



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO VII**

**MINISTERO DEL LAVORO DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI
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 67/1988

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

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 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 23 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 e 24 dicembre 2007 n. 244;

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 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

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;

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;

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 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;

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”, che assegna alla Regione Liguria la quota di €29.329.326,00;

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)";

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 maggio 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 154 del 5 luglio 2006, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 ottobre 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 37 del 14 febbraio 2007, che limita la risoluzione del sopra citato Accordo di programma con la Regione Liguria al 65 per cento delle risorse revocate, per un importo a carico dello Stato pari a €318.912,13 e individua l'intervento da finanziare con la quota del 35 per cento delle risorse revocate, per un importo a carico dello Stato di €171.721,92;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 2 agosto 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 259 del 7 novembre 2007, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

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 sottoscritto il 6 marzo 2007 da Regione Liguria e Ministeri salute ed economia/finanze relativo al Piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario (approvato con DGR n. 243 del 09.03.2007);

VISTA la deliberazione del Consiglio regionale della Liguria del 1 agosto 2007, n. 34, recante "Programma strategico. Modernizzazione parco ospedaliero regionale – L. n. 67/1988 articolo 20: aggiornamento elenco interventi da inserire nell'Accordo di programma Regione – Governo, anno 2007", e la relativa approvazione dei Ministeri competenti (Rif. Regione LIGURIA-070-13/08/2007-0000014-A) ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo del 6 marzo 2007 di cui al Piano di rientro dai disavanzi;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari al 15% 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;

PRESO ATTO del parere espresso, nella riunione del 14 maggio 2008, dal gruppo di lavoro appositamente costituito, all'interno del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, per la valutazione del presente Accordo di programma integrativo;

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;

ACQUISITO nella seduta del 18 dicembre 2008, il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

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 26 febbraio 2009;

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

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1 *(Finalità ed obiettivi)*

1. Il presente Accordo di programma, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, costituisce l'integrazione ed il completamento del programma degli investimenti sanitari già avviato con il precedente Accordo di Programma sottoscritto in data 1 settembre 2004. Il presente Accordo è finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi generali:
 - riqualificazione della rete ospedaliera,
 - potenziamento della residenzialità extra ospedaliera e politiche a favore della popolazione anziana,
 - riduzione delle liste di attesa,
 - adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi e potenziamento delle tecnologie,
 - potenziamento della rete territoriale.
2. L'Accordo integrativo è costituito da n. 27 interventi facenti parte del programma della Regione Liguria per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate, che costituiscono parte integrante del presente accordo 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 sono:
 - a) per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: Dott. Filippo Palumbo, Direttore Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema,
 - b) per il Ministero della economia e delle finanze: Dott.ssa Barbara Filippi, Dirigente Ufficio IX dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale;
 - c) per la Regione Liguria: Dott. Roberto Murgia, Direttore Generale 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;
 - 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 ammonta a €70.156.697,79 e concerne € 70.156.697,79 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: €55.862.934,35 a carico dello Stato, €2.940.154,44 a carico della Regione (almeno il 5%), €11.353.609,00 a carico delle Aziende Sanitarie interessate. Il piano finanziario per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	ALTRE RISORSE	TOTALE
2008	€55.862.934,35	€2.940.154,44	€11.353.609,00	€70.156.697,79

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 55.862.934,35 è stato assegnato alla Regione secondo quanto di seguito indicato:
 - per €24.727.726,12, derivanti dalla delibera CIPE 6 maggio 1998 n. 52;
 - per € 754.145,83, quale somma rinveniente dal minor costo di interventi inseriti negli Accordi già sottoscritti (totale accordi sottoscritti € 286.243.884,24), per cui il valore complessivo degli Accordi di programma sottoscritti risulta pari a €248.695.301,15, al netto delle revoche operate dai Decreti Interministeriali (totale revoche €36.794.437,26);

- € 29.329.326,00, risorse assegnate dalla delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002, come modificata dalla delibera CIPE n. 63 del 10 settembre 2004;
 - € 318.912,13, risorse resesi disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 12 ottobre 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 37 del 14 febbraio 2007;
 - € 732.824,27, risorse resesi disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 2 agosto 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 259 del 7 novembre 2007.
3. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, potrà iscriverne a bilancio nell'esercizio 2008 le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
 4. 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 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, 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 la Regione inoltra al Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 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 del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 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 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7
(Indicatori)

1. 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.

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 del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali o delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui al successivo 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la Regione trasmette allo stesso, 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. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge n. 266/2005, il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali 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 si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'Arch. Franco Giodice.
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 dell'articolo 5, comma 3.

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nella scheda 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 è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: _____

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: _____

La Regione: _____

Roma, _____

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
1	ASL1	1/1/H/07	Ospedale di Sanremo Pad. Borea: ristrutturazione locali ex farmacia al piano seminterrato del nuovo Pronto Soccorso.	Sanremo	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
2		2/1/H/07	Ospedale di Sanremo: realizzazione impianto di climatizzazione al Pad. Castillo - realizzazione impianto parafulmine ed interventi di completamento prevenzione incendi ai Pad. Borea e Castillo.	Sanremo	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
3		3/1/H/07	Ospedale di Sanremo: interventi vari di ristrutturazione e messa a norma edile ed impiantistica.	Sanremo	3.657.500,00	192.500,00	3.850.000,00	0,00	3.850.000,00
4		4/1/T/07	Ospedale di Sanremo: Fornitura e posa di nuova Risonanza magnetica Nucleare.	Sanremo	2.137.500,00	112.500,00	2.250.000,00	0,00	2.250.000,00
5		5/1/D/07	Costruzione di nuovo edificio per servizi territoriali di alta complessità in via privata scoglio a Sanremo	Sanremo	4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
6		6/1/H/07	Ospedale di Imperia: adeguamento standards del monoblocco "A".	Imperia	4.041.309,46	212.700,50	4.254.009,96	0,00	4.254.009,96
7		7/1/D/07	Costruzione nuovo edificio ad uso piastra ambulatoriale e sede distrettuale ad imperia (palasànità).	Imperia	1.805.000,00	95.000,00	1.900.000,00	9.350.000,00	11.250.00,00
8		8/1/H/07	Ristrutturazione palazzina ex uffici per ubicazione servizi territoriali presso lo stabilimento ospedaliero di Bordighera.	Bordighera	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
9		9/1/H/07	Costruzione di nuova RSA per 60 posti letto all'Ospedale di Bordighera.	Bordighera	4.840.250,00	254.750,00	5.095.000,00	0,00	5.095.000,00
10		10/1/D/07	Ristrutturazione Villa Spinola di Bussana - Sanremo	Bussana di Sanremo	950.000,00	50.000,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
			TOTALE ASL 1		26.931.559,46	1.417.450,50	28.349.009,96	9.350.000,00	37.699.009,96

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
11	ASL 2	11/2/H/07	Completamento adeguamento ai minimi strutturali (DPR14.01.97) del Monoblocco e del Corpo Servizi del complesso ospedaliero S. Paolo Valloria Savona - 1° lotto -	Savona	4.170.500,00	219.500,00	4.390.000,00	0,00	4.390.000,00
12		12/2/D/07	Recupero e messa a norma di parte del complesso edilizio ex Boschine per realizzare un distretto sanitario (Varazze).	Varazze	925.110,00	48.690,00	973.800,00	0,00	973.800,00
			TOTALE ASL 2		5.095.610,00	268.190,00	5.363.800,00	0,00	5.363.800,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
13	ASL 3	13/3/D/07	Acquisto arredi ed attrezzature per la trasformazione dei reparti per acuti in residenzialità (PP.OO. di Arenzano, Sestri P., Recco)	Arenzano Genova Recco	318.912,13	16.784,85	335.696,98	0,00	335.696,98
14		14/3/H/07	Ex Ospedale Celesia: Trasformazione in struttura poliambulatoriale e di residenzialità - Intervento per la trasformazione del Padiglione a valle in residenzialità.	Genova	1.615.000,00	85.000,00	1.700.000,00	0,00	1.700.000,00
15		15/3/H/07	Interventi di completamento lavori antincendio negli stabilimenti ospedalieri di residenzialità dell'ASL.	Genova	1.767.537,12	93.028,27	1.860.565,39	0,00	1.860.565,39
16		16/3/T/07	Acquisto di apparecchiature elettromedicali finalizzato a completare sotto il profilo tecnologico, il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri e territoriali dell'Azienda ASL3.	Genova	732.824,27	38.569,70	771.393,97	0,00	771.393,97
			TOTALE ASL 3		4.434.273,52	233.382,82	4.667.656,34	0,00	4.667.656,34

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
17	ASL 4	17/4/D/07	Edificazione palazzina ambulatori e servizi comprensiva di nuovo S.P.D.C. presso area ospedaliera di Lavagna.	Lavagna	3.728.819,92	196.252,57	3.925.072,49	1.000.000,00	4.925.072,49
18		18/4/D/07	Realizzazione di una nuova struttura territoriale-distrettuale di Sestri Levante ed adeguamento di immobile esistente in Borzonasca per collocarvi le funzioni sanitarie territoriali.	Sestri Levante Borzonasca	2.803.600,00	147.559,00	2.951.159,00	0,00	2.951.159,00
			TOTALE ASL 4		6.532.419,92	343.811,57	6.876.231,49	1.000.000,00	7.876.231,49

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
19	ASL 5	19/5/H/07	Realizzazione distribuzione interna ai reparti dei gas medicali nel presidio Ospedaliero S. Andrea.	La Spezia	665.000,00	35.000,00	700.000,00	0,00	700.000,00
20		20/5/D/07	Ristrutturazione ed adeguamento ai requisiti minimi strutturali di parte dell'edificio di Via XXIV Maggio alla Spezia per sede distretto 1 e di altre strutture territoriali.	La Spezia	950.000,00	50.000,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
21		21/5/D/07	Ristrutturazione e messa a norma del vecchio ospedale di Sarzana per sede del distretto Val di Magra.	Sarzana	2.660.000,00	140.000,00	2.800.000,00	0,00	2.800.000,00
22		22/5/H/07	Ristrutturazione e adeguamento ai requisiti minimi strutturali del Padiglione PAITA - P.O. S. Andrea	La Spezia	1.097.250,00	57.750,00	1.155.000,00	0,00	1.155.000,00
23		23/5/T/07	Rinnovo e adeguamento parco apparecchiature medicali.	La Spezia	660.250,00	34.750,00	695.000,00	0,00	695.000,00
			TOTALE ASL 5		6.032.500,00	317.500,00	6.350.000,00	0,00	6.350.000,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
24	San Martino	24/M/H/07	Nuovo reparto cure intermedie Padiglione 9	Genova	2.470.000,00	130.000,00	2.600.000,00	600.000,00	3.200.000,00
25		25/M/H/07	Completamento centro trapianti d'organo monoblocco 4° piano	Genova	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
26		26/M/H/07	Centro di riproduzione assistita FIVET - Padiglione 1 piano 2°.	Genova	380.000,00	20.000,00	400.000,00	0,00	400.000,00
			TOTALE S. MARTINO		4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	600.000,00	5.600.000,00
27	Santa Corona	27/C/H/07	Adeguamento tecnologico, edile e delle attrezzature del blocco operatorio di chirurgia presso al padiglione 18.	Pietra Ligure	2.086.571,45	109.819,55	2.196.391,00	403.609,00	2.600.000,00
			TOTALE S. CORONA		2.086.571,45	109.819,55	2.196.391,00	403.609,00	2.600.000,00
			TOTALE GENERALE		55.862.934,35	2.940.154,44	58.803.088,79	11.353.609,00	70.156.697,79

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE
POLITICHE SOCIALI



REGIONE LIGURIA
DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI
Servizio Investimenti

ACCORDO DI PROGRAMMA
INVESTIMENTI EX ARTICOLO 20 L. 67/88
ULTIMA TRANCHE

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

1. IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITA'

1.1 PREMESSE

L'articolo n. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Finanziaria anno 1988), ha autorizzato l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, per l'importo complessivo di 30.000 miliardi di lire.

Lo stesso articolo di legge ha individuato gli obiettivi di massima per la programmazione degli interventi, finalizzati al riequilibrio territoriale delle strutture ed al potenziamento delle stesse, allo scopo di garantire un'assistenza sanitaria uniforme su tutto il territorio nazionale nella sua accezione più ampia, comprendendo la fase preventiva, curativa e riabilitativa.

Il Ministero della sanità, in ottemperanza a quanto previsto dal 2° comma del citato art. 20 della legge finanziaria n. 67/88, ha emanato il Decreto n. 321 del 29.08.1989 con il quale ha richiamato gli obiettivi di massima della legge finanziaria ed ha stabilito i criteri e le modalità per l'attuazione del programma pluriennale di interventi e per l'ottenimento dei relativi finanziamenti.

Il CIPE, nella seduta del 13.10.1989, ha effettuato il riparto dei fondi complessivamente disponibili ed ha assegnato alla Regione Liguria la somma complessiva di 323 miliardi di lire a valere sul primo triennio di attuazione del Programma Pluriennale di Interventi (PPI).

1.2. IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INTERVENTO DELLA REGIONE LIGURIA

La Regione Liguria, secondo le indicazioni contenute negli atti legislativi e regolamentari statali sopra richiamati, ha predisposto il piano pluriennale, sia con valenza decennale che triennale, quest'ultimo articolato anno per anno, degli interventi sul patrimonio edilizio sanitario per il raggiungimento degli obiettivi posti dal citato articolo 20 della legge 67/1988. Detto piano è stato approvato dal Consiglio regionale con **deliberazione n. 4 del 14 febbraio 1990.**

L'azione pluriennale, e più specificatamente gli interventi complessivi ai quali si intendeva dare avvio già con il primo triennio di attuazione, tenendo conto delle priorità e delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale nonché quelle dei piani sanitari regionali, in ordine ai programmi, è stata articolata nelle seguenti linee strategiche:

- realizzazione di strutture sanitarie a carattere residenziale extraospedaliera (RSA) per rispondere alle problematiche degli anziani, nonché di altri soggetti non autosufficienti che non potevano essere assistiti a domicilio e nelle strutture a carattere ambulatoriale e che richiedevano trattamenti continui di natura sanitaria;
- riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera, finalizzata sia ad avviare rapidamente una serie di interventi sulle strutture esistenti in una situazione che, al momento dell'approvazione del programma, risentiva della limitazione delle risorse fino ad allora disponibili, sia per dare attuazione agli interventi di nuova edilizia ospedaliera previsti dal Piano Sanitario Regionale 1989/1991;
- compiuta attivazione della rete distrettuale e dell'attività specialistica extraospedaliera;
- adeguamento delle strutture preposte alla prevenzione.

- Residenzialità extraospedaliera -

Viene prioritariamente attivata una "residenzialità extraospedaliera" attraverso l'istituzione di Residenze Sanitarie Assistenziali, prevalentemente dedicate agli anziani ma anche ad una fascia di soggetti non autosufficienti che richiedono trattamenti sanitari continuativi non effettuabili a domicilio.

Il programma pluriennale della Liguria si proponeva di attivare, nell'arco del decennio, circa 7000 posti di residenze sanitarie assistenziali di cui l'85%, pari a circa 6000 posti, avrebbero dovuto far fronte ai bisogni della popolazione anziana, e riservando un 15%, pari a circa 1000 posti, a soggetti non autosufficienti disabili fisici e psichici ivi comprese le patologie psicorganiche involutive e psichiatriche cronicizzate.

In parallelo alla residenzialità extraospedaliera, obiettivo del decennio era anche l'organizzazione del servizio attività distrettuale, comprendente gli obiettivi "anziani" ed "handicappati", nonché la completa organizzazione dei servizi di "salute mentale". L'attivazione del distretto significava anche una sistematizzazione dell'assistenza domiciliare integrata e lo sviluppo delle attività poliambulatoriali e specialistiche, utilizzando per quest'ultime anche la risorsa ospedaliera.

In quest'ottica il programma decennale prevedeva anche la completa ristrutturazione dell'intera rete ospedaliera, comprensiva dell'edificazione di nuovi ospedali, con la previsione di cessazione delle funzioni ospedaliere dei piccoli presidi che avrebbero costituito, sul piano strutturale, una grossa risorsa da utilizzare come RSA che si è sviluppata già nel primo triennio. Difatti, il programma regionale per il primo triennio ha tenuto conto, in maniera puntuale, sia della normativa nazionale che regionale che prevedeva, prioritariamente, la trasformazione dei presidi ospedalieri dismessi in RSA.

Per la residenzialità extraospedaliera dedicata ai soggetti non autosufficienti, disabili psichici e psichiatrici, tenuto conto che per gli handicappati era già presente, con una organica distribuzione territoriale, una residenzialità per circa 300 posti, il programma ha ipotizzato delle localizzazioni in alcuni casi con individuazione dell'area ed in altri casi con individuazione dell'ambito territoriale in cui si prevedeva la collocazione della RSA.

Per quanto concerne la distribuzione territoriale delle RSA previste nel primo triennio, nonostante i termini impositivi di un patrimonio ospedaliero da ristrutturare già localizzato, sono stati individuati gli interventi con l'obiettivo di fornire una risposta non solo alle popolazioni costiere ma anche a quelle dell'entroterra appartenente alla fascia collinare montana.

Sono state inoltre, sia pure limitatamente, privilegiate:

- la zona del ponente ligure per l'alta incidenza degli anziani nell'entroterra imperiese, sanremese, ventimigliese, per l'assoluta mancanza di posti-residenza per non autosufficienti in tali zone,
- l'area metropolitana genovese per la concentrazione degli abitanti e per l'estensione territoriale.

Il piano prevedeva per il primo triennio la realizzazione di 2000 posti per RSA anziani di cui:

- il 1° anno la realizzazione di 580 posti, di cui 190 relativi ad interventi già in corso e finanziati con il F.S.N.,
- il 2° e 3° anno la realizzazione di 1420 posti.

Per quanto riguardava le RSA:

- per soggetti non autosufficienti, il piano prevedeva la realizzazione di 160 posti letto programmati nel 2° e 3° anno del primo triennio,
- per disabili psichici, il piano prevedeva la realizzazione di 200 posti letto programmati nel 2° e 3° anno del primo triennio.

- Riqualficazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera -

L'azione pluriennale sul fronte della riqualficazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera ha costituito la seconda linea strategica di intervento che doveva compendiare, tenendo conto della complessità e della articolazione dell'intervento in discorso, due azioni fondamentali:

- la prima era quella di avviare rapidamente una serie di interventi sulle strutture esistenti, anche di non trascurabile portata, con riferimento all'attuazione del PSR, in una situazione di fatto di pregressa e cumulata carenza di interventi derivante

dalle limitazioni delle disponibilità del FSR, che nei precedenti esercizi ha costituito l'unica fonte di copertura finanziaria disponibile;

- la seconda, che si affianca alla prima, era mirata all'attuazione di un programma di nuova edilizia ospedaliera intesa come momento strategico e incisivo del processo complessivo di riqualificazione, reso praticabile e credibile dal connotato innovativo della pluriennialità, oltre che dalle maggiori disponibilità complessive derivanti dall'art.20.

Tale azione è stata vista come momento di investimento finalizzato alla razionalizzazione del costo di gestione, direttamente legato alla più avanzata ed efficace concezione delle nuove strutture sostitutive di posti letto articolati, al tempo di redazione di detto programma, su presidi tipologicamente inadeguati e non efficienti, nonché in termini indiretti per la redistribuzione dei flussi assistenziali ospedalieri oggi suscettibili di ampia revisione.

A seguito di dette considerazioni, relativamente al presidio S. Martino, ospedale regionale, è stata ravvisata la necessità di attivare uno studio di fattibilità sulla possibilità di realizzare una nuova struttura di circa 550 posti letto (nuovo monoblocco), capace di incidere sugli squilibri strutturali attraverso un intervento su aree che potevano essere rese disponibili dalla demolizione di alcuni padiglioni, pur dando avvio ad alcuni interventi urgenti e non interferenti con la suddetta ipotesi (realizzazione DEA e Polo Pneumologico).

Viene programmata la realizzazione di quattro nuovi ospedali: La Spezia, Val Bisagno (GE), Val Polcevera (GE), Albenga.

Il nuovo ospedale di La Spezia era previsto in località Felettino, con un dimensionamento di 950 posti letto.

Per i due presidi nell'area di Genova, i dimensionamenti, individuati in tale prima fase programmatica, hanno previsto 550 posti letto per la Val Polcevera e 500 posti letto per la Val Bisagno, nell'ottica di un sostanziale alleggerimento dell'area degenziale dell'ospedale S. Martino che avrebbe permesso il compiuto orientamento di tale presidio verso le alte –altissime specializzazioni.

La realizzazione dell'ospedale di Albenga era stata ipotizzata nell'area di Campochiesa, resa disponibile dal Comune, con un dimensionamento di 400 posti letto.

Nell'affrontare le nuove edificazioni, è stato rilevato che le strutture con meno di circa 300 posti letto sono state sperequate in negativo nella attribuzione di personale e destinate ad essere sospinte verso una sostanziale marginalizzazione del proprio ruolo. Tale considerazione assume un particolare significato nel contesto ligure, dove la necessaria concentrazione della risposta ospedaliera è stata contrastata da una eredità storica caratterizzata dalla presenza di un considerevole numero di piccoli presidi alcuni dei quali, soprattutto nell'area genovese, distinti fra di loro pochissimi chilometri.

Sul piano generale è da sottolineare, come il complessivo progetto di rifunzionalizzazione della rete ospedaliera, abbia privilegiato, anche per quanto riguarda soluzioni strutturalmente più adeguate, la rete dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione.

- Distretti sanitari di base e attività specialistica extra ospedaliera-

E' stato ipotizzato, dando priorità al significato ed alla valenza che assume l'attivazione della rete distrettuale per il diretto rapporto con l'utenza, una tipologia distrettuale che, sul piano edilizio, sia primariamente soddisfatta per mezzo dell'utilizzo di locali disponibili, anche in locazione, secondo le indicazioni regionali in materia allora fornite.

- Strutture preposte alla prevenzione -

Nel settore della prevenzione, era già in corso di realizzazione, sui fondi ordinari e con una previsione complessiva di spesa di circa 9 miliardi di lire, l'adeguamento della dotazione strumentale ed i relativi interventi di installazione dei P.M.P. in attività (Imperia, La Spezia, Savona, Genova).

Il programma si era posto di trarre da un lato la riaggregazione in un unico contenitore, nell'ambito dell'area genovese, dei quattro laboratori del P.M.P. allora

allocati nella ex USL 12, e dall'altro la definizione del fabbisogno correlato alla prevista attivazione delle ulteriore P.M.P. indicato nel P.S.R..

Il programma si era posto, prudenzialmente, quale obiettivo l'impegno sul versante dello smaltimento dei rifiuti speciali di origine sanitaria, qualora non avesse trovato attuazione l'allora schema di piano dei servizi di smaltimento dei rifiuti, che prevedeva la realizzazione di quattro grandi poli di smaltimento dislocati a livello provinciale.

1.3 AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA

La diffusa programmazione regionale, attuata con la deliberazione del Consiglio regionale n. 4 del 14 febbraio 1990 di approvazione del programma pluriennale, nella quale erano previsti obiettivi per un importo di circa 1600 miliardi di lire, non ha trovato corrispondenza con i finanziamenti resi disponibili dal CIPE per la Liguria (340,8 miliardi di lire per il primo triennio e circa 1022,4 miliardi importo stimato per il decennio).

E' sorta pertanto l'assoluta necessità di riallineare l'originaria programmazione al fine di creare condizioni di corrispondenza tra obiettivi da realizzare e risorse disponibili relativamente al primo triennio ma all'interno di una previsione realistica e fattibile di tutto il decennio, considerato in particolare che le difficoltà finanziarie riguardavano, in gran parte, l'area delle opere maggiori ospedaliere (nuove edificazioni).

Con **deliberazione del 23 febbraio 1993 n. 30** il Consiglio regionale, in funzione delle mutate esigenze, aggiornava gli obiettivi da raggiungere per il primo e secondo triennio, già individuati con la deliberazione consiliare del 14 febbraio 1990 n. 4.

I criteri generali a cui il Consiglio regionale si è riferito per la formulazione del riallineamento della programmazione ex articolo 20, soprattutto per il primo triennio, sono stati i seguenti:

- coerenza con le misure di riorganizzazione del servizio sanitario all'epoca in corso,
- compatibilità con le effettive disponibilità finanziarie,
- cantierabilità immediata delle opere,
- creazione delle condizioni che dovevano garantire l'effettiva possibilità di completare le opere nel più breve tempo possibile, con priorità agli interventi di completamento e di quelli correlati all'emergenza sanitaria.

Le opere che non rientravano in tali criteri generali, con particolare riferimento alle opere maggiori ospedaliere, dovevano essere necessariamente riferite alla programmazione del secondo triennio, al fine di consentire che si creassero le condizioni per la loro approvazione sia regionale che in sede centrale.

Il riallineamento della programmazione regionale, alla luce dei suddetti criteri generali, ha comportato:

- la conferma, l'eliminazione, la modifica o integrazione di alcuni interventi già previsti nel programma di cui alla dCr 4/1990,
- l'inserimento di nuovi interventi a suo tempo non previsti ma resi necessari dalla realtà operativa e dalle misure di riorganizzazione in corso,
- la riorganizzazione degli obiettivi da avviare nel primo triennio secondo priorità tecniche e programmatiche, con l'individuazione anche di interventi di riserva, in base a requisiti di effettiva fattibilità,
- l'individuazione, in analogia, per gli obiettivi del secondo triennio, del principio in base al quale le priorità dovevano essere individuate nei confronti degli interventi che presentavano condizioni di effettiva fattibilità,
- l'applicazione, in ogni caso, del principio in base al quale ogni intervento doveva essere articolato in lotti funzionali e funzionanti, stante la carenza dei mezzi finanziari disponibili e l'esigenza di rendere possibile il completamento e l'attivazione di quanto avviato.

Il riallineamento degli obiettivi ha interessato le varie linee di intervento come di seguito rappresentato.

- Residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili –

Costituiva obiettivo prioritario, non rinunciabile, stante l'assoluta carenza di tali servizi in Liguria, a fronte di una domanda elevatissima a causa del forte numero di anziani in Liguria.

In tale situazione la manovra di riallineamento ha provveduto ad un ridimensionamento degli obiettivi, imposto peraltro nel primo triennio dai limiti del finanziamento assegnato dal CIPE e da un aggiornamento dei costi, a suo tempo, sottostimati della dCr n.4/1990.

Con il riallineamento è stato previsto di poter perseguire l'obiettivo realistico, nel decennio, di realizzare 50 RSA, di cui 24 nel primo triennio, tenuto conto anche del fatto che un numero più elevato sarebbe stato difficilmente compatibile con l'esigenza di dotazione di personale e attrezzature necessarie, stante la generale situazione di difficoltà finanziaria esistente nel settore sanitario.

- Interventi territoriali e di prevenzione –

Costituivano obiettivo di primaria importanza, stante l'esigenza di potenziare, oltre che di razionalizzare gli interventi sanitari di tipo decentrato, al fine di garantire all'utenza servizi di base sempre più efficienti e completi, in grado di effettuare il necessario filtro agli interventi di ricovero.

In tale situazione la manovra di riallineamento non è stata particolarmente significativa, essendo stata confermata la possibilità di raggiungimento degli obiettivi previsti, utilizzando tutti i finanziamenti del primo triennio.

Per il settore della prevenzione, i limiti finanziari ed alcune situazioni di urgenza, hanno reso possibile il solo intervento riguardante il presidio multizonale di prevenzione di Genova, prevedendo nel secondo triennio gli interventi negli altri presidi multizonali esistenti.

- Ristrutturazioni ospedaliere e potenziamento tecnologico -

Tale settore si presentava con caratteristiche di importanza ed urgenza del tutto particolari, stante il notevolissimo livello di degrado raggiunte, sotto il profilo edilizio, dalla maggioranza delle strutture liguri a causa dei limitati interventi manutentivi di carattere ordinario e straordinario effettuati nell'ultimo decennio dalle UU.SS.LL., conseguenza delle limitate disponibilità finanziarie offerte dal fondo sanitario nazionale.

In tale situazione la manovra di riallineamento ha comportato un ampliamento degli interventi che sono risultati più numerosi rispetto alle previsioni della dCr n. 4/1990, non solo sotto l'aspetto quantitativo ma anche sotto l'aspetto qualitativo.

Gli interventi che sono stati inseriti nell'ambito del primo triennio sono stati ritenuti fondamentali per garantire una complessiva rivalutazione in termini di efficienza e qualità dell'assistenza ligure.

- Nuove edificazioni ospedaliere -

Le nuove edificazioni si presentavano, alla luce dei criteri generali della manovra di riallineamento, con caratteristiche di rilievo e di importanza soprattutto strategica nel quadro della rifunionalizzazione dell'intera rete dei servizi di degenza. Il loro elevato costo è stato oggetto, per la limitatezza dei finanziamenti disponibili, di un ridimensionamento notevole rispetto alle previsioni del programma pluriennale di cui alla dCr n.4/1990, secondo le seguenti considerazioni:

Area Ponente Ligure: la dCr 4/1990 aveva previsto la realizzazione di un nuovo blocco nel presidio di Pietra ligure e la costruzione del nuovo ospedale di Albenga.

La situazione finanziaria di estrema difficoltà riguardante le procedure del programma ex art. 20, per tali strutture considerate di priorità inferiore rispetto ad altri interventi (come quelli sull'ospedale S. Martino, della Valpolcevera e completamento dell'ospedale di Sarzana) ha suggerito l'esigenza di un rinvio della decisione al secondo triennio. E' stato ritenuto necessario prevedere, nel primo triennio, alcune misure urgenti di ristrutturazione parziale sia nell'ospedale di Pietra

Ligure (eliminazione di alto livello di degrado di alcuni edifici) sia in quello di Albenga (intervento di mantenimento, manutenzione, e messa a norma).

Area del Levante Ligure: a seguito degli indirizzi a livello centrale di completare gli interventi di cui ai finanziamenti FIO, si era reso obbligatorio inserire nel primo triennio il completamento dell'ospedale di Sarzana, iniziato nel 1981 e non completato per mancanza di fondi disponibili.

La realizzazione del nuovo ospedale a La Spezia, così come era previsto dalla dCr n.4/1990, si presentava con numerose difficoltà oggettive a causa del costo elevato previsto e del tutto incompatibile con i finanziamenti disponibili, pertanto con la manovra di riallineamento detto intervento veniva proposto nel secondo triennio. Considerato però che la realizzazione del nuovo ospedale avrebbe comportato tempi lunghissimi, stimati in circa dieci anni, la nuova programmazione del primo triennio aveva previsto a favore dell'attuale ospedale di La Spezia un completo intervento di ristrutturazione e rifunzionalizzazione per il dipartimento di emergenza.

Area metropolitana genovese:

La costruzione del nuovo ospedale di vallata, stante l'importanza ed il ruolo strategico che rivestiva, oltre che per la Valpolcevera anche per tutta l'area del ponente genovese, si configurava come una delle opere a cui dare avvio nell'ambito del primo triennio. La complessiva realizzazione del nuovo ospedale, considerato la limitata disponibilità finanziaria del primo triennio, era subordinata alla effettiva disponibilità degli stanziamenti, da parte del Governo, sul secondo e terzo triennio.

La nuova edificazione doveva assorbire le funzioni in allora svolte da tutti gli ospedali presenti in vallata, con un presunto dimensionamento di circa 350 posti letto.

Considerato il periodo non breve di realizzazione dell'opera e le oggettive incertezze esistenti per gli aspetti finanziari dei successivi trienni, si era ritenuto necessario destinare quota parte del finanziamento disponibile alla realizzazione di opere di manutenzione e adeguamento dei presidi Celesia e Gallino, operanti in vallata.

L'ospedale della Valbisagno presentava alcuni problemi di cantierabilità soprattutto per quanto concerneva la scelta dell'area. Inoltre, si erano, in parte, attenuate le ragioni che nel 1989 ne avevano consigliato l'inserimento nella dCr n. 4/1990: il decentramento di parte dei posti letto dell'ospedale S. Martino.

L'ospedale regionale, per diverse motivazioni, aveva infatti subito una riduzione fisiologica dei posti letto originari, fatto questo che non rendeva più necessario alcun decentramento. Per le ragioni su esposte la decisione di non realizzare l'ospedale della Valbisagno veniva rimandata nel secondo triennio, previa dettagliate verifiche.

L'ospedale San Martino, stante il ruolo importante che svolgeva doveva costituire il punto di partenza di tutto il sistema di riorganizzazione della rete ospedaliera e quindi il principale riferimento anche nelle scelte di investimenti ex art. 20. L'obiettivo di potenziare gli altri ospedali liguri e la complessiva ristrutturazione della rete ospedaliera dovevano tendere al risultato di decongestionare l'ospedale S. Martino e consentirgli la possibilità di effettuare interventi quantitativamente ridotti, rispetto a quelli di allora, ma di qualità superiore.

L'aggiornamento del programma ha previsto, per l'ospedale regionale, lo studio di una ipotesi di intervento in ordine alle possibili forme di innovazione edilizia con l'obiettivo di utilizzare ed ottimizzare la somma complessiva disponibile (non oltre 157 miliardi).

A tale importo è stato aggiunto quello relativo alla ristrutturazione del pronto soccorso, che è stato previsto come intervento specifico per il quale era stata stanziata la somma di 33 miliardi nel decennio di cui 10,5 miliardi nel primo triennio.

La tabella sotto riportata rappresenta il quadro finanziario riepilogativo della distribuzione, orientativa, delle quote che la dCr 30/1993 prevedeva di assegnare nel decennio ai diversi settori di intervento, sulla base delle disponibilità presunte alla data del riallineamento della programmazione.

Obiettivi da raggiungere nel decennio	Disponibilità presunta nel decennio sulla base della proiezione dei dati finanziari del primo triennio	Distribuzione della quota assegnata dal CIPE per il primo triennio
RSA anziani e disabili (a) + Interventi territoriali (b) + Prevenzione collettiva (c)	246,2 m.di	129,45 m.di
Opere minori ospedaliere (ristrutturazioni) (d)	440,6 m.di	144,4 m.di
Opere maggiori ospedaliere (nuove edificazioni) (e)	319,4 m.di	58 m.di
Potenziamento tecnologico Ospedaliero (f)	16,2 m.di	8,95 m.di
T O T A L E	1.022,4	340,8

(a) Il programma prevedeva la realizzazione di:

- n. 22 RSA per anziani di cui: n. 8 realizzabili con le disponibilità del primo triennio, n. 4 realizzabili nei trienni successivi e n. 10 da avviare nel primo triennio e concludersi nei trienni successivi,
- n. 8 RSA per disabili di cui: n. 4 realizzabili con le disponibilità del primo triennio, n. 1 realizzabile nei trienni successivi e n. 3 da avviare nel primo triennio e concludersi nei trienni successivi.

(b) Gli interventi territoriali previsti erano 10 realizzabili tutti nel primo triennio.

(c) Per la prevenzione collettiva era previsto un unico intervento realizzabile con le disponibilità del primo triennio.

(d) Il programma prevedeva la realizzazione di n. 19 interventi relativi ad opere minori ospedaliere di cui: n. 3 realizzabili con le disponibilità del primo triennio e n. 16 da avviare nel primo triennio e concludersi nei trienni successivi.

(e) Le nuove edificazioni previste erano tre: Ospedale S. Martino, completamento Osp. di Sarzana e costruzione del nuovo ospedale della Valpolcevera con avvio nel primo triennio e prosecuzione a valere sulle annualità successive.

(f) Per il potenziamento tecnologico il programma aveva previsto la realizzazione, nel primo triennio di: una TAC e sistema di rianimazione presso L'ospedale S. Martino, una TAC presso l'Ospedale Galliera ed una TAC presso l'Ospedale di Pietra Ligure.

La programmazione promossa con la deliberazione del Consiglio regionale n. 30/1993 era correlata, sotto il profilo finanziario, alla disponibilità complessiva, per il primo triennio, di lire 340,80 miliardi assegnati dal CIPE alla Liguria in data 3 agosto 1990.

Successivamente l'approvazione del riallineamento del programma pluriennale, approvato con la citata dDr 30/1993, si verificarono le seguenti situazioni innovative:

- 1) i finanziamenti statali, a suo tempo previsti per il primo triennio, venivano ridotti, per la Regione Liguria, e passavano da 340,8 a 322,4 miliardi di lire,
- 2) l'assoluta mancanza di indicazioni, a circa sei anni dall'entrata in vigore della legge 67/1988, in ordine all'attuazione del secondo triennio, determinava l'impossibilità di fare riferimento concreto allo stesso in termini temporali,
- 3) la necessità, che era intervenuta in sede regionale dopo la predisposizione della delibera di programmazione n. 30/1993 ed a seguito sia del completamento degli studi di fattibilità e delle progettazioni, sia di approfondimenti tecnici ulteriori, sia di richieste avanzate in sede governativa, suggeriva di ridefinire modalità attuative e le disponibilità finanziarie destinate a talune opere,

- 4) necessità, che era intervenuta in sede regionale, di prevedere interventi finanziari che potevano consentire l'adeguamento del programma di investimenti a decisioni nel frattempo assunte dal Consiglio Regionale a livello di programmazione sanitaria,
- 5) necessità, che era intervenuta in sede regionale, che prendeva atto del sostanziale superamento di alcune ipotesi di lavoro e del loro definitivo slittamento a futuri trienni, stante l'assoluta carenza finanziaria (principalmente tutte le nuove edificazioni ospedaliere).

L'aspetto più critico di quanto sopra esposto, era rappresentato dall'assoluta indeterminatezza del secondo triennio che produceva situazioni insostenibili sul piano degli obiettivi da raggiungere, soprattutto nel settore delle ristrutturazioni ospedaliere che erano tutte articolate, a fronte di un unico obiettivo indivisibile, in due trienni finanziari. Tale indeterminatezza non avrebbe consentito di completare le opere avviate nel primo triennio e avrebbe creato nella Regione una serie di opere "incompiute" e da completare per le quali, sulla base delle allora previsioni, la Regione non avrebbe avuto la disponibilità finanziaria per provvedere.

La situazione sopra illustrata aveva sostanzialmente modificato il quadro complessivo di riferimento programmatico, tecnico e finanziario a suo tempo previsto dalla dCr n. 30/1993 e, conseguentemente, richiedeva una operazione di riallineamento degli obiettivi e dei budget.

Sul piano tecnico sono stati rivisti gli obiettivi della programmazione regionale in materia e sono stati riesaminati in particolare, rispetto a quanto previsto dalla delibera consiliare n. 30/1993, l'articolazione degli obiettivi tra il primo ed il secondo triennio al fine di garantire, nel limite del possibile, completezza e fruibilità a quelli del primo, anche nei casi di interventi a carattere parziale.

Con **deliberazione del 20 settembre 1994 n. 80** il Consiglio regionale, per le considerazioni sopra esposte, approvava il riallineamento degli obiettivi da raggiungere per il primo e secondo triennio, già individuati con la deliberazione consiliare del 23 febbraio 1990 n. 30, il piano finanziario, i criteri di individuazione delle priorità degli interventi, la manovra finanziaria complessiva ed il piano di alienazione del patrimonio disponibile delle UU.SS.LL..

La modifica degli obiettivi aveva, conseguentemente, fatto registrare una variazione degli aspetti finanziari. Infatti, con detta manovra, si era determinato un nuovo piano finanziario che veniva chiamato ad assorbire, nel primo triennio, una quota parte di funzioni precedentemente affidate al ruolo del secondo triennio. Da tale situazione ne è derivata una programmazione, per il primo triennio, complessivamente sovradimensionata rispetto alla disponibilità di 322,4 miliardi di lire. E' stata studiata allora una soluzione finanziaria alternativa attraverso una programmazione delle risorse integrata e correlata a quella dell'articolo 20, che derivava dal contestuale utilizzo di risorse in conto capitale e di risorse da ricavarsi a seguito delle alienazioni del patrimonio disponibile delle UU.SS.LL., che potesse garantire, in modo più ampio, il soddisfacimento delle esigenze complessive della Regione e delle UU.SS.LL. stesse.

I principi generali a cui si era ispirata la complessiva manovra della citata dCr n. 80/1994 erano quelli concernenti l'esigenza di garantire, in termini assoluti e non derogabili, il completamento, secondo i termini ed i costi previsti, delle opere programmate, assicurando il pieno funzionamento e la fruibilità delle opere che sarebbero state avviate, anche nel caso di realizzazioni di tipo parziale (lotti funzionali, funzionanti e fruibili).

Inoltre veniva confermata l'esigenza generale che gli interventi edilizi in materia sanitaria che dovevano privilegiare sia i completamenti di opere avviate e non portate a compimento, sia gli interventi di ristrutturazione dell'esistente, fossero promossi, attuati e, se necessario, modificati in termini coerenti con le decisioni di riorganizzazione del servizio sanitario regionale assunte o in corso di assunzione da parte del Consiglio.

La risultante complessiva della manovra in argomento, derivante, come sopra detto, dall'uso integrato dei finanziamenti ex articolo 20 con quelli in conto capitale e con i

fondi derivanti da alienazione di beni, evidenziava come congruo il finanziamento previsto di 322,4 miliardi per la realizzazione di tutti gli interventi ad esclusione di quelli relativi alle nuove edificazioni alla cui realizzazione si sarebbe provveduto, previa verifica programmatoria, nel medio lungo periodo, sulla base delle future disponibilità finanziarie.

1.4 LA SECONDA FASE DEL PROGRAMMA PLURIENNALE

Il programma pluriennale in sanità, come sopra detto, prevedeva l'esecuzione di un Piano decennale di investimenti finanziato per 30.000 miliardi di lire, che, inizialmente, era articolato in trienni finanziari ma successivamente, per problemi relativi alla disponibilità economica, venne attuato in due fasi che, convenzionalmente, furono denominate come "*Primo triennio*" e "*Seconda fase*".

Il Ministero della sanità con circolare del 18 giugno 1997, in riferimento alla deliberazione CIPE del 30 maggio 1997, individuava:

- gli obiettivi da raggiungere attraverso il completamento del programma di investimenti,
- i criteri e le procedure da seguire,
- le quote teoriche spettanti alle Regioni per l'intera seconda fase di completamento del programma decennale non ancora garantite da copertura finanziaria.

Gli obiettivi che dovevano essere posti alla base dei programmi regionali, sia quelli relativi all'acconto, sia quelli riguardanti il completamento dell'intero programma, risultavano essere, sinteticamente, quelli sotto elencati, ferma restando l'esigenza che quelli collegati alla cantierabilità 1998 dovevano perseguire, prioritariamente la finalità di completamento delle opere che erano già state avviate nel primo triennio, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera:

- rientro negli standard dimensionali dell'apparato produttivo ospedaliero, da realizzare in una logica dipartimentale,
- attuazione delle misure di riorganizzazione della rete ospedaliera,
- individuazione degli spazi necessari all'attività libero professionale intra muraria,
- applicazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di cui al d.P.R. 14 gennaio 1997,
- completamento della rete dell'emergenza, con priorità per le funzioni di rianimazione, finalizzate anche ai trapianti,
- potenziamento delle unità spinali,
- adeguamento delle strutture alla normativa prevista dal d.lgs 626/1994,
- miglioramento delle strutture di riabilitazione post acuzie,
- completamento del programma di realizzazione di interventi di residenzialità extra ospedaliera,
- realizzazione delle strutture connesse ai dipartimenti di salute mentale,
- completamento delle strutture distrettuali/consultoriali,
- miglioramento e potenziamento delle strutture di riabilitazione.

I criteri che dovevano essere adottati per la definizione dei programmi relativi alla seconda fase si possono riepilogare come segue:

- 1) gli interventi individuati, per i quali veniva richiesto il finanziamento, dovevano essere considerati strumento per l'attuazione della complessiva riorganizzazione delle aziende sanitarie,
- 2) il piano degli investimenti doveva essere coordinato, in relazione agli obiettivi, con le altre forme di investimento previste dalla legge, con particolare riguardo all'utilizzo del patrimonio disponibile delle aziende sanitarie attraverso l'attuazione di un programma di alienazione,
- 3) il programma doveva:
 - essere predisposto con modalità ispirate ai valori della fattibilità e della fruibilità delle opere individuate, con avvenuto riguardo anche all'assoluta garanzia di copertura finanziaria completa,

- essere articolato in annualità con l'evidenza dei singoli fabbisogni di cassa,
- privilegiare l'esistente ed ottimizzare gli interventi di recupero e di riuso,
- essere promosso previa verifica del positivo stato di avanzamento del piano relativo al primo triennio, con particolare riferimento alla garanzia di pieno utilizzo delle opere già finanziate e realizzate,
- essere promosso avendo cura di aver verificato preventivamente la capacità del sistema di sostenere i costi di gestione.

- Acconto anno 1998 -

Sulla base dei suesposti obiettivi e criteri, definiti in sede centrale per il completamento del programma investimenti (2^a fase), la Regione Liguria con **deliberazione consiliare n. 65 del 28 ottobre 1997** approvava il programma di edilizia sanitaria relativamente a quegli interventi cantierabili nell'anno 1998 e richiedeva al Ministero della sanità il finanziamento di complessive lire 205.969.000.000 – quota 95% a carico del CIPE.

Il suddetto programma prevedeva 98 interventi di cui:

- n. 39 relativi alle strutture ospedaliere (ristrutturazione di reparti, completamenti di ristrutturazioni già avviate, realizzazione di nuovi reparti),
- n. 8 relativi all'acquisto di tecnologie sanitarie,
- n. 19 relativi all'adeguamento impiantistico ed alle norme di prevenzione incendi,
- n. 11 relativi all'adeguamento del sistema informatico,
- n. 5 relativi alle RSA per anziani (4 completamenti ed 1 nuova costruzione),
- n. 7 relativi alle RSA per disabili psichici (ristrutturazioni, completamenti e nuove costruzioni),
- n. 2 relativi ai poliambulatori (realizzazioni di nuovi e ristrutturazioni di esistenti),
- n. 2 relativi alle sedi di distretto (una nuova costruzione ed una ristrutturazione),
- n. 3 relativi alla realizzazione di archivi sanitari,
- n. 1 relativo al rinnovo arredi per reparto di degenza ed uffici,
- n. 1 relativo all'acquisto di nuovo fabbricato da adibire a sede ARPAL di Genova.

A seguito della nota dell'allora Ministero del Bilancio del 5 giugno 1998, con la quale comunicava l'assegnazione alla Regione Liguria della somma di lire 54.487.000.000 (95%), quale acconto per l'anno 1998 a valere sul finanziamento della 2^a fase del programma pluriennale (di cui lire 30.357.000.000 per la realizzazione degli interventi finalizzati alla sicurezza e messa norma delle strutture ospedaliere e lire 24.130.000.000 per interventi di completamento) oltre ad una ulteriore somma pari a lire 6.994.596.303 (95%) per la realizzazione o attivazione dei consultori familiari e per il miglioramento ed il potenziamento delle sedi ospedaliere dedicate all'evento nascita.

Sulla base delle ridotte disponibilità finanziarie e degli indirizzi ministeriali, afferenti all'annualità 1998, la Regione Liguria individuava gli interventi del programma cosiddetto "Acconto 1998" come segue:

- 1) relativamente all'assegnazione di lire 54.487.000.000, individuava n. 30 interventi fra quelli inseriti nel programma approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 65/1997 ed esattamente: n. 6 relativi al completamento di opere già avviate di reparti ospedalieri (lire 30.357.000.000 – 95%), n. 24 relativi all'adeguamento impiantistico alle norme di sicurezza e di prevenzione incendi (lire 24.130.000.000 – 95%);
- 2) relativamente all'assegnazione di lire 6.994.596.303 finalizzati al miglioramento dell'attività consultoriale e potenziamento delle attività ospedaliere nei reparti materno-infantile, individuava n. 8 interventi (secondo i criteri e le determinazioni assunte da Consiglio regionale con provvedimento n. 61/1997) ed esattamente n. 2 relativi alla zona travaglio-parto di due ospedali, n. 6 relativi a ristrutturazioni di sedi consultoriali.

- Programmazione esennale 1998-2003 -

Dopo l'avvio della fase cosiddetta "Acconto 1998", sulla base dell'assegnazione alla Regione Liguria da parte del CIPE, di cui alla deliberazione del 6 maggio 1998, della somma di lire 656.612.000.000 (95%), somma comprensiva dell'anticipazione anno 1998 di lire 54.487.000.000, il Consiglio regionale, con **deliberazione n. 49 del 21**

dicembre 1998, approvava il *“Programma pluriennale di investimenti in sanità – seconda fase anni 1998-2003”*.

I criteri adottati per il riparto del finanziamento di cui sopra, hanno tenuto conto principalmente dell'incidenza della funzione ospedaliera (59,8%) e della funzione extraospedaliera (40,2%), operazione che si era resa necessaria al fine di determinare la ripartizione che tenesse conto delle differenti funzioni richieste rispettivamente alle aziende ospedaliere (solo funzioni ospedaliere) e alle aziende USL (funzione ospedaliera e territoriale).

Alla quota della funzione ospedaliera sono stati applicati il criterio dei posti letto ed il criterio dei posti letto delle aziende chiamate a missione di alta specialità.

Alla quota della funzione extraospedaliera sono stati applicati il criterio della popolazione residente ed il criterio correttivo di pesatura della popolazione.

E' stato altresì tenuto conto dell'incidenza relativa alle nuove edificazioni, ed è stato applicato il criterio di riequilibrio tra l'area metropolitana genovese, che storicamente era stata sovra dotata di Strutture sanitarie, ed il levante e ponente ligure.

Il programma prevedeva un impegno finanziario di lire 633.746.000.000, di cui lire 602.125.000.000 a valere sull'assegnazione del CIPE (lire 656.612.000.000 detratto l'importo di lire 54.487.000.000 relativo all'acconto 1998), ed individuava 207 interventi di cui:

- n. 2 per lire 9.200.000.000 relativi alla prevenzione collettiva,
- n. 30 per lire 49.530.000.000 relativi ai servizi territoriali (distretti, poliambulatori, altre strutture territoriali e tecnologie territoriali),
- n. 14 per lire 40.803.000.000 relativi alle RSA (di cui 7 per anziani e 7 per disabili),
- n. 98 per lire 406.295.000.000 per gli ospedali di cui: 3 nuove edificazioni (ospedale metropolitano genovese, ospedale di Rapallo e di La Spezia), n. 72 ristrutturazioni di strutture ospedaliere, n. 23 acquisto tecnologie ospedaliere,
- n. 63 per lire 127.918.000.000 per servizi generali di cui: 43 relativi a messa a norma impianti, n. 10 sistema informativo, n. 10 interventi diversi volti rivolti all'umanizzazione ed al confort.

- Gli Accordi di Programma –

L'articolo 5 bis del D.Lgs n.229/99 ha previsto una procedura innovativa anche per la gestione dei programmi di investimento, il cosiddetto *“Accordo di Programma”*.

L'Accordo di Programma è un impegno, sottoscritto da Regione e Ministero della sanità, a finanziare e realizzare interventi sul patrimonio sanitario pubblico. Supera la vecchia logica collegata alla contrazione di mutui ed è basato su una reciproca assunzione di responsabilità da parte degli Enti sottoscrittori e da parte delle Aziende attuatrici.

Le parti interessate stabiliscono di concerto gli elementi essenziali dell'Accordo e fissano alcuni punti fondamentali destinati a:

- snellire le procedure di ammissione al finanziamento di ogni singolo progetto,
- rispettare i termini temporali di attuazione (prestabiliti e vincolanti),
- monitorare lo stato dei procedimenti, evidenziare gli eventuali ostacoli e i relativi provvedimenti correttivi,
- aumentare la flessibilità nell'attuazione dei singoli interventi, al fine di soddisfare le esigenze strategiche delle Aziende (organizzative, tecnologiche ecc.) che necessariamente sono in continuo divenire.

L'Accordo di Programma ha permesso di gestire gli investimenti con una maggiore efficienza ed efficacia in quanto Governo e Regione diventano protagonisti diretti, nell'ambito di una procedura non burocratica, nell'attuazione della manovra finanziaria.

- Primo Accordo di Programma sottoscritto il 27 luglio 2000 ed Accordo integrativo-

In considerazione della sopra esposta nuova procedura di acquisizione delle quote disponibili nell'ambito del finanziamento esennale ex art. 20 L. 67/1988, il Consiglio regionale aveva approvato i seguenti programmi riferiti al periodo 1999-2001: **dCr. n. 53 del 4 agosto 1999** integrata dalla **dCr n. 86 del 22 dicembre 1999**.

Detti programmi sono stati redatti in conformità alle seguenti categorie di opere alla cui realizzazione il Ministero della sanità attribuiva importanza e rilievo prioritario:

- 1) sicurezza e messa a norma,
- 2) adeguamento ai requisiti minimi,
- 3) potenziamento ed ammodernamento tecnologico,
- 4) adempimenti specifici di legge,
- 5) riorganizzazione e riqualificazione dei servizi territoriali, potenziamento dei servizi distrettuali e della residenzialità extra ospedaliera,
- 6) riorganizzazione e riqualificazione dei servizi ospedalieri.

Con la deliberazione n. 53/1999 il Consiglio regionale aveva provveduto, rispetto al budget disponibile, ad individuare un primo gruppo di opere connesse alle prime due priorità definite dal Ministero (sicurezza e messa a norma, adeguamento ai requisiti minimi), riservandosi l'identificazione successiva degli interventi a maggiore valenza programmatoria.

Successivamente, con la dCr 86/1999 il Consiglio regionale ha provveduto ad integrare il programma di cui alla dCr 53/1999, prevedendo interventi relativi alle priorità dal 3) al 6) di cui sopra, operando secondo la seguente metodologia:

- acquisizione e valutazione delle proposte aziendali alla luce della programmazione nazionale e regionale vigente, riferite anche alle verifiche di elementi di urgenza e necessità delle opere,
- individuazione delle quote finanziarie di spettanza delle singole aziende,
- individuazione dei singoli interventi da assegnare alle Aziende con fissazione del relativo budget,
- individuazione di interventi di carattere straordinario, a valenza regionale o di particolare rilievo, i cui finanziamenti erano stati assegnati alle singole Aziende ad incremento della quota di riparto,
- individuazione degli interventi da assegnare agli Enti terzi, come da decisioni che il Consiglio regionale aveva già assunto.

Sulla base della citata programmazione la Regione Liguria ha sottoscritto con il Ministero della sanità, in data 27 luglio 2000, l'Accordo di Programma, per il finanziamento e la realizzazione di 152 interventi nel settore investimenti in sanità, per un costo complessivo di L. 456.311.000.000, di cui:

- L. 326.572.000.000 (95%) a carico del finanziamento statale (quota parte dell'assegnazione del CIPE),
- L. 17.188.000.000 (5%) a carico del bilancio regionale,
- L. 112.560.000.000 di cofinanziamento a carico delle Aziende.

I 152 interventi erano destinati a migliorare le strutture ospedaliere e territoriali e le tecnologie necessarie al loro funzionamento:

- n. 109 interventi distribuiti nelle diverse strutture ospedaliere regionali, per un costo totale di L. 357.219.000.000,
- n. 31 interventi finalizzati al miglioramento e all'incremento delle strutture territoriali, per un costo totale di L. 75.137.000.000,
- n. 12 interventi finalizzati al rinnovo del parco tecnologico, per un costo totale di L. 23.964.000.000.

I 152 interventi erano distribuiti tra le diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del territorio regionale ed alcuni Enti terzi secondo il seguente prospetto riepilogativo:

Azienda	Numero interventi	Importo complessivo
A.S.L. 1 Imperiese	27	L. 23.898.000.000
A.S.L. 2 Savonese	9	L. 32.701.000.000
A.S.L. 3 Genovese	22	L. 42.551.000.000
A.S.L. 4 Chiavarese	12	L. 69.251.000.000
A.S.L. 5 Spezzino	12	L. 137.228.000.000

A. O. S. Martino (Genova)	35	L. 71.421.000.000
O. S. Corona (Pietra Ligure, Sv)	9	L. 22.708.000.000
A. O. Villa Scassi (Genova)	12	L. 15.981.500.000
E. O. Ospedali Galliera (Genova)	10	L. 21.785.500.000
Istituto Sacra Famiglia (Andora, Sv)	1	L. 7.350.000.000
A.R.P.A.L. (Savona)	1	L. 1.524.000.000
Istituto E. Brignole (Genova)	1	L. 8.921.000.000
Comune di Arenzano (Ge)	1	L. 1.000.000.000
T O T A L E	152	L. 456.320.000.00

Tra gli interventi programmati nell'ASL 4 era prevista anche la realizzazione del nuovo Ospedale di Rapallo per una spesa di L. 53.500.000.000 (ad esclusione degli arredi), e fra quelli programmati nell'ASL 5 era prevista la realizzazione del nuovo Ospedale di La Spezia per una spesa di L. 116.000.000.000 (ad esclusione degli arredi).

Successivamente al citato Accordo, in data 23 maggio 2002, la Regione Liguria ha sottoscritto con il Ministero un Accordo di Programma integrativo al primo, con il quale è stato convenuto di aggiungere tre obiettivi inerenti a:

- 1) nuovo complesso ospedaliero di Albenga per un costo complessivo di L. 82.000.000.000 (di cui L. 38.000.000.000 a carico dello stato, L. 2.000.000.000 a carico della regione, L. 42.000.000.000 cofinanziamento aziendale): intervento deliberato dal Consiglio regionale con provvedimento n. 19 del 22.05.2001, ritenuto urgente ed inderogabile in relazione al grave stato di emergenza che si era verificato a causa dell'improvviso cedimento strutturale della copertura del corpo di fabbrica storico e dalla necessità di promuovere soluzioni definitive ed organiche a favore del vasto bacino d'utenza presente nel territorio;
- 2) arredi ed attrezzature del nuovo ospedale di La Spezia per un costo complessivo di L. 26.000.000.000 (di cui L. 24.700.000.000 a carico dello stato, L. 1.300.000.000 a carico della regione): intervento già inserito nel primo Accordo e per il quale non era stato previsto il finanziamento degli arredi;
- 3) arredi ed attrezzature del nuovo ospedale di Rapallo per un costo complessivo di L. 11.500.000.000 (di cui L. 10.925.000.000 a carico dello stato, L. 575.000.000 a carico della regione): intervento già inserito nel primo Accordo e per il quale non era stato previsto il finanziamento degli arredi;
- 4) nuova camera iperbarica presso l'ospedale S. Martino per un costo complessivo di L. 3.600.000.316 (di cui L. 3.420.000.300 a carico dello stato, L. 180.000.016 a carico della regione): intervento ritenuto urgente per carenza nell'area genovese di tale tecnologia

Il costo complessivo dell'Accordo Integrativo ammontava a L. 123.100.000.316 di cui:

- L. 77.045.000.300 (95%) a carico del finanziamento statale (quota parte dell'assegnazione del CIPE),
- L. 4.055.000.016 (5%) a carico del bilancio regionale,
- L. 42.000.000.000 di cofinanziamento a carico delle Aziende.

- Secondo Accordo di Programma sottoscritto il 1 settembre 2004 -

Il Consiglio regionale, con deliberazione n. 69/2002, aveva dato avvio alle procedure per la sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma con il Governo ed aveva approvato:

- gli obiettivi regionali di carattere programmatico per la cui realizzazione le Aziende sanitarie ed ospedaliere dovevano predisporre specifici programmi di investimento al fine di rendere possibile la sottoscrizione dell'Accordo di Programma sugli investimenti in sanità ex articolo 20 legge n. 67/88,
- il riparto delle risorse ancora disponibili all'interno del programma di investimenti ex art. 20 (quota residuale di L. 198.507.999,70, pari ad € 102.520.825,97, di cui all'assegnazione della deliberazione CIPE del 6 maggio 1998), adottando, tra l'altro, il criterio di privilegiare gli investimenti sulla funzione territoriale (52%) rispetto a quella ospedaliera (48%).

In detta deliberazione consiliare veniva altresì disposto:

- che con successivo atto il Consiglio avrebbe provveduto all'approvazione dell'elenco degli interventi di attuazione della citata manovra,
- che detto elenco sarebbe stato formulato sulla base delle indicazioni che le Aziende sanitarie e ospedaliere avrebbero predisposto coerentemente con gli obiettivi generali di carattere programmatico approvati dal Consiglio e in continuità con la manovra complessiva già avviata con l'Accordo di Programma sottoscritto nell'anno 2000 indicando per ogni opera la priorità e la categoria di cantierabilità.

Successivamente il Consiglio regionale, sulla base degli indirizzi di cui alla citata dCr 69/2002, con deliberazione n. 21 del 1 luglio 2003, ha approvato il programma degli interventi precisandone, per ciascuno:

- l'articolazione finanziaria distribuita negli anni 2003-2004-2005,
- l'ordine di priorità e l'anno di cantierabilità,
- la coerenza con gli obiettivi generali di carattere programmatico approvati dal Consiglio regionale.

Il programma era costituito da 86 interventi per un costo superiore all'effettiva disponibilità finanziaria in quanto erano stati previsti degli interventi di riserva, inseriti con bassa priorità, eventualmente da sostituire con altri interventi nel caso in cui fossero sorti dei problemi di cantierabilità.

Sulla base della citata programmazione la Regione Liguria, individuando, secondo gli indirizzi ministeriali, gli interventi cantierabili entro l'anno 2004 (interventi di cui alla dCr 21/2003 cantierabili negli anni 2003-2004), ha sottoscritto con il Ministero della sanità, in data 01 settembre 2004, l'Accordo di Programma, per il finanziamento e la realizzazione di 62 interventi nel settore investimenti in sanità, per un costo complessivo di € 86.700.677,42 (L. 167.875.920.668), di cui:

- € 77.793.099,85 (L. 150.628.445.446) (95%) a carico del finanziamento statale (quota parte dell'assegnazione del CIPE),
- € 4.094.373,67 (L. 7.927.812.906) (5%) a carico del bilancio regionale,
- € 4.813.203,90 (L. 9.319.662.316) di cofinanziamento a carico delle Aziende.

I 62 interventi erano destinati a migliorare le strutture ospedaliere e territoriali e le tecnologie necessarie al loro funzionamento:

- n. 36 interventi distribuiti nelle diverse strutture ospedaliere regionali, per un costo totale di € 50.827.872,73,
- n. 12 interventi finalizzati al miglioramento e all'incremento delle strutture territoriali, per un costo totale di € 6.352.995,66,
- n. 14 interventi finalizzati al rinnovo del parco tecnologico, per un costo totale di € 29.519.809,03.

I 62 interventi erano distribuiti tra le diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del territorio regionale secondo il seguente prospetto riepilogativo:

Azienda	Numero interventi	Importo complessivo
A.S.L. 1 Imperiese	8	€ 10.936.030,00
A.S.L. 2 Savonese	14	€ 11.180.004,74
A.S.L. 3 Genovese	13	€ 10.361.322,16
A.S.L. 4 Chiavarese	7	€ 5.133.581,59
A.S.L. 5 Spezzino	7	€ 5.214.271,01
A. O. S. Martino (Genova)	4	€ 22.930.411,78
O. S. Corona (Pietra Ligure, Sv)	4	€ 4.726.870,00
A. O. Villa Scassi (Genova)	1	€ 8.800.000,01
E. O. Ospedali Galliera (Genova)	4	€ 7.418.186,13
T O T A L E	62	€ 86.700.677,42

1.5 RIEPILOGO DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DELL'INTERO PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI ARTICOLO 20

Il programma pluriennale di investimento che la Regione Liguria ha promosso, a seguito dell'autorizzazione di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 11 marzo 1988, 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.

Prescindendo dagli importi investiti, riepilogati nelle tabelle che seguono, vanno ricordati i principali obiettivi che, dal punto di vista programmatico, hanno caratterizzato i diversi momenti attuativi dell'intero programma di investimenti che sono stati nei punti precedenti illustrati.

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, anche nel rispetto degli standard previsti dall'art. 1 della legge 18 luglio 1996 n.382 e successive modificazioni e dall'art. 1, comma 1 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 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 i 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 di cui al DPR 14 gennaio 1997;
- adeguare le strutture e le tecnologie 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 di cui al DPR 14 gennaio 1997 ed aumento del livello tecnologico;
- potenziamento della rete delle strutture territoriali.

Il terzo Accordo di Programma, oggetto del presente Documento Programmatico, costituisce, come verrà rappresentato nei paragrafi che seguono, il completamento dell'Accordo di Programma sottoscritto l'anno 2004 e 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.

Sono stati individuati tre ordini di obiettivi, generali, specifici e operativi da raggiungere mediante l'attuazione degli interventi programmati. Detti obiettivi non sono altro che quelli proposti nel Documento Programmatico di cui all'Accordo di Programma sottoscritto dalla Regione Liguria nell'anno 2004, aggiornati alle nuove esigenze programmatiche in particolare, come verrà ampiamente illustrato nei capitoli che seguono, all'Accordo che la regione ha sottoscritto, in data 6 marzo 2007, con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 243 del 9 marzo 2007.

2. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E REGIONALE

2.1 NORMATIVA NAZIONALE

Legge n. 67/1988

L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, 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 34.000 miliardi di lire.

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

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, 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'articolo 20 della citata legge n. 67/88.

D. P. R. 27/3/92

Completamento della rete di emergenza e potenziamento delle unità spinali.

L. n. 109/1994 e s. m. e i.

Disciplina, insieme al Regolamento attuativo (D. P. R. n. 554/1999), la materia dei lavori pubblici in Italia, in armonia con le direttive europee.

D. Lgs. n. 626/94

Disciplina l'adeguamento delle strutture alla normativa sulla sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro.

L. n. 24 del 05.05.1994

Sistema di emergenza sanitaria.

L. n. 382/96

Disciplina l'adeguamento agli standard dell'offerta e i criteri di ristrutturazione della rete ospedaliera e di dipartimentalizzazione interna.

L. n. 662/96

Introduce misure per la riduzione dei posti letto in strutture sotto utilizzate e per l'incremento dell'assistenza diurna.

D. P. R. del 14/01/1997

E' l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

D.P.R. del 21/12/1999 n. 554

Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici, ai sensi dell'art. 3 della legge 11 febbraio 1994, n. 109, e successive modificazioni.

D. Lgs. n. 430/1997 modificato dalla L. n. 144/1999

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 ha trasferito ai Ministeri

competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuiti al Comitato interministeriale per la programmazione economica.

D.M. del 19 aprile 2000 n. 145

Nuovo capitolato generale d'appalto dei lavori pubblici.

D. P. R. del 23/05/2003

Approva il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 modificato da D. Lgs n. 6/2007 e 113/2007

Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture

Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005

Intesa Stato – Regioni del 05.10.2006

Avente ad oggetto il Nuovo Patto sulla salute.

L. n. 296 del 27.12.2006

Legge finanziaria 2007 (in particolare l'art. 1, comma 796, lett. b).

D.L. n. 159/2007

Collegato alla finanziaria 2008 (in particolare l'art. 4)

2.2 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 il Nucleo regionale di valutazione degli investimenti in sanità).

Deliberazione del Consiglio Regionale n. 40 del 27/06/1997

Approva la Riorganizzazione della Rete Ospedaliera. Attualmente, il Consiglio regionale ne sta effettuando la revisione, sulla base di una proposta di Giunta.

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 del Consiglio Regionale n. 8 del 25/05/2000

Approva il Piano Sanitario Regionale.

Deliberazione del Consiglio Regionale n. 21 del 01/07/2003

Approva l'elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma per gli investimenti ex articolo 20 L. n. 67/88 ultima tranche (anni 2003-2005).

Deliberazione del Consiglio Regionale n. 3 del 20/07/2004

Approva il Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005.

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.

Accordo sottoscritto il 06.03.2007 da Regione Liguria e Ministeri salute ed economia/finanze

Relativo al Piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario (approvato con DGR n. 243 del 09.03.2007).

Deliberazione della Giunta regionale n. 763/2007

Approva il documento di " 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 – Legge regionale 67/88: aggiornamento 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 2007/20010 ai sensi della legge regionale n. 12/2006.

Deliberazione della Giunta di proposta al Consiglio n. 46 del 16.11.2007

Approvazione dello stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende sanitarie (detta proposta è attualmente all'esame della competente commissione consiliare).

3 L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DI INVESTIMENTI IN SANITA'

3.1 PRIMO TRIENNIO

Il primo triennio del programma previsto dall'art. 20 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/integrato dalla deliberazione consiliare n. 80 del 20 settembre 1994.

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

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	158.403.776,84	8.337.038,21	23.918.935,70	190.659.750,75
Erogato	152.058.472,35	7.945.932,52	20.187.750,98	180.192.155,85
Da erogare	6.345.304,49	391.105,69	3.731.184,72	10.467.594,90

Il programma del primo triennio prevedeva il finanziamento di n. 44 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, dell'altro è stato approvato il progetto esecutivo, è stato ammesso a finanziamento, è stato aggiudicato ed i lavori sono in corso.

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

- 1) "Ristrutturazione e messa a norma dell'Ospedale Celesia di Genova Rivarolo" dell'A.S.L. 3 Genovese: all'attualità tale intervento è in corso di ultimazione, i ritardi sono stati causati da numerosi cambiamenti della ragione sociale dell'impresa aggiudicataria dell'appalto che ha portato l'Azienda alla rescissione del contratto ed alla stipula di uno nuovo. All'attualità i lavori sono in corso di ultimazione.
- 2) "Realizzazione RSA anziani nell'area del P.O. Santa Caterina di Sarzana": A seguito della rescissione del contratto con l'impresa aggiudicataria dei lavori di realizzazione della RSA, l'Azienda ha rivisto l'originario progetto ed ha programmato di realizzare un nuovo edificio (denominato A1) in aderenza all'ospedale, prevedendo le seguenti destinazioni: p. t. mensa aziendale dell'ospedale e smistamento pasti veicolati, p. 1° reparto degenziale ed ambulatoriale, p. 2° e 3° RSA di 40 posti letto, p. 4° hospice. Il progetto preliminare, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 818 del 29.07.2004, è stato ammesso a finanziamento con decreto dirigenziale del Ministero della salute del 19.11.2004. Tale progetto prevedeva l'utilizzo del finanziamento di € 310.712,17 assegnato dal CIPE con deliberazione n.63/1999 a valere sul programma anticipazione anno 1998, per l'intervento previsto all'ospedale Felettino relativo ai collegamenti dei reparti esistenti ai costruendi vani scale per vie di fuga, intervento non più realizzato in quanto ricompreso nell'intervento di costruzione del nuovo ospedale di La Spezia. La nuova direzione aziendale ha abbandonato la soluzione di realizzare l'opera con il sistema della concessione di costruzione e gestione ed ha optato per l'appalto tradizionale. L'Azienda ha rifatto il progetto che prevede la costruzione di un

edificio, nell'area ospedaliera, da destinare esclusivamente ad RSA. La copertura della spesa è garantita in parte con il finanziamento programma ex art. 20 ed in parte con un finanziamento regionale assegnato con deliberazione di Giunta n. 1749 del 15.12.2006. All'attualità il progetto è in corso di redazione.

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del primo triennio:

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
Realizzazione RSA e territoriali	18	17	-	-	16	16
Completamento Ospedali	4	4	-	-	4	4
Opere ospedaliere Maggiori	9	9	-	-	9	9
Opere ospedaliere Minori	9	9	2	-	7	7
Potenziamento tecnologico	6	6	-	-	6	6
T O T A L E	46	45	2	-	42	42

3.2 ACCONTO ANNO 1998

E' relativo ad una manovra finanziaria limitata, per mancanza della disponibilità in sede centrale dei fondi ex art. 20, all'anno 1998. Gli interventi finanziati con la somma messa a disposizione dal Governo nel 1998, sono stati individuati nel programma degli investimenti che la Regione Liguria ha approvato con deliberazione consiliare n. 65 del 28 ottobre 1997.

Il finanziamento acconto 1998 vede il finanziamento di due categorie di opere: il completamento e adeguamento alle norme di sicurezza, il materno-infantile.

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

Completamento di opere e adeguamento norme di sicurezza

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	27.824.484,13	1.477.394,14	259.448,70	29.561.326,97
Erogato	25.274.788,02	1.307.707,78	683.541,14	27.266.036,94
Da erogare	2.549.696,11	169.686,36	0,00	2.719.382,47

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	179.668,50	145.226,09	3.935.909,39
Da erogare	998,00 (*)	10.437,44 (°)	414.914,38	426.349,82

(*) Importo derivante da una economia di appalto che, considerato la cifra limitata, non verrà utilizzato.
 (°) Importo relativo ad un intervento ultimato ed in esercizio per il quale l'Azienda ha in corso la trasmissione della rendicontazione finale.

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

1. n. 30 relativi ai completamenti ed adeguamento normativa di sicurezza: all'attualità due interventi risultano in corso di ultimazione (uno dell'ASL1 ed uno dell'ASL 3), un altro (dell'ASL 5) è relativo ad una nuova riassegnazione ed i lavori devono essere ancora affidati, un quarto (dell'ASL 5) ridestinato alla costruzione della RSA di Sarzana (vedi il precedente paragrafo 3.1);
2. 8 interventi relativi al materno infantile tutti conclusi ed in esercizio.

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

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
Completamento di opere già avviate	6	6	-	-	6	5
Adeguamento impiantistico alle norme di sicurezza e prevenzione incendi	24	24	4	-	20	19
Ristrutturazione zone travaglio e parto di ospedali	2	2	-	-	2	2
Ristrutturazione di Sedi consultoriali	6	6	-	-	6	6
T O T A L E	38	38	4	-	34	32

3.3 PRIMO ACCORDO DI PROGRAMMA (sottoscritto il 27.07.2000 ed integrato il 23.05.2002)

La Regione Liguria ha sottoscritto con i Ministeri competenti il primo Accordo di Programma in data 27.07.2000. Gli interventi inseriti nel citato Accordo riguardavano 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.

Successivamente il citato Accordo in data 23 maggio '02 è stato integrato a seguito dell'inserimento a finanziamento di quattro interventi ritenuti urgenti, ed esattamente:

- il nuovo ospedale di Albenga,
- arredi ed attrezzature del nuovo ospedale di La Spezia,
- arredi ed attrezzature del nuovo ospedale di Rapallo,
- nuova camera iperbarica presso l'ospedale S. Martino.

Inizialmente l'Accordo di Programma prevedeva 156 interventi (152 Accordo + 4 Accordo integrativo), nel corso di attuazione del programma l'Accordo è stato oggetto di riallineamenti dovuti ad esigenze programmatiche nel frattempo emerse che hanno comportato una riduzione degli interventi a 141.

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

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	207.696.638,55	10.933.356,41	126.649.492,42	345.279.487,38
Erogato	150.120.141,52	10.588.316,50	22.826.162,80	183.534.620,82
Da erogare	57.576.497,03	345.039,91	103.823.329,62	161.744.866,56

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2000, anno in cui è stato stipulato l'Accordo di Programma:

Anno	Stato	Regione	Altri	Totale
2000	0,00	1.816.585,49	0,00	1.816.585,49
2001	2.131.210,06	5.821.089,00	0,00	7.952.299,06
2002	10.427.414,71	2.794.589,60	0,00	13.222.004,31
2003	36.174.219,80	154.735,65	689.783,54	37.018.738,99
2004	38.105.477,66	0,00	858.539,64	38.964.017,30
2005	30.471.310,62	1.316,76	407.169,98	30.879.797,36
2006	22.876.758,47	0,00	8.100.687,40	30.977.445,87
2007	9.933.750,20	0,00	12.769.982,24	22.703.732,44
T o t a l e	150.120.141,52	10.588.316,50	22.826.162,80	183.534.620,82

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

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
RSA	7	7 (*)	1	0	5	5
Realizzazioni/ristr. Strutture territoriali	6	6	0	0	6	6
Ristrutturazione Reparti ospedalieri	54	54	3	0	51	47
Costruzione nuovi ospedali	5 (°)	5	3	0	0	0
Adeguamento a normativa	48	48	1	0	47	45
Rinnovo parco tecnologico	21	21	2	0	19	18
T O T A L E	141	141	10	0	128	121

(*) Dato comprensivo dell'intervento Cod200/3/D relativo all'acquisto di arredi e attrezzature della RSA di Arenano, che verrà revocato in quanto non è stato aggiudicato entro i termini stabiliti.

(°) Sono riferiti non al numero degli ospedali ma al numero degli interventi: tre interventi nuovi ospedali e due interventi relativi agli arredi ed attrezzature di due dei tre ospedali.

Dalla lettura delle tabelle di cui sopra risulta che:

1. Per quanto riguarda l'aspetto finanziario: il programma del costo previsto complessivo di € 345.279.487,38 risulta finanziato per circa il 37% da fondi diversi articolo 20 (bilancio aziendale, proventi di alienazioni patrimoniali, fondi regionali, privati). Il finanziamento statale è stato erogato in misura del 72% che risulta una buona percentuale in considerazione che nella percentuale non erogata è compreso il finanziamento del nuovo ospedale di La Spezia i cui lavori, per i noti problemi, non sono iniziati. Per quanto riguarda la quota relativa ad altri finanziamenti da erogare è da evidenziare che nella stessa sono comprese : la quota per la costruzione dell'ospedale di La Spezia, la quota per la costruzione dell'ospedale di Rapallo in corso di utilizzo (per esaurimento di quella di cui all'art. 20), la quota per la costruzione dell'ospedale di Albenga in corso di utilizzo (per esaurimento di quella di cui all'art. 20).
2. Per quanto riguarda lo stato di realizzazione: si ritiene evidenziare che a fronte di 141 interventi avviati 128 si sono conclusi (pari al 91%) e 121 sono già in esercizio (pari al 86%).

L'unico intervento dell'Accordo di Programma che ad oggi non trova ancora definizione è la costruzione del nuovo ospedale di La Spezia. Detta opera è stata appaltata con il sistema di concessione di costruzione e gestione. Il contenzioso avviato da una ditta esclusa ha comportato, prima in sede T.A.R. ed in seguito presso il Consiglio di Stato, l'accoglimento della richiesta delle ditte escluse, relativamente alla nomina del Presidente della Commissione giudicatrice delle offerte, con caducazione degli atti successivi. A seguito di tale sentenza l'A.S.L., effettuate le opportune verifiche tecnico-giuridiche, con deliberazione n. 873 del 9.10.2006 ha ritenuto di:

- non procedere alla nomina di una nuova Commissione giudicatrice mantenendo ferme le offerte presentate,
- non procedere ad una nuova gara con il progetto originario in quanto ha valutato che non esistevano le condizioni economiche-finanziarie sufficienti,
- rivedere il progetto originario in quanto presentano della criticità.

All'attualità, alla luce di quanto deliberato, l'Azienda ha in corso la predisposizione di uno studio di fattibilità necessario ad individuare una nuova soluzione progettuale che tenga conto, soprattutto per l'aspetto economico, del costo complessivo riferito esclusivamente del al finanziamento disponibile in quanto l'intenzione è quella di procedere con un appalto tradizionale.

3.4 SECONDO ACCORDO DI PROGRAMMA (sottoscritto il 01.09.2004)

Il secondo Accordo di Programma la Regione Liguria lo ha stipulato con i Ministeri competenti in data 1 settembre 2004. Gli interventi inseriti in detto Accordo riguardavano la programmazione sanitaria sugli investimenti approvata dal consiglio regionale con deliberazione n. 69/2002 aggiornata con deliberazione n.21/2003.

Inizialmente l'Accordo di Programma prevedeva 62 interventi, nel corso di attuazione del programma l'Accordo è stato oggetto di riallineamento dovuto ad esigenze programmatiche nel frattempo emerse che hanno comportato una riduzione degli interventi a 61.

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

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	77.793.099,85	4.094.373,67	10.688.659,90	92.576.133,42
Erogato	41.302.553,67	4.094.373,67	654.389,59	46.051.316,93
Da erogare	36.490.546,18	0,00	10.034.270,31	46.524.816,49

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2005, anno in cui si è dato avvio all'Accordo:

Anno	Stato	Regione	Altri	Totale
2005	4.539.266,10	4.094.373,67	0,00	8.633.639,77
2006	21.132.992,03	0,00	285.391,77	21.418.383,80
2007	15.630.295,54	0,00	368.997,82	15.999.293,36
T O T A L E	41.302.553,67	4.094.373,67	654.389,59	46.051.316,93

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

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
RSA	3	3	3	0	0	0
Realizzazioni/ristr. Strutture territoriali	9	9	6	0	3	3
Ristrutturazione Reparti ospedalieri	25	25	21	0	4	4
Costruzione nuovi ospedali	0	0	0	0	0	0
Adeguamento a normativa	8	7 (*)	7	0	0	0
Rinnovo parco tecnologico	16	16	7	0	9	6
T O T A L E	61	60	44	0	16	13

Dalla lettura dei dati di cui alle tabelle sopra rappresentate risulta che:

1. Per quanto riguarda l'aspetto finanziario: a valere sul finanziamento statale di complessivi € 77.793.099,85 nel corso degli anni 2005-2006-2007, sono stati erogati € 41.302.553,67 pari al 53%, mentre a valere sulla quota regionale è stata erogata l'intero importo disponibile.
2. Per quanto riguarda lo stato di realizzazione del programma risulta che i 61 interventi previsti sono stati ammessi tutti a finanziamento ad esclusione di un intervento che è stato revocato per mancato rispetto dei termini di richiesta di ammissione al finanziamento (il relativo finanziamento è stato reinserito nel Programma in argomento); dei 61 interventi avviati 16 si sono già conclusi e 13 risultano in esercizio. All'attualità non risultano criticità.

3.5 PROGRAMMA DI AMMODERNAMENTO PARCO TECNOLOGICO

In concomitanza all'attuazione del programma ex art. 20 della legge n.67/88, e ad integrazione dello stesso, il Consiglio regionale 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 prevedeva la realizzazione di 182 interventi che, a seguito di diversi riallineamenti dovuti a soddisfare esigenze sopravvenute, sono diventati 330.

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

FINANZIAMENTO	REGIONE	ALTRO (FSR)	TOTALE
Previsto	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Erogato	15.017.582,54	1.895.646,43	16.913.228,97
Da erogare	476.124,43	0,00	476.124,43

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2000, anno in cui si è dato avvio al programma:

Anno	Regione	Altro (FSR)	Totale
2000	1.129.225,15	514.067,62	1.643.292,77
2001	3.546.903,24	577.194,25	4.124.097,49
2002	1.427.488,80	92.331,91	1.519.820,71
2003	2.172.329,72	92.894,91	2.265.224,63
2004	2.811.581,47	484.037,87	3.295.619,33
2005	1.491.112,12	135.119,87	1.626.231,99
2006	2.347.288,91	0,00	2.347.288,91
2007	91.653,13	0,00	91.653,13
T o t a l e	15.017.582,54	1.895.646,43	16.913.228,97

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

TIPOLOGIA OPERE	NUMERO INTERVENTI PREVISTI	N° INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N° INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N° INTERVENTI CONCLUSI	N° INTERVENTI IN ESERCIZIO
Riunito odontoiatrico	14	0	0	14	14
Elettrocardiografi	7	0	0	7	7
Mammografi	4	0	0	4	4
Ecografi	19	0	0	19	19
Tomografi	5	0	0	5	5
RMN	1	0	0	1	1
Acceleratore Lineare	1	0	0	1	1
Attrezzature Minori	279	0	0	279	279
T O T A L E	330	0	0	330	330

Il programma di potenziamento del parco tecnologico si è concluso, cioè tutti gli interventi finanziati risultano in esercizio. Contabilmente risulta ancora da liquidare una quota complessiva di € 476.124,43 relativa a due interventi per i quali le Aziende beneficiarie hanno in corso la definizione dei giustificativi di spesa.

3.6 POTENZIAMENTO STRUTTURE DI RADIOTERAPIA

Ai sensi della Legge 23 dicembre 1999, n. 488 art. 28 comma 12, la Giunta regionale, con provvedimento n. 502 del 4 maggio 2001, ha approvato il programma di potenziamento delle strutture di radioterapia assegnando a tre Aziende il finanziamento complessivo di € 493.852,13, successivamente integrato con l'importo di € 25.992,22 a valere sul bilancio regionale.

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

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, non se ne prevede l'utilizzo.

3.7 PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE E LA 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. Lo Stato ha suddiviso detto importo in due quote in funzione alla modalità di erogazione:

- una pari ad € 11.665.737,69 mediante accredito diretto alla tesoreria regionale,
- l'altra pari ad € 21.904.008,16 mediante contrazione di mutui con la quota di ammortamento a carico dello Stato.

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. Filettino, 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:

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 al 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: la 1^a fase dell'arbitrato si è conclusa con l'Azienda soccombente; ad oggi non è possibile prevedere l'utilizzo dell'importo di € 413.915,62 in quanto l'Azienda ha accantonato tale somma per fare fronte alle spese che eventualmente sorgeranno in caso di esito sfavorevole del contenzioso.
- Ospedale Galliera (GE): l'Ente ha rescisso il contratto con il concessionario e con l'impresa appaltatrice. Il Ministero della Salute con nota 8102 del 14/06/2003 ha espresso parere favorevole alla proposta dell'Ente di utilizzare il finanziamento assegnato per la costruzione di un nuovo reparto di malattie infettive nell'ambito del più generale progetto di realizzazione di una nuova struttura ospedaliera. In considerazione che è in corso di predisposizione lo studio di fattibilità del "Nuovo Ospedale" i cui tempi di redazione, alla luce della complessità dell'opera, non si prevedono a breve termine, l'Ente ha deciso di utilizzare il finanziamento per ristrutturare l'attuale padiglione di malattie infettive ed adeguarlo alle norme di

prevenzione incendi. L'Ente ha approvato con provvedimento n. 1124 del 15.12.2006 lo studio di fattibilità della nuova proposta. Il Ministero della salute con Decreto Direttoriale del 02.10.2007 ha approvato il nuovo programma riassegnando il finanziamento originario. All'attualità è in corso la redazione del progetto esecutivo.

- 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.

Per quanto riguarda il completamento del padiglione AIDS lo stesso era previsto nel progetto di costruzione del nuovo ospedale di La Spezia che attualmente è in corso di rivisitazione (vedere paragrafo 3.3).

3.8 PROGRAMMA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE PER L'ATTIVITA' 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. Successivamente detto programma è stato aggiornato/integrato e gli interventi previsti sono 18.

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

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	39.210.377,35	2.063.704,10	4.745.602,92	46.019.684,37
Erogato	6.437.598,65	1.051.450,99	319.210,27	7.808.259,91
Da erogare	32.772.778,70	1.012.253,11	4.426.392,65	38.211.424,46

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2003, anno in cui è stato avviato il programma:

Anno	Stato	Regione	Altri	Totale
2003	0,00	63.524,20	0,00	63.524,20
2004	0,00	588.648,69	0,00	588.648,69
2005	1.400.954,94	176.837,41	0,00	1.577.792,35
2006	2.929.790,27	63.273,21	319.210,27	3.312.273,75
2007	2.106.853,44	159.167,48	0,00	2.266.020,92
T o t a l e	6.437.598,65	1.051.450,99	319.210,27	7.808.259,91

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del programma:

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	9	7	7	0	0	0
Nuova costruzione	4	1	1	0	0	0
Rinnovo parco tecnologico	5	4	2	0	0	2
T O T A L E	18	12	10	0	0	2

3.9 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 sei per un costo complessivo di € 8.501.747,55.

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

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	8.331.965,61	169.781,94	8.501.747,55
Erogato	2.814.949,83	77.468,53	2.892.418,36
Da erogare	5.517.015,78	92.313,41	5.609.329,19

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2001, anno in cui è stato avviato il programma:

Anno	Stato	Altri	Totale
2001	135.499,91	0,00	135.499,91
2002	0,00	0,00	0,00
2003	123.724,82	0,00	123.724,82
2004	1.009.550,77	0,00	1.009.550,77
2005	165.000,00	77.468,53	241.468,53
2006	420.512,87	0,00	420.512,87
2007	960.661,46	0,00	960.661,46
Totale	2.814.949,83	77.468,53	2.892.418,36

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del Programma:

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	2	2	0	0	0	2
Ristrutturazione Reparti ospedalieri	2	2	2	0	0	0
Nuove costruzioni	2	0	0	0	0	0
TOTALE	6	4	2	0	0	2

3.10 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 € 86.045.677,80.

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

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	86.107.677,80	47.217.202,04	133.324.879,84
Erogato	40.919.025,24	0,00	40.919.025,24
Da erogare	45.188.652,56	47.217.202,04	92.405.854,60

Nella successiva tabella viene indicato, nel dettaglio, l'utilizzo dei finanziamenti a partire dal 2000, anno in cui è stato avviato il programma:

Anno	Stato	Altri	Totale
2000	0,00	0,00	0,00
2001	0,00	0,00	135.499,91
2002	4.302.293,99	0,00	0,00
2003	20.910.237,56	0,00	123.724,82
2004	9.929.826,96	0,00	1.009.550,77
2005	3.484.000,00	0,00	241.468,53
2006	1.126.666,73	0,00	420.512,87
2007	1.175.000,00	0,00	960.661,46
T o t a l e	40.919.025,24	0,00	2.892.418,36

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 (vedi paragrafo 6.3).

3.11 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	27.824.484,13	1.477.394,14	259.448,70	29.561.326,97
1° Accordo di Programma	207.696.638,55	10.933.356,41	126.649.492,42	345.279.487,38
2° Accordo di Programma	77.793.099,85	4.094.373,67	10.688.659,90	92.576.133,42
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	39.210.377,35	2.063.704,10	4.745.602,92	46.019.684,37
Hospice	8.331.965,61	0,00	169.781,94	8.501.747,55
Area Metro-politana	86.107.677,80	0,00	47.217.202,04	133.324.879,84
Accordo da sottoscrivere	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79
T O T A L E	695.294.552,46	45.365.720,16	226.898.379,05	967.558.651,67

4. LA CORRELAZIONE DEL PROGRAMMA INVESTIMENTI ANNO 2007 CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Il programma articolo 20 L. 67/88, per l'anno 2007, si pone in attuazione degli obiettivi programmatici del Piano Socio Sanitario Regionale, la cui proposta di revisione è attualmente all'esame del Consiglio.

Tale Piano contiene anche le linee di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza regionale ed è coerente con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale.

4.1 LE PRINCIPALI LINEE DI INTERVENTO DEFINITE DAL PSR 2003-2005

Forte valorizzazione delle attività di prevenzione, che devono rappresentare uno dei cardini dell'organizzazione sanitaria e devono essere inserite 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.

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.

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.

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.

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).

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

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.

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

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.

4.2 IL PIANO DI RIENTRO DAL DISAVANZO E DI RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

La Regione Liguria in data 6 marzo 2007 ha sottoscritto con i Ministeri della salute e dell'economia, un Accordo, con allegato il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, approvato con deliberazione giunta n. 243 del 9 marzo 2007.

Tale Accordo individua degli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo. La Regione con detto Accordo si è impegnata, in particolare, ad attuare le misure contenute nel Piano di rientro di seguito sintetizzate:

- 1) 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;
- 2) 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.

L'art. 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, dispone che le Regioni adeguino le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, prevedendo uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una variazione compatibile che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni.

L'obiettivo per la Regione Liguria da raggiungere sulla base delle indicazioni sopra esplicitate sono il 4,68 posti letto per 1000 abitanti complessivo, di cui:

- 3,78 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di acuti,
- 0,9 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di riabilitazione.

Con deliberazione n.29 del 8 agosto 2006, il Consiglio regionale ha 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 comporta una riduzione di 385 posti letto per acuti a cui si deve aggiungere 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 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.

4.3 AGGIORNAMENTO STRALCIO DEL PIANO SOCIOSANITARIO RELATIVO ALLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA

Con provvedimento n. 46 la Giunta regionale, nella seduta del 16.11.2007, ha deliberato la proposta al Consiglio regionale avente ad oggetto *"Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende sanitarie"*.

La proposta del piano di organizzazione della rete ospedaliera, che all'attualità è all'esame della competente commissione consiliare prima di essere presentata in Consiglio, costituisce presupposto fondamentale ed adempimento obbligatorio per il raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro sopra citato di cui all'accordo sottoscritto il 6 marzo '07 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Con il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera si raggiungono gli obiettivi previsti dalla normativa nazionale in relazione al numero dei posti letto per acuti di 3,78 per 1000 abitanti e dei posti per la riabilitazione di 0,90 per 1000 abitanti, senza ridurre i posti letto di degenza ordinaria ma agendo solo sulla trasformazione delle prestazioni in day hospital in pacchetti ambulatoriali complessi che non modificano l'assistenza. Nella riorganizzazione è stato tenuto conto della tendenziale crescita del numero di ricoveri negli ospedali, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, un fenomeno che si presume continuerà nei

prossimi anni. E' stato, inoltre, tenuto conto anche delle istanze provenienti dalle conferenze dei sindaci che hanno manifestato le difficoltà per le popolazioni locali di accettare il ridimensionamento delle strutture ospedaliere che rappresentano un punto di riferimento per il territorio, in un momento in cui il processo di potenziamento dell'assistenza territoriale è in corso di attuazione.

Quando il potenziamento dell'assistenza territoriale sarà completato, e verranno attivati i servizi di riabilitazione, di residenzialità per anziani e disabili, cure domiciliari e la realizzazione di case della salute, sarà possibile procedere ad una modifica dell'atteggiamento culturale che ancora individua negli ospedali la risposta ai bisogni della popolazione anziché riconoscere che a questa funzione andrebbe assegnata la soluzione dei problemi per i periodi di acuzie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevede anche che le strutture vengano raggruppate in presidi ospedalieri organizzati anche su più stabilimenti, ma funzionalmente integrati sotto un'unica realtà che organizza le differenti funzioni.

La riorganizzazione interessa anche gli aspetti istituzionali e le trasformazioni e prevede il superamento di alcune aziende ospedaliere attraverso la loro integrazione in aziende sanitarie.

5. LA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO STRALCIO DEL PIANO SOCIO SANITARIO RELATIVO ALLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA (Deliberazione della Giunta regionale n. 46 del 16.11.07 di proposta al Consiglio)

5.1 L'EVOLUZIONE DELLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA LIGURE E SITUAZIONE ATTUALE

Già da alcuni anni la rete ospedaliera è interessata da interventi volti a migliorare da un lato la composizione e la dotazione organica dei posti letto e dall'altro la qualità e l'appropriatezza erogativa delle prestazioni. Tale progressivo miglioramento ha avuto un'accelerazione anche a seguito degli interventi di attuazione della 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 come risulta dalle tabelle 1-2-3-4-5, avvicinandosi ai parametri nazionali vigenti;
- ◆ i ricoveri ordinari per acuti sono correlati a un'attività sempre più rivolta verso la medio-alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa. Questo andamento è evidenziato soprattutto dalla riduzione dei ricoveri ordinari con contestuale abbattimento dei valori assoluti e in percentuale per le fasce 0 e 00 (prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di ricovero ordinario) come risulta dalla tabella 6;
- ◆ tale effetto è legato allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria, in particolare dei ricoveri in regime diurno e, a partire dal 2006, dei P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) come risulta dalle tabelle 7 e 8.

CONFRONTO POSTI LETTO PER ACUTI ANNI 1996 – 1999 – 2002 – 2005 – 2007

TABELLA. 1

A R E E	P O S T I L E T T O P E R A C U T I									
	1 9 9 6		1 9 9 9		2 0 0 2		2 0 0 5		A p r i l e 2 0 0 7	
	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds	d.o.	dh/ds
PONENTE	2.398	154	2.016	195	1.842	208	1.599	244	1.485	266
METROPO- LITANA	5.320	431	4.354	443	3.744	515	3.215	627	2.824	589
LEVANTE	1.332	92	1.197	115	1.209	132	1.022	162	912	163
TOTALE REGIONALE	9.050	677	7.567	753	6.795	855	5.836	1.033	5.221	1.018

TABELLA. 2

A R E A	TOT. P.L. ACUTI 1996	TOT. P.L. ACUTI 1999	TOT. P.L. ACUTI 2002	TOT. P.L. ACUTI 2005	TOT. P.L. ACUTI 2007	SCOSTAMENTO 1996/2007		SCOSTAMENTO 1999/2007		SCOSTAMENTO 2002/2007		SCOSTAMENTO 2005/2007	
						Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
PONENTE	2.552	2.211	2.050	1.843	1.751	-801	-31,39	-460	-20,81	-299	-14,58	-92	-4,99
METROPO- LITANA	5.751	4.497	4.259	3.842	3.413	-2.338	-38,91	-1.084	-24,10	-846	-19,86	-429	-11,17
LEVANTE	1.424	1.312	1.341	1.184	1.075	-349	-24,51	-237	-18,06	-266	-19,86	-109	-9,21
Tot. REGIONE	9.727	8.020	7.650	6.869	6.239	-3.488	-35,86	-1.781	-22,21	-1.411	-18,44	-630	-9,17

CONFRONTO POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE ANNI 1996 – 1999 – 2002 – 2005 – 2007

TABELLA 3

A R E E	P O S T I L E T T O D I R I A B I L I T A Z I O N E / C U R E I N T E R M E D I E				
	ANNO 1996	ANNO 1999	ANNO 2002	ANNO 2005	ANNO 2007 (aprile)
PONENTE	74	85	102	139	224
METROPLITANA	156	67	234	256	317
LEVANTE	31	36	102	126	151
TOTALE REGIONALE	261	188	438	521	692

TABELLA 4

A R E E	SCOSTAMENTO 1996/2007		SCOSTAMENTO 1999/2007		SCOSTAMENTO 2002/2007		SCOSTAMENTO 2005/2007	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
PONENTE	150	202,70	139	163,53	122	119,61	85	61,15
METROPOLITANA	161	103,21	250	373,13	83	35,47	61	23,83
LEVANTE	120	387,10	115	319,44	49	48,04	25	19,84
TOT. REGIONE	431	165,13	504	268,08	254	57,99	171	32,82

TAB. 5 - 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	6.086	3,78	692	0,43	1.448	0,90

p.l. acuti da convertire: 153

p.l. riabilitazione da attivare: 756

TAB. 6 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE - RICOVERI ORDINARI ANNO 2006 PER CLASSE DI COMPLESSITA'

CLASSE	CASI 2006	CASI 2005	VARIAZIONI I (Valori assoluti)	VARIAZIONI %
MEDICI UN GIORNO	14.907	15.175	-268	-1,8%
CHIRURGICI UN GIORNO	4.567	4.744	-177	-3,7%
ALTA SPECIALITA (ESCLUSO IN PEDIATRIA)	3.370	3.421	-51	-1,5%
PARTO NATURALE	7.680	7.593	87	1,1%
LEA PESO <= 0.65 (FASCIA 00)	8.993	10.293	-1.300	-12,6%
LEA PESO>0.65/NOLEA PESO<=0.65(FASCIA 0)	22.591	25.585	-2.994	-11,7%
DRG PESO TRA 0.65 E 0.88 (FASCIA 1)	32.487	34.012	-1.525	-4,5%
DRG PESO TRA 0.88 E 1.361 (FASCIA 2)	51.621	52.642	-1.021	-1,9%
DRG PESO TRA 1.361 E 2.27 (FASCIA 3)	33.808	31.601	2.207	7,0%
DRG PESO > 2.27 (FASCIA 4)	12.599	12.059	540	4,5%
DRG 391 NEONATO NORMALE	8.290	7.865	425	5,4%
TOTALE	200.913	204.990	-4.077	-2,0%
PEDIATRIA ORDINARI >= 2GG	20.144	20.167	-23	-0,1%
PEDIATRIA ORDINARI < 2GG	2.630	2.860	-230	-8,0%
PEDIATRIA ALTA SPECIALITA	229	222	7	3,2%
TOTALE CASI PEDIATRICI	23.003	23.249	-246	-1,1%
TOTALE COMPLESSIVO	223.916	228.239	-4.323	-1,9%

TAB. 7 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE PER TIPO DI RICOVERO CONFRONTO ANNI 2002/2006

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

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

TAB. 8 - Raffronto SDO/PAC

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

5.2 CRITICITA' DA AFFRONTARE

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.

5.3 OBIETTIVI GENERALI PER IL PERIODO 2008/2010

Alla luce di quanto sopra rappresentato il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera individua i seguenti obiettivi generali per il periodo 2008-2010:

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 (la cui trattazione specifica verrà sviluppata al paragrafo 6):

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;

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 accorpare 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 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 dalla relativa proposta di piano, in modo da procedere all'ulteriore riconversione di posti letto per acuti verso posti letto di tipo riabilitativo (recupero e riabilitazione funzionale, cure intermedie) e raggiungere gli obiettivi posti dalla normativa nazionale secondo quanto indicato nella tabella 9;

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 conseguente alle disposizioni di cui al punto 5.4 del presente documento, fermo restando il rispetto del budget definito che è tale da garantire il rispetto degli obiettivi del piano di rientro di cui all'accordo citato del 6.3.2007;

5. avviare azioni, che più che tendere ad una riorganizzazione "imposta", (anche se razionale), accrescano la consapevolezza degli assistiti sulla evoluzione della propria domanda di salute;
6. incrementare il consolidamento dei servizi distrettuali rafforzando l'accesso alla rete, diverse gradualità di cure domiciliari e forme di sostegno alla famiglia (quali il Fondo per la non autosufficienza), individuando la residenzialità extraospedaliera come 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.

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

TAB. 9 – SVILUPPO ATTIVITA' RIABILITATIVA/CURE INTERMEDIE E CONVERSIONE/DISATTIVAZIONE POSTI LETTO PER ACUTI NEL TRIENNIO 2008 – 2010

AREE	Posti Letto riabilitazione/cure intermedie da incrementare nel triennio 2008-2010	Posti letto riabilitazione /cure intermedie (aprile 2007)	Posti letto riabilitazione/cure intermedie a regime (anno 2010)	Posti Letto per acuti da convertire/disattiva entro il 2010	Posti letto per acuti (aprile 2007)	Posti letto per acuti a regime (anno 2010)
PONENTE	273	224	497	-29	1751	1722
METROPOLITANA	334	317	651	-150	3413	3263
LEVANTE	149	151	300	26	1075	1101
TOTALE REGIONE	756	692	1.448	-153	6.239	6.086

	Popolazione 31/12/2005	Posti letto per acuti a regime (anno 2010)	Indice p.l.acuti/abitanti (obiettivo: 3,78)	Posti letto riabilitazione/cure intermedie a regime (anno 2010)	Indice p.l.riabilitazione /abitanti (obiettivo: 0,9)
TOTALE REGIONE	1.610.134	6.086	3,78	1.448	0,90

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

5.4 LE FUNZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE E DEI PRESIDI OSPEDALIERI

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 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 sono state riviste le competenze territoriali Aziendali ed è stato 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) il territorio corrispondente ai Comuni di Recco, Avegno, Camogli, Uscio, passi dalla competenza territoriale della ASL 3 a quella della ASL 4, previa acquisizione del parere favorevole delle Conferenze dei Sindaci delle Aziende interessate;
- d) 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 Arenzano;

- 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.

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

La configurazione della rete ospedaliera ligure nelle tre aree ottimali e nei presidi ospedalieri come sopra individuati e rappresentati nella tabella, al termine del triennio dovrà corrispondere al seguente quadro di riferimento.

5.4.1 A S L 1 IMPERIESE

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

Funzioni – La funzione ospedaliera dell'ASL 1 "Imperiese" è svolta dal Presidio Ospedaliero dell'ASL composto dagli Ospedali: S. Charles di Bordighera, di Sanremo e di Imperia, le cui strutture sono caratterizzate come segue:

- Ospedale S. Charles di Bordighera: Sede di Pronto soccorso. Assicura prestazioni medico chirurgiche di base; inoltre eroga prestazioni di ortopedia e traumatologia, urologia, terapia subintensiva, psichiatria, recupero e riabilitazione funzionale.
- Ospedale di Sanremo: Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Eroga prestazioni relativamente alle seguenti specialità: chirurgia generale, medicina, ortopedia e traumatologia, urologia, terapia Intensiva, infettivologia, neurologia, oculistica, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pediatria, oncologia, gastroenterologia, UTIC, radiologia interventistica e recupero e riabilitazione funzionale.
- Ospedale Città di Imperia: Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Eroga prestazioni relativamente alle seguenti specialità: chirurgia generale, chirurgia vascolare, medicina, ortopedia e traumatologia, ortopedia artroscopica, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, psichiatria, neurologia, oculistica, ostetricia e ginecologia, pediatria, UTIC, nefrologia, dermatologia, pneumologia, radiologia interventistica e recupero e riabilitazione funzionale.

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

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

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

Il Presidio Ospedaliero dell'ASL 1 "Imperiese", nel corso del triennio 2008-2010, sarà configurato come sopra rappresentato con un totale di posti letto per acuti di 649, di cui 555 di degenza ordinaria, 57 day hospital e 37 di day surgery, e di 53 posti letto di degenza ordinaria di riabilitazione (con esclusione dei p.l. del polo riabilitativo di Costarainera).

5.4.2 ASL 2 SVONESE

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

Presidio S. Paolo di Savona / Cairo Montenotte

Funzioni – Le strutture ospedaliere sono caratterizzate dalle seguenti funzioni:

- Ospedale San Paolo di Savona: Sede di DEA di 1° livello, garantisce le funzioni e le specialità di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività

ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: chirurgia generale, terapia intensiva, terapia semintensiva cardiologica, malattie infettive, medicina generale, nefrologia, neurologia, oculistica, ortopedia e traumatologia, chirurgia della mano, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pediatria, psichiatria, urologia, UTIC, dermatologia, patologia neonatale, oncologia, reumatologia, riabilitazione medica, ortopedica e neuroriabilitazione e cure intermedie.

- Ospedale Cairo Montenotte: Sede di Pronto Soccorso aperto 24 h, garantisce funzioni di chirurgia generale, medicina generale, cure intermedie e recupero e riabilitazione funzionale.

Obiettivi - Presso l'Ospedale di Cairo Montenotte sono previsti i seguenti interventi:

- Entro giugno 2008, sarà attuata la riorganizzazione del Pronto Soccorso attivo sulle 24 ore, con l'attivazione di due posti letto monitorizzati e due letti di OBI. Il Pronto Soccorso opera con percorsi diagnostico-terapeutici per l'emergenza-urgenza sia di tipo medico che chirurgico.
- Trasformazione di 10 letti della Medicina dell'Ospedale di Cairo Montenotte in Cure intermedie, entro il 2007, configurando, anche grazie ai due letti monitorizzati gestiti dall'équipe del Pronto Soccorso e della Medicina, una moderna revisione delle degenze mediche e per intensità di cure.
- Nella prima metà del 2008, è previsto il potenziamento della riabilitazione con 9 nuovi posti letto per dotare e ampliare l'attuale struttura in modo da dare maggiori risposte alle esigenze dei cittadini.
- Entro il 2008 è prevista la trasformazione della chirurgia in day surgery multidisciplinare attraverso un percorso graduale e previa verifica dei risultati, garantendo nel frattempo, mentre vengono trasformati una parte dei letti in day surgery, il permanere di letti di degenza ordinaria in numero ridotto. La completa trasformazione in day surgery si realizza contestualmente alla disponibilità di una sezione di degenza chirurgica (attualmente in corso di realizzazione con tempi previsti entro il dicembre 2007, con invarianza complessiva del numero dei posti letto), a Savona, affinché, l'équipe dei chirurghi di Cairo possa operare in condizioni di massima sicurezza (rianimazione, servizio immunotrasfusionale, guardie attive del DEA etc) i casi complessi (chirurgia maggiore).
- Incremento dell'assistenza domiciliare integrata in tutta la Valbormida, anche attraverso il coinvolgimento del personale ospedaliero che potrà controllare i pazienti al domicilio.

Al termine della seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera, il Presidio di San Paolo di Savona/Cairo Montenotte sarà configurato con un totale di posti letto per acuti pari a 554, di cui 443 di degenza ordinaria, 44 day hospital e 57 di day surgery, e di 100 posti letto di riabilitazione di cui 94 di degenza ordinaria e 6 di riabilitazione.

Presidio del Ponente Ligure

Il nuovo Ospedale di Albenga, nel corso del 2008, costituisce, insieme all'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, un unico Presidio Ospedaliero per acuti sotto il profilo organizzativo e assistenziale.

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

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

Funzioni - Le strutture ospedaliere sono caratterizzate dalle seguenti funzioni

- Ospedale Santa Maria di Misericordia di Albenga: Sede di Pronto Soccorso, assume un forte ruolo di struttura ospedaliera per acuti a ciclo continuo. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: chirurgia generale, medicina, otorinolaringoiatria, ortopedia d'elezione, ostetricia e ginecologia,

pediatria/neonatologia, oculistica, terapia intensiva, medicina d'urgenza, recupero e riabilitazione funzionale.

- Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure: Sede di DEA di 2° livello, garantisce, a vantaggio di tutto il macrobacino di utenza del ponente ligure, funzioni di alta complessità e di alta e altissima specialità per acuti, sia sotto il profilo dell'emergenza sia sotto quello dell'attività elettiva. In particolare sono presenti le seguenti specialità: chirurgia generale, medicina interna, cardiologia, chirurgia oncologica epatobiliopancreatica, chirurgia maxillo facciale, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, malattie infettive, neurochirurgia, neurologia, ortopedia/traumatologia, chirurgia del reumatismo e protesi articolare, malattie infiammatorie osteoarticolari, chirurgia vertebrale, ostetricia/ginecologia, neonatologia/pediatria, urologia, rianimazione e terapia intensiva, terapia del dolore e cure palliative, UTIC, gastroenterologia/endoscopia digestiva, medicina nucleare, oncologia, pneumologia, radiologia, ematologia, patologia neonatale, medicina d'urgenza, unità spinale unipolare, recupero e riabilitazione funzionale.

Obiettivi - Le proposte per il Presidio del ponente sono le seguenti:

a) Riorganizzazione area chirurgica attraverso la disattivazione di una U.O. di Chirurgia generale presso l'Ospedale Santa Corona, da realizzarsi entro giugno 2008.

b) Riorganizzazione area ortopedica da realizzarsi entro giugno 2008 presso l'Ospedale Santa Corona. Tale manovra consente, dal punto di vista logistico ed organizzativo, di concentrare le attività assistenziali con conseguente recupero di risorsa-lavoro ed elevare l'intensità di cura.

c) Attivazione TRAUMA CENTER -Al termine del triennio previsto dal Piano di rientro, la traumatologia dell'Ospedale Santa Corona sarà gestita sotto forma di "Trauma Center".

d) Attivazione della specialità di EMATOLOGIA: con riferimento alla previsione di attivare, presso l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, la specialità di EMATOLOGIA, si rimanda alla definizione delle iniziative con l'Università di Genova per la stipula di un'intesa per il decentramento della specialità in argomento.

e) Potenziamento Rianimazione e Terapia Intensiva.

f) Riorganizzazione delle UU.OO. complesse di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia e Pediatria.

g) Potenziamento Servizio Dialisi: con riferimento alla crescente richiesta di prestazioni dialitiche si rileva l'opportunità di potenziare il Servizio nei seguenti termini:

- Nuovo Ospedale di Albenga n. 22 posti letto tecnici
- Centro Dialisi Vacanze di Alassio n. 9 poltrone.

In particolare, il servizio di Alassio continuerebbe a svolgere attività dialitica ambulatoriale su un turno di 6 ore per nove dializzati per turno, con garanzia di continuità annuale del servizio.

h) Potenziamento Radiologia: con l'apertura del nuovo Ospedale di Albenga e il conseguente avvio delle nuove attività si prevede un incremento delle prestazioni a carico della Radiologia.

Nel corso del triennio 2008/2010, si verificherà la praticabilità delle suddette proposte anche alla luce del quadro economico-finanziario che si andrà a determinare.

A completa realizzazione delle proposte di cui sopra i posti letto complessivi del Presidio del ponente saranno complessivamente 534 di cui 467 di degenza ordinaria e 67 di day hospital e day surgery, oltre 163 di posti letti di riabilitazione (160 ordinari e 3 di day hospital).

5.4.3 ASL 3 GENOVESE

In seguito alle azioni intraprese nella prima fase della riorganizzazione della rete ospedaliera, l'Ospedale Celesia, nella seconda metà del 2007, cessa di essere ospedale per acuti ed è trasformato in struttura distrettuale polispecialistica. Per

completare la trasformazione del Presidio, iniziata con la prima fase di riorganizzazione, si procede al trasferimento della Cardiologia (senza UTIC) presso la struttura ospedaliera di Pontedecimo e alla chiusura definitiva del punto di Primo Intervento.

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

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

Presidio Ospedaliero del Ponente metropolitano

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

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

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

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

Funzioni – Le strutture componenti il Presidio Ospedaliero del Ponente Metropolitano saranno caratterizzate come segue.

- Ospedale San Carlo di Voltri: Sede di Pronto Soccorso, assume un forte ruolo di struttura ospedaliera per acuti a ciclo continuo e costituisce un riferimento dell'emergenza/urgenza per il ponente dell'ASL 3. Garantisce la presenza delle seguenti specialità: chirurgia generale, urologia, ginecologia e ostetricia, ortopedia, medicina, terapia intensiva e cure intermedie.
- Ospedale Antero Micone di Sestri Ponente: Sede di punto di Primo Intervento, attivo sulle 24 ore, è caratterizzato da un'attività elettiva per acuti con significativi aspetti di attività a ciclo diurno. Garantisce inoltre la presenza delle seguenti specialità: medicina, chirurgia generale, oculistica, ortopedia, ginecologia, urologia, cardiologia con UTIC, neurologia con modulo malattie cerebrovascolari, oncologia, ORL, psichiatria.
- Ospedale Gallino di Pontedecimo: Sede di Primo Intervento, attivo sulle 12 h, è caratterizzato dalla presenza delle discipline di base chirurgia, medicina con modulo ematologico, cardiologia senza UTIC e cure intermedie.
- Ospedale Villa Scassi: Sede di DEA di 1° livello, deve costituire la risposta alle richieste di alta complessità assistenziale per acuti del ponente metropolitano. Sono presenti le seguenti specialità: chirurgia generale, medicina interna, cardiologia, oncologia medica, ORL, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, neurologia, ortopedia/traumatologia, ostetricia/ginecologia, patologia neonatale, pediatria, oculistica, dermatologia, urologia, rianimazione e terapia intensiva, UTIC, medicina nucleare, pneumologia, medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza, recupero e riabilitazione funzionale, riabilitazione respiratoria, riabilitazione neurolesi, centro grandi ustionati, nefrologia con dialisi, immuno trasfusionale, colonproctologia.
- Ospedale la Colletta di Arenzano: Struttura riabilitativa multidisciplinare (cardiologica, pneumologica, ortopedica), medicina riabilitativa, reumatologia, nefrologia con dialisi e piastra diagnostica specialistica.

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

a) Ospedale di Voltri Entro il corrente anno, le discipline chirurgiche presenti (chirurgia generale, urologia, ginecologia) confluiscono in un'unica area

condividendo tutte le risorse degenziali. E' prevista, entro il 2007, la realizzazione di 15 p.l. di cure intermedie.

b) Ospedale di Sestri Ponente: Attivazione del modello organizzativo del week hospital multidisciplinare__entro l'anno 2007. Nell'area della day surgery multidisciplinare, per poter realizzare il modello organizzativo del week hospital sono presenti alcuni letti ordinari da utilizzarsi per gli interventi codificati per week hospital in caso di necessità di conversione da ricovero diurno a ricovero ordinario. Accorpamento presso l'U.O. di Oculistica di Sestri Ponente della Struttura semplice di Oculistica di Villa Scassi. L'U.O. di Oculistica di Sestri Ponente continua a garantire presso l'Ospedale di Villa Scassi le funzioni specialistiche ambulatoriali in oggi svolte e il supporto all'attività del DEA. Accorpamento presso l'U.O. di Otorinolaringoiatria di Sestri Ponente della Struttura semplice di Otorinolaringoiatria di Villa Scassi. L'U.O. di Otorinolaringoiatria di Sestri Ponente continua a garantire presso l'Ospedale di Villa Scassi le funzioni specialistiche ambulatoriali in oggi svolte e il supporto all'attività del DEA. Potenziamento attività di Oncologia medica con attivazione di Struttura semplice Dipartimentale di n. 6 p.l. di DH.

c) Ospedale di Pontedecimo: E' attivato, entro il primo trimestre 2008, un modulo di Cardiologia, trasferito dal Celesia, dotato di 12 p.l., di cui 4 monitorati annesso all'U.O. di Medicina Generale. E' prevista, inoltre la riduzione a 22 p.l. (20 ord+ 2 dh) dell'U.O. di Medicina Generale con annesso modulo di DH ematooncologico con 6 p.l. Nel corso del 2008 saranno attivate le cure intermedie, trasferite dal Celesia.

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

e) La Colletta: E' previsto, entro il 2007, il potenziamento della fase riabilitativa post acuzie ortopedica e cardiologica attraverso l'incremento di p.l. ordinari di riabilitazione motoria e di p.l. ordinari di riabilitazione cardiologica con realizzazione, presso il poliambulatorio della Fiumara, di una palestra per riabilitazione cardiologica. Inoltre è incrementata l'U.O. di Medicina Riabilitativa.

A completa realizzazione degli obiettivi soprariportati, a completa realizzazione degli obiettivi soprariportati, i posti letto da assegnare a ciascuna specialità afferente ai servizi degenziali sono 719 (di cui 585 ordinari e 134 di day hospital e day surgery) ed afferenti la riabilitazione 136 (di cui 131 ordinari e 5 di day hospital).

Al termine della seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera, a completa realizzazione degli obiettivi soprariportati, il Presidio Ospedaliero del ponente metropolitano sarà così configurato con complessivi 719 posti letto di cui 585 di degenza ordinaria e 134 di day hospital e day surgery, e 136 posti letto di riabilitazione di cui di degenza ordinaria 131 e di day hospital 5.

5.4.4 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO

L' A. O. San Martino dovrà costituire il polo di riferimento di carattere altamente specialistico sia per quanto riguarda l'intero territorio regionale sia per quanto riguarda, in particolare, l'area di centro levante dell'area metropolitana. E' sede di DEA di 2° livello.

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

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

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

Obiettivi

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

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

Tempistica: day hospital dell'emergenza 1/7/07; day hospital oncologico piano terra 1/11/2007, primo piano 1/5/2008; day hospital di medicina interna e delle specialità 1/1/2009

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

Tempistica: 1/1/2008

Accorpamento di alcune Unità Operative internistiche presso il Padiglione Monoblocco - Al termine dei lavori di ristrutturazione programmati è previsto il trasferimento al Monoblocco ed accorpamento in un'unica guardiola degenziale di due Unità Operative internistiche universitarie (una attualmente allocata presso il Pad.3 1° piano e la seconda presso il DIMI) unitamente al trasferimento di una terza dal Padiglione 3 1° piano al DIMI. Ciò consentirà la chiusura definitiva del Pad. 3 per quanto riguarda l'attività assistenziale.

E' previsto il recupero di personale infermieristico. Tempistica: 1/1/2010

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

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

Tempistica: 1/3/2009

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

Il processo di integrazione sarà avviato attraverso un progetto definito dai Direttori Generali dell'Azienda e dell'Istituto, da trasmettere alla Regione entro il 31/12/2007.

5.4.5 IST ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

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

La sua "mission" è riferita all'integrazione di tutte le attività finalizzate alla lotta al cancro in un modello organizzativo tipo "Comprehensive Cancer Center" (C.C.C.), riconosciuto come la forma più avanzata di presidio oncologico interdisciplinare.

L'IST ha il compito di promuovere, individuare e sperimentare modelli assistenziali e gestionali in campo oncologico, anche sulla base di esperienze attuate in altre realtà nazionali e/o internazionali (ad es.: gruppi di cooperazione interdipartimentali o disease management team). Nell'ambito di tale funzione è il riferimento della rete oncologica regionale.

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

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

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

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

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

5.4.6 E.O. OSPEDALI GALLIERA

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

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

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

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

- procedere nel riassetto organizzativo e strutturale in coerenza con la pianificazione regionale;
- sviluppare ulteriormente il processo d'integrazione con l'Ospedale Evangelico, secondo il modello dipartimentale, riorganizzando anche le attività svolte nelle discipline di Medicina Generale e Ostetricia/Ginecologia. Tale riorganizzazione dovrà realizzarsi entro il mese di Dicembre 2007. Gli effetti economico-finanziari saranno definiti, dagli Enti interessati, in un unico specifico accordo;
- aderire al modello centralizzato di gestione dei servizi amministrativi e tecnici che la Regione, a seguito delle proposte maturate nell'ambito dei Comitati d'area di cui all'articolo 7 della l. r. n. 41/2006, provvederà a definire. A fronte di tale adesione verranno definite le risorse in sede di riparto dei fondi annuali.

5.4.7 OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

L'Ospedale Evangelico Internazionale costituisce il punto di riferimento dell'area metropolitana centro-levante per quanto riguarda le prestazioni di day surgery. Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del processo d'integrazione con l'E.O. Galliera sarà riorganizzata, secondo un modello dipartimentale, l'attività svolta dall'Ospedale Evangelico Internazionale nelle discipline di Medicina Generale e Ostetricia/Ginecologia.

Tale riorganizzazione dovrà realizzarsi entro il mese di Dicembre 2007.

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

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

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

5.4.8 ISTITUTO SCIENTIFICO GIANNINA GASLINI

L'Istituto Giannina Gaslini, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), rappresenta un'articolazione di assoluta eccellenza nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale con un bacino d'utenza nazionale ed internazionale.

E' sede di strutture proprie dell'Università degli Studi di Genova con la quale è convenzionato.

Nell'ambito della Regione Liguria è polo di riferimento dell'area metropolitana genovese ed è sede DEA di secondo livello.

L'Istituto rappresenta il centro di riferimento regionale di terzo livello per l'assistenza al neonato critico e per il trasporto neonatale.

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

Per il conseguimento di tali obiettivi l'Istituto ha avviato da tempo un piano di riorganizzazione e razionalizzazione per adeguare le proprie strutture alle nuove esigenze della Pediatria. Detto piano affronta in modo globale sia l'aspetto gestionale (accreditamento sulla base degli standard internazionali della Joint Commission) sia l'aspetto relazionale (accoglienza) sia quello dell'appropriatezza delle prestazioni, sia il potenziamento della ricerca, missione primaria degli IRCCS, presupposto fondamentale per garantire l'eccellenza delle prestazioni sanitarie.

Presso il Gaslini la ricerca ha prevalentemente carattere di tipo traslazionale e clinico con punte di eccellenza a livello internazionale, soprattutto nei settori della: genetica medica, emato-oncologia, immunologia e patologia neuromuscolare.

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

Dovrà altresì porsi quale riferimento nazionale per i seguenti settori: emato-oncologia e trapianto di midollo, nefrologia ed emodialisi (con trapianto), chirurgia

pediatrica complessa (cardiochirurgia, cardiologia invasiva, neurochirurgia, chirurgia neonatale, chirurgia oncologica, ortopedia).

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

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

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

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

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

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

Il processo di integrazione sarà avviato attraverso un progetto definito dai Direttori Generali dell'Azienda e dell'Istituto, da trasmettere alla Regione entro il 31/12/2007.

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

5.4.9 ASL 4 CHIAVARESE

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

Funzioni – La funzione ospedaliera dell'ASL 4 verrà svolta dal Presidio Ospedaliero dell'ASL 4 composto dagli Ospedali: di Recco, di Rapallo, di Lavagna e di Sestri Levante, le cui strutture saranno caratterizzate come segue:

- Ospedale di Recco: attualmente prevede un'offerta di medicina, chirurgia generale e ortopedia per acuti a ciclo diurno. Dal 2008 l'ospedale, sede di primo intervento aperto 12 ore, si configura come polo ortopedico riabilitativo.
- Ospedale di Rapallo: Sarà caratterizzato per la specificità nell'ambito della chirurgia ortopedica di elezione con relativa riabilitazione estensiva e della cardiologia riabilitativa, oltre la presenza della day surgery multidisciplinare, medicina interna con relativo day hospital, dialisi, un reparto di cure intermedie ed un punto di primo intervento sulle 24 ore; garantisce attività ambulatoriale e di diagnostica per il territorio del Distretto sociosanitario n. 14 Tigullio occidentale.
- Ospedale di Lavagna: E' il polo ospedaliero principale dell'ASL 4, sede di DEA di 1° livello; una profonda riorganizzazione con l'accorpamento dell'area subintensiva medica alla Medicina Generale ad indirizzo d'urgenza ha già permesso di ottimizzare l'utilizzo del personale medico ed infermieristico. La chirurgia d'urgenza con i letti di traumatologia d'urgenza ha permesso di evitare il trasferimento pre-operatorio dei pazienti politraumatizzati dal P.S. di Lavagna al Polo di Sestri Levante, sede della Unità operativa complessa Ortopedia e Traumatologia. E' stata riorganizzata la degenza neurologica con la previsione di un centro ictus che verrà a breve attivato.
- Ospedale di Sestri Levante: Nel 2009 questa struttura sarà la sede prevalente del Dipartimento Medico con un'area medica allargata alla gastroenterologia e alla oncologia con relativo day-hospital oltre a 8 posti letto di hospice ospedaliero. In questo polo esiste già un modello di gestione comune di un'area degenziale chirurgica ordinaria condivisa tra la chirurgia generale e la otorinolaringoiatria, oltre alla degenza urologica. Verrà inoltre attivato un reparto di cure intermedie.

Obiettivi – Per l'ospedale di Recco è prevista la trasformazione dell'U.O. di ortopedia/traumatologia in U.O. elettiva con riduzione di letti di degenza ordinaria e attivazione di n. 2 letti monitorati, la disattivazione dell'U.O. di chirurgia, la riduzione dei posti letto di medicina generale e attivazione di posti di riabilitazione ortopedica e di medicina riabilitativa.

E' prevista, per tutto il presidio, una progressiva riorganizzazione della rete ospedaliera con incremento dei posti letto per acuti e di riabilitazione e un incremento e una riqualificazione dell'offerta di residenzialità riabilitativa extraospedaliera.

Prossimamente si procederà alla trasformazione del Pronto Soccorso in punto di Primo intervento dell'Ospedale di Santa Margherita Ligure.

Con l'apertura dell'ospedale di Rapallo, nel 2009, non sarà più attiva la funzione ospedaliera presso la struttura di Santa Margherita Ligure. Lo stabilimento diventerà un polo residenziale riabilitativo con una piastra ambulatoriale.

A complessiva realizzazione degli obiettivi soprariportati, il Presidio dell'ASL 4 sarà configurato con un totale di 432 posti letto (di cui 363 di degenza ordinaria e 69 di day hospital e day surgery) e di 114 posti letto di riabilitazione (di cui 111 degenza ordinaria e 3 di day hospital).

5.4.10 ASL 5 SPEZZINO

Gli Ospedali Sant'Andrea e Felettino di La Spezia e l'Ospedale S. Bartolomeo di Sarzana sono costituiranno un unico Presidio Ospedaliero.

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

Il processo di riorganizzazione deve, altresì, garantire la distribuzione delle specialità fra le tre strutture componenti il Presidio, che tenga conto delle esigenze assistenziali della popolazione di riferimento e si basi su criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate.

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

- Ospedale S. Andrea di La Spezia: Sede di DEA , garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Svolge ampia attività ambulatoriale integrata con la rete dei servizi territoriali. Garantisce la presenza delle seguenti specialità: chirurgia generale, medicina generale, immuno trasfusionale, oncologia, nefrologia, neurologia, odontostomatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, malattie infettive, rianimazione, UTIC, medicina d'urgenza, terapia intensiva e neonatale, chirurgia vascolare, urologia, geriatria, psichiatria, ortopedia (attività ambulatoriale e supporto al DEA).
- Ospedale San Bartolomeo di Sarzana: Sede di pronto soccorso, caratterizzato come polo riabilitativo di eccellenza, con attività di base (medicina e chirurgia) e le seguenti specialità: rianimazione, ortopedia e traumatologia, ORL, urologia, , pneumologia, cardiologia clinico riabilitativa, recupero e riabilitazione funzionale, ginecologia/ostetricia (attività ambulatoriale e supporto al DEA).
- Ospedale Felettino di La Spezia: Struttura diurna polispecialistica : oculistica, oncologia, radioterapia, centro antalgico, dermatologia e d. s. Aziendale, pneumologia.

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

- a) Accorpamento dei due Reparti di degenza di Chirurgia 1 e Chirurgia 2 all'interno dello stabilimento Sant'Andrea
- b) Accorpamento dei due Reparti di degenza di Medicina Generale 1 e Medicina Generale 2 all'interno dello stabilimento Sant'Andrea con dotazione di 60 p.l. comprensivi anche di n. 6 p. l. per le degenze oncologiche
- c) Accorpamento delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia degli Ospedali S. Bartolomeo di Sarzana e Sant'Andrea della Spezia presso l'Ospedale Sant'Andrea della Spezia. Presso l'Ospedale di Sarzana verrà mantenuto un ambulatorio ostetrico-ginecologico altamente qualificato, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza per tutto il percorso della gravidanza. L'accorpamento delle Divisioni di Ostetricia e Ginecologia permetterà di prendere in considerazione l'istituzione dell'attività del parto indolore svolta in attività istituzionale.
- d) Accorpamento presso l'Ospedale di Sarzana delle U.O. di Ortopedia di La Spezia e Sarzana.
- e) Attivazione presso il D.E.A. dello stabilimento Sant'Andrea di un pronto soccorso ortopedico-traumatologico e sala gessi, con guardia attiva diurna e pronta disponibilità notturna. Attivazione di funzione ambulatoriale mattutina.
- f) Trasferimento dell'U.O. di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale La Spezia presso l'Ospedale di Sarzana
- g) Trasferimento U.O. Urologia dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea.
- h) Trasferimento U.O. Geriatria dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea
- i) Trasferimento U.O. Malattie Infettive dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea
- l) Trasferimento S.P.D.C. dall'Ospedale Felettino, presso lo stabilimento Sant'Andrea.

A complessiva realizzazione degli obiettivi soprariportati, i posti letto complessivi del Presidio Ospedaliero del Levante Ligure saranno complessivamente 562 di cui 475 di degenza ordinaria, 49 di day hospital, 38 di day surgery. Il totale dei posti letto di riabilitazione saranno pari a 98 di cui 85 ordinari e 13 di day hospital, oltre 42 posti di dialisi.

5.5 SVILUPPO E POTENZIAMENTO DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

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

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

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

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

Gli obiettivi che garantiscono lo sviluppo delle cure territoriali in tutte le ASL della Liguria prendono in considerazione:

1. un accesso ben definito alle cure primarie, con particolare attenzione a chi richiede prestazioni integrate sociosanitarie, attraverso lo sportello integrato, in maniera da non disorientare i cittadini con approcci segmentali alle diverse prestazioni;

2. un sistema di cure domiciliari con relativi indicatori all'interno dei Distretti, fortemente sostenuto da:

- a) un impegno dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per favorire quella continuità assistenziale la cui mancanza fa sì che la persona si rivolga alla struttura ospedaliera;
- b) a riorganizzazione delle cure a domicilio che superi la "spontaneità e disomogeneità" degli interventi verso un sistema di risposta a bisogni sanitari continuativi ma di bassa intensità assistenziale, contemplando una gamma di prestazioni che vanno da semplici atti sanitari: azioni infermieristiche e di cura per cicli definiti dai MMG (attività prestazionali) a forme di assistenza domiciliare integrata (ADI) che prevede una presa in carico e l'integrazione con attività domestico familiari effettuate dalla famiglia o dall'Ambito sociale, fino ad arrivare a cure domiciliari palliative per malati terminali oncologici e non che supportano a domicilio, sostenendo anche i familiari, l'ultima fase della vita, convogliando a tali attività anche il personale in esubero risultante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera;
- c) lo sviluppo di strumenti per il governo clinico, in particolare l'introduzione di protocolli clinici e organizzativi e di supporto tecnico alle Aziende Sanitarie della Liguria;
- d) l'implementazione della rete assistenziale per persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza, che connetta i soggetti e le strutture coinvolte nel percorso assistenziale, con l'obiettivo di garantire la diagnosi corretta e precoce, il mantenimento nell'ambiente familiare il più a lungo possibile, la disponibilità e l'appropriatezza dei servizi diurni e residenziali e il miglioramento del trattamento ospedaliero. Lo sviluppo della rete è strettamente collegato a un piano di comunicazione/formazione indirizzato ai care giver, agli operatori dell'assistenza e alla cittadinanza per far crescere la conoscenza del fenomeno, e allo sviluppo della sperimentazione e della ricerca;

3. l'adozione di un Fondo regionale per la non autosufficienza disciplinato dalla DGR 1106/06 per sostenere le famiglie che mantengono a domicilio persone non autosufficienti (circa 3500 ogni anno), tramite la erogazione di un emolumento economico di 350 euro mensili rapportato al valore ISEE del richiedente. La corresponsione dell'emolumento richiede un "patto con la famiglia" che si impegna ad assistere la persona, mentre l'azienda sanitaria provvede, con le cure primarie e l'assistenza domiciliare alle prestazioni di propria competenza;

4. un sistema di continuità delle cure tra MMG e Guardia medica per fornire "una risposta sanitaria" a chiamata nei confronti delle patologie croniche e per facilitare le dimissioni ospedaliere protette per tutti coloro che necessitano di continuità di cure a domicilio. Appositi protocolli, alcuni ancora in elaborazione, prevedono le modalità di trasmissione del caso al medico di medicina generale coinvolgendo anche le strutture sociali laddove si rilevano problemi di povertà e solitudine. Il collegamento ospedale/distretto si sostanzia per tutte le ASL in una Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da Medici Ospedalieri, Medici di medicina generale, operatori infermieristici distrettuali e personale sociale dei Comuni, che, dopo la definizione diagnostica da parte dell'ospedale concordano il prosieguo della cura in sede extraospedaliera (cure intermedie, domicilio o residenza);

5. avvio di posti per la fase post-acuzie definiti Cure intermedie. Tale modalità assistenziale, si propone di fornire alla persona con esiti di patologia acuta invalidante, che necessita di stabilizzazione clinica, recupero funzionale, osservazione clinica prima del rientro a domicilio una importante assistenza sanitaria residenziale che porti le condizioni della persona al miglior livello di autonomia funzionale e clinica acquisibili.

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

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

E' tra queste attività che si realizza:

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

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

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

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

- 1) nuova dotazione di posti definiti "cure intermedie" inseriti nella continuità assistenziale (contenuti e assetti organizzativi sono definiti nella DGR 133/07) per rispondere alla prima fase post-acute di patologie invalidanti;
- 2) incremento di posti per RSA di riabilitazione e RSA, RP, di mantenimento;
- 3) dotazione di posti residenziali per le cure palliative e per i malati terminali (Hospice).

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

INDICATORI PER RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' (come indicati nel Piano Sociale integrato di cui alla DCR. N.35/2007)

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

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

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

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

Anche sulle cure palliative e per i malati terminali si è previsto un incremento di posti Hospice: entro il 2007 sarà attivato quello di Chiavari (ASL 4), entro il 2008 quello dell'Azienda Ospedaliera San Martino, mentre Sestri Ponente (ASL 3) e Sarzana (ASL 5), saranno completati tra il 2009/2010.

5.6 INDIRIZZI IN MATERIA DI EMERGENZA URGENZA

L'azione di riconversione dei posti letto ospedalieri per acuti in letti ad indirizzo riabilitativo e cure intermedie è un processo iniziato da alcuni anni, che ha avuto grande impulso con la realizzazione delle previsioni della d.C.R. 29/06 e si concluderà a fine 2009 una volta resi operativi gli indirizzi contenuti nel suddetto piano.

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

Si è così prodotta una diminuzione della capacità ricettiva di alcuni presidi, in particolare nell'area medico/internistica, per cui assistiti bisognosi di ricovero sostano su strutture temporanee all'interno delle unità operative dell'area dell'emergenza appesantendo il lavoro degli operatori e, talvolta, generando nei cittadini una percezione di scarsa qualità assistenziale. Quanto rappresentato costituisce una nuova importante criticità che si aggiunge ad altre che storicamente rendono complessa la gestione del sistema dell'emergenza/urgenza della Liguria, e che possono essere così sintetizzate:

1) Costante aumento della domanda di prestazioni da Pronto Soccorso da parte dei cittadini

ACCESSI P.S. TRIAGE ANNI 2005-2006

CODICI	ACCESSI 2005	%	ACCESSI 2006	%
BIANCO	111.839	16,15%	113.211	15,98%
VERDE	464.867	67,14%	477.028	67,32%
GIALLO	103.715	14,98%	105.946	14,95%
ROSSO	8.341	1,20%	8.878	1,25%
NON INDICATO	3.664	0,53%	3.580	0,51%
TOTALE	692.426	100,00%	708.643	100,00%

L'analisi dei codici di gravità, cioè del codice colore che al momento dell'arrivo al Pronto Soccorso viene attribuito dagli infermieri all'assistito per stabilire la priorità di accesso alle cure evidenzia, a livello regionale per l'anno 2006, come per il 16% si sia trattato di codici bianchi (nessuna urgenza), per il 67% di codici verdi (bassa priorità) e solo per il 16,2% di codici gialli (media criticità, accesso rapido alle cure) o rossi (molto critico, accesso immediato alle cure).

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

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

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

Per fare fronte alle rappresentate criticità afferenti il sistema dell'emergenza/urgenza della Liguria, la proposta di piano individua i seguenti indirizzi per le Aziende:

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

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

La collocazione preferibile è presso:

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

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

Sul territorio regionale operano, in gran parte sulle 24 ore, 18 automediche con equipaggio medico-infermieristico a bordo.

E' previsto che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie propongano alla Giunta Regionale, dopo l'approvazione della proposta di piano da parte del Consiglio Regionale progetti di potenziamento del servizio, sia come istituzione di nuove unità di automedica, sia come estensione dell'orario di operatività di quelle esistenti.

In aree geografiche disagiate e sprovviste di presidi sanitari per gli interventi di emergenza, la Giunta Regionale, su proposta del Direttore Generale competente, autorizza l'attivazione di ambulanze (convenzionalmente denominate INDIA) con infermiere a bordo.

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

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

d) I Direttori Generali intervengono sulla capacità ricettiva delle strutture della rete dell'emergenza attraverso:

- Attivazione di letti di Medicina d'urgenza afferenti ai DEA e ai Pronto Soccorso nel rispetto della dotazione complessiva dei posti letto Aziendali; previa autorizzazione della G. R. possono essere attivate unità operative di Medicina d'urgenza;
- Potenziamento della dotazione di letti di Osservazione breve intensiva (OBI) con i posti ritenuti necessari sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito; tali interventi sono attuati nel rispetto delle dotazioni tecnologiche e degli standard di personale definiti dalla Deliberazione G.R. 114/2003;
- Attivazione per l'area metropolitana delle Unità di crisi come previsto dalla Direttiva vincolante 1392/2005.

5.7 IL PROGRAMMA DELLE TECNOLOGIE

Le tecnologie esaminate riguardano la diagnostica per immagini, in particolare le apparecchiature:

- TAC (tomografia assiale computerizzata),
- Mammografo,
- Risonanza Magnetica,
- Risonanza Magnetica Articolare,
- TC-PET (tomografia ad emissione positroni integrata con tomografia computerizzata).

La possibilità di sostituire le attuali apparecchiature ad immagini con i modelli più recenti delle stesse consente una maggiore efficienza (e quindi un maggior numero di esami in tempi inferiori) per quanto attiene almeno le risonanze magnetiche articolari e i mammografi (evolvendoli in mammografi digitali diretti). In questo ambito l'acquisto di nuove apparecchiature a sostituzione delle attuali può essere positivamente valutato se accompagnato da una riorganizzazione del servizio e del personale che consenta tempi di refertazione degli esami clinici congrui.

Per quanto attiene la risonanza magnetica e la TAC la "rincorsa" a tecnologie più recenti non è sempre giustificata. Infatti le risonanze con campo magnetico elevato sono giustificate ad esempio, per esami neurologici mentre per finalità ortopediche è sufficiente un campo di intensità inferiore.

Le TAC di nuova generazione rilasciano una minore dose al paziente e consentono una migliore elaborazione delle immagini tuttavia, non sempre questo secondo punto è necessario e comunque si deve sempre prevedere un impegno da parte del medico che rilascia il referto decisamente superiore.

Alla luce dei parametri di popolazione sottoposti appare evidente che l'acquisizione di nuova tecnologia in aggiunta a quella già in attività presso le aziende appare poco utile e razionale. A tal proposito si rammenta che qualsiasi nuova tecnologia necessita di servizi dedicati, di tecnici, medici e spesso infermieri che, ad oggi, sembrano in numero non congruo per un esaustivo utilizzo delle apparecchiature.

L'unica situazione differente può prospettarsi presso la ASL4 dove l'installazione di una risonanza nel nascente presidio di Rapallo può essere giustificata dalla presenza della nuova ortopedia.

Ulteriori ammodernamenti tecnologici dovrebbero essere valutati in ambito territoriale anche tramite una centrale di acquisti unica regionale in modo da coniugare le esigenze dovute alle patologie trattate nei presidi e le attuali disponibilità. Nuovi settori di attività (come il caso della tomoterapia) devono essere valutati specificamente.

Per quanto attiene le TC pet è necessario verificare l'appropriatezza di utilizzo di quelle appena impiantate e verificarne la lista d'attesa prima di sostenere altri importanti impegni economici in materia.

Apparecchiature e loro distribuzione territoriale

TAC (tomografia assiale computerizzata)

In Liguria il numero di TAC installate a giugno 2007 è complessivamente pari a 33 apparecchiature di cui 28 già attive nell'anno 2006, distribuite tra le Aziende secondo il prospetto che segue:

AA. SS. LL.	N. TAC ATTIVE NELL'ANNO 2006	N. TAC DI NUOVA ATTIVAZIONE ANNO 2007 (giugno)	T O T A L E
A.S.L. 1 Imperiese	3	1	4
A.S.L. 2 Savonese	6	2	8
A.S.L. 3 Genovese	14	1	15
A.S.L. 4 Chiavarese	2	1	3
A.S.L. 5 Spezzino	3	-	3
T O T A L E	28	5	33

Mediamente in Liguria nell'anno 2006 è attivo un tomografo ogni 57.500 abitanti rispetto ad una media nazionale (dati anno 2004) di un tomografo ogni 58.200 abitanti.

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

Per i n. 28 tomografi liguri attivi nell'anno 2006 l'età media è di 4 anni; le apparecchiature di maggior età sono n. 1 presso l'Az S.Corona e n. 1 presso l'Az. S.Martino (attivi dal 1996) mentre n. 9 tomografi hanno un'età inferiore o uguale a due anni. La tipologia: 11 TAC sono volumetriche single-slice e 17 volumetriche multi-slice; come possibilità di utilizzo: 2 cardio TC, 14 interventistica e 8 endoscopia virtuale.

In termini di obsolescenza e potendo ritenere che sia accettabile la funzionalità di un'apparecchiatura di, al massimo, 10 anni, ciascuna apparecchiatura che compone il patrimonio ligure (escluse le due tac di cui sopra) ha un'età assolutamente nella norma.

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

MAMMOGRAFO

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

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

AA. SS. LL.	N. MAMMOGRAFI ATTIVI AL GIUNGO 2007
A.S.L. 1 Imperiese: - n.1 nell'osp. di Imperia, - n.1 nell'osp. di Sanremo, - n.1 nell'osp. di Bordighera.	3
A.S.L. 2 Savonese: - n.1 nell'osp. di Albenga, - n.1 nell'osp. di Cairo M., - n.2 nell'osp. di Savona, - n.1 nell'osp. di Pietra L.	5
A.S.L. 3 Genovese: - n.1 ambulatorio Fiumara, - n.1 nell'osp. Gallino, - n.1 nell'osp. di Recco, - n.1 nell'osp. di Sestri P. - n.1 nell'osp. di Voltri, - n.1 poliambulatorio via Bainsizza, - n.1 poliambulatorio di Struppa, - n.1 poliambulatorio via Assarotti, - n.2 ambulatorio Pammattoni, - n.1 osp. Villa Scassi, - n.3 IRCCS dell'IST, - n.1 osp. Evangelico, - n.1 osp. Galliera.	16
A.S.L. 4 Chiavarese: - n.1 osp. S. Margherita, - n.1 osp. Sestri Levante, - n.1 osp. di Lavagna.	3
A.S.L. 5 Spezzino: - n.3 osp. S. Andrea, - n.1 osp. Sarzana, - n.1 osp. di Levanto.	5
T O T A L E	32

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

Tenendo conto della popolazione ligure selezionata viene valutato che nell'anno 2006 è attivo un mammografo ogni 18.900 rispetto ad una media nazionale (dati anno 2004) di un mammografo ogni 16.900 donne.

L'età media nazionale per i mammografi è di 8,7 anni.

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

Sarebbe opportuno prevedere una graduale sostituzione per arrivare ad avere tutti mammografi digitali, con sviluppatrice dedicata. I mammografi digitali permettono velocità di esecuzione degli esami nettamente superiore con possibilità di concentrare l'attività, garantendo una dose alla paziente inferiore a quella erogata dai mammografi analogici.

Nella sola area metropolitana sono attivi n. 16 mammografi di età media 5 anni; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana (donne di età maggiore o uguale a 35 anni) è di una ogni 15.200 abitanti. Per la stessa area è stato predisposto un piano di riorganizzazione dell'intera attività di senologia clinica in armonia con i progetti di screening.

RISONANZA MAGNETICA e RISONANZA MAGNETICA ARTICOLARE

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

AA. SS. LL.	N. RM ATTIVE NEL 2006	N. RM ATTIVATE NEL 2007	T O T A L E
A.S.L. 1 Imperiese: - n.1 osp. di Imperia.	1	-	1
A.S.L. 2 Savonese: - n.2 osp. di Savona, - n.2 osp. di Pietra L.	4	1 (osp. di Cairo M.)	5
A.S.L. 3 Genovese: - n.1 osp. di Sestri, - n.4 osp. S. Martino, - n.2 Osp. Villa Scassi, - n.1 IRCCS IST, - n.1 osp. Gaslini, - n.1 osp. Evangelico, - n.1 osp. Galliera.	11	-	11
A.S.L. 4 Chiavarese	-	-	-
A.S.L. 5 Spezzino: - n.1 osp. S. Andrea	1	-	1
T O T A L E	17	1	18

Mediamente in Liguria è attiva una risonanza magnetica ogni 94.700 abitanti rispetto ad una media nazionale di una risonanza magnetica ogni 194.900 abitanti. Nell'anno 2007 con 18 RM la media ligure passa ad 1 risonanza ogni 89.500 abitanti.

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

In termini di obsolescenza e di funzionalità, può ritenersi accettabile un'apparecchiatura di, al massimo, 6-7 anni.

Nella sola area metropolitana sono attive n. 11 RMN di cui n. 6 con intensità di campo maggiore o uguale ad 1Tesla; il rapporto apparecchiature/popolazione metropolitana è di una ogni 74.600 abitanti.

Mediamente in Liguria è attiva una RISONANZA MAGNETICA ARTICOLARE ogni 178.900 abitanti.

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

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

In termini di obsolescenza e di qualità clinica, può ritenersi accettabile un'apparecchiatura di, al massimo, 6-7 anni.

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

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

AA. SS. LL.	N. RM-ART ATTIVE NEL 2006	N. RM-ART ATTIVATE NEL 2007	T O T A L E
A.S.L. 1 Imperiese: - n.1 osp. di Bordighera.	1	1	2
A.S.L. 2 Savonese: - n.1 osp. di Albenga	1	-	1
A.S.L. 3 Genovese: - n.1 osp. di Arenzano, - n.1 osp. S. Martino, - n.1 Osp. Villa Scassi, - n.1 osp. Evangelico, - n.1 osp. Galliera.	5	-	5
A.S.L. 4 Chiavarese - n.1 osp. Lavagna	1	-	1
A.S.L. 5 Spezzino: - n.1 osp. S. Andrea	1	-	1
T O T A L E	9	1	10

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

La dotazione strumentale all'anno 2007 è la seguente:

AA. SS. LL.	N. TAC-PET ATTIVE NEL 2006	N. TAC-PET ATTIVATE NEL 2007	T O T A L E
A.S.L. 1 Imperiese:	-	-	-
A.S.L. 2 Savonese	-	1 (osp. Pietra L.)	1
A.S.L. 3 Genovese	1 (osp. Galliera)	1 (osp. S. Martino)	2
A.S.L. 4 Chiavarese	-	-	-
A.S.L. 5 Spezzino: (osp. S. Andrea)	1	-	1
T O T A L E	2	2	4

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

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

Quadro riepilogativo delle attrezzature

QUADRO RIEPILOGATIVO DELLE ATTREZZATURE ATTIVE NEL 2007					
AA. SS. LL.	N. TAC	N. MAMMO_ GRAFI	N. RM	N. RM-ART	N. PET-TAC
A.S.L. 1 Imperiense	4	3	1	2	-
A.S.L. 2 Savonese	8	5	5	1	1
A.S.L. 3 Genovese	15	16	11	5	2
A.S.L. 4 Chiavarese	3	3	-	1	-
A.S.L. 5 Spezzino	3	5	1	1	1
T O T	33	32	18	10	4

6. IL PROGRAMMA STRATEGICO DI MODERNIZZAZIONE DEL PARCO OSPEDALIERO E TERRITORIALE REGIONALE

6.1 PREMESSE

Come già anticipato nel precedente capitolo n. 5.3, il Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 01.08.2008 ha approvato il *"Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale"* e *"l'aggiornamento dell'elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma regione-governo anno 2007 di cui al programma l. 67/1988 articolo 20"*.

Il programma di modernizzazione del parco ospedaliero regionale costituisce una manovra che, agendo sugli investimenti, consente, nel medio-lungo periodo, di razionalizzare le funzioni ospedaliere sul territorio ligure, ridurre i posti letto, migliorare l'efficienza dei servizi, ridurre, conseguentemente, la spesa sanitaria, coerentemente al:

- *"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 con deliberazione n. 243 del 9 marzo 2007,
- *"Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza per il periodo 2008-2010"* approvato dalla Giunta regionale con deliberazione di proposta al Consiglio n. 46 del 16.11.2007.

Occorre precisare che lo stralcio del piano sociosanitario è relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alla ridefinizione territoriale delle competenze di alcune Aziende per il triennio 2008-2010. Tale Piano, che definisce i Presidi Ospedalieri, le funzioni di ogni struttura ospedaliera con le relative specialità, i posti letto per acuti ed i posti letto di riabilitazione, lo sviluppo e potenziamento delle cure e dell'assistenza territoriale, ha carattere prettamente organizzativo e funzionale per quanto riguarda gli aspetti amministrativi, sanitari e sociosanitari del sistema sanitario ligure.

Pertanto, l'individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni dei presidi ospedalieri e delle strutture ospedaliere attuali hanno l'obiettivo di riorganizzare il sistema per adeguarlo alle nuove esigenze per il triennio 2008-2010.

Parallelamente a detta manovra è risultato necessario eliminare l'obsolescenza di molte strutture ospedaliere, nel medio-lungo periodo, attraverso, come sopra detto, una strategia di modernizzazione del parco ospedaliero regionale che dovrebbe prevedere:

- 1) Costruzione di nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del Levante ligure (ASL 5) in sostituzione dell'attuale ospedale di La Spezia.
- 2) Costruzione di un nuovo ospedale, sede di DEA, nel ponente genovese.
- 3) Costruzione di un secondo monoblocco all'interno dell'A. O. U. S. Martino.
- 4) Costruzione di un nuovo presidio, sede di DEA, nell'area del Ponente ligure (ASL 1) in sostituzione dei presidi di Imperia e Sanremo.
- 5) Costruzione nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell'attuale struttura storica e monumentale.

I tempi di attuazione del programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero è possibile stimarli, approssimativamente, in circa dieci anni. Detto tempo risulta necessario per definire il programma, individuare le aree su cui sorgeranno le nuove strutture, predisporre gli studi di fattibilità, individuare le fonti di finanziamento certe, redigere le progettazioni, fare le gare d'appalto e realizzare le opere.

In detto lasso di tempo è necessario investire sulle attuali strutture in quanto lo stesso dovranno rimanere in funzione fino alla realizzazione delle nuove.

6.2 ASL 1 IMPERIESE

6.2.1 IL NUOVO PRESIDIO NEL PONENTE LIGURE

All'attualità nell'A.S.L. 1 Imperiese risultano attivi tre stabilimenti ospedalieri distribuiti su un arco costiero di cinquanta chilometri:

- l'ospedale di Imperia: edificato nel 1966, costituito da due padiglioni ed uno in costruzione,
- l'ospedale di Sanremo: edificato nel 1935, costituito da quattro padiglioni,
- l'ospedale di Bordighera: edificato nel 1800, costituito da tre padiglioni.

L'ubicazione degli stabilimenti di Sanremo e Imperia risulta in zone collinari di difficile accesso da parte degli utenti, dei visitatori, del personale e dei fornitori, scarsamente servite da mezzi pubblici.

Le aree di detti presidi, risultano ormai sature, con problemi di parcheggi e di viabilità interna, e non esiste la possibilità di espansione a causa dell'assenza di aree disponibili da utilizzare per nuove edificazioni.

In particolare, per l'ospedale di Sanremo, la realizzazione della necessaria elisuperficie sulle coperture dello stabilimento presenta elevate problematiche tecniche oltre che notevoli costi.

Alle sopra rappresentate problematiche, si aggiunge anche la situazione antisismica in quanto, come noto, la maggior parte del territorio della provincia di Imperia è stata dichiarato a rischio sismico, ed in tali zone tutti gli edifici ospedalieri e sanitari sono considerati strategici per la protezione civile.

Le verifiche tecniche degli edifici dell'ASL 1 evidenziano gravi criticità di resistenza strutturale in presenza di evento sismico grave. Le strutture ospedaliere di Imperia e di Sanremo, ad esclusione per quest'ultima del padiglione Giannoni di nuova costruzione, presentano gravi criticità.

L'adeguamento antisismico comporterebbe una elevata spesa per la modifica delle strutture e sarebbe incompatibile, ed estremamente complessa e difficoltosa, da realizzare con l'attività sanitaria in corso.

Dalle considerazioni sopra illustrate sinteticamente, nasce l'esigenza di prevedere un nuovo presidio nell'ASL 1 Imperiese in sostituzione dei presidi di Imperia e Sanremo.

Detta soluzione è nata anche per razionalizzare i posti letto nell'area del ponente ligure ed accentrare le funzioni ospedaliere in un'unica sede con l'obiettivo di ridurre la spesa, secondo le indicazioni contenute nel Piano di rientro dal disavanzo sopra evidenziato.

Ad una prima analisi la ASL 1 ha individuato quale possibile localizzazione del nuovo ospedale, denominato "ospedale unico", la piana del Comune di Arma di Taggia in quanto risulta baricentrica rispetto al bacino di traffico provinciale, è collegata adeguatamente al sistema viario esistente, ed ha una buona rete di servizi pubblici. In funzione delle valutazioni dell'ASL, l'ospedale unico dovrebbe essere dimensionato per una capienza di circa 700 posti letto e gli spazi suddivisi in tre grandi aree funzionali: reparto di degenza, Servizi di diagnosi e cura, servizi generali.

Per quanto concerne la scelta della tipologia architettonica, considerata la scarsità di superficie edificabile che caratterizza il territorio, si è orientata su di un tipo compatto con largo uso di spazi interrati.

Un possibile tipo di struttura edilizia potrebbe essere costituito da:

- una piastra orizzontale multipiano dei servizi ospedalieri, con uno o più piani interrati, destinata al DEA, al dipartimento immagini, ai laboratori, alle sale operatorie, agli ambulatori ed all'accoglienza,
- una torre pluripiano destinata alle degenze, strutturata secondo la tipologia del corpo quintuplo per ottimizzare i percorsi, l'attività sanitaria ed i costi di gestione.

La spesa dell'intervento, ad una stima parametrica di massima, è stata valutata in circa € 200 milioni. La copertura finanziaria dovrebbe trovare, presuntivamente, assicurazione in parte con l'utilizzo di finanziamenti statali e regionali, dedicati per gli investimenti in sanità, che si renderanno disponibili nei prossimi anni ed in parte con l'utilizzo dei proventi derivanti dall'alienazione dei presidi di Imperia e Sanremo, opportunamente valorizzati.

6.2.2 ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI SANITARI IN FUNZIONE DELLA REALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE UNICO

L'ipotesi di costruzione del nuovo Presidio Ospedaliero Provinciale, in sostituzione degli stabilimenti ospedalieri esistenti, ha indotto l'ASL 1 a riallineare gli interventi precedentemente programmati secondo le seguenti linee guida:

- a) Esecuzione di interventi all'interno degli Stabilimenti Ospedalieri volti a migliorare gli standard di accoglienza alberghiera e ad adeguare alla normativa vigente strutture ed impianti, in modo tale da migliorare la qualità degli stabilimenti stessi nelle more della realizzazione del nuovo Presidio ospedaliero Unificato.
- b) Potenziamento delle strutture territoriali (Palazzi della salute) che, in presenza di un Presidio Ospedaliero Unificato con le caratteristiche di cui sopra, devono assumere, soprattutto nell'ambito Imperiese e Sanremese, nuove e più specifiche funzioni attualmente non previste nelle strutture territoriali (dialisi, diagnostica strumentale soprattutto, ma non solo, per immagini punti di 1° soccorso).
- c) Rinuncia all'esecuzione del previsto intervento ad Imperia relativo alla costruzione di una nuova palazzina della capienza di 60 posti letto per la libera professione con utilizzo di tali fondi per la maggior parte sulle strutture territoriali e per una quota inferiore per la realizzazione di un numero più limitato di posti letto (16 camere che potranno ospitare uno o due pazienti) dedicati alla libera professione negli stabilimenti di Imperia e Sanremo. E' da evidenziare che presso lo Stabilimento Ospedaliero di Bordighera sono già in corso le opere che prevedono la costruzione di un nuovo corpo di fabbrica destinato ad ospitare, tra l'altro, sei camere dedicate alla libera professione.

6.3 ASL 3 GENOVESE

6.3.1 IL NUOVO OSPEDALE NEL PONENTE GENOVESE

La costruzione di un nuovo ospedale nel ponente genovese, di 600-800 p.l., sede di DEA nasce dall'esigenza di sostituire tutti i presidi oggi attivi nell'area interessata al fine di ridurre i posti letto di degenza ordinaria a ciclo continuativo, superando la loro frammentazione in molti piccoli ospedali.

Le possibili aree su cui potrà essere costruito il nuovo ospedale, fermo restando che la competenza sull'individuazione delle stesse è del Comune di Genova, sono quelle in Cornigliano, una in prossimità di villa Bombrini, in capo alla Società Per Cornigliano Spa e l'altra in località Erzelli.

Detto orientamento trova motivazione nel fatto che, nell'area metropolitana di ponente, risulta difficoltoso individuare altre aree idonee per la costruzione di un nuovo ospedale con caratteristiche relative a : posizione baricentrica rispetto al bacino d'utenza interessato e costo d'acquisto.

Tale soluzione rientra nel programma più generale di riorganizzazione della rete ospedaliera, volta anche a rimodulare le prestazioni in regime di Day Surgery e Day Hospital a favore di quelle in modalità PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi), sviluppando le attività di riabilitazione, cure intermedie e residenzialità.

L'area metropolitana genovese troverà il suo equilibrio nella configurazione di tre poli, di cui uno, S. Martino, a valenza di ospedale regionale ad alta specialità, due ospedale Galliera e nuovo ospedale del ponente, a valenza di ospedali con DEA di 1° livello, in grado di soddisfare integralmente la domanda espressa dal bacino di utenza metropolitano.

La costruzione del nuovo ospedale comporta, necessariamente, la progressiva trasformazione/dismissione degli Ospedali attualmente operativi nel bacino d'utenza di riferimento (Distretti Socio-Sanitari 8 - 9- 10 dell'ASL 3 Genovese).

La realizzazione di tale programma riveste, naturalmente, carattere di progressività, articolandosi realisticamente nell'arco di alcuni anni, avuto riguardo allo sviluppo delle procedure urbanistiche, patrimoniali, finanziarie e di lavori pubblici all'uopo necessarie.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, la costruzione del nuovo ospedale troverà copertura finanziaria:

- con l'utilizzo di un finanziamento statale, assegnato all'ASL 3 a valere su un programma specifico di edilizia ospedaliera, che prossimamente si renderà disponibile (Progetto di riqualificazione sanitaria dell'area metropolitana genovese ex art. 71, L. 448/'98),
- con i proventi derivanti dall'utilizzo dei presidi ospedalieri che verranno disattivati a seguito dell'unificazione delle attività sanitarie nella nuova sede (ad esempio vendita all'impresa che eseguirà i lavori, in conto appalto, degli edifici ospedalieri dismessi),
- con i proventi derivati dalle alienazioni patrimoniali effettuate dall'ASL 3,
- con eventuali altre forme di finanziamento.

La scelta di realizzare un unico ospedale nel ponente genovese, come sopra rappresentato, supera anche, in riferimento al Sistema dei servizi sanitari metropolitani, la realizzazione del cosiddetto "Ospedale di Vallata" in Valpolcevera, previsto nell'area di Teglia (ex Mira-Lanza) con una capacità ricettiva di 236 p.l.. A tal proposito è da evidenziare che l'Ospedale di Vallata, il cui progetto definitivo è già stato redatto dal concessionario, risulta, in funzione degli obiettivi volti alla riduzione dei posti letto, del tutto inidoneo a superare completamente la frammentazione della struttura dell'offerta ospedaliera in area metropolitana; invero, la costruzione di tale ospedale non permetterebbe di raggiungere l'obiettivo della ricomposizione dell'offerta ospedaliera nel Ponente genovese, in quanto non ridurrebbe la frammentazione dei posti letto tra diversi ospedali di piccole e medie dimensioni e non permetterebbe, conseguentemente, di ridurre la spesa sanitaria.

Sotto il profilo economico, la scelta di abbandonare la costruzione del nuovo Ospedale di Vallata, ancorché, ad oggi la ASL 3 abbia liquidato al Concessionario l'importo di € 2.714.802,20, a valere sul finanziamento statale (programma ex art. 71 L. 448/'98), per l'attività dallo stesso ad oggi svolta, a favore della costruzione di un nuovo ospedale unico nel ponente genovese, appare vantaggiosa per il pubblico interesse, considerazione questa che dovrà essere accertata dall'ASL 3 Genovese attraverso una specifica analisi comparativa.

6.3.2 L'ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI SANITARI NELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE DEL PONENTE

La realizzazione del nuovo ospedale del ponente, comporta, necessariamente, in detta area, la progressiva trasformazione e/o dismissione degli Ospedali attualmente attivi nel bacino d'utenza di riferimento e, sempre nella stessa area, la conseguente riorganizzazione ed articolazione dei servizi sanitari sul territorio.

La previsione della nuova articolazione dei distretti nn. 8-9-10 nell'area del ponente genovese è rappresentata come segue.

Distretto Socio-Sanitario 8 Genova Ponente

Ospedale di Voltri: In attesa della realizzazione del nuovo ospedale del ponente, manterrà le funzioni orientate alla tutela dell'emergenza e con pronto soccorso attivo 24 ore.

Ospedale la Colletta di Arenzano: viene confermata la destinazione a struttura riabilitativa.

Ex Ospedale Maria Teresa di Arenzano: viene confermata la destinata ad R.S.A, anziani.

Ex Ospedale Marina rati di Cogoleto: già struttura poliambulatoriale, sede di distretto.

Struttura di Via Buffa a Voltri: struttura poliambulatoriale, la ASL sta valutando di reperire una struttura alternativa della superficie di circa mq 400-500 in sostituzione dell'attuale.

Struttura di Prà: è prevista la realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale, su di un'area presso la fascia di rispetto della superficie di circa mq 500, da destinare anche all'attività intramoenia e di riabilitazione.

Struttura di Pegli: è prevista una struttura poliambulatoriale già finanziata a valere sul programma ex art. 71 l. 448/98.

Distretto Socio-Sanitario 9 Genova medio Ponente

Ospedali di Villa Scassi e Sestri P.: svolgono le loro funzioni ospedaliere, il primo a ciclo continuativo DEA ed il secondo elettive diurne e attività degenziali-ambulatoriali-intramoenia-hospice, in attesa della realizzazione del nuovo ospedale del ponente.

Struttura poliambulatoriale di Sestri P.: è in corso di realizzazione la nuova struttura in sostituzione di quella di Via Siffredi (finanziamento F.I.R.).

Struttura poliambulatoriale area Fiumara: struttura di recente realizzazione e già attiva.

Distretto Socio-Sanitario 10 Genova Val Polcevera e Valle Scrivia

Ospedale di Pontedecimo: svolge le funzioni ospedaliere a ciclo continuativo e diurno (di chirurgia, medicina, cardiologia, polo oncologico di 2° livello, cure intermedie, con primo intervento su 12 ore) in attesa della realizzazione del nuovo ospedale del ponente genovese. E' in corso la realizzazione di una struttura a valenza territoriale, finanziata a valere sul F.I.R. anno 2006, con centro prelievi, CUP, radiologia ed attività ambulatoriali.

Stabilimento "Celesia" a Rivarolo: struttura poliambulatoriale, territoriale e riabilitativa, con ambulatori specialistici, servizio radiologico, CUP, ed integrale completamento della trasformazione in R.S.A..

Struttura di Via Bonghi a Bolzaneto: struttura poliambulatoriale, prelievi, CUP.

Struttura "Carolina Pastorino" a Bolzaneto: trattasi di struttura residenziale destinata ad R.S.A. ed hospice.

6.4 A.O.U. SAN MARTINO

6.4.1 COSTRUZIONE DI UN SECONDO MONOBLOCCO ALL'INTERNO DELLA A.O.U. SAN MARTINO

Gli obiettivi, a cui l'attività complessiva di riorganizzazione dell'Ospedale San Martino tende, riguardano lo sviluppo al massimo livello qualitativo nelle chirurgie in genere ed in particolare: della cardiocirurgia e della cardiologia interventistica e dei trapianti d'organo, delle attività dell'ambito dipartimentale testa collo e dell'attivazione dell'unità degenziale riabilitativa di 3° livello per le gravi

cerebrolesioni acquisite ed i gravi traumi cranio encefalici, in conformità con le linee guida nazionali sulla riabilitazione.

Mentre la riorganizzazione delle Chirurgie, ora dispersa all'interno di diversi padiglioni, deve concentrarsi in un unico contenitore dotato delle più innovative tecnologie medicali, la rifunzionalizzazione degli altri Dipartimenti avverrà attraverso il completamento delle ristrutturazioni già avviate presso gli altri grossi contenitori (Monoblocco, Specialità, Padiglione patologie Complesse ed edificio DEA).

La soluzione ottimale, quindi, è quella della costruzione di un Nuovo Monoblocco Chirurgico che, quale piastra tecnologica dei servizi, svilupperà in particolare la radiologia interventistica nonché le alte tecnologie e utilizzerà lo strumento dell'ICT (Information Communication Technologies) per la comunicazione intra ed extra aziendale: verranno consolidate le attività attualmente in corso di sperimentazione relative alla chirurgia computer-assistita con l'uso di navigatori e robots in alcuni ambiti specialistici.

Gli obiettivi generali del progetto guida sono i seguenti:

- 1) Realizzare un Nuovo Monoblocco Chirurgico, con dotazione organica di 500 p.l., ricomprensivo, in sintesi: le Strutture Operatorie, le degenze dedicate, le Terapie Intensive, le Radiologie Interventistiche, i Laboratori di Analisi e gli Ambulatori connessi alle attività descritte, il nuovo DEA di secondo livello;
- 2) Concentrare tutte le attività di Medicina e Ambulatoriali dentro l'attuale Monoblocco, il Padiglione Patologie Complesse, la Specialità e l'attuale edificio DEA (quest'ultimo da destinarsi all'Anatomia Patologica ed alle Sale Autoptiche e a Servizi Generali);
- 3) Riquilibrare, con un'appropriata operazione di trasformazione urbana, l'area e gli edifici storici dell'Ospedale, nel rispetto dell'unicità del tessuto urbano in questione;
- 4) Alienare degli edifici di proprietà Aziendale (Pad. Maragliano) o nella disponibilità dell'Università in ambito extramurario, finalizzandoli al cofinanziamento del progetto.

Il Nuovo Monoblocco Chirurgico dovrà ospitare e assicurare le attività di tutte le funzioni chirurgiche e delle funzioni mediche ad esse strettamente correlate che oggi afferiscono ai dipartimenti di Chirurgia, Chirurgia Specialistica, Trapianti d'organo e Cardio – Nefrologico., comprese le attività gestite in urgenza direttamente nel DEA, le funzioni chirurgiche del dipartimento di patologia del distretto testa – collo e le funzioni ostetrico ginecologiche.

Sulla base dei dati stimati è possibile effettuare una ipotesi di dimensionamento delle macro aree e delle principali dotazioni di servizi di diagnosi e terapia della nuova struttura:

- Degenze: il Monoblocco Chirurgico dovrà ospitare 500 posti letto complessivi organizzati in aree di degenza ordinaria , day hospital, autonome sezioni di day surgery (ogni sezione con capienza minima di 42-48 posti letto), degenze di terapia intensiva post chirurgica in numero di 2-3 sezioni per complessivi 50 posti letto;

- Sale operatorie: La stima dei volumi di attività da assicurare e le previsioni di sviluppo della chirurgia mininvasiva, a livello di day surgery e ambulatoriale, consentono di prevedere la realizzazione di 4 blocchi chirurgici dotati di 6 sale ciascuno e dei relativi servizi di supporto centralizzati.

La spesa dell'intervento, da un stima parametrica di massima, è stata valutata in € 350 milioni. Trattasi di un intervento economicamente rilevante la cui copertura finanziaria dovrà essere assicurata nell'ambito dei finanziamenti statali, su programmi specifici di edilizia sanitaria, che, secondo le previsioni governative, si renderanno disponibili nei prossimi anni.

6.5 ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA

6.5.1 LA COSTRUZIONE DEL NUOVO OSPEDALE

L'esigenza di costruire il nuovo ospedale Galliera nasce, essenzialmente, 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. Infatti l'attuale struttura presenta percorsi troppo lunghi e indifferenziati, carenza di collegamenti verticali e mancanza di standard necessari per l'accreditamento istituzionale.

L'Ente sta quindi definendo il progetto dal punto di vista gestionale e organizzativo, avendo come obiettivo quello di stabilirne il dimensionamento anche rispetto alle diverse tipologie di degenti (acuti e post-acuti), l'insieme delle attività (laboratori di ricerca, formazione, convegnistica, ecc.) che dovranno rappresentare l'attività principe del nuovo ospedale, da intendersi come centro di eccellenza della sanità ligure. Quindi la definizione delle volumetrie possibili sulla base delle varianti urbane al progetto.

Il Nuovo Galliera risulterebbe coerente con la programmazione ospedaliera regionale, infatti:

- rimarrebbe uno dei tre grandi poli di riferimento cittadino (oltre a S. Martino ed al nuovo ospedale del ponente),
- manterrebbe la sua collocazione come ospedale generale, per acuti, sede di DEA di 1° livello (Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione D.P.C.M. 14/7/1995),
- dovrà essere rivolto alla alta specializzazione con l'utilizzo di tecnologie d'avanguardia attraverso un'importante processo concretizzatosi nella creazione del polo tecnologico,
- dovrà mantenere una specifica vocazione nei confronti della popolazione anziana, attraverso percorsi nel campo riabilitativo e delle cure intermedie con contestuale "apertura" nei confronti del territorio e con altre strutture ospedaliere (Ospedale Evangelico Internazionale).

L'ospedale nuovo in ragione di quanto sopra avrebbe una dotazione complessiva di 400/440 posti letto, con una riduzione rispetto agli attuali del 12-15% circa e soprattutto con una significativa presenza (circa il 25%) di posti letto di riabilitazione/cure intermedie; ciò al fine di garantire la massima efficienza ed efficacia della struttura ospedaliera per acuti e contemporaneamente offrire un percorso orientato all'umanizzazione ed al ruolo centrale del paziente nei processi assistenziali.

Il Nuovo Galliera sorgerebbe sull'area attualmente di proprietà dell'Ente Ospedaliero e non occupata da fabbricati (zona compresa tra corso Mentana, corso Aurelio Saffi e via Vannucci). L'area, già destinata a servizi e che non muterebbe quindi la sua destinazione urbanistica, è di circa 25.000 mq.

Di tale edificazione una parte 22.000 mq saranno destinati a parcheggi interrati, da affidare in concessione al partner privato dell'operazione, ed i restanti 42.000 mq a ospedale.

L'ospedale non sarà più organizzato su singole discipline specialistiche ma secondo un modello organizzativo legato all'intensità di cure e ad aggregati funzionali, saranno presenti quindi:

- una piastra tecnologica e interventistica;
- una piastra delle emergenze;
- una piastra chirurgica;
- una piastra ambulatoriale;
- più aree di degenze per le terapie intensive, degenze high-care e degenze low-care.

Per quanto concerne l'aspetto economico in relazione all'investimento stimato, l'Amministrazione ha in corso di valutazione le forme di finanziamento disponibili per fare fronte alla costruzione del nuovo ospedale. Dall'analisi della normativa in vigore in materia di appalti pubblici, ed in particolare in materia di partenariato tra capitale pubblico e capitale privato, emerge che per la realizzazione di un'opera pubblica vi sono due filoni fondamentali:

- il primo riguarda il ricorso alla finanza di progetto con l'iniziativa di promotori privati,
- il secondo la concessione della progettazione esecuzione dei lavori e la gestione funzionale ed economica.

Affinché l'operazione abbia successo, l'attività del privato, quale coinvolgimento finanziario dello stesso nella realizzazione del nuovo ospedale, deve risultare

economicamente vantaggiosa cioè deve risultare attrattiva per il privato. Considerata la scarsità delle risorse l'Ente ha rivolto l'attenzione sul patrimonio strumentale e sui possibili utilizzi degli edifici storici, del padiglione A e del padiglione D, immobili che dovranno essere opportunamente valorizzati, in modo da poter formulare una proposta che possa essere attrattiva per gli investitori privati. Sempre in merito ai finanziamenti necessari alla costruzione del nuovo ospedale occorre precisare che la Regione, a seguito della deliberazione della Giunta regionale n.1056 del 06.10.2006, in data ha sottoscritto con l'E. O. Galliera un protocollo d'intesa con il quale le parti hanno convenuto di definire i reciproci impegni finalizzati alla realizzazione del progetto di una nuova struttura ospedaliera ed in particolare la Giunta regionale si è impegnata:

- ad inserire il progetto tra le proposte di programmazione delle infrastrutture sanitarie da sottoporre al Consiglio regionale ai fini dell'accesso alle fonti di finanziamento statali in materia di edilizia ospedaliera,
- ad assicurare l'attivazione delle procedure e l'adozione degli atti necessari a consentire la valorizzazione del patrimonio immobiliare strumentale dell'Ente attualmente in uso ed utilizzabile ai fini degli investimenti dell'Ente.

6.6 A.S.L. 5 SPEZZINO

6.6.1 LA COSTRUZIONE DEL NUOVO PRESIDIO NEL LEVANTE LIGURE

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 e sottoscritto in data 27.07.2000 e, successivamente, integrato il 23.05.2002.

Il Ministero della salute con decreto dirigenziale del 08.04.2004, ha ammesso a finanziamento l'intervento e, conseguentemente, la ASL ha avviato le procedure di gara ed ha aggiudicato l'appalto di costruzione e gestione ed ha stipulato il contratto in data 15.12.2004.

A seguito del ricorso presentato da un ditta, partecipante all'appalto, il TAR Liguria, con sentenza n. 940/2005, confermata dal Consiglio di Stato con decisione n. 27.11.2006, annullava gli atti di gara, compreso il contratto sottoscritto.

La ASL con deliberazione n. 673 del 09.10.2006: 1) annullava in autotutela tutti gli atti precedenti e conseguenti la gara demandando ad un successivo atto l'individuazione di una nuova fase per la costruzione del nuovo edificio ospedaliero; 2) riteneva, nel pubblico interesse che sarebbe stato più conveniente per l'Azienda procedere mediante un contratto che abbia la dichiarata natura dell'appalto della costruzione della nuova sede ospedaliera nei limiti delle disponibilità finanziarie pubbliche effettive o effettivamente programmate, o comunque mediante ricorso ad un finanziamento non spurio, legittimo e di cui possano essere calcolati con precisione e trasparenza i termini.

All'attualità viene confermata l'esigenza prioritaria, rispetto agli altri nuovi ospedali programmati, di realizzare un nuovo ospedale a La Spezia, viene confermato il mantenimento dei finanziamenti pubblici (programma ex art. 20 L. 67/88 e intramoenia) e viene altresì previsto un finanziamento integrativo che la Regione Liguria ha in programma di reperire nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio. Detto finanziamento integrativo verrà formalizzato in occasione della sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma che i soggetti interessati, Regione Liguria – Comune di La Spezia – A.S.L. 5, sottoscriveranno per la realizzazione del nuovo ospedale. In tale contesto la ASL ha in corso uno specifico studio, quale fase propedeutica, all'individuazione della soluzione che garantisca la realizzazione di un nuovo ospedale mediante un sistema di appalto da scegliere in funzione alle disponibilità finanziarie pubbliche.

A tal proposito nel mese di maggio u. s. è stato sottoscritto tra la Regione, il Comune della Spezia e la ASL 5 Spezzino, un protocollo d'intesa propedeutico alla stipula del citato Accordo di Programma.

7 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

7.1 PREMESSE

Sono stati individuati tre ordini di obiettivi, generali, specifici e operativi, da raggiungere mediante l'attuazione degli interventi proposti.

La definizione degli obiettivi parte da un'analisi dei bisogni e delle strategie già condotta a livello di pianificazione regionale e già rappresentata nei capitoli che precedono. Ci si riferisce, in particolare:

- al vigente 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,
- 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),
- 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,
- Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende, approvato con deliberazione della Giunta di proposta al Consiglio n. 46/2007.

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.

In tal senso, gli indicatori di risultato, in grado di misurare l'impatto degli interventi sul sistema sanitario, sono stati definiti in modo da valutare prevalentemente il raggiungimento degli obiettivi generali.

Non mancano, naturalmente, indicatori in grado di valutare l'efficacia e l'efficienza relativamente all'attuazione del programma, sia in termini finanziari che esecutivi, indicatori che interpretano, a tale fine, i dati ricavati direttamente dalla prevista azione di monitoraggio.

7.2 GLI OBIETTIVI GENERALI

7.2.1 RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA (Obiettivo G1)

La riorganizzazione della rete ospedaliera è ispirata a principi generali, a principi organizzativi e a decisioni programmatiche regionali che definiscono l'architettura delle missioni e delle funzioni assegnate ai diversi soggetti erogatori, garantendo coerenza complessiva tra bisogni e risorse.

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.

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.

L'art. 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, dispone che le Regioni adeguino le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, prevedendo uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una variazione compatibile che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni.

L'obiettivo per la Regione Liguria da raggiungere sulla base delle indicazioni sopra esplicitate sono il 4,68 posti letto per 1000 abitanti complessivo, di cui:

- 3,78 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di acuti,
- 0,9 posti letto per 1000 abitanti per ricoveri di riabilitazione.

A tal proposito, dall'esame della tabella n. 9 a pagina, risulta che i posti letto per acuti a regime, anno 2010, dovrebbe essere pari a 6.086 (= 3,78% della popolazione al 31.12.2005), mentre i posti letto di riabilitazione/cure intermedie a regime, anno 2010, dovrebbe essere pari a 1.448 (= 0,90% della popolazione al 31.12.2005). Considerato che, all'attualità, i posti letto per acuti risultano essere 6.239 ed i posti letto di riabilitazione/cure intermedie risulta essere 692, ne consegue che per adeguare i posti letto agli standard occorre:

- riconvertire/disattivare, entro il 2010, 153 posti letto per acuti (= 6.239 – 6.086),
- incrementare, nel triennio 2008-2010, 756 posti letto di riabilitazione/cure intermedie (= 1.448 – 692).

Altro aspetto caratterizzante la rete ospedaliera è quello relativo agli indirizzi in materia di emergenza urgenza.

Il potenziamento dei letti ad indirizzo riabilitativo non è quantitativamente pari alla riduzione dei posti letto di degenza per acuti sia per contingenze di tipo economico (riduzione della spesa di cui al "Piano di Rientro") sia per carenze di personale specializzato. Tale situazione ha comportato una diminuzione della capacità ricettiva di alcuni presidi, in particolare nell'area medico/internistica, per cui assistiti bisognevoli di ricovero sostano su strutture temporanee all'interno delle unità operative dell'area dell'emergenza appesantendo il lavoro degli operatori. Questo costituisce una nuova criticità che si aggiunge ad altre che storicamente rendono complessa la gestione del sistema dell'emergenza/urgenza della Liguria, quali:

- costante aumento della domanda di prestazioni da Pronto Soccorso da parte dei cittadini: da quanto emerge dall'analisi dei codici di gravità (rappresentata nel paragrafo 5.6), si rileva un elevato rischio di inappropriata utilizzazione dello stesso (si rimanda al paragrafo 5.6);

- presenza sul territorio di strutture eroganti prestazioni di emergenza urgenza sottoforma di primo intervento e talvolta anche di Pronto Soccorso dotate di risorse tecnologiche e professionali non idonee a garantire risposte di alta qualità.

Per far fronte alle rappresentate criticità afferenti il sistema dell'emergenza/urgenza della Liguria, lo stralcio del Piano Sociosanitario individua gli indirizzi per le Aziende già illustrati nel precedente paragrafo 5.6.

7.2.2 POTENZIAMENTO DELLA RESIDENZIALITA' EXTRA OSPEDALIERA E POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (Obiettivo G2)

Uno degli obiettivi generali dello *"Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza per il triennio 2008-2010"* è rappresentato dall'implementazione delle 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.

Il potenziamento delle cure territoriali, già sviluppato a seguito del primo provvedimento di riordino della rete ospedaliera del luglio 2006, ha significato creare un quadro di contesto dove Aziende Sanitarie e Ospedaliere debbono trovare risorse e sinergie per rispondere prioritariamente alle persone anziane, a quelle con disabilità ed in generale a tutte le categorie fragili

Gli obiettivi che garantiscono lo sviluppo delle cure territoriali in tutte le AASSLL della Liguria prendono in considerazione: un accesso ben definito delle cure primarie, un sistema delle cure domiciliari, l'adozione di un Fondo regionale per la non autosufficienza per sostenere le famiglie che mantengono a domicilio persone non autosufficienti, un sistema di continuità delle cure tra medici di medicina generale e guardia medica, l'avvio di posti per la fase post-acuzie definiti *"cure intermedie"*.

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

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

- nuova dotazione di posti definiti *"cure intermedie"* inseriti nella continuità assistenziale per rispondere alla prima fase post-acuzie di patologie invalidanti,
- incremento di posti per RSA di riabilitazione e RSA, RP, di mantenimento,
- dotazione di posti residenziali per le cure palliative per i malati terminali.

Dalla tabella inserita nel paragrafo 5.5 è evidenziato che su una popolazione anziana ultrasettantacinquenne al 01.01.2005 di 207.373:

- nel 2005 i posti di RSA/RP erano pari a 4.343 e le cure domiciliari effettuate pari a 179, per complessivi ,
- nel 2006 i posti di RSA/RP erano pari a 4.732 e le cure domiciliari effettuate pari a 350, per complessivi ,
- al 01.01.2007 i posti di RSA/RP erano pari a 5.084 e le cure domiciliari effettuate pari a 550, per complessivi.

Dalla lettura dei dati di cui sopra risulta che nel triennio di riferimento c'è stato un incremento di posti di RSA/RP pari a 741 e di cure domiciliari di 379, per complessivi

L'obiettivo del Piano Sociale integrato di cui alla dCr n.35/2007, è quello di incrementare la dotazione di RSA/RP e cure domiciliari e portarla a valori pari al 4% della popolazione anziana ultrasettantacinquenne, pari cioè a 8.295.

7.2.3 RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA (Obiettivo G3)

Tale obiettivo è da considerarsi "trasversale" nel senso che deve essere perseguito in forma organica all'interno del sistema di obiettivi generali rappresentati. Infatti, il suo raggiungimento è in stretta correlazione con il raggiungimento di tutti gli obiettivi del programma.

7.2.4 ADEGUAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA AI REQUISITI MINIMI E POTENZIAMENTO DELLE TECNOLOGIE (Obiettivo G4)

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.

Particolare attenzione va posta anche agli interventi finalizzati all'umanizzazione delle strutture.

Inoltre assume rilievo il potenziamento o la creazione, ove mancante, di una rete di telecomunicazioni da concepire come strumento di collegamento e di integrazione tra le diverse componenti della funzione ospedaliera, con particolare riguardo alla telemedicina, in grado di collegare unità mobili o presidi ospedalieri minori con centri di alta specialità al fine di anticipare il più possibile la funzione diagnostica e i sistemi di accesso, oltre che come supporto all'assistenza domiciliare. Sono da sviluppare quindi le applicazioni della telemedicina relativamente a specialità quali neurologia, cardiologia, radiologia ecc.

Lo stralcio del Piano Socio Sanitario individua il "*programma delle tecnologie*", illustrato nel precedente capitolo 5.7, con il quale viene esaminata la dotazione delle apparecchiature relative alla diagnostica per immagini rapportata agli abitanti.

7.2.5 POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE (Obiettivo G5)

In attuazione del Piano Sanitario Regionale vigente (relativo agli anni 2003-2005) e soprattutto dello Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza per gli anni 2008-2010, il programma di investimenti punta a rinforzare la rete di assistenza territoriale, azione già avviata con gli investimenti di cui all'Accordo di Programma anno 2004.

L'impegno delle risorse disponibili infatti, è stato orientato a soddisfare prioritariamente le esigenze di adeguamento delle strutture territoriali distrettuali ambulatoriali e residenziali.

Lo stralcio del piano Sociosanitario ha affrontato l'aspetto relativa alla riorganizzazione delle funzioni distrettuali delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di incrementare il consolidamento dei servizi distrettuali rafforzando l'accesso alla rete, attraverso diverse gradualità di cure domiciliari e forme di sostegno alla famiglia (come ad esempio il Fondo per la non autosufficienza), individuando la residenzialità extraospedaliera come risposta in grado di intercettare la fase post-acuzie e la lungo assistenza (si rimanda ai precedenti paragrafi 5.3 e 5.5).

7.3 GLI OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici da raggiungere mediante l'attuazione del programma relativamente alla funzione ospedaliera, vengono illustrati con la tabella di seguito indicata.

In detta tabella vengono richiamate le missioni assegnate ad ogni singolo presidio in funzione degli obiettivi di cui allo Stralcio del Piano Sanitario trattato al paragrafo 5. Ad ogni presidio è stato associato il numero di obiettivo specifico ed il riferimento del paragrafo del presente Documento in cui viene trattato.

COMPETENZE TERRITORIALI		PARAGRAFO DI RIFERIMENTO DEL PRESENTE DOCUMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO
ASL 1	Presidio Ospedaliero ASL 1: Osp. di Bordighera, Osp. di Sanremo a Bussana, Osp. di	5.4.1	S1
ASL 2	Presidio S. Paolo di Savona/Cairo M composto dagli Ospedali di Savona e di Cairo M.	5.4.2	S2
	Presidio del Ponente Ligure composto dagli Osp. Di Alberga e Pietra Ligure	5.4.2	S3
ASL 3	Presidio ospedaliero del Ponente Metropolitan Composto dagli ospedali di Voltri, Sestri P., Villa Scassi, Gallino di Pontedecimo, La Colletta di Arenzano	5.4.3	S4
A. O. U. SAN MARTINO		5.4.4	S5
ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA		5.4.6	S6
ASL 4	Presidio Ospedaliero dell'ASL 4 composto dagli Ospedali di Recco, Rapallo, Lavagna, Sestri Levante	5.4.9	S7
ASL 5	Presidio dell'ASL 5 composto dagli ospedali S. Andrea e Filettino di La Spezia, S. Bartolomeo di Sarzana	5.4.10	S8

7.4 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi operativi sono individuati come passi indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi specifici e generali e definiscono una serie di progettualità organizzate secondo un ordine di priorità e una previsione di cantierabilità articolata per annualità.

Le scelte esecutive che stanno alla base delle progettualità relative ai singoli interventi costituiscono l'essenza degli obiettivi operativi del programma.

Per gli interventi ritenuti maggiormente significativi, sono state effettuate analisi volte a stimare il rapporto costi/benefici e/o i benefici attesi derivanti dall'attuazione degli stessi. I risultati di tali analisi sono

presentati sinteticamente, per ogni intervento preso in esame,
successivamente alla descrizione degli obiettivi operativi.

8. GLI INDICATORI

Alla luce di quanto detto nel paragrafo precedente, gli obiettivi generali del Programma investimenti articolo 20 possono essere sintetizzati come segue:

- 1) **Riqualificazione della rete ospedaliera (Obiettivo G1),**
- 2) **Potenziamento della residenzialità extraospedaliera e politiche a favore della popolazione anziana (Obiettivo G2),**
- 3) **Riduzione delle liste di attesa (Obiettivo G3),**
- 4) **Adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi e potenziamento delle tecnologie (Obiettivo G4),**
- 5) **Potenziamento della rete territoriale (Obiettivo G5).**

Il Programma è frutto della elaborazione e composizione dei singoli programmi delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

I singoli programmi sono finalizzati al perseguimento dei suddetti obiettivi generali attraverso la progressiva realizzazione degli obiettivi operativi e degli obiettivi specifici, che sono illustrati nei capitoli seguenti, 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, inoltre, 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 alcuni indicatori in grado di misurare il livello di raggiungimento di ogni obiettivo generale a seguito dell'attuazione del Programma.

Sono stati individuati, inoltre, 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 sopra citato appare il solo in grado di operare una qualche valutazione di risultato.

Obiettivi e indicatori sono illustrati nella seguente tabella *Obiettivi/indicatori*.

TABELLA OBIETTIVI/INDICATORI

OBIETTIVI GENERALI	RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA (OBIETTIVO G1)	POTENZIAMENTO DELLA RESIDENZIALITÀ EXTRA OSPEDALIERA E POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (OBIETTIVO G2)	RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA (OBIETTIVO G3)	ADEGUAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA AI REQUISITI MINIMI E POTENZIAMENTO DELLE TECNOLOGIE (OBIETTIVO G4)	POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE (OBIETTIVO G5)
INDICATORI	Degenza media Indice di turnover Indice di case mix Casistica inappropriata (fascia 0 e 00) trattata in H Num. posti letto per 1000 ab. Num. posti letto di riabilitazione (1/1000 ab.) Accessi in codice bianco al pronto soccorso Casistica trattata in regime di day hospital Casistica trattata in regime di day surgery Tasso di spediizzazione (160/1000 ab.) Tasso di utilizzo posti letto (min. 75%) Fughe nelle aree critiche	Num. posti letto di residenzialità extraospedaliera per anziani (4% della popolaz. >= 75 anni) Ricettività hospice Pazienti assistiti in regime semiresidenziale Pazienti assistiti in regime domiciliare	Numero di prestazioni diagnostiche erogate Tempi di attesa prestazioni diagnostiche e ambulatoriali	Monitoraggio edilizio e finanziario (1): indicatori di realizzazione fisica e finanziaria: scostamento dal tempo di realizzazione previsto, scostamento dal costo di realizzazione previsto, scostamento dalla spesa media annuale prevista	Numero di accessi ai servizi, di prestazioni erogate o di utenti presi in carico.

Nota (1): vedi capitolo *Monitoraggio dell'attuazione del programma: finanziario, fisico, procedurale*

9 SCHEDE DELI INTERVENTI DA INSERIRE NELL'ACCORDO DI PROGRAMMA REGIONE – GOVERNO DA SOTTOSCRIVERE

Come già detto nei paragrafi precedenti, il Consiglio regionale con deliberazione n. 34 del 1° agosto 2007 ha approvato il "Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero e territoriale regionale" ed il "Programma degli interventi oggetto del nuovo Accordo di Programma che la Regione Liguria sottoscriverà con i Ministeri competenti".

Con l'attuazione del programma degli interventi oggetto del nuovo Accordo di Programma, la Regione Liguria utilizza, integralmente, il finanziamento originariamente assegnato dal CIPE, con deliberazione n. 52/1998 (integrato con deliberazione n. 65/2004), quale finanziamento della 2^ fase del progetto di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988.

Il programma in argomento impegna la somma a carico dello Stato pari ad € 55.862.934,35 la cui disponibilità risulta dal calcolo sottoriportato.

Assegnazione 2^ fase Delibera CIPE n. 52 del 06.05.98	€ 339.111.797,42 +
Delibera CIPE n. 53 del 06.05.98 1^ tranche della 2^ fase (acconto anno 1998)	€ 28.140.187,06 -
Delibera CIPE n. 65 del 02.08.2002 (modificata con delib. n. 63 del 10.12.2004)	€ 29.329.326,00 +
Accordo di programma stipulato in data 27.07.2000	€ 167.906.216,61 -
Accordo di programma integrativo stipulato in data 23.05.2002	€ 39.790.421,95 -
Accordo di programma stipulato in data 27.09.2004	€ 77.793.099,85 -
Risorse resesi disponibili a seguito delle revoche operate dal Ministero della salute, in applicazione della L. 266/2005 (finanziaria 2006), relative ai seguenti interventi: Accordo di Programma anno 2000 € 318.912,13 (Cod. 200/3/D), Accordo di Programma anno 2004 € 732.824,27 (Cod. 79/3/T/03).	€ 1.051.736,40 +
T O T A L E	€ 55.862.934,35

Detto programma è l'aggiornamento/integrazione del programma approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 21 del 01.07.2003 relativamente a quegli interventi che per carenza della residua disponibilità dei fondi assegnati, non è stato possibile inserirli nel 2° Accordo di Programma che la Regione Liguria ha sottoscritto con i Ministeri competenti nell'anno 2004.

L'aggiornamento si è reso necessario per i seguenti motivi:

- 1) il programma approvato dal Consiglio con deliberazione n.21/2003 faceva riferimento ad un elenco di interventi proposti dalle Aziende in funzione di esigenze degli anni 2002-2003, che, dopo circa tre anni, hanno subito dei cambiamenti dovuti anche alla naturale evoluzione della programmazione;
- 2) l'esigenza di effettuare le verifiche in funzione di quanto stabilito all'articolo 1 comma 285 della Finanziaria 2006, il quale detta nuove disposizioni di

- particolare rilevanza per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 1988, da applicarsi a decorrere dal 1° gennaio 2006;
- 3) l'esigenza di verificare la coerenza degli interventi al *"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;
 - 4) l'esigenza di verificare la coerenza con l'Accordo che la Regione Liguria ha sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministero della salute ed il ministero dell'economia e delle finanze, per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Accordo approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 243 del 9 marzo 2007).
 - 5) l'esigenza di modulare gli interventi in funzione della previsione, a medio lungo termine, di costruzione di nuovi ospedali di cui al *"Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero e territoriale regionale"* (rappresentato al precedente paragrafo 6).

Il presente programma degli interventi, di cui al Documento Programmatico in argomento, ha una duplice obiettivo:

- **il primo è quello di completare il programma di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 mediante l'utilizzo del finanziamento residuo disponibile, in funzione degli indirizzi impartiti a livello centrale e della programmazione sanitaria regionale che è stata sviluppata nel corso degli anni,**
- **il secondo è quello di definire un programma che costituisca un anello di collegamento con la futura programmazione sanitaria degli investimenti, con particolare riferimento alla modernizzazione del parco ospedaliero del territorio regionale ligure.**

ASL 1 IMPERIESE

l'ipotesi di realizzare un nuovo Presidio Ospedaliero Provinciale, in sostituzione degli stabilimenti ospedalieri esistenti, con l'obiettivo di unificare in un'unica struttura nuova, moderna, tecnologicamente attrezzata ed organizzata, secondo le più recenti normative in materia di strutture degenziali per pazienti acuti, ha indotto la ASL 1 a riallineare la programmazione precedentemente approvata.

La nuova programmazione tiene conto:

- per l'ospedale di Sanremo dell'esigenza di intervenire nell'area del Pronto Soccorso e Sale Operatorie che presenta forti criticità sia per carenza di spazi operativi sia per vetustà di locali ed impianti;
- per l'ospedale di Imperia dell'esigenza di adeguare alcuni piani delle degenze del blocco "A" agli standard.

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 dieci anni, l'espletamento delle funzioni ospedaliere in attesa della costruzione del nuovo ospedale unico.

Anche il potenziamento delle strutture territoriali è elemento imprescindibile e qualificante dell'offerta sanitaria provinciale in relazione all'accorpamento della funzione ospedaliera in un unico ospedale provinciale. Pertanto la programmazione degli interventi sul territorio prevede:

- nell'ambito imperiese, la realizzazione di due strutture, una di nuova costruzione in via Acquarone a Imperia ed una presso l'attuale palazzina B dell'ospedale di Imperia che si differenziano per funzioni;

- nell'ambito sanremese, vengono riproposti, come ad Imperia, due interventi di cui uno in Corso Garibaldi nell'ambito dei finanziamenti FIR ed un secondo in via privata Scoglio;
- nell'ambito Bordighera/Ventimiglia le funzioni territoriali si articoleranno in due strutture, una principale presso lo stabilimento di Bordighera, che verrà realizzata attraverso la ristrutturazione della cosiddetta palazzina uffici, l'altra con il mantenimento di Villa Olga, nella città di Ventimiglia, di proprietà dell'ASL.

1/1/H/07 – OSPEDALE SANREMO PAD. BOREA: RISTRUTTURAZIONE LOCALI EX FARMACIA AL PIANO SEMINTERRATO DEL NUOVO PRONTO SOCCORSO.

Costo totale € 1.500.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'attuale Pronto Soccorso non ha le superfici necessarie per rispondere adeguatamente alle necessità dell'utenza ed alle esigenze degli operatori.

Si è reso quindi necessario individuare un'area sufficiente alle nuove esigenze.

L'attuale area al piano seminterrato adibita a magazzino della Farmacia, di circa 500 mq, è stata individuata quale superficie idonea ad ospitare il nuovo pronto soccorso.

L'intervento richiede il trasferimento delle funzioni della Struttura Farmaceutica in un unico complesso baricentrico ai tre stabilimenti, in regime di locazione. I locali liberati verranno trasformati per la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso, con nuovi accessi e nuova Camera Calda la cui realizzazione è prevista quale ampliamento del piano mediante l'utilizzo del sedime del giardino esistente.

L'intervento prevede opere edili ed impiantistiche ed anche la realizzazione di un nuovo ascensore montalettighe interno che sarà collegato al piano immediatamente superiore dove sono già attivi la rianimazione, l'osservazione breve intensiva e la radiologia.

2/1/H/07 – OSPEDALE SANREMO: REALIZZAZIONE IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE AL PAD. CASTILLO – REALIZZAZIONE IMPIANTO PARAFULMINE ED INTERVENTI DI COMPLETAMENTO PREVENZIONE INCENDI AI PAD. BOREA E CASTILLO.

Costo totale € 1.500.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

Trattasi di intervento di ristrutturazione dell'impianto di climatizzazione al Padiglione Castillo mediante la sostituzione dell'esistente impianto ed il relativo ampliamento resosi necessario dallo stato dell'attuale impianto, oramai obsoleto, che non risponde più agli aspetti di benessere ambientale e di condizionamento d'ambiente. Infatti, tale padiglione progettato negli ultimi anni '60 e realizzato nella prima metà degli anni '70, è in forte sofferenza per quanto riguarda i coefficienti di coibentazione termica in quanto è dotato di ampia superficie vetrata la quale non presenta una struttura frangisole per cui le condizioni climatiche, soprattutto nel periodo estivo, risultano fortemente critiche e creano gravi disagi ai pazienti.

L'intervento prevede inoltre, ai Padiglioni Borea e Castillo, il completamento delle opere di adeguamento alla normativa di prevenzione incendi, secondo le pratiche

approvate dai VV. F., e la realizzazione dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche secondo le norme CEI vigenti.

3/1/H/07 - OSPEDALE SANREMO: INTERVENTI VARI DI RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA EDILE ED IMPIANTISTICA.

Costo totale € 3.850.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'Ospedale di Sanremo necessita di interventi di ristrutturazione e messa a norma riguardanti:

- le Camere Mortuarie: le attuali sono ubicate in locali angusti, al piano seminterrato del padiglione Castillo, e mancano di privacy in quanto non risultano separate in boxes; inoltre le camere non sono collegate al sistema dei percorsi interni per cui le salme devono essere trasportate in barella su viali esterni;
- il reparto Ortopedia: è ubicato al piano primo del Padiglione Borea e necessita di adeguamento ai requisiti minimi strutturali ed impiantistici, in particolare la realizzazione di camere con servizi ed il rifacimento degli impianti;
- il Servizio di Radiologia: è ubicato al piano terreno del Padiglione Borea e necessita di intervento di ristrutturazione, in quelle aree non oggetto degli adeguamenti già realizzati e riferiti alle recenti installazioni tecnologiche elettromedicali; in particolare l'intervento prevede l'adeguamento di tipo edilizio ed impiantistico sia negli spazi comuni (corridoi, accoglienza, studi), sia nei locali di diagnostica più volte rimaneggiati negli anni dal rinnovo delle apparecchiature radiologiche;
- le Sale Operatorie: sono ubicate nella zona centrale al secondo e terzo piano del Padiglione Borea; quelle di chirurgia/urologia, realizzate nel 1982 e poste al piano 3°, necessitano di una completa ristrutturazione edile ed impiantistica e necessitano di un intervento di completa ristrutturazione; è necessario inoltre intervenire, mediante una radicale ristrutturazione edilizia ed impiantistica, presso la sala di chirurgia ambulatoriale ed i locali collegati in quanto realizzata negli anni '70 è stata fino ad oggi interessata minimali interventi di messa a norma.

4/1/T/07 - OSPEDALE SANREMO: FORNITURA E POSA IN OPERA DI NUOVA RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE.

Costo totale € 2.250.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G3 - G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

Nell'ambito dell'ASL 1 è attualmente in funzione una Risonanza Magnetica Nucleare total body presso lo Stabilimento di Imperia e una presso lo Stabilimento di Bordighera.

Tutta l'area sanremese è pertanto sprovvista di tale strumento diagnostico

La fornitura e posa in opera di una nuova Risonanza Magnetica Nucleare costituisce il completamento e l'aggiornamento delle apparecchiature tecnologiche elettromedicali nel Reparto di radiologia presso l'Ospedale di Sanremo, consentirebbe di offrire una migliore risposta agli utenti e contribuirebbe alla riduzione delle liste di attesa.

ANALISI COSTI BENEFICI

Per verificare la convenienza di installare una nuova risonanza magnetica presso il presidio di Sanremo occorre valutare il costo delle 'fughe' in questa specialità diagnostica sopportate dall'ASL1 imperiese e compararlo con quanto verrebbe pagato dall'azienda per ogni eventuale singola risonanza effettuata internamente.

La domanda attualmente non intercettata dalle strutture aziendali può essere stimata in circa 2000 prestazioni annue, a fronte di una produzione interna che potrebbe arrivare, sfruttando appieno le attrezzature presenti nel distretto di Imperia e in quello di Ventimiglia, a circa 8000 risonanze.

Una nuova apparecchiatura consentirebbe di elevare tale valore a circa 14.000 prestazioni annue. Su una popolazione che sfiora i 218.000 abitanti, questo si tradurrebbe in un'offerta potenziale, a regime, di 64 risonanze magnetiche ogni 1000 abitanti. Il dato raggiungerebbe, a quel punto, la media nazionale, ma ci manterrebbe comunque molto distanti dai livelli raggiunti in paesi come gli Stati Uniti o la Norvegia, stimabili sulle 90 prestazioni ogni 1000 abitanti. Considerando che l'Italia, storicamente, segue i trend dei Paesi guida con un ritardo di 3 – 5 anni, nel lungo periodo potremmo comunque trovarci in situazione di carenza di offerta.

Appare quindi ragionevole stimare un'attività, esclusivamente di recupero fughe, per la nuova attrezzatura intorno alle 3300 prestazioni annue. I calcoli allegati mostrano come ciò porti a un vantaggio economico in uno qualunque degli step presi in considerazione pari a orizzonti temporale di 10, 20 e 30 anni.

Tra i benefici difficilmente quantificabili da un punto di vista economico si possono, inoltre, annoverare i risparmi in termini di trasporti in ambulanza dei pazienti, la riduzione della degenza media per pazienti che attendono di essere sottoposti a un esame di risonanza magnetica e una maggior capacità di contenere le liste di attesa nei limiti assegnati da regione Liguria.

	Totale	Annuo	10 anni	20 anni	30 anni
Costi di struttura	450.000,00		450.000,00	450.000,00	450.000,00
Costo di Impianto	1.800.000,00	225.000,00	2.250.000,00	4.500.000,00	6.750.000,00
Costi di manutenzione		148.500,00	1.485.000,00	2.970.000,00	4.455.000,00
Totale costi apparecchiature	2.250.000,00	373.500,00	4.185.000,00	7.920.000,00	11.655.000,00

	Unitario	Annuo	10 anni	20 anni	30 anni
N° risonanze		3.300,00	33.000,00	66.000,00	99.000,00
Costo interno esame (*)	63,78	210.468,16	2.104.681,61	4.209.363,22	6.314.044,83
Costo interno totale		583.968,16	6.289.681,61	12.129.363,22	17.969.044,83
Costo esterno	200,00	660.000,00	6.600.000,00	13.200.000,00	19.800.000,00
Saldo		76.031,84	310.318,39	1.070.636,78	1.830.955,17

(*) Laddove

Costo interno esame – unitario	Euro
Costo personale	38,11
Costi farmaci e materiale economale	14,34
Ammortamento apparecchiature accessorie	9,59
Costi utenze	0,81
Ammortamento immobili	0,93
Totale costi senza attrezzature	63,78

5/1/D/07 – COSTRUZIONE DI NUOVO EDIFICIO PER SERVIZI TERRITORIALI DI ALTA COMPLESSITA' IN VIA PRIVATA SCOGLIO A SANREMO.

Costo totale € 5.000.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

Trattasi di intervento relativo alla costruzione di un nuovo edificio, su area di proprietà aziendale, da adibire ad attività Distrettuali di alta complessità. Il nuovo edificio conterrà le seguenti funzioni:

- al piano 1° parcheggio e locali tecnici,
- al piano terra punto di primo soccorso, polo del 118 ed automedica, guardia medica,
- al piano primo ambulatori chirurgici, intramoenia e dialisi.

Le attività di detto Distretto si integreranno con quelle previste nel Palasanità di Sanremo già programmato e finanziato a valere sul F.I.R. anno 2006.

ANALISI COSTI BENEFICI

Stimare i vantaggi economici derivanti dall'accorpamento dei diversi ambulatori sparsi sul territorio di Sanremo in una struttura specializzata non è un'impresa agevole.

Risulta, infatti, impossibile monetizzare alcuni 'benefici sociali' derivanti dall'operazione, che, da soli, varrebbero l'investimento:

- Possibilità di apertura continuata dalle 8.00 alle 18.00;
- Disponibilità di tutte le specialità nello stesso edificio;
- Strettamente connessa al punto precedente, si avrà la possibilità di effettuare percorsi diagnostici integrati;
- Disponibilità di ampi parcheggi per il pubblico;
- Possibilità di accorpare nella stessa struttura anche alcuni studi per libera professione e per MMG.

A ciò si affiancano gli indubbi, ma anche qui difficilmente calcolabili a priori, vantaggi in termini di semplificazione organizzativa, che permetterebbero un risparmio sull'organico dedicato agli ambulatori, e la possibilità di attivare servizi comuni di ottimo livello a elevato valore aggiunto per il cittadino, come l'accoglienza integrata.

Infine si possono prevedere risparmi in termini di manutenzione degli impianti di riscaldamento e condizionamento, dei lavori di mantenimento in efficienza della struttura e delle spese in combustibili e energia elettrica.

Oltre a tali considerazioni occorre inoltre considerare che la costruzione del nuovo edificio per servizi territoriali a Sanremo comporterà la sospensione di un affitto sul primo distretto pari a € 252.000,00 anno.

6/1/H/07 – OSPEDALE DI IMPERIA: ADEGUAMENTO STANDARD DEL MONOBLOCCO "A".

Costo totale € 4.254.009,96

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento prevede la ristrutturazione e l'adeguamento delle aree ad uso sanitario, non oggetto di precedenti interventi, nel monoblocco "A" dell'Ospedale di Imperia. Le aree interessate sono le seguenti:

- piano 2° lato ovest degenza di chirurgia (p.l. 24),

- piano 3° lato ovest degenza di ostetricia e ginecologia (p.l. 24),
- piano 3° lato est reparto di pediatria (p.l. 10),
- piano 4° lato ovest degenza di ortopedia (p.l. 24),
- piano 4° lato est reparto di pneumologia (p.l. 24),
- piano 5° lato ovest degenza di oculistica (p.l. 14).

L'intervento prevede anche la realizzazione di un nuovo montalettighe.

A livello tecnico l'intervento, che interessa un superficie di 5000 mq, è relativo:

- al consolidamento dei sottofondi e rifacimento delle pavimentazioni, sostituzione dei serramenti interni, la coloritura delle pareti e la realizzazione di controsoffitti,
- alla realizzazione di nuove camere di degenza con servizi igienici dedicati,
- alla realizzazione di un nuovo impianto di climatizzazione con aria primaria di portata adeguata per le destinazioni d'uso,
- alla realizzazione di un nuovo montalettighe,
- ad interventi di adeguamento alla normativa vigente in particolare di sicurezza ed igiene del lavoro.

7/1/D/07 – COSTRUZIONE NUOVO EDIFICIO AD USO PIASTRA AMBULATORIALE E SEDE DISTRETTUALE AD IMPERIA (PALASANITA').

Costo totale € 11.496.267,96

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

Trattasi della costruzione di un nuovo edificio polifunzionale dove accentrare le attività Distrettuali in oggi operanti in diversi stabili.

La costruzione è prevista in via Aquarone ad Imperia Porto Maurizio, in area che verrà posta a disposizione del Comune. Tale edificio si svilupperà su quattro piani fuori terra e due piani interrati per parcheggi, con le seguenti funzioni:

- piano 2° e 1° interrato parcheggi e locali tecnici,
- piano terra CUPA, prelievi, radiologia, spogliatoi, farmacia,
- piano 1° CSM ed igiene,
- piano 2° amministrazione, direzione, consultorio,
- piano 3° area ambulatoriale ed intramoenia..

ANALISI COSTI BENEFICI

Stimare i vantaggi economici derivanti dall'accorpamento dei diversi ambulatori sparsi sul territorio di Imperia e in una struttura specializzata non è un'impresa agevole.

Risulta, infatti, impossibile monetizzare alcuni 'benefici sociali' derivanti dall'operazione, che, da soli, varrebbero l'investimento:

- Possibilità di apertura continuata dalle 8.00 alle 18.00;
- Disponibilità di tutte le specialità nello stesso edificio;
- Strettamente connessa al punto precedente, si avrà la possibilità di effettuare percorsi diagnostici integrati;
- Disponibilità di ampi parcheggi per il pubblico;
- Possibilità di accorpare nella stessa struttura anche alcuni studi per libera professione e per MMG.

A ciò si affiancano gli indubbi, ma anche qui difficilmente calcolabili a priori, vantaggi in termini di semplificazione organizzativa, che permetterebbero un risparmio sull'organico dedicato agli ambulatori, e la possibilità di attivare servizi comuni di ottimo livello a elevato valore aggiunto per il cittadino, come l'accoglienza integrata.

Infine si possono prevedere risparmi in termini di manutenzione degli impianti di riscaldamento e condizionamento, dei lavori di mantenimento in efficienza della struttura e delle spese in combustibili e energia elettrica.

Oltre a tali considerazioni occorre inoltre precisare che i lavori di costruzione del palasani ad Imperia saranno parzialmente finanziati dalla dismissione della palazzina di via Matteotti, per un presumibile importo di € 3.500.000,00.

8/1/H/07 – RISTRUTTURAZIONE PALAZZINA EX UFFICI PER UBICAZIONE SERVIZI TERRITORIALI PRESSO LO STABILIMENTO OSPEDALIERO DI BORDIGHERA.

Costo totale € 2.000.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'obiettivo aziendale è quello di accorpate nello Stabilimento Ospedaliero di Bordighera le attività distrettuali territoriali dell'ambito Ventimigliese, attualmente distribuite in parte nell'ex Ospedale Santo Spirito ed in parte a Villa Olga, edifici siti nel comune di Ventimiglia, definendo, nell'area dello Stabilimento, edifici a destinazione ospedaliera e distrettuale.

L'accorpamento garantisce una ottimizzazione dei tempi di risposta agli utenti, una riduzione del personale sanitario, una migliore integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri, ed un migliore utilizzo degli spazi esterni comuni.

Le opere previste consistono in :

- consolidamento statico dei muri portanti, dei solai, della copertura,
- redistribuzione degli spazi interni finalizzati all'adeguamento dei locali,
- rifacimento tramezzature, pavimentazioni, sostituzione dei serramenti interni, coloritura pareti e soffitti,
- realizzazione di nuovo impianto di riscaldamento, elettrico e di climatizzazione.

Le funzioni che saranno ubicate sono le seguenti:

- 1) sede del distretto: CUPA, uffici amministrativi, ambulatori, dialisi, palestre,
- 2) igiene pubblica: commissione invalidi civili, veterinari.

Tali funzioni saranno integrate da altre funzioni specialistiche già presenti nello Stabilimento Ospedaliero e che permarranno, quali: radiologia, centro prelievi e laboratorio, ambulatori specialistici, punto di primo soccorso.

L'azienda ritiene inoltre opportuno mantenere, nell'ambito delle attività sanitarie, l'edificio di Villa Olga ove verranno mantenute le seguenti attività: centro di salute mentale, il SERT, il centro diurno psichiatrico.

9/1/H/07 – OSPEDALE DI BORDIGHERA: COSTRUZIONE DI NUOVO EDIFICIO PER RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE.

Costo totale € 5.095.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S1

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento prevede la costruzione di un nuovo edificio, in prolungamento dell'ala ovest del corpo di fabbrica principale dello Stabilimento ospedaliero di Bordighera, da destinare a Residenza Sanitaria Assistenziale dimensionata per sessanta ospiti.

L'edificio sarà formato da quattro piani fuori terra più uno interrato, ai piani 1° - 2° - 3° verranno ubicati sessanta posti letto, al piano terra i servizi ed al piano interrato il parcheggio ed i depositi e locali tecnici.

La costruzione di detta struttura soddisferà, in parte, l'esigenza di posti letto di questa tipologia in quanto andrà a coprire l'assoluta mancanza di strutture pubbliche nell'ambito Ventimigliese.

ANALISI COSTI BENEFICI

Tale intervento è motivato dalle seguenti necessità:

- Incremento dei posti letto di residenzialità extra ospedaliera per anziani così come previsto dal Piano Sanitario Regionale e relativo stralcio, che indica l'obiettivo di giungere entro il 2010 a dotare il territorio di competenza dell'ASL 1 di un numero di posti per residenzialità e semiresidenzialità pari a 468 (4% della popolazione ultrasessantacinquenne).
- Riequilibrio della dotazione dei posti letto descritti all'interno della distribuzione tra i tre Distretti componenti il territorio dell'ASL, che ad oggi vede il comprensorio di Bordighera penalizzato rispetto agli altri due.
- Integrazione in una sola area di tutti i servizi ospedalieri e territoriali, garantendo una ottimizzazione dei tempi di risposta e una facilità di integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. Da sottolineare inoltre come il collegamento diretto tra l'RSA e lo stabilimento ospedaliero consenta di evitare il trasporto in ambulanza dei degenti tra la struttura e i servizi di diagnosi e cura ospedalieri, aumentando in modo significativo gli aspetti qualitativi e contemporaneamente indicendo un risparmio economico.

Periodo temporale	30 anni
--------------------------	----------------

Costi	
Infrastrutture	5 095 000,00
Costi interni	55 000 000,00
	€ 60 095 000,00

Benefici	
Adeguamento standard residenzialità extraospedaliera PSR	Obbligo di legge
Costo posti letto accreditati	€ 60 877 620,00
Integrazione con ospedale di Bordighera	Qualità
Integrazione con ospedale di Bordighera	€ 1 000 000,00
	€ 61 877 620,00

Dall'analisi dei dati contenuti in tabella si evince un sostanziale equilibrio del rapporto costi/benefici solo limitandosi alla considerazione dei parametri economici. Se a ciò si aggiungono i descritti miglioramenti qualitativi, destinati ad aumentare in modo considerevole l'efficacia sanitaria di interventi sulla categoria costituita da pazienti anziani, quindi di criticità maggiore rispetto ad altre, si conferma a maggior ragione la bontà dell'intervento anche in termini di rapporto costo/efficacia.

Come già attuato in Azienda i servizi di tipo non sanitario assistenziale sono dati in outsourcing (Lavanderia, pulizie e approvvigionamento pasti).

10/1/D/06 – RISTRUTTURAZIONE VILLA SPINOLA DI BUSSANA – SANREMO.

Costo totale € 1.000.000,00

**OBIETTIVI GENERALI: G4
OBIETTIVI SPECIFICI: S1**

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'edificio, attualmente sede dell'ASL, era stato costruito quale centro elioterapico dell'ospedale di Pavia.

L'intero complesso è stato realizzato in anni successivi ed ora necessita di una radicale manutenzione esterna e di una nuova distribuzione degli spazi interni per adeguarli alle nuove esigenze aziendali.

L'intervento è volto a sanare situazioni di degrado edilizio sulle strutture, in particolare le facciate fronte mare, ed a razionalizzare l'interno per migliorare la funzionalità della struttura.

ASL 2 SAVONESE

La ASL, effettuate le necessarie verifiche, ha confermato gli interventi programmati dal Consiglio regionale con deliberazione n.21 del 1° luglio 2003, ed ha proposto l'unificazione dei seguenti due interventi "Completamento adeguamento ai requisiti strutturali (DPR 14/1/97) del corpo servizi del complesso ospedaliero San Paolo Valloria" (ex Cod. 26/2/H/03) e " Completamento adeguamento ai requisiti strutturali (DPR 14/1/97) del monoblocco del complesso ospedaliero San Paolo Valloria" (ex Cod. 27/2/H/03) in un unico intervento sotto elencato al Cod. 5/2/H/06.

L'intervento relativo al "Restauro edificio denominato Villa Zanelli in Via Nizza" a Savona, programmato con dCr 21/2003, non è ritenuto necessario pertanto non viene confermato. Il finanziamento che si rende disponibile di € 3.620.000,00 viene destinato a finanziare gli interventi urgenti dell'A. O. U. San Martino.

11/2/H/07 – COMPLETAMENTO ADEGUAMENTO AI MINIMI STRUTTURALI (DPR 14/1/97) DEL MONOBLOCCO E DEL CORPO SERVIZI DEL COMPLESSO OSPEDALIERO S. PAOLO VALLORIA SAVONA – 1° lotto -.

Costo totale € 4.390.000,00

**OBIETTIVI GENERALI: G4
OBIETTIVI SPECIFICI: S2**

OBIETTIVI OPERATIVI:

Tali lavori sono inseriti nel programma di interventi per il completamento dell'adeguamento del Complesso Ospedaliero S. Paolo di Valloria ai requisiti minimi (DPR 14.01.97).

La previsione della spesa relativa a detto finanziamento, pari ad € 4.390.000,00, programmata nella dCr 21/2003, ad oggi non risulta sufficiente a garantire la copertura finanziaria per eseguire gli interventi necessari di adeguamento ai minimi strutturali del complesso ospedaliero in Valloria. L'aumento rispetto alla precedente valutazione è dovuto sinteticamente:

- all'aumento dei costi degli interventi e adeguamento rispetto alle precedenti stime redatte nell'anno 2003,
- alla necessità di procedere alla cantierizzazione degli interventi nei reparti di degenza del monoblocco per singolo piano e non per colonne come in precedenza ipotizzato,
- notevole aumento degli interventi relativi al "Corpo Servizi" ed in particolare nuova necessità di procedere alla ristrutturazione del reparto UTIC ed alla realizzazione in adiacenza allo stesso di una nuova sala di emodinamica in sostituzione di quella attualmente attiva al piano del Blocco Operatorio.

Per le ragioni su esposte, con l'importo di finanziamento indicato nella dCr 21/2003 pari ad € 4.390.000,00, in oggi confermato, verrà realizzato un primo lotto funzionale di opere di adeguamento.

I lavori previsti consistono in:

- Adeguamento ai requisiti minimi al DPR 14/01/1997 del Monoblocco: divisione delle aree di degenza con la realizzazione di camere con servizi igienici ad 1, 2,3 posti letto, nuova distribuzione delle aree a servizio e realizzazione di studi medici-ambulatori-locali infermieri, revisione e sistemazione di tutta la parte impiantistica in funzione dei nuovi spazi;
- Adeguamento ai requisiti minimi al DPR 14/01/1997 del Corpo Servizi: ristrutturazione edile e impiantistica per realizzare adeguati spogliatoi per il personale, un nuovo Servizio Farmacia.

12/2/D/07 – RECUPERO E MESSA A NORMA DI PARTE DEL COMPLESSO EDILIZIO EX BOSCHINE PER REALIZZARE UN DISTRETTO SANITARI (VARAZZE).

Costo totale € 973.800,00

OBIETTIVI GENERALI: G4 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S2

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento permetterà di realizzare una sede adeguata per il distretto sanitario di Varazze attualmente ubicato in edificio in locazione e non rispondente ai requisiti minimi (DPR 14.01.97) ed alle esigenze funzionali specifiche.

Tale intervento si inserisce in un programma di recupero di un importante complesso edilizio, posto nel centro storico di Varazze, in fase di realizzazione da parte del Comune.

Il nuovo distretto verrà realizzato previa ristrutturazione di un'ala del suddetto complesso con ingrosso indipendente.

I locali risultano articolati su tre piani per complessivi mq. 700 ca. e ospiteranno le funzioni tipiche del distretto sanitario: CUPA, uffici amministrativi, ambulatori specialistici, punto prelievi e una diagnostica radiologica.

ANALISI COSTI BENEFICI

L'attuale sede risulta in locazione con un canone annuo di €. 31.800,00.

Con l'Amministrazione Comunale di Varazze è stato concordato una convenzione che permetterebbe di ammortizzare l'investimento in trenta anni con un successivo canone di locazione paragonabile a quello attualmente pagato.

Ne consegue che a livello economico l'intervento non provoca un aumento di costi significativo mentre al contrario produce un radicale miglioramento del servizio che può essere così sintetizzato:

- prestazioni sanitarie erogate in locali adeguati e conformi alle vigenti normative.
- miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie in quanto gli operatori potranno lavorare in locali adeguati
- miglior accessibilità per gli utenti

- sinergia con le attività socio-sanitarie svolte dal personale dell'Amministrazione Comunale che verrà trasferito in locali attigui al nuovo distretto.

ASL 3 GENOVESE

Il piano di interventi presentato dall'ASL 3, a completamento di quello di cui all'Accordo di programma anno 2004, risulta conforme agli indirizzi della programmazione regionale, i cui obiettivi sono stati definiti dal Consiglio regionale con la deliberazioni n. 69/2002 e n. 21/2003, che riguardano, in particolare, la riconversione di alcune funzioni ospedaliere in funzioni territoriali.

Rientra in tali obiettivi la riconversione, progressiva, delle attuali funzioni del P. O. Celesia di Genova Rivarolo in funzioni territoriali quali ad esempio: cure intermedie, residenzialità e piastra ambulatoriale.

Oltre tale obiettivo la ASL 3 ha previsto di provvedere al completamento di alcuni interventi, prioritari ed essenziali per il regolare funzionamento degli edifici ospedalieri, relativi all'adeguamento alla normativa antincendio, ed all'adeguamento del parco delle apparecchiature elettromedicali.

13/3/D/07 – ARREDI ED ATTREZZATURE PER LA TRASFORMAZIONE DEI REPARTI PER ACUTI IN RESIDENZIALITA' (PP.OO. di Sestri P., di Pontedecimo, di Arenzano, di Recco).

Costo totale € 335.696,98

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G2 - G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S4

OBIETTIVI OPERATIVI:

Tale intervento rientra nella manovra aziendale di trasformazione di alcuni stabilimenti ospedalieri in strutture di residenzialità ed è finanziato con l'importo di € 335.696,98 di cui € 318.912,13 (95% 9a carico dello Stato, derivante dalla revoca effettuata dal Ministero della salute ai sensi della legge n. 266 del 2005, all'art. 1, comma 310, ed € 16.784,85 (5%) a carico del bilancio regionale.

14/3/H/07 – EX OSPEDALE CELESIA: TRASFORMAZIONE IN STRUTTURA POLIAMBULATORIALE E DI RESIDENZIALITA' – INTERVENTO PER LA TRASFORMAZIONE DEL PADIGLIONE A VALLE IN RESIDENZIALITA'.

Costo totale € 1.700.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1 – G2 - G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S4

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento previsto nel complesso edilizio del Celesia di Genova Rivarolo, oltre ad essere stato confermato (era già inserito nel programma consiliare di cui alla deliberazione n. 21/2003), rispetta il vigente P.S.R. che prevede la trasformazione della struttura in presidio a carattere riabilitativo. Il costo dell'intervento, rispetto a quello programmato nella dCr 21/2003, passa da € 2.140.431,86 ad € 1.700.000,00. Tale ridimensionamento è correlato alle iniziative assunte dall'ASL, e

tuttora in corso, che hanno portato l'Azienda ad anticipare, con propri fondi, una serie di interventi ritenuti prioritari ed indifferibili.

15/3/H/07 – INTERVENTI DI COMPLETAMENTO LAVORI ANTINCENDIO NEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI/DI RESIDENZIALITA' DELL'ASL.

Costo totale € 1.860.565,39

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S4

OBIETTIVI OPERATIVI:

Tale intervento rappresenta il completamento delle opere di prevenzione incendi, derivanti dall'entrata in vigore delle nuove e specifiche norme, finalizzate all'ottenimento del certificato di prevenzione incendi degli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda.

In particolare, per il P. O. S. Carlo di Voltri è previsto la realizzazione di un ascensore di collegamento dalla pubblica via per migliorare la complessiva viabilità di accesso al presidio anche ai fini dell'accessibilità dei mezzi di soccorso antincendio.

16/3/T/07 – ACQUISTO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI FINALIZZATO A COMPLETARE; SOTTO IL PROFILO TECNOLOGICO, IL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI E TERRITORIALI DELL'AZIENDA ASL3.

Costo totale € 771.393,97

OBIETTIVI GENERALI: G3 - G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S4

OBIETTIVI OPERATIVI:

Tale intervento viene finanziato con l'importo di € 732.824,27 quota a carico dello stato, ottenuta dalla revoca del finanziamento, ai sensi della legge n.266 del 2005, all'art. 1, comma 310, assegnato, a valere sull'Accordo di programma anno 2004, all'ASL 3 per la realizzazione dell'intervento relativo a "Adeguamento a norme di sicurezza delle apparecchiature elettromedicali" che non è stato aggiudicato entro i termini previsti.

La riprogrammazione di detta spesa, pur essendo riferita alla medesima tipologia di intervento precedente, rientra nella strategia aziendale di utilizzo delle risorse mirata al superamento della frammentazione dei piccoli presidi ed allo sviluppo delle attività sul territorio.

L'intervento riguarda l'acquisto di apparecchiature elettromedicali di tipologie ed applicazioni diversificate; un esempio utile a rappresentare le tipologie di intervento che si andranno ad effettuare è il "progetto di digitalizzazione dei servizi per immagini" che comporta l'acquisto di apparecchiature digitali dirette o apparecchiature per la digitalizzazione indiretta delle apparecchiature radiologiche esistenti. E' un progetto, già avviato negli ospedali, può portare risultati importanti in termini di resa delle apparecchiature, di produttività del personale, di riduzione dei costi e, in definitiva di miglioramento del servizio al cittadino.

ASL 4 CHIAVARESE

Gli interventi proposti dall'ASL 4 hanno l'obiettivo di completare il programma, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 21/2003, e nella maggior parte avviato con la sottoscrizione, da parte della Regione e dei Ministeri competenti, dell'Accordo di programma anno 2004.

La realizzazione degli interventi proposti consente il completamento del programma aziendale di riordino della rete distrettuale-territoriale aziendale.

17/4/D/07 – EDIFICAZIONE PALAZZINA AMBULATORI E SERVIZI COMPRESIVA DI NUOVO S.P.D.C. PRESSO AREA OSPEDALIERA DI LAVAGNA.

Costo totale € 4.925.072,49

OBIETTIVI GENERALI: G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S7

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento prevede la realizzazione di una nuova palazzina, attigua al polo ospedaliero di Lavagna, in cui collocare il nuovo Reparto S.P.D.C. con annesso day Hospital Psichiatrico ed Ambulatori medici ospedalieri rivolti prevalentemente all'utenza esterna.

Con la realizzazione della palazzina le funzioni ambulatoriali, attualmente svolte nell'ospedale di Lavagna, verranno trasferite nella nuova struttura. Tale operazione consentirà di decongestionare l'ospedale di Lavagna, riconvertendo gli spazi liberati per attività squisitamente ospedaliere.

Inoltre con il trasferimento dall'attuale collocazione del S.P.D.C. (al P.T. del corpo circolare di Lavagna) nella nuova palazzina, si potranno risolvere le attuali problematiche funzionali del reparto, nonché, nello spazio lasciato libero, ampliare il dipartimento di emergenza e accettazione decongestionando lo stesso con un netto miglioramento della funzionalità.

In termini di fruibilità dei servizi erogati all'interno dell'ospedale di Lavagna, il progetto consentirà, inoltre, di registrare un netto miglioramento, tale da dare una prima risposta all'incremento ambulatoriale di Day hospital.

ANALISI COSTI BENEFICI

ANALISI DOMANDA/OFFERTA	Descrizione
Titolo dell'intervento	Edificazione Palazzina ambulatori e Servizi comprensiva di Nuovo SPDC – Presso Area Ospedaliera di Lavagna.
Descrizione della natura dei beni e/o servizi offerti	Realizzazione di nuovi spazi per la struttura Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per l'offerta di ricoveri per pazienti psichiatrici; volto in particolare: <ul style="list-style-type: none">➤ A dare una risposta efficiente alla richiesta di interattività tra pazienti e personale sanitario di cura e diagnosi ed anche tra pazienti e familiari.➤ Alla realizzazione di una serie di ambienti per attività collettive come la consumazione pasti e attività terapeutiche di gruppo, a fronte di un mantenimento dei posti letto attuali.➤ A determinare un minor affollamento e, conseguentemente, un miglioramento degli aspetti legati alla sicurezza ed al comfort alberghiero.➤

ANALISI DOMANDA/OFFERTA	Descrizione
Analisi della domanda attuale e riferimenti territori	Attualmente i pazienti che necessitano di ricoveri per pazienti psichiatrici sono alloggiati presso una struttura limitata negli spazi destinati alle attività collettive con scarsa interazione tra terapeuta e paziente. Ciò può essere una delle cause dell'incremento della fuga di ricoveri psichiatrici che si è assistito negli ultimi anni.
Scenari futuri della domanda legata all'intervento, compreso la modifica di quest'ultima derivante dalla realizzazione dell'intervento	Premesso che lo scopo principale del progetto è di migliorare qualitativamente le esigenze del bacino di utenza locale e di una quota di non residenti, l'attività quantitativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conserverà le sue attuali dimensioni di circa 20 posti letto con un probabile aumento dei ricoveri (dagli attuali 470 ricoveri annui per circa 4750 giornate di degenza erogate a circa 550 ricoveri per circa 5.500 giornate).
Analisi dell'offerta attuale, senza intervento	Dal punto di vista quantitativo viene mantenuto l'attuale livello dell'offerta interna di prestazioni di ricovero pari a 470 ricoveri annui e una fuga presso strutture regionali pari a cento ricoveri annui; dal punto di vista qualitativo permane l'impossibilità a dare una risposta efficiente alla richiesta di interattività tra pazienti e personale sanitario, mantenendo gli attuali ambienti scarsamente predisposti alle attività collettive di diagnosi e cura.
Scenari futuri dell'offerta, senza intervento	Impossibilità a ridurre gli attuali livelli di fuga presso altre strutture regionali (pari a circa un centinaio di ricoveri annui) e i disagi recati ai pazienti per la carenza di spazi e di confort alberghiero dell'attuale struttura ospedaliera.
Copertura della domanda presente e futura, senza intervento	Mantenimento della attuale domanda di ricoveri pari a circa 470 pazienti annui in regime ordinario.
Analisi dell'offerta attuale, con intervento	L'attività attuale del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura consisterà in: <ul style="list-style-type: none"> ➤ un miglioramento dell'accoglienza del paziente, ➤ un miglioramento del percorso diagnostico terapeutico; ciò sarà dovuto a al maggiore aiuto dato al personale sanitario nel migliorare la propria pratica clinica e nel migliorare le terapie, ➤ incremento nell'erogazione di giornate degenza.
Copertura della domanda , presente e futura, con l'intervento	Previsto abbattimento del costo annuale della fuga ricoveri presso altre strutture regionali ammontante a €. 200.000 e pari a circa 100 ricoveri annui.

ANALISI COSTI BENEFICI	Descrizione
Descrizione e quantificazione dei costi dell'investimento	Totale importo dell'investimento €. 4.925.072 di cui: <ul style="list-style-type: none"> • €. 3.717.750 per esecuzione lavori e piani di sicurezza. • €. 1.207.322 per lavori esclusi dall'appalto, acquisizione aree, imprevisti, spese tecniche, arredi e altro.
Descrizione e quantificazione dei rientri tariffari e non tariffari.	Diminuzione del costo annuale della fuga di circa €. 200.000 attraverso una produzione propria di DRG.
Indicazione e quantificazione dei finanziamenti pubblici	Del totale dell'importo complessivo dell'investimento, €. 4.925.072 saranno finanziati da enti pubblici e precisamente: <ul style="list-style-type: none"> • €. 3.728.819,92 dallo Stato (95%), • €. 196.252,57 dalla Regione Liguria (5%), • € 1.000.000,00 dal Fondo Investimenti Regionale (FIR).
Indicazione e quantificazione dei finanziamenti privati	€. 0

18/4/D/07 – REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA TERRITORIALE-DISTRETTUALE DI SESTRI LEVANTE ED ADEGUAMENTO DI IMMOBILE ESISTENTE IN BORZONASCA PER COLLOCARVI LE FUNZIONI SANITARIE TERRITORIALI.

Costo totale € 2.951.159,00

OBIETTIVI GENERALI: G3 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S7

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento in oggetto è l'unificazione dei seguenti progetti già programmati dal Consiglio regionale di cui alla deliberazione n.21/2003:

- "Realizzazione di una nuova struttura territoriale-distrettuale di Sestri Levante (ristrutturazione di Villa Laura, ampliamento struttura ospedaliera e manutenzione strutturale facciate)" (cod. 50/4/D/03),
- "Completamento di immobile esistente al fine di collocarvi le funzioni sanitarie territoriali Via Roma Borzonasca" (cod. 51/4/D/03).

L'intervento è riferito ad un immobile di proprietà dell'ASL (Villa Laura acquistata dall'ASL in data 24.10.05 con il finanziamento ex art. 20 L. 67/88 – Accordo di programma 2004) e ad un immobile di proprietà del Comune di Borzonasca messo a disposizione dell'azienda.

Con i suddetti investimenti si vuole realizzare una sede idonea per l'ex Distretto n°1 di Sestri Levante, che renda il distretto effettivamente "porta di accesso unificata" ai servizi sanitari e sociosanitari, nonché agevolare la fruibilità dei servizi territoriali dell'entroterra del Distretto n°2 Tigullio Orientale.

Intervento a Sestri Levante - La situazione attuale consente l'erogazione dei servizi solamente attraverso ambulatori ubicati all'interno dell'ospedale, creando disagi all'utenza e congestionamento delle funzioni proprie ospedaliere.

La costruzione di una adeguata struttura distrettuale, attraverso la ristrutturazione ed ampliamento di Villa Laura, consentirà di liberare alcuni spazi all'interno dell'ospedale di Sestri L. per renderlo più confacente alle funzioni sue proprie. Attraverso lo spostamento, al di fuori dell'Ospedale, delle attività territoriali, verranno inoltre creati gli spazi per svolgere l'attività ambulatoriale-ospedaliera e percorsi adeguati nel rispetto dei requisiti minimi strutturali richiesti a favore degli utenti e degli operatori.

I **benefici attesi** sono relativi alla fruizione da parte dei cittadini dai servizi che verranno offerti da un unico centro ospedaliero e territoriale-distrettuale attraverso il potenziamento degli ambulatori di specialistica, dei centri prelievi, delle attività amministrative territoriali, dell'assistenza domiciliare infermieristica, della guardia medica, del CUPA, dell'igiene e Sanità Pubblica, dell'assistenza ai malati oncologici ed inserimento della nuova funzione di radioterapia.

Intervento a Borzonasca – Prevede il completamento di un immobile, già esistente di proprietà del Comune, al fine di collocarvi alcune funzioni sanitarie territoriali gestite dall'ex Distretto n°2 Tigullio Orientale, analogamente a quanto già avvenuto con il Polo Sanitario della Valfontanabuona.

Con l'intervento di ristrutturazione dell'immobile di Borzonasca, l'ASL provvederebbe al potenziamento della rete territoriale ed ambulatoriale anche della Valle Sturla, con la creazione di un polo di riferimento sanitario per la popolazione del comune e del comprensorio di Borzonasca. Attraverso il potenziamento degli ambulatori di specialistica, dei centri prelievi, delle attività amministrative territoriali, dell'assistenza domiciliare infermieristica, della guardia medica, del CUPA e dell'igiene e sanità pubblica, i **benefici attesi** risultano essere una migliore risposta sul territorio ai cittadini dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

ASL 5 SPEZZINO

A seguito di verifiche effettuate, in rapporto alle disponibilità economiche del F.I.R. anno 2006, ed anche in ragione di una più ampia valutazione afferente le attività ospedaliere e territoriali, l'Azienda, al fine di garantire continuità di erogazione dei servizi assistenziali nel rispetto delle vigenti norme di sicurezza ed accreditamento, ha individuato i seguenti interventi che ritiene urgenti.

19/5/H/07 – REALIZZAZIONE DISTRIBUZIONE INTERNA AI REPARTI DEI GAS MEDICALI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANDREA.

Costo totale € 700.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S8

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento riguarda il rifacimento delle reti di distribuzione dei gas medicali e linee del vuoto all'interno dei padiglioni del Presidio Ospedaliero S.Andrea con contestuale collegamento al nuovo anello esterno e alla nuova centrale del vuoto di recente realizzazione e dismissione della rete esistente. Gli attuali impianti distributivi presentano infatti numerose criticità e non corrispondenze alla vigente normativa tecnica di riferimento.

20/5/D/07 – RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DI PARTE DELL'EDIFICIO DI VIA XXIV MAGGIO ALLA SPEZIA PER SEDE DISTRETTO 1 E DI ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI.

Costo totale € 1.000.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S8

OBIETTIVI OPERATIVI:

A seguito del trasferimento di funzioni amministrative dell'ASL in altre sedi, si sono resi disponibili degli spazi nell'edificio di Via XXIV Maggio tali da consentire all'Azienda di destinare parte del medesimo a sede distrettuale. L'intervento riguarda in particolare la ristrutturazione dei suddetti spazi, collocati nei primi tre piani, onde poterli utilizzare come sede di distretto. Trattasi di un'operazione rientrante nella programmazione aziendale di accentramento di funzioni territoriali attualmente sparse nel territorio comunale.

L'intervento afferisce altresì all'adeguamento di altri spazi ad uso istituzionale in cui vengono erogate prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni in regime residenziale a ciclo diurno e strutture consultoriali ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie, in particolare per quanto concerne l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali generali di cui al D.P.R. 14.1.1997 per quanto concerne la protezione antincendio, la sicurezza anti-infortunistica, l'igiene dei luoghi di lavoro, l'eliminazione delle barriere architettoniche, le condizioni microclimatiche.

Trattandosi di intervento rivolto ad accentrare i servizi distrettuali in un'unica sede, senza aumento di personale addetto, i **benefici attesi** risultano essere in termini di sinergie di gestione ed unicità di accesso all'utenza

21/5/D/07 – RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA DEL VECCHIO OSPEDALE DI SARZANA PER SEDE DEL DISTRETTO VAL DI MAGRA.

Costo totale € 2.800.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4 – G5

OBIETTIVI SPECIFICI: S8

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento già inserito nel programma di cui alla dCr 21/2003 viene riconfermato. Prevede la completa ristrutturazione e messa a norma del vecchio ospedale di Sarzana con destinazione a sede distrettuale e di erogazione di servizi territoriali della Val di Magra (CUP, centro prelievi, medicina di base, ambulatori specialistici, distribuzione farmaceutica territoriale, ecc.). Trattasi in particolare della porzione del fabbricato non compresa nel piano regionale di alienazione immobili (l.r. n. 2/2006), ovvero del corpo monumentale corrispondente al fronte principale, costituito tra tre piani fuori terra per una superficie complessiva di ca. 2.500 metri quadri.

L'intervento persegue la finalità di dare un'unica sede erogativi al Distretto Sanitario con concentrazione di tutti i servizi, che produce sinergie di gestione e unicità di accesso per l'utenza. Non è previsto aumento di personale addetto.

Pertanto i **benefici attesi** sono quelli derivanti da una efficiente struttura territoriale di cura extraospedaliera e domiciliare.

22/5/H/07 – RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL PADIGLIONE PAITA – P.O. S. ANDREA

Costo totale € 1.155.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S8

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento afferisce alla ristrutturazione e adeguamento ai requisiti minimi strutturali ex d.P.R. 14 gennaio 1997 del Padiglione Paita del P.O. S. Andrea, principalmente del piano terra, avente superficie netta complessiva di circa 1250 mq, dove attualmente è ubicato il reparto di medicina 2. Nell'ambito dell'intervento è previsto altresì l'adeguamento alle norme antincendio di cui al decreto del Ministero dell'Interno del 18 settembre 2002 (Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private), nonché l'adeguamento alla direttiva 93/42 CEE per quanto concerne la rete interna di distribuzione dei gas medicali. Tali adeguamenti riguarderanno sia il piano terra, sia il piano primo, ove collocato il reparto di neurologia.

A lavori ultimati il piano terra totalmente ristrutturato verrà destinato ai reparti di medicina del P.O.S. Andrea, accorpando la Medicina 1, attualmente ubicata al piano del Padiglione Casavecchia, con la Medicina 2, come detto già presente nel Padiglione Paita.

23/5/T/07 – RINNOVO E ADEGUAMENTO PARCO APPARECCHIATURE BIOMEDICALI.

Costo totale € 695.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G4

OBIETTIVI SPECIFICI: S8

OBIETTIVI OPERATIVI:

L'intervento afferisce alla necessità di provvedere al rinnovo di apparecchiature biomedicali che, per intervenuta obsolescenza o fine vita tecnica, necessitano di sostituzione, ovvero di adeguamento del parco aziendale. In particolare le priorità sono le seguenti:

- Oculistica: un fonometro ad appianazione per lampada a fessura su supporto a piastra,
- Urologia: un adattatore ecografo per biopsia prostatica,
- Pronto Soccorso: due lampade scialitiche,
- Anestesia e Rianimazione: quattro apparecchi di anestesia,
- Neurologia: un computer EEG digitale portatile, un elettromiografo,
- UTIC: sette letti articolari elettrici.

A. O. UNIVERSITARIA SAN MARTINO

24/M/H/07 – NUOVO REPARTO CURE INTERMEDIE PADIGLIONE 9.

Costo totale € 3.200.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1

OBIETTIVI SPECIFICI: S5

OBIETTIVI OPERATIVI:

La manovra di riorganizzazione della rete ospedaliera prevede per l'Azienda San Martino la chiusura di oltre 120 posti letto.

Tale chiusura comporta la necessaria riorganizzazione dei percorsi assistenziali al fine di collocare in un setting adeguato il paziente non ancora autosufficiente al termine della fase acuta che ne ha determinato il ricovero presso i reparti dell'Azienda.

Per un elevato numero di pazienti questo setting deve sviluppare un percorso di ulteriore stabilizzazione clinica e di recupero funzionale al fine di consentirne il rientro al domicilio in condizioni di sicurezza o comunque il collocamento in strutture appropriate quando il ritorno al domicilio sia impraticabile.

Attualmente il numero di giornate post-acuzie prodotte dall'Azienda San Martino è pari a circa 39000/anno corrispondenti, al tasso di occupazione medio aziendale, ad oltre 110 posti letto e prodotte da circa 1000 pazienti.

Selezionando tra questi i pazienti che potrebbero beneficiare di un trasferimento nel setting sopra descritto in base alla categoria diagnostica maggiore (MDC) ed alla tipologia del reparto in acuzie (circa 750) ed applicando la degenza media prevista si ottiene un numero di giornate di degenza variabile da 16.000 a 22.000 corrispondenti ad un numero di posti letto compreso tra 47 e 65 al tasso di occupazione del 95%.

La costituzione di due unità di cure intermedie, ciascuna con la dotazione massima prevista di 25 posti letto, appare pertanto la risposta minima indispensabile al problema fin qui esposto.

La loro collocazione all'interno dell'Azienda consente infatti da un lato di assicurare la continuità assistenziale modulando l'intensità delle cure secondo le reali necessità del paziente ed incrementando nella seconda fase del ricovero le pratiche di riabilitazione funzionale, dall'altro la possibilità di far fronte ad eventuali nuovi episodi di destabilizzazione del paziente senza ricorrere ad un ulteriore ricovero in una struttura per acuti tramite l'utilizzo di tutta la potenzialità diagnostica e professionale dell'Azienda.

Inoltre il trasferimento dei pazienti nelle unità di cure intermedie al termine della fase acuta incrementerà il turn-over delle strutture tradizionali consentendo un più efficiente decongestionamento del pronto soccorso; di concerto le metodologie assistenziali utilizzate presso le cure intermedie, volte al recupero funzionale, dovrebbero contribuire a ridurre gli episodi con durata di degenza oltre soglia. La collocazione delle due unità è prevista presso il 1° e 2° piano del padiglione 9 mentre i locali di servizio (spogliatoi per il personale) troveranno sede al piano terreno dello stesso padiglione.

ANALISI COSTI BENEFICI

Al fine di valutare compiutamente i benefici economici derivanti da tale operazione, relativamente all'attività assistenziale di ricovero sono stati analizzati le giornate di post-acuzie prodotte e il numero di pazienti potenziali che potrebbero beneficiare di tale struttura.

Tale analisi per il cospicuo investimento € 3.600.000 deve essere valutato entro un *range* considerevole di anni: almeno 15.

Attualmente il numero di giornate post-acuzie prodotte dall'Azienda San Martino è pari a circa 39.000/anno corrispondenti, al tasso di occupazione medio aziendale, ad oltre 110 posti letto e prodotte da circa 1.000 pazienti.

Selezionando tra questi i pazienti che potrebbero beneficiare di un trasferimento nel setting sopra descritto in base alla categoria diagnostica maggiore (MDC) ed alla tipologia del reparto in acuzie (circa 750) ed applicando la degenza media prevista si ottiene un numero di giornate di degenza variabile da 16.000 a 22.000 corrispondenti ad un numero di posti letto compreso tra 47 e 65 al tasso di occupazione del 95%.

La costituzione di due unità di cure intermedie, ciascuna con la dotazione massima prevista di 25 posti letto, appare pertanto la risposta minima indispensabile al problema fin qui esposto.

Valutando i costi di investimento pari a € 3.200.000 e ripartendoli per 15 anni si ha un costo di ammortamento di 213.333 €/annui.

Dal punto di vista economico il proseguimento della degenza in unità a minor intensità assistenziale comporterà una riduzione significativa di costi per gli specifici episodi di ricovero. Attualmente il costo giornaliero medio di una giornata di degenza per acuti è pari a circa € 464. La valutazione del costo equivalente per le strutture di cure intermedie non è ancora stata determinata in quanto dipendente dalla stesura dei piani assistenziali (vedi DGR 308/2005); a partire dal dato disponibile per le RSA post-acuzie e dalle attuali tariffe per la riabilitazione si può fare una stima di larga approssimazione tra i 250 e i 350 Euro quindi con una differenza possibile di circa € 100/die pari a € 1.600.000 sulle 16.000 giornate.

Inoltre, considerando un tasso di occupazione della struttura tra il 90%-95%, nei reparti per acuti si renderanno disponibili un numero di giornate di degenza pari a circa 16.000/anno che, al tasso di occupazione medio aziendale dell'85% e mantenendo la attuale degenza media per i ricoveri standard (pari a 9,5 gg), corrispondono a circa 1.400 ricoveri. Applicando la tariffa media dei ricoveri standard aziendali, pari a circa € 4.500, si ottiene un maggior valore economico della produzione standard pari a € 6.300.000 auspicabilmente a valere sulla mobilità passiva, ai quali faranno ovviamente da contraltare i relativi costi variabili aggiunti. L'equivalente tariffario delle stesse giornate utilizzate attualmente impropriamente per la "lungodegenza" è invece mediamente pari a € 222/die quindi a circa € 3.500.000 complessivamente.

Il bilancio costi benefici, valutato *toutcourt* dovrebbe permettere il rientro dall'investimento in meno dei 15 anni previsti.

Pare opportuno rappresentare come l'ipotesi di risparmi che è contenuta in questa proposta appoggi esclusivamente sull'assunto per cui i posti letto resi disponibili sul versante delle acuzie potranno essere utilizzati per contenere le fughe dei cittadini liguri in strutture ospedaliere per acuti extraregionali.

In considerazione della carenza di tali strutture sul territorio e in base al progressivo invecchiamento della popolazione tale parametro di valutazione (incremento progressivo delle patologie acute) dovrebbe essere garantito per la massima occupazione (16.000 giornate).

D'altro canto risulta ancora incerto l'incidenza dei costi di gestione sull'investimento che se fosse integralmente a carico della Struttura del Comune per l'Assistenza Anziani inciderebbe solo in minima parte per i costi emergenti e il bilancio risulterebbe sicuramente positivo, tralasciando ovviamente un periodo di avviamento della struttura e la progressiva implementazione dei ricoveri per patologie più complesse.

25/M/H/07 – COMPLETAMENTO CENTRO TRAPIANTI D'ORGANO MONOBLOCCO 4° PIANO.

Costo totale € 2.000.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1

OBIETTIVI SPECIFICI: S5

OBIETTIVI OPERATIVI:

Il Reparto è già stato oggetto di intervento relativamente ai locali destinati agli ambulatori ed alla sub-intensiva. L'intervento in argomento è relativo a quelle opere afferenti l'adeguamento normativo necessarie per ottenere l'accreditamento del Reparto dal Ministero della salute e poter eseguire i trapianti.

Il piano quarto, interessato dall'intervento accoglie il Reparto Trapianti d'Organo.

Da ponente a levante è articolato nelle seguenti aree funzionali:

- area scientifica e ambulatoriale del Coordinamento trapianti Regionale
- area degenziale Day Surgery
- area amministrativa e didattica

- area sub-intensiva
- area intensiva post-operatoria
- sale operatorie

Il reparto è stato sinora interessato da importanti interventi dedicati al rinnovo dell'area Coordinamento Trapianti Regionali ubicata nella porzione di ponente del padiglione.

Attualmente sono in corso con fondi aziendali importanti riqualificazioni impiantistiche.

Con i finanziamenti richiesti si intende ristrutturare e adeguare agli standard e alle normative vigenti in materia gli spazi sanitari appartenenti alle altre aree funzionali del reparto e più precisamente:

- nell'area degenziale di ponente si intende realizzare servizi igienici in camera, oggi mancanti, e riqualificare gli spazi di servizio ubicati nella facciata a nord del padiglione;
- nel corpo centrale è previsto il completamento dei lavori di riqualificazione già avviati negli anni passati con fondi aziendali, in particolare realizzando camere singole con bagno dedicato ogni 2 posti letto;
- nell'area di levante - terapia intensiva si prevede una ristrutturazione complessiva delle finiture edili ed impiantistiche;
- nell'area di levante – sale operatorie è previsto il rifacimento delle sale vere e proprie, la ristrutturazione dell'ex locale sterilizzazione e lavaggio ferri, e una riqualificazione complessiva dell'area funzionale;
- l'intervento prevede infine di una vetrata sul prospetto principale a sud finalizzata a recuperare l'attuale terrazzo ad area funzionale del reparto; il nuovo spazio così recuperato assume funzioni diverse in relazione agli spazi di volta in volta adiacenti (percorso materiale sporco per le sale operatorie, disimpegno per parenti in visita per le aree intensive e sub-intensive, ecc).

Il reparto interessato dal progetto risulta frazionato in varie porzioni lungo il piano quarto, questa disposizione permette di intervenire successivamente sulle aree coinvolte nel progetto e differenziare gli interventi anche al fine di non interrompere le attività di reparto.

26/M/H/07 - CENTRO DI RIPRODUZIONE ASSISTITA FIVET – PADIGLIONE UNO PIANO 2°.

Costo totale € 400.000,00

**OBIETTIVI GENERALI: G1
OBIETTIVI SPECIFICI: S5**

OBIETTIVI OPERATIVI:

I primi interventi di Riproduzione Assistita (GIFT: trasferimento nella tuba rispettivamente di gameti) sono stati effettuati presso il Pad.1 dell'Ospedale San Martino nel 1985. Dal 1988 si effettuano anche interventi di FIVET (fecondazione in vitro con trasferimento nell'utero) e nel 1995 è stata introdotta la ICSI (iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo) Infine nel maggio 2003 è iniziato un protocollo di crioconservazione degli ovociti soprannumerari.

L'attuale sede del Centro di Riproduzione Assistita, al piano terra del Padiglione 1, è stata allestita nel 1992. Da allora non ha mai subito miglioramenti sostanziali e non è quindi mai stata resa conforme ai nuovi moderni standard, ad eccezione della zona riservata al criocongelamento in cui l'Università ha provveduto, nel luglio del 2001, ad effettuare un intervento, minimale (aspiratore per gas di azoto e sistema di allarme), ma conforme ai criteri richiesti.

Contestualmente, negli ultimi 10 anni, sono state pubblicate varie linee guida e manuali con la definizione dei criteri strutturali per i laboratori embriologici nonché promulgata la Legge 40 del 19/02/2004 e in ultimo il Regolamento Regionale 23/06/2006 n.2 per l'autorizzazione delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita.

Ed è proprio in forza a quest'ultimo regolamento che il Centro di questa A. O. U. risulta non conforme ai requisiti richiesti per tali attività.

L'Ospedale San Martino, dal 1985 fino al 2004, è stato l'unico Ospedale della Regione Liguria ad avere un Centro di Riproduzione Assistita. Questo Centro ha funzionato in maniera continuativa e i suoi operatori si sono formati alle tecniche via via proposte.

Attualmente presso questo Centro si effettuano circa 300 cicli fra induzioni dell'ovulazione e inseminazioni intrauterine, 150 cicli di FIVET/ICSI e 40 congelamenti oocitari all'anno. La percentuale di successo è del 19% a transfer.

Si stima che, per quanto riguarda le tecniche maggiori (FIVET/ICSI) le necessità della Regione Liguria siano di circa 500 cicli/anno.

Molte coppie liguri, negli anni scorsi, si sono rivolte fuori Regione per questa terapie della sterilità; una parte si è rivolta a Centri Privati, una parte è stata trattata in strutture pubbliche o convenzionate non liguri, gravando comunque sul bilancio sanitario delle Regione Liguria.

Ancor più, qualora non fosse possibile adeguare il Centro, l'unica attività che potrà essere svolta in futuro sarà quella limitata alle inseminazioni intra-uterine (tecniche di 1 livello); il che comporterebbe un notevole incremento della "mobilità passiva" di Cittadini Liguri verso Centri di altre Regioni.

L'intervento, che comprende opere edili ed impiantistiche, prevede la realizzazione di un ambulatorio specialistico, un laboratorio Classe P2 (elevato grado di protezione) ed un locale di servizio all'attività al 2° piano del Padiglione 1, in contiguità con le esistenti SSOO di ginecologia, come prevede la norma.

A. O. S. CORONA DI PIETRA LIGURE

La A. O., effettuate le necessarie verifiche, in considerazione che permangono le ragioni di necessità ed urgenza per la realizzazione del progetto a suo tempo proposto, ha confermato l'intervento programmato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 21 del 1° luglio 2003 (cod. 72/C/H/03), ed ha aggiornato il costo presunto in € 2.600.000,00 e previsto un cofinanziamento, a valere sul bilancio aziendale, pari ad € 403.609,00.

27/C/H/07 – ADEGUAMENTO TECNOLOGICO, EDILE E DELLE ATTREZZATURE DEL BLOCCO OPERATORIO DI CHIRURGIA PRESSO IL PADIGLIONE 18.

Costo totale € 2.600.000,00

OBIETTIVI GENERALI: G1

OBIETTIVI SPECIFICI: S3

OBIETTIVI OPERATIVI:

Il blocco operatorio presso il padiglione 18 è in funzione da molti anni e necessita di importanti interventi strutturali ed impiantistici, nonché della sostituzione di attrezzature ed arredi, per garantire il rispetto delle norme ed il possesso dei requisiti minimi, anche per gli anni a venire.

Il blocco operatorio in argomento costituisce riferimento irrinunciabile per l'Ospedale, per la rilevantissima attività operatoria effettuata nelle specialità di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica, Urologia, Ginecologia.

**10. SCHEDA RIASSUNTIVA DEGLI INTERVENTI DEL
PROGRAMMA - ELENCO DEGLI INTERVENTI ACCORDO
DI PROGRAMMA DA SOTTOSCRIVERE**

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
1	ASL1	1/1/H/07	Ospedale di Sanremo Pad. Borea: ristrutturazione locali ex farmacia al piano seminterrato del nuovo Pronto Soccorso.	Sanremo	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
2		2/1/H/07	Ospedale di Sanremo: realizzazione impianto di climatizzazione al Pad. Castillo - realizzazione impianto parafulmine ed interventi di completamento prevenzione incendi ai Pad. Borea e Castillo.	Sanremo	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00	0,00	1.500.000,00
3		3/1/H/07	Ospedale di Sanremo: interventi vari di ristrutturazione e messa a norma edile ed impiantistica.	Sanremo	3.657.500,00	192.500,00	3.850.000,00	0,00	3.850.000,00
4		4/1/T/07	Ospedale di Sanremo: Fornitura e posa di nuova Risonanza magnetica Nucleare.	Sanremo	2.137.500,00	112.500,00	2.250.000,00	0,00	2.250.000,00
5		5/1/D/07	Costruzione di nuovo edificio per servizi territoriali di alta complessità in via privata scoglio a Sanremo	Sanremo	4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
6		6/1/H/07	Ospedale di Imperia: adeguamento standards del monoblocco "A".	Imperia	4.041.309,46	212.700,50	4.254.009,96	0,00	4.254.009,96
7		7/1/D/07	Costruzione nuovo edificio ad uso piastra ambulatoriale e sede distrettuale ad imperia (palasanià).	Imperia	1.805.000,00	95.000,00	1.900.000,00	9.350.000,00	11.250.00,00
8		8/1/H/07	Ristrutturazione palazzina ex uffici per ubicazione servizi territoriali presso lo stabilimento ospedaliero di Bordighera.	Bordighera	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
9		9/1/H/07	Costruzione di nuova RSA per 60 posti letto all'Ospedale di Bordighera.	Bordighera	4.840.250,00	254.750,00	5.095.000,00	0,00	5.095.000,00
10		10/1/D/07	Ristrutturazione Villa Spinola di Bussana - Sanremo	Bussana di Sanremo	950.000,00	50.000,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
			TOTALE ASL 1		26.931.559,46	1.417.450,50	28.349.009,96	9.350.000,00	37.699.009,96

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
11	ASL 2	11/2/H/07	Completamento adeguamento ai minimi strutturali (DPR14.01.97) del Monoblocco e del Corpo Servizi del complesso ospedaliero S. Paolo Valloria Savona - 1° lotto -	Savona	4.170.500,00	219.500,00	4.390.000,00	0,00	4.390.000,00
12		12/2/D/07	Recupero e messa a norma di parte del complesso edilizio ex Boschine per realizzare un distretto sanitario (Varazze).	Varazze	925.110,00	48.690,00	973.800,00	0,00	973.800,00
			TOTALE ASL 2		5.095.610,00	268.190,00	5.363.800,00	0,00	5.363.800,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
13	ASL 3	13/3/D/07	Acquisto arredi ed attrezzature per la trasformazione dei reparti per acuti in residenzialità (PP.OO. di Arenzano, Sestri P., Recco)	Arenzano Genova Recco	318.912,13	16.784,85	335.696,98	0,00	335.696,98
14		14/3/H/07	Ex Ospedale Celesia: Trasformazione in struttura poliambulatoriale e di residenzialità - Intervento per la trasformazione del Padiglione a valle in residenzialità.	Genova	1.615.000,00	85.000,00	1.700.000,00	0,00	1.700.000,00
15		15/3/H/07	Interventi di completamento lavori antincendio negli stabilimenti ospedalieri di residenzialità dell'ASL.	Genova	1.767.537,12	93.028,27	1.860.565,39	0,00	1.860.565,39
16		16/3/T/07	Acquisto di apparecchiature elettromedicali finalizzato a completare sotto il profilo tecnologico, il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri e territoriali dell'Azienda ASL3.	Genova	732.824,27	38.569,70	771.393,97	0,00	771.393,97
			TOTALE ASL 3		4.434.273,52	233.382,82	4.667.656,34	0,00	4.667.656,34

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
17	ASL 4	17/4/D/07	Edificazione palazzina ambulatori e servizi comprensiva di nuovo S.P.D.C. presso area ospedaliera di Lavagna.	Lavagna	3.728.819,92	196.252,57	3.925.072,49	1.000.000,00	4.925.072,49
18		18/4/D/07	Realizzazione di una nuova struttura territoriale-distrettuale di Sestri Levante ed adeguamento di immobile esistente in Borzonasca per collocarvi le funzioni sanitarie territoriali.	Sestri Levante Borzonasca	2.803.600,00	147.559,00	2.951.159,00	0,00	2.951.159,00
			TOTALE ASL 4		6.532.419,92	343.811,57	6.876.231,49	1.000.000,00	7.876.231,49

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
19	ASL 5	19/5/H/07	Realizzazione distribuzione interna ai reparti dei gas medicali nel presidio Ospedaliero S. Andrea.	La Spezia	665.000,00	35.000,00	700.000,00	0,00	700.000,00
20		20/5/D/07	Ristrutturazione ed adeguamento ai requisiti minimi strutturali di parte dell'edificio di Via XXIV Maggio alla Spezia per sede distretto 1 e di altre strutture territoriali.	La Spezia	950.000,00	50.000,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
21		21/5/D/07	Ristrutturazione e messa a norma del vecchio ospedale di Sarzana per sede del distretto Val di Magra.	Sarzana	2.660.000,00	140.000,00	2.800.000,00	0,00	2.800.000,00
22		22/5/H/07	Ristrutturazione e adeguamento ai requisiti minimi strutturali del Padiglione PAITA - P.O. S. Andrea	La Spezia	1.097.250,00	57.750,00	1.155.000,00	0,00	1.155.000,00
23		23/5/T/07	Rinnovo e adeguamento parco apparecchiature medicali.	La Spezia	660.250,00	34.750,00	695.000,00	0,00	695.000,00
			TOTALE ASL 5		6.032.500,00	317.500,00	6.350.000,00	0,00	6.350.000,00

N. ordine	Azienda	Cod.	Intervento	Localizz. intervento	Stato 95% (€)	Regione 5% (€)	Stato +Regione 95%+5% (€)	Altri Finanziamenti (€)	Costo totale (€)
24	San Martino	24/M/H/07	Nuovo reparto cure intermedie Padiglione 9	Genova	2.470.000,00	130.000,00	2.600.000,00	600.000,00	3.200.000,00
25		25/M/H/07	Completamento centro trapianti d'organo monoblocco 4° piano	Genova	1.900.000,00	100.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
26		26/M/H/07	Centro di riproduzione assistita FIVET - Padiglione 1 piano 2°.	Genova	380.000,00	20.000,00	400.000,00	0,00	400.000,00
			TOTALE S. MARTINO		4.750.000,00	250.000,00	5.000.000,00	600.000,00	5.600.000,00
27	Santa Corona	27/C/H/07	Adeguamento tecnologico, edile e delle attrezzature del blocco operatorio di chirurgia presso al padiglione 18.	Pietra Ligure	2.086.571,45	109.819,55	2.196.391,00	403.609,00	2.600.000,00
			TOTALE S. CORONA		2.086.571,45	109.819,55	2.196.391,00	403.609,00	2.600.000,00
			TOTALE GENERALE		55.862.934,35	2.940.154,44	58.803.088,79	11.353.609,00	70.156.697,79

11. MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: FINANZIARIO, FISICO, PROCEDURALE

Il Programma di investimenti articolo 20 anni 2003-2005 è dotato di un sistema di monitoraggio in grado di valutare lo stato di attuazione e la sua corrispondenza alle previsioni contenute nelle schede descrittive degli interventi allegate all'Accordo.

Tale sistema prevede il rilevamento di dati di tipo:

finanziario, relativi all'andamento delle ammissioni a finanziamento degli interventi e del fabbisogno di cassa in fase realizzativa;

fisico, relativi all'andamento delle fasi esecutive degli interventi;

procedurale, relativi all'espletamento delle fasi di carattere autorizzativo e/o concertativo che coinvolgono altre amministrazioni.

Tali dati, confrontati con le previsioni contenute nei documenti dell'Accordo, evidenziano eventuali punti di criticità all'interno del complesso iter attuativo degli interventi e permettono l'adozione di provvedimenti correttivi.

In tal senso, si riportano, a titolo esemplificativo, due check-list (matrici) di passaggi procedurali chiave per le fasi progettuali e amministrative e per quelle esecutive e finanziarie.

▪ MATRICE GENERALE PER LE PROGETTAZIONI

- PROGETTO PRELIMINARE
 - Rilievi stato attuale
 - Relazioni
 - Studio di prefattibilità ambientale -Planimetrie generali
 - Prime indicazioni Piani di Sicurezza
 - Calcolo spesa - Piano Economico e Finanziario
- VERIFICA PROGETTO PRELIMINARE
- PROGETTO DEFINITIVO
 - Relazione geologica e indagini
 - Progetto architettonico
 - Progetto strutturale
 - Progetto Impianti Meccanici
 - Progetto Impianti elettrici e speciali
- VERIFICA PROGETTO DEFINITIVO
- PROGETTO ESECUTIVO
 - Progetto architettonico
 - Progetto strutturale
 - Progetto Impianti Meccanici
 - Progetto Impianti elettrici e speciali
- ATTI AMMINISTRATIVI
 - "Richiesta Pareri (VVFF; Soprintendenza; Enel; ecc.)"
 - "Richiesta Autorizzazioni (FFSS; Privati; ecc.)"
 - Richiesta titoli abilitativi (Concessione edilizia ecc.)
- VERIFICA E VALIDAZIONE PROGETTO ESECUTIVO
- APPROVAZIONE PROGETTO ESECUTIVO

▪ MATRICE GENERALE PER L'ESECUZIONE

- Ammissione a finanziamento
- Aggiudicazione appalto
- Consegna lavori
- Esecuzione lavori

- 1° Avanzamento
- 2° Avanzamento
- 3° Avanzamento
- 4° Avanzamento
- 5° Avanzamento
- 6° Avanzamento
- Fine lavori
- Collaudo tecnico-amministrativo
- Attivazione struttura
-

Per quel che riguarda la valutazione fisica e finanziaria sulla realizzazione, si riportano i seguenti indicatori individuati a tale scopo sulla base dei dati di monitoraggio rilevati nelle schede descrittive e in quelle di monitoraggio come da modulo "C" dell'Accordo tra Governo e Regioni sancito il 19.12.2002.

▪ **INDICATORI DI INVESTIMENTO**

-
- **Costo a posto letto previsto** = Costo totale di realizzazione previsto/Posti letto.
-
- **Costo a mq previsto** = Costo totale di realizzazione previsto/Superficie utile totale.
-
- **Costo a posto letto effettivo** = Costo totale di realizzazione effettivo/Posti letto.
-
- **Costo a mq effettivo** = Costo totale di realizzazione effettivo/Superficie utile totale.
-
-

▪ **INDICATORI DI REALIZZAZIONE FISICA**

-
- **Scostamento percentuale dal tempo di realizzazione previsto** =
- = $100 \frac{(\text{Tempo di realizzazione effettivo} - \text{Tempo di realizzazione previsto})}{\text{Tempo di realizzazione previsto}}$.
-
-

▪ **INDICATORI DI REALIZZAZIONE FINANZIARIA**

-
- **Scostamento percentuale dal costo totale di realizzazione previsto** =
- = $100 \frac{(\text{costo totale di realizzazione effettivo} - \text{costo totale di realizzazione previsto})}{\text{Costo totale di realizzazione previsto}}$.
-
- **Spesa media semestrale prevista** = $\frac{\text{costo totale di realizzazione previsto}}{6}$
- **Spesa media semestrale effettiva** = $\frac{\text{costo totale di realizzazione effettivo}}{6}$
-
- **Scostamento percentuale dalla spesa media semestrale prevista** =
- = $100 \frac{(\text{Spesa media semestrale effettiva} - \text{Spesa media semestrale prevista})}{\text{Spesa media semestrale prevista}}$.

I N D I C E

1.	IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITA'	pag.	2
1.1	Premesse.....	pag.	2
1.2	Il Programma Pluriennale di intervento della Regione Liguria Liguria.....	pag.	2
1.3	Aggiornamento del Programma.....	pag.	5
1.4	La seconda fase del Programma pluriennale.....	pag.	10
1.5	Riepilogo dei principali obiettivi dell'intero programma pluriennale investimenti articolo 20.....	pag.	16
2.	IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E REGIONALE	pag.	18
2.1	Normativa nazionale.....	pag.	18
2.2	Normativa regionale.....	pag.	19
3.	L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DI INVESTIMENTI IN SANITA'	pag.	21
3.1	Primo triennio.....	pag.	21
3.2	Acconto anno 1998.....	pag.	22
3.3	Primo Accordo di Programma.....	pag.	23
3.4	Secondo Accordo di Programma	pag.	26
3.5	Programma di ammodernamento parco tecnologico.....	pag.	27
3.6	Potenziamento strutture di radioterapia.....	pag.	29
3.7	Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.....	pag.	30
3.8	Programma regionale per la realizzazione delle strutture Sanitarie per l'attività intramoenia.....	pag.	31
3.9	Programma di realizzazione Hospice.....	pag.	32
3.10	Programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese.....	pag.	33
3.11	Tabella riepilogativa degli stanziamenti previsti per programma di investimento.....	pag.	35
4.	LA CORRELAZIONE DEL PROGRAMMA INVESTIMENTI ANNO 2007 CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE	pag.	36
4.1	Le principali linee di intervento definite dal PSR 2003-2005.....	pag.	36
4.2	Il piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione del servizio sanitario regionale	pag.	37
4.3	Aggiornamento stralcio del piano socio sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza.....	pag.	38
5.	LA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO STRALCIO DEL PIANO SOCIO SANITARIO RELATIVO ALLA RETE DI CURA ED ASSISTENZA	pag.	40
5.1	L'evoluzione della rete di cura ed assistenza ligure e situazione attuale.....	pag.	40
5.2	Criticità da affrontare.....	pag.	47
5.3	Obiettivi generali per il periodo 2008/2010.....	pag.	48
5.4	Le funzioni delle Aziende Sanitarie e dei Presidi Ospedalieri.....	pag.	51
5.5	Sviluppo e potenziamento delle cure e dell'assistenza territoriale.....	pag.	64
5.6	Indirizzi in materia di emergenza urgenza.....	pag.	67
5.7	Il programma delle tecnologie.....	pag.	69

6.	IL PROGRAMMA STRATEGICO DI MODERNIZZAZIONE DEL PARCO OSPEDALIERO E TERRITORIALE REGIONALE.....	pag. 74
6.1	Premesse.....	pag. 74
6.2	ASL 1 Imperiese.....	pag. 75
6.3	ASL 3 Genovese.....	pag. 76
6.4	Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino.....	pag. 78
6.5	Ente Ospedaliero Ospedali Galliera.....	pag. 79
6.6	ASL 5 Spezzino.....	pag. 81
7.	DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA.....	pag. 82
7.1	Premesse.....	pag. 82
7.2	Gli obiettivi generali.....	pag. 82
7.3	Gli obiettivi specifici.....	pag. 86
7.4	Gli obiettivi operativi.....	pag. 86
8.	GLI INDICATORI	pag. 88
9.	SCHEDE DEGLI INTERVENTI DA INSERIRE NELL'ACCORDO PROGRAMMA REGIONE GOVERNO DA SOTTOSCRIVERE.....	pag. 90
10.	SCHEDA RIASSUNTIVA DEGLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA - ELENCO INTERVENTI ACCORDO DI PROGRAMMA DA SOTTOSCRIVERE.....	pag. 113
11	MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: FINANZIARIO, FISICO, PROCEDURALE	pag. 121

**PLANIMETRIA DEL TERRITORIO REGIONALE CON
INDICATE LE LOCALIZZAZIONI DEI PRESIDI
OSPEDALIERI – I CONFINI AMMINISTRATIVI DEI
COMUNI E DELLE AZIENDE SANITARIE**



LIGURIA - RIFERIMENTO A PROV.63 DEL 20/12/2004 IN MODIFICA DEL PROV.65 DEL 02/08/02 - ACCORDO 2007

Programma di Riferimento: ACCORDO DI PROGRAMMA 2007

Tipo Atto: ALTRO TIPO DI PROVVEDIMENTO REGIONALE

Numero Interventi: 27

Costo Complessivo Atto: 70.156.697,79

Costo a Carico dello stato dell'atto: 55.862.934,35

Costo Complessivo degli interventi: 70.156.697,79

Costo a Carico degli Stato Interventi: 55.862.934,35

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2008	2.940.154,44	REGIONE
2008	55.862.934,35	STATO
2008	11.353.609,00	ENTE APPALTANTE

Lista Interventi

Titolo: 27/C/H/07-ADEGUAMENTO TECNOLOGICO EDILE

Descrizione: ADEGUAMENTO TECNOLOGICO EDILE E DELLE ATTREZZATURE DEL BLOCCO OPERATORIO DI CHIRURGIA PRESSO IL PADIGLIONE 18

Codice Intervento: 070.070102.U.176

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: PIETRA LIGURE

Stazione Appaltante: ASL SAVONESE

Ente Responsabile: 070102 - SAVONESE

Sede Erogazione: PIETRA LIGURE

Soggetto Responsabile: MAURO FOLLI

Costo Complessivo: 2.600.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.086.571,45

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070102.U.176.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.086.571,45

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N. 65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2009	109.819,55	REGIONE
2009	2.086.571,45	STATO
2009	403.609,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: 1/1/H/07-OSPEDALE DI SANREMO PAD. BORE

Descrizione: OSPEDALE DI SANREMO PAD. BOREA: RISTRUTTURAZIONE LOCALI EX FARMACIA AL PIANO SEMINTERRATO DEL NUOVO PRONTO SOCCORSO

Codice Intervento: 070.070101.U.172

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: PAOLO SOMMARIVA

Costo Complessivo: 1.500.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.425.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.172.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.425.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	75.000,00	REGIONE
2008	1.425.000,00	STATO

Titolo: 2/1/H/07-OSP. SANREMO; REALIZZAZIONE I

Descrizione: OSP. SANREMO; REALIZZAZIONE IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE AL PAD. CASTILLO - REALIZZAZIONE IMPIANTO PARAFULMINE E INTERVENTI DI COMPLETAMENTO PREVENZIONE INCENDI AL PAD. BOREA E CASTILLO

Codice Intervento: 070.070101.U.173

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: GUGLIELMO BRUNO

Costo Complessivo: 1.500.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.425.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.173.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.425.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	75.000,00	REGIONE
2008	1.425.000,00	STATO

Titolo: 3/1/H/07-OSPEDALE DI SANREMO: INTERVEN

Descrizione: OSPEDALE DI SANREMO: INTERVENTI VARI DI RISTRUTTURAZIONE E
MESSA A NORMA EDILE ED IMPIANTISTICA

Codice Intervento: 070.070101.U.174

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: RICCARDO REBAGLIATI

Costo Complessivo: 3.850.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.657.500,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.174.01

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

Importo a carico dello Stato: 3.657.500,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	192.500,00	REGIONE
2008	3.657.500,00	STATO

Titolo: 4/1/T/07-OSPEDALE DI SANREMO: FORNITUR

Descrizione: OSPEDALE DI SANREMO: FORNITURA E POSA IN OPERA DI DI NUOVA RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Codice Intervento: 070.070101.U.175

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: RICCARDO REBAGLIATI

Costo Complessivo: 2.250.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.137.500,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.175.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.137.500,00

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE**

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	112.500,00	REGIONE
2008	2.137.500,00	STATO

Titolo: 5/1/D/07-COSTRUZIONE DI NUOVO EDIFICIO

Descrizione: COSTRUZIONE DI NUOVO EDIFICIO PER SERVIZI TERRITORIALI DI ALTA COMPLESSITA' IN VIA PRIVATA SCOGLIO A SANREMO

Codice Intervento: 070.070101.U.176

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: FEDERICO SOSSI

Costo Complessivo: 5.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.750.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.176.01

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

Importo a carico dello Stato: 4.750.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	250.000,00	REGIONE
2008	4.750.000,00	STATO

Titolo: 6/1/H/07-OSPEDALE DI IMPERIA: AGGIORNA

Descrizione: OSPEDALE DI IMPERIA: AGGIORNAMENTO STANDARDS DEL MONOBLOCCO "A"

Codice Intervento: 070.070101.U.177

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: IMPERIA

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: IMPERIA

Soggetto Responsabile: GUGLIELMO BRUNO

Costo Complessivo: 4.254.009,96

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.041.309,46

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.177.01

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

Importo a carico dello Stato: 4.041.309,46

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	212.700,50	REGIONE
2008	4.041.309,46	STATO

Titolo: 7/1/D/07-COSTRUZIONE NUOVO EDIFICIO AD

Descrizione: COSTRUZIONE NUOVO EDIFICIO AD USO PIASTRA AMBULATORIALE E SEDE DISTRETTUALE AD IMPERIA (PALASANITA')

Codice Intervento: 070.070101.U.178

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Comune: IMPERIA

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: IMPERIA

Soggetto Responsabile: FEDERICO SOSSI

Costo Complessivo: 11.250.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.805.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.178.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.805.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	95.000,00	REGIONE
2008	1.805.000,00	STATO
2008	9.350.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: 8/1/H/07-RISTRUTTURAZIONE PALAZZINA EX

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE PALAZZINA EX UFFICI PER UBICAZIONE SERVIZI
TERRITORIALI PRESSO LO STABILIMENTO OSPEDALIERO DI BORDIGHERA

Codice Intervento: 070.070101.U.179

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: BORDIGHERA

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: BORDIGHERA

Soggetto Responsabile: PAOLO SOMMARIVA

Costo Complessivo: 2.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.900.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.179.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.900.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	100.000,00	REGIONE
2008	1.900.000,00	STATO

Titolo: 9/1/H/07-COSTRUZIONE DI NUOVA RSA PER

Descrizione: COSTRUZIONE DI NUOVA RSA PER 60 POSTI LETTO ALL'OSPEDALE DI BORDIGHERA

Codice Intervento: 070.070101.U.180

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA PER ANZIANI

Comune: BORDIGHERA

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: BORDIGHERA

Soggetto Responsabile: RICCARDO REBAGLIATI

Costo Complessivo: 5.095.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.840.250,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.180.01

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

Importo a carico dello Stato: 4.840.250,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	254.750,00	REGIONE
2008	4.840.250,00	STATO

Titolo: 10/1/D/07-RISTRUTTURAZIONE VILLA SPINOL

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE VILLA SPINOLA DI BUSSANA - SANREMO

Codice Intervento: 070.070101.U.181

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune: SAN REMO

Stazione Appaltante: ASL IMPERIESE

Ente Responsabile: 070101 - IMPERIESE

Sede Erogazione: SAN REMO

Soggetto Responsabile: PAOLO SOMMARIVA

Costo Complessivo: 1.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 950.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070101.U.181.01

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

Importo a carico dello Stato: 950.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	50.000,00	REGIONE
2008	950.000,00	STATO

Titolo: 11/2/H/07-COMPLETAMENTO ADEGUAMENTO AI

Descrizione: COMPLETAMENTO ADEGUAMENTO AI MINIMI STRUTTURALI (DPR 14.01.1997) DEL MONOBLOCCO E DEL CORPO SERVIZI DEL COMPLESSO OSPEDALIERO S. PAOLO VALLORIA SAVONA - 1 LOTTO

Codice Intervento: 070.070102.U.154

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: SAVONA

Stazione Appaltante: ASL SAVONESE

Ente Responsabile: 070102 - SAVONESE

Sede Erogazione: SAVONA

Soggetto Responsabile: FRANCO TRAVERSO

Costo Complessivo: 4.390.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.170.500,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070102.U.154.01

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

Importo a carico dello Stato: 4.170.500,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	219.500,00	REGIONE
2008	4.170.500,00	STATO

Titolo: 12/2/D/07-RECUPERO E MESSA A NORMA DI P

Descrizione: RECUPERO E MESSA A NORMA DI PARTE DEL COMPLESSO EDILIZIO EX BOSCHINE PER REALIZZARE UN DISTRETTO SANITARIO (VARAZZE)

Codice Intervento: 070.070102.U.155

Codice Cup:

Tipo: RESTAURO E RISANAMENTO CONSERVATIVO

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune: VARAZZE

Stazione Appaltante: ASL SAVONESE

Ente Responsabile: 070102 - SAVONESE

Sede Erogazione: VARAZZE

Soggetto Responsabile: ALDO ORITI

Costo Complessivo: 973.800,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 925.110,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070102.U.155.01

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

Importo a carico dello Stato: 925.110,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	48.690,00	REGIONE
2008	925.110,00	STATO

Titolo: 13/3/D/07-ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATU

Descrizione: ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATURE PER LA TRASFORMAZIONE DEI
REPARTI PER ACUTI IN RESIDENZIALITA' (PP.OO. DI ARENZANO, SESTRI P., RECCO)

Codice Intervento: 070.070103.U.179

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: GIORGIO SACCO

Costo Complessivo: 335.696,98

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 318.912,13

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.179.01

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

Importo a carico dello Stato: 318.912,13

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	16.784,85	REGIONE
2008	318.912,13	STATO

Titolo: 14/3/H/07-EX OSPEDALE CELESIA: TRASFORM

Descrizione: EX OSPEDALE CELESIA: TRASFORMAZIONE IN STRUTTURA POLIAMBULATORIALE E DI RESIDENZIALITA' INTERVENTO PER LA TRASFORMAZIONE DEL PAD. A VALLE IN RESIDENZIALITA'

Codice Intervento: 070.070103.U.180

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: PALMA DOMENICO MUCCIO

Costo Complessivo: 1.700.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.615.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.180.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.615.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	85.000,00	REGIONE
2008	1.615.000,00	STATO

Titolo: 15/3/H/07-INTERVENTI DI COMPLETAMENTO L

Descrizione: INTERVENTI DI COMPLETAMENTO LAVORI ANTINCENDIO NEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI E DI RESIDENZIALITA' DELL'ASL

Codice Intervento: 070.070103.U.181

Codice Cup:

Tipo: COMPLETAMENTO

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: RENZO MATTEINI

Costo Complessivo: 1.860.565,39

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.767.537,12

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.181.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.767.537,12

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	93.028,27	REGIONE
2008	1.767.537,12	STATO

Titolo: 16/3/T/07-ACQUISTO APPARECCHIATURE ELET

Descrizione: ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI FINALIZZATO A
COMPLETARE SOTTO IL PROFILO TECNOLOGICO IL PROCESSO DI
RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI E TERRITORIALI DELL'ASL

Codice Intervento: 070.070103.U.182

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: GINO SPADA

Costo Complessivo: 771.393,97

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 732.824,27

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.182.01

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

Importo a carico dello Stato: 732.824,27

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	38.569,70	REGIONE
2008	732.824,27	STATO

Titolo: 17/4/D/07-EDIFICAZIONE PALAZZINA AMBULA

Descrizione: EDIFICAZIONE PALAZZINA AMBULATORI E SERVIZI COMPRENSIVA DI NUOVO S.P.D.C. PRESSO AREA OSPEDALIERA DI LAVAGNA

Codice Intervento: 070.070104.U.132

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune: LAVAGNA

Stazione Appaltante: ASL CHIAVARESE

Ente Responsabile: 070104 - CHIAVARESE

Sede Erogazione: LAVAGNA

Soggetto Responsabile: SERGIO GHIOTTO

Costo Complessivo: 4.925.072,49

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.728.819,92

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070104.U.132.01

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

Importo a carico dello Stato: 3.728.819,92

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	196.252,57	REGIONE
2008	3.728.819,92	STATO
2008	1.000.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: 19/5/H/07-REALIZZAZIONE DISTRIBUZIONE I

Descrizione: REALIZZAZIONE DISTRIBUZIONE INTERNA AI REPARTI DEI GAS MEDICALI
NEL PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANDREA

Codice Intervento: 070.070105.U.124

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune: LA SPEZIA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: LA SPEZIA

Soggetto Responsabile: ROMOLO MACCHI

Costo Complessivo: 700.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 665.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.124.01

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

Importo a carico dello Stato: 665.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	35.000,00	REGIONE
2008	665.000,00	STATO

Titolo: 20/5/D/07-RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMEN

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DI PARTE DELL'EDIFICIO DI VIA XXIV MAGGIO ALLA SPEZIA PER SEDE DISTRETTO 1 E DI ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI

Codice Intervento: 070.070105.U.125

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune: LA SPEZIA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: LA SPEZIA

Soggetto Responsabile: ROMOLO MACCHI

Costo Complessivo: 1.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 950.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.125.01

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

Importo a carico dello Stato: 950.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	50.000,00	REGIONE
2008	950.000,00	STATO

Titolo: 21/5/D/07-RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NO

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA DEL VECCHIO OSPEDALE DI SARZANA PER SEDE DISTRETTO VAL DI MAGRA

Codice Intervento: 070.070105.U.126

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune: SARZANA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: SARZANA

Soggetto Responsabile: ROMOLO MACCHI

Costo Complessivo: 2.800.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.660.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.126.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.660.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	140.000,00	REGIONE
2008	2.660.000,00	STATO

Titolo: 22/5/H/07-RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENT

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL PADIGLIONE PAITA - P.O. S. ANDREA

Codice Intervento: 070.070105.U.127

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: LA SPEZIA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: LA SPEZIA

Soggetto Responsabile: ROMOLO MACCHI

Costo Complessivo: 1.155.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.097.250,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.127.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.097.250,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	57.750,00	REGIONE
2008	1.097.250,00	STATO

Titolo: 23/5/T/07-RINNOVO E ADEGUAMENTO PARCO A

Descrizione: RINNOVO E ADEGUAMENTO PARCO APPARECCHIATURE MEDICALI

Codice Intervento: 070.070105.U.128

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune: LA SPEZIA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: LA SPEZIA

Soggetto Responsabile: ROMOLO MACCHI

Costo Complessivo: 695.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 660.250,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.128.01

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

Importo a carico dello Stato: 660.250,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	34.750,00	REGIONE
2008	660.250,00	STATO

Titolo: 24/M/H/07-NUOVO REPARTO CURE INTERMEDIE

Descrizione: NUOVO REPARTO CURE INTERMEDIE PADIGLIONE 9

Codice Intervento: 070.070930.H.192

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO

Ente Responsabile: 070930 - SAN MARTINO

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: GIORGIA ZUNINO

Costo Complessivo: 3.200.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.470.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070930.H.192.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.470.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	130.000,00	REGIONE
2008	2.470.000,00	STATO
2008	600.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: 25/M/H/07-COMPLETAMENTO CENTRO TRAPIANT

Descrizione: COMPLETAMENTO CENTRO TRAPIANTI D'ORGANO MONOBLOCCO 4 PIANO

Codice Intervento: 070.070930.H.193

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO

Ente Responsabile: 070930 - SAN MARTINO

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: GIORGIA ZUNINO

Costo Complessivo: 2.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.900.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070930.H.193.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.900.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	100.000,00	REGIONE
2008	1.900.000,00	STATO

Titolo: 26/M/H/07-CENTRO DI RIPRODUZIONE ASSIST

Descrizione: CENTRO DI RIPRODUZIONE ASSISTITA FIVET - PADIGLIONE 1 PIANO 2

Codice Intervento: 070.070930.H.194

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO

Ente Responsabile: 070930 - SAN MARTINO

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: GIORGIA ZUNINO

Costo Complessivo: 400.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 380.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070930.H.194.01

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

Importo a carico dello Stato: 380.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2008	20.000,00	REGIONE
2008	380.000,00	STATO

Titolo: 18/4/D/07-REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA ST

**Descrizione: REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA TERRITORIALE -
DISTRETTUALE DI SESTRI LEVANTE ED ADEGUAMENTO DI IMMOBILE ESISTENTE IN
BORZONASCA PER COLLOCARVI LE FUNZIONI SANITARIE TERRITORIALI**

Codice Intervento: 070.070104.U.133

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Comune: BORZONASCA

Stazione Appaltante: ASL CHIAVARESE

Ente Responsabile: 070104 - CHIAVARESE

Sede Erogazione: BORZONASCA

Soggetto Responsabile: SERGIO GHIOTTO

Costo Complessivo: 2.951.159,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.803.600,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070104.U.133.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.803.600,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2007	147.559,00	REGIONE
2007	2.803.600,00	STATO
