



Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VII**

**MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
E
REGIONE LIGURIA**

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 24 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

VISTO l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto-legge del 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti;

VISTA la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266, 27 dicembre 2006 n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

VISTO il decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163;

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81;



VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

VISTA la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 “Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio”, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale 169 del 22 luglio 1998;

VISTA la circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTA la deliberazione CIPE n. 65 del 2 agosto 2002, come modificata dalla deliberazione CIPE n. 63 del 20 dicembre 2004, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale n. 115 del 19 maggio 2005, “Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388”;

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98 di modifica della delibera CIPE n. 4/2008 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Liguria € 69.746.791,86;

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Liguria € 83.528.060,51;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 29 aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 176 del 29 luglio 2008, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell’art. 1, commi 310 e 311 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO l’Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la “Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità” a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale della Liguria n. 1317 del 24 ottobre 2008 di recepimento dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28



febbraio 2008 per la “Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002”;

VISTO l’Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 27 luglio 2000 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 23 maggio 2002 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 1° settembre 2004 dal Ministero della Salute e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 18 marzo 2009 dal Ministero del lavoro, della Salute e delle politiche sociali e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell’8 febbraio 2006, avente per oggetto “Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)”;

VISTA la deliberazione del Consiglio regionale della Liguria n. 6 del 26 marzo 2009, avente ad oggetto “Prosecuzione programma straordinario di investimenti in sanità ex articolo 20 legge 11 marzo 1988, n. 67 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato <legge finanziaria 1988>) interventi da inserire nell’accordo di programma Regione-Governo anno 2009” e la successiva deliberazione integrativa della Giunta regionale n. 775 del 12 giugno 2009;

VISTA la deliberazione del Consiglio regionale della Liguria n. 56 del 21 gennaio 2011, avente ad oggetto “Rimodulazione programmi in sanità – Quinto aggiornamento progetto ex art. 71 L. n. 448798 – Aggiornamento programma finanziario nuovi ospedali Galliera e Della Spezia – DCR n. 6/2009”;

PRESO ATTO che nella programmazione delle risorse contenuta nel documento programmatico complessivo, che fa parte integrante del presente atto, una quota pari al 26,75 % delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute sul documento programmatico complessivo, nella seduta del 25 maggio 2010 e nella seduta del 13 aprile 2011;

VISTA la delibera della Giunta della Regione Liguria n. 54 del 25 gennaio 2013 recante "L.67/88 – Investimenti i sanità – Accordo di programma Regione Governo interventi anno 2013 – Decisioni conseguenti”;

DATO ATTO dell'addendum al Documento di programma formulato nel gennaio 2013 di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Liguria al fine di definire gli interventi ritenuti prioritari da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data _____ ;

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Liguria

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi generali:
 - riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera,
 - riduzione delle liste di attesa,
 - adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi e potenziamento delle tecnologie,
2. L'Accordo di programma integrativo è costituito da n. 1 intervento facente parte del programma della Regione Liguria per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrato nella scheda tecnica allegata che costituiscono parte integrante del presente Accordo integrativo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.



Articolo 2
(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:
 - per il Ministero della Salute: Dott. Francesco Bevere, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria,
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze:
 - per la Regione Liguria: Dott. Franco Bonanni, Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali;
2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
 - a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo integrativo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
 - d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
 - e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 175.050.000,00, di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 119.917.096,42 a carico dello Stato, € 26.944.289,13 a carico della Regione, € 28.188.614,45 a carico delle Aziende Sanitarie e altri finanziamenti pubblici. Il piano finanziario per esercizio, dettagliatamente illustrato nella scheda richiamata, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE E ALTRI FINANZIAMENTI PUBBLICI	TOTALE
2013	€ 119.917.096,42	€ 26.944.289,13	€ 28.188.614,45	175.050.000,00
TOTALE	€ 119.917.096,42	€ 26.944.289,13	€ 28.188.614,45	175.050.000,00

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 119.917.096,42 è quota parte delle risorse assegnate alla Regione Liguria secondo quanto di seguito indicato:



- € 35.570.968,94, risorse resi disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 29 aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 176 del 29 luglio 2008.
 - € 69.746.791,86, risorse assegnate alla Regione Liguria dalla delibera CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008;
 - € 14.599.335,62, quota parte delle risorse assegnate alla Regione Liguria dalla delibera CIPE n. 97 del 18 dicembre 2008;
3. Le risorse residue pari a € 69.100.456,81, di cui € 68.928.724,89 risorse residue delibera CIPE n. 97/2008 ed € 171.731,92 risorse resi disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 29 aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 176 del 29 luglio 2008, saranno utilizzate dalla Regione Liguria con un successivo Accordo di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.
 4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio 2013 le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
 5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4

(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo di programma integrativo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Articolo 5

(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo la Regione inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Liguria o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7
(Indicatori)

La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 8
(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Liguria.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.



Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo di programma integrativo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'Arch. Franco Giodice della Regione Liguria .
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di programma integrativo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
 - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 11
(Disposizioni generali)

1. Il presente Accordo di programma integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo integrativo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: _____

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: _____

La Regione Liguria: _____

Roma, _____



MINISTERO DELLA SALUTE

REGIONE LIGURIA
DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI
Settore Affari Giuridici, Investimenti
E Politiche del Personale

ACCORDO DI PROGRAMMA
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI
SANITARI
PROSECUZIONE PROGRAMMA
EX ARTICOLO 20 L. 67/88

ADDENDUM
DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Gennaio 2013



IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

Il CIPE con deliberazione n. 98 del 18 dicembre 2008, ha modificato la propria deliberazione 25 gennaio 2008, n. 4 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, in recepimento di quanto stabilito nella sentenza della Corte Costituzionale 45/2008. Con detta sentenza è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 796, lett. n) della citata legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007) limitatamente ai vincoli di destinazione delle risorse in essa previsti da ritenersi appartenenti alla potestà legislativa concorrente prevista dagli articoli 117 e 119 della Costituzione.

La deliberazione CIPE n. 98/2008 ha eliminato i vincoli di destinazione con le relative percentuali, proponendo delle priorità di cui le Regione avrebbero dovuto tenere debitamente conto compatibilmente con la programmazione regionale e nazionale, ed ha confermato la precedente ripartizione delle risorse finanziarie di 2.375.000.000,00 di euro di cui euro 69.746.791,86 assegnati alla Regione Liguria.

Il CIPE con deliberazione n. 97 del 18 dicembre 2008, ha ripartito, fra le Regioni, ulteriori risorse finanziarie, pari ad euro 2.950.000.000,00, stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20, legge 11 marzo 1988, n. 67, assegnando alla Regione Liguria la somma di euro 83.528.060,51.

Sulla base di dette assegnazioni e di una ulteriore risorsa derivante dalla revoca operata dal Ministero della Salute (di un finanziamento di € 35.570.968,94 già assegnato di cui all'Accordo di Programma anno 2000 afferente ad un intervento non realizzato nei tempi stabiliti), per complessivi € 188.845.821,14 (= € 69.746.791,86 + € 83.528.060,51 + 35.570.968,94), la Regione Liguria, con la deliberazione consiliare del 26 marzo 2009, n. 6 integrata dalla deliberazione giuntales del 12.06.2009 n. 775, ha approvato il "*proprio programma degli interventi in sanità*" oggetto del nuovo Accordo di Programma la cui richiesta di sottoscrizione è stata avanzata in sede centrale dalla Regione Liguria con nota n. 136719 del 23.09.2009.

Con deliberazione n. 56 del 21.01.2011 la Giunta regionale ha approvato l'aggiornamento del programma degli investimenti di cui alla deliberazione consiliare n. 6 del 26.03.2009 solamente per gli aspetti finanziari degli interventi relativi alla costruzione dei due nuovi ospedali (La Spezia e Galliera).

Il Programma è costituito da 16 interventi per un costo complessivo di € 373.898.000,00 finanziato per € 188.845.821,14 con le risorse stanziata dalle finanziarie 2007 e 2008 e da una ulteriore risorsa derivante dalla revoca operata dal Ministero della Salute (quota del 95% a carico dello Stato), per € 9.939.253,92 con risorse a valere sul bilancio regionale (quota del 5 %) e per la restante quota con finanziamenti regionali, aziendali e di privati.

Nell'individuazione degli interventi si è tenuto conto:

- > della messa a norma e dell'adeguamento ai requisiti minimi delle strutture sanitarie di cui al D.P.R. 14.01.1997,
- > del completamento delle opere già iniziate,
- > dello stato e della consistenza del patrimonio tecnologico delle Aziende,

> dei seguenti indirizzi programmatici:

- "Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza - linee di indirizzo, criteri - Modalità e termini di realizzazione ", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 29 del 8 agosto 2006,
- "Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale", approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 243/2007,
- "Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 1 agosto 2007,
- allo "Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza - Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 8 del 28 febbraio 2008.

La proposta è stata trasmessa dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze in data 25 giugno 2010, per l'acquisizione del previsto concerto tecnico-finanziario.

Con nota prot. n. 890 dell'11 gennaio 2013 il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato la disponibilità finanziaria complessiva per la copertura di Accordi di programma, di cui una quota parte è assegnata alla Regione Liguria per il finanziamento degli interventi che sono ritenuti prioritari per un importo a carico dello Stato pari a € 119.917.096,42.

In relazione a detta disponibilità la Regione ha definito l'intervento da finanziare con dette risorse, ed esattamente la "*costruzione nuovo Ospedale della Spezia*", giusta deliberazione della Giunta regionale n. 54 del 25.01.2013.

La realizzazione del nuovo ospedale della Spezia costituisce uno degli obiettivi prioritari della Regione Liguria. Infatti, nelle more della sottoscrizione dell'Accordo di programma, la Regione Liguria, al fine di poter realizzare il nuovo Ospedale in tempi compatibili con la programmazione ospedaliera regionale, tenuto conto delle criticità che le vecchie strutture ospedaliere presenti nell'ASL 5 Spezzino incidono negativamente sullo svolgimento delle funzioni sanitarie (sia per gli aspetti di natura economica, sia per gli aspetti legati al soddisfacimento dei fabbisogni sanitari della cittadinanza spezzina), ha assunto a proprio carico rilevanti impegni ed oneri finanziari,

A tal proposito, a far data dall'anno 2009, è stata affidata la progettazione preliminare e definitiva dell'opera (all'attualità in avanzato stato di sviluppo quella definitiva che verrà posta a base di gara con appalto integrato) il cui avvio, antecedente la sottoscrizione dell'Accordo, è stato determinato dall'esigenza di anticipare le complesse ed articolate procedure collegate alla progettazione del nuovo ospedale in modo da rispettare i tempi che saranno previsti dall'Accordo (quando verrà sottoscritto) per l'approvazione del progetto che verrà posto a base della gara d'appalto e l'inoltro della richiesta regionale al Ministero della Salute di ammissione a finanziamento dell'intervento (entro diciotto mesi decorrenti dalla data di sottoscrizione), Parallelamente alle suddette azioni, sono state avviate opere propedeutiche alla realizzazione del nuovo ospedale (non finanziate a valere sui fondi ex art. 20 dell'Accordo in argomento) atte a trasferire le funzioni sanitarie svolte presso l'ospedale Felettino e liberare quest'ultimo, il cui progetto prevede la demolizione e la ricostruzione, al fine di evitare la sospensione di alcune attività sanitarie (quali ad esempio: la realizzazione di opere di

ristrutturazione di alcuni reparti dell'ospedale S. Andrea, la progettazione per i lavori di realizzazione del nuovo bunker della radioterapia)

IL QUADRO FINANZIARIO

Il programma in argomento ha un costo totale di euro 175.050.000,00

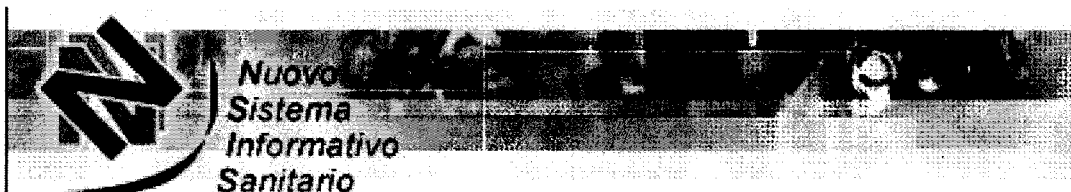
Finanziamenti			
Stato	Regione	Altri finanziamenti pubblici	Totale
€ 119.917.096,42	€ 26.944.289,13	€ 28.188.614,45	€ 175.050.000,00

La quota regionale è costituita dalla somma di due importi:

- € 3.941.990,69 (in cassa) quota parte dei proventi derivanti dall'operazione di cartolarizzazione di cui alla dGr n. 1368/2008,
- € 23.002.298,44 integrazione finanziaria conseguenza della ridotta disponibilità finanziaria da parte dello Stato.

In merito a detta integrazione si precisa che la stessa, orientativamente, è circa pari al costo delle preventivate spese degli arredi ed attrezzature necessarie al funzionamento del nuovo ospedale e che verrà sostenuta non prima dell'ultimazione dei lavori.

La Regione Liguria, con il citato provvedimento giuntale n. 54 del 25.01.2013, ha deliberato di garantire il finanziamento, dell'importo ad oggi non coperto di € 23.002.298,44, attraverso le disponibilità di bilancio regionale, in particolare di impegnarsi in sede di richiesta al Ministero della Salute di ammissione a finanziamento ad indicare gli estremi del formale impegno.



**LIGURIA - ACCORDO DI PROGRAMMA 2013.
PROGRAMMA APPROVATO CO DCR N. 6/2009
INTEGRATA CON DGR N. 775/2009 E MODIFICATA
CON DGR N. 56 DEL 21/01/2011 E CON DGR 54 DEL
25/01/2013**

Programma di Riferimento: ACCORDO DI PROGRAMMA 2009

Tipo Atto: ACCORDO DI PROGRAMMA (ART. 5 BIS L.502/92)

Numero Interventi: 1

Costo Complessivo Atto: 175.050.000,00

Costo a Carico dello stato dell'atto: 119.917.096,42

Costo Complessivo degli interventi: 175.050.000,00

Costo a Carico dello Stato Interventi: 119.917.096,42

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2011	6.311.426,13	REGIONE
2014	23.002.298,44	REGIONE
2013	119.917.096,42	STATO
2009	2.588.614,45	ALTRI ENTI PUBBLICI
2014	23.230.564,56	ENTE APPALTANTE

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea Investimento	Importo	Provvedimento	Importo
A20	119.917.096,42	Deliberazione CIPE del 06/05/1998 - n. 52 - II fase	35.570.968,94
		Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2008	14.599.335,62
		Deliberazione CIPE n. 98 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2007	69.746.791,86

Lista Interventi

Titolo: 10/5/H/09 COSTRUZIONE NUOVO OSPEDALE DELLA SPEZIA

Descrizione: COSTRUZIONE DI NUOVO EDIFICIO OSPEDALIERO A LA SPEZIA IN SOSTITUZIONE DEGLI ESISTENTI NON PIÙ ADEGUATI AD ASSOLVERE ALLA FUNZIONE SANITARIA.

Codice Intervento: 070.070105.U.184

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: LA SPEZIA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: OSPEDALE FELETTINO - VIA V.VENETO N. 197 LA SPEZIA - SP

Soggetto Responsabile: SIMONA BRUN

Costo Complessivo: 175.050.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 119.917.096,42

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.184.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 14.599.335,62

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2011	6.311.426,13	REGIONE
2014	23.002.298,44	REGIONE
2013	14.599.335,62	STATO
2009	2.588.614,45	ALTRI ENTI PUBBLICI
2014	23.230.564,56	ENTE APPALTANTE

Codice Quota: 070.070105.U.184.02

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 69.746.791,86

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE
FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	69.746.791,86	STATO



Codice Quota: 070.070105.U.184.03

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 35.570.968,94

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 06/05/1998 - N.
52 - II FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2000	35.570.968,94	STATO



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE LIGURIA
DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI
Settore Investimenti

ACCORDO DI PROGRAMMA
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI
PROSECUZIONE PROGRAMMA
EX ARTICOLO 20 L. 67/88

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

LUGLIO 2011

1. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

1.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

Il CIPE con deliberazione n. 98 del 18 dicembre 2008, ha modificato la propria deliberazione 25 gennaio 2008, n. 4 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, in recepimento di quanto stabilito nella sentenza della Corte Costituzionale 45/2008. Con detta sentenza è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 796, lett. n) della citata legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007) limitatamente ai vincoli di destinazione delle risorse in essa previsti da ritenersi appartenenti alla potestà legislativa concorrente prevista dagli articoli 117 e 119 della Costituzione. La deliberazione CIPE n. 98/2008 ha eliminato i vincoli di destinazione con le relative percentuali, proponendo delle priorità di cui le Regione avrebbero dovuto tenere debitamente conto compatibilmente con la programmazione regionale e nazionale, ed ha confermato la precedente ripartizione delle risorse finanziarie di 2.375.000.000,00 di euro di cui euro 69.746.791,86 assegnati alla Regione Liguria.

Il CIPE con deliberazione n. 97 del 18 dicembre 2008, ha ripartito, fra le Regioni, ulteriori risorse finanziarie, pari ad euro 2.950.000.000,00, stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20, legge 11 marzo 1988, n. 67, assegnando alla Regione Liguria la somma di euro 83.528.060,51.

Sulla base di dette assegnazioni e di una ulteriore risorsa derivante dalla revocata operata dal Ministero della Salute (di un finanziamento di € 35.570.968,94 già assegnato di cui all'Accordo di Programma anno 2000 afferente ad un intervento non realizzato nei tempi stabiliti), per complessivi € 188.845.821,14 (= € 69.746.791,86 + € 83.528.060,51 + 35.570.968,94), la Regione Liguria, con la deliberazione consiliare del 26 marzo 2009, n. 6 integrata dalla deliberazione giunta del 12.06.2009 n. 775, ha approvato il "*proprio programma degli interventi in sanità*" oggetto del nuovo Accordo di Programma la cui richiesta di sottoscrizione è stata avanzata in sede centrale dalla Regione Liguria con nota n. 136719 del 23.09.2009.

Con deliberazione n. 56 del 21.01.2011 la Giunta regionale ha approvato l'aggiornamento del programma degli investimenti di cui alla deliberazione consiliare n. 6 del 26.03.2009 solamente per gli aspetti finanziari degli interventi relativi alla costruzione dei due nuovi ospedali (La Spezia e Galliera).

Il Programma è costituito da 16 interventi (illustrati dettagliatamente nel successivo capitolo 5) per un costo complessivo di € 373.898.000,00 finanziato per € 188.845.821,14 con le risorse stanziata dalle finanziarie 2007 e 2008 e da una ulteriore risorsa derivante dalla revocata operata dal Ministero della Salute (quota del 95% a carico dello Stato), per € 9.939.253,92 con risorse a valere sul bilancio regionale (quota del 5 %) e per la restante quota con finanziamenti regionali, aziendali e di privati (illustrati dettagliatamente nel successivo capitolo 5).

Nell'individuazione degli interventi si è tenuto conto:

- > della messa a norma e dell'adeguamento ai requisiti minimi delle strutture sanitarie di cui al D.P.R. 14.01.1997,
- > del completamento delle opere già iniziate,
- > dello stato e della consistenza del patrimonio tecnologico delle Aziende,
- > dei seguenti indirizzi programmatici:
 - "Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza - linee di indirizzo, criteri - Modalità e termini di realizzazione ", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 29 del 8 agosto 2006,
 - "Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale", approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 243/2007,
 - "Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 1 agosto 2007,
 - allo "Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza - Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 8 del 28 febbraio 2008.

1.2 IL QUADRO FINANZIARIO

Il programma in argomento ha un costo totale presunto di euro 373.898.000,00, finanziabile, attraverso la sottoscrizione di un Accordo di Programma tra Regione e Governo - anno 2009 -, ai sensi del d.lgs 502/1992, articolo 5 bis, oltre che con le quote statali (95%), di cui alle risorse finanziarie delle leggi finanziarie anni 2007 e 2008 e della revoca di un finanziamento pregresso (di € 35.570.968,94 derivante dalla revoca del finanziamento già assegnato di cui all'Accordo di Programma anno 2000 afferente ad un intervento non realizzato nei tempi stabiliti), e le rispettive quote regionali (5%), anche con quote diverse come sottoriportato.

Tab. 1.1 ripartizione finanziamenti-

F i n a n z i a m e n t i				
Stato	Regione	Altri finanziamenti pubblici	Privati	Totale
188.845.821,14	9.939.253,92	168.214.924,94	6.898.000,00	373.898.000,00

Nel dettaglio gli "altri finanziamenti pubblici", dell'importo di € 168.214.924,94, sono costituiti da:

- € 4.465.686,31 importo relativo al finanziamento residuo del programma AIDS ex L. 135/1990 (osp. Felettino La Spezia, osp. Galliera Genova),
- € 40.992.731,46 importo relativo alla quota parte del finanziamento di cui al progetto ex art. 71 L. 448/1998 (finalizzato alla costruzione del nuovo ospedale Galliera con dGr n. 56 del 21.01.2011),
- € 8.028.449,77 quota parte della somma derivante dai proventi dell'alienazione dell'ospedale S. Andrea di La Spezia,
- € 114.728.057,40 a carico dei bilanci aziendali,

I finanziamenti "privati", pari ad € 6.898.000,00, sono costituiti da:

- € 5.550.000,00 contributo di privati per la realizzazione dei parcheggi, con il sistema della finanza di progetto, a servizio del nuovo ospedale della Spezia,
- € 1.348.000,00 contributo concesso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Genova all'IST per l'acquisto di attrezzature.

1.3 L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA'

1.3.1 **Il programma pluriennale di interventi in sanità - legge 11 marzo 1988, art. 20 -**

Il programma pluriennale di investimenti in sanità che la Regione Liguria ha promosso, a partire dal 1990, è stato sempre concepito come strumento attuativo degli obiettivi di programmazione, ed ha costituito punto di riferimento fondamentale degli investimenti sul patrimonio sanitario ligure in considerazione dell'entità delle risorse che ha messo a disposizione della Regione.

- Primo triennio -

Il primo triennio del programma è stato approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 30 del 23 febbraio 1993, quale aggiornamento del programma decennale di cui alla dCr n. 4 del 14 febbraio 1990, successivamente aggiornato ed integrato dalla deliberazione consiliare n. 80 del 20 settembre 1994.

Il finanziamento complessivo del programma ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. 1.2 ripartizione finanziamenti 1° triennio-

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	158.403.776,84	8.337.038,21	23.918.935,70	190.659.750,75
Erogato	152.967.632,05	8.157.265,03	20.987.750,98	182.112.648,06
Da erogare	5.436.144,79	179.773,18	2.931.184,72	8.547.102,69

Il programma del primo triennio prevedeva il finanziamento di n. 43 interventi a cui, successivamente, si sono aggiunti altri due interventi finanziati con le economie di appalto di interventi conclusi. All'attualità il programma di detti due nuovi interventi risulta approvato dal Ministero della salute: per un intervento è in corso la relativa progettazione, l'altro è stato ammesso a finanziamento ed i lavori sono stati ultimati (il finanziamento è da erogare alla presentazione della rendicontazione delle spese).

Tutti gli interventi hanno avuto un regolare corso d'esecuzione dei lavori ad esclusione di due:

- "Ristrutturazione e messa a norma dell'Ospedale Celesia di Genova Rivarolo" che recentemente si è concluso (il saldo del finanziamento verrà erogato alla presentazione della rendicontazione delle spese),

- "Realizzazione RSA anziani nell'area del P.O. S. Caterina di Sarzana": la ASL 5 ha in corso l'approvazione del nuovo progetto che sostituisce quello precedente già ammesso a finanziamento.

Lo stato di realizzazione del primo triennio viene sintetizzato nella tabella sottoriportata:

Tab. 1.3 stato di attuazione 1° triennio-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Realizzazione RSA e strutture territoriali	18	17	--	--	16	16
Completamento ospedali	4	4	--	--	4	4
Opere ospedaliere maggiori	8	8	--	--	8	8
Opere ospedaliere minori	9	9	--	--	9	9
Potenziamento tecnologico	6	6	--	--	6	6
TOTALE	45	44	--	--	43	43

- Acconto anno 1998 -

E' relativo ad una manovra finanziaria limitata, per mancanza di fondi, all'anno 1998. Il programma, limitato alle risorse disponibili per detta annualità, approvato con dCr n. 65 del 28 ottobre 1997, ha finanziato interventi relativi a due categorie di opere: il completamento e l'adeguamento alle norme di sicurezza ed il materno infantile, ed ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. 1.4 ripartizione finanziamenti acconto 1998-

Completamento di opere e adeguamento norme di sicurezza				
Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	28.069.800,03	1.477.357,94	259.448,70	29.806.606,67
Erogato	25.649.805,96	1.366.476,35	683.541,14	27.699.823,45
Da erogare	2.419.994,07	110.881,59	0,00	2.530.875,66

Materno - infantile				
Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	3.612.012,80	190.105,94	560.140,47	4.362.259,21
Erogato	3.611.014,80	190.105,94	145.226,09	3.946.346,83
Da erogare	(*) 998,00	0,00	0,00	0,00

(*) Importo derivante da una economia di appalto che, considerata la cifra limitata, non verrà utilizzato.

Il programma ha previsto complessivamente il finanziamento di 38 interventi di cui:

- n. 30 relativi ai completamenti ed adeguamenti alla normativa di sicurezza di cui: 28 conclusi ed in esercizio, due afferenti la ASL 5 spezzino risultano non iniziati i cui lavoro devono ancora essere affidati e sono relativi a finanziamenti rassegnati (uno concernente la sistemazione di locali destinati alla TAC dell'Osp. S. Andrea, l'altro destinato alla costruzione della RSA di Sarzana di cui al 1° triennio);
- n. 8 interventi relativi al materno-infantile tutti conclusi ed in esercizio.

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'anticipazione anno 1998:

Tab. 1.5 stato di attuazione acconto 1998-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Completamento di opere già avviate	6	6	-	-	6	6
Adeguamento impiantistico alle norme di sicurezza e prevenzione incendi	24	24	-	-	22	22
Ristrutturazione zone travaglio e parto negli osp.	2	2	--	--	2	2
Ristrutturazione di sedi consultoriali	6	6	--	--	6	6
TOTALE	38	38	-	-	36	36

- Primo Accordo di Programma -

La Regione Liguria ha sottoscritto con i Ministeri competenti il primo Accordo di Programma in data 27.07.2000 riguardante la programmazione degli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 53 del 4 agosto 1999 integrata dalla deliberazione consiliare n. 86 del 22.dicembre 1999. In data 23 maggio 2002 il citato Accordo è stato integrato con l'inserimento dei seguenti interventi ritenuti urgenti:

- la costruzione del nuovo ospedale di Albenga,
- l'acquisto di arredi ed attrezzature per il nuovo ospedale di La Spezia,
- l'acquisto di arredi ed attrezzature per il nuovo ospedale di Rapallo,
- realizzazione della nuova camera iperbarica presso l'ospedale S. Martino.

Inizialmente l'Accordo prevedeva 156 interventi che a seguito di riallineamenti della programmazione avvenuti nel corso di attuazione del programma sono stati ridotti a 141 e successivamente a 138, ed ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. 1.6 stato di attuazione 1° accordo di programma-

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	171.806.757,50	9.035.325,65	54.727.354,59	235.569.437,74
Erogato	153.692.910,36	8.949.056,69	30.679.417,18	193.321.384,23
Da erogare	18.113.847,14	86.268,96	24.047.937,41	42.248.053,51

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'Accordo:

Tab. 1.7 stato di attuazione 1° accordo di programma-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	6	6	1	-	5	5
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	6	6	-	-	6	6
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	54	54	1	-	53	50
Costruzione nuovi ospedali	3 (°)	3	2	-	1	1
Adeguamento normativa	48	48	1	-	47	46
Rinnovo parco tecnologico	21	21	1	-	20	20
TOTALE	138	138	6	-	132	128

(°) Sono riferiti non al numero dei nuovi ospedali ma al numero degli interventi: 2 interventi nuovi ospedali (Albenga e Rapallo), 1 intervento relativo agli arredi/attrezzature di uno dei due nuovi ospedali (Rapallo).

E' da segnalare che, inizialmente, l'Accordo era stato sottoscritto per un ammontare di € 345.279.487,38 di cui: € 207.696.638,55 a carico dello Stato (95%), € 10.933.356,41 a carico della Regione (5%) ed € 126.649.492,42 a valere sul cofinanziamento aziendale.

L'ammontare dell'Accordo è stato, successivamente, ridotto ad € 235.569.437,74 in quanto i finanziamenti dei seguenti tre interventi sono stati revocati dal Ministero della Salute:

- uno relativo alla costruzione del nuovo ospedale di La Spezia ed uno all'acquisto dei relativi arredi ed attrezzature in quanto i lavori, per le note vicende, non sono stati aggiudicati (il relativo finanziamento trova allocazione nel nuovo Accordo che la regione prevede di sottoscrivere nell'anno 2009),
- l'altro relativo a "Acquisto di arredi ed attrezzature RSA ex ospedale Maria Teresa di Arenzano" dell'ASL 3 Genovese che, ai sensi della legge 23.12.2005 n. 266 (finanziaria 2006), è stato revocato il 65% del finanziamento, pari ad € 318.912,13, per mancata richiesta al Ministero di ammissione al finanziamento nei tempi stabiliti dall'Accordo (la quota revocata trova allocazione nell'Accordo di programma sottoscritto il 18.03.2009).

- Secondo Accordo di Programma -

Il secondo Accordo di Programma la Regione lo ha stipulato con i Ministeri competenti in data 1 settembre 2004 riguardante la programmazione sanitaria sugli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 69/2002 ed aggiornata con deliberazione n. 21/2003.

L'Accordo stipulato prevedeva 62 interventi che nel corso di attuazione del programma sono passati a 61 con un riallineamento dovuto ad esigenze programmatiche nel frattempo sorte. Uno dei 61 interventi (relativo all'"Adeguamento a norma di sicurezza delle apparecchiature elettromedicali" dell'ASL 3) è stato revocato dal Ministero della Salute, ai sensi della legge 23.12.2005 n.266 (finanziaria 2006), in quanto i lavori non sono stati aggiudicati nei termini previsti dall'Accordo. L'importo revocato, comprensivo della quota regionale, ammontante complessivamente ad € 771.393,97, è stato utilizzato nell'Accordo di programma sottoscritto il 18.03.2009.

L'Accordo in argomento ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. 1.8 ripartizione finanziamenti 2° accordo di programma-

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	77.060.275,58	4.055.803,97	10.688.659,90	91.804.739,45
Erogato	63.215.186,99	4.055.803,97	654.389,59	67.925.380,55
Da erogare	13.845.088,59	0,00	10.034.270,31	23.879.358,90

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'Accordo:

Tab. 1.9 stato di attuazione 2° accordo di programma-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	3	3	1	-	2	-
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	9	9	1	-	8	6
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	25	25	7	-	18	14
Costruzione nuovi ospedali	-	-	-	-	-	-
Adeguamento normativa	8	8	1	1 (*)	6	6
Rinnovo parco tecnologico	15	15	2	-	13	13
TOTALE	60	60	12	1	47	39

(*) Trattasi di intervento relativo ad un appalto il cui contratto è stato rescisso ed il progetto originario è in corso di revisione-

- Terzo Accordo di Programma -

Il terzo Accordo di Programma la Regione lo ha stipulato con i Ministeri competenti in data 18 marzo 2009 riguardante la programmazione sanitaria sugli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34/2007. L'Accordo stipulato prevede 27 interventi di cui uno già ammesso a finanziamento.

Tab. 1.10 ripartizione finanziamenti 3° accordo di programma-

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79
Erogato	-----	-----	-----	-----
Da erogare	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79

All'attualità la situazione dell'Accordo è la seguente:

Tab. 1.11 stato di attuazione 3° accordo di programma-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	3	--	--	--	--	--
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	9	1	--	--	--	--
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	6	--	--	--	--	--
Costruzione nuovi ospedali	--	--	--	--	--	--
Adeguamento normativa	6	--	--	--	--	--
Rinnovo parco tecnologico	3	--	--	--	--	--
TOTALE	27	--	--	--	--	--

In detto Accordo sono stati utilizzati i finanziamenti revocati dal Ministero della Salute ed afferenti, originariamente, al 1° e 2° Accordo.

1.3.2 Il programma di ammodernamento del parco tecnologico -

Il Consiglio regionale, in concomitanza all'attuazione del programma ex art. 20 l. 67/1988 e ad integrazione dello stesso, con deliberazione n. 1 del 12.01.2000 ha approvato il riparto della quota di L. 33.670.483.308, pari ad € 17.389.353,40, destinato al potenziamento del parco tecnologico delle Aziende con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa. Detto programma si è concluso e tutti gli interventi finanziati risultano in esercizio. In particolare sono stati acquistati: n. 14 riuniti odontoiatrici, n. 7 elettrocardiografi, n. 4 mammografi, n. 19 ecografi, n. 5 tomografi, una risonanza magnetica nucleare, un acceleratore lineare, n. 279 attrezzature minori.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.12 ripartizione finanziamenti programma delle tecnologie-

FINANZIAMENTO	REGIONE	ALTRO (FSR)	TOTALE
Previsto	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Erogato	15.381.624,56	1.895.646,43	17.277.270,89
Da erogare	(*) 112.082,41	0,00	112.082,41

(*) La liquidazione di detto importo avverrà entro l'anno in corso ad avvenuta acquisizione dei giustificativi di spesa.

1.3.3 Il Programma di potenziamento delle strutture di radioterapia -

La Giunta regionale con deliberazione n. 502/2001 ha approvato, ai sensi della L. 488/1999, il programma di potenziamento delle strutture di radioterapia, assegnando a tre Aziende il finanziamento complessivo di € 519.844,35 (€ 493.852,13 finanziamento statale ed € 25.992,22 finanziamento regionale).

Il finanziamento complessivo del programma ha visto impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.13 ripartizione finanziamenti strutture radioterapia-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	TOTALE
Previsto	493.852,13	25.992,22	519.844,35
Erogato	454.954,29	23.944,96	478.899,25
Da erogare	38.897,84	2.047,26	40.945,10

Il programma si è concluso e risultano in esercizio i tre interventi previsti. Risulta inoltre una economia pari ad € 40.945,10 di cui € 38.897,84 a carico dello Stato ed € 2.047,26 a carico della Regione di cui ad oggi, sono in corso le valutazioni per l'utilizzo.

1.3.4 Il Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS L. 135/1990 -

Ai sensi della legge del 5 giugno 1990, n. 135, per la realizzazione del programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, lo Stato ha assegnato alla Regione Liguria il finanziamento pari a complessivi € 33.569.745,85.

La Regione Liguria ha avviato, per fare fronte alla prevenzione e lotta contro l'AIDS, due programmi di intervento:

- il primo, di cui alla deliberazione della Giunta n. 2717 del 8 agosto 1995, ha approvato gli interventi edili afferenti ai reparti AIDS dei Presidi Ospedalieri di Sanremo (ASL 1), dell'E. O. Osp. Galliera, dell'Osp. San Martino, dell'Osp. Felettino, per complessivi € 30.742.146,63;
- il secondo, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1806 del 31 maggio 1996, ha approvato dodici progetti relativi a tecnologie di laboratorio per complessivi € 2.827.599,22.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.14 ripartizione finanziamenti programma AIDS-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	TOTALE
Previsto	33.569.745,85	0,00	33.569.745,85
Erogato	24.925.167,78	0,00	24.925.167,78
Da erogare	8.644.578,07	0,00	8.644.578,07

Per quanto riguarda il potenziamento tecnologico, all'attualità il programma risulta concluso e le tecnologie in esercizio anche se, contabilmente, rimane da liquidare una quota del finanziamento pari ad € 532.241,94 da erogare su presentazione della documentazione giustificativa di spesa.

Per quanto invece riguarda gli interventi edili la situazione è la seguente:

- Ospedale di Sanremo (IM): i lavori sono ultimati ed il reparto risulta in esercizio.
- Ospedale San Martino (GE): i lavori sono ultimati ed il padiglione risulta in esercizio. E' stato avviato un contenzioso con la ditta a causa del collaudo negativo. Il contenzioso si è chiuso con l'accettazione dell'Azienda delle risultanze del Collegio Arbitrale e della Corte di Appello ed il pagamento all'impresa di € 862.355,61. La somma ad oggi ancora disponibile verrà utilizzata per eseguire ulteriori lavori tra cui sanare i difetti di costruzione (riconosciuti dal Collegio arbitrale) e coprire parte della spesa che l'Azienda ha pagato all'Impresa.
- Ospedale Galliera (GE): l'Ente ha rescisso il contratto con il concessionario e con l'impresa appaltatrice e, successivamente, con provvedimento n. 1124 del 15.12.2006 ha approvato lo studio di fattibilità della nuova proposta di utilizzare il finanziamento per ristrutturare l'attuale padiglione di malattie infettive. La Regione ha approvato lo studio ed il Ministero della salute con decreto del 02.10.2007 ha riassegnato l'originario finanziamento. In considerazione che l'intervento di costruzione del nuovo ospedale Galliera è stato programmato con la dCr n. 6/2009 ed è oggetto dell'Accordo di programma che la Regione sottoscriverà con i Ministeri competenti, è stato deciso di richiedere al Ministero l'utilizzo del finanziamento per la costruzione di un nuovo reparto di malattie infettive nell'ambito di costruzione del nuovo ospedale. L'originaria disponibilità di € 4.369.430,76 a valere sul finanziamento AIDS si è ridotta ad € 1.877.071,86 (quota già accreditata alla Regione dallo Stato) in quanto la quota di € 2.492.358,90, di cui al mutuo contratto con la Cassa DD. PP., è stato revocato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con decreto n. 76069 del 29.09.2010.
- Ospedale Felettino (SP): l'impresa affidataria dei lavori, a seguito di divergenze con la stazione appaltante, sorte in merito alla scelta di alcune lavorazioni, ha promosso il ricorso alla procedura arbitrale per la risoluzione del contratto in danno all'Azienda. L'ASL con deliberazione n. 349 del 23.03.2004 si è costituita stabilendo a sua volta di richiedere in via riconvenzionale la risoluzione del contratto in danno all'impresa. La ASL, in attesa della definizione del contenzioso, ha definito il programma di completamento delle opere. Con deliberazione n. 499 del 29.04.04 l'Azienda ha affidato i lavori relativi ad una parte della chiusura perimetrale prospiciente il cantiere dell'acceleratore lineare ad una nuova impresa. Successivamente con deliberazione n. 1260 del 15.11.2004 l'Azienda ha affidato i lavori relativi alla chiusura perimetrale della sopraelevazione ad una seconda impresa.
Contemporaneamente alle opere eseguite dall'Azienda l'impresa affidataria degli originari lavori è fallita. All'attualità è in corso di definizione la contabilità con la curatela fallimentare, la definizione della contabilità dei lavori eseguiti, successivamente, dall'ASL.
La residua somma di € 2.588.614,45 verrà utilizzata per la realizzazione del reparto AIDS nell'ambito di costruzione del nuovo ospedale della Spezia intervento inserito nel programmato con dCR n. 6/2009 ed è

oggetto dell'Accordo di programma che la Regione sottoscriverà con i Ministeri competenti. L'originario finanziamento era pari ad € 2.944.951,94 ridotto ad € 2.588.614,45 a seguito della revoca di € 356.337,49 operata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con decreto n. 76069 del 29.09.2010 per il mancato utilizzo della quota relativa al mutuo contratto con la Cassa DD.PP..

1.3.5 Il Programma regionale per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività intramoenia - Dlgs 254/2000 -

Con deliberazione n. 848 del 26.07.2002 la Giunta regionale ha approvato il programma della realizzazione delle strutture per l'attività professionale intramoenia, per un numero di 22 strutture da finanziarsi con la somma assegnata dallo Stato pari ad € 39.210.377,35 oltre la quota regionale. Successivamente detto programma è stato aggiornato /integrato e gli interventi previsti sono passati a 18 e successivamente, con l'ultimo aggiornamento a 24 anche se uno di questi risulta ancora da definire.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.15 ripartizione finanziamenti programma intramoenia-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	39.210.377,37	2.063.704,07	4.511.181,16	45.785.262,60
Erogato	18.698.442,64	1.178.493,47	320.586,29	20.197.522,40
Da erogare	20.511.934,73	885.210,60	4.190.594,87	25.587.740,20

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del programma:

Tab. 1.16 stato di attuazione programma intramoenia-

TIPOLOGIA OPERE	NUMERO INTERVENTI PREVISTI	N° INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N° INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N° INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N° INTERVENTI CONCLUSI	N° INTERVENTI IN ESERCIZIO
Ristrutturazione Reparti ospedalieri ed altri edifici (*)	17	15	7	-	8	4
Nuova costruzione	1	1	1	-	-	-
Rinnovo parco tecnologico	5	4	1		3	3
TOTALE	23	20	9	-	11	7

(*) Sono compresi gli interventi relativi agli acquisti di immobili ristrutturati.

Tre interventi risultano non ancora ammessi a finanziamento ed esattamente:

- 1) l'intervento a Cairo Montenotte (SV) dell'ASL 2 relativo all'acquisto di arredi ed attrezzature,

- 2) l'acquisto di immobile ristrutturato in via Sardegna a La Spezia dell'ASL 5,
3) la ristrutturazione di alcuni locali dell'ex osp. di Sarzana dell'ASL 5 da destinare ad attività ambulatoriale intramoenia.

Gli interventi di cui ai punti 2) e 3) sostituiscono l'intervento all'ospedale Felettino (SP) dell'ASL 5 per la costruzione di un reparto all'interno del progetto di costruzione del nuovo ospedale i cui lavori, per le note vicende, non sono mai iniziati.

1.3.6 Il programma di realizzazione Hospice – L. n.39/1999 –

La Giunta regionale con deliberazione n. 340 del 05.04.2002 ha approvato il progetto generale di realizzazione degli hospice per un importo complessivo di € 10.551.017,19 per n. 9 interventi, di cui € 8.331.965,61 a valere sull'assegnazione dello Stato. Successivamente detto programma è stato aggiornato e gli interventi previsti risultano 6 per un costo complessivo di € 10.719.404,98 di cui € 8.331.965,61 a valere sui finanziamenti statali.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.17 ripartizione finanziamenti programma hospice-

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	8.331.965,61	2.387.439,37	10.719.404,98
Erogato	3.840.745,49	218.399,58	4.059.145,07
Da erogare	4.491.220,12	2.169.039,79	6.660.259,91

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del Programma:

Tab. 1.18 stato di attuazione programma hospice-

TIPOLOGIA OPERE	NUMERO INTERVENTI PREVISTI	N° INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N° INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N° INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N° INTERVENTI CONCLUSI	N° INTERVENTI IN ESERCIZIO
Realizzazioni/ristr. Strutture territoriali	3	3	-	-	3	3
Ristrutturazione Reparti ospedalieri	1	1	-	-	1	1
Nuove costruzioni	2	-	-	-	-	-
TOTALE	6	4	-	-	4	4

1.3.7 Il Programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese - L. 448/1998 art. 71 -

Il programma regionale per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Genova, approvato dalla giunta regionale con deliberazione n. 471 del 07.04.2000 e successive modificazioni e integrazioni, è costituito da 12 interventi finanziati dallo Stato per complessivi € 86.162.505,27.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. 1.19 ripartizione finanziamenti programma l. 448/1998 art. 71-

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	86.162.505,27	49.842.154,04	136.004.659,31
Erogato	43.723.497,09	(*) 0,00	43.723.497,09
Da erogare	42.439.008,18	49.842.154,04	92.281.162,22

(*) La quota di cofinanziamento era relativa all'interventi di costruzione dell'ospedale della Valpolcevera e struttura territoriale; detta quota ad oggi non è stata utilizzata in quanto i citati interventi sono oggetto di riallineamento del programma, come di seguito specificato.

All'attualità lo stato di realizzazione del programma è il seguente, di 12 interventi previsti:

- n. 4 interventi risultano conclusi ed in esercizio,
- n. 3 interventi risultano in corso di esecuzione,
- n. 3 interventi in corso di affidamento dei lavori,
- n. 2 interventi, facenti parte di un unico progetto, sono stati affidati con il sistema del project financing e sono relativi alla costruzione del nuovo ospedale della Valpolcevera e struttura territoriale; detti interventi sono stati oggetto di verifica da parte della Regione e dell'ASL 3 genovese per quanto riguarda l'opportunità di abbandonare la costruzione del nuovo Ospedale di Vallata a favore della costruzione di un ospedale unico nel ponente genovese in sostituzione degli attuali ospedali (di Voltri, Sestri P., Sampierdarena, Pontedecimo); le analisi di carattere economico condotte dall'ASL 3 hanno dimostrato la convenienza economica di realizzare un unico ospedale nel ponente genovese ed all'attualità l'Azienda ha in corso l'attivazione delle procedure di rescissione del contratto con l'affidatario del project.

1.3.8 Tabella riepilogativa degli stanziamenti previsti per programma di investimento -

LINEE DI INVESTIMENTO	STATO	REGIONE	ALTRO	T O T A L E
1° Triennio	158.403.776,84	8.337.038,21	23.918.935,70	190.659.750,75
Acconto 1998	31.681.812,83	1.667.463,88	819.589,17	34.168.865,88
1° Accordo di Programma	171.806.757,50	9.035.325,65	54.727.354,59	235.569.437,74
2° Accordo di Programma	77.060.275,58	4.055.803,97	10.688.659,90	91.804.739,45
3° Accordo di Programma	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79
Parco Tecnologico	0,00	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Radioterapia	493.852,13	25.992,22	0,00	519.844,35
AIDS	33.569.745,85	0,00	0,00	33.569.745,85
Libera Professione	39.210.377,37	2.063.704,07	4.511.181,16	45.785.262,60
Hospice	8.331.965,61	0,00	2.387.439,37	10.719.404,98
Area Metro-politana	86.162.505,27	0,00	49.842.154,04	136.004.659,31
Accordo da Sottoscrivere	188.845.821,14	9.939.253,92	175.112.924,94	373.898.000,00
T O T A L E	851.429.824,47	53.558.443,33	335.257.494,30	1.240.245.762,10

1.4 GLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL PROGRAMMA

Con deliberazione del 28 febbraio 2008, n. 8 il Consiglio della Regione Liguria ha approvato lo "*Stralcio del Piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza*" comprensivo delle modifiche alle Aziende sanitarie ritenendolo tale da soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini liguri.

Gli **obiettivi generali** individuati dal Piano, per il triennio 2008-2010, possono essere riassunti come segue:

1. una revisione complessiva della funzione ospedaliera regionale, finalizzata a superare l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta, attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale come di seguito elencato secondo il programma approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34/2007 (già anticipato nel "Piano di rientro dal disavanzo"):
 - a) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 1° livello, nell'area del Ponente ligure (ASL n. 1) in sostituzione dei Presidi di Imperia e Sanremo, dimensionato per una capienza di circa n. 600/700 posti letto;
 - b) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 1° livello di n. 600/700 posti letto, nel Ponente metropolitano genovese in sostituzione di tutti gli stabilimenti oggi attivi in tale area (ospedali: di Voltri, di Sestri P., di Villa Scassi, Gallino, Celesia);
 - c) costruzione di un secondo Monoblocco all'interno dell'A.O. Universitaria San Martino, dimensionato per una capienza di circa n. 500 posti letto, destinato ad accorpate le strutture operatorie, le degenze dedicate, le terapie intensive, le radiologie interventistiche, i laboratori e gli ambulatori afferenti alle attività descritte e il nuovo DEA di 2° livello
 - d) costruzione di un nuovo Ospedale, sede di DEA di 2° livello a La Spezia (ASL n. 5) in sostituzione del Presidio attuale, per una capienza di circa 500 letti. Le caratteristiche del Presidio saranno dettagliate in una fase successiva.
 - e) realizzazione del nuovo Ospedale Galliera con DEA di 1° livello in sostituzione della struttura esistente;
 - f) definire le modalità di integrazione nella rete ospedaliera dei nuovi stabilimenti di Albenga, nel corso del 2008 e di Rapallo, nel corso del 2009;
2. definire l'organizzazione della rete ospedaliera, come risulta dal piano stesso, in modo da procedere all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo (recupero e riabilitazione funzionale, cure intermedie) e raggiungere gli obiettivi posti dalla normativa nazionale (posti letto per acuti a regime entro l'anno 2010 n. 6.086 pari al 3,78% della popolazione al 31.12.2005 di 1.610.134, posti letto di riabilitazione/cure intermedie a regime anno entro l'anno 2010 n. 1.448 pari al 0,90% della popolazione al 31.12.2005 di 1.610.134);

3. implementare le azioni già in corso per migliorare la continuità assistenziale e conseguentemente facilitare le dimissioni protette per i cittadini che necessitano di continuità di cure a domicilio o in strutture residenziali extraospedaliere, in modo da contrastare l'inappropriatezza dei tempi di degenza ospedaliera;
4. procedere all'adeguamento della rete ospedaliera con gradualità in modo da rispondere all'esigenza di prevedere cambiamenti sostenibili dal punto di vista sanitario, economico e strutturale. Le metodologie poste alla base della proposta di piano consentirebbero spazi di flessibilità in modo che, in fase di attuazione, sia possibile adattare il processo di adeguamento da un lato alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso, dall'altro al mutare di esigenze sanitarie e disponibilità finanziarie, conseguenti anche alla precisazione del contenimento dei costi derivanti dal processo di riorganizzazione amministrativa della rete aziendale ed ospedaliera, fermo restando il rispetto del budget definito che è tale da garantire il rispetto degli obiettivi del piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto il 6.3.2007;
5. avviare azioni, che più che tendere ad una riorganizzazione "imposta", (anche se razionale), accrescano la consapevolezza degli assistiti sulla evoluzione della propria domanda di salute;
6. incrementare il consolidamento dei servizi distrettuali rafforzando l'accesso alla rete, diverse gradualità di cure domiciliari e forme di sostegno alla famiglia (quali il Fondo per la non autosufficienza), individuando la residenzialità extraospedaliera come risposta in grado di intercettare la fase post-acuzie e la lungo assistenza;
7. nelle more del consolidamento dei servizi territoriali fornire indirizzi alle Aziende per una riorganizzazione dei servizi ospedalieri avviando processi anche innovativi delle modalità e dei metodi di cura, adottando protocolli di *continuità assistenziale*, che prevedano anche di sostenere le dimissioni dei non autosufficienti e degli anziani over 75 con proprio personale proiettato a domicilio d'intesa con i MMG.

Il perseguimento degli obiettivi di cui sopra è previsto sia tale da conseguire il riordino economico/finanziario previsto dal piano di rientro di cui all'Accordo 6.3.2007, pur prevedendo azioni che si realizzeranno in parte nel 2010, essendo anche legate ai processi di realizzazione ed alla apertura di nuove strutture assistenziali.

Il programma degli investimenti in sanità anno 2009, relativo alla sottoscrizione del quarto Accordo di Programma, risulta uno degli strumenti per l'attuazione di parte degli obiettivi generali individuati dallo stralcio del "Piano Sociosanitario" di cui sopra per il periodo 2008-2010.

Gli **obiettivi specifici** che con l'attuazione del piano in argomento si intendono raggiungere sono i seguenti:

Adeguamento funzionale della rete ospedaliera: parte degli attuali ospedali saranno sostituiti da quelli nuovi programmati in quanto le strutture presenti non risultano più adeguate ed adeguabili (sia dal punto di vista strutturale, sanitario, impiantistico e tecnologico); la costruzione dei nuovi ospedali inseriti nel Programma, in sostituzioni di quelli esistenti, consentirà: di svolgere l'attività sanitaria in ambienti rispondenti a criteri di funzionalità per quanto riguarda

l'aspetto dell'erogazione delle prestazioni sanitari oltre assicurare agli utenti accoglienza e confort, migliorare l'organizzazione gestionale, ridurre le liste di attesa, ridurre i posti letto per acuti ed aumentare i posti per letto per la riabilitazione e cure intermedie con la conseguenza di contenere i tempi di degenza ed i ricoveri impropri.

Ammodernamento del parco tecnologico: la possibilità di sostituire le attuali apparecchiature con modelli più recenti delle stesse o di acquisire nuove tecnologie che offre il mercato, consentirebbe una maggiore efficienza e quindi un maggiore numero di esami in tempi inferiori.

L'obiettivo è aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per concorrere a ridurre le liste di attesa, per adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, per garantire condizioni di sicurezza per il paziente.

Adeguamento normativo: rappresenta un obiettivo fondamentale per la sicurezza dei cittadini fruitori dei servizi sanitari, ed è presente in tutti i programmi degli investimenti sanitari della Regione Liguria. Il D.P.R. 14.01.1997 di *"approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*, costituisce importante riferimento normativo. Tale obiettivo viene raggiunto attraverso interventi sulle strutture sanitarie esistenti relativi alla messa a norma di prevenzione incendi, alle misure antisismiche, all'adeguamento impiantistico, ed in generale a tutti quegli adeguamenti finalizzati all'accreditamento.

1.5 LA COERENZA INTERNA DEL PROGRAMMA

Gli obiettivi specifici del Programma, rappresentati al precedente punto 1.4, risultano congruenti con gli indirizzi programmatori nazionali e regionali. In particolare gli indirizzi programmatori nazionali e regionali si riferiscono:

- Al superamento dell'obsolescenza di molte strutture sanitarie e della polverizzazione dell'offerta, attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale,
- All'adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici prevedendo uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR di 4,68 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie,
- Al contenimento della spesa sanitaria attraverso la riduzione dei posti letto per acuti e l'aumento dei posti letto di riabilitazione (residenza extraospedaliera), con la conseguente riduzione dei tempi di degenza e del numero di ricoveri impropri,
- Allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare i ricoveri in regime diurno e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (P.A.C.),
- alla riduzione delle liste di attesa attraverso il rinnovo del parco tecnologico e l'acquisizione di tecnologie avanzate, ed anche attraverso una diversa organizzazione gestionale che garantisca prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute,
- alla messa a norma delle strutture sanitarie ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, per assicurare adeguati livelli di sicurezza (per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie), per migliorare i luoghi di cura e degenza relativamente al confort alberghiero.

1.6 IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO

- **Normativa nazionale** -

D.Lgs. n. 502/1992 modificato dal D.Lgs. n. 229/1999

L'art. 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, dispone che il Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possa stipulare accordi di programma con le regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'art. 20 della legge n. 67/1988.

Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002

Accordo sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004

L'art. 10 dell'intesa (in attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004) stabilisce la destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art 20 al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

In particolare l'art. 4 sub a) 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 SSR non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (considerate le condizioni demografiche e orografiche della Liguria è compatibile una maggiorazione del 5% applicabile allo standard per ricoveri di acuti).

Decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 2006

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008.

Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006

Nuovo Patto sulla salute, in particolare:

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

Legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria 2007

In particolare, l'articolo 1, comma 796, lettera b) e lettera n).

Legge 24 dicembre 2007, n. 244, legge finanziaria 2008

Decreto Legge n. 159/2007 (collegato alla legge finanziaria 2008)

In particolare l'articolo 4 individua la procedura per quelle Regioni che non rispettino gli adempimenti previsti nei Piani di Rientro a cui sono soggette.

Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008

Modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Accordo del 6 marzo 2007 con il Ministero della salute, il Ministero dell'Economia-Finanze e la Regione Liguria

Individua gli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo (Piano di rientro).

- Normativa regionale -

Legge regionale n. 20/1995 modificata dalla l. r. n. 28/2003

Norme per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità per l'ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico (istituisce del Nucleo regionale di valutazione degli investimenti in sanità).

Legge regionale n. 20/1999

Disciplina le procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei presidi sanitari, socio-sanitari e sociali, e ne definisce le modalità per l'accreditamento.

Deliberazione della Giunta regionale n. 1765/2005

Disposizioni che disciplinano le procedure di valutazione del nucleo regionale sull'edilizia sanitaria ai sensi della l. r. 04.11.2003, art. 5, comma 3.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 29 del 08/08/2006

Approva il piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza e le linee di indirizzo, i criteri, le modalità ed i termini di realizzazione.

Legge regionale n. 41/2006

Delinea il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale.

Deliberazione della Giunta regionale n. 763/2007

Approva il documento relativo al "Quadro di riferimento, percorso e termini per la definizione del processo di riorganizzazione della rete di cura e di assistenza".

Deliberazione del Consiglio regionale n. 34 del 01.08.2007

Approva 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.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 35/2007

Approva il Piano sociale integrato regionale anni 2007/2010 ai sensi della legge regionale n. 12/2006.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 8/2008

Approva lo "Stralcio del Piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie".

Deliberazione del Consiglio regionale n. 6/2009

Approva la "Prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 legge 11 marzo 1988, n.67 – Interventi da inserire nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2009".

Deliberazione della Giunta regionale n. 775/2009

Approva l' "Adeguamento del programma degli investimenti di cui alla dCr n. 6/2009 alle richieste del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell'economia e delle finanze".

Deliberazione del Consiglio regionale n. 22/2009

Approva il "Piano sociosanitario regionale 2009-2011".

2. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

2.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO

2.1.1 IL TERRITORIO

La Liguria si estende su un territorio di 5.418,17 chilometri quadrati, esclusivamente montagnoso e collinare, rispettivamente il 65,10% e il 34,90% del territorio regionale. La provincia più estesa è quella di Genova (1.838 Km² pari al 33,90% del territorio regionale) e quella più piccola è quella di La Spezia (882 Km² pari al 16,30% della superficie regionale). Alla data del 31.12.2007 la densità della popolazione è risultata di 293,7 abitanti per chilometro quadrato in Liguria e di 481 abitanti per Km² nella provincia di Genova, attestandosi su valori molto al di sopra di quello nazionale che è di 198 abitanti per Km².

Da un punto di vista amministrativo, la Liguria è suddivisa in 235 Comuni, di cui 67 nella provincia di Imperia, 69 in quella di Savona, 67 in quella di Genova e 32 in quella di La Spezia.

In base alla classificazione sismica adottata da quasi tutte le regioni italiane nel periodo compreso fra aprile 2003 e marzo 2004, il territorio nazionale è stato ripartito in quattro zone a differente rischio sismico (minimo zona 4, basso zona 3, medio zona 2, alto zona 1), nelle quali applicare in modo differenziato le norme tecniche per la progettazione, la valutazione e l'adeguamento sismico degli edifici.

La Regione Liguria con deliberazione della Giunta n. 1308 del 24.10.2008 ha approvato la nuova classificazione sismica del territorio che ha comportato la suddivisione dello stesso dalle tre classi di pericolosità (zona 2, zona 3, zona 4) a due classi e relative sottozone:

- zona di bassa pericolosità: 3S (29,79%), 3A (36,59%), 3B (22,13%),
- zona 4 di molto bassa pericolosità (11,49%).

Nessun Comune ligure presenta un alto e medio grado di sismicità.

2.1.2 LA POPOLAZIONE

L'analisi dei dati di popolazione riveste particolare interesse per la programmazione dei servizi sociosanitari. Infatti, ad esempio, corrisponde una diversa domanda di assistenza in relazione all'età degli assistiti, con conseguente necessità di adattare l'offerta in funzione della composizione della popolazione stessa.

Le osservazioni che seguono sono finalizzate allo studio dello scenario demografico, in particolare ai principali effetti sulla salute della popolazione che da questo originano e quindi, oltre all'invecchiamento, vengono presi in considerazione il tasso di disoccupazione, istruzione (che comporta effetti sfavorevoli sulla salute fisica e mentale), istruzione (un miglioramento del livello di educazione dovrebbe riflettersi in un miglioramento di quasi tutti indicatori di

salute della popolazione), la disarticolazione delle strutture familiari e l'ingresso di nuove popolazione di stranieri immigrati.

Demografia e dinamica della popolazione – La popolazione ligure al 1 gennaio 2007 risulta pari a 1.607.878 di cui 844.472 femmine e 763.406 maschi. Dai dati rilevati si registra una bassa natalità: 7,56 nuovi nati per 1.000 abitanti/anno, la più bassa registrata in Italia dopo il 7,8 del Molise, con un numero medio di figli per donna in età feconda di 1,19 ed una mortalità grezza di 13,1 decessi per 1000 abitanti/anno, più elevata rispetto al contesto nazionale 9,7 decessi per 1000 abitanti/anno, di conseguenza il saldo naturale assume valori fortemente negativi -8.843.

La popolazione è tendenzialmente anziana, l'età media risulta di 46,9 anni la più alta di tutto il Paese (valore medio in Italia è di 42 anni).

Dalla lettura dei dati di cui sopra si evince come, coerentemente al resto d'Italia, si stia assistendo ad un progressivo processo di invecchiamento della popolazione, già da anni riconosciuto nella Liguria, nonostante la presenza degli stranieri tenda ad ammortizzare tali effetti.

L'aspettativa di vita alla nascita ha già raggiunto i 78 anni per gli uomini e gli 84 per le donne ed un indice di vecchiaia pari a 239,13, con inevitabili conseguenze sociali ed economiche.

Fecondità, nuzialità e struttura delle famiglie – Al pari del resto d'Italia, anche i tassi di nuzialità registrati in Liguria negli ultimi dieci anni dimostrano un trend in progressiva diminuzione, fino al raggiungimento dell'attuale valore di 4 matrimoni per 100 abitanti.

In Liguria soprattutto, dove la percentuale di donne in età fertile rappresenta solo il 21% della popolazione (contro una media italiana del 25%), si registrava nel 2005 un'età media della madre al parto di 32,06 anni, la più alta d'Italia.

Si osserva anche una generale tendenza all'aumento del numero di famiglie ed alla diminuzione dei loro componenti il cui numero medio è sceso a 2,15 nel 2006 (la % di famiglie single nel 1996 era del 30,25 e dopo 10 anni ha raggiunto circa il 36%).

Parallelamente, si assiste ad un crescente numero di famiglie composte da anziani soli, la cui percentuale, nell'anno 2006, ha raggiunto il 33,11: data la maggior sopravvivenza delle donne, i valori più alti si osservano proprio per le vedove sole (42,97% contro il 18,73 degli uomini).

La popolazione straniera residente – La popolazione immigrata che nel 2002 rappresentava il 2,6% della popolazione residente in Liguria, ha raddoppiato il suo numero nell'arco di cinque anni, raggiungendo circa il 5% nel 2007.

L'immigrazione dall'estero comporta inevitabilmente degli effetti sulla struttura della popolazione residente in un Paese; tra questi vi è la tendenza a riequilibrare leggermente la demografia in favore delle classi di età giovani-adulte, dovuta soprattutto all'immigrazione di stranieri in età lavorativa (le classi attive comprese tra i 20 e i 50 anni sono le più rappresentate, con una età media della popolazione immigrata pari a 32 anni).

La popolazione immigrata ha apportato un contributo alla natalità dato dall'affluenza di donne prevalentemente in età fertile.

Proiezioni della popolazione residente – Consentono di valutare le possibili variazioni della struttura dei consumi e sono uno strumento utile alla previsione della spesa sanitaria e della domanda di servizi sanitari, anch'essi dipendenti dalla struttura per età e sesso della popolazione.

Attualmente, quale aspettativa di vita alla nascita, si considera quella calcolata per l'anno 2007, ma le stime effettuate dall'ISTAT prevedono un ulteriore incremento nei due sessi, così da raggiungere, per l'anno 2042, 83,6 anni per gli

uomini e 88,7 per le donne, associato ad una età media più elevata in entrambi i gruppi di popolazione (50,7 anni).

Sulla base delle ultime previsioni ISTAT è possibile stimare quale sarà la consistenza futura di ciascun macrogruppo di popolazione (<14, 15-64, >65).

La quota di popolazione non produttiva, over 65, passerà dal 26,7% registrato nel 2007 al 35,6% stimato nel 2042, mentre la classe di età corrispondente alla forza lavoro (15-64) si ridurrà del 9,2% nello stesso periodo. All'interno del macrogruppo "anziani" sarà il sottogruppo degli over 75 a subire l'incremento più elevato, arrivando a rappresentare il 23% della popolazione totale del 2051, con considerevoli ricadute sugli equilibri generazionali, ma soprattutto sociali ed economici. Tale gruppo di popolazione è infatti quello che maggiormente esprime richieste in termini di assistenza sanitaria (soprattutto per quanto riguarda la cura delle malattie croniche e disabilitanti), sociale e pensionistica, prospettando quindi un evitabile incremento della spesa pubblica.

2.1.3 RILEVAZIONE DELLA POSIZIONE SOCIALE

Esiste una stretta relazione tra stato di salute degli individui e loro posizione nella società. Le statistiche di mortalità e morbosità della popolazione documentano la presenza di un legame stabile tra posizione sociale (espressa dall'occupazione, dall'istruzione e dal reddito) e stato di salute, con un regolare incremento della speranza di vita man mano che ci si sposta verso le classi più alte. La posizione sociale viene interpretata come un indice di status socioeconomico che ne individua contemporaneamente la ricchezza (espressa dal reddito), il prestigio (titolo di studio) ed il potere (occupazione).

Occupazione - I dati disponibili più recenti (relativi all'anno 2006) hanno permesso di analizzare i tassi specifici per età misurati per la regione Liguria che dimostrano una popolazione maggiormente attiva nella fascia 25-54 anni, andamento abbastanza coerente con il resto d'Italia.

In Liguria il tasso di attività in età lavorativa (15-64 anni) è risultato pari al 65,6%, mentre il tasso di occupazione 15-64 anni si è attestato al 62,4%, ben quattro punti sopra la media nazionale (58,4%), ma ancora al di sotto di quella del Nord-ovest Italia (66,23%).

La forza lavoro nel 2004 è stata pari a 644.000 individui occupati o in cerca di lavoro ed è passata a 669.000 nel 2006, con un incremento pari a 3,7 punti percentuali.

Nel 2006 il numero degli occupati è risultato pari a 637.000, con una crescita su base annua di 17 mila unità, pari al 2,7% in più sulla media precedente.

L'aumento dei livelli occupazionali coinvolge entrambi i sessi ma è la componente femminile a registrare il maggior incremento annuo.

Per quanto riguarda il settore economico, il comparto dei servizi conferma la sua predominanza con il 76,6% degli occupati della Liguria; la quota dell'industria sale al 21,2% mentre l'agricoltura conta un incremento di soli 2,2 punti percentuali.

Riguardo al tipo di rapporto di lavoro, la maggior parte dell'espansione occupazionale risulta determinata dalla componente dipendente (+21 mila unità, +4,8%) mentre diminuiscono le posizioni lavorative indipendenti (-4 mila unità, - 2,2%). Sebbene l'analisi nel suo complesso abbia identificato un aumento significativo della componente lavorativa dipendente è la categoria dei liberi professionisti di entrambi i sessi (lavoratori indipendenti) a registrare un più repentino incremento dall'anno 1996 fino al 2003 (+ 81,5%).

Istruzione – Il livello di istruzione favorisce l'accesso all'interno del mercato del lavoro e l'occupazione determina a sua volta la classe di reddito di ciascun individuo. Il reddito vincola le condizioni di esistenza (alimentazione, abitazione, ecc.), l'accesso alle cure mediche, la possibilità di investire sulla propria salute, mentre l'istruzione influenza positivamente la capacità di investire nella promozione di stili di vita salutari e nel contenimento di comportamenti insalubri (fumo, alcol, ecc.).

Nel corso degli ultimi dieci anni la Liguria è stata interessata da una costante riduzione dell'analfabetismo e da una crescita dei livelli di istruzione della popolazione. Sono infatti aumentati non solo quanti possiedono la licenza media inferiore, ma anche i diplomati delle scuole medie superiori (+13,7%) e, in misura più ridotta ma significativa, i laureati (+4,5%).

Il grado di istruzione della popolazione italiana è differenziato, ma la Liguria si posiziona tra le prime 3-4 regioni, riportando valori medi tra i più alti calcolati per l'intero territorio nazionale: il 76,23% della popolazione ha conseguito almeno un titolo di scuola secondaria di primo grado, il 35,1% un diploma di scuola secondaria di secondo grado ed il 10,77% possiede un titolo universitario. Ad oggi, in Liguria, quasi la totalità dei ragazzi consegue la licenza media e prosegue gli studi secondari superiori. Confrontando i dati più recenti disponibili con quelli degli ultimi 10 anni si nota una generale tendenza all'aumento della scolarizzazione e del livello di qualificazione dei giovani.

Fasce di reddito e povertà – Il reddito medio percepito, calcolato a livello individuale e familiare, documenta come la Liguria riporti un valore medio di € 16.332 tra i più bassi a confronto con le altre regioni del nord-ovest pari ad € 18.605 e della media nazionale pari ad € 16.623.

In Liguria sono le classi medio-basse ad essere maggiormente rappresentate (il 25,4% degli individui dichiara un reddito annuale compreso tra i 5.000 e i 10.000 euro), mentre il dato nazionale riporta un maggior contributo proveniente da classi di reddito un po' più elevate (da 10.000 a 15.000 euro procapite).

L'incidenza di povertà, cioè la percentuale di famiglie liguri che hanno avuto una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà, è stata pari al 6,06%, circa 46.670 famiglie, al confronto della media nazionale pari a 11,13%. Uno degli aspetti di rilevanza economica prioritaria, in quanto principale voce di spesa per il nucleo familiare, è rappresentato dall'abitazione in cui vive e dalle risorse economiche da questa assorbite: si rileva che un basso numero di famiglie liguri risulta proprietario dell'abitazione in cui risiede rispetto alla media nazionale, mentre il 21,6% paga mensilmente un affitto, di conseguenza una famiglia ligure spende mediamente per la casa il 14,4% del proprio reddito complessivo, quasi l'1% in più rispetto alla famiglia italiana media.

Per quanto riguarda la valutazione soggettiva della situazione economica da parte delle stesse famiglie, solo il 5% non percepisce alcuna difficoltà nel raggiungere la fine del mese, mentre almeno il 64% giudica difficoltoso sostenere le spese mensili; solo il 34% delle famiglie riesce a risparmiare, mentre più del 20% di queste non è in grado di affrontare spese impreviste; la quota di famiglie che considera le proprie risorse ottime o adeguate è pari al 60,5%, le famiglie che le ritengono scarse sono il 35,5%, mentre quelle che dichiarano siano insufficienti sono il 3,1%.

2.1.4 CONDIZIONI DI SALUTE

Speranza di vita – La stima della speranza di vita è un indicatore di salute, il cui andamento nel tempo è diretta espressione della mortalità (infantile ed a diverse età), procedendo di pari passo con l'aumento generale dell'età media nonché con l'evoluzione della scienza medica, soprattutto nei confronti di patologie ad incidenza più elevata.

In Liguria la speranza di vita alla nascita è aumentata negli ultimi quindici anni di 4,8 anni per gli uomini (passando da 73,5 anni nel 1992 a 78,3 anni nel 2007) e di 3,65 anni per le donne (passando da 80,39 anni nel 1992 a 84,04 anni nel 2007). L'allungamento della speranza di vita complessiva è in buona parte ascrivibile ai miglioramenti intervenuti alle età più avanzate.

La speranza di vita in buona salute, come pure la speranza di vita libera da disabilità consentono un'analisi di qualità dei restanti anni di vita. Secondo i dati Istat per la Liguria, uomini e donne non solo vivono di più, ma, soprattutto, conservano più a lungo una buona salute ed una prerogativa di vita migliore.

Dal 2000 al 2005 le donne e gli uomini hanno guadagnato, rispettivamente, 0,32 e 1,11 anni di vita in piena autosufficienza, favorendo potenzialmente la riduzione dei costi di presa in carico delle persone con perdita o riduzione di autonomia a carattere permanente.

La mortalità in Liguria – Nel 2005 si sono registrati in Liguria poco più di 21.400 decessi, pari ad un tasso di mortalità grezzo di 13,4 per 1.000 abitanti, valore leggermente superiore a quello registrato nel 2004 (12,81 per 1.000 ab.). Il numero assoluto di decessi tende ovviamente ad essere maggiore nelle classi di età più anziane, in particolare oltre i 75 anni in entrambi i sessi.

Anche la mortalità infantile continua a diminuire è passata da un tasso del 7,23 per 1.000 nati vivi nel 1990 a 4,5 per 1.000 nel 2000, raggiungendo un tasso di mortalità infantile pari a 2,63 per 1.000 nel 2005.

Le quattro province liguri sono suddivise in cinque Aziende Sanitarie:

- Provincia di Imperia: ASL 1 Imperiese,
- Provincia di Savona: ASL 2 Savonese,
- Provincia di Genova: ASL 3 Genovese e ASL 4 Chiavarese,
- Provincia di La Spezia: ASL 5 Spezzino.

Le informazioni relative alla mortalità in Liguria sono state desunte dai dati Istat messi a confronto con i dati liguri (estratti dal database del Registro Mortalità Regione Liguria). Sono state considerate le seguenti 15 cause: mortalità totale, tutti i tumori maligni (T.M.), T.M. stomaco, T.M. colon-retto-intestino, T.M. polmone, T.M. prostata, T.M. mammella, T.M. sistema emolinfopoietico, diabete, malattie sistema circolatorio, m. ischemiche del cuore, m. apparato respiratorio, m. respiratorie cronico-ostruttive, apparato dirigente, cirrosi ed altre m. del fegato.

Dall'analisi puntuale dei dati, in sintesi, si può affermare che:

- la Liguria presenta una mortalità generale inferiore rispetto all'Italia e alla ripartizione geografica del Nord-Ovest nei maschi;
- rispetto all'Italia e al Nord-Ovest i tassi risultano inferiori in entrambi i sessi per le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie respiratorie cronico-ostruttive e le malattie ischemiche del cuore;
- rispetto all'Italia i tassi sono inferiori in entrambi i sessi per il diabete e le malattie dell'apparato circolatorio; nei maschi per tutti i tumori; nelle donne per le malattie dell'apparato digerente;

- rispetto al Nord-Ovest i tassi risultano inferiori in entrambi i sessi per tutti i tumori, nei maschi nell'apparato circolatorio.

Rispetto alle ASL/province sono caratterizzate come segue:

Tab. 2.1 mortalità in Liguria-

ASL/Province	ALTA MORTALITA	BASSA MORTALITA
IMPERIA/ASL 1	Per diabete (entrambi i sessi), malattie apparato respiratorio (femmine)	Per tumori (maschi) e malattie ischemiche del cuore (femmine)
SAVONA/ASL 2	Generale (maschi), per malattie sistema circolatorio e ischemie del cuore (femmine)	
GENOVA		Per malattie ischemiche del cuore (entrambi i sessi) e malattie sistema circolatorio (maschi).
ASL 3...		Per malattie ischemiche del cuore (entrambi i sessi), malattie sistema circolatorio (maschi), malattie apparato respiratorio (maschi) e malattie respiratorie cronico-ostruttive (maschi).
ASL4	Per tumore alla prostata, malattie apparato respiratorio (entrambi i sessi), malattie respiratorie cronico-ostruttive (maschi).	Per malattie ischemiche del cuore (femmine).
LA SPEZIA	Tumori dello stomaco (femmine), malattie ischemiche del cuore (entrambi i sessi), malattie apparato respiratorio (maschi).	Generale (femmine), per diabete (maschi).
ASL 5	Tumori dello stomaco (femmine), malattie ischemiche del cuore (entrambi i sessi), malattie apparato respiratorio (maschi).	Generale (femmine), per diabete (entrambi i sessi)

L'incidenza e la sopravvivenza per tumori - L'incidenza (numero dei nuovi casi di tumore) e la sopravvivenza per tumori in Liguria sono analizzate dal Registro Tumori Regione Liguria (RTRL).

In relazione ai costi della rilevazione l'osservazione dei tumori in Liguria non copre l'intero territorio, ma solo la provincia di Genova che si è provata essere comunque sufficientemente rappresentativa dell'intera popolazione regionale.

La seguente tabella riporta le stime di incidenza per sede di tumore:

Tab. 2.2 incidenza e sopravvivenza per tumori-

LOCALIZZ.	T.M. Polmone	T.M. Prostata	T.M. Mammelle	T.M. Colon-retto	T.M. Stomaco	T.M. Altri
ITALIA Maschi 0-84	19,0%	32,4%	---	21,4%	5,9%	21,3%
LIGURIA Maschi 0-84	16,7%	35,8%	---	15,9%	4,1%	27,4%
ITALIA Femmine 0-84	5,7%	---	31,1%	15,9%	3,9%	43,4%
LIGURIA Femmine 0-84	6,1%	---	31,4%	16,0%	3,0%	43,6%

In Liguria, in relazione all'anzianità, i tassi grezzi sono superiori alla media nazionale in entrambi i sessi. Se si valutano i tassi aggiustati per età si osservano tassi superiori all'Italia solo negli uomini, mentre nelle donne i valori sono quasi allineati. Il tumore più diffuso nei maschi è il tumore alla prostata che rappresenta il 35% del totale delle neoplasie, seguito dal tumore al polmone e dai tumori coloretali. Nelle donne, invece, la mammella è la sede tumorale più diffusa con il 31% del totale delle neoplasie femminili, seguita dai tumori coloretali e da quello polmonare.

Per quanto concerne i dati relativi alla stima di mortalità per tumori la Liguria presenta tassi standardizzati allineati con l'Italia, più bassi nelle donne.

Il tumore al polmone è la più importante causa di morte per tumore nei maschi (28% delle morti per tumori in Italia, 26% in Liguria). Il tumore alla prostata rappresenta il 13-14% dei decessi per tumori, il colon-retto il 13%, lo stomaco il 5-6%, mentre le restanti forme di tumore rendono conto del 40% in Italia, 42% in Liguria. Nelle donne in prima posizione c'è il tumore della mammella, che rappresenta poco meno del 15-16% delle morti per tumore, seguito dal colon-retto 13%, dal polmone 11-12% e dallo stomaco 4-5%, mentre le altre forme di tumore rappresentano il 56% in Italia e il 54% in Liguria.

Tab.2.3 stime del numero di casi prevalenti, età 0-84, anno 2008

SEDE	AREA	UOMINI NUMERO CASI	DONNE NUMERO CASI	TOTALE
TUTTI I TUMORI	ITALIA	806.103	1.034.820	1.840.923
	Liguria	29.040	35.815	64.855
T. M. POLMONE	ITALIA	61.075	15.055	76.130
	Liguria	1.823	452	2.275
T. M. MAMMELLA	ITALIA	-----	450.343	450.343
	Liguria	-----	15.979	15.979
T. M. PROSTATA	ITALIA	174.150	-----	174.150
	Liguria	7.258	-----	7.258
T. M. COLONRETTO	ITALIA	163.067	132.390	295.457
	Liguria	4.384	4.235	8.619
T. M. STOMACO	ITALIA	35.270	24.091	59.361
	Liguria	722	534	1.256

La tabella è relativa alle stime di prevalenza sul numero di individui in vita in una popolazione ad una certa data, che abbiano precedentemente avuto una diagnosi di tumore. Questo dato è utile per la pianificazione sanitaria, l'allocazione delle risorse e per valutare i mutamenti nella sopravvivenza dei pazienti tumorali.

Il numero di casi prevalenti in Italia per il 2008 si avvicina a 1.841.000 (di cui circa 806.100 uomini e 1.034.800 donne); la Liguria con i suoi circa 64.850 casi

(circa 29.000 uomini e 35.800 donne) si colloca al 10° posto fra le regioni italiane in entrambi i sessi.

Negli uomini la patologia con il maggior numero di casi prevalenti è il tumore alla prostata per cui in Italia sono stimati più di 174.000 casi e in Liguria circa 7260 casi; seguono i tumori coloretali, i tumori al polmone e i tumori allo stomaco.

Nelle donne il maggior numero di casi prevalenti è rappresentato dai tumori mammari per cui sono stimati circa 450.340 casi e in Liguria circa 15.980; seguono i tumori coloretali, i tumori allo stomaco e i tumori al polmone.

La mortalità evitabile - E' un indicatore sentinella di uno degli eventi da considerarsi meno accettabili, vale a dire i decessi in età comprese tra 5 e 69 anni determinati da cause che potrebbero essere contrastate dal sistema pubblico, sistema sanitario incluso. Ne sono esempi le morti per cancro polmonare, che potrebbero essere evitate attraverso la significativa riduzione del numero di fumatori, i decessi per infarto del miocardio, condizionati in parte dall'efficienza e rapidità della rete del 118, le morti per incidenti stradali, ecc..

La mortalità evitabile costituisce quindi un rilevante indicatore di politica sanitaria, consentendo di individuare le criticità, studiare le eventuali contromisure da intraprendere e verificare nel contempo i risultati.

La mortalità evitabile è in miglioramento in Italia, motivo per cui anche la vita media sta progressivamente allungandosi.

Per il calcolo della mortalità evitabile sono stati presi in esame i soggetti di età compresa tra 0 e 74 anni il cui motivo di decesso fosse compreso in determinati gruppi di cause.

Le principali cause di morte da considerare efficacemente contrastabili comprendono i tumori e le patologie del sistema cardiocircolatorio, responsabili rispettivamente del 45% e del 30% delle morti evitabili totali. Dette cause implicano responsabilità che coinvolgono quasi esclusivamente le Autorità sanitarie o i centri di ricerca sia pubblici che privati.

Relativamente agli aspetti più prettamente sanitari, ridurre le morti evitabili significa sviluppare la ricerca clinica, migliorare l'organizzazione sanitaria (ottimizzando per esempio i tempi di intervento), perfezionare i percorsi di diagnosi, cura, effettuare interventi attivi di prevenzione, come la lotta al tabagismo o gli screening di massa per la diagnosi precoce di tumori (mammella, cervice uterina, colon-retto), promuovere stili di vita salutari, il tutto per incrementare i livelli complessivi di sopravvivenza.

Analizzando la mortalità evitabile per gruppi di cause si rileva una generale maggiore propensione alla mortalità evitabile femminile per tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici.

Tab. 2.4 mortalità evitabile per tipologia di intervento e contesto demografico, per Asl e sesso - triennio 2000-2002 - tassi standardizzati per 100.000 residenti-

	Mortalità per cause evitabili con interventi di:					
	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene ed altra assistenza sanitaria	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Media nazionale	152,6	37,0	17,6	34,9	58,9	31,9
Media regionale	139,7	35,0	18,8	37,5	51,6	29,7
ASL 1 Imperiese	171,5	35,8	17,0	40,3	54,6	37,4
ASL 2 Savonese	157,7	41,7	16,4	39,0	53,9	30,2
ASL 3 Genovese	125,0	32,9	20,2	37,8	48,5	28,6
ASL 4 Chiavarese	145,0	37,9	17,0	32,5	47,6	32,2
ASL 5 Spezzino	130,3	30,6	20,3	35,9	58,0	23,0

La scomposizione della mortalità evitabile per tipologia di intervento evidenzia un minore tasso regionale rispetto a quello nazionale sia per il gruppo nazionale sia per il gruppo afferente alla prevenzione primaria che per quello relativo all'igiene e all'assistenza sanitaria. Il gruppo di cause contrastabili primariamente con diagnosi precoce e terapia, invece, presenta a livello regionale tassi di mortalità evitabile superiori alla media nazionale, con particolare evidenza nel caso delle femmine.

Salute e disabilità -

Salute percepita - Per valutare più correttamente lo stato di salute è necessaria una visione più globale, che non faccia esclusivamente riferimento al benessere fisico e all'assenza di malattie, ma che attribuisca la dovuta importanza alla percezione soggettiva che ciascun individuo ha delle proprie condizioni di salute. Gli studi hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità oltre che alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (soprappeso, fumo, inattività fisica). Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Dall'analisi dei questionari somministrati in occasione dell'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'anno 2005 (condotta dall'Istat), la popolazione ligure di 14 anni e più ha espresso un giudizio complessivamente positivo sulle proprie condizioni di salute: soltanto il 7,8% ha dichiarato negativo o molto negativo il proprio stato di salute e il 58,4% ha affermato di sentirsi bene.

Tab. 2.5 persone > 14 anni e >65 anni secondo lo stato di salute dichiarato (tassi per 100 persone e tassi standardizzati) – Anni 2004-2005-

	STATO DI SALUTE													
	Male / molto male							Bene / molto bene						
	> 14 anni			> 65 anni			Tasso std	> 14 anni			> 65 anni			Tasso std
	M	F	Tot.	M	F	Tot.		M	F	Tot.	M	F	Tot.	
Liguria	6,0	9,3	7,8	16,3	22,4	19,9	6,3	65,8	51,9	58,4	29,2	20,5	24,0	63,5
Nord-Ovest	4,0	6,8	5,5	12,6	18,8	16,3	5,2	67,5	57,0	62,1	33,2	24,7	28,2	63,2
ITALIA	5,1	8,3	6,7	15,9	23,6	20,3	6,7	66,7	56,3	61,3	28,0	19,5	23,1	61,3

La percezione di salute da parte dei cittadini residenti in Liguria sembra essere migliore rispetto a quella complessivamente avvertita dai cittadini italiani, tuttavia al di sotto della media delle regioni del nord-ovest Italia. Generalmente sono le donne ad avere una peggiore percezione della propria salute.

Malattie croniche – La presenza di malattie e/o di disabilità ha un forte impatto sull'equilibrio psicofisico degli individui. Inoltre, la diffusione di patologie cronicodegenerative costituisce un importante indicatore di salute in paesi come l'Italia e, in particolare, in regioni come la Liguria caratterizzate da un elevato tasso di invecchiamento della popolazione.

In Liguria, sono 235.000 le persone che hanno dichiarato di essere affette da almeno una malattia tra le cosiddette "gravi" e quasi altrettanti, 263.000, risultano essere affetti da tre o più malattie croniche

Tab.2.6 popolazione e persone di 65 anni e oltre che dichiarano almeno una malattia cronica grave per sesso e ripartizione geografica – Anni 2004-2005 (tassi per 100 persone e tassi standardizzati)-

	Persone con almeno una malattia cronica grave						
	Popolazione totale			Persone > 65 anni			Tasso std
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Liguria	14,9	14,9	14,9	43,5	36,2	39,1	11,9
Nord-ovest	13,0	13,0	13,0	43,1	35,1	38,4	12,4
ITALIA	13,2	13,1	13,1	45,5	38,9	41,7	13,1

Complessivamente, in Liguria, il 14,9% delle persone dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica "grave" e il 39,1% negli ultrasessantacinquenni. Le malattie croniche più diffuse tra la popolazione sono l'artrosi/artrite (23,3%), l'ipertensione arteriosa (17,9%) e le malattie allergiche (11,9%).

Sintomi di depressione – La salute mentale viene definita come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità.

La patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale.

Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che la più colpite siano le donne (tre volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.

Nelle cinque Aziende Sanitarie della Liguria la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 6% ASL di Savona all'11% di Genova).

In Liguria, fra le persone con sintomi di depressione, la percentuale che si è rivolta a qualcuno (operatori sanitari, familiari o amici) risulta del 57%. La percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 36%. In conclusione, dall'indagine risulta che quasi una persona su due non ne ha parlato con nessuno.

I risultati evidenziano inoltre che l'attenzione verso questo tipo di disturbo mentale è ancora insufficiente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, rimanendo ancora significativa la parte del bisogno non espresso o non adeguatamente considerato.

Disabilità - E' definito disabile il soggetto che dichiara il massimo grado di difficoltà nello svolgere almeno una delle funzioni su cui è interrogato.

Si calcola siano 86.000 le persone disabili in Liguria paria al 5,7% della popolazione di 6 anni e più. Tra le diverse tipologie di disabilità, quella più grave è rappresentata dal sconfinamento, che costringe il soggetto al domicilio, in un letto, su una sedia, implicando elevati livelli di dipendenza e che colpisce il 2,6% della popolazione. I soggetti che dichiarano limitazioni di tipo motorio sono 44.000 (pari al 2,9%), mentre circa 36.000 (pari al 4,2%) sono le persone che riferiscono difficoltà nello svolgere le comuni attività quotidiane di cura della propria persona. Le disabilità nella sfera comunicativa riguardano complessivamente una quota più bassa di popolazione, circa 14.000 persone pari allo 0,9% della popolazione di 6 anni e oltre. Una gran parte dei disabili intervistati è inoltre colpita da più tipi di disabilità associate tra loro.

Tab. 2.7 persone di 6 anni e più disabili secondo il tipo di disabilità - Anno 2005 (dati in migliaia)-

	Disabili		Tipo di disabilità							
			Confinamento individuale		Disabilità nelle funzioni		Difficoltà nel movimento		Difficoltà vista udito e parola	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Liguria	86	5,7	39	2,6	63	4,2	44	2,9	14	0,9
Nord Ovest	619	4,3	254	1,8	381	2,6	295	2,0	135	0,9
Italia	2.609	4,8	1.142	2,1	1.670	3,0	1.240	2,3	577	1,1

Dal confronto territoriale, sembra essere maggiore in Liguria il riscontro di malattie causanti limitazione delle attività quotidiane, ossia quelle che maggiormente incidono sulla qualità di vita dell'individuo, compromettendone gli aspetti relazionali e di efficienza.

Le donne hanno una più elevata speranza di vita, ma soffrono comunque più a lungo di limitazioni nelle attività. La percentuale di donne disabili è quasi il doppio di quella di quella maschile, ma solo in parte è attribuibile alla maggiore prevalenza di donne anziane.

Gli elevati livelli di diffusione di patologie tra le persone disabili determinano anche un maggiore ricorso ai servizi socio sanitari: al 31 dicembre 2004 erano 1864 gli adulti disabili ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e ben 6.332 gli anziani non autosufficienti ricoverati presso le medesime strutture. La necessità di ricorso a presidi residenziali è in relazione alla gravità della disabilità stessa, alla eventuale coesistenza di disturbi mentali ed al grado complessivo di autonomia del soggetto disabile: le patologie che più frequentemente richiedono istituzionalizzazione sono rappresentate da deficit neurosensoriali e disturbi psichici.

Tab. 2.8 disabili adulti e anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per grado di autonomia nella vita quotidiana - al 31 dicembre 2004-

	Adulti con disabilità				Anziani non autosufficienti			
	Autonomo	Parzial. dipend.	Totalm. dipend.	Totale	Autonomo	Parzial. dipend.	Totalm. dipend.	Totale
Liguria	452	638	773	1.864	121	1.880	4.331	6.332
(%)	(23,3)	(34,2)	(41,5)	(100)	(1,9)	(29,7)	(68,4)	(100)
Nord-ovest	1.690	4.456	5.882	12.028	2.956	18.916	50.279	72.151
(%)	(14,1)	(37,0)	(48,9)	(100)	(4,1)	(26,2)	(69,7)	(100)
ITALIA	4.702	12.331	15.443	32.476	6.640	42.870	104.798	154.308
(%)	(14,5)	(38,0)	(47,6)	(100)	(4,3)	(27,8)	(67,9)	(100)

AIDS e HIV - Con DM del 28 novembre 1986, n. 288, è divenuta in Italia una malattia infettiva soggetta a notifica obbligatoria. La Liguria è fra le 5 regioni e 5 province che ad oggi hanno istituito un Sistema di Sorveglianza.

In mancanza di dati nazionali, i casi segnalati dalle 5 regioni e 5 province, non rappresentano tutti i casi di nuove infezioni da HIV, ma possono fornire un'utile indicazione sulla sua diffusione nel nostro Paese e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia.

Il primo caso di AIDS in Liguria è stato segnalato nel 1984; da allora, sino al 31 ottobre 2008, le notifiche provenienti dalle strutture cliniche Liguri sono state 3.118 di cui 2.905 relative a persone residenti in Liguria.

L'andamento dell'incidenza osservato nel corso degli anni tra i residenti liguri mostra una costante crescita sino al 1995, anno in cui si è raggiunto il picco epidemico (16,9/100.000 ab) cui fa seguito una netta e progressiva riduzione sino a 3,0 casi per 100.00 abitanti nel 2007. Per quanto riguarda il 2008, sono stati notificati 29 casi (1,8 x 100.000) nei primi dieci mesi dell'anno.

La distribuzione dei casi in base al sesso e all'anno di diagnosi evidenzia la maggiore diffusione nella popolazione maschile rispetto a quella femminile; infatti, dagli anni '80 ad oggi, circa tre casi su quattro hanno interessato soggetti maschi.

Tab. 2.9 casi di AIDS in residenti liguri dal 1985 al 31 ottobre 2008:distribuzione per fasce di età-

Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
0 - 12	14	16	30
13 - 19	0	7	7
20 - 29	214	380	594
30 - 39	398	1.128	1.526
40 - 49	113	405	518
> 50	42	188	230
Totale	781	2.124	2.905

L'AIDS, dal 1985 ad oggi, ha interessato soprattutto i soggetti di età compresa tra i 20 e 50 anni, evidenziando un picco di maggior incidenza nella classe 30-39 più elevato nei maschi rispetto alle femmine.

Le nuove diagnosi da HIV notificate in Liguria dal 2001 al 2008 assommano globalmente a 917 casi, con un picco nel 2004 di 154 segnalazioni mentre, per gli anni successivi, sembrano essersi stabilizzati intorno ai 110-120 casi. Le fasce d'età più interessate dal fenomeno risultano quelle 25-34 e 35-44 anni con percentuali, rispettivamente, del 27,9 e del 34,3 negli otto anni considerati.

Sia per i soggetti di sesso femminile che di sesso maschile la trasmissione eterosessuale e omo/bissessuale contribuisce per circa l'80% all'acquisizione dell'infezione

Salute materno-infantile - La salute materno-infantile è un tema che riveste un'enorme importanza sanitaria. La tutela della salute delle donne e dei bambini deve essere considerata una scelta strategica per garantire il benessere della popolazione nel suo complesso.

Parto cesareo - In Liguria la percentuale di parti cesarei è progressivamente aumentata nel tempo, con un incremento di circa 9,5 punti percentuali dal 1996 al 2005. Nel 2007 sono stati enumerati 3.698 tagli cesarei su un totale di 10.137 parti complessivamente effettuati da donne residenti in Liguria pari al 36,5%.

Altro fenomeno cui si sta assistendo è il progressivo innalzamento dell'età materna al momento del parto, nel 2005 l'età media della donna al parto aveva raggiunto i 32,06 anni.

La proporzione di parti cesarei aumenta con l'aumentare dell'età materna: analizzando la distribuzione per età dei 3.698 parti cesarei registrati nel 2007, si calcola che più del 42% di questi è effettuato in donne di età superiore ai 35 anni.

Abortività spontanea - Contrariamente all'andamento nazionale, nella nostra regione il fenomeno sembrava tendere verso la diminuzione almeno fino al 2005; in particolare, i casi di dimissione per aborto spontaneo registrati in Liguria nell'anno 2005 sono stati 1,232, cui corrispondeva un rapporto standardizzato di abortività spontanea pari a 88,25. Rispetto all'anno precedente si era quindi verificata una riduzione del 5%.

L'età più avanzata della donna rappresenta un fattore associato ad un rischio di abortività spontanea più elevato: il rapporto specifico di abortività tende a crescere con l'aumentare dell'età materna ed in particolare il tasso specifico di

abortività indica un rischio significativamente più elevato per la classe di età 30-34 anni.

Abortività volontaria - Secondo i dati SDO, nell'anno 2007, sono state registrate 3.774 IVG con un tasso grezzo abortività volontaria pari a circa 11,2 per mille, sovrapponibile a quello misurato nel 2005: dal confronto con gli anni immediatamente precedenti il fenomeno può considerarsi stabile, dopo la progressiva riduzione cui si è assistito a partire dagli anni ottanta, probabile espressione di un crescente sviluppo dei servizi territoriali e consultoriali.

Tab. 2.10 IVG in Liguria: tasso grezzo (n°IVG/pop. Residente femminile di età 15-49 anni x 1000) - Anni 1982-2005-.

	A n n o							
	1982	1987	1992	1997	2002	2003	2004	2005
Imperia	20,6	13,4	9,9	17,8	11,9	11,4	12,02	10,9
Savona	16,4	11,05	8,12	6,2	8,2	7,6	8,8	8,5
Genova	20,4	16,4	13,2	12,4	12,6	13,3	13,4	12,3
LaSpezia	21,1	13,8	11,5	4,9	10,7	11,3	11,1	10,5
Liguria	19,9	14,8	11,7	11,04	11,5	11,8	12,1	11,2

In Liguria, in accordo con i dati nazionali, si è evidenziato un progressivo e costante aumento del ricorso ad IVG, anche ripetuta, tra le donne straniere. Nelle nostre strutture, attualmente, più di 1/3 delle IVG vengono effettuate da donne migranti. Il fenomeno è probabilmente da ascrivere al fatto che la maggior parte delle donne immigrate non ha ancora intrapreso un percorso di emancipazione analogo a quello delle donne del mondo occidentale, per cui l'IVG resta ancora, solitamente, l'unico mezzo di controllo della propria fertilità.

Per quanto riguarda l'età della donna, il tasso più elevato si registra più frequentemente in corrispondenza della classe 20-24 anni.

Mortalità infantile e neonatale - Il tasso di mortalità infantile viene definito come il numero di bambini deceduti entro 365 giorni dalla nascita su 1.000 nati vivi nello stesso anno. E' considerato un parametro molto importante in quanto indicatore essenziale del livello di sviluppo di un paese in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, sociali ed ambientali. In effetti, il rischio di mortalità infantile è prevalentemente associato a fattori biologici, sociali ed economici.

Negli ultimi 10 anni si è verificata una ulteriore generale riduzione della mortalità infantile, meno evidente però nelle regioni del Sud Italia. Tutti gli indicatori di salute neonatale ed infantile hanno subito un'evoluzione temporale pressoché sovrapponibile, espressione non solo di migliorate condizioni socio-economiche, ma anche di una accresciuta evoluzione tecnologica delle modalità di assistenza al parto.

Tab. 2.11 mortalità infantile in Liguria: evoluzione 1992-2005-

Tasso per 10.000 nati vivi	A n n o				
	1992	1996	2000	2004	2005
Tasso di mortalità infantile (entro 365 gg di vita)	68,9	50,5	45,0	27,5	26,3
Tasso di natimortalità (nati morti > 28° settimana di gestazione)	43,8	43,0	33,0	37,3	37,5
Tasso di mortalità neonatale precoce (tra 0 e 6 giorni di vita)	29,3	12,9	7,1	5,8	5,9
Tasso di mortalità neonatale totale (tra 0 e 28 giorni di vita)	36,2	24,8	15,9	10,0	10,2
Tasso di mortalità post-neonatale (tra 28 e 364 giorni di vita)	10,4	11,9	14,1	3,3	5,1

Infortunati sul lavoro - In Liguria l'incidenza degli infortuni (= numero di infortuni ogni 1.000 addetti), negli ultimi 30 anni, sia per quanto riguarda gli infortuni denunciati sia per gli infortuni indennizzati, ha avuto un andamento oscillante.

L'analisi dei dati infortunistici è utile per valutare quali settori o ambienti lavorativi hanno una maggiore incidenza con la possibilità di programmare ed attuare obiettivi su specifiche aree di intervento e utilizzare al meglio le risorse. Dall'analisi storica dei dati INAIL dell'ultimo trentennio, si rileva che il numero degli infortuni denunciati ed indennizzati decresce, sono passati da 42.559 denunce a 28.307 con un decremento pari al 33,5%.

In Liguria è avvenuto un decremento costante, a partire dal 2002, che sembra essersi mantenuto e confermato anche nel 2007, mentre nello stesso periodo aumentava il numero degli addetti.

In Liguria il totale degli infortuni nel gruppo "microimprese" appare percentualmente (36,6%) inferiore al numero di addetti (44,6%), mentre nel gruppo delle "grandissime" la situazione è opposta (17,6% di infortuni a confronto con il 15% di addetti). Per gli infortuni gravi la quota percentuali superiori alla totalità degli infortuni riconosciuti si registrano nei gruppi "micro" (36,6 di infortuni generali riconosciuti contro il 39,6 di "gravi") e delle "grandissime" aziende (corrispettivamente, 17,6 contro il 19,7).

Va sottolineato che il rapporto numerico tra le aziende complessive presenti nel territorio ligure tende negli ultimi anni a diminuire con valori compresi che passano dal 7,5% circa al 6% circa.

Prendendo in considerazione il triennio 2004-2006, appaiono in costante decremento (come numero di infortuni riconosciuti) i contributi infortunistici dei settori Trasporti, in incremento quelli di "Attività Immobiliare e servizi alle imprese", mentre risultano sostanzialmente stabili il Commercio, l'industria mezzi di trasporto e ind. Meccanica, con andamenti quasi omogenei anche per gli infortuni "gravi".

Stili di vita -

Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie cronico degenerative attribuibili a soli sette fattori principali:

ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, soprappeso, basso consumo di frutta e verdura, sedentarietà.

Questo fatto, unitamente all'invecchiamento della popolazione, rischia di rendere insostenibile qualunque sistema sanitario che, accanto alle attività di diagnosi e cura delle malattie, non preveda anche una forte attività nel campo della prevenzione.

Fattori di rischio cardiovascolari - La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari; ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio positivamente correlati allo sviluppo di tali patologie.

Valutare le caratteristiche di diffusione di questi fattori di rischio consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico.

L'attenzione al consumo del sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitano anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Dall'intervista effettuata, nel 2007, su un campione di 1010 liguri di età compresa tra i 18 e 69 anni si è rilevato che: 87% degli intervistati riferisce che gli è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, e il 6% più di due anni fa, il restante 7% non ricorda o non l'ha misurata. Risulta che controllano di più la pressione arteriosa le persone meno giovani (35-49 e 50-69 anni), quelle con problemi di reddito, le femmine rispetto ai maschi.

Tra le cinque Aziende liguri, tutte con campione rappresentativo, non ci sono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni.

Nella Regione Liguria, il 23% degli intervistati, cui è stata misurata la PA negli ultimi due anni, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.

La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'aumentare dell'età: nel gruppo 50-60 anni più di una persona su tre riferisce di essere ipertesa. Il 67% degli ipertesi

In Liguria si stima che sia iperteso circa il 23% della popolazione tra 18 e 69 anni, circa il 39% degli ultracinquantenni e circa il 5% dei giovani con meno di 35 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra i 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese.

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

Dall'intervista effettuata, nel 2007, su un campione di 1010 liguri di età compresa tra i 18 e 69 anni si è rilevato che: che l'80% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia (di questi

il 60% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 12% tra uno e due anni prima, l'8% più di anni prima dell'intervista), mentre il 20% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 33% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Tra le cinque aziende liguri non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia.

Si stima che il 20% della popolazione ligure di 18-69 anni non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 33% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 44% tra le persone di 50-69 anni.

Una maggiore attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. I dati in possesso rappresentano un buon livello di attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti del paziente ipercolesterolemico.

Sarebbe auspicabile una maggiore copertura della popolazione nello screening dell'ipercolesterolemia e un'ulteriore implementazione dell'attività di counselling.

La carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudini al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggiore diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Risulta che il calcolo del rischio cardiovascolare, effettuato tramite la carta o il punteggio individuale, è quindi ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici della Liguria.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

Le abitudini alimentari – Sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non isulino-dipendente.

E' riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associate all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni.

In Liguria il 97% degli intervistati (da una indagine effettuata nel 2007 su un campione di 1010 soggetti di età compresa tra i 18 e 69 anni) dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, solo il 15% aderisce alle raccomandazioni riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

La situazione nutrizionale – La situazione nutrizionale di una popolazione e' un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di

peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

In Liguria il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 28% soprappeso e il 9% obeso.

Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia soprappeso che obesità.

L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne e nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

In Liguria l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in soprappeso.

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

Attività fisica - L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute, si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati e questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

E' importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica.

In Liguria il 39% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 41% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 19% è completamente sedentario.

Dai dati in possesso risulta che in Liguria su dieci persone di età compresa fra i 18 e 69 anni quattro praticano attività fisica in modo sufficiente, due sono completamente sedentarie e le altre quattro la praticano in modo insufficiente.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane e fra che ha un minor livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

Tenuto conto di questi dati e degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione relativi alla riduzione degli incidenti domestici ed in particolare delle cadute di soggetti anziani, in Regione Liguria è stato dato avvio al progetto dei "Gruppi di Cammino", che si pone come obiettivo specifico quello di ridurre il rischio di caduta connesso a ipotrofia muscolare e osteoporosi, ma si inserisce in un contesto più ampio di medicina preventiva volto all'adozione di uno stile di vita attivo.

Consumi di alcol - L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

In Liguria la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 68% della popolazione tra 18 e 69 anni, di cui il 20% degli stessi può essere ritenuto un consumatore a rischio (9% beve fuori pasto, il 7% è bevitore "binge" e il 7% è forte bevitore).

In Liguria si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini al consumo considerabili a rischio (si tratta di livelli di consumo leggermente superiori rispetto a quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007).

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

L'abitudine al fumo - Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

Il sistema di Sorveglianza PASSI ha stimato che nel 2007 in Liguria fumava poco più di un quarto della popolazione adulta tra 18 e 69 anni, una percentuale simile a quella rilevata per l'Italia nell'Indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2005 dell'ISTAT.

Nella Liguria un elemento che desta preoccupazione è dato dal fatto che, nella fascia di età compresa tra 18 e 24 anni, quasi un giovane su due è fumatore. La prevalenza di fumatori è elevata anche nella classe di età dei 35 - 49enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori. Solo la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario: questo evidenzia un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo. Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante gli effetti positivi ottenuti a seguito dell'entrata in vigore della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

2.1.5 IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Dall'analisi, sopra rappresentata, relativa al territorio ligure, alla popolazione, alla posizione sociale ed alle condizioni di salute, è possibile delineare il contesto epidemiologico della Liguria.

Nonostante la sua limitata estensione territoriale (5.418,17 kmq), la Liguria è una delle regioni europee più densamente popolate con 293,7 abitanti per kmq. Nel 2007, l'ammontare della popolazione residente era pari a 1.607.878 e risultava così strutturata:

Tab.2.11 struttura della popolazione residente in Liguria. Dati Istat aggiornati al 1 gennaio 2007-

Province	Residenti femmine	Residenti maschi	Residenti totali	Età media (aa) ¹	Tasso di Natalità ²	Mortalità ³	Saldo naturale ⁴
Imperia	113.208	104.146	217.354	46,39	7,82	12,76	-1.074
Savona	148.491	134.727	283.218	47,11	7,64	12,83	-1.470
Genova	467.510	419.584	887.094	46,95	7,47	13,25	-5.132
La Spezia	115.263	104.949	220.212	46,88	7,58	12,87	-1.167
Liguria	844.472	763.406	1.607.878	46,89	7,56	13,06	-8.843
ITALIA	30412846	28718441	59131287	42,34	9,54	9,65	-6868

¹ **Età media:** media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

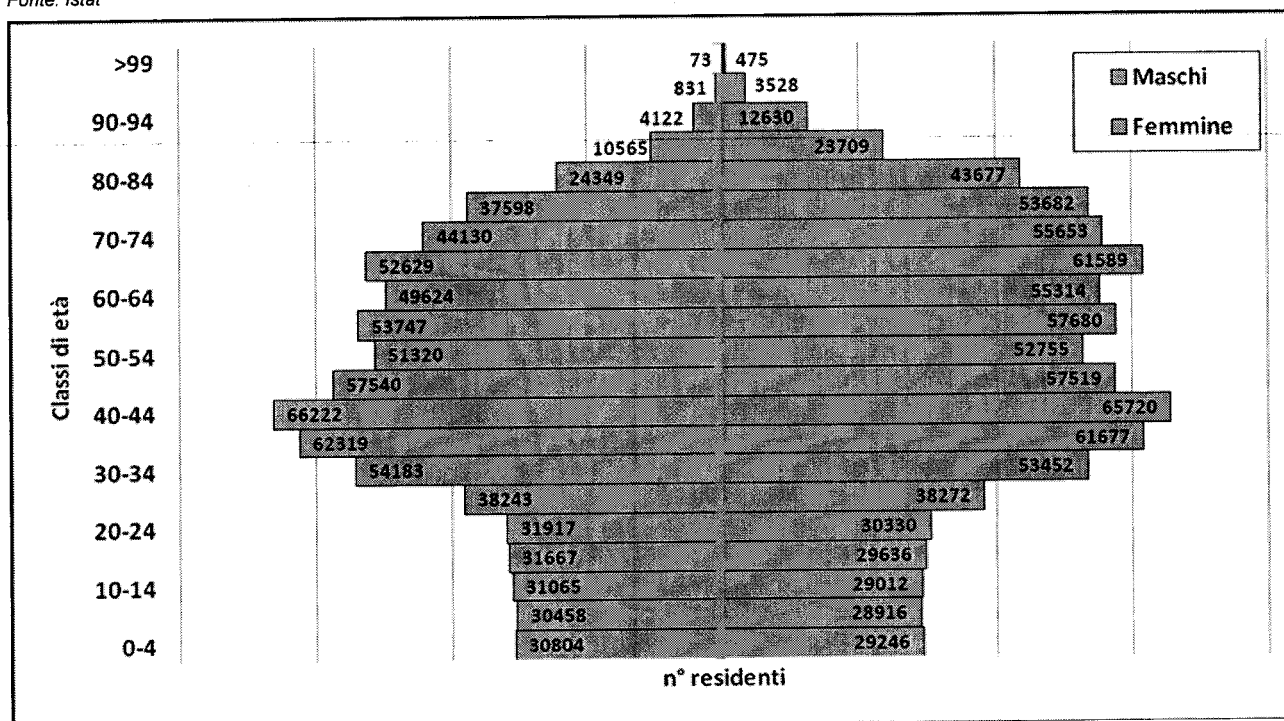
² **Natalità:** rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

³ **Mortalità:** rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

⁴ **Saldo naturale:** differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità

Grafico 2.1 Piramide delle età residenti regione Liguria- 1 gennaio 2007-

Fonte: Istat

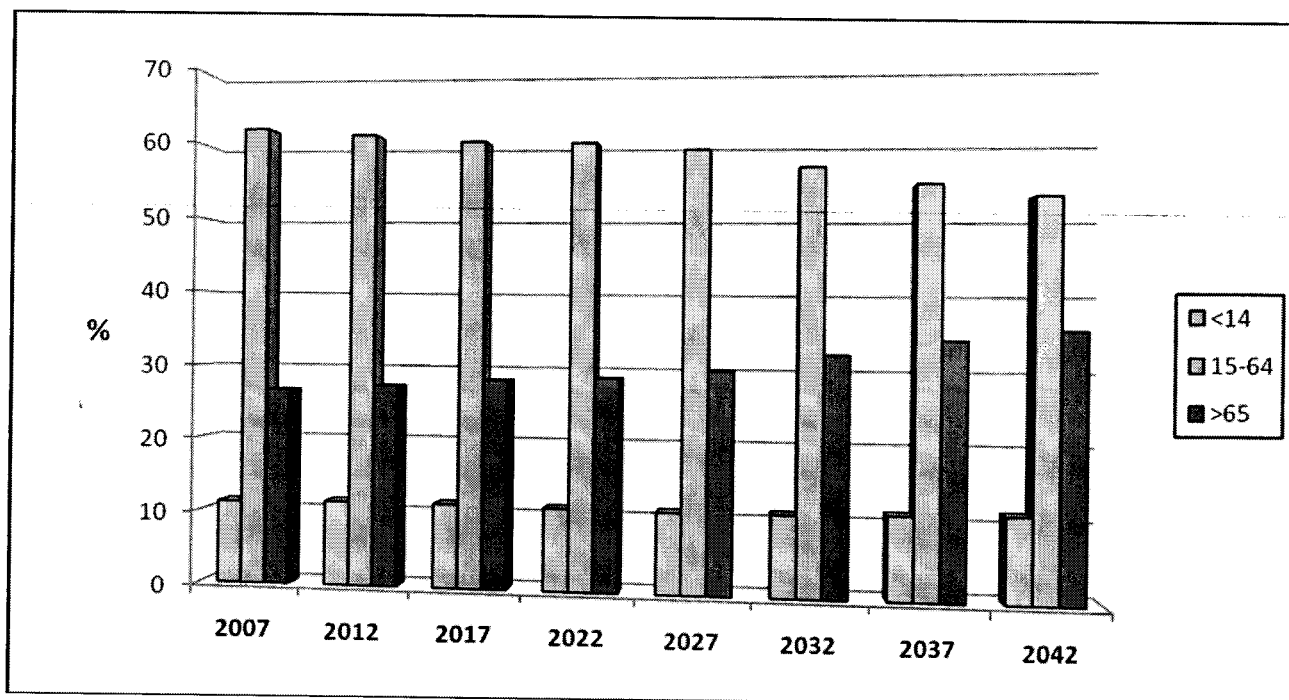


Tab. 2.13 indicatori demografici disaggregati a livello provinciale - Dati Istat aggiornati al 1 gennaio 2007-

PROVINCE	INDICE DI INVECCHIAMENTO	Vecchiaia ¹	Dipendenza ²	INDICE DI ANZIANI PER BAMBINO	INDICE DI CARICO DEI FIGLI PER 100 DONNE IN ETA' FECONDA	INDICE DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	INDICE DI RICAMBIO DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	ETA' MEDIA
Imperia	26,1	224,2	60,5	5,7	21,7	62,3	158,6	46,8
Savona	26,9	245,7	61,0	6,0	21,7	62,1	186,8	47,5
Genova	26,5	241,1	59,9	6,0	20,9	62,5	171,2	47,3
La Spezia	26,6	242,4	60,0	6,1	20,6	62,5	163,3	47,3
LIGURIA	26,5	239,7	60,2	6,0	21,1	62,4	170,9	47,3
ITALIA	19,7	139,9	51,1	3,5	23,7	66,2	108,6	42,6

Fonte: ISTAT

Grafico 2.2 Previsione della popolazione ligure per macro-classi d'età - Previsioni Istat (<http://demo.istat.it/>)



Le prospettive epidemiologiche regionali debbono tenere conto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle patologie degenerative e oncologiche, delle cronicità, ma anche della comparsa di patologie prima non rilevanti e spesso solo episodiche.

La popolazione ligure ha vissuto negli ultimi decenni un fenomeno spiccato di invecchiamento, che ha portato la nostra regione ad avere il record a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di oltre sessantacinquenni più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione europea. Contemporaneamente al progressivo invecchiamento si è spostato in avanti il concetto di popolazione "anziana" ed è comparso un nutrito numero percentuale di persone cosiddette "old-old". Questo fenomeno, destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni dovrà prevedere la capacità dei servizi sociali e sanitari di adeguarsi alle esigenze mutanti e percorsi di studio che permettano di fornire risposte efficienti e soddisfacenti per i cittadini.

Tab. 1.14 popolazione residente per condizione di salute, malattia cronica dichiarata, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista e regione - Anno 2005 (per 100 persone della stessa età, sesso e zona)

REGIONI	Stato di buona salute (a)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b)	Diabete	Iperensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteoporosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
Piemonte	70,8	34,9	17,6	43,7	3,7	14,2	5,3	15,7	5,8	2,9	7,8	2,8	3,1	39,9
Valle d'Aosta	74,1	35,2	16,1	49,4	2,0	13,5	6,3	16,5	5,5	3,5	8,3	3,9	2,8	38,9
Lombardia	72,6	36,0	17,8	47,8	4,2	13,5	6,1	15,6	6,4	4,0	9,6	3,5	2,8	40,9
Trentino-A. Adige	79,2	30,9	13,9	54,2	2,9	10,7	4,6	12,0	4,1	3,1	9,6	2,9	1,8	33,6
Veneto	71,3	38,1	18,2	46,4	3,9	14,2	6,1	16,2	5,9	3,9	9,8	3,5	3,0	43,6
Friuli-V. Giulia	70,2	37,7	18,4	41,4	4,6	14,1	5,3	18,3	5,8	4,9	7,0	3,9	3,1	37,8
Liguria	73,4	36,8	19,8	46,9	4,3	15,0	4,7	20,3	7,9	3,5	6,5	4,4	1,7	41,3
Emilia-Romagna	72,6	37,5	19,3	45,1	3,4	14,1	6,1	18,5	6,1	5,2	8,8	3,9	4,5	45,3
Toscana	72,1	37,5	20,0	43,9	4,4	13,8	6,1	19,1	7,4	4,3	9,1	4,0	2,2	40,8
Umbria	72,6	41,6	22,6	48,1	4,6	17,1	7,2	21,9	8,5	4,6	10,2	5,4	3,3	42,3
Marche	71,2	38,9	22,2	44,4	3,9	15,5	6,7	21,4	6,8	4,3	8,5	4,3	3,9	42,6
Lazio	71,5	42,0	22,8	45,6	4,7	15,8	7,8	19,6	9,4	4,3	11,2	5,1	3,7	42,3
Abruzzo	71,4	37,2	21,6	46,7	4,9	15,0	6,5	21,9	8,4	4,1	8,4	3,7	2,6	37,6
Molise	72,8	38,8	22,9	42,7	5,4	14,5	7,9	24,1	9,2	4,7	6,7	5,1	3,1	35,4
Campania	76,5	32,1	18,2	46,6	4,4	13,2	6,6	17,4	7,3	3,1	6,2	4,2	3,0	31,2
Puglia	76,9	32,9	18,0	47,2	4,8	13,7	5,4	18,2	7,4	2,9	7,2	3,3	2,0	35,1
Basilicata	72,3	39,7	21,3	45,1	5,0	15,2	9,0	21,5	6,8	3,9	10,4	3,7	4,5	36,3
Calabria	68,9	40,2	26,2	37,9	7,3	17,1	9,2	24,1	10,2	5,0	9,3	5,9	5,4	39,3
Sicilia	75,4	35,9	21,6	42,3	5,8	14,8	6,5	20,9	8,0	3,5	8,2	5,7	3,6	33,1
Sardegna	74,6	38,1	20,6	48,4	4,6	12,7	7,3	20,0	8,8	4,1	10,5	3,9	2,6	38,0
ITALIA	73,1	36,6	19,6	45,5	4,5	14,2	6,4	18,3	7,2	3,9	8,7	4,1	3,1	39,0

Fonte: ISTAT

(a) Esprimono un voto 4 o 5 in una scala da 1 a 5 ove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore.

(b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica.

(c) Inclusa asma bronchiale.

Il fenomeno del progressivo invecchiamento è accompagnato dall'aumento percentuale delle persone anziane autosufficienti, ma anche da un aumento in termini assoluti delle persone non autosufficienti alle quali deve essere garantito una soddisfacente qualità della vita.

Tab. 2.15 speranza di vita alla nascita per sesso e regione 2004-2007-

REGIONI	Speranza di vita alla nascita							
	2004		2005***		2006***		2007***	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Piemonte*	77,6	83,6	77,5	83,2	77,9	83,6	78,3	84,0
Valle d'Aosta*	77,6	83,6	77,5	83,2	77,9	83,6	78,3	84,0
Lombardia	77,9	84,1	77,9	83,8	78,3	84,2	78,7	84,3
Trentino-Alto Adige	78,0	84,4	78,3	84,3	78,5	84,6	79,1	85,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>78,1</i>	<i>84,3</i>	<i>78,2</i>	<i>84,0</i>	<i>78,7</i>	<i>84,5</i>	<i>79,4</i>	<i>85,0</i>
<i>Trento</i>	<i>77,9</i>	<i>84,5</i>	<i>78,4</i>	<i>84,6</i>	<i>78,3</i>	<i>84,6</i>	<i>78,9</i>	<i>85,1</i>
Veneto	78,1	84,5	78,1	84,3	78,6	84,7	78,9	84,6
Friuli-Venezia Giulia	77,7	83,5	77,8	83,6	78,2	83,9	78,9	84,3
Liguria	78,0	83,8	77,6	83,4	78,0	83,5	78,3	84,0
Emilia-Romagna	78,5	84,1	78,3	83,8	78,7	84,2	78,9	84,4
Toscana	78,8	84,4	78,6	84,1	79,0	84,6	79,3	84,6
Umbria	78,7	84,3	78,0	83,9	78,9	84,3	79,6	84,8
Marche	79,0	84,7	79,1	84,8	79,2	84,8	79,5	85,2
Lazio	77,4	82,9	77,6	83,0	78,1	83,6	78,7	84,1
Abruzzo**	77,8	84,2	77,9	84,0	78,3	84,3	78,6	84,6
Molise**	77,8	84,2	77,9	84,0	78,3	84,3	78,6	84,6
Campania	76,5	82,3	76,3	82,0	76,9	82,6	77,4	82,9
Puglia	78,6	83,8	78,4	83,4	78,8	83,9	79,2	84,2
Basilicata	77,9	83,0	77,7	83,2	77,9	83,6	78,4	83,7
Calabria	78,2	83,3	77,9	83,2	78,5	84,0	78,8	84,1
Sicilia	77,8	82,6	77,5	82,5	78,0	82,9	78,1	82,9
Sardegna	77,6	84,0	77,4	83,9	77,7	84,5	78,0	84,7
ITALIA	77,9	83,7	77,8	83,5	78,3	83,9	78,6	84,1
Nord	78,0	84,1	77,9	83,8	78,3	84,1	78,7	84,3
Centro	78,2	83,8	78,2	83,7	78,6	84,1	79,1	84,5
Mezzogiorno	77,7	83,1	77,4	82,9	77,9	83,4	78,2	83,6
Nord-ovest	77,8	83,9	77,8	83,6	78,1	83,9	78,6	84,2
Nord-est	78,2	84,2	78,2	84,0	78,6	84,4	78,9	84,5
Sud	77,6	83,2	77,4	82,9	77,9	83,5	78,3	83,7
Isole	77,8	83,0	77,4	82,8	77,9	83,3	78,1	83,3

* Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Valle d'Aosta

** Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise

***Stima.

Grafico 2.3 percentuale di famiglie per numero di componenti - Istat - Health for All - Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)

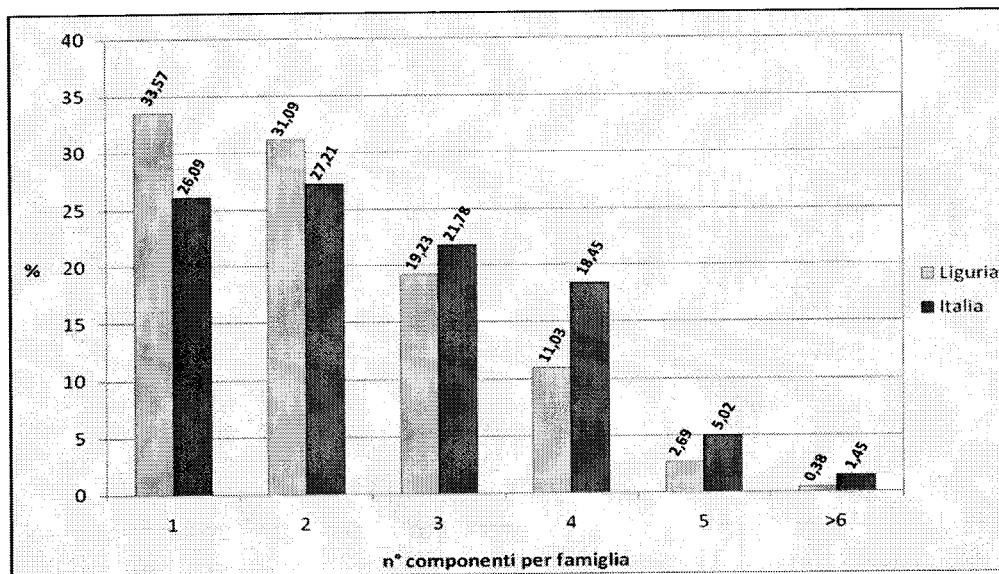
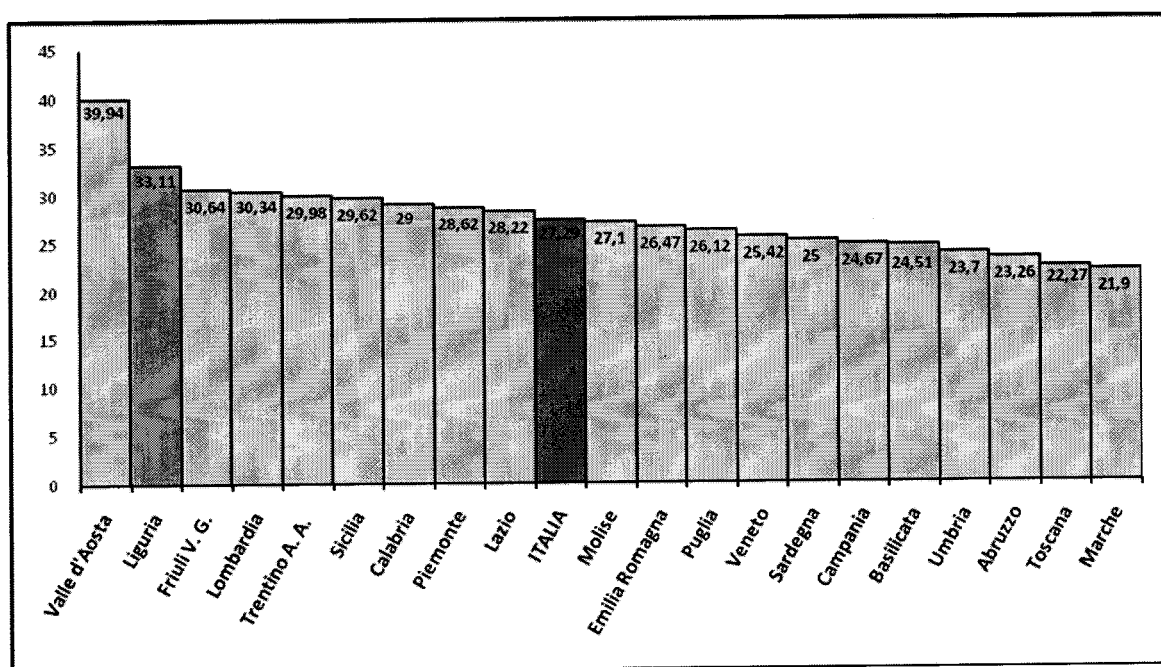


Grafico 2.4 Percentuale di anziani soli (M+F ≥ 65 anni) per regione - Istat - Health for All - Italia 31 dicembre 2006 (<http://www.istat.it/sanita/Health/>)



Tab.2.16 dimissioni, giornate di degenza e degenza media per MDC(Major Diagnostic Categories) anno 2006

MDC (Major Diagnostic Categories) (b)	DIMISSIONI		GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (c)
	Numero	Percentuale		
Malattie e disturbi del sistema nervoso	21.059	9,40	187.182	9,83
Malattie e disturbi dell'occhio	2.805	1,25	10.640	4,30
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	5.268	2,35	23.588	5,18
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	19.967	8,92	193.504	10,31
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	30.364	13,56	223.726	8,05
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	20.811	9,29	163.998	8,72
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	10.493	4,69	97.008	9,63
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.385	10,89	202.517	9,13
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	5.994	2,68	35.604	7,03
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	4.512	2,02	27.734	6,53
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	13.839	6,18	105.118	8,28
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3.574	1,60	23.110	7,30
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	5.757	2,57	28.421	5,52
Gravidanza, parto e puerperio	16.249	7,26	61.368	4,10
Malattie e disturbi del periodo neonatale	11.663	5,21	50.200	4,36
Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	2.508	1,12	22.752	9,63
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente diffuse	5.236	2,34	49.849	10,02
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3.099	1,38	30.957	10,86
Malattie e disturbi mentali	8.565	3,83	92.944	12,26
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	1.017	0,45	3.483	6,12
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.914	0,85	10.997	7,67
Ustioni	371	0,17	5.480	16,34
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.897	0,85	8.997	5,55
Traumatismi multipli rilevanti	421	0,19	6.435	16,19
Infezioni da H.I.V.	617	0,28	8.632	14,91
Pre-MDC (d)	1.016	0,45	37.009	36,67
Altri Diagnosis Related Groups (D.R.G.)	515	0,23	6.320	13,56
TOTALE	223.916	100,00	1.717.573	8,41

Fonte: Regione Liguria

(a) Ricoveri per acuti in regime ordinario

(b) Maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti con riferimento alla casistica diagnostica

(c) Rapporto tra giornate di degenza relative ai dimessi nell'anno (escluse degenze 1 g) e dimessi nell'anno (escluse degenze 1g)

(d) DRG attribuiti sulla base della presenza di trapianti indipendentemente dalla diagnosi principale (trapianto di fegato, midollo osseo, polmone, simultaneo pancreas/rene, pancreas, tracheostomia)

Tab. 2.17 decessi e tassi standardizzati nella regione, per grandi gruppi di cause: - Anni 2003 e 2006-

GRUPPO ICD10 ^(b)	CAUSE DI MORTE	Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000	
		2003	2006	2003	2006
		MASCHI			
C00-D48	Tumori	3.519	3.472	41,95	39,30
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	176	179	2,13	2,01
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	334	349	3,92	4,01
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	891	915	10,32	10,11
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	-	-
E10-E14	Diabete mellito	262	255	3,18	2,97
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	381	362	4,80	4,22
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	3.753	3.337	47,19	39,72
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	716	589	8,71	6,86
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	910	854	11,50	10,10
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	856	747	10,84	8,81
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	422	430	5,12	4,94
V01-Y89	Cause accidentali e violente	393	347	5,18	4,30
-	Altre cause	1.112	1.029	14,28	12,35
Totale		10.698	9.978	132,53	116,62
FEMMINE					
C00-D48	Tumori	2.824	2.822	21,93	21,12
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	150	170	1,10	1,18
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	340	367	2,54	2,66
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	256	247	2,08	1,96
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	466	442	3,91	3,61
E10-E14	Diabete mellito	423	399	2,74	2,45
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	636	602	4,08	3,68
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	5.407	4.673	32,80	26,45
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	615	497	4,07	3,06
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	1.472	1.263	9,02	7,34
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	653	530	3,97	3,04
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	498	446	3,40	2,96
V01-Y89	Cause accidentali e violente	446	380	3,07	2,50
-	Altre cause	1.503	1.315	10,31	8,40
Totale		12.390	11.166	82,31	70,60

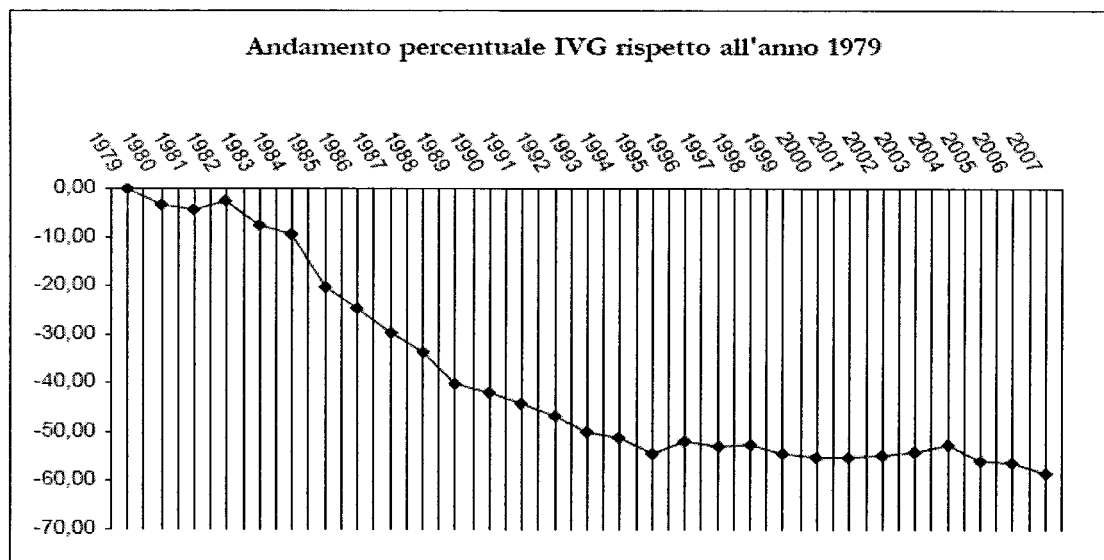
I tassi standardizzati su 10.000 abitanti relativi alle cause di morte evidenziano come siano sempre le malattie del sistema circolatorio ed i tumori le principali cause di morte, ma nel tempo tendono a diminuire la loro incidenza, valutazioni analoghe si possono fare anche per i dati a livello nazionale.

Interruzioni volontarie di gravidanza

L'andamento delle IVG registra, dal 1979, anno in cui è entrata in vigore la legge n.194/1978, al 1995 una continua diminuzione del fenomeno, poi fino al 2004 si assiste ad una stabilizzazione dei casi e negli ultimi tre anni siamo in presenza di una diminuzione, particolarmente significativa nel 2007.

Per quanto riguarda le pazienti straniere, che si sono sottoposte all'intervento, l'andamento percentuale dei casi, che dal 2001 al 2004 avevano registrato un continuo aumento, nel 2005 decrescono del 4,4% rispetto all'anno precedente invertendo il trend che va a registrare un dato significativamente positivo nel 2007, scendendo a 1310 interventi pari a -6,6% rispetto all'anno precedente. Il tasso di abortività fornito dal Ministero della salute (dato dal numero degli interventi, rispetto al numero delle donne in età feconda, moltiplicato per 1000) è possibile calcolarlo fino al 2006 come dato definitivo, mentre, calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato per il 2007 che per la Liguria è pari a 10,5, per le regioni del Nord Italia è al 9,5 e per l'Italia è 9,1.

Grafico 2.5 andamento percentuale IVG 1979/2007-



Tab. 2.18 andamento IVG totale, italiane, straniera (2002-2007)-

Andamento IVG su pazienti italiane e straniere anni 2002-2007

Anno	Totale interventi		Interventi su pazienti italiane			Interventi su pazienti straniere		
	Numero	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.	Numero	% su totale	% su anno prec.
2002	3827	0,9	2589	67,7	-3,8	1238	32,3	12,2
2003	3893	1,7	2593	66,6	0,2	1300	33,4	5,0
2004	4003	2,8	2526	63,1	-2,6	1477	36,9	13,6
2005	3726	-6,9	2314	62,1	-8,4	1412	37,9	-4,4
2006	3700	-0,7	2297	62,1	-0,7	1403	37,9	-0,6
2007	3526	-4,7	2216	62,8	-3,5	1310	37,2	-6,6

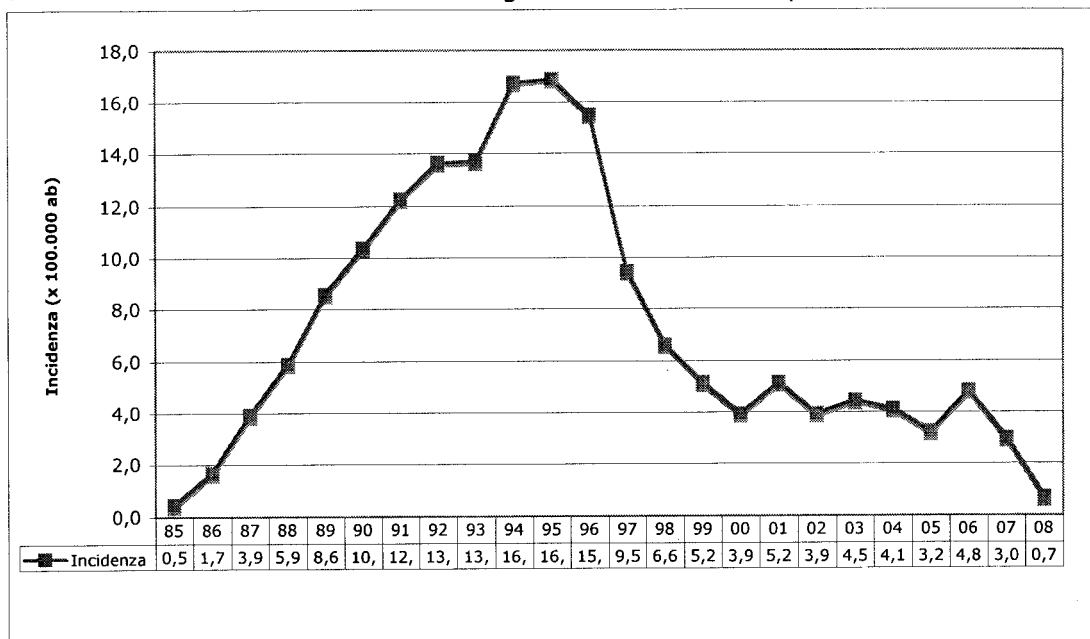
AIDS e HIV

Come già illustrato nel precedente capitolo 2.1.4 ("AIDS e HIV"), il primo caso di AIDS in Liguria è stato segnalato nel 1984; da allora, sino al 30 Aprile 2008, le notifiche provenienti dalle strutture cliniche Liguri sono state 3100, di queste 2887 sono relative a persone residenti in Liguria. Utilizzando come denominatore la popolazione ligure del Censimento Nazionale del 2001 per i casi notificati dopo il 1998 e quella del censimento 1991 per i precedenti, il tasso cumulativo d'incidenza risulta pari a 174,6 casi ogni 100.000 abitanti.

L'andamento dell'incidenza osservato nel corso degli anni tra i residenti liguri mostra una costante crescita sino al 1995, anno in cui si è raggiunto il picco epidemico (16,9/100.000 ab), cui fa seguito una netta e progressiva riduzione sino a 3,0 casi per 100.000 abitanti nel 2007. Per quanto riguarda il 2008, sono stati notificati 11 casi nei primi 4 mesi dell'anno. Correggendo il dato per ritardo

di notifica, si può stimare che l'incidenza di AIDS alla fine dell'anno si attesterà intorno a 3-3,5 casi su 100.000 abitanti.

Grafico 2.6 casi di AIDS in residenti liguri: andamento temporale dell'incidenza annuale-



La distribuzione dei casi in base al sesso e all'anno di diagnosi evidenzia la maggior diffusione dell'AIDS nella popolazione maschile rispetto a quella femminile; infatti, dagli anni '80 ad oggi, circa tre casi su quattro hanno interessato soggetti maschi.

Inoltre, stratificando per sesso e classi d'età, appare evidente come l'AIDS, dal 1985 ad oggi, abbia interessato soprattutto i soggetti di età compresa tra i 20 e i 50 anni, evidenziando un picco di maggior incidenza soprattutto nella classe 30-39, più elevato fra i maschi rispetto alle femmine; tale divario, seppur presente, risulta meno marcato nella classe 20-29 anni.

Tab. 2.19 casi di AIDS in residenti liguri: distribuzione e incidenza cumulativa per fasce di età e sesso dal 1985 AL 30/04/2008-

Classi d'età	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Inc Tot
0-12	14	16	30	20,0	21,5	20,8
13-19	0	7	7	0,0	16,8	8,6
20-29	213	379	592	222,1	384,2	304,4
30-39	397	1126	1523	332,7	922,1	630,7
40-49	109	400	509	103,7	384,2	243,2
≥50	41	185	226	9,7	57,6	30,5
Totale	774	2113	2887	91,0	277,7	179,1

Tuttavia se fin dalla prima metà degli anni '80 la sorveglianza dell'AIDS ha rappresentato l'elemento chiave nel controllo dell'epidemia di AIDS/HIV, dando indirizzi e indicazioni per i programmi di prevenzione e per la gestione appropriata dei servizi socio-sanitari, la disponibilità delle nuove terapie antiretrovirali e un'assistenza medica avanzata hanno modificato, in modo particolare nell'ultimo decennio, le caratteristiche principali dell'epidemia.

Partendo da queste evidenze, la Regione Liguria, recepite le raccomandazioni delle organizzazioni internazionali (OMS, UNAIDS, UE, ECDC) e come indicato nel

Piano Sanitario Nazionale, ha istituito un proprio sistema di sorveglianza delle nuove infezioni di HIV.

Tale sistema che prevede la partecipazione attiva di diverse strutture sanitarie operanti sul territorio ligure, prevede la trasmissione, in modo criptato, di una serie di dati raccolti da tutti i soggetti con una nuova diagnosi di infezione da HIV, afferiti, a partire dal 2001, ad uno dei 9 Centri clinici ubicati sul territorio ligure, che forniscono attività assistenziale ai soggetti affetti da HIV.

Nella tabella sottostante è riportata la distribuzione per classe d'età delle nuove diagnosi da HIV notificate in Liguria, che globalmente assommano a 848 casi. Le segnalazioni hanno avuto un picco nel 2004 con 153 segnalazioni mentre sembrano essersi assestate intorno ai 110-120 casi negli anni successivi; anche nel 2008 ci si dovrebbe aggirare su questi valori visto che nei primi 4 mesi si sono avute 34 nuove diagnosi. In altre parole si può affermare che in Liguria si presentano, presso i Centri clinici, 2-3 persone alla settimana a cui è stata diagnosticata per la prima volta una positività al test anti-HIV

Le fasce d'età più interessate dal fenomeno risultano quelle 25-34 e 35-44 anni con percentuali, rispettivamente, del 28,1 e del 34,5, nei 7 anni considerati; seguono poi le classi 45-54 anni (18,0%) e gli over 55 (11,1%)

Tab. 2.20 Distribuzione delle nuove diagnosi da HIV notificate in Liguria per classi d'età-

Cat età	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
0-14			1	5	1	1	1		9
15-24	4	11	4	14	7	7	9	4	60
25-34	28	36	39	43	29	28	27	8	238
35-44	37	33	40	52	41	44	33	12	292
45-54	8	18	24	23	12	36	26	6	153
≥55	9	11	10	16	20	7	17	4	94
ND			1		1				2
Totale	86	109	119	153	111	123	113	34	848

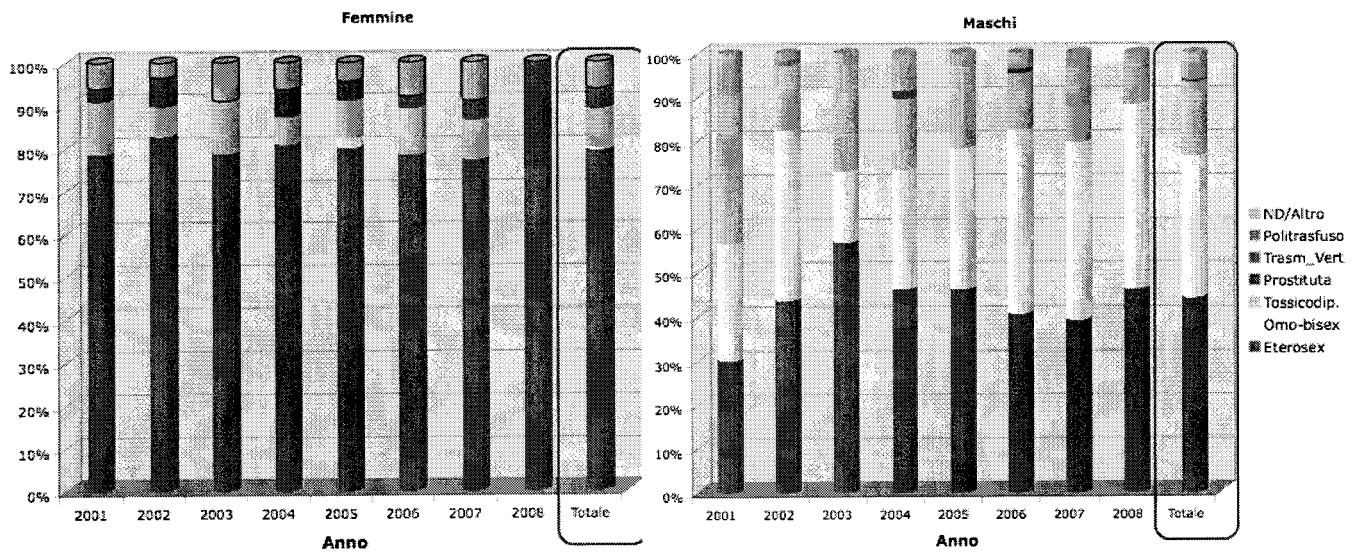
Per quanto concerne la modalità di acquisizione dell'infezione di esposizione, i risultati ottenuti indicano come nei soggetti di sesso femminile, negli anni considerati, la trasmissione eterosessuale costituisca circa 79,5% delle nuove diagnosi, seguita dalla tossicodipendenza con valori intorno al 8,6%; globalmente, circa il 4,3% dei casi ha riguardato prostitute.

Anche negli individui di sesso maschile i contatti sessuali (eterosessuali e omo/bissessuali) rappresentano la principale categoria d'esposizione, con valori intorno al 77% del totale, seguita dal 17% circa nei tossicodipendenti per via endovenosa (IVDU). Appare evidente l'incremento della trasmissione per via sessuale, che nel 2001 costituiva circa il 56% dei casi diagnosticati mentre nel 2007 ha raggiunto valori intorno al 79,8% e nei primi 4 mesi del 2008 si attesta sul 88%. Parallelamente si è verificata una diminuzione dei casi fra i tossicodipendenti che nel 2007 costituiscono il 7,8% circa del totale.

Dall'insieme dei dati si evince come il modello di diffusione dell'HIV sia cambiato essendo diminuite le nuove diagnosi di infezione tra i tossicodipendenti ed essendo divenute preponderanti quelle a trasmissione sessuale.

La sorveglianza epidemiologica fornisce importanti indicazioni sui gruppi di popolazione a maggior rischio e consente di mirare al meglio gli interventi preventivi.

Grafico 2.7 -



Il dato immigrazione

Secondo i dati ISTAT, la popolazione straniera residente in Liguria al primo gennaio 2007 ha superato le 80.000 unità, con un'incidenza sulla popolazione totale residente nella Regione pari al 5% circa. L'ultimo *Dossier Statistico Immigrazione* redatto da Caritas - Migrantes e presentato il 31 ottobre 2008 stima addirittura che il numero delle presenze di stranieri residenti in Liguria abbia superato al 31 dicembre 2007 le 100.000 presenze, registrando un incremento dell'8-10% rispetto al 2006. E' essenziale ricordare che tali dati si riferiscono agli immigrati regolarmente presenti in Italia, sfuggono cioè ai conteggi le quote di immigrati definiti irregolari (con permesso di soggiorno scaduto) e clandestini (senza permesso di soggiorno).

I principali gruppi nazionali rappresentati sono: Ecuador (32,3%), Albania (12,6%), Marocco (9,0%), Perù (5,5%), Romania (3,5%), Cina (3,0%), Senegal (2,4%), Sri Lanka (2,4%), Ucraina (2,1%) e Tunisia (1,6%). Non si riscontrano differenze significative rispetto agli anni precedenti: permangono ai primi posti gli ecuadoregni seguiti da albanesi, marocchini e romeni; cresce la migrazione dall'Ucraina e diminuisce la presenza dei cittadini europei.

Le donne rappresentano il 53% delle presenze straniere e i minori il 18%, ciò significa che 1 straniero su 5 è minorenni. Esistono anche in Liguria squilibri tra i due sessi nelle diverse etnie di immigrati, fattore che influenza non poco il grado di integrazione di questi soggetti nella società che li ospita. Osservando la ripartizione per genere delle presenze, emerge una strutturazione differente dei flussi a seconda del paese d'origine: dall'Ecuador, dal Perù e dall'Ucraina emigrano soprattutto donne - che si inseriscono nel mercato del lavoro domestico; ben diversa è la situazione di marocchini e senegalesi, con flussi migratori connotati al maschile, seppur vi sia una lieve inversione di tendenza anche in questo senso, che sottende la comparsa di progetti migratori più stabili con ricongiungimento familiare. Ancora esigue, ma significative perché controtendenza, sono le migrazioni dal Maghreb di donne sole, giovani e non coniugate, istruite, che scelgono l'emigrazione come strada di emancipazione.

Gli stranieri giunti nella ns. regione sono per l'80% al di sotto dei 45 anni, apportando un certo contributo alla natalità, dato dall'affluenza di donne prevalentemente in età fertile, in genere caratterizzate da una più accentuata fecondità.

Una valutazione più dettagliata è ottenibile considerando separatamente la struttura delle due popolazioni, residente e straniera, e rapportandole secondo le diverse classi di età, da cui emerge un'incidenza più elevata nelle classi più giovani: in Liguria, a fronte di una media generale del 5%, si registra un'incidenza del 7,9% tra i soggetti <14 anni e del 9,4% per gli individui di età compresa tra i 15 e i 39 anni.

Tab. 2.21 Popolazione straniera residente per provincia e classi di età al 1° gennaio 2007

Fonte: Istat

Province	Totale stranieri residenti	Composizione percentuale per classe di età				Età media ¹	Incidenza percentuale della popolazione straniera sulla popolazione totale				
		0-14	15-39	40-64	>65		0-14	15-39	40-64	>65	Tot
Imperia	13.198	15,8	46,7	30,7	6,8	34,71	8,3	10,5	5,3	1,6	6,1
Savona	13.850	19,3	50,1	26,8	3,9	31,46	8,5	9,2	3,7	0,7	4,9
Genova	44.322	17,5	51,5	28,6	2,5	31,56	7,8	9,6	4,0	0,5	5,0
La Spezia	9.365	18,2	51,5	27,8	2,6	31,23	6,9	8,0	3,4	0,4	4,3
Liguria	80.735	17,6	50,4	28,5	3,5	32,02	7,9	9,4	4,1	0,7	5,0

¹ Età media: media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

Analizzando i motivi dei permessi di soggiorno si evince dai dati del Ministero dell'Interno (al dicembre 2005) che il lavoro costituisce la prima motivazione (59,6%), seguito dai motivi familiari (30,7%), residenza elettiva (4,4%), studio (2,1%), altro (3,2%). Anche le motivazioni del soggiorno variano significativamente in funzione della nazionalità di provenienza.

Ricorso al Servizio Sanitario Regionale

Gli stranieri iscritti all'Anagrafe sanitaria della Liguria al luglio 2008 sono 51.508, di cui 10.861 minori di 18 anni, 28.753 donne e 22.755 uomini.

Le strutture sanitarie della Regione Liguria hanno registrato, nell'anno 2007, 13.330 ricoveri ordinari e 7470 day hospital a favore di utenti stranieri residenti, con un'incidenza del 5,9% sui ricoveri totali e del 4,9% sui DH). Le donne straniere che hanno fatto ricorso al ricovero ordinario hanno rappresentato il 61,7% dei ricoveri ordinari e il 68,3% dei Day Hospital a favore di stranieri iscritti al SSN.[Fonte: Datawarehouse Sanitario di Regione Liguria]

Per quanto concerne l'offerta di servizi dedicati ad utenti STP, non si ha una ripartizione omogenea dei servizi dedicati sul territorio ligure: solo le Asl 4 e 5 hanno un ambulatorio ad accesso diretto che garantisce assistenza di base a stranieri senza permessi di soggiorno. E solo la Asl4 ha un servizio di pediatria per minori STP. L'ambulatorio della Asl4 è stato inaugurato nel giugno 2006 e da allora ha registrato i seguenti accessi:

- giugno-dicembre 2006: 189 accessi,
- gennaio-dicembre 2007: 383 accessi,
- gennaio-ottobre 2008: 357 accessi.

I dati sull'utenza rivelano una netta predominanza delle donne e una prevalenza della fascia d'età 20-29 e 30-39 anni. Le nazionalità più rappresentate sono state: Ecuador, Ucraina, Marocco, Albania.

Per quanto riguarda il servizio di pediatria, gli accessi sono stati 288 nel 2007 e 210 nel 2008 (al mese di ottobre). [Fonte: Asl4 Chiavarese, Ufficio Coordinamento Distretti]

Criticità:

Fermo restando la difficoltà ad individuare con precisione i bisogni di salute dell'utenza immigrata - a causa degli strumenti limitati di raccolta dati, della quota di immigrati irregolari che sfuggono alle indagini, ecc - è comunque possibile individuare alcune criticità all'interno del sistema sanitario ligure:

- Carenza di disposizioni normative regionali in grado di regolamentare la materia (in particolare l'accesso ai servizi da parte dei neocomunitari),
- Scarsa omogeneità sul territorio ligure tra i servizi attivati per gli stranieri temporaneamente presenti (STP),
- Carenza di progetti specifici dedicati agli utenti stranieri del SSR,
- Scarsa attenzione per i bisogni di cura specifici degli utenti stranieri del SSR,
- Scarsa offerta formativa per gli operatori socio-sanitari,
- Mancanza di un'informazione omogenea e capillare in versione multilingue che faciliti l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione straniera,
- Necessità di attuare iniziative specifiche volte a tutelare la salute materno-infantile degli stranieri e la salute dei lavoratori.

Obiettivo generale:

Migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari e alle cure per la popolazione straniera regolarmente o temporaneamente presente sul territorio ligure.

2.1.6 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITA' NELL'ACCESSO

Assistenza ospedaliera

Un elemento significativo per rappresentare l'evoluzione nel tempo dell'assistenza ospedaliera, in termini di ricoveri, è il trend dei ricoveri per un periodo definito stratificati per regime e residenza del paziente. La successiva tabella 2.22 riporta i dati dei suddetti ricoveri per il periodo anni 2001 - 2008.

Dalla citata tabella è possibile rilevare che:

- il totale complessivo dei ricoveri nel 2008 è stato pari a 375.215 inferiore di 34.872 rispetto all'anno 2001 (pari al - 8,5%) ed inferiore a 1.640 rispetto all'anno 2007 (pari al - 0,4%),
- il totale dei ricoveri in regime ordinario non DRG-LEA nel 2008 è stato pari a 204.632 inferiore di 31.121 rispetto all'anno 2001 (pari al - 13,20%) ed inferiore a 3.367 rispetto all'anno 2007 (pari al - 1,62%),
- il totale dei ricoveri in regime ordinario DRG LEA nel 2008 è stato pari a 17.811 inferiore di 36.135 rispetto all'anno 2001 (paria al - 66,84%) e senza variazione rispetto all'anno 2007,
- il totale dei ricoveri in regime di day hospital nel 2008 è stato pari a 152.772 superiore di 32.384 rispetto all'anno 2001 (pari a + 26,90%) e superiore di 1.727 rispetto all'anno 2007 (pari a + 1,14%).

La tabella 2.23 fornisce i tassi di ospedalizzazione standardizzati , per l'anno 2008, stratificati per regime di ricovero, per ASL e per tipologia di erogatore.

Nel 2008 in Liguria il tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo è stato pari a 202,0 di cui 177,0 relativo al pubblico regionale, 1,5 relativo al privato regionale, 23,4 relativo alla mobilità passiva. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato relativo all'anno 2008, superiore a quello nazionale che è pari a 180,0, risulta così suddiviso:

- in regime ordinario 114,9,
- in regime di day hospital medico 52,2 ,
- in regime di day hospital chirurgico 34,9.

Risulta quindi significativamente elevato il tasso di ospedalizzazione del day hospital pari a 87,1 (= 52,2 + 34,9).

Tab. 2.22 trend ricoveri periodo 2001-2008 stratificati per regime e residenza paziente-

regime	residenza paziente	anno 2001	anno 2002	anno 2003	anno 2004	anno 2005	anno 2006	anno 2007	anno 2008
ORDINARIO NON DRG LEA	LIGURIA	205.908	198.966	191.449	187.262	188.666	187.753	183.002	180.306
	ALTRE REGIONI	25.940	25.878	25.618	24.038	23.812	22.877	22.010	21.622
	ALTRO	3.905	3.537	3.542	3.329	2.959	3.099	2.987	2.704
	TOTALE	235.753	228.381	220.609	214.629	215.437	213.729	207.999	204.632
ORDINARIO DRG LEA	LIGURIA	47.980	32.367	24.672	21.096	18.077	16.013	15.332	15.380
	ALTRE REGIONI	5.254	3.983	3.193	2.978	2.500	2.289	2.165	2.199
	ALTRO	712	551	468	372	310	314	314	232
	TOTALE	53.946	36.901	28.333	24.446	20.887	18.616	17.811	17.811
DAY HOSPITAL	LIGURIA	106.908	125.812	138.011	152.159	155.532	138.197	133.721	135.085
	ALTRE REGIONI	12.349	12.978	14.057	15.402	15.497	15.618	16.017	16.456
	ALTRO	1.131	1.048	1.349	1.535	1.276	1.345	1.307	1.231
	TOTALE	120.388	139.838	153.417	169.096	172.305	155.160	151.045	152.772
TOTALE COMPLESSIVO		410.087	405.120	402.359	408.171	408.629	387.505	376.855	375.215

Tab. 2.23 tassi di ospedalizzazione standardizzati anno 2008-

REGIME	TERRITORIO	TASSO OSPEDALIZZAZIONE PUBBLICO REGIONALE	TASSO OSPEDALIZZAZIONE PRIVATO REGIONALE	TASSO OSPEDALIZZAZIONE MOBILITA' PASSIVA	TASSO OSPEDALIZZAZIONE GLOBALE
ORDINARIO	ASL 1	98,9	0,3	16,3	115,5
	ASL 2	104,5	0,9	17,1	122,4
	ASL 3	103,1	1,2	11,4	115,7
	ASL 4	86,2	1,2	12,3	99,7
	ASL 5	82,6	1,8	28,1	112,5
DAY HOSPITAL MEDICO	LIGURIA	98,4	1,1	15,4	114,9
	ASL 1	46,0	0,0	2,4	48,4
	ASL 2	49,7	0,0	2,0	51,8
	ASL 3	57,5	0,1	1,2	58,8
	ASL 4	48,8	0,1	2,0	50,9
DAY HOSPITAL CHIRURGICO	ASL 5	26,8	0,0	8,1	35,0
	LIGURIA	49,6	0,1	2,5	52,2
	ASL 1	23,4	0,0	4,4	27,7
	ASL 2	26,5	0,0	5,6	32,1
	ASL 3	32,8	0,0	3,2	35,9
TUTTI	ASL 4	27,9	0,0	4,1	32,1
	ASL 5	25,7	2,8	15,5	44,0
	LIGURIA	29,0	0,4	5,5	34,9
	ASL 1	168,3	0,3	23,0	191,6
	ASL 2	180,7	0,9	24,7	206,3
TUTTI	ASL 3	193,3	1,3	15,8	210,4
	ASL 4	162,9	1,3	18,4	182,6
	ASL 5	135,1	4,6	51,7	191,5
	LIGURIA	177,0	1,5	23,5	202,0

Assistenza ambulatoriale

Dalla tabella 2.24 sottoriportata si rileva che nel 2008 sono state erogate complessivamente 27.387.595 prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui:

- 15.329.845 il cui accesso è avvenuto tramite il medico di base, pari al 55,97% delle prestazioni totali,
- 1.237.299 il cui accesso è avvenuto tramite il medico specialista, pari al 4,52% delle prestazioni totali,
- 550.784 con accesso diretto, pari al 2,01% delle prestazioni totali,
- 2.837.378 con accesso dal pronto soccorso, pari al 10,36% delle prestazioni totali,
- 500.256 con accesso dall'osservazione breve intensiva, pari al 1,84% delle prestazioni totali,
- 6.930.033 il cui accesso è avvenuto tramite guardia medica, inps, inail, pari al 25,30% delle prestazioni totali,

Tab. 2.24 specialistica ambulatoriale 2008 per branca di accesso-

branca	descrizione	canale di accesso						totale
		medico di base	medico specialista	accesso diretto	pronto soccorso	osservazione breve intensiva	guardia medica, inps, inail	
01	Anestesia	7.111	5.423	1.248	2		8.878	22.662
02	Cardiologia	256.402	17.017	5.836	611	4	77.676	357.546
03	Chirurgia generale	71.128	13.552	2.323	883		17.049	104.935
04	Chirurgia plastica	4.215	1.233	237	26		18.919	24.630
05	Chirurgia vascolare - Angiologia	47.181	3.835	247	213		17.223	68.699
06	Dermosifilopatia	95.751	18.821	2.559	36		34.883	152.050
07	Diagnostica per immagini - medicina nucleare	12.390	2.467	232			77.148	92.237
08	Diagnostica per immagini - radiologia diagnostica	832.559	44.423	10.770	9.341	102	237.020	1.134.215
09	Endocrinologia	35.166	15.802	163	63		6.616	57.810
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	38.535	4.641	1.439	69		33.810	78.494
11	Lab. Analisi chim.clin. e microb. - Microbiologia - Virologia - Anat. e ist. patol. - Genetica - Immunoemat. e Serv. trasfus.	10.230.905	543.766	329.741	11.492	1.647	4.746.647	15.864.198
12	Med. fisica e riabilit.- Rec. e riab. funz. motulesi e neurolesi	2.059.788	303.895	10.793	1.706		408.932	2.785.114
13	Nefrologia	267.623	22.944	8.439	3		144.585	443.594
14	Neurochirurgia	1.297	298	30			2.925	4.550
15	Neurologia	77.697	15.182	1.941	200		69.435	164.455
16	Oculistica	188.899	14.480	1.017	2.393	1	39.071	245.861
17	Odontostomat.-Chirurgia maxillo facciale	53.127	26.205	1.651	40		11.467	92.490
18	Oncologia	30.524	5.159	325	7		37.814	73.829
19	Ortopedia e traumatologia	101.693	15.405	3.231	16.407	7	31.127	167.870
20	Ostetricia e ginecologia	126.178	11.293	17.655	5.478	18	61.407	222.029
21	Otorinolaringoiatria	89.386	9.197	362	177		27.384	126.506
22	Pneumologia	48.377	3.855	116	482		16.496	69.326
23	Psichiatria	155.176	3.017	12.852	19		10.548	181.612
24	Radioterapia	104.242	33.086	1.230	1	1	64.645	203.205
25	Urologia	31.456	2.701	853	572	4	25.881	61.467
26	Altro	363.039	99.602	135.494	2.787.157	500.472	702.447	4.588.211
	totale	15.329.845	1.237.299	550.784	2.837.378	502.256	6.930.033	27.387.595

Analisi delle liste di attesa

Il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche è ritenuto di importanza prioritaria da parte della Giunta Regionale, costituisce infatti obiettivo dei Direttori Generali delle AASSLL ai sensi della DGR n. 208 del 26-2-2008 ad oggetto "Anno 2008. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie e agli Enti Equiparati. Direttivi ed obiettivi".

Le iniziative ritenute maggiormente idonee sono le seguenti:

1) Le Aziende territoriali devono attuare incisive misure per il Governo della domanda e il miglioramento della appropriatezza prescrittiva, anche attraverso accordi con MMG, documentandone periodicamente i risultati anche in sede di tavolo di monitoraggio.

2) L'Azienda deve rispettare le prescrizioni di carattere organizzativo di cui alla lettera A della DGR n. 1235/2007 (inserimento nel CUP di tutte le prestazioni, suddivisione delle agende tra prima visita e visite successive, divieto di chiusura delle prenotazioni, riduzione del "drop out").

3) Nell'anno 2008 è stato previsto il consolidamento, mediante misure di carattere prevalentemente strutturale, dei risultati conseguiti grazie alle iniziative straordinarie di potenziamento dell'offerta a suo tempo individuate con DGR n. 1235/2007, estensione di misure di carattere straordinario al fine di conseguire il contenimento dei tempi di attesa.

4) Le Aziende Sanitarie hanno predisposto dei piani di attività finalizzati a garantire i tempi di attesa delle prestazioni individuate entro il tempo stabilito.

5) Infine il monitoraggio costante e continuo è stato attuato utilizzando gli strumenti previsti dal Decreto del Direttore Generale n. 423 del 29-11-2007 ad oggetto: "Monitoraggio e verifica dell'applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1235/2007". Viene inoltre adottato anche un ulteriore indicatore, che consiste nella quantificazione del numero degli assistiti che ottengono la prescrizione entro 15,30,45,60 giorni dalla prenotazione, prevedendo una fase sperimentale di avvio dell'indicatore stesso al fine di determinare, con successivo provvedimento una soglia-obiettivo omogenea a livello regionale.

6) I risultati di tutto questo lavoro portano a dire che presso le AASSLL 1-2-4 la situazione è decisamente positiva sia per le visite che per la diagnostica e cioè le urgenze evase nei tempi previsti e le prestazioni programmate normalmente erogate entro i 30 giorni. Nella Area metropolitana genovese, ASL 3 e Aziende Ospedaliere mentre le risposte alle richieste di prestazioni di Diagnostica strumentale possono considerarsi soddisfacenti, ancora qualche difficoltà viene espressa sulle visite specialistiche, . Stesso discorso vale per la ASL 5, con qualche difficoltà anche in alcune prestazioni di diagnostica tradizionale.

2.1.7 QUADRO DELLA MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA

L'analisi della mobilità passiva presenta il fenomeno delle cosiddette "fughe", cioè delle prestazioni di ricovero che i cittadini liguri hanno richiesto ed ottenuto presso istituti di altre Regioni.

Nella tabella 2.25 è riportata la mobilità passiva della Liguria, riferita agli anni 2006, 2007 e 2008 per DRG ordinata in modo decrescente ed il trend degli anni 2007 e 2008 sempre in modo decrescente.

Dalla lettura delle prime venti righe si rileva che l'aumento delle "fughe", nell'anno 2008 rispetto all'anno 2007, è relativo soprattutto ad interventi di bassa complessità di cui tre con un aumento significativo ed esattamente:

- "Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino" aumento del 116% rispetto al 2007,
- "Interventi sui tessuti molli senza cc" aumento del 70% rispetto al 2007,
- "Decompressione del tunnel carpale" aumento del 59% rispetto al 2007,

fenomeni questi imputabili, probabilmente, all'offerta da parte di Istituti fuori regione di pacchetti multi servizi offerti per attirare clienti.

La dettagliata tabella in argomento rappresenta una situazione della mobilità passiva in Liguria non preoccupante in considerazione del fatto che le "fughe" relative ad interventi di alta complessità risultano molto contenute.

Tab. 2.25 trend della mobilità passiva dei ricoveri 2006-2008-

drg	descrizione	Comples- sità	casi 2006	casi 2007	casi 2008	trend 2007 2008
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	bassa	1.997	2.097	2.207	5%
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	bassa	2.272	2.099	1.945	-7%
209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	media	1.586	1.853	1.708	-8%
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	bassa	955	1.443	1.374	-5%
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	bassa	269	595	1.283	116%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	media	986	1.017	1.080	6%
223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	media	866	1.034	754	-27%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	bassa	604	655	689	5%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	bassa	316	483	565	17%
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	bassa	322	326	554	70%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	bassa	354	427	547	28%
225	INTERVENTI SUL PIEDE	media	382	407	506	24%
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	bassa	489	537	482	-10%
012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	media	512	478	481	1%
430	PSICOSI	bassa	440	476	473	-1%
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	bassa	172	471	467	-1%
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	bassa	261	293	467	59%
391	NEONATO NORMALE	bassa	434	399	447	12%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	bassa	345	377	396	5%
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	media	321	364	372	2%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	bassa	349	345	359	4%
040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17 ANNI	bassa	205	255	357	40%
462	RIABILITAZIONE	media	321	393	342	-13%
232	ARTROSCOPIA	bassa	145	190	331	74%

127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	media	336	333	331	-1%
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	bassa	302	322	324	1%
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	bassa	277	338	323	-4%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	288	343	321	-6%
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	bassa	343	346	318	-8%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	bassa	295	303	313	3%
219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERIO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	media	267	265	289	9%
297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	311	324	285	-12%
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	media	254	262	284	8%
500	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE SENZA CC	media	263	305	284	-7%
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	media	226	244	251	3%
518	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA SENZA INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA	media	236	231	251	9%
245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	bassa	453	338	240	-29%
014	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	media	214	215	240	12%
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	bassa	238	279	237	-15%
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	250	217	224	3%
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	media	248	240	223	-7%
517	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA	media	251	245	220	-10%
036	INTERVENTI SULLA RETINA	bassa	250	316	218	-31%
371	PARTO CESAREO SENZA CC	bassa	237	215	217	1%
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	bassa	247	229	214	-7%
053	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17 ANNI	media	154	170	195	15%
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	media	204	195	193	-1%
008	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	media	154	195	193	-1%
001	CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI, ECCETTO PER TRAUMATISMO	alta	159	184	193	5%
035	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	bassa	178	175	192	10%
088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	media	200	219	179	-18%
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	bassa	182	168	177	5%
498	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC	alta	58	150	175	17%
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	bassa	205	221	166	-25%
234	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	media	312	175	162	-7%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Investimenti

494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	media	163	179	160	-11%
124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	media	140	139	160	15%
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	media	214	155	157	1%
148	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	alta	136	136	151	11%
316	INSUFFICIENZA RENALE	media	171	131	136	4%
516	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON IMA	alta	128	123	132	7%
365	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	media	92	103	131	27%
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	bassa	127	126	129	2%
284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	bassa	137	124	126	2%
145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	bassa	148	149	126	-15%
104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO	alta	110	135	126	-7%
144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	media	168	142	125	-12%
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	bassa	120	103	123	19%
224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	bassa	118	138	121	-12%
323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	bassa	119	129	121	-6%
009	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	media	130	117	121	3%
249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	bassa	183	151	120	-21%
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	media	125	102	118	16%
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	media	94	99	117	18%
015	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	bassa	152	144	116	-19%
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	bassa	159	148	116	-22%
428	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	bassa	91	111	116	5%
298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18 ANNI	bassa	99	114	115	1%
339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17 ANNI	media	114	112	115	3%
491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	media	80	98	115	17%
169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	bassa	98	85	112	32%
211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	media	145	136	112	-18%
479	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	media	100	101	112	11%
202	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	media	99	97	111	14%
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	bassa	76	85	110	29%
131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	bassa	107	124	108	-13%
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	bassa	125	108	108	0%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

019	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	bassa	117	98	107	9%
522	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA SENZA CC	bassa	85	101	107	6%
369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	bassa	137	121	106	-12%
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	media	98	105	106	1%
288	INTERVENTI PER OBESITA'	media	136	105	106	1%
268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	media	147	131	103	-21%
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	media	101	108	103	-5%
523	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI SENZA TERAPIA RIABILITATIVA SENZA CC	bassa	92	86	102	19%
138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	bassa	83	72	99	38%
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17 ANNI	bassa	75	67	98	46%
005	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	media	120	111	98	-12%
063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	media	85	99	97	-2%
206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	bassa	106	75	95	27%
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18 ANNI	bassa	124	90	93	3%
013	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	bassa	110	88	93	6%
089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	88	92	93	1%
047	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	113	125	92	-26%
189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	115	86	91	6%
017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	bassa	79	89	91	2%
026	CONVULSIONI E CEFALIA ETA' < 18 ANNI	bassa	82	83	89	7%
254	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	87	75	89	19%
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	bassa	96	74	89	20%
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	media	68	69	88	28%
122	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE MAGGIORI, DIMESSI VIVI	media	74	92	87	-5%
004	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	alta	117	108	85	-21%
267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	bassa	16	60	84	40%
466	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	bassa	71	75	84	12%
296	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	100	117	84	-28%
016	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	media	73	96	84	-13%
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	media	65	67	83	24%
478	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	alta	77	80	82	3%
134	IPERTENSIONE	bassa	153	109	79	-28%
324	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	bassa	69	75	79	5%
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	bassa	88	102	79	-23%
236	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	bassa	93	89	79	-11%
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	alta	147	118	79	-33%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

160	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	67	77	78	1%
432	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	bassa	68	67	78	16%
116	IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON ALTRE PATOLOGIE	media	57	71	77	8%
299	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	media	84	83	76	-8%
240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	media	130	88	76	-14%
120	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	alta	56	63	75	19%
294	DIABETE ETA' > 35 ANNI	bassa	71	68	73	7%
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	media	71	102	73	-28%
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	bassa	84	69	72	4%
247	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	bassa	182	102	72	-29%
300	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	media	89	74	72	-3%
273	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	bassa	69	70	71	1%
034	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	media	52	67	70	4%
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	media	96	104	70	-33%
025	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	104	89	68	-24%
412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	bassa	46	45	68	51%
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	media	89	75	68	-9%
157	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	media	26	46	67	46%
303	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	alta	67	68	67	-1%
130	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	media	71	55	66	20%
205	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	media	59	59	66	12%
228	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	media	35	29	66	128%
140	ANGINA PECTORIS	bassa	72	56	65	16%
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 ANNI CON CC	bassa	57	82	65	-21%
204	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	media	41	41	65	59%
105	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO	alta	49	65	65	0%
332	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	69	67	64	-4%
056	RINOPLASTICA	bassa	107	73	64	-12%
179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	media	50	72	64	-11%
310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	media	59	45	64	42%
108	ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI	alta	51	33	64	94%
384	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	bassa	73	64	63	-2%
383	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	bassa	57	44	62	41%
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	bassa	85	97	61	-37%
110	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	alta	84	70	61	-13%

208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	bassa	57	49	60	22%
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	bassa	57	33	59	79%
109	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	alta	51	49	59	20%
475	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	alta	42	37	59	59%
133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	bassa	58	55	58	5%
143	DOLORE TORACICO	bassa	73	69	58	-16%
155	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	media	50	52	58	12%
132	ATEROSCLEROSI, CON CC	bassa	66	57	57	0%
483	TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO	alta	41	58	57	-2%
379	MINACCIA DI ABORTO	bassa	73	79	56	-29%
431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	bassa	62	64	56	-13%
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	bassa	55	64	55	-14%
356	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	bassa	62	50	55	10%
097	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	66	58	54	-7%
490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	media	61	49	54	10%
482	TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO	alta	35	44	54	23%
011	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	bassa	46	48	53	10%
111	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	alta	60	50	53	6%
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	alta	46	57	53	-7%
313	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	44	36	51	42%
497	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC	alta	11	37	51	38%
207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	media	35	46	50	9%
305	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNI SENZA CC	media	44	40	50	25%
174	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	media	35	50	49	-2%
167	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	bassa	46	43	48	12%
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	media	51	58	48	-17%
210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	36	54	48	-11%
107	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	alta	49	45	48	7%
041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18 ANNI	bassa	25	39	47	21%
142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	bassa	39	36	47	31%
090	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	55	47	47	0%
102	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	bassa	38	42	47	12%
154	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI CON CC	alta	41	48	47	-2%
515	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO	alta	36	39	47	21%
427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	bassa	30	36	46	28%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

398	DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	media	16	30	46	53%
433	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	bassa	27	30	45	50%
248	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	bassa	57	46	45	-2%
342	CIRCONCISIONE ETA' > 17 ANNI	bassa	46	56	45	-20%
181	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	bassa	45	45	43	-4%
024	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 ANNI CON CC	media	60	50	43	-14%
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	media	33	37	43	16%
230	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	media	35	30	43	43%
029	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	41	56	42	-25%
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	media	47	43	42	-2%
520	ARTRODESI CERVICALE SENZA CC	media	20	49	42	-14%
400	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	alta	50	48	42	-13%
281	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	36	44	41	-7%
349	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	bassa	37	54	41	-24%
347	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	bassa	47	39	40	3%
309	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	media	34	30	40	33%
315	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	media	36	49	40	-18%
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	media	36	45	40	-11%
259	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	bassa	48	44	39	-11%
049	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	media	35	32	39	22%
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	alta	25	22	39	77%
244	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	bassa	63	53	38	-28%
121	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO E COMPLICANZE MAGGIORI, DIMESSI VIVI	media	41	37	38	3%
286	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	media	24	27	38	41%
416	SETTICEMIA, ETA' > 17 ANNI	media	39	45	38	-16%
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	alta	40	48	38	-21%
100	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	bassa	36	24	37	54%
098	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18 ANNI	bassa	41	35	37	6%
070	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18 ANNI	bassa	43	38	36	-5%
397	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	media	35	26	36	38%
118	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	media	33	35	36	3%
217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO	alta	47	61	36	-41%
321	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	30	42	35	-17%
059	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	bassa	40	41	35	-15%
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	media	28	17	35	106%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

304	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	alta	33	27	35	30%
101	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	bassa	21	28	34	21%
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	bassa	23	24	34	42%
341	INTERVENTI SUL PENE	media	50	50	34	-32%
409	RADIOTERAPIA	media	58	42	34	-19%
192	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	media	34	33	34	3%
423	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	media	36	29	34	17%
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	alta	36	37	34	-8%
175	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	bassa	37	41	33	-20%
422	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18 ANNI	bassa	23	27	33	22%
465	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	bassa	19	28	33	18%
023	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	bassa	45	28	33	18%
399	DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	bassa	35	36	33	-8%
085	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	media	23	32	33	3%
092	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	media	52	45	33	-27%
414	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	bassa	35	22	32	45%
425	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	bassa	35	43	32	-26%
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	media	26	24	32	33%
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	media	26	24	32	33%
065	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	bassa	41	39	31	-21%
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	bassa	36	32	31	-3%
188	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	29	32	31	-3%
135	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	30	34	30	-12%
091	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18 ANNI	bassa	20	36	29	-19%
350	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	bassa	19	18	29	61%
037	INTERVENTI SULL'ORBITA	media	13	21	29	38%
045	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	bassa	26	39	28	-28%
320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	29	19	28	47%
521	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC	bassa	42	43	28	-35%
331	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	27	29	28	-3%
415	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	alta	17	20	28	40%
220	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18 ANNI	bassa	23	27	27	0%
099	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	bassa	16	19	27	42%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

078	EMBOLIA POLMONARE	media	35	36	27	-25%
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	media	20	20	27	35%
216	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	alta	59	60	27	-55%
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	alta	29	20	27	35%
038	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	bassa	18	25	26	4%
136	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	27	43	26	-40%
283	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	bassa	15	11	26	136%
450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	28	21	26	24%
096	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	12	20	26	30%
289	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	media	22	22	26	18%
426	NEVROSI DEPRESSIVE	bassa	27	39	25	-36%
453	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	bassa	31	36	25	-31%
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	media	24	17	25	47%
151	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	media	20	24	24	0%
161	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	32	28	24	-14%
180	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	media	22	27	24	-11%
079	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	35	31	24	-23%
334	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	media	28	21	24	14%
394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	media	36	27	24	-11%
493	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	media	33	24	24	0%
380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	bassa	17	17	23	35%
171	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	media	19	14	23	64%
388	PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	media	19	25	23	-8%
032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	21	15	22	47%
447	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17 ANNI	bassa	19	23	22	-4%
050	SIALOADENECTOMIA	bassa	21	17	22	29%
487	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	media	15	18	22	22%
095	PNEUMOTORACE, SENZA CC	bassa	4	6	21	250%
187	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	bassa	19	32	21	-34%
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18 ANNI	bassa	18	21	21	0%
420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	23	18	21	17%
093	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	bassa	19	30	21	-30%
363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	bassa	32	31	21	-32%
147	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	media	15	12	21	75%
218	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	19	26	21	-19%
113	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	alta	22	18	21	17%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

115	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK, O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	alta	24	19	21	11%
030	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18 ANNI	bassa	16	9	20	122%
069	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	22	32	20	-38%
251	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	30	30	20	-33%
421	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI	bassa	13	14	20	43%
165	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	media	14	14	20	43%
278	CELLULITE ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	30	30	19	-37%
141	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	bassa	13	25	19	-24%
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	bassa	18	15	19	27%
027	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	media	17	12	19	58%
271	ULCERE DELLA PELLE	media	26	31	19	-39%
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	media	24	17	19	12%
370	PARTO CESAREO CON CC	media	27	17	19	12%
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	media	21	24	19	-21%
514	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO	alta	26	23	19	-17%
326	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	22	15	18	20%
048	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18 ANNI	bassa	9	13	18	38%
295	DIABETE ETA' < 36 ANNI	bassa	23	28	18	-36%
333	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI	bassa	21	30	18	-40%
190	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	media	14	16	18	13%
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	media	16	25	18	-28%
233	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	media	14	16	18	13%
020	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	alta	15	24	18	-25%
322	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI	bassa	14	10	17	70%
445	TRAUMATISMI, ETA' > 17 ANNI, SENZA CC	bassa	19	18	17	-6%
464	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	bassa	14	14	17	21%
419	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	10	9	17	89%
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	media	27	22	17	-23%
153	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	media	9	12	17	42%
146	RESEZIONE RETTALE, CON CC	alta	17	15	17	13%
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	alta	13	5	17	240%
319	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	bassa	19	20	16	-20%
372	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	bassa	17	10	16	60%
072	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	bassa	24	20	16	-20%
128	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	bassa	12	20	16	-20%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17 ANNI	bassa	13	30	16	-47%
114	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	media	12	12	16	33%
385	NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	media	18	16	16	0%
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17 ANNI	alta	28	7	16	129%
033	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18 ANNI	bassa	21	19	15	-21%
084	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	bassa	21	16	15	-6%
382	FALSO TRAVAGLIO	bassa	10	12	15	25%
451	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18 ANNI	bassa	16	11	15	36%
378	GRAVIDANZA ECTOPICA	bassa	5	11	15	36%
198	COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	media	8	18	15	-17%
028	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	11	12	15	25%
002	CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI, PER TRAUMATISMO	alta	19	11	15	36%
193	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	alta	8	12	15	25%
471	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	alta	18	22	15	-32%
282	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' < 18 ANNI	bassa	16	17	14	-18%
054	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18 ANNI	bassa	19	20	14	-30%
074	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18 ANNI	bassa	32	17	14	-18%
246	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	bassa	8	13	14	8%
352	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	bassa	23	14	14	0%
018	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	media	19	20	14	-30%
061	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17 ANNI	media	20	19	14	-26%
159	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	9	6	14	133%
489	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	media	19	18	14	-22%
255	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18 ANNI	bassa	18	16	13	-19%
367	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	bassa	10	17	13	-24%
044	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	bassa	11	6	13	117%
277	CELLULITE ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	12	9	13	44%
355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	media	14	28	13	-54%
366	NEOPLASIE MALIGNI APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	media	8	11	13	18%
368	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	media	11	14	13	-7%
226	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	media	12	20	13	-35%
413	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	media	16	22	13	-41%
406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	alta	20	17	13	-24%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

186	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18 ANNI	bassa	20	16	12	-25%
252	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' < 18 ANNI	bassa	18	10	12	20%
446	TRAUMATISMI, ETA' < 18 ANNI	bassa	10	16	12	-25%
212	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI	bassa	21	12	12	0%
235	FRATTURE DEL FEMORE	bassa	8	5	12	140%
280	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	5	14	12	-14%
463	SEGNI E SINTOMI CON CC	bassa	23	14	12	-14%
094	PNEUMOTORACE, CON CC	media	5	11	12	9%
272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	media	21	11	12	9%
440	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	media	10	9	12	33%
007	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	alta	20	12	12	0%
022	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	media	5	7	11	57%
117	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	media	11	6	11	83%
418	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	media	11	8	11	38%
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	alta	21	16	11	-31%
302	TRAPIANTO RENALE	alta	2	7	11	57%
066	EPISTASSI	bassa	6	5	10	100%
276	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	bassa	27	8	10	25%
086	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	bassa	10	15	10	-33%
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	bassa	10	9	10	11%
374	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	bassa	17	11	10	-9%
168	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	media	6	14	10	-29%
242	ARTRITE SETTICA	media	4	6	10	67%
264	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	media	21	30	10	-67%
293	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	media	7	5	10	100%
238	OSTEOMIELITE	media	16	20	10	-50%
200	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	alta	17	19	10	-47%
387	PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	alta	11	10	10	0%
362	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	bassa	2	3	9	200%
470	NON ATTRIBIBILE AD ALTRO DRG	bassa	4	15	9	-40%
052	RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	bassa	11	16	9	-44%
444	TRAUMATISMI, ETA' > 17 ANNI, CON CC	bassa	4	3	9	200%
080	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	media	22	17	9	-47%
129	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	media	6	2	9	350%
344	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	media	9	11	9	-18%
346	NEOPLASIE MALIGNI APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	media	14	12	9	-25%
213	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	media	11	7	9	29%
199	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	alta	19	16	9	-44%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

424	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	alta	17	13	9	-31%
058	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEP TO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' < 18 ANNI	bassa	5	6	8	33%
325	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	6	9	8	-11%
051	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCEP TO SIALOADENECTOMIA	bassa	6	8	8	0%
137	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18 ANNI	bassa	5	7	8	14%
511	USTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	bassa	7	10	8	-20%
123	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	media	10	9	8	-11%
499	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEP TO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC	media	10	7	8	14%
150	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	alta	6	16	8	-50%
197	COLECISTECTOMIA ECCEP TO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	alta	6	7	8	14%
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	alta	16	13	8	-38%
401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	alta	5	8	8	0%
062	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18 ANNI	bassa	8	13	7	-46%
178	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	bassa	4	3	7	133%
448	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18 ANNI	bassa	10	10	7	-30%
469	DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	bassa	4	2	7	250%
176	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	media	12	9	7	-22%
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	media	19	19	7	-63%
312	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	7	4	7	75%
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	media	6	4	7	75%
345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEP TO PER NEOPLASIE MALIGNI	media	7	5	7	40%
441	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	media	6	14	7	-50%
263	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	media	4	12	7	-42%
377	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	media	6	6	7	17%
439	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	media	7	9	7	-22%
201	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	alta	1	2	7	250%
480	TRAPIANTO DI FEGATO	alta	7	7	7	0%
486	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	alta	8	5	7	40%
163	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18 ANNI	bassa	8	4	6	50%
329	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	bassa	5	9	6	-33%
046	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	6	10	6	-40%
083	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	media	14	13	6	-54%
103	TRAPIANTO CARDIACO	alta	8	6	6	0%
392	SPLENECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	alta	4	4	6	50%
442	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	alta	17	13	6	-54%
485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	alta	3	2	6	200%

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociale
Settore Investimenti

492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	alta	13	7	6	-14%
237	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	bassa	2	6	5	-17%
307	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	bassa	5	15	5	-67%
343	CIRCONCISIONE ETA' < 18 ANNI	bassa	6	13	5	-62%
376	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	bassa	8	3	5	67%
253	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	17	3	5	67%
452	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	media	8	4	5	25%
003	CRANIOTOMIA ETA' < 18 ANNI	media	8	5	5	0%
166	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	media	3	2	5	150%
194	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	media	7	5	5	0%
308	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	media	11	7	5	-29%
164	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	alta	3	2	5	150%
292	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	alta	3	4	5	25%
043	IFEMA	bassa	2	4	4	0%
317	RICOVERO PER DIALISI RENALE	bassa	5	3	4	33%
327	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI	bassa	8	1	4	300%
449	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	9	8	4	-50%
057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' >17 ANNI	media	10	11	4	-64%
306	PROSTATECTOMIA, CON CC	media	4	4	4	0%
152	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	media	6	6	4	-33%
285	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	media	4	7	4	-43%
291	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	bassa	3	2	3	50%
314	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18 ANNI	bassa		5	3	-40%
455	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	bassa	4	7	3	-57%
068	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	3	1	3	200%
250	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	4	2	3	50%
509	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE SENZA INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	bassa	2	2	3	50%
196	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	media	1	4	3	-25%
354	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	media	3	4	3	-25%
405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI	media	4	2	3	50%
106	BYPASS CORONARICO CON PTCA	alta	2	2	3	50%
126	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	alta	7	6	3	-50%

195	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	alta	5	2	3	50%
071	LARINGOTRACHEITE	bassa	2	1	2	100%
156	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18 ANNI	bassa	5		2	
328	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	bassa	4	1	2	100%
454	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	bassa	2	1	2	100%
177	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	media	1	5	2	-60%
396	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18 ANNI	media	7	7	2	-71%
417	SETTICEMIA, ETA' < 18 ANNI	media	5		2	
081	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18 ANNI	media	4	1	2	100%
287	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	media	4	10	2	-80%
502	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE SENZA CC	media		2	2	0%
507	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	media	1	2	2	0%
488	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	alta	15	2	2	0%
495	TRAPIANTO DI POLMONE	alta	2	2	2	0%
519	ARTRODESI CERVICALE CON CC	alta		1	2	100%
279	CELLULITE ETA' < 18 ANNI	bassa	1	4	1	-75%
348	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	bassa	3	8	1	-88%
484	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	alta	1	1	1	0%
496	ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO	alta		1	1	0%
067	EPIGLOTTITE	bassa		1		-100%
031	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	media	3	4		-100%
393	SPLENECTOMIA, ETA' < 18 ANNI	media	1	1		-100%
021	MENINGITE VIRALE	media		1		-100%
510	USTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	media		2		-100%
476	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	alta	1			
504	USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE	alta		1		-100%
506	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	alta		2		-100%
512	TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE	alta	1	2		-100%

2.1.8 OFFERTA ANTE OPERAM

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

- la composizione della dotazione organica dei posti letto per acuti e per riabilitazione ha subito delle rilevanti variazioni nel quinquennio 2002-2007, avvicinandosi ai parametri nazionali vigenti; i posti letto per acuti

sono passati da 9.727 registrati nel 1996 a 6.239 nel 2007 (con un indice di 3,87 pl per 1.000 abitanti), i posti letto di riabilitazione/cure intermedie sono passati da 261 rilevati nel 1996 a 692 nel 2007 (con un indice di 0,43 pl per 1.000 abitanti);

- i ricoveri ordinari per acuti sono correlati a un'attività sempre più rivolta verso la medio-alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa. Questo andamento è evidenziato soprattutto dalla riduzione dei ricoveri ordinari con contestuale abbattimento dei valori assoluti e in percentuale per le fasce 0 e 00 (prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di ricovero ordinario); nel 2006 sono stati registrati 223.916 ricoveri, 4.323 in meno rispetto al 2005;
- tale effetto è legato allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e, a partire dal 2006, dei P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).

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

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

Alle sopra evidenziate criticità strutturali si aggiungono le criticità di tipo sociale, in particolare:

- il disagio e le difficoltà per le popolazioni locali, manifestate attraverso le istanze presentate dalle Conferenze dei sindaci, 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;
- 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;
- l'opposizione alla razionalizzazione della rete ospedaliera, inoltre, deriva anche da non condivisibili atteggiamenti culturali che continuano a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni della popolazione, senza valutare che l'attuale epidemiologia ligure è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliero e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

La Regione ha programmato di superare le criticità strutturali degli stabilimenti ospedalieri liguri, sopra evidenziate, attraverso una operazione, a medio-lungo termine, di modernizzazione del parco ospedaliero, di cui alla deliberazione consiliare n. 34/2007 (*"Programma strategico. Modernizzazione del Parco ospedaliero regionale: Legge 67/1988 art. 20: aggiornamento elenco interventi nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2007"*), che prevede la costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di quelli esistenti.

Detta manovra (già evidenziata fra gli obiettivi generali indicati al precedente punto 1.4), confermata con successiva deliberazione consiliare n. 8/2008 (*"Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova edificazione di alcune aziende sanitarie"*), prevede la realizzazione di cinque nuovi ospedali non più rispondenti, e non adeguabili, alle moderne organizzazioni e gestioni ospedaliere:

- costruzione del nuovo presidio sede di DEA di 2° livello, a La Spezia in sostituzione degli ospedali S. Andrea e Felettino;
- costruzione di un nuovo ospedale, sede di DEA di 1° livello, in sostituzione di tutti i presidi attivi nell'area interessata (ospedali di: Voltri, Sestri P., Villa Scassi, Pontedecimo) al fine di ridurre i posti letto di degenza ordinaria a ciclo continuativo e superare la loro frammentazione in molti piccoli ospedali;
- costruzione di un secondo monoblocco all'interno dell'A.O.U.S. Martino;
- costruzione di un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del Ponente ligure in sostituzione dei presidi di Imperia e Sanremo;
- costruzione del nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell'attuale struttura storica monumentale.

Il Servizio offerto -

Tab. 2.26 confronto per tipologia di ricovero anni 2006-2007-

TIPOLOGIA DI RICOVERO	anno 2006	anno 2007	delta
ordinario chirurgico	72.682	70.156	-3,5%
ordinario medico	150.513	145.467	-3,4%
DH chirurgico/daysurgery	64.933	63.607	-2,0%
DH medico	88.183	84.014	-4,7%
riabilitazione	9.150	9.968	8,9%
DH riabilitazione	2.044	2.014	-1,5%

Tab. 2.27 confronto per provenienza anni 2006-2007-

PROVENIENZA	anno 2006	anno 2007	delta
LIGURIA	341.963	330.775	-3,3%
ALTRE REGIONI	40.784	39.844	-2,3%
ALTRO	4.758	4.607	-3,2%

Tab. 2.28 confronto per fascia d'età anni 2006-2007-

FASCIA ETA'	anno 2006	anno 2007	delta
0-14 aa	22.638	21.147	-6,6%
15-44 aa	35.551	33.708	-5,2%
45-64 aa	39.988	38.755	-3,1%
65-84 aa	84.008	80.598	-4,1%
>85 aa	20.785	21.236	2,2%

n.b.: solo ordinari per acuti escluso parti e neonato sano

Tab. 2.29 confronto per gruppo drg anni 2006-2007-

GRUPPO DRG	anno 2006	anno 2007	delta
F00 - peso <=0,65 & DRG "LEA"	14.774	13.827	-6,4%
F0 - peso <=0,65 o DRG "LEA"	35.370	33.884	-4,2%
F1 - peso >0,65 e <=0,88	38.499	36.746	-4,6%
F2 - peso >0,88 e <=1,36	57.859	55.189	-4,6%
F3 - peso >1,36 e <=2,27	38.391	38.278	-0,3%
F4 - peso >2,27	18.077	17.520	-3,1%
NEONATO SANO	8.290	8.305	0,2%
PARTO	11.935	11.874	-0,5%

n.b.: solo ordinari per acuti

Tab. 2.30 confronto per durata della degenza anni 2006-2007-

MDC	DESCRIZIONE	casi		degenza media		delta	delta
		anno 2006	anno 2007	anno 2006	anno 2007	casi	d.m.
N.D.	DRG ASPECIFICI O ERRATI	514	484	13,5	12,0	-5,8%	10,7%
01	SISTEMA NERVOSO	20.982	20.554	9,8	9,5	-2,0%	-2,9%
02	PATOLOGIA OCULISTICA	2.805	2.589	4,3	4,3	-7,7%	-0,2%
03	PATOLOGIA ORL	5.259	4.763	5,2	4,8	-9,4%	-7,4%
04	SISTEMA RESPIRATORIO	19.866	19.785	10,3	10,3	-0,4%	0,0%
05	SISTEMA CIRCOLATORIO	30.183	28.722	8,0	8,0	-4,8%	0,4%
06	SISTEMA DIGESTIVO	20.757	19.953	8,7	8,6	-3,9%	-1,4%
07	SISTEMA EPATOBILIARE	10.465	9.931	9,6	9,7	-5,1%	0,7%
08	MUSCOLOSCHEL. E CONNETTIVO	24.360	23.349	9,1	9,2	-4,2%	0,8%
09	SOTTOCUTANEO E MAMMELLA	5.964	5.216	7,0	7,0	12,5%	-0,4%
10	ENDOCRINO, NUTRIZ. E METAB.	4.482	4.214	6,5	6,4	-6,0%	-1,3%
11	RENE E VIE URINARIE	13.756	13.498	8,2	8,3	-1,9%	1,2%
12	RIPRODUTTIVO MASCHILE	3.574	3.280	7,3	7,0	-8,2%	-3,7%
13	RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.755	5.740	5,5	5,6	-0,3%	1,1%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	16.249	16.261	4,1	4,1	0,1%	1,1%
15	NEONATI	11.663	11.693	4,4	4,4	0,3%	0,8%
16	EMOPOIETICO E IMMUNITARIO	2.502	2.504	9,6	9,6	0,1%	-0,6%
17	TUMORI SCARS.DIFF. E MIELOPROL	5.225	4.937	10,0	10,2	-5,5%	2,4%
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASS.	3.083	3.108	10,8	11,6	0,8%	7,4%
19	MALATTIE E DISORDINI MENTALI	8.541	8.278	12,3	12,1	-3,1%	-1,2%
20	ABUSO ALCOOL E FARMACI	1.002	858	6,0	7,1	14,4%	18,5%
21	TRAUMAT. E AVVELENAMENTI	1.912	1.729	7,7	7,6	-9,6%	-0,7%
22	USTIONI	371	314	16,3	17,8	15,4%	9,0%
23	FATTORI ASPECIFICI	1.873	2.001	5,5	5,3	6,8%	-2,1%
24	TRAUMI MULTIPLI RILEVANTI	420	372	16,2	16,6	11,4%	2,4%
25	INFEZIONI DA HIV	616	597	14,9	15,0	-3,1%	0,5%
PR	PRE-MDC	1.016	893	36,7	38,7	12,1%	5,5%
TOTALE		223.195	215.623	8,4	8,3	-3,4%	-0,3%

n.b.: solo ordinari per acuti; la degenza media è calcolata escludendo i ricoveri di 1 giorno

Tab. 2.31 confronto drg/pac anni 2006-2007-

DRG DESCRIZIONE	anno 2005			anno 2006			anno 2007		
	DRG	DRG	%PAC	DRG	PAC	%PAC	DRG	PAC	%PAC
006 DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.310	710	1.673	582	70,2%	1.792	75,5%		
039 INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	15.224	3.007	11.757	1.436	79,6%	12.657	89,8%		
MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	2.623	2.281			0,0%	487	25,3%		
119 LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.300	3.019			0,0%	194	6,4%		
133 ATROSCLEROSI, SENZA CC	945	439	294	40,1%	225	35,8%			
134 IPERTENSIONE	2.483	848	1.075	55,9%	811	60,1%			
142 SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	947	612	166	21,3%	196	24,3%			
INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.433	2.840	640	18,4%	2.776	19,8%			
294 DIABETE ETA' > 35 ANNI	2.808	859	1.391	61,8%	641	69,0%			
342 CIRCONCISIONE ETA' > 17 ANNI	764	249	512	67,3%	186	71,9%			
TOTALI	34.837	14.864	17.508	54,1%	11.742	19.363	62,3%		

Tab. 2.32 confronto posti letto per acuti anni 2002-2005-2007-

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

Nel periodo 2002/2007 i posti letto per acuti sono diminuiti del 18%

Tab. 2.33 confronto posti letto riabilitazione anni 2002-2005-2007-

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

I posti letto di riabilitazione sono aumentati di quasi il 70% (periodo 2002-2007)

Tab. 2.34 indici posti letto per 1000 abitanti - acuti e riabilitazione - aprile 2007-

Popolazione 31/12/2005	Posti letto acuti (aprile 2007)		Posti letto acuti al termine del triennio (1)		Posti letto riabilitazione/cure intermedie (aprile 2007)		Posti letto riabilitazione/cure intermedie al termine del triennio (1)	
	numero letti	indice	numero letti	indice	numero letti	indice	numero letti	indice
TOTALE REGIONE	1.610.134	6.239	3,87	3,78	6.086	0,43	692	0,90

p.l. acuti da convertire: 153

p.l. riabilitazione da attivare: 756

I posti letto per acuti sono il 3.8 per mille, e quelli di riabilitazione lo 0.43 per mille. All'interno dei posti letto per acuti si dovrà programmare un riequilibrio che porti a diminuire il numero complessivo dei day hospital rispetto ai letti ordinari (più per le specialità mediche che chirurgiche ove invece si dovrà operare il meccanismo inverso dai letti ordinari alla day surgery) operando uno spostamento dalle attività di day hospital diagnostico verso i percorsi ambulatoriali complessi e progetti sperimentali di "day service", prendendo spunto da analoghe esperienze già realizzate in altre regioni.

Tab. 2.35 Personale in servizio nel Sistema Sanitario Regionale in ruolo per ASL e aziende ospedaliere Anno 2008-

Aziende	Dirigenza Medico PTA	Personale Infermieristico	Personale tecnico Riabilitativo	Ausiliari	Amministrativi	Altro personale	Totale
001 ASL IMPERIESE	478	1.124	232	35	235	528	2.632
002 ASL SAVONESE	523	1.208	317	52	309	550	2.959
003 ASL GENOVESE	782	1.522	388	115	634	921	4.362
004 ASL CHIAVARESE	369	737	153	108	197	246	1.810
005 ASL SPEZZINO	464	1.038	203	31	256	260	2.252
025 GALLIERA	361	614	167	82	210	262	1.696
051 EVANGELICO	53	100	18	37	36	50	294
910 S.CORONA	256	582	133	60	136	242	1.409
920 VILLA SCASSI	280	577	118	5	123	181	1.284
930 S.MARTINO	944	2.036	347	133	401	723	4.584
940 GASLINI	303	814	134	20	101	297	1.669
950 I.S.T.	178	126	70	1	76	64	515
TOTALE REGIONE	4.991	10.478	2.280	679	2.714	4.324	25.466

Attuale organizzazione sanitaria regionale -

Una strategia di piano orientata verso lo sviluppo di sistemi a rete per l'erogazione di servizi socio sanitari 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, richiede la cooperazione dei soggetti erogatori 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, il Consiglio regionale, con deliberazione n. 8/2008, ha rivisto le competenze territoriali Aziendali ed ha ritenuto necessario disporre che:

- a) l'Azienda ospedaliera S. Corona confluisca nell'Azienda sanitaria locale n.2;
- b) l'Azienda Ospedaliera "Villa Scassi" confluisca nell'Azienda sanitaria locale n.3;
- c) all'interno delle aree di competenza delle ASL 1,2,3,4 e 5 l'area ospedaliera sia organizzata in presidi ospedalieri unici con l'eccezione della ASL n.2 in cui permangono due presidi ospedalieri.

In particolare:

- 1) per l'area dell'ASL 1 "Imperiese" sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio composto dagli stabilimenti dell'Ospedale S. Charles di Bordighera, dall'Ospedale di Sanremo e dall'Ospedale Città di Imperia;
- 2) 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;
- 3) 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 Arenano;

- 4) 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;
- 5) 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 l'Ospedale S. Bartolomeo di Sarzana.

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

Tab. 2.36 -

COMPETENZE TERRITORIALI		PRESIDI OSPEDALIERI
AREA DEL PONENTE	ASL 1 Imperiese	Presidio Ospedaliero dell'ASL 1 "imperiese" composto dagli ospedali di Bordighera, Sanremo ed Imperia.
	ASL 2 Savonese	Presidio S. Paolo di Savona/Cairo Montenotte formato dagli Ospedali S. Paolo di Savona e di Cairo Montenotte. Presidio del Ponente Ligure composto dagli Ospedali di S. M. di Misericordia di Albenga e S. Corona di Pietra L.
AREA METROPOLITANA	ASL 3 Genovese	Presidio Ospedaliero del Ponente Metropolitano composto dagli ospedali S. Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri P., Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo, la Colletta di Arenzano.
		Ospedale San Martino.
		Istituto Nazionale per la Ricerca sul cancro (IST)
		Ospedale Galliera
		Ospedale Evangelico Internazionale
AREA DI LEVANTE	ASL 4 Chiavarese	Presidio Ospedaliero dell'ASL 4 composto dalle strutture ospedaliere di Recco, Rapallo, Lavagna e Sestri Levante.
	ASL 5 Spezzino	Presidio dell'ASL 5 composto dalle strutture ospedaliere di: Sant'Andrea e Filettino di La Spezia, S. Bartolomeo di Sarzana

Al termine del triennio di riferimento della citata dCr n. 8/2008, la configurazione della rete ospedaliera ligure dovrà corrispondere al quadro di riferimento, nelle tre aree ottimali e nei presidi ospedalieri, sopra rappresentato.

I servizi sociosanitari in Liguria fanno riferimento ad una organizzazione in Distretti che è conseguente alle leggi regionali:

- del 24 maggio 2006 n. 12 " *Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari* ",
- del 7 dicembre 2006 n. 41 " *Riordino del servizio sanitario regionale* ",

che disciplinano rispettivamente l'organizzazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari, facendo convergere nel Distretto tutta la materia delle cure primarie e dell'integrazione sociosanitaria.

La Liguria, dopo il Veneto, è l'unica Regione italiana ad aver regolamentato i Distretti Sociosanitari, superando la dicotomia Distretto Sanitario/Zona Sociale.

La Giunta regionale, con deliberazione n. 1662 del 16.12.2008 " *Indirizzi alle Aziende Sanitarie per il riordino delle attività sanitarie distrettuali ai sensi dell'art. 39 della legge regionale n.41/2006* ", ha completato le indicazioni per l'organizzazione distrettuale.

L'impostazione data alle attività distrettuali, oltre che semplificare sul piano amministrativo e programmatico le sinergie tra il settore sanitario e quello sociale, consente oggi, e ancora di più lo farà nel futuro, quando sarà consolidata l'operatività integrata tra sistema delle Aziende sanitarie e dei Comuni - di rispondere in maniera corretta ed efficace ai bisogni complessi dei cittadini fragili (anziani, disabili, minori e persone con problemi ricorrenti di assistenza: dai malati oncologici ai portatori di patologie croniche, etc), provvedendo all'accoglienza tramite Punti Unici di Accesso e Sportelli Integrati, alla valutazione multidimensionale, ai piani di assistenza individualizzati.

La struttura organizzativa distrettuale consente di usare in maniera oculata anche le risorse umane e finanziarie, integrando l'offerta pubblica con quella del Terzo Settore, del privato (strutture accreditate) e del Volontariato, in modo da proporre al cittadino risposte sul piano della salute e dell'assistenza alla persona, anche in termini di supporto alla famiglia.

Il Consiglio regionale con deliberazione n. 8 del 28.02.2008, come già rappresentato nei paragrafi precedenti, ha approvato il complessivo riordino della rete ospedaliera ed ha ritenuto necessario riordinare e potenziare anche i servizi territoriali, definendo con maggiore puntualità le competenze sanitarie all'interno dei Distretti sociosanitari, ai sensi dell'articolo 33 della l.r. 41/2006 e s.m.i., valorizzandone anche l'integrazione e il collegamento con la rete ospedaliera.

In particolare la funzione del Distretto consiste nel governo della domanda di salute della popolazione di riferimento e in un'organizzazione tale da assicurare la gestione diretta e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria individuati dal PSIR 2007/2010 e dai programmi del Ministero della Salute sui livelli di assistenza Distrettuale, quali la medicina generale e la pediatria di libera scelta, l'assistenza specialistica, protesica e integrativa, l'assistenza domiciliare, avvalendosi anche dell'apporto delle comunità locali e degli organismi di rappresentanza dei cittadini.

Il Distretto sociosanitario rappresenta la sede di governo e di erogazione delle prestazioni relative alle cure primarie in termini di semplificazione e di integrazione territoriale delle diverse Unità di Offerta ed in tal senso, le Aziende sanitarie hanno collocato, oltre che le attività di medicina generale e pediatrica, tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali, da integrare con quelle ospedaliere, quali:

- gli interventi a favore dello sviluppo dei minori, di tutela della maternità e del nucleo familiare;
- le cure domiciliari;

- gli interventi per la cura e la riabilitazione degli stati di disabilità;
- l'erogazione delle prestazioni proteiche e di carattere integrativo;
- l'erogazione delle prestazioni integrate sociosanitarie, con particolare riferimento alle misure per la non autosufficienza, alla valutazione multidimensionale, alla elaborazione del piano individualizzato, alla individuazione del case manager e alle verifiche degli outcomes;
- collegamenti funzionali con le équipes distrettuali della Salute mentale e delle Dipendenze e del Dipartimento di Prevenzione (per quanto attiene i servizi alla persona);
- accesso e avvio alla residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, a favore di anziani e disabili;
- l'erogazione diretta dei farmaci.

Nella tabella che segue vengono riportate, sinteticamente, le informazioni sull'attività distrettuale in Liguria.

AA.SS.LL.	DISTRETTI	COMUNI INTERESSATI	PREVENZIONE	CURE PRIMARIE		N. CURE DOMICILIARI (*)		NUMERO FARMACIE	PUNTI CUP	NUMERO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI						
				Medici medicina generale	Pediatrici libera scelta	Medici	Domestici			ANZIANI	DISABILI	SOGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE	TOSSICO-DIPENDENTI	SOGETTI CON PROBLEMI PSICO/SOCIALI	ANZIANI DISABILI	
ASL 1 IMPERIESE	N. 1 VENTIMIGLIESE	17	(*)	49 8,3/10.000 ab.	7 1,0/1.000 ab. < 14 anni	926		23	4	8	3	2	1	3	1	
	N. 2 SANREMESE	15	(*)	68 7,9/10.000 ab.	8 0,8/1.000 ab. < 14 anni	1.011		26	10	10	2	7	-	-	-	
	N. 3 IMPERIESE	35	(*)	55 7,5/10.000 ab.	8 0,9/1.000 ab. < 14 anni	1.506		28	7	13	4	3	1	4	1	
	N. 4 ALBENGAIESE	20	(*)	48 7,8/10.000 ab.	6 0,8/1.000 ab. < 14 anni	3.311		22	3	11	4	1	-	1	-	
	N. 5 FINALESE	16	(*)	46 8,1/10.000 ab.	6 1,0/1.000 ab. < 14 anni	2.309		24	3	10	5	2	-	1	-	
	N. 6 BORIVIDE	19	(*)	35 8,6/10.000 ab.	3 0,7/1.000 ab. < 14 anni	1.213		24	4	9	2	4	3	2	-	
	N. 7 SAVONESE	14	(*)	106 8,4/10.000 ab.	11 0,8/1.000 ab. < 14 anni	7.805		45	9	25	11	8	1	3	2	
	N. 8 CE - PONENTE	7-delegazioni di Ge-Torreme		74 7,9/10.000 ab.	10 0,9/1.000 ab. < 14 anni	1.047 (x)		26	9	22	5	5	-	-	-	
	N. 9 CE-MEDIO PON.	1-delegazioni di Sestri/Cortigliano, Sampier.		114 9,4/10.000 ab.	14 1,0/1.000 ab. < 14 anni	1.220 (x)		39	8	12	2	3	5	2	-	
	N. 10 GENOVA	14+ delegazione di Genova Val Polcevera		89 8,0/10.000 ab.	10 0,8/1.000 ab. < 14 anni	1.265 (x)		36	7	22	4	3	3	1	-	
ASL 3 GENOVESE	N. 11 VALLESORIVA	1+ Genova Centro	(*)	170 11,7/10.000 ab.	22 1,4/1.000 ab. < 14 anni	1.239 (x)		92	10	31	10	4	-	10	1	
	N. 12 GENOVA	5 + Genova Valbisagno	(*)	126 8,9/10.000 ab.	18 1,1/1.000 ab. < 14 anni	1.887 (x)		38	7	21	5	6	-	2	2	
	N. 13 GE - LEVANTE	7+Genova Levante	(*)	69 5,5/10.000 ab.	10 0,7/1.000 ab. < 14 anni	799 (x)		29	6	18	3	6	-	-	1	
	N. 14 TIGULLIO	15	(*)	35 8,0/10.000 ab.	5 1,0/1.000 ab. < 14 anni	422		13	2	10	3	1	-	-	-	
	N. 15 CHIAVARESE	19	(*)	55 7,7/10.000 ab.	8 1,0/1.000 ab. < 14 anni	975		28	5	22	5	3	1	2	-	
	N. 16 TIGULLIO	7	(*)	27 8,1/10.000 ab.	2 0,6/1.000 ab. < 14 anni	478		12	2	7	1	1	1	1	-	
	N. 17 RIVIERA E VAL DI VARA	19	(*)	32 8,0/10.000 ab.	4 0,9/1.000 ab. < 14 anni	678		20	4	7	2	2	-	-	-	
	N. 18 SPEZZINO	3	(*)	99 9,1/10.000 ab.	12 1,0/1.000 ab. < 14 anni	1.498		37	5	14	8	2	2	4	2	-
	N. 19 VAL DI MAGRA	7	(*)	57 8,3/10.000 ab.	9 1,1/1.000 ab. < 14 anni	1.340		16	6	4	1	2	1	-	1	

(*) Si effettuano programmi di prevenzione di tumori tramite screening della mammella, del collo dell'utero e del colon retto come da piano Nazionale di Prevenzione.
(*) Il numero di cure domiciliari è relativo, per ogni Distretto, alla somma delle "cure domiciliari prestazioni", delle "cure domiciliari integrate di 1° e 2° livello" e delle "cure domiciliari di 3° livello" (vedi capitolo 2.1.9 a pag. 92). Il dato relativo ai Distretti contrassegnati con (x) non comprende il numero delle cure presenziali in quanto, al momento della rilevazione, non è risultato disponibile.

Il patrimonio Immobiliare -

Tab. 2.38 -

Aziende/Enti/Istituti	n° stabilimenti ospedalieri	mq di superfici attive	posti letto	rapporto mq/pl	n° strutture territoriali	totale sup. attiva
ASL 1	3	84.497	682	1240	15	17.339
ASL 2	4	79.300	1.279	62	54	45.711
ASL 3	6	111.341	1.012	110	56	93.308
ASL 4	3	64.405	441	146	8	19.480
ASL 5	4	76.871	646	119	17	17.106
S. MARTINO	1	230.859	1.454	159	0	0
IST	1	38.170	92	(*) 155	0	0
GASLINI	1	82.012	426	(*) 179	0	0
EVANGELICO	1	8.367	89	94	0	0
GALLIERA	1	81.880	465	176	0	0

(*) Il rapporto è stato calcolato detraendo dalla superficie totale le superfici degli edifici adibiti alla ricerca.

N.B. Nelle strutture territoriali sono compresi i centri di riabilitazione.

La dotazione delle tecnologie -

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

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

TAC - In Liguria il numero di TAC utilizzate nell'anno 2007 è stato complessivamente pari a 32. Per effetto delle dimissioni o delle variazioni d'uso segnalate, nell'anno 2008 sono state utilizzate complessivamente 31 TAC.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 11 ore al giorno per 5,6 giorni alla settimana e per 240 giornate medie annue (escluse le

giornate di fuori servizio o manutenzione) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 158.574.

Mammografo - Il numero di mammografi installati a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 30 apparecchiature attive anche nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 7 ore e 22 minuti al giorno per 4,3 giorni alla settimana e per 204 giornate medie annue (escluse giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è di 111.647.

Angiografo - Il numero di angiografi installati a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 23 apparecchiature attive anche nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state disponibili (in attività o reperibilità) in media 9 ore e 22 minuti al giorno per cinque giorni alla settimana e per 253 giornate medie annue (escluse le giornate di fermo macchina) ed il numero di pazienti esaminati è stato pari a 18.838.

Risonanza magnetica - Il numero di RM installate a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 15 apparecchiature attive anche nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 10 ore e 36 minuti al giorno per 5,1 giorni alla settimana e per 238 giornate medie annue (escluse le giornate di fermo macchina) ed il numero totale di pazienti esaminati è stato pari a 48.086.

Risonanza magnetica articolare - Il numero di RMA installate a giugno del 2008 è stato complessivamente pari a 10 apparecchiature mentre nell'anno 2007 risultavano attive 11 RMA.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 6 ore e 58 minuti al giorno per 4,3 giorni alla settimana e per 186 giornate medie annue (escluso le giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 19.123.

Gammacamere monotesta - Il numero di Gammacamere installate a giugno 2008 è stato complessivamente paria 3 apparecchiature attive per effetto della dismissione di una apparecchiatura attiva al S. Corona fino ad agosto 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 9 ore e 33 minuti al giorno per 5,3 giorni alla settimana e per 237 giornate medie annue (escluso le giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 6.029.

Gammacamere a due teste - Il numero di Gammacamere installate a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 7 apparecchiature attive anche nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 8 ore e 35 minuti al giorno per 5 giorni alla settimana e per 226 giornate medie annue (escluso le giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 16.515.

PET e TAC-PET - Per l'anno 2007 sono segnalate le attività di 3 TC-PET ed una PET.

Nell'anno 2007 la PET è stata utilizzata per 9 ore al giorno per 27 giornate annue ed il numero complessivo dei pazienti esaminati è stato di 331.

Nello stesso anno le TAC-PET sono state utilizzate in media 8 ore e 34 minuti al giorno per 5 giorni alla settimana ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 4.024.

Strumento per chirurgia radioguidata - Il numero degli strumenti installati a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 8 di cui 6 attive nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 8 ore e 41 minuti al giorno ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 868.

Acceleratore lineare - Il numero di Acceleratori installati a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 12 di cui per 9 è stata segnalata l'attività nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 11 ore e 9 minuti al giorno per 5,3 giorni alla settimana e per 250 giornate medie annue (escluso le giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo di pazienti esaminati è stato di 3.591.

Densitometro - Il numero di densitometri installati a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 12 apparecchiature di cui 11 attive nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 le apparecchiature sono state utilizzate in media 5 ore e 49 minuti al giorno per 3,6 giorni alla settimana e per 182 giornate medie annue (escluso le giornate di fermo macchina) ed il numero complessivo dei pazienti esaminati è stato di 39.499.

Dialisi - In numero dei Centri Dialisi liguri a giugno 2008 è stato complessivamente pari a 16, attivi anche nell'anno 2007.

Nell'anno 2007 l'attività, mediamente organizzata su due turni, è stata erogata su un totale di 282 postazioni (di cui nel servizio 249, in reparto 14 ed in altri reparti 19); i trattamenti complessivamente erogati sono stati per l'emodialisi pari a 152.620; per la peritoneale il totale delle giornate di trattamento è stato pari a 64.768.

Tab. 2.39 tecnologie biomediche presenti presso le Aziende sanitarie liguri anno 2007 (elaborazione anno 2008)-

TECNOLOGIE	ASL 1 Imperiese	ASL 2 Savonese	ASL 3 Genovese	ASL 4 Chiavarese	ASL 5 Spezzino	TOTALE
TAC	4	7	15	3	3	32
Mammografo	3	5	16	3	3	30
Angiografo	2	4	14	2	1	23
Risonanza Magnetica	1	3	10	0	1	15
Risonanza magnetica articolare	1	3	5	1	1	11
Gamma camera mono	0	1	2	0	1	4
Gamma camera a due teste	0	2	4	0	1	7
PET e TAC-PET	0	1	2	0	1	4
Strumento chirurgia radioguidata	0	1	4	0	1	6
Acceleratore lineare	1	2	5	0	1	9
Densitometro	1	3	4	1	2	11
Dialisi	3	4	5	1	3	16

L'accreditamento regionale -

Ai sensi della normativa nazionale e regionale l'accreditamento istituzionale è lo strumento che le Regioni utilizzano per preselezionare le strutture pubbliche e private per erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario. Le strutture sanitarie e sociosanitarie devono essere preventivamente autorizzate e possedere i requisiti di accreditamento previsti dalla Regione.

I requisiti di accreditamento sono stati definiti dalla Giunta regionale, con la DGR n. 1575/2003 e, per quanto attiene ai requisiti specifici delle strutture socio-sanitarie, dalla DGR n. 529/2007. Gli stessi sono stati impostati in un'ottica di integrazione dei requisiti autorizzativi, che attengono più agli aspetti di tipo strutturale ed impiantistico. Atteso che attendere il completamento dei lunghi ed onerosi processi di adeguamento ai requisiti autorizzativi avrebbe rinviato inevitabilmente l'attivazione dell'accreditamento, la scelta della Regione si è appuntata su l'approfondimento dei requisiti organizzativi, sia aziendali generali che specifici per ogni tipologia di struttura, concentrando l'attenzione sui requisiti professionali del personale e sulla loro formazione, sulle procedure interne e sul miglioramento della qualità, avvalendosi, in proposito, anche di quanto era già presente da tempo in materia di certificazione della qualità (es. ISO 9000).

L'accreditamento è la condizione necessaria ma non sufficiente per erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario in quanto quest'ultima possibilità è condizionata dalla stipula di un accordo (per le strutture pubbliche) o di un contratto (per le strutture private) con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento. In Regione Liguria il percorso previsto per diventare soggetto erogatore di prestazioni a carico del S.S. (le cosiddette tre A: Autorizzazione - Accreditamento - Accordo) è pertanto il seguente:

- autorizzazione di competenza comunale (i comuni si avvalgono di commissioni tecniche delle AASSLL);
- accreditamento di competenza regionale (la Regione si avvale di apposita Commissione tecnica prevista dalla L.R. n. 20/1999 nonché dei "verificatori" (personale tecnico delle Aziende sanitarie ed ospedaliere) per i sopralluoghi nelle strutture);
- Accordo (con le strutture pubbliche) o contratto (con le strutture private) di competenza delle Aziende sanitarie locali.

L'accreditamento istituzionale è stato avviato nel 2003 e all'attualità la situazione è la seguente:

- **ASL 1:** presidi accreditati 10 di cui 9 territoriali ed 1 ospedaliero (Bordighera-Imperia-Sanremo),
- **ASL 2:** presidi accreditati 9 di cui 7 territoriali e 2 ospedalieri (Savona-Cairo, Albenga-S. Corona),
- **ASL 3:** presidi da accreditare 16 oltre 7 presidi ospedalieri, 2 RSA ex Ist. Brignole,
- **ASL 4:** presidi accreditati 14 di cui territoriali 13 e 1 ospedaliero (Lavagna-Sestri L.-S. Margherita),
- **ASL 5:** presentate 16 istanze di accreditamento (14 relative a presidi territoriali e 2 a presidi ospedalieri) in parte rigettate ed in parte sospese,
- **Aziende** accreditate 6 (Osp. Evangelico, A.O.S. Martino, osp. Villa Scassi, E.O. Galliera, IST, Ist. Gaslini).

La Regione Liguria ha impostato il processo di accreditamento con la seguente finalità: attivare all'interno di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul suolo regionale un percorso per l'accreditamento delle strutture

sanitarie e socio sanitarie attualmente operanti in accreditamento provvisorio, che stimoli il raggiungimento di un diffuso e apprezzabile standard di qualità organizzativa e di conoscenza degli elementi basilari della cultura della qualità in campo sanitario.

Si è pertanto privilegiato un modello di accreditamento che ha permesso alle strutture sanitarie di confrontarsi – sovente per la prima volta - con una procedura di verifica della qualità, senza dover affrontare costi eccessivi (fino ad oggi l'accreditamento istituzionale non prevede costi per la sua concessione) e problematiche di difficile attuazione, piuttosto che un modello basato su parametri di eccellenza o indicatori di esito e di qualità dell'assistenza, la cui applicazione può trovare migliore accoglienza in situazioni dove i meccanismi di accreditamento e valutazione della qualità sono da tempo sperimentati.

Tale modello, pur nella sua apparente semplicità di attuazione, ha comunque richiesto un forte impegno sia da parte delle strutture che richiedevano l'accreditamento, sia da parte della Commissione tecnica di accreditamento e dei "Verificatori", che frequentemente hanno dovuto esercitare una indispensabile funzione di consulenza e affiancamento delle strutture stesse.

Occorre anche sottolineare che per le strutture pubbliche l'accreditamento è stata anche la prima occasione per confrontarsi con percorsi di verifica esterna. Anteriormente alla L.R. n. 20/1999, infatti, dette strutture non erano tenute a richiedere l'autorizzazione e ciò ha comportato; rispetto alle strutture private della medesima tipologia, una scarsa attenzione all'adeguamento e alla manutenzione delle strutture stesse. Si ricorda, inoltre, che in pendenza delle proroghe di legge dei termini di adeguamento, molte procedure di autorizzazione delle strutture pubbliche devono essere ancora completate, in attesa della conclusione degli interventi di attuazione dei piani di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici di cui al DPR 14 gennaio 1997.

E' utile segnalare che sono stati prorogati ulteriormente i termini dei tempi di adeguamento delle strutture residenziali socio-sanitarie (sino al 31.12.2012) mentre è in corso di approvazione un'analogha proroga per le strutture ospedaliere, tutte a gestione pubblica o equiparata, all'attualità interessate dai programmi finanziati ai sensi della legge 67/1988, art. 20 ("*Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento del patrimonio residenziale pubblico*") comprendenti anche interventi finalizzati agli adeguamenti.

I processi di adeguamento risultano conclusi, per tutte le tipologie di requisiti, per le strutture classificate come ambulatoriali.

2.1.9 ANALISI E VALUTAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La Regione Liguria è già da tempo impegnata a sviluppare una programmazione in grado di migliorare sensibilmente l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno.

Già il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 ha individuato delle linee di intervento volte a soddisfare i bisogni dei cittadini. In particolare detto Piano ha previsto:

- a) Una forte valorizzazione delle attività di prevenzione, che devono rappresentare uno dei cardini dell'organizzazione sanitaria e devono essere

inserirle in modo stabile e continuativo nella normale programmazione, trovando modelli organizzativi concreti che si inseriscano in tutti i livelli ed in tutti i settori delle attività, siano esse distrettuali od ospedaliere.

b) Una rete territoriale più forte e più capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni potenziando in maniera significativa le sue componenti di base, specialistiche, di residenzialità e di domiciliarità, evitando ricorsi inutili alla realtà ospedaliera.

Pertanto è necessario che il ruolo della Azienda Sanitaria Locale, attraverso i Distretti e in collaborazione con le comunità locali, sia orientato sempre più allo svolgimento della funzione di tutela e di rappresentanza del cittadino.

In tale complessivo contesto diventa strategico, ai fini del controllo della domanda, il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta.

c) Una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura, con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza in strutture di riferimento a livello regionale, per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini liguri e quindi ridurre la mobilità passiva verso regioni limitrofe. Tale risultato deve essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri inappropriati, fermo restando il trasferimento alle funzioni territoriali della rimanente quota per l'indispensabile potenziamento del servizio.

d) Una serie di misure forti con risorse finalizzate alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza, aumentando il livello dell'offerta e sperimentando punti unificati di accesso ai servizi sanitari e sociali e ad eventuali altri servizi aggiuntivi a quelli esistenti, che creino condizioni capaci di incidere positivamente anche sulla sfera relazionale e sociale.

e) Un sistema di emergenza più sicuro, sia sul piano degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi (sistema integrato ospedale/territorio), sia su quello della funzione di soccorso e di trasporto (anticipazione della diagnosi e telesoccorso).

f) Un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica per continuare il processo di riduzione dei tempi di attesa.

g) Un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone. Ci si riferisce qui alla possibilità di effettuare, per quanto possibile, le prenotazioni delle prestazioni utilizzando lo strumento telefonico o i sistemi di rete esistenti (Internet), di potenziare i momenti di informazione (call center o altre modalità informative), di assicurare collegamenti diretti tra medici di famiglia e strutture diagnostiche, al fine di rendere disponibili i risultati degli esami effettuati da un cittadino in via telematica direttamente allo studio del medico.

h) Un graduale riallineamento delle risorse finanziarie (quota capitaria ed investimenti), assegnate alle diverse realtà territoriali della Liguria.

i) Un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo, con particolare riguardo alle iniziative promosse dalle famiglie, dalle associazioni utenti, dal volontariato, dalla cooperazione sociale, ecc., nella attività di programmazione locale e nello svolgimento di attività di tipo assistenziale.

L'assistenza domiciliare integrata

Con deliberazione n. 337 del 30.03.2007 la Giunta regionale ha approvato le linee di riorganizzazione delle cure domiciliari sanitarie ed ha richiesto:

- alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere di provvedere alla riorganizzazione delle attività secondo dette linee entro il 31.12.2007,
- alle Aziende Ospedaliere ed ai Presidi Ospedalieri delle ASL un collegamento stabile tra le Direzioni Sanitarie e l'Unità Distrettuale di ciascun Distretto Sociosanitario, in accordo con i Dipartimenti delle Cure Primarie e degli Anziani, al fine di elaborare protocolli per le "dimissioni protette".

Gli indirizzi per le Aziende Sanitarie e ospedaliere sono stati individuati tenendo conto che la declinazione delle cure domiciliari è stata parametrata sui gradi di patologia e di non autosufficienza delle persone, particolarmente anziani, disabili e con patologie oncologiche.

Gli indirizzi nascono dalla ridefinizione delle cure domiciliari: come insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici, di aiuto infermieristico e riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. E' previsto che il bisogno clinico, funzionale/sociale venga valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale.

Gli indirizzi individuano i sotto riportati livelli di prestazioni.

Cure domiciliari prestazionali: prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche se ripetuti nel tempo, non richiedono presa in carico della persona, né valutazione multidimensionale;

Cure domiciliari integrate (ADI di primo e secondo livello): interventi professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, comprensive di prestazioni farmacologiche, analisi cliniche e altra diagnostica, a favore di persone con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello).

Le cure domiciliari indicate, sono attivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dall'Ospedale e richiedono "presa in carico", "valutazione multidimensionale" e "Progetto Individuale di Assistenza" (PIA).

Il MMG è coinvolto in tutto il processo assistenziale ed assume la responsabilità clinica dei processi di cura.

Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali: trattasi di cure domiciliari richieste dal MMG o dall'Ospedale, con le caratteristiche di presa in carico, valutazione multidimensionale e progetto assistenziale, rivolte a persone con patologie che presentano elevato livello di complessità, instabilità clinica, presenza di sintomi di difficile controllo, necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver quali:

1. malati terminali,
2. portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare),

3. fasi avanzate e complicate di malattie croniche,
4. necessità di nutrizione artificiale parenterale,
5. necessità di supporto ventilatorio invasivo,
6. stati vegetativi e stati di minima coscienza.

Gli interventi sono programmati sui 7 giorni settimanali con pronta disponibilità medica sulle 24 ore.

Nei confronti dei malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe professionale dedicata (dGr 277/2007 " Rete regionale di cure palliative: modello organizzativo).

Prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa: sono erogate all'interno delle cure domiciliari anche prestazioni di carattere farmaceutico, protesico e di assistenza integrativa.

Le linee regolano l'accesso alle cure domiciliari integrate di primo e secondo livello e per le fasi terminali e palliative individuando: le condizioni indispensabili per l'accesso alle cure e la presa in carico ed il Piano Individuale di Assistenza (PIA).

Le linee individuano altresì, per quanto concerne il profilo della qualità (omogeneo sul territorio regionale), degli standard qualificanti suddivisi per profilo di cura, natura del bisogno, intensità, durata media, complessità.

Residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria

La Giunta regionale con deliberazione n. 969 del 01.08.2008 ha approvato il riordino della residenzialità extraospedaliera, individuando i trattamenti assistenziali previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari e sociosanitari e dai livelli di assistenza sociale, le tariffe aggiornate in base ai tassi di inflazione al 2008 nonché incrementate per i trattamenti di lungo assistenza in RP e trattamenti per l'area delle dipendenze, i tempi assistenziali e le strutture elettive per ciascun trattamento. In particolare:

1) Strutture ad elevata integrazione sanitaria: per gli anziani trattamenti di recupero per la fase post acuzie svolte in RSA, per i disabili trattamenti riabilitativi (intensivi ed estensivi) svolte in strutture di riabilitazione residenziale o semiresidenziale, salute mentale trattamenti riabilitativi svolti in Comunità terapeutica riabilitativa per minori e adolescenti/centro diurno, dipendenze trattamenti riabilitativi svolti in Comunità terapeutiche residenziale o semiresidenziale/in Comunità di prima accoglienza residenziale o semiresidenziale/in Comunità terapeutica riabilitativa residenziale o semiresidenziale/in Comunità a indirizzo pedagogico residenziale, aids trattamenti riabilitativi svolti in Casa alloggio;

2) Strutture sociosanitarie di mantenimento a media intensità di cura: anziani trattamenti sociosanitari di mantenimento svolti in RS/ in RP/in Centro diurno di 2° livello, salute mentale trattamenti sociosanitari di mantenimento svolti in RSA psichiatrica, aids trattamenti sociosanitari di mantenimento svolti in alloggio protetto;

3) Strutture a carattere protetto con assistenza sanitaria di base: anziani trattamenti di lungo-assistenza svolti in Residenza Protetta, disabili trattamento di lungo assistenza svolti in struttura residenziale socio-riabilitativa/in struttura semiresidenziale socio-riabilitativa, salute mentale trattamenti di lungo-assistenza svolti in residenza protetta/comunità alloggio-alloggio protetti;

4) Strutture di assistenza alberghiera: anziani trattamenti di accoglienza sostitutivi delle cure familiari svolti in Comunità alloggio e Alloggi protetti, disabili trattamenti di accoglienza sostitutivi delle cure familiari svolti in Comunità alloggio/Alloggi protetti/strutture similari.

Il percorso assistenziale di cura del paziente oncologico

In Liguria, ogni anno, circa 6.000 persone muoiono a causa di una malattia neoplastica. Si può stimare che oltre il 90% di queste persone, prima di morire, attraversi una fase di malattia caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge il nucleo familiare e amicale. Comunemente definita "fase terminale", oltre a provocare dolore e sofferenza nella persona malata, è in grado di mettere in crisi le rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari. Nei familiari, durante l'assistenza e dopo il decesso del paziente, può portare a profondi livelli di sofferenza ed esitare in espressioni psicopatologiche. E' possibile stimare in circa 90 giorni la durata media di questa fase di malattia nel paziente oncologico. Data l'incidenza e la durata media della fase terminale di malattia, è possibile stimare che, in media, ogni momento, siano 1.300 - 1.400 i pazienti liguri con una malattia oncologica in fase terminale.

In Liguria, a fronte di una domanda di assistenza da parte dei pazienti e delle famiglie in rapida crescita, l'offerta assistenziale per i pazienti che necessitano cure palliative è debole e disomogenea nella qualità di servizi offerti, sostanzialmente non valutabile in termini di qualità, ed estremamente eterogenea nei modelli organizzativi. In Liguria la maggior parte dei pazienti con malattia oncologica in fase terminale viene curata in ospedale, dove muore in circa due terzi dei casi, con un trend sostanzialmente invariato dal 1998 al 2001. Questo nonostante solide evidenze scientifiche dimostrino che i pazienti oncologici seguiti da servizi di cure palliative abbiano una maggiore probabilità di morire a casa. In particolare uno studio condotto tra il 1986 e il 1990 dall'Associazione Gigi Ghiotti di Genova, ha evidenziato che i pazienti seguiti dall'Associazione avevano una probabilità di morire a casa doppia rispetto ai pazienti non seguiti dall'Associazione.

Le cure palliative sono la risposta appropriata ai bisogni di questi pazienti e dei loro cari. Sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicologica e spirituale.

Le cure palliative: forniscono il sollievo dal dolore e da altri gravi sintomi, integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura dei pazienti, offrono un sistema di supporto per aiutare i malati a vivere nel modo più attivo possibile fino alla morte, offrono anche un sistema di sostegno per aiutare le famiglie ad affrontare la malattia del proprio caro.

La Regione Liguria, sulla base di quanto sopra rappresentato, ha avviato, già da alcuni anni, la propria attività di programmazione e di definizione di linee guida alle Aziende cercando di dare una risposta sistematica ai bisogni del malato oncologico.

Con deliberazione n. 340 del 05.04.2002, la Giunta regionale ha approvato il progetto generale di realizzazione degli hospice per la cui attuazione si rimanda al precedente capitolo 1.3.6.

Successivamente con deliberazione n. 1281 del 28.10.2005, la Giunta regionale ha affidato all'IST il compito di acquisire, elaborare e valutare le informazioni relative ad indicatori clinici e statistici che permettano di individuare gli eventuali elementi di disomogeneità o inadeguatezza nell'assistenza oncologica ligure, ed ha costituito il Comitato di Coordinamento individuando la composizione ed i compiti.

La Regione Liguria con la DGR 277 del 16 marzo 2007 ha definito il modello organizzativo delle cure palliative regionali, articolando la Rete Regionale di Cure Palliative in cinque reti locali, coordinate da una struttura a valenza regionale.

Dalla deliberazione del modello ad oggi sono state realizzate alcune importanti tappe nello sviluppo della Rete Ligure di Cure Palliative:

- È stata costituita ed è operativa a pieno regime la SC Coordinamento Regionale di Cure Palliative presso l'IST di Genova. La struttura ha messo a punto il piano di formazione e sta completando il modello del sistema informativo e di valutazione della qualità delle reti. La struttura ha messo a punto e avviato l'implementazione di un programma di miglioramento della qualità delle cure di fine vita (Programma LCP-I, versione italiana delle Liverpool Care Pathway for the Dying Patient).
- E' stata avviata, seppur in forma parziale, la Rete Locale di Cure Palliative dell'ASL 4 chiavarese. Prima dell'avvio è stato implementato il primo Corso Base di Cure Palliative della durata di 40 ore, destinato al personale dedicato della rete locale.
- E' stata condiviso, definito e deliberato (DGR 394 del 7 aprile 2009) il modello organizzativo della Rete Locale di cure palliative dell'area metropolitana genovese.
- E' stato avviato con le Direzioni delle aziende interessate la discussione sul modello organizzativo delle altre tre Reti Locali previste

Il lavoro sino qui realizzato ha segnato una importante svolta nella politica sanitaria regionale nel campo delle cure palliative. Peraltro, l'analisi dello sviluppo delle reti locali evidenzia differenze significative nella regione, con la coesistenza di situazioni di eccellenza e situazioni ancora arretrate nel processo di sviluppo delle reti locali.

Recentemente, la Giunta regionale con deliberazione n. 394 del 07.04.2009 ha approvato il progetto di "Completamento e messa a regime della rete Ligure di Cure Palliative"

Trattasi della realizzazione e messa a regime della Rete Ligure di Cure Palliative con l'obiettivo di promuovere, organizzare e garantire che cure palliative di elevata qualità siano erogate nel territorio in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno

L'obiettivo generale del progetto è completare il processo di realizzazione delle Reti Locali di Cure Palliative, rendendo operativo il principio generale contenuto nella DGR 277 del 16 marzo 2007: "obiettivo generale della rete regionale di cure palliative è quello di promuovere e garantire che cure palliative d'elevata qualità siano erogate in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno in tutte le cinque AASSLL della regione".

L'avvio e la messa a regime di una Rete Locale di Cure Palliative prevede il raggiungimento di una serie di obiettivi alla cui realizzazione concorrono la struttura Coordinamento Regionale Cure Palliative, la Direzione Aziendale e il referente locale di cure palliative. Questi obiettivi possono essere così riassunti:

- Identificazione, in accordo con la Direzione aziendale, del referente locale di Cure Palliative;
- Discussione e condivisione con il referente locale dell'analisi dei bisogni e dell'offerta di cure palliative;

- Discussione e condivisione con la Direzione aziendale e con i referenti locali della Rete di Cure Palliative:
 - del modello organizzativo della Rete Locale
 - del sistema informativo e di monitoraggio della qualità
 - dei bisogni formativi del personale della rete
 - della strategia di comunicazione sociale;
- Avvio sperimentale della Rete Locale di Cure Palliative;
- Valutazione della qualità dell'offerta di cure palliative e del grado di copertura dei bisogni;
- Consolidamento delle procedure e messa a regime della Rete Locale di Cure Palliative per quanto riguarda la sua struttura organizzativa, i suoi rapporti con le strutture aziendali e con il Coordinamento regionale Cure Palliative.

Questo programma si propone di realizzare gli obiettivi specifici per tutte le cinque Reti Locali di Cure Palliative della Regione Liguria, mettendo a regime, in tutte le sue articolazioni, la Rete Ligure di Cure Palliative.

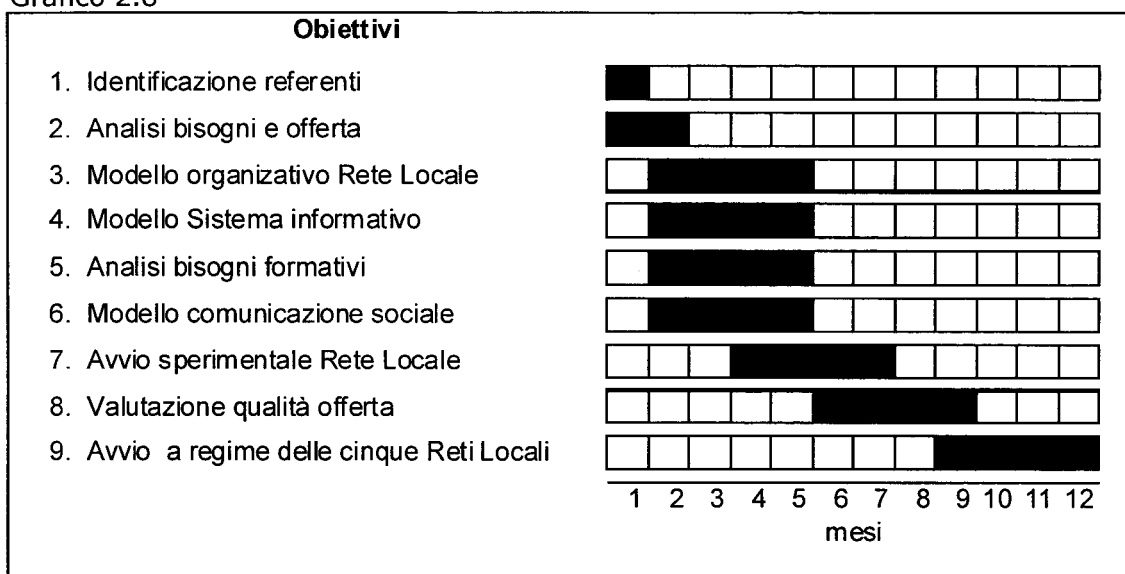
Gli indicatori si riferiscono al raggiungimento dei singoli obiettivi per le 5 Reti Locali previste dal modello organizzativo della Rete Regionale di Cure Palliative. Per ciascuna Rete locale:

Tab. 2.40-

OBIETTIVI SPECIFICI PER CIASCUNA RETE LOCALE	INDICATORE
1. Identificazione, in accordo con la Direzione aziendale, dei referente locale di Cure Palliative	1.1 Esistenza di un atto formale aziendale che definisce il referente locale
2. Discussione e condivisione con il referente locale dell'analisi dei bisogni e dell'offerta di cure palliative	2.1 Esistenza di un documento condiviso con l'analisi dei bisogni e dell'offerta
3. Discussione e condivisione con la Direzione aziendale e con i referenti locali del modello organizzativo della Rete Locale di Cure Palliative	3.1 Identificazione del personale dedicato (medici e infermieri) per l'assistenza domiciliare in numero adeguato ai bisogni
	3.2 Identificazione di uno o più psicologi di riferimento per la Rete Locale.
	3.3 Identificazione del Responsabile della Rete Locale.
4. Discussione e condivisione con la Direzione aziendale e con i referenti locali del sistema informativo e di monitoraggio della qualità	4.1 Esistenza di un documento condiviso con le procedure relative al sistema informativo e di monitoraggio della qualità
5. Discussione e condivisione con la Direzione aziendale e con i referenti locali dei bisogni formativi del personale della rete	5.1 Esistenza di un documento condiviso con l'analisi dei bisogni formativi del personale dedicato della Rete
6. Discussione e condivisione con la Direzione aziendale e con i referenti locali della strategia di comunicazione sociale	6.1 Esistenza di un documento condiviso in cui è definito il piano di comunicazione sociale
7. Avvio sperimentale della Rete Locale di Cure Palliative	7.1 Deliberazione aziendale della Struttura e del suo Responsabile, cui affrisce il personale dedicato dell'assistenza domiciliare, dell'hospice e, se previsto, ospedaliero.
8. Valutazione della qualità dell'offerta di cure palliative e del grado di copertura dei bisogni	8.1 documento analitico in cui la qualità dell'offerta di cure palliative viene analizzata utilizzando gli 8 indicatori del Ministero della Salute (Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311)
9. Consolidamento delle procedure e messa a regime della Rete Locale di Cure Palliative per quanto riguarda la sua struttura organizzativa, i suoi rapporti con le strutture aziendali e con il Coordinamento regionale Cure Palliative.	9.1 Delibera aziendale in cui viene definita la struttura organizzativa della Rete Locale e i suoi rapporti con le strutture aziendali e con il Coordinamento regionale Cure Palliative.

I tempi di attuazioni sono stati stimati analizzando quanto richiesto per realizzare gli obiettivi specifici per le cinque reti locali previste.

Grafico 2.8-



L'avvio e la messa a regime della Rete Ligure di Cure Palliative in tutte le sue articolazioni dovrebbe essere in grado di garantire che cure palliative d'elevata qualità siano erogate in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno in tutte le cinque AASSLL della regione.

Sulla base di solide e consolidate evidenze di letteratura, è possibile stimare che lo sviluppo di tale programma comporti una riduzione della spesa sanitaria complessiva attraverso un più appropriato uso delle risorse per le persone con malattia in fase avanzata e terminale e attraverso uno spostamento dei luoghi di cura e di decesso dall'ospedale all'hospice e al domicilio.

Il percorso assistenziale di cura del paziente con disturbi mentali

La Giunta regionale con deliberazione n. 739 del 05.06.2009 ha recepito il documento approvato nella seduta del 20 marzo 2008 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente le "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale". Con detto documento vengono sviluppate:

- le linee di sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale: i percorsi di cura e nuovi LEA per la salute mentale, gli indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie, il sostegno abitativo (residenzialità e domiciliarità), l'inclusione sociale e lavorativa;
- le problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza: i bisogni del modello organizzativo, le strategie operative, gli indirizzi operativi, gli indirizzi di priorità, la prevenzione;
- la prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale in carcere.

Con provvedimento n. 935 del 10.07.2009 la Giunta regionale

- ha recepito le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in data 29.04.2009,
- ha approvato le indicazioni sulle procedure di intervento per i trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) tra Aziende Sanitarie Locali e Prefetture.

Il documento contiene le indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente ed omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78.

2.2 STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

La sopravvivenza dell'intero Servizio Sanitario è subordinata ad attività di pianificazione in grado di assicurare le cure necessarie secondo i principi di equità ed accessibilità alle cure, tenendo ben presente che qualsiasi strategia di intervento dovrà basarsi su prove di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni. Nella difficoltà crescente di fornire risposte ai bisogni della popolazione, l'attuale politica sanitaria regionale deve orientarsi verso la necessità di operare delle scelte che ottimizzino gli interventi in relazione alle risorse disponibili, non limitandosi al mero diniego, deterrenza o alla realizzazione di barriere di accesso.

E' noto come lo stato di salute non dipenda esclusivamente dalla disponibilità dei servizi sanitari, bensì quanto questo possa essere influenzato da altri fattori quali ambiente, condizioni economico culturali. La tutela della salute deve essere affidata solo in parte alle strutture sanitarie, dipendendo anche dalle scelte politiche, economiche, sociali ed ambientali nonché dagli stili ed abitudini di vita dei singoli individui. Da tale consapevolezza assume preponderante importanza la promozione di comportamenti che favoriscano lo stato di salute garantendo in tal modo anche l'equilibrio dei sistemi sanitari (attraverso misure di prevenzione e di promozione di stili ed abitudini di vita sani).

L'elaborazione di dati inerenti la popolazione, la situazione demografica, lo sviluppo economico, lo stato di salute dei cittadini, rappresenta elementi di informazioni essenziali atti ad individuare le priorità locali e ad elaborare l'analisi dei bisogni.

La conoscenza epidemiologica dello stato di salute della comunità locale rappresenta un momento conoscitivo utile a sollecitare l'analisi della situazione al fine di identificare le priorità di intervento, mettendo in evidenza eventuali scostamenti tra bisogni, domanda e offerta di prestazioni, al fine di gestire e pianificare l'organizzazione dei servizi sanitari in modo sempre più aderente alle esigenze della popolazione.

L'individuazione, la valutazione e la conoscenza del complesso contesto dei bisogni che generano la domanda sanitaria, costituiscono elementi essenziali per la messa a punto di una strategia che consenta di individuare le scelte programmatiche generali.

Dalla situazione di contesto e dai bisogni che ne conseguono, rappresentata al precedente capitolo 2.1, emerge, sinteticamente, che la Liguria è una delle regioni europee più densamente popolate, che la popolazione è tendenzialmente anziana (l'età media risulta più alta di tutto il paese), con aumento delle persone anziane autosufficienti ma anche delle non autosufficienti. Questo fenomeno, destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni dovrà prevedere la capacità dei servizi sociali e sanitari di adeguarsi alle esigenze mutanti e percorsi di studio che permettano di fornire risposte efficienti e soddisfacenti per i cittadini.

Risulta anche che l'invecchiamento della popolazione ligure è in parte contrastato dalla presenza, in continuo aumento, delle persone immigrate. Risulta difficile individuare con precisione i bisogni dell'utenza immigrata ma è possibile individuare alcune criticità all'interno del sistema sanitario ligure come ad esempio: la carenza di normativa regionale in merito, la disomogeneità sul territorio ligure di strutture attivate per gli stranieri, la scarsa attenzione per i bisogni di cura specifici per gli stranieri.

Tali situazioni richiedono un significativo cambiamento della strategia in quanto i bisogni sempre più articolati e complessi non consentono più risposte articolate

settoriali alla malattia o al disagio sociale, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità che sappiano garantire assistenza a vari livelli.

L'analisi del contesto socio-sanitario ha portato prioritariamente all'identificazione dei bisogni relativamente:

- alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche,
- alla continuità assistenziale soprattutto in fase post acuzie,
- all'assistenza di base e specialistica,
- all'assistenza residenziale per il trattamento delle acuzie e sub acuzie.

La strategia adottata dalla Regione per far fronte ai bisogni di salute dei cittadini liguri è stata avviata da tempo con la propria Programmazione Sanitaria.

Già il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 ha individuato delle linee di intervento in grado di migliorare l'offerta dei servizi e soddisfare i bisogni dei cittadini prevedendo:

- una forte valorizzazione delle attività di prevenzione,
- una rete territoriale più forte e capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni,
- una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cure,
- una serie di azioni rivolte alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza,
- un sistema di emergenza più sicuro,
- un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica,
- un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone,
- un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo.

La Regione Liguria ha avviato nel 2006 la manovra di riduzione e riconversione di posti letto (al fine di raggiungere uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,68 pl/1000ab di cui 3,78 per acuti e 0,9 per riabilitazione), da svilupparsi per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza. Detta manovra è contenuta nel "*Piano di riordino della rete regionale di cura e di assistenza*", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 29/2006, nel quale vengono definite le linee di indirizzo, i criteri, le modalità e i termini di realizzazione.

Con legge del 07.12.2006, n. 41, la Regione Liguria ha normato il "*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*". L'importanza strategica della legge è quella:

- di aver delineato il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale,
- di aver regolamentato gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni,
- di aver definito i ruoli e le funzioni delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere,

per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero, di sviluppare i rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse.

Altri aspetti strategici della legge sono stati:

- l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale,
- la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria e sociosanitaria anche attraverso il loro contributo alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale.

La Regione Liguria nell'anno 2007 ha individuato, con l'approvazione del "*Piano di rientro*", gli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo. Ha attuato misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, e misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010. Il piano di rientro ha previsto l'adozione di provvedimenti volti a razionalizzare la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, la spesa per il personale dipendente e convenzionato, nel rispetto dei LEA.

Lo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo nasce, oltre che da considerazioni di contenimento della spesa, anche da considerazioni di carattere generale relative allo sviluppo di nuove tecnologie, all'evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno. L'offerta è necessario che si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa.

Altro aspetto dell'organizzazione considerato e da sviluppare è quello relativo all'integrazione ospedale e territorio. La degenza ospedaliera negli anni si sta riducendo notevolmente merito dello sviluppo delle tecnologie e dell'incremento dell'efficacia dei farmaci. Però a volte la dimissione viene ritardata per carenze organizzative e strutturali che rendono difficile la presa in carico di quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale a livello territoriale.

Da tali considerazioni ne deriva che il raccordo territorio ospedale incrementa l'appropriatezza del regime del ricovero e concorre al contenimento della spesa.

Il Piano di rientro affronta la riorganizzazione del sistema ospedaliero, sulla base delle sopra esposte considerazioni, prevedendo, quale strategia mirata a eliminare l'obsolescenza di molte strutture e ad eliminare anche la polverizzazione dell'offerta, nel medio lungo periodo la modernizzazione del parco ospedaliero regionale attraverso la costruzione di quattro nuovi ospedali in sostituzione di quelli esistenti.

La previsione di costruzione di nuovi ospedali è stata ribadita dal Consiglio regionale con la deliberazione n. 34/2007 di approvazione del "*Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale*" e con la deliberazione n. 8/2008 di approvazione dello "*Stralcio del Piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza*" con l'aggiunta di un quinto nuovo ospedale nell'area metropolitana genovese in sostituzione di quello esistente (Ospedali Galliera).

3. LA LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

3.1 GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

L'individuazione degli obiettivi parte da un'analisi dei bisogni e delle strategie condotta a livello di pianificazione regionale (rappresentata in parte nei precedenti capitoli ed in parte nei successivi capitoli). Ci si riferisce, in particolare:

- al Piano Sanitario Regionale anni 2003-2005 approvato con dCr n. 3/2004,
- al Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione – approvato con dCr n. 29/2006,
- al Piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario sottoscritto in data 06.03.2007 da Regione Liguria e Ministeri della salute ed economia/finanze (approvato con dGr n. 243 del 09.03.2007),
- al Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale – l. 67/88: aggiornamento elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2007, approvato con dCr 34/2007,
- allo Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende, approvato con dCr 8/2008.
- al Piano sociosanitario regionale 2009-2011, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 22/2009.

Attraverso gli elementi informativi disponibili e sopra rappresentati (vedi capitolo 2.1: il territorio, la popolazione, la rilevazione della posizione sociale, la condizione di salute, il quadro epidemiologico, l'analisi della domanda di prestazione e delle criticità nell'accesso, la mobilità attiva e passiva, l'offerta ante operam, l'analisi e valutazione della continuità assistenziale) è stato possibile tracciare i contorni, con sufficiente precisione, del contesto socio-sanitario regionale che hanno permesso l'identificazione degli obiettivi del programma.

Ulteriore elemento di cui ci si è avvalsi nel processo di identificazione degli obiettivi del Programma, è stato il criterio di priorità di attuazione degli interventi. Il criterio di priorità ha trovato importante riferimento alle criticità evidenziate nella rete ospedaliera ligure per le quali si è cercato di dare una risposta ai bisogni rilevati. Le criticità a cui ci si riferisce sono sinteticamente:

- frammentazione dell'offerta in molti piccoli ospedali scarsamente inseriti nel sistema a rete integrata dei servizi sanitari,
- persistenza nei Presidi deputati a garantire le prestazioni per acuti di una quota di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatazza dei tempi di degenza (fenomeno in costante riduzione),
- adeguamento strutturale/infrastrutturale/tecnologico oneroso dovuto al numero notevole di presidi,
- ulteriore conversione di posti letto per acuti a riabilitativi per adeguarsi agli standard previsti dallo Stato.

Ulteriore riferimento per la definizione dei criteri di priorità degli interventi, sono state le normative a livello nazionale, in particolare:

- Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 (razionalizzazione della rete ospedaliera, edilizia e ammodernamento tecnologico),
- Intesa Stato e Regioni del 28 marzo 2006 (piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008),
- Intesa Stato - Regioni del 5 ottobre 2006 (il nuovo patto sulla salute),
- Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 - finanziaria 2006 - (in particolare l'art. 1, comma 796, lett. b),
- D.l. n. 159/2007 collegato alla finanziaria 2008 (in particolare l'art. 4),
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Gli obiettivi del programma vengono divisi in:

- obiettivi generali quali principi ispiratori e di governo strategico del Programma, la base sulla quale si sviluppa tutto il Programma,
- obiettivi specifici che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale, vengono riferiti alle macro aree dei bisogni e danno conto del soddisfacimento dei bisogni a livello locale,
- obiettivi operativi si concretizzano nei prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, cioè in interventi progettuali, diventano strumenti concreti per finalizzare l'offerta sanitaria alla risposta dei bisogni delle comunità locali.

La differenziazione tra i tre ordini di obiettivi ha la funzione di operare una progressiva messa a fuoco delle esigenze operative e quindi degli interventi da realizzare per il perseguimento dell'ordine superiore di obiettivi, quello generale.

3.1.1 GLI OBIETTIVI GENERALI

Il presente Programma di investimenti straordinari in sanità si pone in perfetta coerenza e continuità sia con le precedenti fasi del programma pluriennale e sia con l'attuale evoluzione della pianificazione sanitaria regionale. In particolare, per quest'ultimo aspetto, il Programma si identifica come uno degli strumenti di attuazione degli obiettivi che si intendono affrontare con:

- il Piano di rientro del disavanzo (dGr n. 243 del 09.03.2007),
- il Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale (approvato con dCr 34/2007),
- lo Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza (approvato con dCr 8/2008),
- il Piano sociosanitario regionale 2009-2011 (approvato con dor 22/2009).

L'obiettivo generale di questo programma è di concorrere a migliorare l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno attraverso il raggiungimento di obiettivi sott'ordinati sviluppati di seguito.

3.1.2 GLI OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici da raggiungere mediante l'attuazione del programma relativamente alla funzione ospedaliera, vengono di seguito illustrati. Fanno riferimento a macroaree del Programma che, in ragione della similarità e della prevalenza tipologica, raggruppano più interventi.

Riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera - L'elemento fondamentale che caratterizza, sotto il profilo dei principi organizzativi, la rete ospedaliera è la necessità che la missione dei diversi presidi sia coerente con la complessità dei casi trattati e che vengano sviluppate modalità organizzative aziendali, orientate all'intensità assistenziale, anziché all'allocatione di posti letto articolati per specialità.

La razionalizzazione della rete ospedaliera, mirata essenzialmente al contenimento della spesa (conformemente al piano di rientro dal disavanzo) è nata anche da considerazioni di carattere generale, relative allo sviluppo di nuove tecnologie, all'evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche, che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno. Tali considerazioni rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo.

L'offerta è necessario che si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali.

L'obiettivo specifico che si intende raggiungere, in relazione a quanto sopra espresso, è afferente a due tipologie di intervento di cui:

- una relativa alla costruzione di due nuovi ospedali, in sostituzione di ospedali esistenti e non più idonei allo svolgimento delle attività sanitarie e non più adeguabili alle nuove esigenze della moderna tecnologia e tecnica medica,
- l'altra riguardante volta al miglioramento di edifici/reparti esistenti attraverso la creazione di ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ospedaliera rispondenti a criteri di funzionalità per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma che assicurino, al contempo, accoglienza e confort.

Ammodernamento tecnologico - L'obiettivo specifico è aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, a garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente. La possibilità di sostituire le attuali apparecchiature con i modelli più recenti delle stesse consente una maggiore efficienza (e quindi un maggior numero di esami in tempi inferiori), una migliore qualità delle immagini ed anche una migliore qualità clinica.

L'obiettivo comprende anche l'adeguamento delle reti informatiche di trasmissione dei dati, PACS, RIS e HIS (i cui atti specifici della Regione Liguria sono: "Piano operativo triennale di informatizzazione 2006-2008" di cui alla dCr n. 5/2006, "Piano di sanità elettronica" di cui alla dCr n. 12/2006).

Adeguamento normativo - I principi generali caratterizzano la rete ospedaliera come aderente alla domanda, verificata come appropriata, come accogliente, come adeguata sotto il profilo della dignità umana, come competitiva tecnologicamente.

Per soddisfare tali principi appare indispensabile procedere, ove necessario, all'adeguamento delle strutture ai requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.1997 e, conseguentemente, all'adeguamento alle norme tecniche che sono in continua evoluzione.

L'obiettivo specifico è garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria raggiungibile attraverso operazioni di messa a norma delle strutture sanitarie e di adeguamenti finalizzati all'accreditamento.

Il prospetto di seguito riportato raggruppa per macro aree gli obiettivi operativi del Programma.

Tab. 3.1 -

Macro aree di intervento	Aziende	Codice intervento	Intervento
Riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera	ASL 4 Chiavarese	9/4/H/09	Integrazione costruzione nuovo Ospedale di Rapallo
	ASL 5 Spezzino	10/5/H/09	Costruzione nuovo ospedale della Spezia
	E. O. Ospedali Galliera	12/G/H/09	Realizzazione nuovo ospedale Galliera
	Istituto Gaslini - GE -	13/Gas/H/09	Trasferimento Day Hospital Emato-Oncologico al 3° piano dell'edificio 12, compresi i due nuovi montalettighe
	Istituto Gaslini - GE -	14/Gas/H/09	Realizzazione nuovo Centro Trapianti di Midollo Osseo, al 2° piano dell'edificio 12
Ammodernamento tecnologico	ASL 1 Imperiese	1/1/T/09	Fornitura di un nuovo agiografo multidisciplinare ad acquisizione digitale diretta destinato alla S.C. di radiologia dell'osp. di Imperia
	ASL 2 Savonese	2/2/T/09	Sostituzione acceleratore lineare Servizio di Radioterapia (ospedale di Savona)
	ASL 3 Genovese	7/3/T/09	Aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un Sistema Telefonico Unificato
	ASL 3 Genovese	8/3/T/09	Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti
	Istituto Scientifico Tumori	15/Ist/T/09	Acquisto della Tomoterapia elicoidale
Adeguamento normativo	ASL 2 Savonese	3/2/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) del monoblocco e del Corpo servizi del complesso ospedaliero S. Paolo Valloria Savona - 2° lotto
	ASL 3 Genovese	4/3/D/09	Interventi di manutenzione straordinaria su strutture distrettuali
	ASL 3 Genovese	5/3/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) dell'Ospedale S. Carlo di Genova Voltri a adeguamento dei percorsi.
	ASL 3 Genovese	6/3/H/09	Interventi finalizzati alla rifunionalizzazione del Pad. B Ospedale A. Micone di Genova Sestri ed al completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi ex DPR 14.01.1997
	A. O. S Martino	11/M/H/09	Messa in sicurezza edile e impiantistica di vari padiglioni
	Istituto Scientifico Tumori	16/Ist/H/09	Lavori di messa a norma di impianti e strutture

3.1.4 LA GEOREFERENZIAZIONE DEGLI INTERVENTI

Tab. 3.2-

Aziende	Codice intervento	Intervento	Coordinate Gauss-Boaga
ASL 1 Imperiese	1/1/T/09	Fornitura di un nuovo agiografo multidisciplinare ad acquisizione digitale diretta destinato alla S.C. di radiologia dell'osp. di Imperia.	1422142,28 4860291,84
ASL 2 Savonese	2/2/T/09	Sostituzione acceleratore lineare Servizio di Radioterapia (ospedale di Savona).	1459490,52 4907536,13
ASL 2 Savonese	3/2/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) del monoblocco e del Corpo servizi del complesso ospedaliero S. Paolo Valloria Savona - 2° lotto.	1459490,52 4907536,13
ASL 3 Genovese	4/3/D/09	Interventi di manutenzione straordinaria su strutture distrettuali	(*)
ASL 3 Genovese	5/3/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) dell'Ospedale S. Carlo di Genova Voltri a adeguamento dei percorsi.	1479788,64 4919725,88
ASL 3 Genovese	6/3/H/09	Interventi finalizzati alla rifunionalizzazione del Pad. B Ospedale A. Micone di Genova Sestri ed al completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi ex DPR 14.01.1997.	1488168,36 4919785,05
ASL 3 Genovese	7/3/T/09	Aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un Sistema Telefonico Unificato.	(*)
ASL 3 Genovese	8/3/T/09	Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti.	(*)
ASL 4 Chiavrese	9/4/H/09	Integrazione costruzione nuovo Ospedale di Rapallo.	1517082,94 4911738,1
ASL 5 Spezzino	10/5/H/09	Costruzione nuovo Ospedale della Spezia	1567544,35 4886940,33
A. O. S. Martino	11/M/H/09	Messa in sicurezza edile e impiantistica di vari padiglioni.	1497665,7 4917120,27
E. O. Galliera	12/G/H/09	Realizzazione Nuovo Ospedale Galliera	1495350,99 4916319,08
Istituto Gaslini	13/Gas/H/09	Trasferimento Day Hospital Emato-Oncologico al 3° piano dell'edificio 12, compresi i due nuovi montalettighe.	1498985,76 4915462,59
Istituto Gaslini	14/Gas/H/09	Realizzazione nuovo Centro Trapianti di Midollo Osseo, al 2° piano dell'edificio 12.	1498985,76 4915462,59
Istituto Scientifico Tumori	15/Ist/T/09	Acquisto della Tomoterapia elicoidale	1497737,2 4917577,29
Istituto Scientifico Tumori	16/Ist/H/09	Lavori di messa a norma di impianti e strutture	1497737,2 4917577,29

(*) Interventi che per la particolare tipologia non è stato possibile georeferenziarli.

E' possibile individuare sul visualizzatore cartografico di Regione Liguria (nel sito www.cartografia.Regione.Liguria.it) la posizione geografica di ogni intervento utilizzando le coordinate Gauss-Boaga Roma40.

3.1.5 L'OFFERTA POST OPERAM

La realizzazione degli interventi previsti nel Programma contribuirà alla modifica dell'offerta sanitaria completandone e migliorandone alcuni aspetti (in modo sensibile in alcuni casi).

E' possibile stabilire delle dirette connessioni per macro aree di intervento già indicate nei su esposti obiettivi.

A titolo esemplificativo si illustrano alcuni interventi del Programma, ritenuti i più significativi della modificazione dell'offerta e dell'intercettazione dei bisogni espressi dai cittadini.

I casi più significativi sono rappresentati dalla costruzione dei nuovi ospedali in sostituzione di quelli esistenti.

Nuovo ospedale di Rapallo - L'intervento di costruzione del nuovo ospedale di Rapallo è stato inserito nell'Accordo di Programma stipulato in data 27.07.2000 tra il Ministero della Sanità e la Regione Liguria. I lavori sono in fase di ultimazione e l'inserimento dell'intervento nel presente Documento costituisce una integrazione finanziaria rappresentata, nel dettaglio, nel successivo capitolo 5.4.

L'intervento consente di unificare, in un unico corpo edilizio situato presso il casello autostradale di Rapallo, le funzioni attualmente svolte in diversi edifici con conseguente miglioramento in termini di efficacia ed efficienza. L'ospedale, progettato con criteri finalizzati a garantire elevati valori di umanizzazione, inizialmente, prevedeva complessivamente 174 posti letto. Nel corso dei lavori l'organizzazione del nuovo ospedale è stata rivista in funzione delle nuove esigenze e dei nuovi indirizzi programmatori. In Consiglio regionale, con l'approvazione dello "*Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune Aziende sanitarie*" (deliberazione n. 8 del 28.02.2008), ha riorganizzato l'intera offerta ospedaliera dell'ASL 4 Chiavarese, in previsione dell'apertura del nuovo polo ospedaliero di Rapallo. In particolare, per assicurare la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio e l'integrazione socio-sanitaria nel territorio dell'ASL 4, sono stati riorganizzati i posti letto per acuti ospedalieri e i posti letto di riabilitazione ospedalieri ed extra ospedalieri. La funzione del nuovo polo sarà caratterizzata dall'attività di chirurgia ortopedica di elezione con relativa riabilitazione estensiva. Sarà sede della cardiologia riabilitativa, della medicina interna con relativo day hospital, della dialisi, delle cure intermedie e della day surgery multidisciplinare; garantirà attività ambulatoriale e di diagnostica per il territorio del Distretto sociosanitario n. 14 Tigullio Occidentale. Sarà sede di punto di Primo intervento attivo sulle 24 ore. I posti letto assegnati al nuovo polo sono n. 80 per acuti e n. 49 di riabilitazione e cure intermedie oltre 10 posti tecnici per le prestazioni di dialisi.

Nuovo ospedale Galliera - La costruzione del nuovo ospedale nasce dall'esigenza di rivisitare tutto il presidio dal punto di vista strutturale per superare, in via definitiva, la struttura storica e monumentale del cosiddetto "pettine" oggi inattuale sia dal punto di vista strutturale sia dal punto di vista organizzativo (vedi successivo capitolo 5.7).

Le prospettive di sviluppo e di miglioramento continuo della qualità assistenziale trovano un limite sostanziale nella struttura architettonica dell'ospedale. L'attuale sistemazione dei servizi di assistenziali risulta inadeguata rispetto alle moderne concezioni di edilizia ospedaliera. In particolare la struttura a padiglioni a forma di "pettine", sebbene di grandissimo pregio architettonico e storico, non è adeguata ad ospitare le degenze, in quanto non compatibile con gli attuali requisiti di sicurezza degli ambienti di lavoro e dai principi generali di funzionalità operativa.

L'ampiezza dei locali, i lunghi corridoi e le pareti a finestra costituiscono elementi architettonici di grande fascino, ma si coniugano difficilmente con le esigenze di tipo impiantistico e di confort assistenziale. Un problema rilevante è anche quello relativo agli accessi e ai percorsi per pazienti, personale e materiali che la struttura architettonica rende disagiati e disarticolati e, quindi, totalmente inadeguati alle esigenze di accoglienza, linearità ed efficienza organizzativa.

Altro punto debole è rappresentato da alcuni settori di rilevante importanza, quali la radiologia e il blocco operatorio centrale che, per motivi logistici, tecnici ed organizzativi, rappresentano dei "colli di bottiglia" nei processi di cura interferendo sensibilmente con gli obiettivi di ottimizzazione delle risorse, sviluppo delle attività e di fluidità dei percorsi.

Dal punto di vista gestionale, l'Ente mostra carenze legate ad un assetto organizzativo.

L'attuazione del progetto di costruzione del nuovo ospedale rappresenta un elemento fondamentale per superare i limiti strutturali che si frappongono alla piena realizzazione di un ospedale moderno effettivamente orientato all'accoglienza, all'efficienza e alla qualità assistenziale. Alla luce delle considerazioni sulle condizioni strutturali dell'Ente, lo sviluppo delle attività non può prescindere dalla disponibilità di una struttura edilizia e impiantistica idonea alla realizzazione di un sistema organizzativo basato sulla centralità del malato e sull'attenzione all'ergonomia.

Dal punto di vista della gestione sanitaria, la costruzione della nuova struttura in linea con le più moderne esigenze operative e dotata delle strutture assistenziali necessarie, renderà perseguibile un innalzamento sostanziale, sia del livello qualitativo delle cure, sia del conto economico gestionale. Il malato vedrà migliorare l'efficienza delle prestazioni, siano queste riferite ad attività ambulatoriali o ad attività degenziali; la struttura sanitaria ottimizzando l'impiego delle risorse, degli spazi e quindi del personale, si troverà a poter operare risparmi - diretti e indiretti - utili per raggiungere i parametri di spesa definiti all'interno del piano sanitario regionale.

Nuovo ospedale della Spezia - L'esigenza di costruire un nuovo ospedale nasce dall'esame delle criticità, attualmente presenti, rilevate nell'ASL 5 spezzino; le maggiori risultano essere le seguenti.

Il polo ospedaliero della Spezia svolge attualmente la sua attività in due stabilimenti ospedalieri, il S. Andrea ed il Felettino, distanti tra loro circa tre chilometri. Il S. Andrea consta di un edificio centrale e di sei padiglioni, non collegati, sottoposti, in passato, a più interventi di manutenzione straordinaria e di ampliamento che, nel corso del tempo hanno generato la singolare circostanza per cui vi sono reparti di degenza funzionali ed efficienti ed altri risultano assolutamente inadeguati. I servizi diagnostici ed i servizi generali sono situati in padiglioni diversi rispetto ai locali di degenza, tale situazione logistica determina notevoli difficoltà nella programmazione ed erogazione dei servizi (trasporto dei pazienti, distribuzione dei pasti, continuità assistenziale riferita alla criticità di ricorrere alle ambulanze per la gestione delle urgenze).

L'attività chirurgica viene svolta su due presidi: al S. Andrea si articola in tre gruppi operatori per un totale di sei sale dislocate in due padiglioni distinti, al Felettino si svolge in due sale. Tale situazione genera dispersione e frammentazione delle attività, mancanza della sala dedicata alle urgenze, mancanza di spazi operatori per ulteriore incremento e diversificazione delle attività chirurgiche.

Altre criticità riscontrate, di non minore importanza di quelle sopra citate, risultano essere: le degenze obsolete e piccole, gli ambulatori decentrati, accessibilità difficoltosa al S. Andrea posto in cima ad una collina e strutturato a padiglioni, inadeguatezza dei presidi alla normativa di sicurezza previste dal DPR 14.01.1997 e dalla L.R. 30.07.1999 n. 20.

Dalle verifiche di fattibilità effettuate dall'ASL 5 (illustrate dettagliatamente nel successivo capitolo 5.5) risulta che l'obiettivo di unificare le funzioni ospedaliere, attualmente gestite in due distinte strutture, è perseguibile esclusivamente tramite la costruzione di un nuovo ospedale nell'area del Felettino previa demolizione dell'attuale edificio non a norma il cui adeguamento risulta antieconomico. Detta soluzione ha l'obiettivo di innalzamento del livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni, di adeguamento alle disposizioni di accreditamento, alle normative di sicurezza ed altri criteri di umanizzazione attraverso un processo di forte razionalizzazione organizzativa e funzionale.

Con la realizzazione del nuovo ospedale è prevista la riduzione dei costi per mobilità passiva infra ed extra regionale, senza contare che l'attivazione di una disciplina ad alta specializzazione, prevista per il DEA di II livello, ad esempio quella della chirurgia toracica, andrebbe ad incrementare la mobilità in attrazione.

Il programma prevede alcuni interventi di ammodernamento tecnologico di cui:

- alcuni relativi alla sostituzione di apparecchiature obsolete: la realizzazione di tali interventi concorrerà a modificare positivamente l'offerta sanitaria in termini di maggior utilizzo delle apparecchiature e, conseguentemente, riduzione delle liste di attesa (il numero dei giorni di fermo macchine per manutenzione nel corso dell'anno per le apparecchiature nuove è molto ridotto),
- ed uno relativo all'acquisto della tomoterapia elicoidale presso l'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro (IST): trattasi di alta tecnologia innovativa nel settore della Radioterapia, ed unica in Liguria, destinata sia alla ricerca che all'assistenza (meglio rappresentato nel successivo capitolo 5.9), che contribuirà in modo significativo alla modificazione dell'offerta sanitaria in quanto all'attualità i pazienti trattati con detta tecnologia sono costretti a recarsi nelle regioni limitrofe senza contare che con detta apparecchiatura altri pazienti potranno avvantaggiarsi di cicli di trattamenti più brevi

IL programma prevede inoltre interventi relativi all'adeguamento normativo delle strutture che, anche se non concorrono in modo diretto alla modificazione dell'offerta sanitaria, contribuiscono indirettamente rendendo sicuri e confortevoli gli ambienti entro i quali vengono erogate le prestazioni.

3.2 LA COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

Dall'osservazione degli obiettivi operativi del programma e della conseguente offerta post operam, è possibile individuare le relazioni di complementarità tra le priorità che hanno portato alla definizione degli interventi del programma.

Dall'analisi si evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità abbiano portato alla definizione di un programma che, attraverso l'individuazione degli obiettivi specifici, concorra, quale prima fase di un programma più ampio, ed a vari livelli di intervento, al soddisfacimento dei bisogni sanitari/assistenziali rilevati attraverso l'individuazione di interventi afferenti:

- alla riqualificazione /riorganizzazione della rete ospedaliera,
- all'ammodernamento tecnologico,
- all'adeguamento normativo.

Il risultato conseguito può essere valutato sia sotto il profilo dell'apporto degli interventi raggruppati per macroaree al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale, sia in termini propriamente quantitativi di incidenza percentuale delle macro aree di intervento sull'importo finanziario complessivo del programma.

I grafici sottoriportati illustrano l'incidenza percentuale sul programma del fabbisogno finanziario per obiettivi specifici, per categorie e per tipologia di intervento. Queste rappresentazioni danno conto, tra l'altro, delle sottese relazioni di equilibrata complementarità tra gli obiettivi specifici, le categorie e le tipologie del programma.

Grafico 3.1 fabbisogno finanziario per obiettivi specifici-

Razionalizzazione / riorganizzazione della rete ospedaliera	Ammodernamento tecnologico	Adeguamento normativo
€ 344.844.000,00	€ 12.304.000,00	€ 16.750.000,00

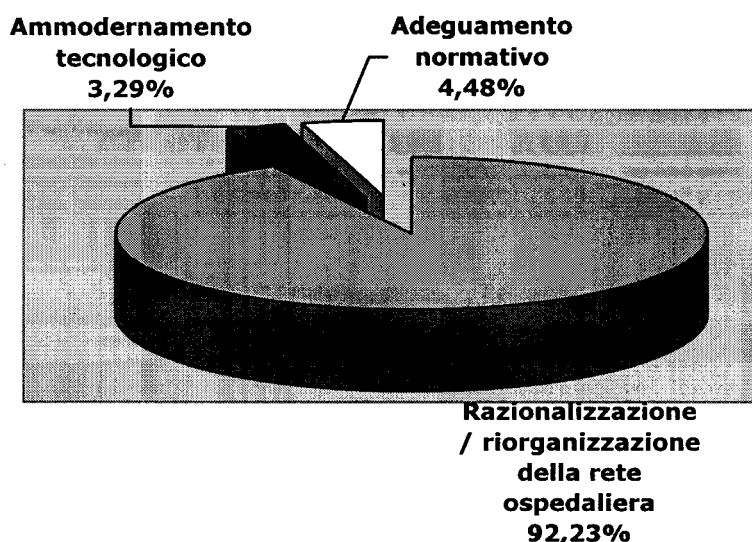


Grafico 3.2 fabbisogno finanziario per categorie-

Ospedali	Assistenza Territoriale	Tecnologie
€ 359.594.000,00	€ 2.000.000,00	€ 12.304.000,00

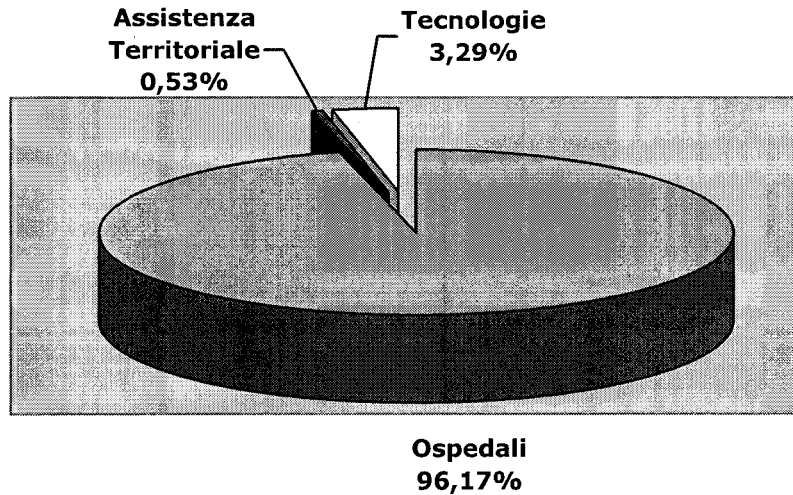
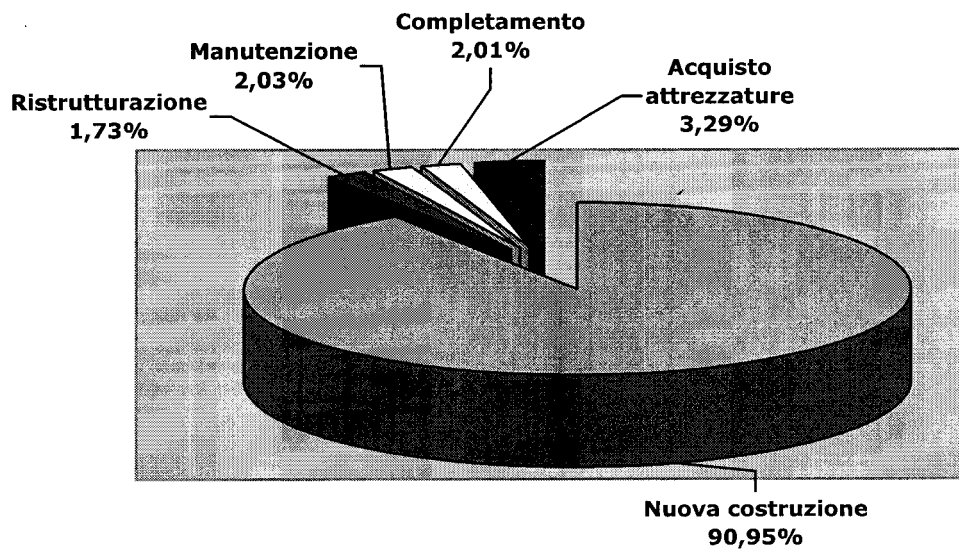


Grafico 3.3 fabbisogno finanziario per tipologie-

Nuova costruzione	Ristrutturazione	Manutenzione	Completamento	Acquisto attrezzature
€ 340.050.000,00	€ 6.464.000,00	€ 7.580.000,00	€ 7.500.000,00	€ 12.304.000,00



La logica della pianificazione ex ante, attraverso il confronto diretto con le Aziende sanitarie interessate, ha permesso l'individuazione di alcuni punti di debolezza non eliminabili. Tuttavia essendo questi conosciuti, possono essere opportunamente monitorati durante la fase attuativa del Programma. In tal modo sarà possibile contenere le situazioni di criticità.

L'analisi dei rischi, così come l'analisi dei punti di debolezza del programma sono stati riepilogati nella matrice sotto riportata, secondo la metodologia SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats), e confrontati con i punti di forza del programma stesso e con le opportunità che il programma stesso può comportare.

Tab. 3.3 analisi S.W.O.T.-

	S. Forza	W. Debolezza
Interni	<p>Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Programma con ridotto numero di interventi.</p> <p>Utilizzo dei finanziamenti disponibili per finanziare un numero contenuto di interventi (n. 16) di cui quattro con significativo impatto nella struttura dell'offerta.</p>	<p>Difficoltà di uniformare le procedure di liquidazione per alcuni interventi del programma finanziati anche con altre linee di intervento con procedure di liquidazione diverse da quelle di cui al programma di prosecuzione dell'art. 20 l. 67/88.</p>
	O. Opportunità	T. Rischi
Esterni	<p>Perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e di integrazione delle attività territoriali.</p> <p>Contribuire a garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.</p> <p>Aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici.</p>	<p>Per gli interventi inseriti nel programma di notevole impegno finanziario aumento delle criticità nelle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione e dei lavori.</p> <p>Possibile sorgere di contenziosi con le imprese nella fase realizzativi degli interventi, in particolare per quegli interventi di notevole impegno finanziario.</p>

4. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI

4.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE

4.1.1 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE

La programmazione sanitaria nazionale è riferita al Patto per la salute, già trattato nei capitoli precedenti, ed al Piano sanitario nazionale 2006-2008.

Il Piano sanitario nazionale parte da una disamina degli scenari che nei prossimi anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano. Sono stati considerati gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese nonché a quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico, oltre che, da un lato, gli elementi che caratterizzano l'attuale fase istituzionale -federalismi fiscale-, dall'altro, i precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale e regionale per valutarne il rapporto con il nuovo Piano.

Il Piano ha definito gli obiettivi di salute da perseguire nel triennio di riferimento:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza,
- le grandi patologie: i tumori, le malattie cardiovascolari, il diabete e le malattie respiratorie,
- la non autosufficienza: anziani e disabili,
- la tutela della salute mentale,
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita (fumo di tabacco, abuso di alcol, le tossicodipendenze),
- il sostegno alle famiglie,
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali,
- il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica,
- la sicurezza alimentare e la nutrizione,
- la sanità veterinaria,
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro,
- l'ambiente e la salute.

4.1.2 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

La programmazione regionale è caratterizzata all'attualità, essenzialmente, dai seguenti principali provvedimenti.

Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza - linee di indirizzo, criteri - Modalità e termini di realizzazione - approvato con deliberazione consiliare n. 29 del 8 agosto 2006: ha previsto, in ottemperanza alle disposizioni di cui all'articolo 4 sub a) dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, tra gli obiettivi anche quello di raggiungere uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,68 posti letto per mille abitanti di cui: 3,78 posti letto per mille abitanti per ricovero di acuti, 0,9 posti letto per mille abitanti per ricoveri di riabilitazione; tale obiettivo è previsto, da detto piano, che venga raggiunto attraverso una manovra di riduzione e riconversione di posti letto da svilupparsi

per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza di cui con il citato piano vengono definiti gli indirizzi ed i criteri programmatici.

Legge regionale del 07.12.2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" ha delineato il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e si è posta, tra l'altro, l'obiettivo di regolamentare gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni, di 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, di sviluppare i rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse. In particolare:

- ha disciplinato 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 ed ai tassi di ospedalizzazione), la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative di emergenza sanitaria, l'individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri;
- ha previsto 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;
- ha evidenziato la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria e sociosanitaria e prevede il loro contributo alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, socio sanitaria e sociale, mediante i compiti in materia attribuiti alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale ed alla Conferenza dei Sindaci;
- ha disciplinato le modalità di organizzazione dei presidi ospedalieri prevedendo la possibilità che siano costituiti presidi ospedalieri derivanti dall'accorpamento organizzativo di più stabilimenti.

Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 243/2007, ed allegato all'Accordo che la Regione Liguria ha sottoscritto il 6 marzo 2007 con il Ministero della salute e dell'economia, è articolato su tre anni (2007-2009) ed individua gli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo.

La Regione con detto Accordo si è impegnata, in particolare, ad attuare le misure contenute nel Piano di rientro di seguito sintetizzate:

- misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei medesimi livelli di assistenza; gli obblighi e le procedure previste dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010; gli interventi di riorganizzazione, di

riqualificazione e di potenziamento del Servizio sanitario regionale e gli interventi ivi previsti per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e degli adempimenti di cui all'Intesa del 23 marzo 2005, correlati con gli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale.

Il Piano di rientro prevede, tra l'altro, l'adozione di provvedimenti volti a razionalizzare la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per il personale dipendente e convenzionato con il servizio sanitario regionale, nel rispetto dei LEA.

La razionalizzazione della rete ospedaliera, mirata essenzialmente al contenimento della spesa, è nata anche da considerazioni, di carattere generale, relative allo sviluppo di nuove tecnologie, all'evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche, che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno. Tali considerazioni rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. L'offerta è necessario che si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali.

Altro aspetto dell'organizzazione sanitaria da considerare e sviluppare è quello relativo all'integrazione ospedale territorio. Grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci la degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative e strutturali che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure, soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale a livello territoriale.

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale. Da tali considerazioni ne discende che il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

Come sopra detto, con deliberazione n.29 del 8 agosto 2006, il Consiglio regionale aveva approvato una prima manovra contenitiva al fine di portare gli standard regionali, relativi ai posti letto, ai valori indicati dall'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005. Detta prima fase della manovra di adeguamento ha comportato una riduzione di 385 posti letto per acuti a cui si aggiunge quella conseguente agli interventi realizzati nel corso dell'anno 2005 pari a 163 p.l., per complessivi 548 p.l. a fronte di un aumento di 148 nuovi posti letto di riabilitazione.

Nel Piano di rientro dal disavanzo è stato previsto:

- per il triennio 2007-2008-2009 le disattivazioni di n. 1 Pronto Soccorso e n. 2 punti di primo intervento,
- una riduzione di 991 p.l. nel triennio 2007-2008-2009,
- per il biennio 2008-2009 la disattivazione di strutture ospedaliere con contestuale apertura di nuovi presidi.

I principi generali e criteri di valutazione dell'offerta ospedaliera, affrontati dal Piano di rientro, costituiscono gli elementi portanti della riorganizzazione del sistema ospedaliero ligure sul quale gravano l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta, elementi, questi, di criticità che hanno imposto scelte di tipo logistico e organizzativo innovative. Per tale aspetto il Piano ha previsto si debba realizzare, nel medio lungo periodo, una strategia di modernizzazione del parco ospedaliero regionale che dovrebbe prevedere la realizzazione:

- di un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del levante ligure (ASL 5) in sostituzione dell'ospedale della Spezia,
- di un secondo monoblocco all'interno dell'ospedale S. Martino in sostituzione di parte dell'attuale sistema a padiglioni,
- di un nuovo ospedale, sede di DEA, nel ponente genovese in sostituzione di tutti i presidi oggi attivi nell'area interessata,
- di un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del ponente ligure (ASL 1) in sostituzione dei presidi Imperia e Sanremo.

Nel tempo necessario alla realizzazione di un così radicale rinnovamento strutturale, è previsto che la Regione proceda attraverso fasi successive di riorganizzazione della funzione ospedaliera, anche ai fini di rispettare lo standard di 3,78 posti letto per 1000 abitanti, per ricoveri di acuti, di cui all'Intesa Stato-Regione del 23.03.2005 la cui prima fase, come sopra detto, è stata avviata dal Consiglio Regionale con delibera n. 29/2006.

L'attuazione del Piano di rientro -

- Anno 2007 -

E' caratterizzato dall'impostazione e avvio operativo del Piano di rientro.

Il Piano, articolato su 3 anni (2007-2009), poggia su due linee portanti: da una lato vengono identificate misure specifiche per raggiungere il rientro dal disavanzo ed un ritorno all'equilibrio economico; dall'altro si delineano percorsi di riqualificazione e razionalizzazione del sistema sanitario ligure, collegati a un sistema di misurazione e a procedure di controllo per il rispetto dei livelli di assistenza e di qualità.

Sono state pertanto individuate le principali aree critiche di intervento, a partire dalle quali il piano è stato strutturato. In riferimento alle criticità sono stati identificati i fattori critici di successo da presidiare e, collegati ad essi, gli interventi da porre in atto.

PRINCIPALI AREE CRITICHE DI INTERVENTO	FATTORI CRITICI DI SUCCESSO
❖ SPESA FARMACEUTICA	❖ GOVERNO FARMACEUTICA
❖ PERSONALE	❖ GESTIONE E RIORGANIZZAZIONE R.U.
❖ RETE OSPEDALIERA	❖ RIDISEGNO RETE OSPEDALIERA
❖ LISTE D'ATTESA	❖ PROGETTUALITA' MIRATE
❖ GOVERNANCE	❖ AZIONE FORTE DI GOVERNANCE DI SISTEMA

A partire già dal 2006 si sono individuati, realizzati ed avviati gli interventi necessari per riequilibrare e contenere i costi strutturali del **settore farmaceutico** seguendo tre direttrici:

- qualificazione del modello organizzativo e riordino del sistema distributivo,
- governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, sicurezza ed efficienza nella gestione del farmaco,
- implementazione dei monitoraggi.

A partire dal 2007 sono stati avviati due nuovi flussi informativi relativi alla erogazione diretta ed alla erogazione ospedaliera che permettono un migliore e più puntuale controllo.

Le misure poste in essere per il governo della **spesa del personale** si identificano principalmente nella gestione diretta da parte della Regione delle autorizzazioni in deroga per l'assunzione di tutte le figure professionali e da un costante monitoraggio di sistema sull'andamento di cessazioni-assunzioni. La gestione diretta delle autorizzazioni sulle singole assunzioni permette da parte del Direttore del Dipartimento Salute e Servizi sociali della Regione, di ottenere oltre all'effetto di contenimento, anche quello di gestione complessiva dei bisogni di personale, ottimizzando l'impiego delle figure professionali presenti sul territorio, coordinando eventuali esuberi che si vengono a creare a fronte delle azioni di riorganizzazione in atto nelle varie aziende, in particolare derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera. I vincoli posti dal Piano di rientro hanno consentito di garantire anche i vincoli posti dalla legge finanziaria 2007 (art. 1 comma 565) in merito alla richiesta riduzione dell'1,4% del costo del personale rispetto ai livelli del 2004.

Relativamente alla **riorganizzazione delle rete regionale** di cura ed assistenza. (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 29 dell'8/8/2006) gli interventi attuati hanno determinato in particolare:

- variazione della composizione della dotazione organica dei posti letto per acuti e per riabilitazione con avvicinamento ai parametri nazionali vigenti;
- ricoveri ordinari per acuti correlati ad una attività sempre più volta verso la media alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa;
- sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e dei PAC.

La Giunta Regionale ha recepito e finanziato i piani formulati dalle Aziende, al fine di superare alcune delle criticità esistenti sui **tempi di attesa per prestazioni** specialistiche ambulatoriali, e garantire per una serie di prestazioni tempi inferiori ai 30 giorni, con l'eccezione di ecografie ed ecocolordoppler, che possono essere erogati entro 45 giorni (DGR n. 1235 del 19/10/2007).

Oltre al positivo trend sui tempi di attesa, si registra la realizzazione delle seguenti azioni, previste dalle delibere in argomento:

- Inserimento nel CUP dell'Azienda Sanitaria Locale di tutte le prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati nel territorio di riferimento, con riserva di alcune prestazioni prenotabili solo presso i soggetti erogatori per motivi clinici ed organizzativi legati alla loro complessità e specificità;
- Suddivisione delle agende di prenotazione tra prime visite e visite successive/di controllo da parte di tutte le Aziende, seppur con limitate disomogeneità nelle modalità attuative;
- Attivazione del CUP WEB per consentire la prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio del MMG;
- Applicazione del divieto di chiusura delle prenotazioni;

- Attivazione di misure per la diminuzione del "drop out", per cui nelle varie;
- Aziende risulta una diminuzione degli appuntamenti disertati dagli utenti senza disdetta preventiva;
- Prosecuzione dei percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, tramite accordi con i medici di medicina generale e diffusione delle "best practice" riscontrate nelle varie Aziende

Nel 2007 (DGR n 339 del 30 marzo 2007) è stato istituito il **tavolo tecnico di monitoraggio** regionale che periodicamente incontra singolarmente le direzioni di ogni singola azienda per fare il punto sulla situazione economica, lo stato di avanzamento delle azioni e obiettivi assegnati.

- Anno 2008 -

Per la **farmaceutica** nel 2008 hanno trovato continuità e sviluppo ulteriori misure, sempre strutturali, di governo della spesa.

Nel 2008 grazie alle azioni di riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica avviate nel 2007 si è registrato un ulteriore contenimento della spesa convenzionata ed una sostanziale tenuta del tetto del 14 % per la territoriale, con un perdurare dello scostamento dal tetto dell'ospedaliera peraltro comune alla pressoché totalità delle Regioni italiane, riconducibile essenzialmente all'immissione in commercio di farmaci innovativi ad alto costo (antineoplastici, antivirali, immunosoppressori).

Al contenimento della spesa farmaceutica hanno contribuito il consolidamento delle azioni introdotte nel 2007 e l'applicazione della D.G.R. n. 907 del 29.07.2008 con la quale è stato dato un nuovo impulso alla distribuzione diretta ed è stato rinnovato l'accordo con Federfarma per la distribuzione in nome e per conto dei farmaci del PHT a condizioni molto favorevoli per la Regione.

In particolare, già nel 2007 sono state gettate le basi per un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, che inizierà a dare i suoi frutti nel 2008 e nel 2009, attraverso percorsi virtuosi, che passano dalla definizione di linee guida, alla formazione agli operatori (medici prescrittori ospedalieri e specialisti ambulatoriali, MMG), alla realizzazione di audit clinici, finalizzati a verificare il recepimento e la condivisione da parte dei medici sia dei contenuti delle linee guida, sia dell'attività formativa e le conseguenti risposte in termini di appropriatezza.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 946 del 1° agosto 2008 è stato approvato un accordo per lo sviluppo dell'integrazione delle farmacie convenzionate pubbliche e private; è stato riconosciuto alle farmacie il ruolo di presidi sanitari polifunzionali che, oltre a garantire l'assistenza farmaceutica territoriale, possono svolgere attività in altri settori sanitari di prioritaria importanza quali la prenotazione dei servizi sanitari, l'assistenza domiciliare, le autoanalisi, lo svolgimento di campagne di educazione sanitaria, ecc.

Stralcio del Piano Socio Sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune Aziende Sanitarie.

(Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/2/2008)

Gli interventi previsti nello Stralcio del Piano Socio Sanitario relativo alla **rete di cura ed assistenza**. Accorpamento e nuova definizione di alcune Aziende Sanitarie (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/2/2008), intendono in particolare conseguire:

- una revisione complessiva della funzione ospedaliera regionale, finalizzata a superare l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta, attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale e l'accorpamento di due Aziende Ospedaliere (A.O. Villa Scassi e A.O. Santa

Corona) con le Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio di riferimento (rispettivamente ASL 3 ed ASL 2);

- definizione di un'organizzazione della rete ospedaliera volta all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo;
- implementare le azioni già in corso per migliorare la continuità assistenziale e conseguentemente facilitare le dimissioni protette per i cittadini che necessitano di continuità di cure a domicilio o in strutture residenziali extraospedaliere in modo da contrastare l'inappropriatezza dei tempi di degenza ospedaliera.

Nel 2008 lo stato di attuazione di dette azioni ha evidenziato che:

- la maggior parte delle Aziende Sanitarie Liguri ha realizzato la totalità delle azioni previste (ASL 1, 2, 4, IST, Villa Scassi, E.O. Gaslini);
- alcune Aziende hanno realizzato la maggior parte degli adempimenti (ASL 5, San Martino, E.O. Galliera, Evangelico)
- la situazione della ASL 3 presenta criticità in quanto alcune azioni non sono state realizzate in considerazione di un possibile aggiornamento delle stesse secondo il mutato contesto evidenziato dall'Azienda.
- a decorrere dal 1 luglio 2008 è stata attuata la deaziendalizzazione delle A.O. Villa Scassi e Santa Corona, confluite rispettivamente nella Asl 3 e Asl 2.

Nel 2008 è stato dato avvio alla successiva fase di **abbattimento delle liste di attesa** prevista dalla DGR 1235/2007, ampliando il numero e la tipologia di prestazioni sulle quali intervenire con misure di potenziamento dell'offerta.

Presso la ASL 1, la ASL 2 e la ASL 4 sono stati approvati ulteriori piani di intervento, con le medesime modalità ed obiettivi previsti nella prima fase, ma riferiti ad ulteriori prestazioni e precisamente: prima visita neurologica, dermatologica, ORL, urologica, diabetologica, fisiatrice, mammografie (DGR nri. 673, 674, 675 del 13 giugno 2008).

Generalmente i tempi di attesa sono migliorati e il numero di prestazioni erogate è aumentato.

Nel 2008, trascorso un anno dalla stipula del Piano di Rientro la Giunta Regionale, al fine di rafforzare la governance regionale sul S.S.R., ha ritenuto opportuno implementare il sistema di valutazione delle azioni e delle performances attivando un percorso di confronto interregionale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere per permettere ai soggetti del Sistema di apprendere dalle best practices.

A tal fine la Regione Liguria ha avviato un confronto con altre Regioni, individuando quale modello di riferimento il sistema di valutazione delle performance attivato dalla Regione Toscana.

- Anno 2009 -

Nel 2009 il percorso intrapreso è stato consolidato, in particolare agendo sul governo della spesa farmaceutica e sul controllo del costo del personale attraverso una gestione puntuale del turn over.

Le scelte strategiche effettuate negli anni precedenti relative alla rete di cura e assistenza e quelle di razionalizzazione organizzative di alcuni servizi (es. accorpamento dei laboratori), nonché il rafforzamento dell'offerta territoriale - a fronte di un ridimensionamento della rete ospedaliera - sono state portate a regime.

Il monitoraggio sull'andamento dei costi è stato assicurato con puntualità, al fine di razionalizzare ancora dove è stato possibile.

Nel corso del 2010, a seguito delle previste verifiche ministeriali, le riunioni del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA, tenutesi il 10/11 ed il 9/12, hanno avuto ad oggetto la chiusura del Piano di rientro. Il Tavolo tecnico ha valutato positivamente la Regione Liguria, stabilendo per la stessa la possibilità di accedere alle risorse relative alla quota premiale per l'anno 2008 e alle risorse relative al fondo transitorio di accompagnamento per l'anno 2009.

Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale - L. 67/88 articolo 20: aggiornamento dell'elenco di interventi da inserire nell'accordo di programma Regione-Governo anno 2007, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 01.08.2007, individua, tra l'altro, nel territorio ligure i nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione di quelli esistenti, e l'articolazione finanziaria in quelle aree interessate a detta manovra confermando le previsioni di cui al Piano di rientro sopra citato e con l'aggiunta della *"costruzione di un nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell'attuale struttura storica monumentale"*.

Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza, approvato dal Consiglio regionale n. 8 del 28.02.2008, individua per il periodo 2008-2010 gli obiettivi generali già rappresentati al precedente capitolo 1.4.

Piano sociosanitario regionale 2009-2011 approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 22/2009.

Il Piano sanitario della regione Liguria 2009-2011 ha come obiettivo valorizzare e dare voce alle competenze presenti nel sistema, organizzando una "struttura a rete" in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo.

L'elemento di novità nell'impostazione di costruzione del piano è quello della concertazione, una delle principali forme di partecipazione collaborativa.

Obiettivo di questo piano è voler ascoltare e, tradurre in pianificazione sostenibile le aspettative e le elaborazioni culturali dei professionisti impegnati nel Servizio Sanitario Ligure, per soddisfare i bisogni dei cittadini.

La costruzione di un piano di sistema in continuo divenire, che garantisca al servizio sanitario regionale ligure una visione a medio e lungo termine, rappresenta un'occasione di confronto da parte di operatori sanitari che da tempo hanno ipotizzato modelli di reingegnerizzazione e che hanno ora l'opportunità di poter esprimere il punto di vista di chi opera sul campo.

A questo scopo sono stati costituiti gruppi di lavoro che hanno avuto il compito di definire, e di condividere col sistema, gli assetti essenziali delle reti per patologia o condizione. I lavori prodotti, grazie ai quali si è giunti alla redazione del piano, rappresentano l'utile base di partenza per il prosieguo dell'attività degli stessi gruppi. E' ora necessario rendere permanenti gli originali gruppi di redazione, integrandoli con altri nomi, affidando loro il mandato di avviare la "tessitura realizzativa" delle reti stesse.

Il Piano è articolato in tre parti:

1. l'organizzazione a rete della sanità ligure,
2. i documenti delle Reti,
3. la normativa di riferimento.

La prima parte descrive i modelli di riferimento, gli obiettivi e le azioni che si intendono realizzare, con tempi dati, per migliorare il servizio fornito ai cittadini. Nel documento viene illustrata la metodologia di lavoro che è stata, e che verrà, utilizzata dalla Regione Liguria per costruire la rete dei servizi, ma non viene descritta l'ipotetica struttura dei servizi stessi.

Si è ritenuto strategico enfatizzare, invece, l'architettura metodologica e relazionale presa a riferimento, che consente di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo, valorizzando e dando voce alle competenze presenti nel sistema.

La modalità di costruzione delle reti integrate dei servizi è strumento e fine della programmazione in conseguenza:

- del forte coinvolgimento che la pianificazione stessa richiede agli operatori e alle professioni del Sistema Sanitario Ligure,
- dell'importanza data alle prove di efficacia,
- della spinta alla cooperazione che nel sistema ogni componente deve giocare,
- delle conseguenze sulla qualità dei risultati attesi,
- delle conseguenze di tipo economico che la messa a rete dei servizi è destinata a produrre.

La seconda parte raccoglie i documenti redatti dai gruppi di clinici e tecnici che hanno lavorato sulle reti orizzontali e tematiche. Questi documenti hanno costituito la base condivisa sulla quale è stato elaborato il piano stesso.

Sono nati infatti dai professionisti che quotidianamente operano nel Servizio Sanitario e che hanno condiviso il contenuto dei diversi documenti con colleghi affini per disciplina e percorso.

La terza parte raccoglie il corpus normativo regionale di riferimento.

4.1.3 LA COERENZA DEL PROGRAMMA AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE ED AGLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Gli interventi del programma trovano corrispondenza agli indirizzi e priorità che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Tra le indicazioni previste dalla programmazione nazionale e regionale, vengono individuate come prioritarie:

- il potenziamento dei servizi territoriali (già sviluppato dalla Regione Liguria con i precedenti programmi in particolare con l'ultimo Accordo di programma sottoscritto con i Ministeri competenti il 18.03.2009),
- l'innovazione e ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute,
- la messa a norma delle strutture ai requisiti dalla normativa nazionale e regionale, anche in materia di accreditamento, per garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di confort alberghiero e di umanizzazione dei luoghi di cura,
- l'adeguamento e la definizione dell'organizzazione della rete ospedaliera in modo da procedere all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo (anche attraverso

una revisione complessiva della funzione ospedaliera finalizzata a superare l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta, attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale).

Il programma, inoltre, è conforme agli indirizzi di cui alle deliberazioni del CIPE n. 97 e 98 del 18 dicembre 2008 (di riparto delle risorse finanziarie stanziata per i programmi di investimenti in sanità dalle leggi finanziarie 2007 e 2008). Tali indirizzi prevedono che le Regioni, nell'attuazione dei programmi di investimento in sanità, tengano conto, per quanto compatibile con la programmazione regionale e nazionale, delle seguenti priorità:

- riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico,
- realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative,
- implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie e ospedaliere,
- strutture di assistenza odontoiatrica.

Il programma recepisce tali indicazioni secondo quanto di seguito riportato.

Riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico.

Alcuni interventi inseriti nel programma sono finalizzati, specificamente, all'acquisizione delle apparecchiature in argomento.

In particolare:

- la ASL 2 Savonese ha programmato la sostituzione dell'acceleratore lineare della Struttura Complessa di Radioterapia dell'ospedale S. Paolo di Savona, per obsolescenza come dettagliatamente illustrato nel successivo capitolo 5.2,
- l'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro (IST) ha programmato l'acquisto della tomoterapia elicoidale tecnologia altamente innovativa, unica in Liguria, dettagliatamente rappresentata nel successivo capitolo 5.9.

Oltre alle citate tecnologie, sono comprese nel programma altre tecnologie di interesse oncologico afferenti alla costruzione dei due nuovi ospedali Galliera a Genova e alla Spezia.

Realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative.

In questo programma non vengono contemplati interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative in quanto la Regione Liguria ha in corso l'attuazione di uno specifico programma dedicato alla realizzazione di strutture hospice di cui alla L. n. 39/1999 (illustrato nel precedente capitolo 1.3.6).

Il programma hospice è stato approvato nell'anno 2000 con deliberazione della Giunta regionale n. 830 del 21.07.2000 e successivamente riallineato/variato ed adeguato alle nuove esigenze. L'ultimo aggiornamento è stato approvato con deliberazione giuntale n. 902 del 03.07.2009.

Il programma hospice prevede la realizzazione 7 strutture di cui 6 finanziate tramite fondi statali ed una (quella relativa all'hospice presso la clinica S.M.G. Rossello di Savona) realizzata e finanziata da un Istituto religioso e convenzionata con la ASL 2 Savonese.

All'attualità sono stati ultimati e risultano in esercizio 5 strutture di cui una realizzata con fondi non statali.

Il programma ha previsto la realizzazione degli hospice in tutte le province della Liguria ed esattamente:

- uno ad Imperia di 10 posti letto,
- uno a Savona di 10 posti letto (privato e convenzionato con l'ASL 2),
- tre nell'area metropolitana genovese per complessivi 40 posti letto,
- uno a Chiavari, nell'area del Tigullio a levante della provincia di Genova, per complessivi 8 posti letto,
- uno a Sarzana (SP) di 12 posti letto.

Complessivamente il programma hospice, quando tutti gli interventi saranno realizzati ed in esercizio, garantirà 80 posti letto, con un indice di 0,50 pl/10.000 abitanti, valore superiore all'indice nazionale di 0,35 pl/10.000 abitanti (Fonte Ministero Salute).

Implementazione ed ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie e ospedaliere.

La Regione Liguria unitamente alla Aziende sanitarie ha avviato programmi relativi allo sviluppo di sistemi informatici di supporto all'attività di programmazione capaci di migliorare: il lavoro degli operatori sociali e sanitari, l'accesso ai servizi e la gestione dei percorsi assistenziali.

Alcuni interventi di ammodernamento dei sistemi informatici sono stati realizzati con i finanziamenti di cui al programma ex art. 20 l. 67/88, di annualità precedenti.

Anche il programma in argomento prevede due interventi specifici di ammodernamento dei sistemi informatici dell'ASL 3 Genovese ed esattamente:

- aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un Sistema Telefonico Unificato,
- Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti.

E' da segnalare che il Piano sanitario regionale anni 2009-2011 affronta le problematiche in merito ai sistemi informativi che governano le diverse aziende sanitarie. Attualmente la Regione dispone di molti sistemi informativi sanitari che, pur avendo dimostrato un'elevata capacità di rispondere con coerenza alle necessità interne all'azienda, devono evolvere in un sistema informativo sovra-aziendale che abbia il proprio focus sull'assistito e sui suoi percorsi.

Se i percorsi reali che i cittadini compiono all'interno delle aree ottimali per affrontare le proprie necessità in termini di salute sono caratterizzati da un eterogeneo utilizzo di risorse (in termini di erogatori, di tipologie di prestazioni e di complessità), i sistemi informativi sanitari liguri devono affrontare e risolvere la natura intrinsecamente sovra-aziendale che già oggi manifesta la risposta alle cronicità. È evidente che l'evoluzione da sistemi informativi aziendali a sistema informativo di area ottimale non sta avvenendo naturalmente, pertanto questa modifica nell'architettura e nella tipologia di servizi informatici destinati a diventare indispensabili in sanità dovrà essere progettata e guidata nell'ambito della realizzazione degli obiettivi di questo Piano Sanitario.

Oltre a una nuova architettura per supportare le Reti, l'ICT in sanità dovrà

accompagnare l'aumento della complessità di comunicazione che caratterizzerà il futuro ambiente di intensa interazione tra aziende, Medici di Medicina Generale e assistiti. Un ambiente in cui le conoscenze saranno disponibili in tempo reale a partire dalla disponibilità di archivi storici on-line dedicati alle prestazioni sanitarie. Il Fascicolo Sanitario Personale, declinato in Liguria attraverso l'esperienza del Conto Corrente Salute, si presenta come uno dei servizi da attivare in tempi brevi e da diffondere in tutta la regione. Sempre per rispondere alla crescente complessità della domanda, il sistema dell'accesso alle prestazioni della specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di ricovero in elezione, dovrà essere integrato ai sistemi dell'area ottimale e consentire accessi strutturati alle Reti.

L'impianto organizzativo delineato all'interno del Piano Sanitario Regionale è rivolto a garantire ai cittadini utenti la massima accessibilità al Sistema, a prescindere da differenze anagrafiche, sociali, topografiche e di censo, e non ha alcuna possibilità di affermarsi se non viene accompagnato adeguatamente dallo sviluppo di soluzioni informatiche e informative rivolte a tradurre i Percorsi Diagnostico Terapeutici definiti in un Sistema Informativo Sanitario Integrato in grado di accompagnare gli operatori e i cittadini utenti nell'utilizzo del sistema. Infatti, la costruzione di questo Sistema Informativo capace di consentire informaticamente l'esistenza delle Reti, garantendo l'elaborazione dell'informazione nei nodi e la comunicazione, risponde alla necessità di offrire a tutti gli operatori del sistema uno strumento di supporto decisionale per la gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici che utilizza soluzioni clinico - organizzative già studiate e tradotte in applicazioni informatiche.

Strutture di assistenza odontoiatrica.

Il programma in argomento non prevede specifici finanziamenti destinati alla realizzazione di strutture di assistenza odontoiatrica in quanto, per i nuovi ospedali l'assistenza odontoiatrica è in essi compresa.

Si evidenzia che non emerge, dai confronti con le Aziende sanitarie, l'esigenza di realizzare tali strutture in quanto presenti, a livello territoriali, nelle nuove strutture ambulatoriali (ad esempio case di salute) finanziate con diversi programmi (ex art 20 l. 67/88 seconda fase, ex art. 71 L.488/99).

Inoltre il programma in argomento risulta conforme al dispositivo di cui all'articolo 10 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della l. 311/2004, che stabilisce che il 15 per cento delle risorse residue di cui all'articolo 20, l. 67/1988 debba essere destinato al potenziamento ed ammodernamento tecnologico. Dal calcolo effettuato risulta che il programma in argomento prevede, per il potenziamento e l'ammodernamento tecnologico una percentuale delle risorse disponibili pari al 26,75. Detta percentuale è stata calcolata tenendo conto anche del costo delle tecnologie stimato relativo ai due nuovi ospedali inseriti nel programma ed esattamente:

- nuovo ospedale della Spezia (Cod. 10/5/H/09) costo delle tecnologie € 18.890.000,00 compreso IVA,
- nuovo ospedale Galliera (Cod. 12/G/H/09) costo delle tecnologie € 24.738.817,49.

4.1.4 LA CORRELAZIONE DEL PROGRAMMA CON I PROGRAMMI DI FINANZIAMENTO PRECEDENTI

Le risorse finanziarie previste dall'art. 20 delle legge 67/1988, assegnate alla Regione Liguria per la realizzazione di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico sono state rappresentate al precedente capitolo 1.3.1.

In concomitanza al Programma ex art. 20 L. 67/1988, la Regione ha dato attuazione ad altri programmi di investimento in materia di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico, finanziati tramite risorse statali, assegnate per specifiche finalità, sia tramite risorse regionali finalizzate all'ammodernamento del parco tecnologico. Detti programmi sono relativi a:

- programma regionale di ammodernamento del parco tecnologico approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 1 del 12.01.2000 e rappresentato al precedente capitolo 1.3.2;
- programma di potenziamento delle strutture di radioterapia approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 502/2001 ai sensi della L. 488/1999 e rappresentato al precedente capitolo 1.3.3;
- programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS, di cui alla L. 135/1990, suddiviso in due programmi uno relativo alla costruzione di nuovi reparti (approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 2717/1995e successivamente riallineato) e l'altro relativo a tecnologie di laboratorio (approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1806/1996), rappresentati al precedente capitolo 1.3.4;
- programma regionale per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività intramoenia, di cui al Dlgs 254/2000, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 848 del 26.07.2002 (successivamente riallineato), rappresentato al precedente capitolo 1.3.5;
- programma di realizzazione degli Hospice, di cui alla L. n. 39/1999, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 340 del 05.04.2002 (successivamente riallineato), rappresentato al precedente capitolo 1.3.6;
- programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese, di cui alla L. n. 488/1998 art. 71, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 471 del 07.04.2000 (successivamente riallineato), rappresentato al precedente capitolo 1.3.7.

Gli stanziamenti finanziari relativi a ciascun programma di investimento sono riepilogati nella tabella al precedente capitolo 1.3.8.

Il programma di investimenti in argomento risulta correlato ai precedenti programmi. In particolare si pone in perfetta coerenza e continuità sia con le precedenti fasi del programma pluriennale, sia con l'attuale evoluzione della pianificazione regionale.

I principali obiettivi che, dal punto di vista programmatico, hanno caratterizzato i diversi momenti attuativi dell'intero programma di investimenti possono essere sintetizzati come segue.

- il primo triennio si è proposto:

- sotto il profilo ospedaliero, di concludere tutti i cantieri aperti e di potenziare l'attività di emergenza,
 - sotto il profilo territoriale, di promuovere il potenziamento della residenzialità extra ospedaliera,
 - in generale di rafforzare, sia sotto gli aspetti ospedalieri che territoriali, il parco tecnologico;
- l'acconto 1998, per espressa disposizione del Governo, è stato finalizzato:
- a migliorare gli aspetti relativi alla sicurezza, alle messe a norma, al raggiungimento degli standard e dei requisiti minimi,
 - a promuovere tutti i completamenti di opere in corso,
 - a sviluppare interventi nel settore materno infantile, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete consultoriale;
- il primo Accordo di Programma, sottoscritto nell'anno 2000 ed integrato nel 2002, è stato finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
- completare la razionalizzazione della rete ospedaliera, con particolare riguardo alla rianimazione e alle terapie intensive e, in particolare realizzare i nuovi ospedali di Albenga, Rapallo e La Spezia,
 - completare e potenziare la rete delle strutture territoriali, garantendo anche l'integrazione dei servizi territoriali con i programmi di cura per malati in fase terminale, con particolare riferimento ai malati oncologici,
 - rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica esistente, valutare anche le necessità per la radio terapia,
-
- adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (DPR 14 gennaio 1997) ed alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro,
 - prevedere le sistemazioni di spazi per l'esercizio della libera professione;
- il secondo Accordo di Programma, sottoscritto nell'anno 2004, è stato finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi:
- riqualificazione della produzione ospedaliera e riconversione dei posti letto a bassa complessità,
 - potenziamento della residenzialità extraospedaliera,
 - riduzione delle liste di attesa,
 - adeguamenti della rete ospedaliera ai requisiti minimi (DPR 14 gennaio 1997) ed aumento del livello tecnologico,
 - potenziamento della rete delle strutture territoriali;
- il terzo Accordo di Programma, presentato al Ministero nel dicembre 2007 e sottoscritto in data 18 marzo 2009, è stato finalizzato ai seguenti obiettivi generali:
- riqualificazione della rete ospedaliera,
- al potenziamento della residenzialità extra ospedaliera e politiche a favore della popolazione anziana,
 - alla riduzione delle liste di attesa,
 - all'adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi ed al potenziamento delle tecnologie,
 - al potenziamento della rete territoriale.

Il presente programma si pone in continuità agli obiettivi delle fasi del programma pluriennale sopra specificati in quanto, avviata (attuata o corso di attuazione):

- > la riconversione dei posti a bassa complessità,
- > il potenziamento della residenzialità extraospedaliera,
- > il potenziamento delle rete delle strutture territoriali,

la fase conclusiva risulta quella di realizzazione di nuovi ospedali in sostituzione di quelli esistenti obsoleti, con un numero di posti letto per acuti inferiori agli attuali conformemente alla programmazione nazionale e regionale (Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, Piano di rientro del disavanzo dGr 243/2007, Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale dCr 34/2007, stralcio del Piano soci sanitario dCr 8/2008). Oltre a detto obiettivo, il programma in argomento prevede interventi di adeguamento normativo delle strutture ospedaliere non oggetto, nel prossimo futuro, di sostituzione con nuove strutture ed interventi di potenziamento delle tecnologie.

4.2 LA SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI

Gli interventi previsti nel programma sono stati oggetto di una attenta verifica di sostenibilità che ha coinvolto le Aziende sanitarie interessate ed ha riguardato:

- la sostenibilità economico-finanziaria,
- la sostenibilità amministrativa e gestionale,

- sostenibilità delle risorse umane,
- la sostenibilità ambientale.

4.2.1 LA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA

La sostenibilità economico finanziaria del programma si è basata su una attenta verifica del costo di ciascun intervento e della relativa copertura finanziaria.

Dei sedici interventi, che costituiscono il programma, solo quattro hanno presentato la necessità finanziaria di somme aggiuntive a quelle statali e regionali (95% e 5%) ed esattamente:

- ASL 3 Genovese "Integrazione dei servizi per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione in immagini di referti" (cod. 8/3/T/09),
- ASL 5 Spezzino "Costruzione nuovo ospedale della Spezia" (cod. 10/5/H/09),
- E. O. Galliera "realizzazione nuovo ospedale Galliera" (cod. 12/G/H/10),
- Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro " acquisto della Tomoterapia elicoidale" (cod. 15/Ist/T/09).

La copertura finanziaria di detti interventi, relativamente alla quota extra statale del 95% e regionale del 5%, è dettagliatamente illustrata nel successivo capitolo 5

La Regione Liguria per la realizzazione degli interventi del programma (in particolare per la costruzione dei due nuovi ospedali), oltre alla quota del 5%, ha previsto l'utilizzo di altre linee e forme di finanziamento dettagliatamente illustrate nella manovra finanziaria approvata con deliberazione giunta n. 56 del 21.01.2011.

Per quanto riguarda gli interventi relativi alla costruzione dei nuovi ospedali (a Genova il Galliera e alla Spezia) la sostenibilità economica finanziaria è stata valutata attraverso la verifica di specifici studi di fattibilità con i relativi piani economico-finanziari (vedasi successivo capitolo 5).

In particolare, lo studio di fattibilità del nuovo ospedale della Spezia contiene il piano economico finanziario e l'analisi della convenienza economica (VAN) relativi alla costruzione dell'autosilos mediante il ricorso alla finanza di progetto (ricorso al capitale privato).

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico-finanziaria degli interventi del programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi.

Tra i costi cessanti derivanti dalla realizzazione degli interventi del programma vi sono:

- riduzione del costo del personale dovuto alla razionalizzazione dei servizi e del personale medesimo con conseguente miglioramento del servizio ,
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico e tecnologico con riduzione dei costi di manutenzione dei vecchi impianti,
- riduzione dei consumi energetici (i nuovi impianti a norma consentono di sfruttare al meglio l'energia con riduzione di utilizzo della stessa).

Tra i costi emergenti possono essere considerati quelli relativi a:

- aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata che si verificheranno per le nuove strutture successivamente ai primi anni di vita,
- costo del personale addetto al funzionamento delle nuove tecnologie (che non sostituiscono le esistenti come ad esempio la Tomoterapia elicoidale dell'IST),
- aumento dei costi del materiale consumabile.

4.2.2 LA SOSTENIBILITA' AMMINISTRATIVA E GESTIONALE

La sostenibilità amministrativa è stata effettuata analizzando le procedure tecnico-amministrative necessarie a rendere cantierabili gli interventi.

In particolare è stata effettuata, congiuntamente con le Aziende interessate, per ciascun intervento una valutazione di massima relativa:

- all'individuazione dell'esistenza di vincoli,
- all'individuazioni delle autorizzazioni necessarie per realizzare gli interventi,
- all'individuazione dei tempi necessari: a superare gli eventuali vincoli, a redigere la progettazione, a ottenere le autorizzazioni di legge, ad eseguire i lavori,
- all'individuazione dei costi di massima ed alla relativa copertura finanziaria.

La sostenibilità gestionale del programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono:

- l'ammodernamento tecnologico relativo alle nuove acquisizioni,
- l'implementazione dell'offerta sanitaria in particolare per quanto concerne la costruzione dei nuovi ospedali.

La sostenibilità gestionale è strettamente connessa alle politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

4.2.3 LA SOSTENIBILITA' DI RISORSE UMANE

La sostenibilità del programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni, sostituzioni, turn-over accompagnata da percorsi formativi per qualificare, riqualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a ridurre la spesa complessiva per le risorse umane.

Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione qualitativa e quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

4.2.4 LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE

L'insieme degli interventi del programma in argomento si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo programma possono essere riassunti:

- nella preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi,
- nella riduzione della qualità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione,
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

Per quanto concerne la sostenibilità delle grandi opere inserite nel programma e relative alla costruzione dei due nuovi ospedali, si precisa che l'aspetto ambientale è stato affrontato negli studi di fattibilità ed anche, in modo più tecnico, nei documenti preliminari alla progettazione redatti ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 21 dicembre 1999 n. 554.

4.2.5 LA SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI PER ATTIVITA' MISTE ASSISTENZIALI/SCIENTIFICHE

Il programma prevede due interventi relativi ad Istituti di ricerca ed esattamente:

- 1) dell'Istituto Giannina Gaslini due interventi relativi a: "*trasferimento Day Hospital Emato-Oncologico al 3° piano dell'edificio 12, compresi i due nuovi montalettighe*" e la "*realizzazione del nuovo Centro Trapianti di Midollo Osseo, al 2° piano dell'edificio 12*"; detti interventi sono esclusivamente afferenti all'assistenza;
- 2) dell'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro (IST) un intervento relativo a "*acquisto della Tomoterapia elicoidale*" trattasi di tecnologia che l'Istituto utilizzerà anche per la ricerca; tale aspetto viene illustrato al successivo capito 5.9.

5 DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

5.1 - A.S.L. 1 IMPERIESE -

La programmazione sanitaria adottata dall'ASL 1 con deliberazione n. 527 del 28.06.2007 aveva individuato tre linee strategiche:

1. La realizzazione di un nuovo presidio Ospedaliero Provinciale in sostituzione degli attivi tre stabilimenti ospedalieri di Imperia, Sanremo e Bordighera: un'unica nuova struttura, tecnologicamente attrezzata ed organizzata secondo le più recenti normative in materia di strutture degenziali per pazienti acuti, permetterebbe di superare le attuali criticità dovute essenzialmente: all'ubicazione dei nosocomi in zone collinari di difficile accesso, alla mancanza di parcheggi adeguati, all'impossibilità di espansione per mancanza di aree disponibili, alla difficoltà di adeguare le strutture alle nuove norme antisismiche.
2. Il potenziamento delle strutture territoriali (Palazzi della salute a Sanremo ed Imperia) che, in presenza di un Presidio aziendale unificato, devono assumere nuove e più specifiche funzioni non previste nelle attuali strutture territoriali.
3. Per la gestione del periodo transitorio, stimato in un decennio (tempo intercorrente per: la definizione del progetto del nuovo ospedale, l'individuazione dei fabbisogni finanziari e della relativa copertura, realizzazione dell'opera), in attesa della costruzione del "Nuovo Presidio Ospedaliero Unificato", è stata programmata l'esecuzione di interventi nelle strutture ospedaliere esistenti volti a migliorare gli standard alberghieri e ad adeguare le strutture e gli impianti alla normativa vigente.

In Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 01.08.2007 ha previsto nel "*Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale*" la costruzione di un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del Ponente ligure (ASL 1) in sostituzione dei presidi di Imperia e Sanremo.

Nella citata deliberazione il Consiglio regionale ha approvato l'elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma tra Regione e Governo anno 2007 (sottoscritto in data 18.03.2009), ed in particolare la scelta degli interventi programmati nel territorio dell'ASL Imperiese hanno tenuto debito conto dell'ipotesi di realizzare il nuovo Presidio Ospedaliero Provinciale.

Gli interventi programmati per i due presidi sono mirati ad adeguare le strutture al fine di garantire, nel territorio provinciale, per un arco temporale di circa di circa dieci anni, l'espletamento delle funzioni ospedaliere in attesa della costruzione del nuovo ospedale unico.

Anche a livello territoriale sono stati programmati interventi volti al potenziamento di tali strutture in relazione sempre all'accorpamento delle funzioni ospedaliere in un unico ospedale:

- nell'ambito Imperiese: la realizzazione di due strutture una di nuova costruzione in Via Acquarone ad Imperia ed una presso l'attuale palazzina B dell'osp. di Imperia che si differenziamo per funzioni,
- nell'ambito Sanremese: la realizzazione di due interventi di cui uno in corso Garibaldi (finanziato con il FIR Fondi Investimenti Regionali) e l'altro in Via Privata Scoglio,

- nell'ambito Bordighera-Ventimiglia: le funzioni territoriali si articoleranno in due strutture una principale presso lo stabilimento di Bordighera (ristrutturazione della palazzina uffici) e l'altra con l'utilizzo di Villa Olga a Ventimiglia (ex sede uffici amministrativi ASL).

Con la sottoscrizione dell'Accordo di programma 2007, si darà avvio alle opere di mantenimento degli attuali presidi ed alle opere sul territorio in funzione, come sopra descritto, della futura costruzione del nuovo ospedale unico.

All'attualità la ASL, attraverso numerosi confronti con le Amministrazione interessate, è giunta all'individuazione dell'area su cui costruire il nuovo ospedale ed ha in corso la redazione dello studio di fattibilità dell'opera.

Dalle sopra esposte considerazioni i nuovi fabbisogni, a livello di investimenti, dell'ASL 1 Imperiese risultano rivolti all'acquisto di apparecchiature ed al miglioramento del sistema informatico.

5.1.1 FORNITURA DI UN NUOVO ANGIOGRAFO MULTIDISCIPLINARE AD ACQUISIZIONE DIGITALE DIRETTA DESTINATO ALLA S. C. DI RADIOLOGIA DELLO STABILIMENTO OSPEDALIERO DI IMPERIA COMPRENSIVO DI ACCESSORI OPERE EDILI E IMPIANTI (Cod. 1/1/T/09)

Presso la Struttura Complessa di Radiologia dello Stabilimento Ospedaliero di Imperia è attualmente in funzione un angiografo digitale utilizzato a fini di Radiologia Interventistica e di Chirurgia Vascolare. Tale sistema è stato installato nell'anno 2001 e presenta pertanto un iniziale stato di obsolescenza che lascia prevedere una prossima necessità di sostituzione. In occasione della sostituzione si rende altresì necessaria una riorganizzazione degli spazi accessori dedicati al fine di razionalizzare i percorsi sia dei pazienti che del personale.

5.2 - A.S.L. 2 SAVONESE -

La ASL Savonese con il completamento e l'attivazione del nuovo ospedale di Albenga e l'unificazione con l'Azienda Ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure ha rivisto la propria organizzazione delle funzioni e del personale.

In considerazione delle limitate disponibilità finanziarie a valere, per l'anno 2007 e 2008, sull'integrazioni del programma ex art. 20 l. 67/88, la ASL 2 ha operato, a livello programmatico, la scelta di completare gli adeguamenti ai requisiti minimi del corpo servizi dell'osp. Valloria, il cui primo lotto è finanziato a valere sull'Accordo di programma 2007, e di sostituire l'acceleratore lineare oramai obsoleto.

5.2.1 SOSTITUZIONE ACCELERATORE LINEARE SERVIZIO DI RADIO TERAPIA (Cod. 2/2/T/09)

Trattasi di sostituzione per obsolescenza di apparecchiatura esistente (Modello Elekta SL20 installata nell'anno 1997) priva di importanti accessori (quali: il collimatore multi-lamellare, il sistema per portal imaging, il sistema per IGRT) che sono oramai indispensabili per poter effettuare trattamenti innovativi come la IMRT.

Considerata l'anzianità di servizio dell'apparecchiatura attualmente utilizzata, non è conveniente un suo aggiornamento tecnologico che, peraltro, sarebbe possibile solo per il portal imaging.

La Struttura Complessa di Radioterapia dell'Ospedale S. Paolo di Savona dispone di un secondo acceleratore, installato nell'anno 2002, ed entrambe le macchine sono pienamente utilizzate (hanno permesso il trattamento complessivo di oltre 900 pazienti/anno calcolato quale media anni 2007/2008).

La nuova acquisizione si inserisce in un programma aziendale di aggiornamento e potenziamento delle apparecchiature con l'obiettivo di aumentare il livello qualitativo della terapia grazie all'implementazione delle più moderne metodologie di trattamento.

A tal fine è previsto l'aggiornamento del software di calcolo delle dosi (Piani di trattamento) utilizzato dalla Struttura Complessa Fisica Sanitaria, nonché di altri software di supporto per adeguarli alle tecniche disponibili dalle nuove apparecchiature e consentire la gestione integrata dei due acceleratori.

Il salto di qualità si avrà dotando l'acceleratore del previsto modulo per la IGRT (Image Guided Radiotherapy) che consente di monitorare, costantemente, il campo irradiato permettendo di realizzare trattamenti ultraselettivi quali quelli ad intensità modulare (IMRT) per la cui realizzazione è necessario anche il collimatore multi-lamellare.

La fornitura comprenderà anche tutte le opere necessarie all'installazione della nuova apparecchiatura con l'adeguamento di impianti e strutture già presenti o la realizzazione a nuovo ove necessario o richiesto.

5.2.2 COMPLETAMENTO DELL'ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI (DPR 14.01.1997) DEL MONOBLOCCO E DEL CORPO SERVIZI DEL COMPLESSO OSPEDALIERO S. PAOLO VALLORIA SAVONA - 2° LOTTO. (Cod. 3/2/H/09)

Con tale intervento si potrà completare l'operazione di adeguamento ai requisiti minimi strutturali di cui al D.P.R. 14.01.1997 del Monoblocco degenze e del Corpo servizi, il cui primo lotto è inserito e finanziato per complessivi € 4.390.000,00 nell'Accordo di programma 2007, nonché la

realizzazione di n. 2 nuovi monta lettighe al fine di eliminare le attuali criticità dei collegamenti verticali ai visitatori, ai ricoverati deambulanti e barellati.

5.3 – A.S.L. 3 GENOVESE –

Il "programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale" approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 1 agosto 2007 ha previsto, nella manovra volta ad eliminare l'obsolescenza di molte strutture ospedaliere, quale strategia di modernizzazione del parco ospedaliero la costruzione, nel territorio ligure, di cinque nuovi ospedali fra cui il nuovo ospedale del ponente genovese.

All'attualità la Regione Liguria ha effettuato una prima valutazione sommaria delle aree proposte dal Comune di Genova per la costruzione del nuovo ospedale ed ha individuato un'area ritenuta la più idonea fra quelle proposte ed ha impegnato la ASL 3 Genovese ad effettuare i necessari studi per verificare la validità della scelta.

La ASL 3, pur nella consapevolezza che la programmazione regionale ha previsto la costruzione del nuovo ospedale del ponente, in considerazione che la realizzazione della nova struttura richiederà un tempo di realizzazione ipotizzabile in almeno un quinquennio, ha individuato sulle strutture esistenti alcuni interventi sulle di adeguamento ai requisiti di accreditamento per consentire il mantenimento delle attività in condizioni di sicurezza igienica e strutturale.

5.3.1 INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA SU STRUTTURE DISTRETTUALI. (Cod. 4/3/D/09)

Il parco immobiliare dell'ASL 3 è notevolmente frazionato a livello territoriale e comprende un numero elevato di edifici di cui solo un numero ridotto è di recente costruzione.

In varie strutture sono indispensabili interventi per eliminare le infiltrazioni, dovute alla vetustà delle impermeabilizzazioni, per verificare lo stato dei soffitti per eliminare il degrado delle facciate.

Gli interventi più significativi riguardano le strutture di: Via Assarotti n. 35 (copertura e facciate), Borgo Fornari (copertura), ex ospedale Celesia (coperture).

Pur trattandosi di manutenzione straordinaria, l'intervento risulta strategico per la ASL 3 Genovese in quanto consente di eliminare situazioni critiche per l'incolumità di operatori ed utenti, relativamente a strutture territoriali che, secondo la nuova organizzazione distrettuale, assolvono a funzioni che precedentemente erano svolte negli ospedali.

5.3.2 COMPLETAMENTO DELL'ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI (DPR 14.01.1997) DELL'OSPEDALE S. CARLO DI GENOVA VOLTRI E ADEGUAMENTO DEI PERCORSI. (Cod. 5/3/H/09)

L'intervento prevede l'esecuzione di opere interne al presidio ospedaliero, senza modificare la tipologia di attività sanitaria attualmente svolta, al fine di adeguare alcune delle attività al DPR 14.01.1997.

Ad oggi sono stati adeguati i reparti di chirurgia, ortopedia, il pronto soccorso, la radiologia, l'unità di crisi, mentre è in fase di esecuzione il nuovo

reparto di cure intermedie. E' stata inoltre realizzata una piastra per le attività ambulatoriali.

Si prevede di intervenire anche a livello dei percorsi al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità degli stessi. A tal fine si intende realizzare, esternamente al presidio, una nuova via verticale in modo da evitare il transito nell'area ospedaliera all'autobus di linea, che attualmente, ferma davanti all'ingresso del presidio ed ostacola alle ambulanze l'accesso al pronto soccorso.

5.3.3 INTERVENTI FINALIZZATI ALLA RIFUNZIONALIZZAZIONE DEL PAD. B OSPEDALE A. MICONE DI GENOVA SESTRI ED AL COMPLETAMENTO DELL'ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI ex DPR 14.01.1997. (Cod. 6/3/H/09)

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera genovese, l'ospedale di Sestri Ponente viene ad assumere nuovi compiti assistenziali. In tale ottica il Pad. B del presidio dovrà essere sempre più dedicato a svolgere funzioni di day hospital e day surgery per cui s'è reso necessario eseguire alcuni interventi di rifunionalizzazione del padiglione. Tali interventi consentiranno, peraltro, di adeguare al D.P.R. 14.01.1997 tutte quelle attività sanitarie che vengono coinvolte in tale riorganizzazione.

5.3.4 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA TELEFONICO UNIFICATO. (Cod. 7/3/T/09)

Ad oggi il sistema telefonico Aziendale è costituito da tre reti indipendenti, non omogenee, con tre piani di numerazione distinti e gestite da servizi di centralino indipendenti e precisamente: polo levante in tecnologia Nortel (con 20 Pabx), Polo ponente in tecnologia Alcatel (con 22 Pabx) e Polo ex A.O. Villa Scassi in tecnologia Philips (con un Pabx).

In ciascuno dei primi due sistemi l'infrastruttura geografica è dedicata solo alla fonia ed è costituita da collegamenti CDN o vecchie giunzioni analogiche. I tre sistemi comunicano tra loro solo attraverso la rete pubblica. Obiettivo del progetto è la realizzazione di un sistema telefonico aziendale unificato in tecnologia omogenea e attestato sulla rete dati già esistente in modo da avere un'unica infrastruttura geografica voce-dati capillare su tutte le sedi dell'Azienda.

L'architettura che si vuole realizzare è di tipo IP-Distribuita, basata sulla tecnologia VoIP utilizzando il protocollo IP per il trasporto "geografico" e predisposta per la gestione di terminali locali sia SIP e sia analogici o digitali. Tutto il sistema deve essere gestito da un unico centro di gestione che permetta il controllo centralizzato della manutenzione e fornisca una documentazione addebiti centralizzata, con monitoraggio del traffico dei singoli utenti del sistema. La soluzione progettuale deve prevedere un piano di numerazione unificato con l'adozione di un numero unico di chiamata in selezione passante dall'esterno e un servizio di centralinisti integrato, eventualmente distribuito su più sedi in maniera indipendente dalla collocazione geografica.

5.3.5 INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE CON REALIZZAZIONE DI SERVER CENTRALE DI UNA RETE ELEMATICA HE CONSENTANO CONDIVISIONE DI IMMAGINI REFERTI. (Cod. 8/3/T/09)

Negli ultimi anni tutte le Aziende hanno intrapreso un processo di "digitalizzazione" dei servizi di diagnostica per immagini dotandosi di apparecchiature diagnostiche digitali dirette o indirette, di sistemi RIS (sistemi informativi radiologici) e PACS (sistemi per l'archiviazione e la trasmissione di immagini digitali) e di reti telematiche dedicate.

Questo processo si inserisce nel più complessivo disegno regionale finalizzato anche alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Personale (Conto Corrente Salute).

Il progetto Conto Corrente Salute di Regione Liguria (CCSRL) intende realizzare un fascicolo sanitario elettronico ove siano contenuti tutti i referti/dati clinici dei cittadini liguri. Il fascicolo sanitario elettronico è offerto gratuitamente al cittadino.

Il sistema raccoglie i referti/dati clinici presenti nei sistemi informatici nelle aziende sanitarie, nelle cartelle cliniche dei mmg e degli altri operatori sanitari e li rende disponibili ai cittadini, ai mmg, ai medici ospedalieri, ai medici specialisti e ai medici dell'emergenza in due modalità:

- a) accedendo direttamente al fascicolo per effettuare on-line operazioni di consultazione e di aggiornamento, modalità attualmente disponibile,
- b) Utilizzando il fascicolo per scambiare referti / dati tra le cartelle cliniche ospedaliere e del mmg, modalità in fase di realizzazione.

Tutte le funzioni sono svolte nel rispetto delle norme sulla privacy e delle indicazioni del garante circa la costituzione del fascicolo sanitario elettronico.

Ad oggi il CCS è in funzione presso un ristretto numero di mmg e pazienti presso l'asl 4, a seguito di una prima fase sperimentale, che vede:

- Conti Corrente Salute aperti: n. 2.060,
- MMG con pazienti aventi CCS: n. 140,
- MMG che hanno pubblicato: n. 10,
- Documenti pubblicati da ASL4: n. 23.600,
- Documenti pubblicati da MMG: n. 1000,
- Documenti caricati da altre aziende (ASL3, ASL5, S. Martino): n.1.000,
- Consultazioni dirette dei cittadini: n. 5.600,
- Consultazioni da parte di MMG: n. 2.200.

Il progetto si articola in fasi, come di seguito riportato.

1) la prima fase prevede una ulteriore estensione del servizio su un gruppo ristretto di MMG e di pazienti presso ASL3. Tale fase è volta a verificare il corretto funzionamento delle funzionalità del servizio e ad apportare modifiche e aggiustamenti segnalati dagli utilizzatori.

I referti disponibili ad oggi sono elencati nella seguente tabella:

Azienda produttrice	Tipologia di referti disponibili ad aprile 2010
ASL 3	Laboratorio (compresa l'ex A.O. Villa Scassi)
ASL 4	Laboratorio - pronto soccorso - radiologia - anatomia patologica
ASL 5	Radiologia - medicina nucleare - laboratorio
AOU S.Martino	Laboratorio
E. O. Galliera	Pronto Soccorso - Anatomia patologica - Laboratorio analisi - Radiologia/Neuroradiologia - Cardiologia

In generale, questa fase del sistema sarà anche da considerarsi come work in progress, quindi con interventi di aggiustamento e di miglioramento a fronte di eventuali malfunzionamenti, possibili periodi di non disponibilità del sistema e con un livello di servizi limitati rispetto a quelli previsti a regime.

2) la seconda fase comprende l'estensione e il consolidamento del sistema a pieno regime con le funzionalità aggiuntive di cui al punto (b) e un graduale aumento delle tipologie di referti disponibili sul fascicolo.

Come evidenziato nella tabella dei referti ad oggi disponibili, ASL 3 avrà l'opportunità, con la realizzazione del progetto in argomento, di alimentare il Conto Corrente Salute.

Sarà inoltre possibile sfruttare al meglio le potenzialità del "digitale" mettendo a disposizione degli operatori sanitari una serie di strumenti (condivisione di immagini e referti, telerefertazione, teleconsulto, ect.) che avranno importanti ricadute positive sulla qualità del servizio offerto ai cittadini genovesi. Il sistema sarà aperto ad ulteriori successivi sviluppi (ad esempio accesso ai medici di famiglia, ampliamento alle altre Aziende regionali) ed avrà ricadute positive anche a livello economico in conseguenza alla razionalizzazione delle attività e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.

L'intervento prevede quindi le seguenti attività:

- analisi dello stato di fatto (per ogni azienda verranno analizzati i sistemi hardware e software in uso),
- stima dei fabbisogni (analisi dei volumi di dati da gestire con conseguente dimensionamento di server e rete),
- progettazione del sistema,
- acquisto di hardware centrale (server, reti, dispositivi vari) e locale (workstation, stampanti, robot masterizzatori, ect),
- acquisto di software (licenze e programmi).

La A.S.L. 3 Genovese, per la realizzazione dell'intervento, ha posto a carico del proprio bilancio la somma di € 605.129,26 derivante dalla disponibilità di cui al finanziamento del progetto per il "Potenziamento dell'Information e Communication Technology delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Liguri" (ICT). La Giunta regionale con deliberazione n. 292 del 09.03.2001 ha preso atto delle determinazioni assunte dalla Commissione appositamente costituita, di valutazione delle proposte progettuali delle Aziende ed ha individuato delle indicazioni per l'attuazione dei progetti meritevoli di essere finanziati.

In particolare la proposta della ASL 3, denominata "@sl 3 in rete", prevedeva quale obiettivo generale di istituire in nuovo rapporto rapido e trasparente tra i cittadini e il servizio sanitario per il raggiungimento dei seguenti risultati:

- favorire l'accesso coordinato dei cittadini alle prestazioni sanitarie,

- individuare il luogo di cura appropriato,
- migliorare gli standard di qualità,
- contenere i costi di gestione e manutenzione del sistema sanitario.

Nel contesto di questo progetto, gli obiettivi generali era previsto si concretizzassero nei seguenti obiettivi specifici:

- raccogliere e integrare i dati sullo stato di salute del cittadino per restituirli al cittadino stesso, affinché ne disponga all'atto della libera scelta,
- aumentare i livelli di comunicazione interna ed esterna all'azienda,
- favorire forme di interscambio fra le unità operative dell'azienda, in una logica di integrazione fra le unità operative ospedaliere, i medici specialistici territoriali e i medici di medicina generale,
- consentire una gestione integrata del trattamento sanitario del paziente,
- rendere più efficiente il governo della domanda e la gestione del servizio e contenere i relativi costi.

La procedura di finanziamento dei progetti prevedeva la contrazione da parte delle Aziende di un mutuo, per il totale del programma di ciascuna ASL autorizzato dalla Regione, per la durata di dieci anni rimborsato interamente dalla Regione Liguria a valere sul proprio bilancio.

La Giunta regionale con deliberazione n. 13 del 11.01.2002 ha autorizzato le Aziende interessate a contrarre mutui necessari al reperimento dei fondi per la realizzazione dei progetti, in particolare per la ASL 3 era stato autorizzato l'importo di L. 19.385.720.000 (€ 10.011.888,84).

L'attuazione dei progetti di cui al programma dell'ASL 3 è stato avviato nell'anno 2002 ed all'attualità risulta in corso.

Il progetto in argomento costituisce l'evoluzione tecnologica dei progetti di cui al programma aziendale ICT e pertanto la somma posta a carico dall'ASL 3 di € 605.129,26, a valere sul finanziamento suddetto, risulta compatibile con il programma. Per quanto invece riguarda l'impatto sul "Piano di rientro" occorre precisare che la somma di € 605.129,26 che la ASL 3 ha posto a carico del proprio bilancio è relativa, di fatto, ad un finanziamento concesso all'Azienda dalla Regione Liguria antecedentemente il "Piano di rientro" anche se attraverso il rimborso annuale delle quote del mutuo contratto dalla ASL.

5.4 – A.S.L. 4 CHIVARESE –

5.4.1 INTEGRAZIONE COSTRUZIONE NUOVO OSPEDALE DI RAPALLO. (Cod. 9/4/H/09)

L'intervento relativo alla costruzione del nuovo ospedale di Rapallo venne inserito nell'Accordo di Programma stipulato in data 27.07.2000 tra il Ministero della Sanità e la Regione Liguria, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 229/99, relativo agli anni 1999-2001.

Il progetto esecutivo venne approvato dalla Regione Liguria con decreto dirigenziale n. 1250 del 01.07.2003 per un costo complessivo di € 40.800.095,03 con la seguente copertura finanziaria:

- € 20.361.313,24 quota a carico dello Stato (95%),
- € 1.071.648,07 quota a carico della Regione (5%),
- € 19.367.133,72 quota a carico di terzi.

L'intervento venne ammesso a finanziamento dal Ministero della Salute con decreto dirigenziale del 21 luglio 2003.

Una parte consistente della quota a carico di terzi, pari ad € 13.789.399,20, risultava a carico dell'A.S.L. 4, la quale avrebbe dovuto rendere disponibile detta somma tramite:

- l'alienazione di immobili di proprietà per € 1.807.599,14,
- l'attivazione di un mutuo per € 7.488.625,04,
- le risorse avute da eredità per € 311.424,00,
- l'alienazione di immobile avuto in eredità per € 205.033,00,
- l'attivazione di un leasing per € 516.456,90,
- un'anticipazione di tesoreria per € 3.460.261,12.

La ASL 4 con nota n. 44663 del 31.10.2007 rappresentava alla Regione Liguria le criticità ed i conseguenti aspetti negativi che avrebbero gravato sulla medesima azienda nell'ipotesi di attivare tutti i finanziamenti originariamente posti a carico dell'Azienda in quanto la situazione economica-finanziaria della medesima aveva subito, nel frattempo (successivamente l'approvazione aziendale del quadro economico e della copertura finanziaria), delle modificazioni in termini di capacità a contrarre mutui (anche in relazione al piano di rientro della spesa che la Regione ha sottoscritto nel 2007 con i Ministeri competenti) e che il sostenimento di oneri addizionali (attraverso la prevista originaria accensione di mutui) sarebbe andato a discapito delle risorse disponibili per la gestione corrente dei servizi.

Nella citata nota la ASL proponeva più soluzioni relative al reperimento di un contributo quantificato in € 10,377 milioni e richiedeva alla Regione di inserire detta somma all'interno dei finanziamenti finalizzati all'edilizia sanitaria che si sarebbero resi disponibili o, alternativamente, il riconoscimento di risorse di bilancio aggiuntive, rispetto alle ordinarie quote annuali del fondo sanitario regionale.

La Regione Liguria, esaminata la situazione sopra esposta, valutate le possibili soluzioni, con provvedimento di Giunta n. 1383 del 23.11.2007 ha deliberato:

- di assegnare all'ASL 4 la somma di € 5.377.000,00 a valere sul "fondo sanitario regionale per investimenti" e di impegnare quota parte di detta somma, pari ad € 1.300.000,00, per l'anno 2007,
- di proporre, nell'ambito dell'Accordo di Programma da sottoscrivere con i competenti Ministeri, una quota pari ad € 5.000.000,00 (quota Stato 95% + quota Regione 5%), a valere sul finanziamento di cui all'assegnazione della Finanziaria 2006.

5.5 – A.S.L. 5 SPEZZINO –

5.5.1 COSTRUZIONE NUOVO OSPEDALE DELLA SPEZIA. (Cod. 10/5/H/09)

L'intervento di costruzione del nuovo ospedale a La Spezia era già stato previsto nell'ambito del programma ex art. 20 l. 67/88 ed inserito nell'Accordo di Programma stipulato tra il Ministero della Sanità e la Regione Liguria sottoscritto in data 27.07.2000 ed integrato il 23.05.2002, per un costo a carico del finanziamento pubblico di € 37.443.125,20 di cui € 35.570.968,94 a carico dello Stato ed € 1.872.156,26 a carico della Regione. Il Ministero della salute con decreto dirigenziale del 08.04.2004, ha ammesso a finanziamento l'intervento e la ASL concluse le procedure di gara ha

aggiudicato l'appalto di costruzione e gestione ed ha stipulato il contratto in data 15.12.2004.

A seguito del ricorso presentato da una ditta, partecipante all'appalto, il TAR Liguria, con sentenza n. 940/2005, confermata dal Consiglio di Stato con decisione n. 27/2006, annullava gli atti di gara, compreso il contratto sottoscritto.

Successivamente la ASL 5 con deliberazione n. 673 del 09.10.2006 annullava tutti gli atti precedenti e conseguenti la gara demandando ad un atto successivo l'individuazione di una nuova fase per la costruzione del nuovo edificio ospedaliero.

Il Consiglio regionale con deliberazione n. 34/2007 ha approvato "il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale" ed ha confermato l'esigenza di realizzare un nuovo ospedale a La Spezia.

A seguito della manifestata volontà del Consiglio regionale di confermare l'esigenza di realizzare l'opera in argomento, la ASL 5 ha avviato gli studi preliminari propedeutici alla predisposizione dello studio di fattibilità e, con deliberazione direttoriale n. 714 del 31.07.2008 ha approvato lo "*Studio di fattibilità del nuovo ospedale della Spezia*".

La parte prima dello studio di fattibilità affronta "l'analisi epidemiologica" che ha lo scopo di esplicitare gli elementi che giustificano il dimensionamento dell'opera coerentemente con la domanda che l'ospedale sarà chiamato a soddisfare nell'ambito della spesa ospedaliera regionale. Da detta analisi è emerso che il fabbisogno di posti letto (ordinari e di day hospital) nel territorio aziendale è pari a circa 850 con l'applicazione del tasso di occupazione dell'80% e di 800 con l'applicazione del tasso di occupazione dell'85%.

La seconda parte ha preso in esame "*gli aspetti critici della situazione attuale*" nell'area spezzina. Nel territorio comunale spezzino sono presenti due ospedali:

- l'Ospedale S. Andrea: sito in zona centrale sulla collina di S. Cipriano, costruito all'inizio del 1900, ha una distribuzione a padiglioni che rispecchia sostanzialmente quella originaria, anche se alcuni di essi, soprattutto a seguito degli eventi bellici del XX secolo e per necessità di adeguamento dei posti letto, hanno subito ricostruzioni, ampliamenti e sopraelevazioni, interventi realizzati in un lungo lasso di tempo ed in modo isolato l'uno dall'altro in assenza di un programma organico ed unitario.
- L'Ospedale Felettino: situato in zona periferica rispetto alla città della Spezia, costruito nel 1930 per essere destinato a sanatorio, è costituito da un monoblocco con un piano seminterrato e quattro piani fuori terra. Il quarto piano è stato realizzato in sopraelevazione del corpo di fabbrica originario, nell'ambito dei finanziamenti finalizzati al nuovo reparto AIDS, ed è attualmente al rustico.

Sinteticamente, gli aspetti di maggiore criticità dell'attuale situazione degli Ospedali S. Andrea e Felettino, possono riferirsi ai seguenti elementi:

Ospedale a padiglioni non collegati (S. Andrea) e presidio cittadino su due stabilimenti;

- Strutture molto datate;
- Sale operatorie diffuse, in numero insufficiente e non rispondenti in parte alle vigenti normative di sicurezza: al S. Andrea si articolano su tre gruppi per un totale di 6 sale dislocate in due padiglioni distinti (

Pad. 5: al 1° piano ortopedia e orl, al 2° piano ginecologia , al Felettino due sale destinate all'urologia ed una destinata all'oculistica);

- Degenze obsolete e piccole, non rispondenti ai requisiti minimi necessari di cui al D.P.R. 14.01.1997;
- Ambulatori decentrati ed in numero insufficienti;
- Mancanza di spazi per la libera professione intramoenia;
- Aree di parcheggio assolutamente carenti;
- Accessibilità difficoltosa, congestionata e preclusa ai disabili.

La terza parte dello studio ha affrontato l'individuazione del sito ed ha sviluppato un'analisi delle soluzioni possibili tenendo presente l'esistenza di due vincoli:

- il primo costituito dal fatto che il nuovo edificio si inserisce in una rete di strutture già esistenti (Sarzana e Levanto), con funzioni assistenziali già assegnate a livello regionale ed aziendale,
- il secondo deriva dalle risorse già esistenti nelle due aree di S. Andrea e Felettino.

La localizzazione del nuovo edificio deve essere in una di queste due aree, perché questo consentirebbe di contenere il costo degli investimenti entro limiti più ragionevoli.

Le ipotesi di localizzazione che sono state considerate sono le seguenti:

- 1) sola ristrutturazione dei fabbricati dei comprensori S. Andrea e Felettino con adeguamento sismico, antincendio, impiantistico, ai requisiti del D.P.R. 14.01.1997, interventi distributivi per ottimizzare le funzioni sanitarie,
- 2) aggiunta di un nuovo corpo in un'area adiacente al presidio - lato est di Via Antoniana - collegato al Padiglione Casavecchia,
- 3) aggiunta di un nuovo corpo nel comprensorio S. Andrea - lato ferrovia - con recupero dei vecchi fabbricati e parziale demolizione di altri,
- 4) aggiunta di un nuovo corpo nel comprensorio Felettino e ristrutturazione e ampliamento del fabbricato esistente con adeguamento sismico, antincendio , impiantistico ed ai requisiti minimi di cui al D.P.R. 14.01.1997,
- 5) realizzazione nuovo edificio nel comprensorio Felettino e demolizione dell'esistente.

La comparazione delle problematiche più significative emerse su ciascuna delle cinque soluzioni individuate evidenzia come le soluzioni 4 e 5 siano le più convenienti, nel mentre sarebbero da scartare le soluzioni 1, 2 e 3 in quanto valutate eccessivamente onerose in rapporto al miglioramento che potrebbero apportare. L'eventuale scelta del comprensorio del S. Andrea (soluzioni 1 - 2 - 3) per introdurre un nuovo edificio ad integrazione dell'esistente avrebbe causato l'appesantimento del traffico del centro città, l'impossibilità di costruire un adeguato numero di parcheggi, il disturbo ai pazienti e, non ultima, l'impossibilità di alienare i fabbricati del S. Andrea. Inoltre la posizione del S. Andrea, a ridosso della ferrovia, non è certamente ottimale, specie se un eventuale ampliamento fosse stato realizzato verso nord.

Individuato il sito del nuovo ospedale ed alla luce dell'analisi epidemiologica, lo studio è proseguito con l'esame tecnico per individuare la soluzione più confacente alle esigenze, attraverso al disamina delle soluzioni possibili:

- realizzazione di un nuovo edificio collegato a quello esistente opportunamente adeguato e ristrutturato,

- realizzazione di un nuovo edificio con demolizione di quello esistente.

Ipotesi di nuovo edificio collegato a quello esistente del Felettino. Detta soluzione era stata presa in considerazione già in fase di redazione dello studio di pre-fattibilità in relazione all'allora disponibilità dei finanziamenti e dal previsto ricavo, previa opportuna valorizzazione, derivante dalla vendita del complesso ospedaliero S. Andrea. Questi ulteriori fondi avrebbero consentito di ristrutturare il vecchio ospedale Felettino.

Si contava di mantenere circa 35 pl ordinari al Felettino ristrutturato, che avrebbe ospitato anche circa 35 posti di DH, 40 di DS, 40 di dialisi, gli ambulatori gli studi medici, oltre all'acceleratore lineare di recente installazione che sarebbe stato mantenuto nella posizione attuale.

In caso di maggiori finanziamenti, disponibili in seguito, la costruzione del nuovo fabbricato sarebbe stata ampliata aggiungendo alla soluzione base costituita da una piastra e tre blocchi soprastanti, una nuova porzione di piastra ed un ulteriore blocco sovrastante, in modo da utilizzare la nuova costruzione per i trattamenti ospedalieri veri e propri sulle ventiquattro ore (DEA, Diagnostica, Terapie Intensive, Blocchi Operatori, Degenze, etc.) e il vecchio Felettino ristrutturato per il DS, DH, gli studi medici e gli ambulatori, in modo da limitarne l'utilizzo esclusivamente durante il giorno.

Onde verificare con ragionevole certezza l'opportunità di mantenere il fabbricato dell'esistente Felettino, pur adeguatamente ristrutturato, ampliato e strutturalmente adeguato alla luce della nuova normativa antisismica (ovvero ipotizzare la costruzione di un nuovo ospedale demolendo l'esistente) la ASL 5 ha conferito al Politecnico di Torino - Dipartimento di Ingegneria Strutturale e Geotecnica - l'incarico di effettuare le verifiche strutturali sull'attuale corpo di fabbrica del Felettino ai fini dell'adeguamento sismico.

I risultati delle verifiche effettuate dal Politecnico di Torino hanno messo in luce una situazione strutturale del corpo di fabbrica del Felettino tali da sconsigliare, senza ombre di dubbi, l'ipotesi di un suo mantenimento nell'ambito della costruzione del nuovo ospedale.

Ipotesi di costruzione di un nuovo edificio con la demolizione dell'attuale Felettino.

Sia a seguito dei risultati delle verifiche strutturali effettuate dal Politecnico di Torino, sia in ragione del fatto della maggiore disponibilità di risorse economiche rispetto a quelle precedentemente previste, la scelta è stata quella di orientare lo studio di fattibilità ipotizzando la demolizione integrale dei Fabbricati presenti sull'area Felettino e realizzando un nuovo Monoblocco costituito da una piastra con quattro piani e da quattro blocchi soprastanti anch'essi di quattro piani.

Risulta pertanto conveniente demolire l'attuale Felettino anche se parte della sopraelevazione del quarto piano, quella attualmente realizzata al rustico e destinata al reparto AIDS è stata finanziata dallo Stato a valere sulle disponibilità ex L. 135/1990 ma non completata. Per tale aspetto è opportuno evidenziare che all'epoca dell'assegnazione del finanziamento, della redazione del progetto e dell'avvio dei lavori l'attuale normativa antisismica non era vigente. Il progetto di costruzione di un nuovo corpo di fabbrica prevede il reparto infettivi e AIDS e per la costruzione di quest'ultimo verrà utilizzato il residuo del finanziamento statale assegnato che ammonta ad € 2.944.951,94.

La soluzione progettuale che verrà sviluppata è quindi quella di realizzare un monoblocco attraverso un appalto tradizionale, mentre per i parcheggi (costruzione di edificio multipiano) è previsto il ricorso alla finanza di progetto (come più avanti illustrato) comprensiva anche delle sistemazioni esterne.

La parte quarta dello studio prende in esame le linee guida progettuali della soluzione prescelta.

Per quanto concerne il dimensionamento dell'opera sono stati utilizzati i seguenti parametri: 130 mq a posto letto, i posti letto necessari risultano 560, pertanto la superficie teorica risulterebbe essere pari a 72.800 mq in linea con la soluzione prospettata nello studio in argomento, ove si è supposto di realizzare una superficie totale di 77.000 mq. Detta superficie risulta tanto più accettabile considerando l'assenza dei servizi di cucina e lavanderia (che è volontà dell'Amministrazione di esternalizzarli) e l'assenza della sterilizzazione e relativi depositi (verrà utilizzata la sterilizzazione centralizzata a Sarzana).

Oltre a quanto sopra rappresentato, i motivi della scelta del sito sono stati effettuati sulla base di molti altri fattori presi in considerazione, fra cui è utile citare i seguenti:

- E' previsto un notevole miglioramento della viabilità nell'area intorno al Felettino con accesso agevole dalla viabilità provinciale (è già stato approvato dall'ANAS un progetto per la costruzione di un collegamento agli svincoli autostradali i cui lavori dovrebbero essere ultimati entro il 2010);
- Sarà possibile fruire di una pista per l'elisoccorso nella zona antistante il nuovo fabbricato (utilizzando ad esempio il tetto del parcheggio multipiano);
- Utilizzo per la maggior parte di aree di proprietà o nella disponibilità dell'ASL con notevole riduzione della necessità di espropri;
- Possibilità di lavorare in estrema libertà, senza dover salvaguardare la tranquillità di ricoverati disturbati dall'esecuzione dei lavori.

La nuova soluzione, ipotizzata per poter effettuare la verifica degli spazi e dei costi in funzione delle esigenze sanitarie espresse, propone una configurazione volumetrica compatta articolata in una piastra di base sovrastata da quattro blocchi edilizi a corpo quintuplo, linearmente distribuiti lungo l'asse longitudinale del corpo sottostante e reciprocamente distanziati da vuoti intermedi essenziali a conferire adeguate condizioni di illuminazione e di aerazione naturali agli spazi interni.

Per quanto riguarda la superficie di parcheggio ed i posti auto equivalenti le previsioni sono le seguenti:

- Piano interrato della piastra (25 mq/posto auto):	5000 mq	200 posti auto
- Aree esterne:	10.558 mq	140 posti auto
- Parcheggio a raso est:	9.775 mq	472 posti auto
- Autosilos ovest:	11.800 mq	472 posti auto
T o t a l e	37.133 mq	1.072 posti auto

Per quel che concerne le attività previste nel nuovo monoblocco è stata ipotizzata la seguente ripartizione delle attività , ovviamente suscettibile di sostanziale modifica nel prosieguo del procedimento:

PIASTRA: al piano interrato sono previsti il parcheggio per il personale, e magazzini generali; al piano terreno è prevista: la reception, il centro congressi, il DEA di 2° livello, la diagnostica per immagini, la medicina nucleare, la farmacia; piano primo: blocchi sale operatorie (con la disponibilità di 14 sale), terapie intensive, rianimazione, utic, medicina d'urgenza, ambulatori, cupa; piano secondo: laboratorio analisi (ematologia, microbiologia, centro prelievi e trasfusioni), emodialisi, spogliatoi centrali, mensa, uffici amministrativi e tecnici.

BLOCCO 1: collegato ai sottostanti blocchi operatori mediante elevatori dedicati è destinato alla chirurgia al 1° -2° - 3° piano nei tre livelli ad alta, media e bassa intensità di cura per complessivi 125 pl (n. 112 ordinari e n. 12 per la libera professione ed 1 di DH), il piano quarto ospita la ginecologia per complessivi 32 pl (n. 26 ordinari, n. 3 libera professione, n. 3 DS) funzionalmente allineato in quota ai rispettivi piani dei blocchi 2 e 3 destinati ad ostetricia e pediatria.

BLOCCO 2: al piano 1° day surgery con 45 pl, al piano 2° e 3° gli studi medici per un totale di 36, al piano 4° ostetricia con 16 pl (n. 12 ordinari, n. 3 libera professione, n. 1 dh).

BLOCCO 3: al piano 1° - 2° - 3° ospita la medicina con 126 pl (di cui n. 117 ordinari, n. 3 libera professione, n. 6 dh), al 4° piano la pediatria con 46 pl (di cui n. 12 ordinari, n. 1 dh, n. 33 tra il nodo, gli infettivi, terapia intensiva, pronto soccorso infantile).

BLOCCO 4: al piano 1° ospita il dh oncologico, al piano 2° la medicina, al piano 3° la psichiatria e al piano 4° gli infettivi; i posti letto risultano essere: n. 42 di medicina (n. 39 ordinari, n. 1 libera professione, n. 2 day hospital), n. 22 di psichiatria (n. 20 ordinari e n. 2 day hospital), n. 17 di malattie infettive (n. 15 ordinari e n. 2 day hospital).

Valutazione dei costi di investimento – Per la costruzione del nuovo fabbricato e per la demolizione dell'attuale Felettino sono stati ipotizzati i costi sinteticamente sotto riportati.

Costo di demolizione fabbricato esistente, costruzione nuovo fabbricato comprese somme a disposizione:.....

€ 162.000.000,00

Costo di costruzione dei parcheggi compreso somme a disposizione (di cui € 7.500.000,00 a carico del finanziamento pubblico, € 5.550.000,00 a carico del privato).....

€ 13.050.000,00

T O T A L E € 175.050.000,00

La previsione di copertura finanziaria è la seguente:

Importo derivante dalla revoca del finanziamento già assegnato a valere sulla quota statale (95%) ex art. 20 Accordo di programma anno 2000 per la costruzione del nuovo ospedale della Spezia (relativo alla quota già accreditata alla Regione):.....	€	35.570.968,94
Importo relativo al finanziamento residuo del programma AIDS ex L. 135/1990:	€	2.588.614,45
Quota parte dei proventi derivanti dall'alienazione dell'ospedale S. Andrea (di cui alla perizia di stima del Politecnico di Torino di € 25.600.000,00):.....	€	8.028.449,77
Somma a valere sui finanziamenti statali assegnati dalla Finanziaria 2007 e 2008 per investimenti in sanità (quota del 95%):.....	€	115.367.819,89
Somma a carico del bilancio regionale e relativa alla quota del 5%: di cui € 6.071.990,69 a valere sulla quota parte dei proventi derivanti dalla cartolarizzazione di cui alla dGr n. 1368 del 04.11.2008 ed € 1.872.156,26 a valere sulla quota parte dei proventi derivanti dall'alienazione dell'ospedale S. Andrea (SP).....	€	7.944.146,95
Contributo privato sul costo di costruzione dei parcheggi (finanza di progetto):.....	€	5.550.000,00
T O T A L E	€	175.050.000,00

A titolo informativo si evidenzia quanto segue:

- a) Spese relative all'appalto precedentemente svolto: la spesa complessiva di € 2.248.256,90 spesa dall'A.S.L. 5 Spezzino per lo svolgimento dell'attività di supporto alla gara precedentemente svolta e dal TAR annullata, è stata coperta: per € 1.872.156,26 a valere sul finanziamento della quota regionale (5%) del programma ex art. 20 Accordo di Programma anno 2000, assegnato per la costruzione del nuovo ospedale della Spezia, ed € 376.100,64 a valere sul bilancio aziendale.
- b) Opere propedeutiche alla costruzione del nuovo ospedale: la demolizione dell'attuale ospedale Felettino e la costruzione del nuovo fabbricato è preceduta dalla realizzazione di opere, cosiddette propedeutiche, da realizzare all'ospedale S. Andrea e nell'area dell'ospedale Felettino (nuovo reparto di radioterapia) necessarie al trasferimento delle funzioni attualmente svolte all'ospedale Felettino per non interrompere l'attività sanitaria e svuotare quest'ultimo per poterlo demolire e poter ricostruire, nella stessa area, il nuovo edificio.
 Il costo delle "opere propedeutiche", che non verrà inserito nell'Accordo di programma anno 2009, è stato valutato in complessivi € 11.400.000,00 e trova copertura finanziaria come segue:
 1) per la ristrutturazione dell'osp. S. Andrea pari ad € 9.500.000,00 la copertura viene garantita:

- per € 5.670.000,00 con il FIR di cui alle assegnazioni anno 2005 e anno 2006,
 - per € 1.855.000,00 a valere sui finanziamenti Accordo di Programma 2007 sottoscritto in data 18.03.2009,
 - per € 412.000,00 utilizzando le economie di interventi ultimati e relativi all'Accordo di programma anno 2000 di cui ai codici: 70/5/H - 72/5/H - 75/5/H - 77/5/H (la cui autorizzazione è da richiedere al Ministero),
 - € 1.563.000,00 a valere sulla quota stanziata dalla Finanziaria regionale 2010 - l.r. 28 dicembre 2009 n. 62 come specificato dalla dGr n. 148/2010;
- 2) per la realizzazione del nuovo reparto di radioterapia nell'area del Felettino (opera necessaria al trasferimento del reparto posizionato nell'attuale Felettino) di € 1.900.000,00 la copertura viene garantita con l'utilizzo di quota parte della somma stanziata dalla Finanziaria regionale 2010 - l.r. 28 dicembre 2009 n. 62, come specificato dalla dGr n. 148/2010.

5.6 - A.O.U. SAN MARTINO -

6.6.1 MESSA IN SICUREZZA EDILE E IMPIANTISTICA DI VARI PADIGLIONI - 1° STRALCIO - (Cod. 11/M/H/09)

Il patrimonio dell'Azienda è composto di ben 54 padiglioni, compresi quelli universitari e destinati ad attività sanitarie (non di proprietà dell'Azienda ma in uso alla stessa in regime di convenzione di cui è a carico la manutenzione), con una superficie utile di circa 250.000 mq ed una volumetria di oltre il milione di mc.

L'80% degli edifici risale ai primi del '900 e, nel corso degli anni, ha subito notevoli interventi anche di sopraelevazione, di adeguamenti solo parziali e non esaustivi alle nuove necessità. Tale consistente patrimonio ha necessità di monitoraggi continui ed interventi sulle parti edilizie ed impiantistiche rivolte a consentire l'attività sanitaria in sicurezza.

Infatti, a seguito dei recenti casi di cedimenti e crolli degli intonaci al Padiglione 2 delle Maternità (dicembre '08) ed in relazione all'analisi svolta sulle criticità presenti sul patrimonio edilizio dell'Azienda, è stata rilevata la presenza di criticità anche su altri padiglioni, destinati a degenza, ed altre criticità determinate da condizioni relative alla messa a norma antincendio, alla manutenzione straordinaria degli impianti e della situazione statica delle strutture.

L'investimento necessario per la messa a norma complessiva dell'intera superficie è ampiamente al di sopra del finanziamento ma è stato possibile definire uno strategico lotto funzionale e funzionante.

Gli interventi urgenti, ma non indifferibili, per i quali l'Azienda sta provvedendo con altre fonti di finanziamento, sono identificabili in due grandi tipologie di opere: intonaci / sistema edilizio ed impianti.

Intonaci e sistema edilizio - L'Azienda ha appaltato il monitoraggio relativo alla verifica sullo stato degli intradossi dei solai, facendo fronte alla spesa con fondi propri. Tale monitoraggio ha consentito di individuare i primi interventi indifferibili che costituiscono un primo stralcio funzionale le cui opere sono comprese in detto appalto.

Nel contempo l'Azienda ha individuato ulteriori opere, da finanziare con il presente programma, volte a garantire la sicurezza degli edifici, in particolare:

- "*messa in sicurezza degli intonaci*": 1° stralcio superficie 16.000 mq, padiglioni interessati: Maragliano, Monoblocco, Specialità, DEA, per un costo presunto di € 1.500.000,00,
- "*Pad. Monoblocco sostituzione serramenti lato sud*": 1° stralcio, l'intervento (relativo a tre piani) prevede la continuazione delle opere già avviate dall'Azienda con un primo lotto funzionale al lato nord e al lato sud piani 11° e 12°, il costo stimato è pari ad € 650.000,00.

Impianti - L'azienda ha individuato gli interventi urgenti di messa in sicurezza degli impianti prevedendo le necessarie sostituzioni per mantenere la continuità impiantistica fondamentale nelle zone elettive dove la vita del paziente è spesso collegata al funzionamento delle macchine. In particolare:

- "*Messa in sicurezza impianti elettrici*": adeguamento impianti di padiglioni correlati alla messa a norma del sistema di rigenerazione. Acquisizione di n. 3 nuovi gruppi elettrogeni in zone elettive, completamento sistema di rilevazione e controllo antincendio-crioconservatori-frigo, per un costo presunto di € 2.350.000,00,
- "*Messa in sicurezza impianti meccanici*": messa in sicurezza sottocentrale Monoblocco e bonifica tre fondi, adeguamento impianto fognario Monoblocco, per un costo presunto di € 500.000,00.

Gli interventi sopra rappresentati, per un costo complessivo di € 5.000.000,00, costituiscono un primo stralcio urgente determinato da una valutazione effettuata su priorità analizzate ad oggi.

5.7 – E. O. OSPEDALI GALLIERA –

5.7.1 REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE GALLIERA. (Cod. 12/G/H/09)

Il Consiglio regionale con la citata deliberazione n. 34/2007 ha *approvato "il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale "* ed ha previsto la costruzione del nuovo ospedale Galliera.

L'E. O. Galliera con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 15 del 4 aprile 2008 ha approvato lo studio di fattibilità del "*Nuovo Ospedale Galliera*" e con successiva deliberazione n. 1 del 12 gennaio 2009 ha approvato il "*Documento Preliminare di Progettazione*" redatto ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 21 dicembre 1999 n. 554.

Lo studio di fattibilità esamina la situazione attuale dell'ospedale, sia a livello organizzativo sia a livello edilizio, ed affronta le varie problematiche attualmente esistenti e valuta le possibili soluzioni.

Situazione attuale-

Gli edifici che attualmente costituiscono il complesso ospedaliero del Galliera hanno alcune caratteristiche costruttive e tecnologiche che non permettono di ipotizzare un intervento di adeguamento, capace di garantire: né i necessari standards funzionali, né l'ottimizzazione dei costi di gestione.

Le trasformazioni che nel corso dei decenni sono intervenute nelle strutture originarie (risalenti alla metà del XIX secolo), sia sulle forme e sulle caratteristiche della degenza, sia sulle tecnologie diagnostiche e interventistiche, hanno reso necessari interventi di ampliamento e di adeguamento che difficilmente potranno avere ulteriori sviluppi. Tale

circostanza deriva, infatti, sia dalle caratteristiche distributive degli immobili che dalla loro collocazione all'interno del tessuto urbano della città. Salvo prefigurare interventi di possibile intasamento, da realizzarsi negli spazi liberi tra i padiglioni storici, sembrerebbe che sia stato raggiunto il massimo livello di adeguamento tecnologico *"in progress"* realizzabile.

In questi ultimi decenni si è registrato un incremento geometrico del numero delle prestazioni sanitarie erogate ogni anno, unitamente alle radicali trasformazioni tecnologiche intervenute nelle apparecchiature sanitarie, sia nell'ambito della diagnostica che in quello della terapia e cura delle patologie, l'intero sistema gestionale dell'ospedale subisce rilevanti diseconomie la cui origine è da ricercarsi soprattutto nell'adattamento continuo di una *"macchina sanitaria"* progettata ormai due secoli fa.

La situazione attuale fa registrare forti criticità sia sul versante della degenza che su quello dell'assistenza medica. I diversi interventi di adeguamento, spesso realizzati in parziale deroga alle normative (a causa dei vincoli strutturali o artistici che gravano sui manufatti) se da un lato hanno permesso di garantire il funzionamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, dall'altro hanno impedito il mantenimento degli standards qualitativi di eccellenza.

La ricerca del miglior compromesso possibile tra l'adeguamento tecnologico e il mantenimento delle caratteristiche architettoniche dell'intero complesso monumentale sembra aver ormai raggiunto un limite, oltre il quale ogni ulteriore intervento potrà rappresentare solamente un adeguamento alle normative e non un'azione finalizzata al miglioramento delle prestazioni rivolte ai cittadini.

Il modello organizzativo della presa in cura del paziente che, sempre più, si muove verso una ospedalizzazione limitata alla fase acuta della malattia e caratterizzata da un elevato apparato tecnologico di supporto, mal si rapporta con gli attuali edifici dell'ospedale. Allo stesso tempo, il livello qualitativo della degenza, che ha definitivamente abbandonato le enormi camerate con decine di letti e totale assenza di *"privacy"*, a favore di soluzioni equiparabili agli standards ricettivi delle strutture alberghiere, con camere doppie e singole regolarmente dotate di servizio privato, ha posto non pochi problemi di adattamento delle strutture a padiglioni dell'ospedale.

La soluzione del nuovo ospedale-

Sembra ormai giunto il momento in cui non si possa più immaginare un lavoro sistematico sulle strutture esistenti del Galliera, quanto piuttosto un intervento radicale che porti alla costruzione di un nuovo ospedale e alla dismissione di quello esistente.

La valutazione dei costi necessari per un eventuale e ulteriore azione sulle strutture esistenti appare di difficile quantificazione, non tanto in relazione all'individuazione puntuale di tutti gli interventi che si renderebbero necessari, quanto piuttosto in rapporto alla definizione delle azioni indispensabili per giungere alla loro effettiva realizzazione; da un lato, alcune opere potrebbero essere difficilmente autorizzabili dalla Soprintendenza ai beni architettonici, a causa di vincoli preordinati su alcune parti del complesso monumentale, dall'altro alcune di queste opere ridurrebbero drasticamente il numero dei posti letto complessivi, a fronte di un effettivo adeguamento agli standards richiesti dai più recenti modelli organizzativi.

Oltre a criticità tecnico-amministrative di tale natura, un altro elemento sembra ancor più determinante nel confermare l'effettiva impossibilità di continuare ad operare all'interno dell'attuale struttura ospedaliera ed è

rappresentato dal complesso sistema di opere "provvisionali" che si renderebbero necessarie per garantire il funzionamento di tutta la macchina ospedaliera, per tutta la durata dei lavori che, a rotazione, riguarderebbero parti consistenti della stessa. Tali opere "provvisionali" avrebbero certamente un impatto negativo, sia sull'organizzazione del cantiere edile principale, sia sulla salubrità dei luoghi di lavoro e di cura.

Dal punto di vista strettamente architettonico e funzionale, vi sono alcuni elementi che, indipendentemente da quanto sopra evidenziato, rappresentano dei fattori di criticità difficilmente superabili, tra questi vengono segnalati:

- la limitata dimensione della sezione trasversale dei padiglioni dal B1 al B7 pari a 8 mt (non risulta inseribile un sistema di camere doppi con servizio igienico separate da un corridoio di opportuna larghezza),
- la dimensione ed il passo delle bucatore dei padiglioni dal B1 al B7,
- le altezze degli interpiani dei padiglioni dal B1 al B7,
- la caratteristica tipologica del sistema statico,
- la distribuzione lineare dei percorsi,
- la realizzazione di interventi di ampliamento che si sono susseguiti nel tempo in assenza di un disegno unitario hanno reso scardinata e non progettata la collocazione e la distribuzione delle funzioni,
- non si può prevedere una specializzazione delle degenze in acuti e posti acuti differenziando così tra una parte dell'ospedale ad alta tecnologia e una a bassa tecnologia, salvo perdere in numero complessivo di posti letto,
- problema delle aree di parcheggio e dell'accessibilità al Pronto Soccorso.

La costruzione di una struttura nuova in linea con le più moderne esigenze operative e dotata delle strutture assistenziali necessarie, renderebbe perseguibile un innalzamento sostanziale, sia del livello qualitativo delle cure, sia del conto economico gestionale.

Il malato vedrebbe migliorare l'efficienza delle prestazioni (sia per quanto riguarda l'attività ambulatoriale che degenziale) e la struttura sanitaria ottimizzerebbe l'impiego delle risorse, degli spazi e quindi del personale e si troverebbe a poter operare risparmi (diretti e indiretti) utili per raggiungere i parametri di spesa definiti all'interno del piano sanitario regionale.

Non è trascurabile il fatto che la costruzione del nuovo Galliera, permetterebbe di ridurre al minimo l'insieme delle opere provvisionali, sopra accennate, necessarie per garantire l'operatività dello stesso ospedale durante le fasi le fasi di ristrutturazione dei reparti. Allo stesso tempo, dal trasferimento nei nuovi volumi dell'insieme delle strutture assistenziali, permetterebbe di rendere disponibile nel medio periodo un consistente patrimonio immobiliare che, se opportunamente valorizzato, potrebbe rappresentare una parte non trascurabile del capitale necessario per sostenere i costi di realizzazione del nuovo.

Nel primo caso (ristrutturazione dell'attuale struttura) l'amministrazione si troverebbe di fronte alla necessità di un doppio esborso, uno per le opere provvisorie e l'altro per le ristrutturazioni. Nel secondo caso (costruzione del nuovo Galliera) il flusso di cassa potrebbe anche essere nullo qualora il patrimonio immobiliare fosse trasferito in permuta all'operatore chiamato a costruire e a gestire almeno in parte il nuovo ospedale.

Dalle valutazioni sopra rappresentate risulta opportuno e necessario realizzare un nuovo ospedale in quanto la struttura esistente, per altro vincolata, non consente, anche se venissero effettuati imponenti lavori di

adeguamento, di raggiungere il livello qualitativo imposto dai requisiti minimi richiesti per autorizzare l'attività ospedaliera. In ogni caso, anche se i lavori di adeguamento venissero eseguiti, il raggiungimento dei requisiti minimi autorizzativi potrebbe essere raggiunto solo a scapito di gravi problemi sulla qualità organizzativa e, di conseguenza, sui costi di gestione, sulla sicurezza dei ricoverati ed operatori e sull'igiene del lavoro.

La soluzione architettonica ed organizzativa del nuovo ospedale-

La soluzione architettonica sviluppata nello studio di fattibilità è quella di un centro ad alta tecnologia dove l'attività di diagnosi e cura è svolta per processi e quindi con una visione di continuità-integrazione delle cure che necessita di una struttura che sia la più compatta possibile.

L'ospedale è previsto sia il più compatto possibile per due ragioni:

1. la prima relativa al fatto che prima ancora del dimensionamento è la compattezza dell'ospedale che incide sulla sua efficienza e quindi sui costi,
2. la seconda ragione è legata al fatto che la compattezza ha una notevole incidenza sull'organizzazione funzionale, infatti un ospedale compatto è una struttura unica, in cui le funzioni di diagnosi e cura possono avvenire facilmente sulla base di una organizzazione non per singoli eventi ma per processi, con un ottica di centralità del paziente che ottimizza l'efficienza e l'efficacia dell'ospedale.

Oltre le attività legate all'ospedale per acuti, il progetto del nuovo ospedale dovrà esaminare accuratamente ed inserire tutte le altre attività, in particolari le attività previste sono le seguenti:

1) Ospedale:

- Attività ambulatoriale e continuità con il territorio,
- Degenze ad alta intensità di cure,
- Degenze per cure intermedie e riabilitazione;

2) Ricerca scientifica;

3) Formazione universitaria.

Quindi i punti di base del nuovo ospedale saranno l'emergenza, il pronto soccorso, le attività di continuità col territorio e la città, le piastre di servizi ambulatoriali e di continuità delle cure, che devono supportare tutta l'attività dell'ospedale; le nuove tecnologie, dalla medicina nucleare alla radiologia interventistica; l'attività di degenza per acuti di un ospedale di eccellenza, l'attività di continuità delle cure da svolgere dopo la fase acuta della malattia e quindi la presenza di cure intermedie e di riabilitazione; gli aspetti della formazione universitaria, della ricerca scientifica e ovviamente dell'amministrazione.

Il dimensionamento dell'ospedale e la stima dell'attività futura dello stesso sono stati effettuati analizzando per le specialità presenti nell'Ospedale Galliera l'attività di degenza ordinaria, e correggendo i parametri di degenza media e tasso di occupazione in funzione delle "code" derivanti da problematiche nella possibilità di dimissioni dei soggetti ricoverati dovute a mancanza di posti letto di cure intermedie e/o di riabilitazione o di problematiche sociali che determinano problemi e difficoltà nella possibilità di svolgere adeguatamente l'assistenza domiciliare.

L'approccio finale per la **determinazione dei posti letto** delle macroaree si è basato sull'accorpamento delle specialità per macroaree funzionali e non sul

criterio dell'attribuzione dei posti letto alla singola unità operativa, in funzione di un'attività del nuovo ospedale da svolgere nella logica dipartimentale.

L'analisi dettagliata rappresentata nello studio di fattibilità sul dimensionamento del nuovo ospedale ha portato ad una serie di proposte che di seguito si riassumono.

La degenza ordinaria (DO) comprende complessivamente 288 posti letto (PL) a cui devono essere aggiunti 40 PL di Area Critica (Terapia intensiva medica - UTIC - Ictus - Sub intensiva - Terapia intensiva post intervento).

Sono previste le degenze per la Riabilitazione, le Cure Intermedie e la Geriatria per altri complessivi 162 PL.

Sono infine previsti 20 PL tecnici (OBI e Degenza breve del Pronto Soccorso), 20 PL della Casa di Salute, 16 PL per la Day Surgery, 14 PL per il Day Hospital.

Il totale dei posti letto, comprensivo dei posti letto di riabilitazione, risulta pari a 560.

La riduzione di PL in DO dalla situazione attuale e la loro trasformazione in PL di Riabilitazione - Cure intermedie - Gerontologia i aggiunta ai PL presenti, e dimensionati per un tasso di occupazione dell'80% consente complessivamente di non aumentare i PL attualmente utilizzati nel Galliera ma contemporaneamente di trasformare profondamente la funzionalità dell'ospedale in modo da renderlo adeguato alle necessità attuali mantenendo un buon margine di flessibilità e di possibilità di espansione per le necessità future.

Raffronto della configurazione dei posti letto individuati dalla dCr n.8/2008 e dallo studio di fattibilità del Nuovo Ospedale Galliera		
Tipologia posti letto	DCr n. 8/2008 "Stralcio del piano socio-sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza	Fabbisogno determinato dallo studio di fattibilità del Nuovo Ospedale Galliera
Posti letto ordinari	380	386
Posti letto day hospital e day surgery	47	30
Posti letto per riabilitazione, cure intermedie	22 (cure intermedie)	144 (cure intermedie pl 62 riabilitazione pl 82)
T O T A L E	449	560

Dal raffronto del numero dei posti letto programmati dalla dCr n. 8/2008 e di quelli determinati dallo studio di fattibilità, di cui alla tabella sopra rappresentata, risulta evidente che il fabbisogno:

- dei posti letto ordinari lievemente aumentato,
- dei posti letto di day hospital e day surgery risulta ridotto rispetto a quello programmato,

- dei posti letto per riabilitazione/cure intermedie risulta considerevolmente superiore a quello programmato.

Come sopra detto, l'aumento dei posti letto destinati alle cure intermedie consente un migliore utilizzo dei posti letto ordinari (in termini di numero di ricoveri annui e di giorni di degenza media), in quanto, all'attualità, la ridotta disponibilità dei posti di riabilitazione/cure intermedie sovente obbliga i pazienti ad occupare, anche dopo la fase acuta, i posti letto ordinari aumentando (oltre la media) il numero dei giorni di degenza, riducendo il numero dei ricoveri annui con il conseguente aumento delle liste di attesa dei ricoveri programmati.

Il Consiglio regionale con deliberazione n. 6/2009 di approvazione del programma degli investimenti anno 2009 ha di fatto, per quanto concerne il numero dei posti letto del nuovo Ospedale Galliera, variato la dCr n. 8/2008.

Lo studio di fattibilità ha preso in considerazione anche il dimensionamento del **reparto operatorio**. Dalla valutazione delle 10 sale operatorie oggi in funzione è emerso che il tasso di utilizzo assai basso, pari al 56,58% considerando un tempo tra gli interventi di 15' e pari al 67,85% considerando un tempo tra gli interventi pari a 30'.

La proposta per la realizzazione del nuovo ospedale è di realizzare due reparti operatori, uno di radiologia interventistica con due sale posto nella piastra -1, nelle vicinanze del pronto soccorso, e l'altro nella piastra +1 la Piastra della alta tecnologia terapeutica con 10 sale operatorie di cui 2 dedicate alla DS, oltre al blocco parto con tre sale parto.

Questa distribuzione consente da un lato di poter intervenire con la massima velocità nell'emergenza per la vicinanza col pronto soccorso e dall'altra di poter predisporre le sale operatorie più complesse nella piastra +1 in cui è presente anche l'area critica con la possibilità quindi di interventi più invasivi o più complessi.

La trasformazione funzionale del Reparto Operatorio con le recovery rooms per il pre e post intervento consentirà d'altronde di aumentare l'efficienza funzionale del reparto operatorio riducendo i tempi di turn-over tra gli interventi.

L'impostazione funzionale del nuovo ospedale orientato verso una riduzione dei tempi di degenza ed una maggiore complessità del case mix, con la presenza al suo interno di una struttura autonoma per la chirurgia ambulatoriale determinerà la possibilità di incrementare notevolmente l'attività chirurgica in confronto alla situazione attuale per cui il numero ottimale di sale operatorie con intervallo di turn over di 15' non è necessario che aumenti e può rimanere pari a 10.

Localizzazione. L'area individuata per la costruzione del nuovo ospedale, sebbene di forma irregolare e con andamento altimetrico irregolare, è quella relativa al lotto delimitato: dal sistema divergente di Via Vannucci e di Corso Mentana, lungo l'asse mare-monti perpendicolare alla linea di costa, da Corso A. Saffi, lungo il fronte sud, da Mura delle Cappuccine e da Via Volta nella parte sommatiale al precedente insediamento.

Dal punto di vista strettamente localizzativi il sito scelto presenta:

specifiche caratteristiche morfologiche: l'aspetto che incide maggiormente nella determinazione delle specificità dell'area è rappresentato dalla giacitura delle curve di livello che determina un dislivello di circa 8 metri e che rappresenta un elemento da valorizzare e sfruttare nell'ottica di limitare l'impatto delle nuove volumetrie nei riguardi degli edifici circostanti; altro

elemento è rappresentato dalla sua forma irregolare, stretta su lato mare e larga sul lato monte;

precise prescrizioni urbanistiche-normative: l'area è classificata dal vigente strumento urbanistico comunale come *zona FF*, le funzioni ammesse sono: servizi pubblici, parcheggi pubblici e viabilità secondaria funzionali al servizio o marginali, residenza di tipo specialistico, limitate quote di pubblici esercizi, locali di pubblico spettacolo pubblici o funzionalmente connessi al servizio principale, parcheggi privati interrati esclusivamente se realizzati contestualmente all'attuazione del servizio pubblico di cui sopra.

La **soluzione progettuale** proposta è quella di un edificio che si sviluppa nell'area sopra descritta da lato monte a lato mare su quota diverse. Verso lato mare sono previste le piastre:

- piastra piano -1 è la piastra delle attività diagnostiche più complesse e dei servizi generali e dei servizi generali per la Struttura (Laboratori analisi, Diagnostica per immagini, Farmacia, Servizi per l'alimentazione, Magazzini, Servizi di supporto, Servizio mortuario);
- piastra piano terra è la piastra di apertura alla città e comprende l'accoglienza, il Pronto Soccorso e l'insieme delle attività ambulatoriali; devono essere sviluppate le seguenti aree: accoglienza, zona negozi e sociale, Poliambulatorio, Pronto soccorso - DEA, Radiologia Interventistica ed Emodinamica;
- piastra piano +1 è dedicata all'Alta Tecnologia Terapeutica e comprende le seguenti aree/attività: Reparto operatorio con Blocco parto, Terapia Intensiva-Area critica, Degenze diurne (DH e DS), Isola Ambulatoriale Oncologica, Isola Ambulatoriale Materno-infantile, Centro di Medicina Nucleare e Radioterapia, Ambulatori per attività intramoenia, Area per la didattica.

Sopra le piastre, per tutta la lunghezza del lotto, da lato mare a lato monte, si sviluppano tre piani dove troveranno collocazione le degenze. Nella zona lato monte sono previsti altri due piani, per una superficie ridotta rispetto ai piani sottostanti, dove troveranno collocazione altre degenze.

La **previsione dei costi**, effettuata su base parametrica, risulta pari ad € 160.000.000,00 la cui copertura è prevista venga garantita come segue:

- € 2.856.905,11 somma a valere sui finanziamenti statali assegnati dalla Finanziaria 2007 e 2008 per investimenti in sanità,
- € 150.363,43 somma a valere sul bilancio regionale e relativa alla quota del 5%,
- € 40.992.731,46 quota del finanziamento statale programma ex art. 71 l. 448/'98 (destinato originariamente alla costruzione dell'ospedale della Valpolcevera e rifinalizzato con dGr n. 56 del 21.01.2011 alla costruzione del nuovo ospedale Galliera),
- € 1.877.071,86 somma relativa al finanziamento di cui al programma AIDS ex L. 135/1990 assegnato all'E. O. Galliera per la costruzione di un nuovo reparto che verrà realizzato nel nuovo ospedale, relativa alla quota accreditata alla Regione dal Ministero,
- € 2.492.358,90 quota a carico del bilancio dell'Ente in sostituzione del finanziamento AIDS quota mutuo revocato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con decreto n. 76069 del 29.09.2010,
- € 9.000.000,00 rimborso del prezzo differito tra il valore degli immobili che il Galliera ha concesso per le operazioni di cartolarizzazione e l'importo che lo stesso Galliera ha ricevuto per ripianare il proprio

disavanzo anno 2005 (rapporto regolato con l'Accordo tra A.R.T.E. e Galliera in data 23.11.2007) di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 676 del 13.06.2008,

- € 48.000.000,00 proventi stimati derivabili dall'alienazione di immobili di proprietà dell'Ente (di cui alla stima condotta da professionista esterno all'Amministrazione),
- € 2.231.437,55 risorse di bilancio dell'ente destinate alla costruzione del nuovo ospedale con deliberazioni del Consiglio di Amministrazione n. 30 del 26.09.2008 e n. 42.10.2008,
- € 52.399.131,69 contrazione di mutui.

La sostenibilità dell'onere finanziario a carico della gestione dell'ospedale, attraverso il ricorso al mutuo bancario, tiene conto della dimensione annuale dei flussi e dell'entità delle possibili economie sui fattori produttivi come derivanti dai nuovi assetti strutturali.

L'Ente ospedaliero ha stimato un onere finanziario annuo di € 4,6 milioni che è in grado di sostenere e che risulta sufficiente, all'attualità, per accedere al mutuo bancario di circa € 52.400.000,00.

E' da evidenziare che il nuovo ospedale produrrà delle economie gestionali conseguenti ad un diverso assetto strutturale (attraverso un uso razionale dell'energia del nuovo edificio) ed un diverso assetto logistico ed organizzativo del nosocomio.

La capacità di conseguire risparmi gestionali avverrà anche attraverso altre possibili forme di reperimento delle risorse date, ad esempio, dalla concessione di locali commerciali, dalla gestione della sosta degli autoveicoli a pagamento e dall'utilizzo in concessione dei padiglioni storici non oggetto di alienazione.

L'impatto del mutuo con il piano di rientro è risultato di difficile determinazione, in quanto l'anno previsto di contrazione dello stesso è relativo al periodo non più compreso in detto piano di controllo del debito pubblico, la cui validità si è esaurita nell'anno 2010.

L'Ente ha costituito con le Amministrazioni interessate (Comune di Genova, Regione Liguria, Soprintendenza) una Commissione tecnica con l'obiettivo di individuare tutte le possibili procedure finalizzate alla valorizzazione del patrimonio dell'Ente che a seguito della costruzione del nuovo ospedale verrà dismesso ed alienato ed i cui proventi (non quantificati nella copertura dell'onere di mutuo) potranno concorrere alla parziale o totale copertura dei mutui.

5.8 – ISTITUTO GIANNINA GASLINI –

5.8.1 TRASFERIMENTO DAY HOSPITAL EMATO-ONCOLOGICO AL 3° PIANO DELL'EDIFICIO 12 COMPRESI I NUOVI MONTALETTIGHE.(Cod. 13/Gas/H/09)

Attualmente le strutture Dipartimento di Ema-Oncologico sono dislocate in zone diverse dell'Istituto, ed esattamente:

- il Day Hospital al piano terra dell'edificio 16,
- il Centro Trapianti di Midollo Osseo al 4° piano del Dipartimento di Emergenza (sistemazione provvisoria),
- le degenze di Ematologia ed Oncologia al 2° piano dell'edificio 12 (intervento ultimato nel 2006).

Il programma triennale 2008-2011 di potenziamento dell'Istituto, approvato con deliberazione n. 123 del 22 luglio 2008, prevede l'accentramento delle tre strutture nell'edificio 12, e precisamente:

- il Day Hospital al terzo piano,
- il Centro Trasfusionale di Midollo Osseo al 2° piano,
- le degenze di Ematologia e Oncologia al 2° piano.

In ordine prioritario è prevista la realizzazione della nuova sede al terzo piano dell'edificio 12, ove poi trasferire il Day Hospital; la superficie interessata dall'intervento di ristrutturazione è di mq 690 ed è altresì prevista la realizzazione di un ulteriore montalettighe oltre i due esistenti ed i posti letto previsti sono 14.

I locali sono già disponibili ed è già stata ottenuta la relativa autorizzazione edilizia da parte della Soprintendenza ai Beni Ambientali della Liguria e del Comune di Genova in data 26 settembre 2008, per cui l'intervento è immediatamente cantierabile.

5.8.2 REALIZZAZIONE NUOVO CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO OSSEO AL 2° PIANO DELL'EDIFICIO 12. (Cod. 14/Gas/H/09)

Valgono le premesse di cui all'intervento precedente, trattandosi di una delle strutture del Dipartimento di Emato-Oncologia.

La realizzazione della nuova sede al secondo piano dell'edificio 12 interessa una superficie da ristrutturare è di mq 430; è altresì prevista la realizzazione di una nuova scala per l'accesso esterno e indipendente dei parenti e dei degenti, e la sopraelevazione di un terrazzo per mq 40 circa, ove realizzare il filtro del personale, nel rispetto delle norme antisismiche.

I locali sono già disponibili ed è già stata ottenuta la relativa autorizzazione edilizia da parte della Soprintendenza ai Beni Ambientali e Architettonici della Liguria e del Comune di Genova in data 26 settembre 2008, per cui l'intervento è immediatamente cantierabile.

5.9 ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO (IST)

5.9.1 ACQUISTO DELLA TOMOTERAPIA ELICOIDALE. (Cod. 15/Ist/T/09)

La tomoterapia elicoidale è la più innovativa attrezzatura di radioterapia a fasci esterni, chiamata con questo acronimo perché unisce la tecnologia di radioterapia ad elevata conformazione del bersaglio (Radioterapia ad intensità modulata - IMRT) con la tecnica della tomografia computerizzata (TC) spirale. Il trattamento radiante viene erogato in modalità elicoidale grazie al movimento rotazionale del "gantry" con il concomitante movimento longitudinale del lettino porta-paziente; la tomoterapia è dotata di un sistema guidato dall'immagine (Image-Guided System) completamente integrato che permette una corretta registrazione del paziente mediante la valutazione diretta di immagini volumetriche ricavata da una tomografia ad alto voltaggio incorporata nella attrezzatura e ricostruita immediatamente prima del trattamento. Le immagini TC ottenute con la tomoterapia vengono confrontate con le corrispettive immagini TC di riferimento eseguite durante la preparazione del trattamento e sulle quali è stato calcolata la distribuzione di dose. Il risultato ultimo è quello di avere una distribuzione di dose estremamente omogenea e senza soluzioni di continuità e artefatti di

giunzione dei campi. Dopo che il medico radioterapista stabilisce i contorni precisi di ciascuna regione di interesse (bersaglio tumorale e organi a rischio che devono essere evitati da dosi elevate di irradiazione) sulle immagini 3D ottenute da una TC dedicata, da una Risonanza Magnetica o da una PET/CT, l'Esperto in Fisica Medica definisce il piano di cura. Il sistema informatizzato permette un calcolo del percorso, della posizione e dell'intensità dei fasci da erogare. La dose somministrata viene misurata dai detettori che possono, mediante un algoritmo iterativo, ricostruire la distribuzione di dose realmente erogata sull'Immagine TC ripresa durante il trattamento stesso. Eventuali scostamenti del piano (es. paziente non correttamente posizionato sul lettino) rispetto al trattamento pianificato possono essere direttamente corretti permettendo una precisione assoluta di trattamento. Questo processo tecnologico è chiamato "*Adaptive Radiotherapy*" perché durante ogni seduta di trattamento la distribuzione di dose viene adattata "on-line" al volume tumorale che deve essere irradiato.

I vantaggi della Tomoterapia rispetto all'impiego degli Acceleratori lineari non accessoriati - I vantaggi possono essere così riassunti:

1) L'elevata conformità della dose al volume bersaglio. L'integrazione della IMRT nel trattamento permette l'erogazione di dosi al tumore (o all'area clinica sede di potenziale malattia tumorale microscopica) con un elevato gradiente di dose che rispetta i tessuti sani limitrofi. Questo effetto differenziato di distribuzione di dose radiante permette una minore probabilità di insorgenza di tossicità acuta, subacuta e tardiva. Questo stesso effetto fisico è importante in particolare per i pazienti irradiati in età pediatrica dove il rischio di tossicità a lungo termine deve essere minimizzato. È molto importante anche per il trattamento di pazienti affetti da tumori insorti in sedi molto vicine ad organi a rischio (es. bulbo oculare, chiasma ottico, ghiandole salivari, midollo spinale, cuore, retto e vescica) che potrebbero perdere la loro funzione in caso di severa irradiazione con alte dosi. Grande è il ruolo della Radioterapia con Tomoterapia nelle condizioni dove è indicata la re-irradiazione di tumori recidivati dopo pregresso trattamento radicale.

2) La potenziale somministrazione di dosi più elevate al volume tumorale. L'elevata conformità di dose al volume bersaglio ottenibile con la tomoterapia permette di somministrare dosi totali più elevate (oltre i 75 -80 Gy) a quei tumori radioresistenti che possono non essere controllati da dosi inferiori.

3) Il possibile impiego dell'ipofrazionamento della dose. La precisione geometrica del trattamento radiante consente di adottare dosi singole per frazione superiori alla dose standard di 2 Gy. Con dosi di 2.5 - 3 Gy per frazione la dose biologica totale necessaria per la cura del tumore può essere raggiunta con un numero inferiore di trattamenti, con un comparabile o minore rischio di tossicità dei tessuti sani limitrofi il tumore. Questa modalità, chiamata ipofrazionamento della dose radiante, avrà un crescente campo di applicazione in radioterapia nei prossimi anni.

4) L'ottimizzazione di tecniche complesse di radioterapia. Oltre alla possibilità della Adaptive radiotherapy sopradescritta, il lungo movimento longitudinale del lettino di trattamento permettere

di eseguire trattamenti con ampiezza di irradiazione fino a 160 cm. Questa modalità tecnologica evita la pianificazione di separazione di campi ossia di aree dove la distribuzione di dose appare incerta (possibilità di sopra o sottodosaggi): con la Tomoterapia è infatti possibile eseguire l'Irradiazione Totale del Midollo Osseo (Total Marrow Irradiation) nei programmi di condizionamento dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo o di cellule

staminali periferiche e l'Irradiazione cranio-spinale in toto nei pazienti pediatrici. Inoltre la Tomoterapia consente l'irradiazione sincrona in una singola sessione di trattamento di più volumi tumorali sintomatici anatomicamente distanti: questa modalità di irradiazione consente di eseguire trattamenti di palliazione intelligente con tecnica IMRT.

Oltre ai suddetti vantaggi si aggiungono i seguenti:

- la tomoterapia poiché costituisce l'integrazione di più tecnologie evolute in un'unica attrezzatura, nel tempo, contribuisce al contenimento dei costi necessari che si dovrebbero sostenere per l'implementazione tecnologica degli acceleratori lineari,
- avvio in Liguria di un processo di adeguamento di attrezzature radioterapiche in concomitanza a quanto in atto in altre regioni (la tomoterapia elicoidale è attualmente disponibile presso: Ist. S. Raffaella di Milano, il Centro di Riferimento di Aviano; è in fase di installazione presso: Ist. Oncologico Romagnolo a Meldola, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, l'Ospedale S. Camillo di Roma; risulta nei programmi prioritari dell'Ist. Europeo di Oncologia di Milano e della Fondazione Pascale di Napoli).

L'acquisizione della tomoterapia elicoidale, tecnologia innovativa nel settore della Radioterapia, potrebbe portare, secondo stime della Direzione di Cattedra e delle Struttura Complessa di Radioterapia dell'IST, a scongiurare la "pendolarizzazione sanitaria" verso regioni vicine di circa 200 utenti liguri fin dal primo anno di attivazione, con la presumibile tendenza a crescere negli anni successivi.

A questi 200 utenti obbligati potranno aggiungersi non meno di altrettanti pazienti anno, che con detta apparecchiatura potranno avvantaggiarsi di cicli di trattamenti più brevi.

Il recupero di tale spesa per mobilità sanitaria passiva potrebbe essere pari a circa 2.200.000,00 di euro. Tale cifra deriverebbe da un costo per seduta di tomoterapia stimato attorno ai 400 euro moltiplicato per 5.500 sedute/anno che corrisponderebbero ad un ciclo di terapia composto in media da 12 sedute per paziente, su una stima di 450 pazienti trattabili, quindi costo per ciclo/paziente pari a 4800 euro.

I costi della radioterapia tradizionale assommano attualmente a circa 2500 euro per ciclo.

L'aumento del costo di trattamento/paziente è giustificato dagli indubbi vantaggi a passare, in casi selezionati, alla tomoterapia elicoidale, riassumibili quindi:

L'applicazione scientifica: programmi di ricerca clinica con Tomoterapia presso l'IST -

Presso la S.C. Oncologia Radioterapia dell'IST la Tomoterapia Elicoidale, installata nel mese di Dicembre 2008 e operativa dal mese di Febbraio 2009; è lo strumento tecnologico più innovativo per l'esecuzione di evolute sperimentazioni cliniche non eseguibili in altri centri liguri di Radioterapia. Queste sperimentazioni includono:

- lo sviluppo della Irradiazione Totale del Midollo Osseo. Lo studio è eseguito in collaborazione con la Divisione Ematologia II dell'A.O.U. San Martino di Genova nell'ambito di un progetto multidisciplinare che ha come scopo l'ottimizzazione dei programmi di irradiazione corporea totale. E' in corso uno

studio di fase I per valutare la fattibilità clinica di erogazione di dosi scalari fino a 18Gy-20 Gy.

- lo sviluppo di tecniche di Tomoradioterapia stereotassica: lo studio che implica il trattamento di lesioni tumorali primitive e secondarie a livello encefalico o toraco-addominali, è condotto in collaborazione con

l'U.O.Oncologia Pediatrica dell'Istituto Giannina Gaslini e il Dipartimento Testa-Collo dell'A.O.U.San Martino di Genova.

- lo sviluppo di tecniche di trattamenti palliativi intelligenti mediante tecniche IMRT: il software STATRT della Tomoterapia elicoidale permette di eseguire trattamenti radianti complessi per la radioterapia di pazienti lungosopravvivenenti con lesioni oligometastatiche. Questo originale programma di ricerca è attualmente unico in Italia negli 8 centri che dispongono della Tomoterapia Elicoidale.

- lo sviluppo di frazionamenti contratti di radioterapia (Ipofrazionamento della dose): il progetto prevede l'esecuzione di nuovi frazionamenti della dose non superiori alle 5-6 settimane nei pazienti affetti da neoplasie cervico-cefaliche o prostatiche. E' utilizzata la tecnica del supplemento di dose integrato (Simultaneous Integrated Boost).

Il valore aggiunto della Tomoterapia elicoidale nel miglioramento della qualità dell'assistenza oncologica in Liguria -

La S.C. Oncologia Radioterapia dell'IST che dispone della Tomoterapia Elicoidale si pone come punto di riferimento regionale ed extraregionale per l'esecuzione di trattamenti complessi di radioterapia laddove l'esecuzione di trattamenti 3-D conformazionali con Acceleratore Lineari non siano accettabili nella pratica clinica. In questo contesto la tomoterapia permette di eseguire trattamenti ottimali per casi selezionati di pazienti affetti da neoplasie site nel massiccio facciale, nell'addome e nella pelvi. L'acquisizione della Tomoterapia in Genova permette di trattare in Liguria pazienti che per necessità clinica sarebbero stati appoggiati presso centri di radioterapia dedicati delle Regioni Lombardia o Emilia Romagna. Questo numero di pazienti si aggira sui 200-250/anno con una netta diminuzione del costo sociale di questi trattamenti. In collaborazione con i Centri Liguri di Radioterapia (E.O.Galliera di Genova, ASL1 Imperiese-sanremo, ASL 2 Savonese- Ospedale San Paolo, ASL5 Spezzina- Ospedale Felettino) è allo studio la programmazione di una Rete Radioterapica Ligure che favorisca per via informatica la trasmissione di immagini, documentazione clinica di pazienti che necessitano di trattamenti radianti complessi con Tomoterapia Elicoidale. Questo programma a valenza triennale permetterà la migliore definizione dei percorsi terapeutici dei pazienti che in Liguria devono essere avviati a trattamenti radianti evoluti.

La quota tempo/attività della Tomoterapia per l'assistenza oncologica -

Nel corso del corrente anno (2009) l'attività della tomoterapia elicoidale sarà destinata esclusivamente al programma di ricerca tecnologica nello sviluppo di tecniche evolute o innovative nel campo della radioterapia nel paziente adulto e pediatrico. In specifico saranno implementate le tecniche ad intensità modulata (IMRT) guidate dalle immagini (IGRT) per quelle condizioni cliniche complesse dove la radioterapia 3-D conformazionale può non essere soddisfacente nel contenere la tossicità ad organi a rischio. Candidati alla ricerca tecnologica con tomoterapia elicoidale saranno i pazienti affetti da:

- neoplasie avanzate della base cranica e della testa e collo,
 - neoplasie della prostata (attuazione di programmi di trattamenti contratti mediante ipofrazionamento della dose),
 - neoplasie infantili,
 - neoplasie ematologiche candidati a trapianto di midollo osseo (programmi di dose scalare),
- tumori cerebrali di piccole dimensioni dove e' necessario attuare trattamenti stereotassici.

Dal febbraio 2009 al mese di settembre 2009 l'attività di ricerca tecnologica è stata effettuata su 7 ore di lavoro giornaliero (dalle 7.00 alle 14.12); dal 28 settembre 09 l'attività di ricerca sarà potenziata su 10 ore giornaliere (dalle ore 7.00 alle 17.00). Dal mese di Gennaio 2010 l'attività con tomoterapia coprirà le 12 ore giornaliere: 8 ore saranno destinate all'assistenza clinica e 4 ore saranno destinate ad ulteriori programmi di ricerca tecnologica nell'ambito di protocolli multidisciplinari condotti in Istituto. Pertanto, dal 2010 il numero complessivo di trattamenti con tomoterapia è stimabile in circa 5000 trattamenti/anno con circa 3300 trattamenti riservati all'assistenza (67% dei trattamenti) e i rimanenti 1700 (34% dei trattamenti) riservati alla ricerca clinico-tecnologica..

Le risorse umane necessarie per l'ottimizzazione dell'attività -

La complessa attività della tomoterapia elicoidale ha richiesto la presenza a regime dal gennaio 2010 delle seguenti figure professionali:

- n. 2 dirigenti medici / die (visita, selezione del caso clinico per tomoterapia, pianificazione moroso-funzionale del bersaglio, verifica on-line del trattamento, valutazione dei risultati);
- n. 2 dirigenti fisici / die (pianificazione dosimetrica, verifica pre-clinica del piano di cura, controlli di qualità dell'attrezzatura, attuazione di procedure di dosimetria in vivo)
- n. 3 tecnici laureati in radiologia medica / die (processi di accensione dell'attrezzatura, posizionamento del paziente, acquisizione delle immagini TC, trattamento radiante).

A differenza dell'impiego in clinica dell'acceleratore lineare dove sono necessari per turno 2 unità di tecnico laureato in radiologia medica con il supporto aggiunto del medico radioterapista, per ogni singolo trattamento di tomoterapia è invece necessaria l'obbligata presenza alla consolle di un medico specialista in radioterapia, di un esperto in fisica medica e di almeno un tecnico laureato in radiologia medica. La concomitante presenza delle tre figure professionali assicura infatti l'esecuzione di sofisticati trattamenti radianti che annullano il rischio di imprecisione terapeutica ed aumentano la probabilità di successo clinico

L'acquisizione della tomoterapia elicoidale potrebbe portare, secondo stime della Direzione di Cattedra e delle Struttura Complessa di Radioterapia dell'IST, a scongiurare la "pendolarizzazione sanitaria" verso regioni vicine di circa 200 utenti liguri fin dal primo anno di attivazione, con la presumibile tendenza a crescere negli anni successivi.

A questi 200 utenti obbligati potranno aggiungersi non meno di altrettanti pazienti anno, che con detta apparecchiatura potranno avvantaggiarsi di cicli di trattamenti più brevi.

Il recupero di tale spesa per mobilità sanitaria passiva potrebbe essere pari a circa 2.200.000,00 di euro. Tale cifra deriverebbe da un costo per seduta di

tomoterapia stimato attorno ai 400 euro moltiplicato per 5.500 sedute/anno che corrisponderebbero ad un ciclo di terapia composto in media da 12 sedute per paziente, su una stima di 450 pazienti trattabili, quindi costo per ciclo/paziente pari a 4800 euro.

I costi della radioterapia tradizionale assommano attualmente a circa 2500 euro per ciclo.

L'aumento del costo di trattamento/paziente è giustificato dagli indubbi vantaggi a passare, in casi selezionati, alla tomoterapia elicoidale.

Il costo della tomoterapia elicoidale è pari ad € 5.042.000,00 di cui quota parte, pari ad € 1.348.000,00, è coperto dalla concessione di un contributo da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Genova. La Fondazione ha collegato la contribuzione in argomento all'acquisizione "in leasing" dell'apparecchiatura.

Il programma finanziario prevede la copertura per l'anno 2009 con l'utilizzo del contributo di € 1,348.000,00 della Fondazione Cassa di Risparmio di Genova mentre, per la residua copertura delle successive otto rate e dell'importo finale per il riscatto (con pagamento prima rata il 30.06.2010 ed ultima il 31.12.2013), per un totale di € 3.694.000,00, con l'utilizzo della quota parte del finanziamento prosecuzione programma ex art. 20 l. 67/88.

Il contratto di leasing, già sottoscritto dall'IST in quanto vincolato all'utilizzo del contributo concesso dalla Fondazione entro termini stabiliti, prevede tanto la possibilità di subentro quanto la risoluzione anticipata in un'unica soluzione: tale opzione permette l'acquisto dell'apparecchiatura come "usato garantito", considerato che l'apparecchiatura è stata acquisita con due anni di garanzia, data collaudo e al momento del rilevamento di proprietà disporrà ancora di un anno di garanzia. In merito a tale opzione la direzione dell'Istituto si è già espressa con provvedimento n. 219 del 05.03.2010 deliberando di procedere al riscatto dell'apparecchiatura tomoterapia elicoidale al termine della locazione finanziaria.

5.9.2 LAVORI DI MESSA A NORMA DI IMPIANTI E STRUTTURE. (Cod. 16/Ist/H/09)

E' già stata fornita la disponibilità di € 200.000,00 per gli interventi più urgenti di protezione antincendio al CBA, per la cabina elettrica di media tensione dell'IST e per la sostituzione della cisterna principale dell'acqua, assumono rilevanza i seguenti interventi di messa a norma:

1. la compartimentazione degli ascensori e montalettighe dell'IST,
2. la predisposizione dei quadri elettrici per il piano terra, piano 2°, 4° e 6°,
3. il quadro generale di bassa tensione,
4. la messa in sicurezza delle lesene di facciata all'attualità pericolanti.

5.10 SCHEDA RIASSUNTIVA DEGLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA

ELENCO INTERVENTI ACCORDO DI PROGRAMMA 2009 – Art. 20 L. 67/88

Numero ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato+Regione 95%+5% (€)	Altri finanziamenti (€)	Costo totale (€)
1	ASL 1	1/1/T/09	Fornitura di un nuovo angiografo multidisciplinare ad acquisizione digitale diretta destinato alla S.C. di radiologia dell'osp. di Imperia.	Imperia	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
			TOTALE ASL 1		1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
2	ASL 2	2/2/T/09	Sostituzione acceleratore lineare Servizio di radioterapia.	Osp. Valloria Savona	2.850.000,00	150.000,00	3.000.000,00	0,00	3.000.000,00
3		3/2/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) del monoblocco e del Corpo servizi del Complesso Ospedallero S. Paolo Valloria Savona - 2° lotto.	Osp. Valloria Savona	5.225.000,00	275.000,00	5.500.000,00	0,00	5.500.000,00
			TOTALE ASL 2		8.075.000,00	425.000,00	8.500.000,00	0,00	8.500.000,00

Numero ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato+Regione 95%+5% (€)	Altri finanziamenti (€)	Costo totale (€)
4	ASL 3	4/3/D/09	Interventi di manutenzione straordinaria su strutture distrettuali.	Genova BorgoFornari Campoligure	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
5		5/3/H/09	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) dell'Ospedale S. Carlo di Genova Voltri e adeguamento dei percorsi.	Genova	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
6		6/3/H/09	Interventi finalizzati alla rifun- zionalizzazione del Pad. B Ospedale A. Micone di Genova Sestri ed al completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi ex DPR 14.01.1997.	Genova	1.586.500,00	83.500,00	1.670.000,00	0,00	1.670.000,00
7		7/3/T/09	Aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un Sistema Telefonico Unificato.	Genova	948.100,00	49.900,00	998.000,00	0,00	998.000,00
8		8/3/T/09	Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti.	Genova	1.100.927,20	57.943,54	1.158.870,74	605.129,26	1.764.000,00
			TOTALE ASL 3		7.435.527,20	391.343,54	7.826.870,74	605.129,26	8.432.000,00

Numero ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato+Regione 95%+5% (€)	Altri finanziamenti (€)	Costo totale (€)
9	ASL 4	9/4/H/09	Integrazione costruzione nuovo Ospedale di Rapallo.	Rapallo	4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00
			TOT. ASL 4		4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00
10	ASL 5	10/5/H/09	Costruzione nuovo Ospedale della Spezia.	La Spezia	150.938.788,83	7.944.146,95	158.882.935,78	16.167.064,22	175.050.000,00
			TOT. ASL 5		150.938.788,83	7.944.146,95	158.882.935,78	16.167.064,22	175.050.000,00
11	San Martino	11/M/H/09	Messa in sicurezza edile e impiantistica di vari padiglioni.	Genova	4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00
			TOT. SAN MARTINO		4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00
12	E. O. Galliera	12/G/H/09	Realizzazione Nuovo Ospedale Galliera	Genova	2.856.905,11	150.363,43	3.007.268,54	156.992.731,46	160.000.000,00
			TOT. E. O. GALLIERA		2.856.905,11	150.363,43	3.007.268,54	156.992.731,46	160.000.000,00

Numero ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato+ Regione 95%+5% (€)	Altri finanziamenti (€)	Costo totale (€)
13	Ist:Gaslini	13/Gas/H/09	Trasferimento Day Hospital Emato-Oncoologico al 3° piano compresi i nuovi montalettighe	Genova	2.614.400,00	137.600,00	2.752.000,00	0,00	2.752.000,00
14		14/Gas/H/09	Realizzazione nuovo centro Trapianti di midollo osseo al 2° piano dell'edificio 12.	Genova	1.939.900,00	102.100,00	2.042.000,00	0,00	2.042.000,00
			TOT. ISTIT.GASLINI		4.554.300,00	239.700,00	4.794.000,00	0,00	4.794.000,00
15	IST	15/Ist/T/09	Acquisto della Tomoterapia elicoidale.	Genova	3.509.300,00	184.700,00	3.694.000,00	1.348.000,00	5.042.000,00
16		16/Ist/H/09	Lavori di messa a norma di impianti e strutture.	Genova	551.000,00	29.000,00	580.000,00	0,00	580.000,00
			TOT. IST		4.060.300,00	213.700,00	4.274.000,00	1.348.000,00	5.622.000,00
T O T A L E G E N E R A L E					188.845.821,14 (1)	9.939.253,92	198.785.075,06 (*)	175.112.924,94 (°)	373.898.000,00

(*) E' compresa la somma di € 35.570.968,94 (1) derivante dalla revoca del finanziamento già assegnato a valere sulla quota statale (95%) ex art. 20 Accordo di programma anno 2000 per la costruzione del nuovo ospedale della Spezia,

(°) E' compresa la quota statale di € 40.992.731,46 assegnata a valere sui finanziamenti di cui al "Progetto di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Genova L. 448/1998 art.71".

6 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

6.1 IL SISTEMA DI INDICATORI

Alla luce di quanto rappresentato nei capitoli precedenti, l'obiettivo generale del programma è quello di concorrere a migliorare l'offerta dei servizi di cui i cittadini liguri hanno bisogno attraverso il raggiungimento di obiettivi sott'ordinati (specifici e operativi).

Il programma è frutto della elaborazione e composizione dei singoli programmi delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

I singoli programmi sono finalizzati al perseguimento del suddetto obiettivo generale attraverso la progressiva realizzazione degli obiettivi specifici ed operativi, già illustrati nel precedente capitolo 1.4, secondo un percorso che, partendo dall'esecuzione del singolo intervento, arriva ad agire sul sistema sanitario nel suo complesso. Ciò avviene mediante la realizzazione organica dell'insieme di interventi che li compongono.

I singoli interventi hanno tipicità e dimensioni diverse, ed alcuni incidono su aree molto specifiche del sistema sanitario.

Da tutto ciò consegue che una valutazione di risultato, relativa all'impatto dell'intero programma sul sistema, deve essere condotta alla scala delle singole Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e successivamente dell'intero sistema regionale.

A tal fine sono stati individuati indicatori in grado di misurare il livello di raggiungimento degli obiettivi a seguito dell'attuazione del programma.

Sono stati individuati alcuni indicatori in grado di valutare l'efficacia e l'efficienza della realizzazione del programma sotto l'aspetto finanziario ed esecutivo. Questi indicatori ricavano le loro grandezze direttamente dal sistema di monitoraggio dell'attuazione degli interventi.

Per alcuni interventi particolari, quali quelli di messa a norma o adeguamento ai requisiti minimi, che agiscono sulla mera componente strutturale o impiantistica, l'utilizzo degli indicatori di realizzazione finanziaria ed esecutiva appare il solo in grado di operare una qualche valutazione di risultato.

Il sistema prevede una serie di indicatori: di contesto (i quali forniscono informazioni sulle caratteristiche del territorio e della popolazione che insiste sul territorio interessato dal programma), di programma (attraverso i quali viene monitorata la fase realizzativa degli interventi e misurano costantemente l'avanzamento del programma), di efficacia ed efficienza (attraverso i quali è possibile misurare il raggiungimento degli obiettivi).

6.1.1 GLI INDICATORI DI CONTESTO

Gli indicatori di contesto, rappresentati nelle tabelle sotto riportate, forniscono, in forma sintetica, informazioni sulla popolazione ligure in relazione alla distribuzione geografica ed ai problemi di salute.

Tab. 6.1-

Indicatori relativi alla popolazione	Descrizione indicatori	Valore
Densità di popolazione (31.12.2007)	n. abitanti/kmq	297
Presenza di stranieri (gennaio 2007)	n. stranieri residenti/popolazione residente	5,02 %
Indice anzianità popolazione (gen. '07)	Popolazione residente con età > 65 anni / popolazione residente	26,70%
Indice grandi vecchi (gen. '07)	Popolazione residente con età > 85 anni / popolazione residente	3,49%
Tasso di natalità (anno 2007)	n. nati vivi per popolazione residente mille abitanti	7,6
Indice popolazione giovane (gen. '07)	Popolazione residente con età < 14 anni / popolazione residente	11,16%
Indice struttura della popolazione attiva (gen. '07)	n. soggetti di età 40-64 anni / popolazione compresa fascia 15-39	131,44
Indice di ricambio della popolazione attiva (gen. '07)	Rapporto dei soggetti che stanno per uscire dalla fascia di età attiva 60-64 anni e di coloro che vi stanno per entrare (giovani di 15-19 anni)	171,18

Tab. 6.2-

Indicatori relativi alla salute	Descrizione indicatori	Valore
Tasso di mortalità grezzo (anno 2005)	n. decessi totali / popolazione residente per 1.000 abitanti	13,40
Tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause (anno 2005) maschi	n. casi di morte per 1.000 abitanti	12,08
Tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause (anno 2005) femmine	n. casi di morte per 1.000 abitanti	7,44
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (anno 2008)	n. ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC / n. ricoveri per 100	5,51
Percentuale di intervento per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni (anno 2008)	n. interventi frattura femore con durata degenza < 2 gg / n. interventi per frattura del femore per 100	32,68
Mortalità intraospedaliera per infarto (anno 2008)	n. deceduti con diagnosi di infarto / n. dimessi con diagnosi di infarto per 100	13,09
Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare (anno 2008)	n. deceduti con diagnosi di embolia polmonare / n. dimessi con diagnosi di embolia polmonare per 100	17,69
Percentuale di sepsi per 1000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 gg (anno 2008)	n. dimessi con sepsi come diagnosi secondaria / n. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione per 1000	2,22

Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità anno 2008)	n. deceduti con Drg a bassa mortalità / n. dimessi con Drg a bassa mortalità per 1000	1,60
Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica (anno 2008)	n. dimessi con embolia polmonare e-o trombosi venosa profonda in diagnosi secondaria/ n. dimessi con DRG chirurgico per 1000	1,69
Percentuale di fughe per parto (anno 2008)	n. parti di residenti erogati fuori Ausl e AO di riferimento e fuori Regione / n. parti di residenti nella Asl ovunque erogati per 1000	12,63
Tassi di ricoveri in pediatria (anno 2008)	n. di ricoveri di residenti in pediatria (0-14 anni) / popolazione residente (0-14 anni)	5,94
Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 gg (anno 2008)	n. dimessi con degenze > 30gg per Ausl di residenza / n. dimessi per Ausl di residenza per 100	2,16
Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni (anno 2008)	n. ricoveri con patologie psichiatriche > 17 anni / popolazione > 17 anni per 100.000	523,74
Tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (anno 2008)	n. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni / popolazione 50-74 anni per 100.000	268,23

6.1.2 GLI INDICATORI DI PROGRAMMA

Lo stato di avanzamento degli interventi del programma viene monitorato e controllato attraverso un sistema informatico regionale SIRGIL.

La Regione Liguria si è dotata, a partire dall'anno 2002 (la cui applicazione è diventata obbligatoria, per tutti i Dipartimenti regionali, con dGr n. 546 del 01.01.2006) di tale sistema informatico (SIRGIL) allo scopo di monitorare dettagliatamente, mediante l'accesso a numerose e specifiche maschere, l'intero complesso dei propri investimenti.

Questo strumento permette di avere una visione d'insieme di tutte le fasi d'ogni singolo intervento, da quella finanziaria a quella progettuale e di attuazione. Inoltre il sistema è in grado di trasferire al Sistema Osservatorio (NSIS), in uso presso il Ministero della Salute, dati, sia analitici, sia sintetici, riguardanti interventi afferenti le varie linee di finanziamento compreso gli accordi di programma d'investimenti sottoscritti ai sensi dell'art. 20 della legge 67/1988 dallo Stato e la Regione Liguria. Inoltre, tramite la collaborazione dell'Azienda di servizi informatici della Regione (DATASIEL) è stata ampiamente integrata la maschera NSIS per consentire al Settore regionale Investimenti una visione puntuale dello sviluppo nel tempo delle fasi di ogni singolo progetto, sostituendo così i file excel/access precedentemente in uso.

Invece, per eseguire analisi, statistiche, elaborazioni, calcoli di ogni genere, poiché il SIRGIL a livello di utilizzatori consente solamente immissione, modifiche e cancellazioni di dati, è a disposizione il potente strumento del datawarehouse che lavora in base Oracle.

Infine è in corso di realizzazione il progetto di collegare i dati del SIRGIL al sistema in uso presso il Ministero dell'economia.

A titolo di esempio, si riporta di seguito la schermata di alcune maschere del SIRGIL.

Gli indicatori di programma si suddividono in:

- 1) indicatori di programma relativi alla fase di avanzamento e riguardano:
 - la data di approvazione del progetto da parte dell'Azienda,
 - la data di arrivo del progetto in Regione,
 - la data di approvazione del progetto da parte del Nucleo regionale di valutazione sull'edilizia sanitaria,
 - la data del provvedimento regionale di approvazione del progetto,
 - la data di trasmissione al Ministero della richiesta di ammissione al finanziamento dell'intervento,
 - la data del decreto ministeriale di ammissione a finanziamento,
 - la data di notifica del decreto di ammissione a finanziamento alla Regione e dalla Regione all'Azienda,
 - la data di aggiudicazione dei lavori.

- 2) indicatori di programma relativi alla fase di realizzazione e riguardano:
 - la data di inizio dei lavori,
 - la data di fine lavori,
 - la data di attivazione della struttura.

FINWEB - Microsoft Internet Explorer provided by Regione Liguria

http://www.nucleoval.regione.liguria.it/ListaAttivita.asp

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ? Collegamenti HotMail gratuita Personalizza collegamenti Personalizzazione collegamenti Windows

FINWEB

NUOVO Duplicca Inserisci Modifica Elimina Filtro Pulisci Ricerca Scheda Lista Per Procedimenti Attività Guida Esol

Località Impegni Quadro Eco. Rev./Fin. Economie Ind. Finanzi Ind. Prof. Sosp. Stato Avanz. Record n. 1 di 1

Lavori Classif. Piano Fin. Piano Costi Ribassi Asta Stati Dati NSIS

Progetto - Scheda

CODICE PROGETTO: 192/M/H

Tipo Operazione: [v]

Cup: B88B02000210005 Cod. Osservatorio LL.PP: [v]

DENOMINAZIONE: NUOVA CAMERA IPERBARICA

REFERENTE REGIONALE: [v]

R.U.P.: SSAN/GIODICE FRANCO

BENEFICIARIO: ZUNINO GIORGIA

PROGRAMMA: AZIENDA OSPEDALIERA-OSPEDALE S.MARTINO

ASSE/ MISURA: L-67/1988 - PROGRAMMA INVESTIMENTI SANITARI

Tipo Progetto: L-67/1988.6 - ACCORDO DI PROGRAMMA 2002

SottoTipo Progetto: [v]

SETT. INTERV.: 36/SAN - INFRASTRUTTURE SANITA PUBBLICA

Obiettivo Regionale: [v]

Obiettivo Specifico QSN: [v]

Tema Prioritario: [v]

Conti Pubblici Territoriali: [v]

Attività Economica UE: [v]

Attività Economica ISTAT: [v]

Tipo Aiuto: [v]

Zonizzazione: [v]

Operazione Completata

start Intranet locale 100%

FINWEB - Microsoft I... R: Presentata al Pen... IT 13.57

Totale Moduli B/Decreti FIR:

1766282,75

Rimanenza da Stato:

0,00

Economia/maggiori costi (con segno -):

100,0000 %

Richieste:

No Si

Percentuale Avanzamento Liquidazione:

100,0000 %

Saldo:

No Si

Decreto Regionale di approvazione del progetto:

n. 2884 del 105/12/2003

Impresa che si aggiudica l'appalto:

air liquide sanità s.p.a. via ciardi, 9 20148 milano

Codice Fiscale Impresa:

11583560153

Istruttoria:

decreto di saldo n. 3072 del 27/10/2008 (euro 47.983.95)

Varianti:

Data Prevista Consegna Progetto:

Data Effettiva Consegna Progetto:

Data di Approvazione del Progetto da parte del Nucleo Regionale:

Data Decreto Regionale Approvazione Progetto:

Data di Invio al Ministero della Salute:

Data Decreto di Ammissione al Finanziamento:

Data Previsionale di Aggiudicazione Lavori:

Data Effettiva di Aggiudicazione Lavori:

Data Scadenza Aggiudicazione:

Data Effettiva Consegna Lavori:

Data Previsionale Consegna Lavori:

Data Effettiva di Fine Lavori:

Termine Previsto per Fine Lavori:

Data Effettiva Attivazione della Struttura:

Data Prevista Attivazione della Struttura:

Data Effettiva Attivazione della Struttura:

Operazione Completata

start

R: Presentata al Pen...

FINWEB - Microsoft I...

Intranet locale

6.1.3 GLI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, derivati dagli indicatori di contesto e di programma, hanno internamente un margine di incertezza dovuto alla complessità della programmazione sanitaria influenzata anche da fattori politici, economici e sociali.

Gli **indicatori di efficacia** si calcolano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli affetti attesi, a partire da indicatori di programma e misurano il conseguimento degli obiettivi del programma.

Gli indicatori presi a riferimento sono i seguenti:

- 1) l'indicatore di attivazione misura l'efficacia del processo realizzativo degli interventi rispetto alle previsioni in sede di programmazione ed è espresso:

$$I \text{ attivazione} = \frac{\text{n. interventi attivati entro la data programmata inserita nella scheda tecnica}}{\text{n. interventi totali}} > 80\%$$

- 2) l'indicatore di accreditamento fornisce in percentuale la misurazione degli interventi del programma che dovranno essere accreditati:

$$I \text{ accreditamento} = \frac{\text{n. interventi accreditabili}}{\text{n. interventi totali}} = 100\%$$

Gli **indicatori di efficienza** si stimano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire da indicatori di programma e misurano il costo unitario degli interventi ed il rapporto costo/efficacia.

Sono stati considerati i seguenti indicatori.

- 1) Costo unitario previsto rapporto tra il costo totale di realizzazione previsto a progetto e la superficie utile (€/mq).
- 2) Costo unitario effettivo rapporto tra il costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile dalla rendicontazione finale dell'intervento) e la superficie utile (€/mq).
- 3) Costo a posto letto previsto rapporto tra il costo totale di realizzazione previsto a progetto e il numero dei posti letto.
- 4) Costo a posto letto effettivo rapporto tra il costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile dalla rendicontazione finale dell'intervento) e il numero dei posti letto.
- 5) Scostamento percentuale dal tempo di realizzazione previsto rapporto = $100 \frac{(\text{tempo di realizzazione effettivo} - \text{tempo di realizzazione previsto})}{\text{tempo di realizzazione previsto}}$.

- 6) Spesa media semestrale prevista = costo totale di realizzazione previsto per sei mesi / tempo di realizzazione previsto espresso in mesi.
- 7) Spesa media semestrale effettiva = costo totale di realizzazione effettivo per sei mesi / tempo di realizzazione effettivo espresso in mesi.
- 8) Scostamento percentuale dalla spesa media semestrale prevista = $100 \frac{(\text{spesa media semestrale effettiva} - \text{spesa media semestrale prevista})}{\text{spesa media semestrale prevista}}$.

L'indicatore relativo al costo a posto letto può essere calcolato per tipologia costruttiva o per destinazione funzionale.

6.1.4 LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI

L'individuazione del sistema degli indicatori è in funzione a due attività connesse fra di loro ma distinte:

- il **monitoraggio** attraverso il quale è possibile rilevare gli effetti diretti nel corso del processo rispetto alle previsioni; i relativi indicatori di riferimento vengono rapportati ai parametri che definiscono in sede di previsione l'attuazione del programma come ad esempio: i tempi di realizzazione, i costi e le risorse disponibili e necessarie;
- la **valutazione** giudica derivanti dall'interazione tra intervento realizzato ed il contesto nel quale lo stesso è inserito; tiene conto dei dati utilizzati per il monitoraggio ed anche degli indicatori di impatto; per questi ultimi la valutazione tiene presente il fatto che, a causa di fenomeni esterni al programma, nel tempo i valori utilizzati per descrivere gli impatti non sono costantemente e facilmente riconducibili agli effetti del programma.

Nella definizione del sistema degli indicatori è stato tenuto conto del fatto che i diversi soggetti coinvolti nel programma hanno interessi informativi differenti e che la selezione dei dati può avvenire prevedendo livelli diversi di disponibilità e di aggregazione.

Per quanto riguarda la Regione, responsabile del programma nei confronti dei Ministeri (interessati alla sottoscrizione dell'Accordo), è da sottolineare che le informazioni utili sono quelle relative all'insieme degli interventi rapportate anche agli obiettivi del programma ed è quindi più interessata agli indicatori di risultato, di impatto e di efficienza. Quest'ultimi consentono confronti, relativamente a dati afferenti i costi unitari, tra gli enti attuatori e tra interventi della stessa tipologia.

Gli indicatori di impatto possono essere rilevati solo alcuni anni dopo l'attuazione del programma, ma la loro determinazione ex ante permette di definire l'indirizzo strategico del programma.

Per il programma in argomento gli indicatori di impatto sono riferiti agli interventi di costruzione dei nuovi ospedali che risultano essere le due priorità più rilevanti. Gli indicatori che misurano l'impatto sull'offerta sanitaria, misurabile in due tempi (dopo due anni e dopo cinque anni dall'attivazione delle nuove strutture) sono stati individuati come segue:

- durata della degenza media: attraverso il raffronto con i dati ex ante (ad esempio 8,4 per il 2006 e 8,3 per il 2007) l'impatto positivo consisterebbe in una sensibile riduzione;
- numero dei ricoveri attraverso il raffronto con i dati ex ante relativi: al ricovero chirurgico e medico (l'impatto positivo consisterebbe in una sensibile riduzione), al day hospital chirurgico e medico (l'impatto positivo consisterebbe in una riduzione), alla riabilitazione al day hospital di riabilitazione (l'impatto positivo consisterebbe in un sensibile aumento), tenendo conto: 1) della variazione della composizione della dotazione organica dei posti letto per acuti e per riabilitazione con avvicinamento ai parametri nazionali vigenti, 2) che i ricoveri ordinari per acuti sono correlati ad una attività sempre più volta verso la media alta complessità (espressione di appropriatezza erogativi), 3) dello sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e dei PAC;
- liste di attesa: raffronto fra i dati ex ante e i dati post e verifica della riduzione dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali (entro i tempi di cui alla dGr 1235/2007);
- costi di gestione: del personale, della manutenzione, del materiale di consumo della farmaceutica; il raffronto con i dati ante operam risulta alquanto difficile in considerazioni di variabili esterne indipendenti dal programma e difficilmente prevedibili che, possono, determinare sui costi un impatto negativo.

6.1.5. FONTI DI VERIFICA

Le fonti di verifica degli indicatori di cui sopra sono afferenti ad un sistema regionale alimentato da dati provenienti:

- dal sistema informativo regionale (SIRGIL attraverso l'aggregazione di dati ottenibile con lo strumento del datawarehouse sopra illustrato),
- dalla raccolta sistematica di dati sanitari provenienti dalle Aziende ead opera di DATASIEL,
- dalle indagini e rapporti dell'Agenzia Regionale della sanità,
- dai bilanci aziendali che annualmente le Aziende presentano alla Regione per il previsto esame ed approvazione,
- dai tavoli di monitoraggio (Regione/AA.SS.LL.) della spesa sanitaria ligure.

6.2 IMPATTI DEL PROGRAMMA

6.2.1 L'ACCETTABILITA' SOCIALE DEL PROGRAMMA

I cittadini liguri seguono con molta attenzione, ed in modo partecipativo, le problematiche correlate alla sanità e alle sue forme di erogazione. Tale forma di attenzione da parte dei liguri comporta, alcune volte, che le scelte politico/strategiche sanitarie diventino oggetto di strumentalizzazioni di vario genere.

In particolar modo questa situazione si manifesta, con maggiore risonanza, quando si va a riorganizzare le localizzazioni delle sedi di erogazione dei servizi e quando si propongono dismissioni di ospedali.

Risulta difficile far comprendere ai cittadini le operazioni della riorganizzazione della rete ospedaliera ligure volte essenzialmente a sviluppare:

- una rete territoriale più forte e più capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni,
- una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura (con un miglioramento del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini liguri),
- una serie di misure forti con risorse finalizzate alla soluzione del problema degli anziani e della autosufficienza,
- un sistema di emergenza più sicuro,
- un potenziamento della risposta diagnostica,

che tengono conto della tendenziale crescita del numero dei ricoveri negli ospedali, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione (fenomeno che si presume continuerà nei prossimi anni).

Come già detto nei precedenti capitoli, la programmazione sanitaria ha dovuto tenere conto non solo delle criticità strutturali ma anche delle criticità di tipo sociale. In particolare.

- del disagio e delle difficoltà per le popolazioni locali, manifestate attraverso le istanze presentate dalle Conferenze dei sindaci, 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;
- dell'opposizione alla razionalizzazione della rete ospedaliera, inoltre, deriva anche da non condivisibili atteggiamenti culturali che continuano a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni della popolazione, senza valutare che l'attuale epidemiologia ligure è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliero e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, il sistema sanitario regionale dovrebbe fare una riflessione sul modo di comunicare le nuove strategie, onde evitare di far passare messaggi distorti di razionamento e non di razionalizzazione

Allo scopo risulterebbe auspicabile che i programmi di riorganizzazione sanitaria siano sempre supportati da campagne di informazione, non solo rivolte alla popolazione ma, soprattutto, rivolte agli operatori sanitari che dovrebbero essere i primi soggetti a condividere le nuove strategie e a svolgere, anch'essi, azioni di informazioni verso gli utenti. La corretta e trasparente informazione dovrebbe far sì che la costruzione di nuovi ospedali, in sostituzione di quelli obsoleti o per superare la frammentazione dell'offerta di molti piccoli ospedali, non venga considerata una manovra mirata alla

diminuzione del servizio per ridurre la spesa ma un'azione volta a migliorare il servizio ed a fornire una risposta appropriata ai bisogni di salute.

6.2.2 IL VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA

Il programma in argomento, come evidenziato al capitolo 4.1.4, si inserisce nel contesto di una programmazione regionale avviata nei primi anni '90 (con il programma straordinario sugli investimenti in sanità ex art. 20 l. 67/88). Risulta correlato ai precedenti programmi, in particolare si pone in perfetta coerenza e continuità sia con le precedenti fasi del programma pluriennale, sia con l'attuale evoluzione della pianificazione regionale, soprattutto per quanto concerne la costruzione dei due nuovi ospedali (che costituisce l'aspetto importante dell'intero programma).

Con i precedenti programmi (soprattutto i tre Accordi sottoscritti negli anni 2000, 2004 e 2009) sono stati realizzati/avviati interventi relativi alla riconversione dei posti letto a bassa complessità, al potenziamento della residenzialità extraospedaliera ed al potenziamento delle reti delle strutture territoriali, obiettivi questi propedeutici al rinnovamento del parco ospedaliero regionale di cui, il programma in argomento costituisce la prima parte del completamento del processo di generale di riorganizzazione della rete ospedaliera. Il valore aggiunto del programma è individuato nella continuità e completamento delle strategie generali della programmazione sanitaria regionale.

6.2.3 HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Negli ultimi decenni l'innovazione tecnologica in sanità ha fatto notevoli passi avanti modificando le tecniche chirurgiche, le tecniche mediche, diagnostiche con il conseguente sensibile miglioramento di risultati, in termini di capacità diagnostica ed efficacia terapeutica. Se da un lato lo sviluppo tecnologico in sanità ha comportato un miglioramento nei termini suddetti, dall'altro lato ha comportato un considerevole aumento dei costi.

L'Health Technology Assessment è il processo che valuta le conseguenze economiche, sociale, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria.

Per quanto concerne il programma in argomento, l'unica alta tecnologia prevista e la "Tomoterapia elicoidale" presso l'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro la cui valutazione e descrizione è rappresentata al precedente capitolo 5.9.1.

7 I SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

7.1 LA GESTIONE DEL PROGRAMMA

Le fasi di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi del programma, a livello di sistema sanitario regionale, sono gestite:

- a livello centrale dalla Direzione del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria, che conta circa 108 dipendenti ed è articolata in Uffici, Servizi e Settori e funzioni di staff al Direttore Generale,
- a livello periferico dalle Aziende sanitarie e dalle loro Direzioni (generali, amministrative, sanitarie), dai Dipartimenti Tecnici e Tecnologici.

A livello centrale il Settore Investimenti è deputato alla gestione dei Programmi degli investimenti sanitari e socio-sanitari la cui pianta organica è formata da:

- n. 1 dirigente responsabile del Settore,
- n. 2 posizioni organizzative di cui una relativa a "Esperto in Investimenti sanitari e socio sanitari", l'altra relativa a "Esperto in patrimonio sanitario e socio sanitario",
- n. 2 funzionari tecnici a supporto procedurale e amministrativo,
- n. 1 funzionario economico-finanziario,
- n. 2 istruttori amministrativi,
- n. 2 coadiutori amministrativi.

La stesura del presente Documento programmatico ha tenuto conto della individuazione di alcune condizioni, afferenti a particolari retroazioni dall'economia e dalla società, tra le quali:

- l'esistenza di un favorevole disposizione ad agire in maniera opportuna dei soggetti interessati, economici e sociali,
- la capacità dei soggetti di sostenere i costi d'adeguamento,
- una ragionevole probabilità di rispetto degli obiettivi.

Dette condizioni sono state individuate, valutate e verificate con attenzione e nel dettaglio per ogni intervento del programma, attraverso incontri con i responsabili delle Aziende interessate e consultazioni con ogni singolo responsabile del procedimento di ciascun intervento.

Per quanto concerne la quota di finanziamento che, per garantire la totale copertura finanziaria di alcuni interventi, si aggiunge alla quota del finanziamento statale (95%) e regionale (5%) la stessa è stata oggetto di attenta verifica e di dettagliata descrizione al capitolo 5 "descrizione degli interventi".

Per quanto concerne la costruzione dell'autosilos a servizio del nuovo ospedale della Spezia, che rappresenta l'unico intervento la cui realizzazione prevede l'apporto di capitale privato (finanza di progetto), è stato oggetto di specifica verifica della completezza dello studio di fattibilità ed in particolare dell'analisi economica a supporto della scelta aziendale del sistema di realizzazione.

7.2 SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

Il sistema di monitoraggio svolge un ruolo fondamentale nella fase di attuazione del programma di investimenti. Esso consente di valutare lo stato di avanzamento del programma e permette, se necessario, di intervenire rimodulando/riallineando il programma stesso.

L'attività di monitoraggio condotta dalla Regione Liguria riguarda gli aspetti finanziari, fisico e procedurale.

Il monitoraggio sullo stato di attuazione degli interventi previsti nel programma viene realizzato con il sistema informatico regionale denominato SIRGIL, già descritto al precedente capitolo 6.1.2, attraverso il quale è possibile, mediante l'accesso a numerose e specifiche maschere, la costante verifica dell'intero complesso di investimenti.

Il sistema SIRGIL è costituito da numerose maschere fra le quali: la scheda progetto (suddivisa in dati di progetto, dati istruttori, dati procedurali), gli impegni finanziari, il quadro economico, le economie, stato avanzamento lavori, piano finanziario, i ribassi d'aste ed i dati NSIS. Per quanto riguarda quest'ultimi il sistema SIRGIL è in grado di trasferire al Sistema Osservatorio (NSIS), in uso presso il Ministero della Salute, dati, sia analitici, sia sintetici, riguardanti interventi afferenti le varie linee di finanziamento compreso gli accordi di programma d'investimenti sottoscritti ai sensi dell'art. 20 della legge 67/1988 dallo Stato e la Regione Liguria.

Per quanto riguarda il monitoraggio finanziario è da segnalare che viene effettuato costantemente per ogni singolo intervento in quanto è la conseguenza della procedura adottata dalla Regione per effettuare la liquidazione degli acconti. Le Aziende, per ogni intervento, ogni qualvolta maturano delle spese trasmettono i relativi giustificativi (stati avanzamento lavori, certificati di pagamento fatture emesse dalle imprese, parcelle delle spese tecniche, fatture relative alla fornitura di tecnologie) necessari al Settore regionale Competente (Settore Investimenti) per avviare la procedura di liquidazione. Tale procedura consente, per ogni intervento, un monitoraggio finanziario costante al maturare di ogni spesa.

Il monitoraggio viene svolto anche in corso d'opera relativamente alle varianti che ai sensi della legge regionale 4 dicembre 2003, n. 28 ed alle disposizioni che disciplinano le procedure di valutazione del nucleo regionale di valutazione sull'edilizia sanitaria, vengono esaminate soprattutto se comportano la variazione delle funzioni sanitarie e/o la modificazione della consistenza delle medesime rispetto al progetto originario approvato ed ammesso a finanziamento.

Anche per l'utilizzo delle economie per eseguire lavori aggiuntivi o integrativi al progetto originario la Regione prima di rilasciare il nulla osta alle Aziende proponenti, effettua le necessarie verifiche e valutazioni.

Oltre ai su esposti monitoraggi viene annualmente compilato il "Modulo C" dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

8 SCHEDE DI RIFERIMENTO

8.1 ANALISI S.W.O.T.

	S. Forza	W. Debolezza
Interni	<p>Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Programma con ridotto numero di interventi.</p> <p>Utilizzo dei finanziamenti disponibili per finanziare un numero contenuto di interventi (n. 16) di cui quattro con significativo impatto nella struttura dell'offerta.</p>	<p>Difficoltà di uniformare le procedure di liquidazione per alcuni interventi del programma finanziati anche con altre linee di intervento con procedure di liquidazione diverse da quelle di cui al programma di prosecuzione dell'art. 20 l. 67/88.</p>
	O. Opportunità	T. Rischi
Esterni	<p>Perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e di integrazione delle attività territoriali.</p> <p>Contribuire a garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.</p> <p>Aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici.</p>	<p>Per gli interventi inseriti nel programma di notevole impegno finanziario aumento delle criticità nelle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione e dei lavori.</p> <p>Possibile sorgere di contenziosi con le imprese nella fase realizzativi degli interventi, in particolare per quegli interventi di notevole impegno finanziario.</p>

8.2 OBIETTIVI / INDICATORI / INTERVENTI

Obiettivi					Indicatori			
Obiettivo generale	Obiettivi specifici	Aziende	Obiettivi operativi	Codice intervento	Descrizione	Valore atteso	Descrizione	Valore atteso
Concorrere a migliorare l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno attraverso il raggiungimento di obiettivi sott'ordinati	S1 Riqualificazione/riorganizzazioni della rete ospedaliera	ASL 4	Integrazione costruzione nuovo Ospedale di Rapallo	9/4/H/09	Indicatore di attivazione: misura l'efficacia del processo realizzativi degli interventi rispetto alle previsioni in sede di programmazione	80 %	Indicatore di accreditamento: fornisce in percentuale la misurazione degli interventi del programma che dovranno essere accreditati	100 %
		ASL5	Costruzione nuovo ospedale della Spezia	10/5/H/09				
		E.O. Galliera	Realizzazione nuovo ospedale Galliera					
		Istituto Gaslini	Trasferimento Day Hospital Emato-Oncologico al 3° piano dell'edificio 12, compresi i due nuovi montalettighe	13/Gas/H/09				
		Istituto Gaslini	Realizzazione nuovo Centro Trapianti di Midollo Osseo, al 2° piano dell'edificio 12	14/Gas/H/09				
	S2 Ammodernamento tecnologico	ASL 1	Fornitura di un nuovo agiografo multidisciplinare ad acquisizione digitale diretta destinato alla S.C. di radiologia dell'osp. di Imperia	1/1/T/09				
		ASL 2	Sostituzione acceleratore lineare Servizio di Radioterapia (ospedale di Savona)	2/2/T/09				
		ASL 3	Aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un Sistema Telefonico Unificato	7/3/T/09				
		ASL 3	Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti	8/3/T/09				
		IST	Acquisto della Tomoterapia elicoidale	15/Ist/T/09				
	S3 Adeguamento normativo	ASL 2	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) del monoblocco e del Corpo Servizi del complesso ospedaliero S. Paolo Valloria Savona - 2° lotto	3/2/H/09				
		ASL3	Interventi di manutenzione straordinaria su strutture distrettuali	5/3/H/09				
		ASL 3	Completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi (DPR 14.01.1997) dell'Ospedale S. Carlo di Genova Voltri e adeguamento dei percorsi	5/3/H/09				
		ASL 3	Interventi finalizzati alla rifunzionalizzazione del Pad. B Ospedale A. Micone di Genova Sestri ed al completamento dell'adeguamento ai requisiti minimi ex DPR 14.01.1997	6/3/H/09				
		A.O.S. Martino	Messa in sicurezza edile e impiantistica di vari padiglioni	11/M/H/09				
		IST	Lavori di messa a norma di impianti e strutture	16/Ist/H/09				

8.3 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE

8.3.1 CORRELAZIONE DELL'A. DI P. CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Atto citato nel Documento Programmatico	Note
Piano sanitario Regionale 2003 - 2005.	Ha individuato delle linee di intervento in grado di migliorare l'offerta dei servizi e soddisfare i bisogni dei cittadini prevedendo: 1) una forte valorizzazione delle attività di prevenzione, 2) una rete territoriale più forte e capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni, 3) una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cure, 4) una serie di azioni rivolte alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza, 5) un sistema di emergenza più sicuro, 6) un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica, 7) un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone, 8) un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo.
DCR n. 29 del 08.08.2006 Programma di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza - linee di indirizzo, criteri - Modalità e termini di realizzazione.	Ha previsto tra gli obiettivi quello di raggiungere uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del SSR non superiori a 4,68 pl per 1000/ab (di cui 3,78 per ricovero di acuti e 0,9 per ricoveri di riabilitazione) attraverso una manovra di riduzione e riconversione di posti letto da svilupparsi per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza.
Legge regionale 07.12.2006 n. 41 Riordino del Servizio Sanitario Regionale.	Ha delineato il quadro istituzionale ed organizzativo del SSR ed ha regolamentato gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni. Ha definito i ruoli e le funzioni delle AASSLL e AAOO per garantire la continuità assistenziale prima durante e dopo il ricovero. Ha previsto l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale. Ha evidenziato la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria.
DGR n. 243/2007 Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale.	ha individuato gli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo. Ha attuato misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, e misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010. Il piano di rientro ha previsto l'adozione di provvedimenti volti a razionalizzare la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, la spesa per il personale dipendente e convenzionato, nel rispetto dei LEA.
DCR n. 34 del 01.08.2007 Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale.	Individua, tra l'altro, nel territorio ligure i nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione di quelli esistenti, e l'articolazione finanziaria in quelle aree interessate a detta manovra confermando le previsioni di cui al Piano di rientro sopra citato e con l'aggiunta della "costruzione di un nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell'attuale struttura storica monumentale".
DCR n. 8 del 28.02.2008 Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza	Ha individuato gli obiettivi da perseguire per il periodo 2008-2010, in particolare: 1) una revisione complessiva della funzione ospedaliera finalizzata a superare l'obsolescenza di molte strutture e la polverizzazione dell'offerta attraverso la modernizzazione del parco ospedaliero regionale come già approvato con la DCR 34/2007, 2) la definizione della rete ospedaliera in modo da procedere all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo, 3) l'implementazione delle azioni già in corso per migliorare la continuità assistenziale e facilitare le dimissioni protette, 4) procedere all'adeguamento della rete ospedaliera con gradualità in modo da rispondere all'esigenza di prevedere cambiamenti sostenibili dal punto di vista sanitario, economico e strutturale, 5) incrementare il consolidamento dei servizi distrettuali rafforzando l'accesso alla rete individuando la residenzialità extraospedaliera come una parte fondamentale della risposta in grado di intercettare la fase post-acuzie e la lungo assistenza.
DCR n. 22 del 30.09.2009 Piano sociosanitario regionale 2009-2011.	Ha come obiettivo valorizzare e dare voce alle competenze presenti nel sistema, organizzando una "struttura a rete" in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo. Elemento di novità nell'impostazione di costruzione del piano è stato quello della concertazione, una delle principali forme di partecipazione collaborativi.

8.3.2 CORRELAZIONE DELL'A. DI P. CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI
 (alla data di settembre 2009)

Programma	Percentuali di avanzamento finanziario	Note
Ex art. 20 L. 67/88 - 1° triennio	96,57	% relativa al solo finanziamento statale
Ex art. 20 L. 67/88 - Acconto 1998	92,36	
Ex art. 20 L. 67/88 - 1° Accordo di programma (anno 2000)	89,46	
Ex art. 20 L. 67/88 - 2° Accordo di programma (anno 2004)	82,03	
Ex art. 20 L. 67/88 - 3° Accordo di programma (anno 2009)	0,00 (*)	
AIDS L. 135/1990	74,25	
Libera professione Dlgs 254/2000	47,69	
Hospice L. 39/1999	46,10	
Radioterapia	92,12	
Area metropolitana L. 448/1998 art. 71	50,76	

(*) L'Accordo è stato sottoscritto in data 18 marzo '09 ed alla data di riferimento non era stato erogato nulla.

8.3.3 OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'A. DI P.

OBIETTIVI GENERALI DELL'A. DI P.	
1	<p>Il presente Programma si pone in perfetta coerenza e continuità sia con le precedenti fasi del programma pluriennale e sia con l'attuale evoluzione della pianificazione sanitaria regionale. In particolare, per quest'ultimo aspetto, il Programma si identifica come uno degli strumenti di attuazione degli obiettivi che si intendono affrontare con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Piano di rientro dal disavanzo (dGr n. 243 del 09.03.2007), • il Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale (approvato con dCr 34/2007), • lo Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza (approvato con dCr 8/2008), • il Piano sociosanitario regionale 2009-2011 (approvato con dCr 22/2009). <p>L'obiettivo generale di questo programma è di concorrere a migliorare l'offerta dei servizi di cui i cittadini hanno bisogno attraverso il raggiungimento di obiettivi sott'ordinati sviluppati di seguito.</p>

OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A. DI P.	
1	<p>Riqualficazione /riorganizzazione della rete ospedaliera- L'obiettivo specifico che si intende raggiungere è afferente a due tipologie di intervento di cui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) una relativa alla costruzione di due nuovi ospedali, in sostituzione di ospedali esistenti e non più idonei allo svolgimento delle attività sanitarie e non più adeguabili alle nuove esigenze della moderna tecnologia e tecnica medica, 2) l'altra volta al miglioramento di edifici/reparti esistenti attraverso la creazione di ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ospedaliera rispondenti a criteri di funzionalità per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma che assicurino, al contempo, accoglienza e confort.
2	<p>Amodernamento tecnologico- L'obiettivo è aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, a garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.</p> <p>La possibilità di sostituire le attuali apparecchiature con i modelli più recenti delle stesse consente una maggiore efficienza (e quindi un maggior numero di esami in tempi inferiori), una migliore qualità delle immagini ed anche una migliore qualità clinica.</p> <p>L'obiettivo comprende anche l'adeguamento delle reti informatiche di trasmissione dei dati, PACS, RIS e HIS (i cui atti specifici della Regione Liguria sono: "Piano operativo triennale di informatizzazione 2006-2008" di cui alla dCr n. 5/2006, "Piano di sanità elettronica" di cui alla dCr n. 12/2006).</p>
3	<p>Adeguamento normativo- I principi generali caratterizzano la rete ospedaliera come aderente alla domanda, verificata come appropriata, come accogliente, come adeguata sotto il profilo della dignità umana, come competitiva tecnologicamente.</p> <p>Per soddisfare tali principi appare indispensabile procedere, ove necessario, all'adeguamento delle strutture ai requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.1997 e, conseguentemente, all'adeguamento alle norme tecniche che sono in continua evoluzione.</p> <p>L'obiettivo specifico è garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria raggiungibile attraverso operazioni di messa a norma delle</p>

8.3.4 QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A. DI P.

ESERCIZIO FINANZIARIO	Stato (95%)	Regione (5%)	Altri finanziamenti pubblici	Privati	TOTALE
Anno 2011	188.845.821,14	9.939.253,92	168.214.924,94	6.898.000,00	373.898.000,00
Percentualizzazione	50,51	2,66	44,99	1,84	100,00 %

Nel dettaglio gli "altri finanziamenti pubblici", dell'importo di € 168.214.924,94, sono costituiti da:

- € 4.465.686,31 importo relativo al finanziamento residuo del programma AIDS ex L. 135/1990 (osp. Felettino La Spezia, osp. Galliera Genova),
- € 40.992.731,46 importo relativo alla quota parte del finanziamento di cui al progetto ex art. 71 L. 448/1998 (finalizzato alla costruzione del nuovo ospedale Galliera con dGr n. 56 del 21.01.2011),
- € 8.028.449,77 quota parte della somma derivante dai proventi dell'alienazione dell'ospedale S. Andrea di La Spezia,
- € 114.728.057,40 a carico dei bilanci aziendali,

Nel finanziamento statale è compreso l'importo di € 35.570.968,94 derivante dalla revoca del finanziamento già assegnato di cui all'Accordo di Programma anno 2000 afferente ad un intervento non realizzato nei tempi stabiliti.

I finanziamenti "privati", pari ad € 6.898.000,00, sono costituiti da:

- € 5.550.000,00 contributo di privati per la realizzazione dei parcheggi, con il sistema della finanza di progetto, a servizio del nuovo ospedale della Spezia,
- € 1.348.000,00 contributo concesso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Genova all'IST per l'acquisto di attrezzature.

8.3.5 PRESENZA NELL'A. DI P. DI QUOTE DI FINANZIAMENTO PER SPECIFICHE FINALITA'

LINEE DI FINANZIAMENTO CORRELATE	N. INTERV.TI INTERESSATI	IMPORTO FINANZIAMENTO	NOTE
Programma art. 71 L. 448/98	--	40.992.731,46	(°)
Programma AIDS e malattie infettive	2	4.465.686,31	(*)
Programma libera professione	--	--	--
Programma materno infantile	--	--	--
Programma radioterapia	--	--	--
Programma cure palliative	--	--	--
Programma INAIL	--	--	--
Altro	--	--	--

(°) Importo afferente alla quota del finanziamento statale programma ex art 71 l. 448/98 destinato originariamente alla costruzione dell'ospedale della Valpolcevera (Genova) e rifinalizzato con dGr n. 56/2011 alla costruzione del nuovo ospedale Galliera.

(*) Sono afferenti a:

1) € 2.588.614,45 importo relativo al finanziamento residuo del programma AIDS L. 135/1990 assegnato alla ASL 5 Spezzino ed utilizzato, nel presente programma, per la realizzazione del nuovo reparto AIDS/malattie infettive nell'ambito della costruzione del nuovo ospedale; l'originario finanziamento AIDS comprendeva una quota pari ad € 356.337,49 afferente ad un mutuo che la regione Liguria aveva contratto con la Cassa DD. PP. e che il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha revocato, per mancato utilizzo, con decreto n. 76069 del 29.09.2010.

2) € 1.877.071,86 somma relativa al residuo finanziamento di € 4.369.430,76 di cui al programma AIDS ex L. 135/1990 assegnato all'E. O. Galliera per la costruzione di un nuovo reparto che verrà realizzato nel nuovo ospedale. Per detto originario finanziamento occorre precisare che l'Ente Ospedali Galliera aveva rescisso il contratto con il concessionario e con l'impresa appaltatrice, relativamente all'esecuzione delle opere di cui all'originario progetto e, successivamente, con provvedimento n. 1124 del 15.12.2006 aveva approvato lo studio di fattibilità della nuova proposta di utilizzare il finanziamento per ristrutturare l'attuale padiglione di malattie infettive. La Regione aveva approvato lo studio ed il Ministero della salute con decreto del 02.10.2007 aveva riassegnato l'originario finanziamento. In considerazione che l'intervento di costruzione del nuovo ospedale Galliera è stato programmato con la dCr n.6/2009 ed è oggetto dell'Accordo di programma che la Regione sottoscriverà con i Ministeri competenti, è stato deciso di richiedere al Ministero l'utilizzo del finanziamento per la costruzione di un nuovo reparto di malattie infettive nell'ambito di costruzione del nuovo ospedale. Nel frattempo il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha revocato con decreto n. 76069 del 29.09.2010, per mancato utilizzo, l'importo relativo al mutuo che la Regione Liguria aveva contratto con la Cassa DD. PP..

8.3.6 ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A. DI P. PER TIPOLOGIE

TIPOLOGIA	N. INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	3	3	3	0	0	1 (*)
Ristrutturazione	6	0	0	1	2	0
Restauro	0	0	0	0	0	0
Manutenzione	2	0	0	0	0	0
Completamento	0	0	0	0	0	0
TOTALE	11	3	3	1	2	1

(*) E' riferito all'intervento relativo all'integrazione finanziaria del nuovo ospedale di Rapallo in corso di costruzione.

Gli interventi relativi all'acquisto di attrezzature sono 5.

8.3.7 FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

Obiettivo Specifico	Numero interventi per obiettivo	Finanziamento Statale (95%)	Finanziamento Regionale (5%)	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	Incidenza in % sul programma
Razionalizzazione Riorganizzazione rete ospedaliera	5	163.099.993,94	8.584.210,38	173.159.795,68	344.844.000,00	(°) 92,23
Ammodernamento tecnologico	5	9.833.327,20	517.543,54	1.953.129,26	12.304.000,00	(*) 3,29
Adeguamento normativo	6	15.912.500,00	837.500,00	0,00	16.750.000,00	4,48
Totale	16	188.845.821,14	9.939.253,92	175.112.924,94	373.898.000,00	100,00

Nota: nella percentuale relativa all'ammodernamento tecnologico (*) non è compresa la % relativa alle tecnologie dei due nuovi ospedali inserita, queste ultime, nella % della prima riga (°) (vedi pag. 125).

8.3.8 FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

Categorie	N° Interventi Per categoria	Finanziamento Statale	Finanziamento Regionale	Altri finanziamenti	Costo complessivo	Incidenza % sul Programma
Ospedali	10	177.112.493,94	9.321.710,38	173.159.795,68	359.594.000,00	96,17
Assistenza Territoriale	1	1.900.000,00	100.000,00	0,00	2.000.000,00	0,54
Assistenza residenziale	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sistemi informatici	2	2.049.027,20	107.843,54	605.129,26	2.762.000,00	0,74
Apparecchiature	3	7.784.300,00	409.700,00	1.348.000,00	9.542.000,00	(*) 2,55
Totale	16	188.845.821,14	9.939.253,92	175.112.924,94	373.898.000,00	100,00

Nota: (*) vedi nota della tabella 8.3.7

8.3.9 FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Tipologia	N° Intervento per tipologia	Finanziamento Statale	Finanziamento Regionale	Altri finanziamenti	Costo complessivo	Incidenza % sul Programma
Nuova costruzione	3	158.545.693,94	8.344.510,38	173.159.795,68	340.050.000,00	90,95
Ristrutturazione	6	13.816.800,00	727.200,00	0,00	14.544.000,00	3,89
Restauro	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manutenzione	2	6.650.000,00	350.000,00	0,00	7.000.000,00	1,87
Completamento	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Acquisto immobili di	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Acquisto attrezzature di	5	9.833.327,20	517.543,54	1.953.129,26	12.304.000,00	(*) 3,29
Totale	16	188.845.821,14	9.939.253,92	175.112.924,94	373.898.000,00	100,00

Nota: (*) vedi nota della tabella 8.3.7

8.3.10 VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

Contesto	Presenza Assenza P - A	Evidenziazione di particolari fenomeni
Quadro demografico della Regione	P	Scostamenti dalla media nazionale per determinate fasce, particolari distribuzioni della popolazione sul territorio.
Quadro epidemiologico della Regione	P	Scostamenti dalla media nazionale per incidenze o mortalità sul territorio.
Quadro della mobilità intra ed extra regionale	P	Specialità interessate da mobilità passiva extraregionale con regioni non contigue, presenza di poli di attrazione.
Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	Bacini di utenza su scala regionale o sub-regionale.
Analisi dell'offerta	P	Collocazione dei presidi in funzione del ruolo che ricoprono nella rete.
Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	P	Analisi delle liste di attesa per particolari tipologie di prestazioni.

8.3.11 ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE

	Dato regionale	Dato Nazionale	Note
Numero posti letto per acuti per 1000 abitanti (anno2008)	3,72	3,78	
Pubblici	3,68		
Privati	0,05		
Numero posti letto per riabilitazione e lungodegenti per 1000 abitanti	0,42	0,90	
Pubblici	0,33		
Privati	0,09		
Tasso di ospedalizzazione per acuti	217,57		
Mobilità passiva per acuti (indice di fuga)	10,09		
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	15.943		
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	3,70		
Posti in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali per 100.000 residenti (*)	414		
Posti in centri di riabilitazione residenziali e Semiresidenziali per 100.000 residenti	179		

(*) I posti sono relativi a strutture di mantenimento e di lunga assistenza (per anziani, disabili, psichici), oltre a strutture per tossicodipendenti, centri di assistenza psichiatrica e comunità terapeutiche.

8.3.12 ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	Tre interventi di cui: -nuovo ospedale di Rapallo integrazione finanziaria, -nuovo ospedale Galliera a Genova, -nuovo ospedale a La Spezia.
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	<u>Cod. 1/1/T/09</u> Fornitura di un nuovo agiografo multidisciplinare ad acquisizione digitale diretta destinato alla radiologia osp. Imperia. <u>Cod. 7/3/T/09</u> Aggiornamento tecnologico per la realizzazione di un sistema telefonico unificato dell'ASL 3 genovese. <u>Cod. 8/3/T/09</u> Integrazione dei servizi di diagnostica per immagini dell'area metropolitana genovese con realizzazione di server centrale e di una rete telematica che consentano la condivisione di immagini e referti. <u>Cod. 14/Gas/H/09</u> Realizzazione nuovo Centro Trapianti di midollo osseo al 2° piano dell'edificio 12 dell'Ist. Gaslini. <u>Cod. 15/Ist/T/09</u> Acquisto della Tomoterapia elicoidale presso l'IST.
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	Nessun intervento
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	Nessun intervento
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	Nessun intervento.
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	3,74 (*)
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	(*)
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	414 (*)
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	179 (*)

(*) La realizzazione degli interventi previsti nel programma non determinerà variazioni significative nel rapporto posti letto/numero abitanti.

8.3.13 ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECOLOGIE

Grandi Apparecchiature	Offerta Attuale	Offerta Prevista	Dato Nazionale
TAC	20	20	25,3
Risonanza Magnetica	9,38	9,38	13,5
Risonanza Magnetica Articolare	6,88	6,88	
Acceleratore lineare	5,63	5,63	4,6
Gamma camere mono/a due teste	6,88	6,88	
PET e TAC-PET	2,5	2,5	
ANGIOGRAFO	14,38	14,38	
TOMOTERAPIA ELICOIDALE	0	0,63	

* numero apparecchiature per 1.000.000 abitanti

Gli interventi relativi all'acquisto di tecnologie si riferiscono alla sostituzione di tecnologie esistenti ad eccezione della "Tomoterapia elicoidale". L'acquisto delle tecnologie previste nel programma non determina variazioni significative fra l'offerta attuale e l'offerta prevista.

Si segnala che nel costo degli interventi relativi alla costruzione dei due nuovi ospedali sono previste le nuove tecnologie.

I N D I C E

1	RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	pag.	2
1.1	IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO.....	pag.	2
1.2	IL QUADRO FINANZIARIO.....	pag.	3
1.3	L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA'.....	pag.	4
1.3.1	Il programma pluriennale di interventi in sanità - legge 11 marzo 1988, art. 20.....	pag.	4
1.3.2	Il programma di ammodernamento del parco tecnologico.....	pag.	10
1.3.3	Il programma di potenziamento delle strutture di radioterapia.....	pag.	11
1.3.4	Il programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS L. 135/1990.....	pag.	11
1.3.5	Il programma regionale per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività intramoenia.....	pag.	13
1.3.6	Il programma di realizzazione Hospice.....	pag.	14
1.3.7	Il programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese.....	pag.	15
1.3.8	Tabella riepilogativa degli stanziamenti previsti nel programma di investimenti.....	pag.	16
1.4	GLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL PROGRAMMA.....	pag.	17
1.5	LA COERENZA INTERNA DEL PROGRAMMA.....	pag.	19
1.6	IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE REGIONALE DI RIFERIMENTO.....	pag.	20
2	ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	pag.	23
2.1	LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	pag.	23
2.1.1	Il territorio.....	pag.	23
2.1.2	La popolazione.....	pag.	23
2.1.3	Rilevazione della posizione sociale.....	pag.	25
2.1.4	Condizioni di salute.....	pag.	27
2.1.5	Il quadro epidemiologico.....	pag.	41
2.1.6	Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso.....	pag.	55
2.1.7	Il quadro della mobilità attiva e passiva.....	pag.	60
2.1.8	L'offerta ante operam.....	pag.	75
2.1.9	Analisi e valutazione della continuità assistenziale....	pag.	92
2.2	STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	pag.	100
3	LA LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	pag.	103
3.1	GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA.....	pag.	103
3.1.1	Gli obiettivi generali.....	pag.	104
3.1.2	Gli obiettivi specifici.....	pag.	104

3.1.3	Gli obiettivi operativi.....	pag.	106
3.1.4	La georeferenziazione degli interventi.....	pag.	107
3.1.5	L'offerta post operam.....	pag.	108
3.2	LA COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	pag.	111
4	COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI.....	pag.	114
4.1	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....	pag.	114
4.1.1	La programmazione sanitaria nazionale.....	pag.	114
4.1.2	La programmazione sanitaria regionale.....	pag.	114
4.1.3	La coerenza del programma agli indirizzi di programmazione nazionale ed agli strumenti di programmazione regionale.....	pag.	122
4.1.4	La coerenza del programma con i programmi di finanziamento precedenti.....	pag.	126
4.2	LA SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI.....	pag.	128
4.2.1	La sostenibilità economico-finanziaria.....	pag.	128
4.2.2	La sostenibilità amministrativa e gestionale.....	pag.	129
4.2.3	La sostenibilità di risorse umane.....	pag.	130
4.2.4	La sostenibilità ambientale.....	pag.	130
4.2.5	La sostenibilità degli interventi per attività miste assistenziali/scientifiche.....	pag.	131
5	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI.....	pag.	132
5.1	A.S.L. 1 IMPERIESE.....	pag.	132
5.2	A.S.L. 2 SAVONESE.....	pag.	134
5.3	A.S.L. 3 GENOVESE.....	pag.	135
5.4	A.S.L. 4 CHIAVARESE.....	pag.	139
5.5	A.S.L. 5 SPEZZINO.....	pag.	140
5.6	A.O.U. SAN MARTINO.....	pag.	147
5.7	E. O. GALLIERA.....	pag.	148
5.8	ISTITUTO GIANNINA GASLINI.....	pag.	155
5.9	ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO (IST).....	pag.	156
5.10	SCHEDA RIASSUNTIVA DEGLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA.....	pag.	162
6	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	pag.	167
6.1	IL SISTEMA DI INDICATORI.....	pag.	167
6.1.1	Gli indicatori di contesto.....	pag.	167
6.1.2	Gli indicatori di programma.....	pag.	169
6.1.3	Gli indicatori di efficacia ed efficienza.....	pag.	173
6.1.4	La definizione del sistema di indicatori.....	pag.	174
6.1.5	Fonti di verifica.....	pag.	175
6.2	IMPATTI DEL PROGRAMMA.....	pag.	175
6.2.1	L'accettabilità sociale del programma.....	pag.	175
6.2.2	Il valore aggiunto del programma.....	pag.	177
6.2.3	Health technology assessment.....	pag.	177

7	I SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	pag. 178
7.1	LA GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	pag. 178
7.2	SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	pag. 179
8	SCHEDE DI RIFERIMENTO	pag. 180
8.1	ANALISI S.W.O.T.....	pag. 181
8.2	OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI.....	pag. 181
8.3	SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE.....	pag. 182

