre i centri ospedalieri di piccola/media dimensione dovranno focalizzare la loro attività sulla medio/bassa complessità;
- Che la logica di riorientamento delle diverse mission aziendali, delineata nella deliberazione consiliare n. 8/2008, permetterà sia di ridurre il rischio clinico assicurando determinate prestazioni solo in centri specializzati, sia di garantire una razionalizzazione nell’utilizzo delle risorse a disposizione del sistema sanitario regionale;

RIAFFERMATA la scelta sancita dal vigente piano sanitario di improntare l’architettura organizzativa dell’offerta sanitaria ligure secondo logiche a rete caratterizzate dal superamento della frammentazione assistenziale, dalla continuità della cura, dalla condivisione dei saperi basati su prove di efficacia;

RITENUTO, pertanto, di proporre al Consiglio regionale una manovra tesa a:

- Rideterminare gli standard dei posti letto 2010/2012 sulla base del criterio dell’appropriatezza promuovendo il passaggio dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale e favorendo l’assistenza domiciliare e residenziale;
- Ridurre la frammentazione dell’offerta di cura e specializzazione della funzione ospedaliera;
- Perseguire un modello di offerta ospedaliera non più per specialità ma per “intensità di cura”;

DATO ATTO che la Giunta regionale con la deliberazione n. 754 del 25.6.2010 “Direttiva vincolante ai sensi dell’art. 8 della legge regionale 41/2006: regolamentazione dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico e istituzione del modello organizzativo di Day Service Ambulatoriale (DSA)” ha già fornito alle

Aziende sanitarie prime indicazioni per il potenziamento dell'assistenza in regime ambulatoriale attraverso l'utilizzo del modello organizzativo di Day service ambulatoriale;

RITENUTO, conseguentemente, di:

1. Approvare il quadro di riferimento di cui all'allegato 1, parte integrante e necessaria del presente provvedimento sulla rideterminazione degli standard dei posti letto per gli anni 2010/2012;
2. Approvare le manovre di riqualificazione del servizio sanitario di cui all'allegato 2, parte integrante e necessaria del presente provvedimento, a modifica e completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla DCR n. 8/2008 con riferimento a: punti nascita, percorso chirurgico, potenziamento dell'offerta di medicina interna/urgenza, reti di cardiologia, neurologia e ortopedia.

PROPONE

AL CONSIGLIO REGIONALE

1. Di approvare il quadro di riferimento di cui all'allegato 1, parte integrante e necessaria del presente provvedimento sulla rideterminazione degli standard dei posti letto per gli anni 2010/2012;
2. Di approvare le manovre di riqualificazione del servizio sanitario di cui all'allegato 2, parte integrante e necessaria del presente provvedimento, a modifica e completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla DCR n. 8/2008 con riferimento a: punti nascita, percorso chirurgico, potenziamento dell'offerta di medicina interna/urgenza, reti di cardiologia, neurologia, e ortopedia.

QUADRO DI RIFERIMENTO

PREMESSA

L' Art. 6 "Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri" del Patto per la salute riporta i seguenti obiettivi da conseguire nel triennio 2010/2012:

4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per 1000 ab per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, di cui non più di 0,035 per riabilitazione con codice 75 (neuroriabilitazione).

Rispetto a tali standard è compatibile una variazione non superiore al 5% in aumento. Quindi per la Liguria lo standard è 4,2 p.l. per 1000 ab.

Pertanto secondo il Patto per la Salute, nel triennio, l'obiettivo da raggiungere è il seguente:

indice di p.l. per acuti per 1000 ab. : 3,46 indice di p.l. per riabilitazione per 1000 ab. : 0,74

PARAMETRI PER PATTO SALUTE: POSTI LETTO PER ACUTI PER 1000 ABITANTI

POPOLAZIONE AL 1/1/2009	P.L. ACUTI SETTEMBRE 2009	P.L. ACUTI OBIETTIVO (P.L. PER 1000 AB. = 3,46)	P.L ACUTI. DA DISATTIVARE
1.615.064	6.085	5.588	497
indice p.l. per 1000 abitanti	3,77	3,46	

PARAMETRI PER PATTO SALUTE: POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE PER 1000 ABITANTI

POPOLAZIONE AL 1/1/2009	P.L. RIABILIT. SETTEMBRE 2009	P.L. RIABILIT. OBIETTIVO (P.L. PER 1000 AB= 0,74)	P.L.RIABILIT. DA INCREMENTARE
1.615.064	861	1.195	334
indice p.l. per 1000 abitanti	0,53	0,74	

Il tasso di ospedalizzazione è tra gli indicatori di efficienza e appropriatezza allocativa individuati nel Patto per la Salute.

Obiettivo: lo standard da raggiungere, già indicato dall'Intesa Stato- Regioni del 23/3/2005, è **180 ricoveri per 1000 abitanti di cui quelli in regime diurno pari al 20%.**

In Liguria, il tasso di ospedalizzazione standardizzato (1) per età calcolato per l'anno 2008 è il seguente:

Ricovero ordinario: 115,38

Ricovero in regime diurno: 87,84

Totale tasso di osped. standardizzato: 203,22

Sarebbe, tuttavia, errato pensare di rimodulare l'offerta dei posti letto presenti nella nostra Regione sulla base di "standard" senza valutare le conseguenze e le ricadute sul livello dell'assistenza territoriale.

La necessità di un approccio integrato ospedale-territorio è peraltro imposta dalle scelte operate dal P.S.R. 2009-2011 di orientare il SSR verso "un'organizzazione a rete".

Tale scelta comporta la garanzia della continuità assistenziale come prodotto della sinergia tra le diverse prestazioni e i servizi della rete. Detta sinergia non può prescindere da strumenti quali: a) percorsi diagnostico-terapeutici; b) protocolli operativi che garantiscano l'effettivo collegamento fra ospedale e territorio e c) applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza.

A fronte del perseguimento, da parte dell'ospedale, di prestazioni caratterizzate da alta specialità, il territorio persegue una riduzione del livello di complessità assistenziale, valorizzando il concetto di sussidiarietà orizzontale nel processo di erogazione delle prestazioni di assistenza; il che implica uno spostamento del luogo fisico di erogazione delle prestazioni dalle strutture residenziali a l'offerta diffusa di prestazioni sul territorio.

In questa prospettiva, la Regione Liguria ha individuato attraverso il lavoro dell'Agenzia Sanitaria Regionale il profilo di salute della popolazione che contiene anche i riferimenti all'indice di deprivazione e servizio, come indicato dal P.S.R., e che può costituire un'utile guida per la definizione dei percorsi assistenziali e decisionali.

Il progetto "Nocchiero" è stato altresì progettato al fine di costruire un primo sistema di rilevazione e misurazione delle performance territoriali.

(1) Il tasso di osp. standardizzato è la media pesata dei tassi di ospedalizzazione rispetto alle fasce di età, dove i pesi sono dati dalla popolazione tipo di ciascuna fascia di età.

La popolazione tipo considerata è la popolazione italiana al 31.12.2007. Le fasce di età sono state assunte quinquennali sino a 85 anni

ANALISI METODOLOGICA

L'analisi metodologica seguita per individuare le aree e le discipline che presentano un utilizzo inappropriato dei posti letto è rivolta a verificare:

1. l'appropriatezza dei ricoveri ordinari per acuti
2. l'appropriatezza erogativa dei ricoveri di day hospital medici

1. APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI ORDINARI

1.1. APPROPRIATEZZA EROGATIVA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO

Usando il sistema di stadiazione della casistica per severità di malattia APR-DRG (1), sono stati estratti i ricoveri ordinari medici per acuti LEA, ad alto rischio di inappropriata, dei primi 9 mesi 2009, con indice di severità 1, escludendo i ricoveri ordinari per acuti pediatrici e i ricoveri afferenti ai drg 370-371-372-373-374-375 e 391 (ricoveri afferenti al parto e al neonato sano)

I ricoveri ordinari per acuti LEA di tipo medico con severità 1 sono stati 6.986 ed hanno prodotto 38.613 giornate di degenza.

Ipotizzando un tasso di occupazione di posti letto dell'85%, risulta che nei primi 9 mesi del 2009, nell'area medica, c'è stato un utilizzo inappropriato di **167 p.l.** (gg. deg. 38.613/gg 231 (272 gg * 85%)= 167 p.l.), così distribuiti per Area ottimale:

AREE OTTIMALI	p.l. corrispondenti
AREA PONENTE	61
AREA METROPOLITANA	80
AREA LEVANTE	26
totale	167

Le discipline che presentano un significativo numero di giornate di degenza inappropriate sono:

- Medicina generali e specialistiche
- Chirurgia generale
- Ortopedia
- Urologia

(1) Il sistema APR-DRG si propone come strumento di misurazione della casistica ospedaliera per l'analisi degli esiti del percorso assistenziale sia da un punto di vista clinico (mortalità intraospedaliera) sia da un punto di vista del consumo di risorse (degenza media e peso relativo).

A questo scopo si avvale di tre descrittori: APR-DRG, sottoclasse di Severità della malattia e sottoclasse di Rischio di morte.

Il primo descrittore, il gruppo finale APR-DRG, consente una suddivisione della casistica di un ospedale per acuti in gruppi isorisorsa e clinicamente coerenti. Ciascun APR si articola in

4 sottoclassi omogenee (1 Minore, 2 Moderato, 3 Maggiore, 4 Estremo) che differenziano i casi. In relazione alla severità della malattia in termini di entità dello scompenso fisiologico o di perdita di funzionalità d'organo, n relazione al Rischio di morte inteso come probabilità di decesso.

1.2. APPROPRIATEZZA DELLA DURATA DELLA DEGENZA DEI RICOVERI ORDINARI (Medici e Chirurghi)

Sono note le difficoltà che incontrano gli ospedali a dimettere i pazienti, soprattutto anziani, a causa della carenza di p.l. di residenzialità e delle lunghe liste di attesa.

Per quantificare il numero dei posti letto che sono occupati impropriamente e poter meglio quantificare i p.l. di residenzialità necessari per dimettere i pazienti anziani dagli ospedali o, in alternativa, prevedere le risorse necessarie per il potenziamento dell'assistenza domiciliare si è proceduto alla seguente analisi.

Sono state estratte tutte le giornate di degenza oltre la soglia DRG specifica relative ai ricoveri effettuati in Liguria, con esclusione dei dimessi da terapie intensive o riabilitazione.

Inoltre è stata sostituita la data di dimissione dei ricoveri suddetti con degenza oltre soglia con la data di raggiungimento della soglia stessa, quindi si è proceduto al ricalcolo di una nuova soglia su tutti i ricoveri nella misura del 95° percentile della durata di degenza ricalcolata come sopra descritto.

La sommatoria delle giornate così ricavate e il calcolo dei posti letto equivalenti ha prodotto il seguente risultato:

aziende	p.l. con utilizzo inappropriato per durata della degenza
ASL 1	25
ASL 2	40
ASL 3	150
ASL 4	12
ASL 5	13
totale	240

Dal calcolo sopra descritto sono state stornate le giornate di degenza (corrispondenti a 7 p.l.) relative a ricoveri medici con sev. 1 che, oltre ad essere inappropriati, presentavano anche una degenza oltre soglia (le gg. di degenza erano già state conteggiate nel calcolo relativo ai posti letto inappropriati per modalità erogativa).

Si deve tenere conto che le soglie fissate a livello ministeriale, per ogni DRG, sono di gran lunga superiori alla durata media di un ricovero.

Pertanto, nel calcolo dei posti letto da disattivare questi 240 p.l. corrispondenti ai ricoveri con una durata della degenza anomala, che va oltre la soglia o che vi si avvicina molto e che sono quindi definibili inappropriati, si possono sommare ai 167 precedenti.

1.3. AZIONI

I dati soprariportati indicano che le aree geografiche che presentano un utilizzo sensibilmente inappropriato dei posti letto ordinari sono l'Area metropolitana e l'ASL 2 "Savonese".

Per quanto riguarda le discipline emerge che la maggiore inappropriatazza riguarda le Medicine e le Chirurgie

I ricoveri ordinari per acuti di tipo medico LEA con Sev. 1 sono inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario e quindi devono essere erogati in regime diurno o ambulatoriale. E' necessario, quindi richiamare le Aziende ad un maggior controllo dell'appropriatezza erogativa di tali prestazioni ponendo obiettivi in tal senso e opportune penalizzazioni.

A tal proposito si osserva che l'allegato B del Patto per la salute anticipa (in attesa nuovo DPCM sui LEA) l'elenco dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria che integra con altri 65 DRG i 43 DRG già noti (D.P.C.M. 2001). Dovranno essere individuate (ARS Liguria) le percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari relativamente ai DRG indicati.

La disattivazione/conversione di posti letto per acuti è, pertanto, necessaria non solo per un mero adeguamento ai parametri nazionali dell'indice dei posti letto, ma per la necessità di perseguire un miglioramento dell'appropriatezza erogativa delle prestazioni e un utilizzo più razionale ed efficace delle risorse. Di conseguenza, alla luce dei dati sopra rilevati, si evidenzia:

- Necessità di 240 p.l. di residenzialità (cure intermedie, RSA, RP, assistenza domiciliare) realizzabili in parte con la conversione di p.l. per acuti utilizzati inappropriatamente
- La conversione/disattivazione dei posti letto per acuti, seppur giustificata dai dati di attività rilevati nella presente analisi, deve essere affrontata con gradualità e valutata con cautela: ciò per non creare pesanti squilibri al sistema.
- La conversione dei posti letto per acuti deve interessare, in primis, le Medicine e le Chirurgie dell'Area metropolitana e dell'ASL 2 "Savonese"
- Si propone di riservare una quota di posti letto esistenti e destinati alla residenzialità alle esigenze di dimissione degli ospedali.
- Potenziare l'assistenza domiciliare.
Si è ipotizzato di offrire ai pazienti in dimissione da reparti ospedalieri per acuti un pacchetto prestazionale minimo, da differenziare per fasce di bisogno assistenziale, in aggiunta al fondo per la non autosufficienza, vale a dire un tot di ore di assistenza domiciliare giornaliera garantita, in modo da dissuadere dalla richiesta di residenzialità (o in attesa dell'inserimento).
L'obiettivo è di soddisfare una maggiore domanda con invarianza di risorse. (meno letti di residenzialità più assistenza domiciliare).

2. APPROPRIATEZZA EROGATIVA DEI RICOVERI DI DAY HOSPITAL MEDICI

2.1. DAY HOSPITAL MEDICI INAPPROPRIATI

I ricoveri di DH medici non terapeutici effettuati nell'anno 2008, (con esclusione dei casi di chemioterapia o altra infusione di farmaci e radioterapia) ammontano a 58.094.

Gli accessi inappropriati risultano 194.860.

Ipotizzando 2 accessi/die per 250 giorni all'anno ed un'occupazione dell'85% si ottengono 425 accessi annui per p.l.. Pertanto dal rapporto fra accessi annui inappropriati complessivi 194.860 e accessi annui per p.l. 425 si ottiene il numero dei posti letto utilizzati in modo inappropriato, così distribuiti:

$194.860 \text{ accessi annui complessivi} / 425 \text{ accessi annui per p.l.} = 458 \text{ p.l.}$

Sommando il numero degli accessi dei DH inappropriati dei presidi per Area ottimale, si ottiene:

AREA OTTIMALE	P.L.
AREA PONENTE	124
AREA METROPOLITANA	271
AREA LEVANTE	63
TOTALE	458

La disciplina che presenta il maggior numero di accessi inappropriati è Medicina Generale con 43.058 accessi equivalenti a 101 p.l..

2.2. DAY HOSPITAL APPROPRIATI

I ricoveri diurni appropriati relativi ai DH medici terapeutici e chirurgici effettuati nell'anno 2008 sono 75.209.

Il numero degli accessi appropriati è di 261.653

Ipotizzando 2 accessi/die per 250 giorni all'anno ed un'occupazione dell'85% si ottengono 425 accessi annui per p.l.. Pertanto dal rapporto fra numero di accessi appropriati (261.653) e accessi annui per p.l. (425) si ottiene il numero dei posti letto utilizzati in modo appropriato, così distribuiti per presidio:

$261.653 \text{ accessi} / 425 \text{ accessi annui per p.l.} = 616 \text{ posti letto}$

Riepilogando risultano:

458 p.l. di DH utilizzati in modo non appropriato

616 p.l. di DH utilizzati in modo appropriato

Si osserva che la dotazione di posti letto di DH in Liguria è di 1.012 p.l. (settembre 2009) che equivale approssimativamente alla somma dei letti DH sopra riportati ($458+616=1.074$)

2.3. AZIONI

La disattivazione dei p.l. di DH, con utilizzo inappropriato è ottenibile spostando, contestualmente, a livello ambulatoriale, le prestazioni di tipo medico-diagnostico al momento erogate in regime di ricovero diurno. Si ritiene che gran parte delle attività oggi erogate in DH potrà essere trasferita in Day Service Ambulatoriale (DGR 754/2010). Con tale azione sarà possibile ridurre i posti letto di DH nelle Aziende con conseguente adeguamento agli standard del Patto per la Salute, sia per quanto riguarda l'indice dei p.l. sia per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione.

Inoltre si potrà prevedere un incremento delle entrate proprie delle Aziende come compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

A tal proposito si ritiene possibile trasferire al livello ambulatoriale (Day Service) circa 58.000 prestazioni di DH medici diagnostici non terapeutici che si considerano inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

L'Allegato A del Patto per la salute anticipa (in attesa nuovo DPCM sui LEA) un elenco di 24 procedure chirurgiche considerate ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di day surgery. La Liguria ha già provveduto a trasferire alcune di queste procedure al livello ambulatoriale con l'istituzione dei P.A.C. (cataratta, tunnel carpale ecc..)

ATTIVAZIONE P.L. DI RIABILITAZIONE

Per i letti di riabilitazione (vedi tabella pag. 1), si osserva che la dotazione attuale dei p.l. di riabilitazione è molto lontana da quanto stabilito dal Patto per la Salute. La rilevazione dei posti letto di settembre 2009 indica che sono attivi 861 p.l. di riabilitazione.

L'attivazione dei 240 posti letto di residenzialità, parte dei quali di cure intermedie, sopra individuati, necessari per decongestionare gli ospedali, avvicinerrebbe l'indice dei posti letto di riabilitazione ai parametri richiesti dal Patto per la Salute.

CONCLUSIONI

La tabella che segue riepiloga i posti letto da disattivare/convertire.
A tal proposito e si osserva che:

RICOVERI ORDINARI

- Va favorita la **disattivazione/conversione di U.O. di p.l. ordinari per acuti e non la disattivazione frazionata di pochi letti per reparto**, ciò al fine di razionalizzare la spesa, in termini di personale e di beni e servizi e conseguentemente ottenere effettivi risparmi.
Si propone di convertire/accorpare – nell’ambito aziendale o a livello di Area ottimale quelle U.O. di Medicina generale e di Chirurgia generale, che presentano un alta percentuale di ricoveri inappropriati sia erogativi che per durata della degenza.
- I 240 p.l. di residenzialità, necessari per decongestionare gli ospedali riducendo la durata della degenza inappropriata, saranno attivati, in parte, con la conversione di posti letto per acuti in letti di Cure Intermedie.

RICOVERI DH

- La disattivazione dei posti letto di DH non può prescindere dall’applicazione del day service ambulatoriale come previsto dalla citata DGR 754/2010.
Le Aziende devono costituire uno o più piastre di day hospital/day surgery, anche con accordi interaziendali, in modo da evitare la polverizzazione nei reparti dei posti letto per il ricovero diurno.
I p.l. di DH inappropriati e quindi da disattivare, riportati nella seguente tabella, non comprendono i DH dell’Istituto Gaslini e dell’IST. Tale scelta discende dalla peculiarità dell’assistenza pediatrica, legata anche alla residenza dei bambini, spesso provenienti da fuori regione, e della disciplina oncologica.

RIEPILOGO POSTI LETTO A RISCHIO DI UTILIZZO INAPPROPRIATO

AREE OTTIMALI	P.L. ORDINARI ACUTI PER INAPPROPRIATEZZA EROGATIVA	P.L. DH MEDICI PER INAPPROPRIATEZZA EROGATIVA	P.L. ORD INAPPROPRIATI PER DURATA DELLA DEGENZA	SOMMA P.L. ORD + D.H. EROGATI IN MODO INAPPROPRIATO
AREA PONENTE	61	124	65	250
AREA METROPOLITANA	78	255	150	483
AREA LEVANTE	26	63	25	114
TOTALE	165	442	240	847

La tabella sopra riportata evidenzia che esistono ampi margini per poter avvicinare la dotazione di posti letto allo standard stabilito dal Patto per la Salute, che come sopra ricordato prevede, per la nostra Regione, la disattivazione/conversione di n. 497 p.l. nel triennio 2010-2012.

La manovra deve essere effettuata con gradualità tenendo conto dei necessari adeguamenti organizzativi che le Aziende sanitarie ed ospedaliere devono affrontare e dei risultati prodotti dall'applicazione del day service ambulatoriale.

Si prevede, pertanto:

- la disattivazione/conversione, per area ottimale, di circa il 60% dei p.l. utilizzati in maniera inappropriata con assoluta priorità verso i letti di day hospital;
- Di riservarsi, entro l'anno 2012, di rideterminare il numero dei posti letto da disattivare/convertire.
- di effettuare verifiche puntuali per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Patto per la Salute.

POSTI LETTO DA DISATTIVARE/CONVERTIRE NEL TRIENNIO 2010-2012

AREE OTTIMALI	P.L. PER ACUTI DA DISATTIVARE/CONVERTIRE NEL TRIENNIO
AREA PONENTE	150
AREA METROPOLITANA	279
AREA LEVANTE	68
TOTALE	497

RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO

1. Premesse

Il P.S.R. 2009-2011 ha orientato il Sistema sanitario ligure verso un'organizzazione a rete.

La scelta di impostare il sistema secondo le logiche delle reti integrate dei servizi sanitari non si deve intendere solo quale strumento organizzativo e gestionale del cosiddetto "governo clinico" ma come strumento di "governance" integrata per armonizzare i diversi aspetti (clinici, gestionali, finanziari, della comunicazione, della ricerca e della formazione) che concorrono alla qualità del SSR.

In questa scelta di fondo un ruolo determinante di governance e integrazione clinica è affidato all'Agenzia Sanitaria Regionale chiamata a definire con la condivisione dei clinici, linee guida e percorsi assistenziali a partire dalla cronicità.

2. Razionalizzazione Punti Nascita

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera alla nascita e al neonato in Regione Liguria è articolata su tre livelli di complessità, ciascuno dei quali deve possedere secondo l'OMS uno standard minimo di attività, per garantire il mantenimento di un adeguato standard professionale e ridurre il rischio clinico, corrispondente a 500 nati/anno per il 1° livello e 1.000 nati/anno per il 2° livello. Il 3° livello - in Regione Liguria identificato nell'integrazione funzionale delle strutture del complesso San Martino-Gaslini - è deputato all'assistenza a gravidanze e parti ad elevato rischio e non ha uno standard minimo di attività.

La tabella che segue riporta il numero dei parti (drg 370-371-372-373-374-375) avvenuti in Liguria, nell'2009, distinti per Struttura.

Struttura	PARTI 2009
01 - IMPERIA	878
02 - SANREMO	639
TOTALE ASL 1	1.517
02 - PIETRA L.	730
04 - SAVONA	1.018
TOTALE ASL 2	1.748
02 - VOLTRI	331
04 - SAMPIERDAREN	1.076
070007 - A.O. S. MARTINO	1.949
070010 - IST. GASLINI	1.041
070011 - OSP. EVANGELICO	750
070012 - E.O. GALLIERA	1.207
TOTALE AREA METROPOLITANA	6.354
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	847

(O) (CHIAVARI)	
TOTALE ASL 4	847
01 - SPEZIA	879
04 - SARZANA	597
TOTALE ASL 5	1476
TOTALE LIGURIA	11.942

ASL	popol. 31/12/2008	parti 2009	parti/po p*1000 abit
ASL 1	220.712	1.517	6,9
ASL 2	286.646	1.748	6,1
ASL 3	739.219	6.354	8,6
ASL 4	148.911	847	5,7
ASL 5	219.576	1.476	6,7
totale liguria	1.615.064	11.942	7,4
ASL 3 + ASL 4	888.130	7.201	8,11

Al fine di garantire la migliore qualità assistenziale e razionalizzare l'uso delle risorse, Regione Liguria intende favorire la progressiva concentrazione delle attività di assistenza al parto e al neonato in strutture aventi le caratteristiche del punto nascita di 2° livello. Resta fermo, ai sensi della normativa vigente, il mantenimento della funzione ostetrico-ginecologica nelle strutture sede di D.E.A.

La continuità delle cure, cioè la presa in carico di tutto il percorso nascita da parte del sistema sanitario, è ottenuta attraverso la realizzazione della rete territorio-punto nascita-territorio, che operi utilizzando protocolli e procedure regionali condivise, con il contributo di tutti i soggetti coinvolti.

In coerenza con quanto sopra esposto e tenuto conto dei dati contenuti nella tabella, il riordino dei punti nascita in ambito regionale deve seguire i seguenti indirizzi:

ASL 1 "Imperiese"

L'attività delle due strutture in oggi esistenti (Imperia e Sanremo) è di n. 1.517 parti /anno 2009.

Va prevista la graduale concentrazione in un'unica struttura di 2° livello, inserita nel D.E.A. aziendale, previa analisi dell'effettivo bisogno di prestazioni del territorio di riferimento.

ASL 2 "Savonese"

L'attività delle due strutture in oggi esistenti (Savona e Pietra L.) è di n. 1.748 parti /anno 2009.

L'esistenza nell'ASL di due D.E.A. (Savona 1° livello e Pietra Ligure 2° livello) giustifica il mantenimento delle due strutture di ostetricia.

Questa determinazione è confortata dall'ampiezza del bacino demografico savonese (284.889 abitanti al 31/12/2008) e dall'estensione territoriale.

In coerenza con quanto sopra descritto non può essere attivata la funzione ostetrico/ginecologica presso l'Ospedale di Albenga.

ASL 3 "Genovese" (Area metropolitana)

Nel territorio dell'ASL sono presenti sei strutture ostetrico-ginecologiche. Di queste, quattro (S.Martino, Gaslini, Galliera e Villa Scassi) sono inserite in D.E.A. di 1° e 2° livello e superano i 1.000 parti anno (2009).

Le strutture dell'Ospedale Evangelico e del San Carlo di Voltri hanno avuto nel 2009 un numero di parti rispettivamente di 750 e 331. Quest'ultimo dato, colloca la struttura ben al di sotto degli standard/OMS di 500 parti anno per il punto nascita di 1° livello.

Si rende quindi necessario procedere alla riduzione del numero delle strutture attraverso la soppressione e/o accorpamento delle stesse.

In questa prospettiva è stato avviato - nel rispetto del quadro istituzionale delineato all'**Allegato sub a)** e degli indirizzi programmatori sopra richiamati - un confronto con la Tavola Valdese e l'Ospedale Evangelico Internazionale sulla possibilità di condividere soluzioni organizzative e gestionali per rendere possibile il trasferimento delle attività per acuti dell' OEI a Voltri.

ASL 4 "Chiavarese"

L'attività della struttura ostetrico/ginecologica di Lavagna è di n. 847 parti/anno 2009.

Si conferma il mantenimento della struttura in considerazione sia della collocazione della stessa nel D.E.A. di 1° livello sia per la notevole distanza dalle strutture ostetriche/ginecologiche più vicine.

ASL 5 "Spezzino"

L'attività delle due strutture in oggi esistenti (La Spezia e Sarzana.) è di n. 1.476 parti /anno 2009.

In coerenza con i principi esposti è previsto il trasferimento del Reparto di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia di Sarzana presso l'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia, in oggi sede di D.E.A. di 1° livello e di prossima trasformazione, ai sensi della D.C.R. 8/2008, in D.E.A. di 2° livello, come peraltro contenuto nella proposta di riorganizzazione formulata dall'ASL 5.

La riorganizzazione dell'area materno-infantile consente il rafforzamento e la riqualificazione delle attività territoriali e consultoriali, potendo garantire la presenza giornaliera di un ginecologo e di una ostetrica nei tre distretti dell' ASL (attualmente ricoperti per circa 80 ore di medici specialistici ambulatoriali e due ostetriche di cui una a part-time) che, in costante rapporto con la struttura ospedaliera, potranno assicurare la presa in carico delle pazienti, la sorveglianza in tutte le fasi della gravidanza fisiologica, la gestione dei corsi di accompagnamento alla nascita, la prevenzione/educazione alla salute, l'assistenza domiciliare alla puerpera e al neonato, il sostegno all'allattamento e la prevenzione dei tumori femminili.

I provvedimenti di razionalizzazione di cui al presente punto devono essere assunti entro il 31/12/2010.

3. Recupero fughe : Ortopedia

L'analisi dei dati della mobilità passiva ospedaliera ortopedica evidenzia il persistere di criticità nel settore.

Di seguito il dettaglio della mobilità passiva ortopedica dell'anno 2009.

MOBILITA' SANITARIA MDC 8 – MALATTIE APP. MUSCOLOSCHIELETRICO ANNO 2009 -

Mdc	Ricoveri passivi 2009	Imp Tariffa Unica passiva 2009	Ricoveri attivi 2009	Imp Tariffa Unica attiva 2009	saldo ricoveri	saldo importi
08 - MAL. MUSCOLOSCHIEL./CO NNETT.	10.203	39.349.459,03	7.080	18.952.319,32	- 3.123	-20.397.139,71
Di cui riabilitazione	1.573	6.542.384,82	397	1.287.740,13	-1176	-5.254.644,69

E' pertanto necessario riorganizzare l'offerta di prestazioni ortopediche in Liguria attraverso l'individuazione e il potenziamento dei seguenti poli ortopedici:

3. 1 Polo ortopedico di Bordighera

L'ASL 1 ha predisposto un progetto di "sperimentazione gestionale" mirato al recupero delle fughe extra regionali di ortopedia che rappresenta la prima voce di spesa nell'ambito della forte attrazione che le strutture lombarde e piemontesi riescono ad esercitare sulla popolazione della provincia di Imperia.

Il progetto si propone di esternalizzare una parte dei posti letto dell'Ospedale di Bordighera affidandone la gestione, tramite gara pubblica, a società privata del settore.

La società dovrà assicurarsi le prestazioni di professionisti che operano in Piemonte e in Lombardia con l'obiettivo di recupero, in un triennio, di almeno 600 ricoveri passivi.

3. 2 Polo ortopedico del Ponente Ligure (Albenga/Santa Corona)

La riorganizzazione dell'area ortopedica del Presidio di Ponente è finalizzata ad ottimizzare le risorse disponibili mantenendo la chirurgia ortopedica d'elezione maggiore e l'attività traumatologica ed ortopedica in urgenza presso l'Ospedale di Pietra Ligure; presso l'Ospedale di Albenga va sviluppata l'attività protesica d'elezione. E' quindi necessario predisporre in tale ospedale un'adeguata area degenziale e procedere alla riorganizzazione del blocco operatorio in funzione di tale attività.

Questa scelta evita duplicazioni di attività in luoghi diversi consentendo una maggiore specializzazione dell'offerta sanitaria.

La riorganizzazione dell'area ortopedica è propedeutica al progetto di recupero della mobilità passiva nella disciplina ortopedica protesica/artroscopica nell'area savonese.

Il progetto prevede il recupero di circa 600 interventi/anno di mobilità passiva e la promozione di mobilità attiva attraverso l'offerta di pacchetti prestazionali comprendenti: intervento, degenza e riabilitazione.

3. 3 Polo ortopedico del Tigullio

Una delle aree in cui si realizzano elevati volumi di attività è quella del medio levante ligure (Recco e Lavagna).

Quest'area, in ambito ortopedico, nel 2010, ai sensi della D.C.R. 8/2008 è oggetto di significative innovazioni:

- Riconversione del presidio di Recco in polo ortopedico riabilitativo integrato con il nuovo ospedale di Rapallo e con presenza di piastra poliambulatoriale.

- Apertura del nuovo ospedale di Rapallo, sede di tutta l'attività chirurgica ortopedica elettiva dell'area;
- Mantenimento della attività traumatologica ed ortopedica in urgenza presso l'ospedale di Lavagna.
- Completa disattivazione della funzione ospedaliera di Santa Margherita Ligure.

La nuova struttura di Rapallo offre un blocco operatorio e spazi degenziali moderni e adeguati ad incrementare l'attività specialistica ortopedica elettiva. L'ospedale assume così un ruolo di hub chirurgico per tutta l'attività di ortopedia protesica.

A supporto dell'attività chirurgica deve essere sviluppata una rete riabilitativa strutturata in modo da garantire pacchetti prestazionali comprendenti: intervento, degenza e riabilitazione.

La rete riabilitativa integrata con l'hub chirurgico può così articolarsi:

- Presidio di Recco;
- Unità riabilitativa di Rapallo;
- Supporto, previa valutazione del bisogno, da parte delle strutture accreditate presenti nell'area.

Per quanto riguarda il presidio di Recco, il cui mantenimento in oggi presenta oggettive difficoltà economico-finanziarie, si dà mandato all'ASL 3 "Genovese" di ricercare uno o più partner privati che, possano partecipare ad una sperimentazione gestionale che diventi, unitamente al presidio pubblico, il fulcro del sorgente Polo.

Quanto sopra potrebbe costituire occasione di sviluppo economico per tutta l'area interessata anche con la possibilità di significativi incrementi occupazionali sia in forma diretta che come indotto

3. 4 Polo ortopedico dell'ASL 5 "Spezzino"

La riorganizzazione dell'area ortopedica del Presidio di Levante è finalizzata ad ottimizzare le risorse disponibili, centralizzando l'attività protesica d'elezione e di riabilitazione presso l'Ospedale di San Bartolomeo di Sarzana e l'attività traumatologica ed ortopedica in urgenza presso l'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia.

L'offerta prevede pacchetti prestazionali comprendenti: intervento, degenza e riabilitazione, quest'ultima garantita dalla presenza di un servizio di riabilitazione multidisciplinare erogato dalla Fondazione Don Gnocchi O.N.L.U.S..

3. 4.1. RECUPERO FUGHE NEL SETTORE DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

La necessità del recupero delle "fughe" dei cittadini dell'ASL 5 nel settore dell'ortopedia, imposta dalla rilevanza anche economica del fenomeno, è strettamente collegata e connessa – più in generale – ad un corrispondente fenomeno di mobilità passiva verso le altre Regioni che – in maniera ben più marcata rispetto a quello che avviene nelle altre AA.SS.LL.– nasce già al momento dell'erogazione delle prestazioni di diagnostica e di specialistica ambulatoriale.

E', pertanto, opportuno richiedere all'ASL 5 la predisposizione – entro 60 giorni – di un progetto specifico che preveda il coinvolgimento e la collaborazione dei MMG e dei PLS per orientare e facilitare l'accesso degli assistiti alle prestazioni erogate nel territorio della ASL.

La Regione, parallelamente, ha avviato un confronto con la Regione Toscana, al fine di concordare manovre per il riequilibrio della fornitura dei servizi, tenuto conto che le attuali modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali su "doppio canale" utilizzato dalla A.S.L. 1 di Massa creano disparità di trattamento non accettabili.

4. SPECIALIZZAZIONE E CONCENTRAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA

Dall'analisi dei dati di attività chirurgica degli ospedali liguri emerge una significativa dispersione della casistica evidenziata dalla compresenza all'interno degli ospedali di diversi operatori che effettuano le stesse prestazioni senza che vi siano forme di specializzazione e numeri qualificanti.

La letteratura scientifica ha dimostrato l'esistenza di una relazione stretta tra volumi di attività chirurgica dei singoli professionisti e la qualità dei risultati, per la stessa prestazione chirurgica; maggiore è la casistica dell'operatore e della struttura operatoria minore è l'evenienza di gravi complicazioni.

L'atto chirurgico rappresenta un segmento certamente determinante di un percorso clinico e organizzativo articolato interdisciplinare e complesso è necessario che la valutazione della attività operatoria coinvolga sia gli operatori sia la struttura dove essi lavorano.

E' quindi necessario che, a garanzia della qualità sicurezza in ambito chirurgico, le Aziende rideterminino la missione specifica delle proprie strutture e dei singoli professionisti avendo a riferimento:

1) I VOLUMI DELLA CASISTICA CHIRURGICA, sia per la chirurgia a minore complessità, sia per la chirurgia ad elevata complessità. I volumi di attività devono essere (per ogni specifica tipologia chirurgica) tali da garantire adeguati livelli qualitativi degli esiti prodotti.

2) UN SET DI INDICATORI DI ESITO (per ciascuna tipologia di chirurgia) di tipo: --
GENERALE

- Proporzione di pazienti sottoposti a reintervento non programmato
- Proporzione di pazienti riammessi in ospedale nei 28 giorni successivi alla dimissione.
- Mortalità intraospedaliera (o a 30 giorni) (2-4%).
- Degenza media pre e post intervento
- Proporzione dei pazienti operati in laparoscopia

E di tipo SPECIFICO della chirurgia in questione variabili in funzione della stessa.

3) EVIDENZA DEI PROTOCOLLI CLINICO ORGANIZZATIVI INTERDISCIPLINARI per la gestione dell'intero percorso diagnostico terapeutico

I dati epidemiologici evidenziano alcune condizioni morbose che necessitano di peculiari e complesse attività chirurgiche. Si tratta di prestazioni chirurgiche che su base regionale hanno volumi così contenuti da giustificare la concentrazione di queste attività in una sola struttura regionale. La G.R. con successivo provvedimento individua tipologie di prestazioni e corrispondente struttura chirurgica di riferimento per garantire un adeguato case load di struttura e per singolo professionista.

5. RAZIONALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CARDIOLOGICA A.O.U. SAN MARTINO

Dal 1° giugno 2010 la cardiologia universitaria è stata trasferita presso il Monoblocco Acuti presso il 7° piano. In questo sito le due strutture condividono alcune piastre ad alto contenuto tecnologico quali il laboratorio di emodinamica, il laboratorio di elettrofisiologia e l'Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC) che in passato venivano gestite in due siti differenti con le conseguenti diseconomie che tali differenti localizzazioni inducevano.

Oltre alle evidenti ricadute in termini di contenimento dei costi di gestione, si prevede che questa operazione indurrà un miglioramento significativo degli outcomes derivante dalla maggiore integrazione che le due strutture sono chiamate a realizzare, garantendo un miglioramento nei livelli di appropriatezza generica e specifica nell'uso della risorsa posto letto e nell'utilizzo delle citate piastre tecnologiche.

La riduzione dei posti letto specialistici di Cardiologia si colloca nella direzione dell'auspicato miglior utilizzo dei posti letto Specialistici di Area Medica con il conseguente riorientamento dei posti letto derivanti a supporto dell'emergenza urgenza. Infatti, i posti letto lasciati dalla struttura Universitaria presso il DIMI non sono stati soppressi ma sono stati distribuiti alle strutture universitarie di area medica operanti presso il DIMI con l'indicazione di un utilizzo a supporto del DEA.

6. RIORDINO DELLA RETE NEUROLOGICA

Nell'ottica di fornire risposte assistenziali complete e migliorare l'assetto organizzativo delle neurologie dell'area metropolitana, si procede con:

- la disattivazione del modulo per malattie cerebro vascolari presso l'Ospedale P.A. Micone e con la contestuale attivazione presso l'Ospedale Villa Scassi di un Centro Ictus.

La riorganizzazione, con individuazione di un PDTA integrato tra le due neurologie del Presidio, determinerà una più funzionale ed efficace redistribuzione delle risorse mediche ed infermieristiche.

- Al fine di verificare le potenzialità erogative delle due strutture di Stroke Unit di AOU San Martino si è deciso di monitorare, contestualmente all'attribuzione di mission specifica di neuroriabilitazione di 20 posti letto dedicati alla neuroriabilitazione (letti che verranno dedicati nel parco dei 32 letti del Maragliano), la degenza media che il sistema è in grado di realizzare per i pazienti afferenti alle due Stroke Unit durante il mese luglio.

La possibilità di ridurre e concentrare i posti letto di Stroke Unit in un unico sito, prossimo al DEA è la soluzione da adottare. anche in considerazione dei numeri che il Ministero della salute ha recentemente pubblicato:

In particolare i volumi di attività del 2009 rendono ragione, ad una degenza media attesa di 6 giorni, di un fabbisogno massimo di 7 pp.II. di Stroke Unit a condizione di garantire, per il 55% dei pazienti dimissibili dalla Stroke Unit, un adeguato trattamento riabilitativo in una struttura di neuroriabilitazione intensiva (fabbisogno di circa 18 pp.II.).

Traguardando quindi i 6 giorni di degenza si dovrà concentrare l'attività delle 2 Stroke Unit riservando per il futuro la possibilità di attivare ancora alcuni posti letto per incrementare le possibilità erogative attuali.

7. POTENZIAMENTO AREE DI SUPPORTO AL PRONTO SOCCORSO

Dai dati riportati nell'allegato 1 si evidenzia che sui posti letto delle discipline specialistiche di area medica (Nefrologia - Cardiologia - Neurologia - Gastroenterologia - Pneumologia, ecc) presenti negli ospedali liguri nonché su molti di area chirurgica vengono ricoverati sia pazienti con problematiche inerenti la disciplina sia molti altri pazienti provenienti dal circuito dell'emergenza urgenza che non potrebbero altrimenti essere collocati.

Premesso che gli annosi problemi che caratterizzano la risposta assistenziale nell'area critica del D.E.A./Pronto Soccorso ospedalieri, legati all'iperafflusso di cittadini che non trovano adeguate risposte alle loro esigenze a livello territoriale, possono trovare appropriata soluzione nell'articolato sistema della rete dell'emergenza delineato dal PSR, si ritiene necessario, in questa fase, che le Aziende potenzino le aree degenziali a supporto dei Pronto Soccorso ospedalieri, attraverso la riconversione e riduzione dei posti letto delle discipline specialistiche, in via prioritaria di area medica, in funzione dei volumi di attività che storicamente si realizzano in modo appropriato per le patologie tipiche delle specialità stesse realizzando accorpamenti secondo modelli organizzativi per livelli omogenei di intensità di cure, recuperando i posti letto oggetto della contrazione all'attività più propriamente dedicata alla gestione dei percorsi dell'emergenza urgenza (forniti dalla medicina interna).

Tale operazione di razionalizzazione permette di conseguire due importanti risultati:

- ottimizzare i percorsi di diagnosi e cura delle diverse discipline
- di recuperare posti letto/aree per l'urgenza. Si ritiene preferibile, dove ne sussistano i presupposti logistico-organizzativi che tali risorse siano gestite con le modalità organizzative tipiche della medicina d'urgenza che esitano in tempi medi di degenza generalmente tra i più bassi dell'area medica

8. Complesso IST – Università – A.O. San Martino

Nel complesso IST, San Martino, Università sono concentrate, nell'area oncologica, competenze cliniche e scientifiche di elevato livello specialistico e strumentale, in grado di raggiungere, nel loro complesso, un livello di eccellenza in Italia.

La programmazione regionale, attraverso il P.S.R. e la D.C.R. 8/2008, ha inteso rafforzare tale ruolo promuovendo l'integrazione funzionale delle attività specialistiche oncologiche delle tre Aziende; si è operato con il fine di contenere la dispersione delle risorse e consentire la gestione dell'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo, attraverso un approccio multidisciplinare atto a garantire la migliore qualità possibile degli interventi e il minore disagio al paziente.

La Giunta regionale, in attuazione del dettato programmatico, ha previsto, con DGR 854/2009, la costituzione di un'area omogenea di alta specializzazione oncologica IST- Università - San Martino, dando mandato ad un Comitato operativo, composto da rappresentanti delle tre strutture, di formulare alla Giunta Regionale proposte condivise in merito all'organizzazione dell'offerta oncologica e, in prima istanza, all'accorpamento e alla collocazione in un'unica unità operativa, delle esistenti chirurgie toraciche di IST e San Martino.

Il processo di integrazione e accorpamento delineato nella richiamata deliberazione di G.R. deve trovare definizione e attuazione in tempi certi.

Fermo restando le funzioni propositive e istruttorie già attribuite al Comitato operativo si richiede ai Direttori Generali, in accordo con l'Università, di dare attuazione e completamento entro tre mesi alle indicazioni assunte dalla programmazione regionale (DCR 8/2008 e DGR 854/2009) con particolare riferimento dell'integrazione dell'area amministrativa e tecnica, dei servizi sanitari e dell'area clinica; garantendo un coordinamento gestionale omogeneo delle tre componenti istituzionali anche nella fase attuativa.

Entro il medesimo termine i due Direttori Generali, sempre in accordo con la Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono tenuti a presentare un progetto complessivo per l'integrazione dell'offerta assistenziale oncologica.

Quanto sopra anche al fine della conseguente formalizzazione delle intese fra la Regione Liguria e l'Università degli studi.

In caso di inerzia la Giunta regionale provvederà con modalità sostitutive per quanto di propria competenza.

Le linee d'indirizzo prospettate trovano un primo e parziale livello di dettaglio e specificazione nelle proposte attuative pervenute da parte delle Aziende sanitarie locali che, sommariamente sono riassunte all'**allegato sub b**).

Tali proposte devono essere integrate e completate dalle proposte attuative, formulate, entro 15 giorni sulla base dei presenti indirizzi dall'A.O.U. San Martino, dall'Ente Ospedale Galliera, dall'Ospedale Evangelico Internazionale e dagli I.R.C.C.S. Istituto Gaslini e IST, Enti che hanno autonomia e assetti istituzionali differenti da quelli delle Aziende sanitarie.

Gli indirizzi programmatori sopra delineati costituiscono pertanto per questi Enti un quadro di riferimento rispetto al quale gli stessi sono chiamati ad adeguare la propria offerta assistenziale al fine di rendere effettive e concrete l'integrazione dei servizi e le politiche di rete che sono alla base delle scelte delineate nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011.

E' dato mandato alla Giunta regionale di definire le tempistiche delle diverse realizzazioni.

ALLEGATO SUB A)

RAPPORTI TAVOLA VALDESE/OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE/REGIONE LIGURIA INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'art. 4 comma 12 del D. Lgs. 502/92 prevede che "... "Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne gli istituti e gli enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40,41 e 43, secondo comma, della l. 23.12.78 n. 833..." fermo restando che "l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo".

L'art. 50 della legge regionale 8 febbraio 1995 n. 10 espressamente stabilisce che le disposizioni di cui alla stessa legge trovano applicazione, compatibilmente con il regime giuridico amministrativo di tale ente, anche nei confronti dell'Ospedale Evangelico Internazionale;

l'Ospedale Evangelico Internazionale è un istituto autonomo sia dal punto di vista giuridico che amministrativo nel quadro dell'Ordinamento valdese la cui autonomia e indipendenza è stata riconosciuta dalla Repubblica italiana al comma 1 dell'art. 2 della Legge 11 agosto 1984 n. 449 "Norme per la regolarizzazione dei rapporti tra lo Stato e le Chiese rappresentate della Tavola Valdese" ed è peraltro integrato all'interno della programmazione regionale mediante la sua collocazione nelle prescrizioni del P.S.R.

I rapporti tra la Tavola Valdese e la Regione Liguria sono stati inizialmente disciplinati dal **protocollo d'intesa approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n.4547 dell'8 agosto 1985**. L'art. 6 di detto protocollo stabilisce che ogni variazione del protocollo stesso debba avvenire di comune accordo mediante protocolli aggiuntivi; detta intesa è rinnovata tacitamente di triennio in triennio;

In data 27.2.2006, con deliberazione regionale n. 161 è stato approvato un protocollo aggiuntivo tra la Regione e la Tavola Valdese in conseguenza delle innovazioni introdotte dalla L.R. 41/2006 nel sistema sanitario regionale;

l'intesa sancisce i seguenti principi:

- ✓ L'O.E.I. eroga assistenza sanitaria pubblica in favore di tutti gli aventi diritto alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Nell'ambito della programmazione regionale l'O.E.I. coordina la propria attività assistenziale con i servizi e le altre strutture del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ La Regione Liguria assicura l'erogazione dei fondi per le prestazioni erogate dall'O.E.I. quantificati in conformità alla Legge Regionale di disciplina delle modalità di finanziamento delle aziende sanitarie.

Sulla base dei rapporti in essere tra la Tavola Valdese e la Regione Liguria sono conseguentemente regolati i rapporti con l'OEI e la Regione Liguria attraverso **un'apposita convenzione (l'ultima approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 653/2007)** su due differenti livelli:

- ✓ Il primo - avente contenuto programmatico - ha come riferimento la Regione Liguria ed è finalizzato alla definizione del ruolo operativo che l'Ospedale Evangelico Internazionale è tenuto a svolgere nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale in generale e nell'ambito dell'Area metropolitana in particolare;
- ✓ Il secondo - avente contenuto economico finanziario - ha, parimenti, come riferimento la Regione Liguria ed è finalizzato alla definizione delle modalità di finanziamento dell' Ospedale Evangelico Internazionale ed alla fissazione delle modalità di erogazione delle relative somme direttamente dal F.S.R.

Dal complesso quadro istituzionale sopra delineato discende che l'OEI è parte integrante del sistema sanitario regionale, ma che le modalità di partecipazione e di integrazione con le altre strutture assistenziali devono essere fissate attraverso appositi accordi convenzionali in conformità con gli indirizzi e gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale. I primi contatti assunti hanno registrato una comune condivisione non solo dell'obiettivo di mantenere e sviluppare i punti di eccellenza assistenziali che già in oggi l'Ente assicura al Servizio Sanitario regionale, ma anche di ricercare – in accordo – nuove soluzioni organizzative e gestionali d'integrazione con le strutture delle Aziende sanitarie liguri (come peraltro avviene già con l'Ente Ospedaliero Galliera).

Di particolare rilevanza sono le questioni relative alla possibilità e alle modalità di rendere disponibili le professionalità e le competenze del personale dell'area afferente all'ostetricia e ginecologia a un bacino più ampio di utenza rispetto all'attuale, nel rispetto delle linee programmatiche che si sottopongono all'approvazione del Consiglio regionale in relazione, anche, agli standard di attività fissati a livello nazionale.

ARTICOLAZIONE LINEE PROGRAMMATICHE AA.SS.LL.**ASL 1**

L'ASL 1 ha predisposto un progetto di "sperimentazione gestionale" mirato al recupero delle fughe extra regionali di ortopedia che si propone di esternalizzare una parte dei posti letto dell'Ospedale di Bordighera affidandone la gestione, tramite gara pubblica, a qualche società privata del settore che manifesterà interesse all'iniziativa.

ASL 2

- **Staff Direzione Sanitaria:** accorpamento delle due Strutture Complesse di Farmacia dei Presidi Ospedalieri di Levante e Ponente in un'unica Struttura Complessa denominata "Farmacia Ospedaliera";
- **Dipartimento Economico / Finanziario:** trasformazione della S.C. Prestazioni Sanitarie in S.S. Dipartimentale;
- **Dipartimento Giuridico Risorse Umane:** accorpamento del Dipartimento Giuridico e del Dipartimento Risorse Umane in un unico Dipartimento Giuridico e Risorse Umane;
- **Dipartimento Immagini:** prevista una S.S. Dipartimentale "Angiografia e Radiologia Interventistica";
- **Dipartimento Patologia Clinica:** accorpamento delle due Strutture Complesse di Centro Trasfusionale di Savona e di Pietra Ligure in una unica Struttura Complessa denominata "Immunoematologia e Medicina Trasfusionale";
- **Dipartimento di Medicina :** sono state scorporate da tale Dipartimento le Strutture Complesse di Neurologia di Savona e di Pietra Ligure e attribuite al Dipartimento Testa Collo; è stata inoltre scorporata la S.S. Dipartimentale Dialisi Albenga, attribuita al Dipartimento di Specialità Mediche;
- **Dipartimento Specialità Mediche:** accorpamento delle due Strutture Complesse di Dermatologia di Savona e di Albenga in una unica Struttura Complessa denominata "Dermatologia"; inoltre, afferisce al Dipartimento la S.S. Dipartimentale Dialisi Albenga;
- **Dipartimento Chirurgie:** confluenza della Struttura Complessa "Chirurgia generale Oncologica Epatobiliopancreatica di Pietra Ligure" nella Chirurgia Generale di Pietra Ligure, mantenendo l'attività del progetto epatobiliopancreatico attiva per il complesso del ponente ligure. Prevista, inoltre, una S.S. Dipartimentale "Chirurgia Colonproctologica e mininvasiva";
- **Dipartimento Testa Collo :** afferiscono al Dipartimento le Strutture Complesse di Neurologia di Savona e di Pietra Ligure;
- **Dipartimento di Riabilitazione :** trasformazione della S.S. Dipartimentale "Gestione Riabilitativa del paziente dalla fase...etc" di Pietra Ligure in " S.S. Dipartimentale "Rieducazione Funzionale Albenga - territorio Albenganese. Prevista inoltre una S.S. Dipartimentale Rieducazione Funzionale Ospedale Savona - Territorio Savonese";
- **Dipartimento Cure Primarie ed Attività Distrettuali:** confluenza della Struttura Complessa "Assistenza Disabili" nella Struttura complessa "Assistenza Anziani";
- **Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze:** previste quattro S.S. Dipartimentali denominate "Area Urgenza/Emergenza psichiatrica", "Psicologia clinica", "Gestione Strutture Intermedie", "Medicina Penitenziaria".

OSP. S. PAOLO – Savona

- Costituzione dell'area medica per intensità di cure;
- Integrare i percorsi clinico – organizzativo - assistenziali delle Strutture coinvolte di Medicina Interna Gastroenterologia, Medicina Interna e Cure Intermedie, Medicina Interna.
- Introdurre l'attività di chirurgia protesica cocleare per ipoacusia grave e profonda.

OSP. S.M. MISERICORDIA – Albenga

- Trasferimento dell'attività di Pneumologia dall'Ospedale di Pietra Ligure a quello di Albenga: trasferimento della degenza (n. 14 p.l. ordinari + n. 2 p.l. day hospital terapeutico) con riduzione di n. 4 posti letto per acuti; trasferimento parziale dell'attività ambulatoriale di fisiopatologia respiratoria;
- Riorganizzazione dell'area ortopedica del Presidio di Ponente al fine di ottimizzare le risorse disponibili centralizzando l'attività protesica d'elezione presso l'Ospedale di Albenga e mantenendo la chirurgia ortopedica d'elezione maggiore e l'attività traumatologica ed ortopedica in urgenza presso l'Ospedale di Pietra Ligure;

OSP. S. CORONA – Pietra L.

- Inserimento nei percorsi di riabilitazione neuromotoria della tecnologia robotica.
- Costruzione struttura nuove sale operatorie
- Ristrutturazione Pronto Soccorso nuova ala di levante
- Potenziamento attività CDAA (Centro disturbi dell'adolescenza e dell'alimentazione) con incremento di 2/4 posti letto riabilitativi e 2 posti letto day hospital riabilitativi, in funzione della diminuzione della lista d'attesa

E' prevista, inoltre, l'istituzione a livello provinciale una Stroke unit basata su un sistema "Hub – and – Spoke" organizzata su più livelli operativi, identificati per steps di complessità.

OSPEDALE S. GIUSEPPE - CAIRO MONTENOTTE

- Potenziamento dell'attività di day surgery multidisciplinare che si potrà avvalere delle nuove sale operatorie in realizzazione.



ASL 3

BUSALLA: permangono la piastra ambulatoriale, la diagnostica e attività del distretto sanitario .

Chiusura delle Cure Intermedie.

Presidio Metropolitan

- Riorganizzazione dell'attività di pneumologia
sono state unificate c/o lo Stabilimento Ospedaliero di Villa Scassi le due Strutture Complesse di Pneumologia e di Pneumologia Interventistica con la costituzione di una unica S.C. denominata Pneumologia, senza peraltro una riduzione di posti letto;

- Realizzazione di un unico Centro Ictus Aziendale
Disattivazione del modulo per malattie cerebro vascolari presso l'Ospedale P.A. Micone e con la contestuale attivazione presso l'Ospedale Villa Scassi di un Centro Ictus.

- Riorganizzazione S.C. Ostetricia e Ginecologia e S.C. Neonatologia, come previsto pag. 2 dell'allegato 2.

- Riorganizzazione S.C. Chirurgia Generale e Medicina d'Urgenza – Ospedale Villa Scassi di Sampierdarena
La manovra consiste, nel trasformare i 21 posti letto ordinari, ora dedicati alla chirurgia generale in posti di medicina d'urgenza (degenza breve), attraverso l'armonizzazione dei posti ad oggi afferenti alla chirurgia toracica, alla chirurgia generale e alla Day Surgery Multidisciplinare.
Si avranno così nuovi 21 p.l dedicati esclusivamente alla medicina d'urgenza che andranno a soddisfare la richiesta di emergenza e urgenza di tutta l'area metropolitana.

- **Chiusura S.C. Chirurgia Generale – Ospedale Sant'Antonio di Recco**
In attuazione a quanto previsto dalla D.C.R. n.8/2008, a settembre l'attività chirurgica svolta sarà spostata a Voltri, mantenendo a Recco la chirurgia ambulatoriale.

- **– Presidio di Recco**
Cessa l'attività per acuti secondo quanto previsto al precedente punto n. 3 dell'allegato n. 2), mantenendo l'attività ambulatoriale e trasformandosi in polo riabilitativo integrato con l'ospedale di Rapallo.

ASL 4

Ospedale di Lavagna

- Accorpamento dell'area sub-intensiva medica alla Medicina Generale ad indirizzo d'urgenza
- Soppressione della S.S di Chirurgia d'urgenza con l'accorpamento della stessa funzione alla S.C. Chirurgia Generale di Lavagna; nei 16 posti letto di chirurgia d'urgenza sono stati attivati 12 p.l. di Traumatologia d'urgenza e 4 di Gastroenterologia; questa riorganizzazione evita il trasferimento pre-operatorio di pazienti politraumatizzati dal P.S. di Lavagna al Polo di Sestri Levante attuale sede della S.C.Ortopedia.

Ospedale di Sestri Levante

- Sede prevalente del Dipartimento Medico e di attività di day hospital/day service oltre ad attività chirurgiche specialistiche e di day surgery dipartimentale;
- Attivazione di un reparto di Cure intermedie con 6 posti letto per la cura e riabilitazione post-intensiva delle cerebrolesioni.

Ospedale di Rapallo

- L'attività sarà caratterizzata da prestazioni di elezione di chirurgia protesica ortopedica maggiore e minore in regime di ricovero ordinario e di day surgery e di oculistica.
- Sono destinati 10 letti di riabilitazione ortopedica e 19 letti di cure intermedie ad indirizzo orto geriatrico per riabilitazione ortopedica di anziani con elevata comorbilità

ASL 5

Ospedale S. Andrea La Spezia

- Riorganizzazione per aree omogenee di attività
- Trasferimento ortopedia d'elezione presso l'ospedale di Sarzana e mantenimento dell'attività traumatologica ed ortopedica in urgenza presso l'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia.

- Trasferimento dall'ospedale Felettino di : SPDC – infettivi – oncologia (degenze e dh) – centro antalgico – geriatria.

Ospedale di Sarzana

- Trasferimento dell'ostetricia/ginecologia e neonatologia presso l'ospedale S. Andrea
- Trasferimento della S.C. di oculistica dall'ospedale Felettino.