

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXII-bis**

N. 5

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

(istituita con deliberazione della Camera dei deputati del 5 novembre 2008)

(composta dai deputati: *Leoluca Orlando*, Presidente, *Barani*, *Burtone*, Vice-presidente, *Calgaro*, *Castellani*, *De Nichilo Rizzoli*, *Fontanelli*, *Fucci*, *Gianni*, *Laganà Fortugno*, *Lo Moro*, *Mancuso*, *Minardo*, *Laura Molteni*, *Nucara*, *Patarino*, Segretario, *Polledri*, Vicepresidente, *Porfidia*, *Proietti Cosimi*, *Nunzio Francesco Testa*, Segretario, *Zunino*)

RELAZIONE SULLO STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE LIGURIA

(Relatori: **On. Lucio BARANI** e **On. Massimo ZUNINO**)

Approvata dalla Commissione nella seduta del 20 giugno 2012

*Comunicata alla Presidenza il 21 giugno 2012
ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione della Camera dei deputati
del 5 novembre 2008*

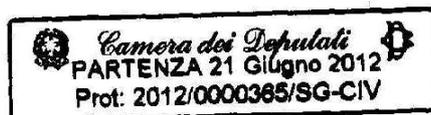
PAGINA BIANCA



Camera dei Deputati

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE
CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

IL PRESIDENTE



Onorevole Presidente,

Le trasmetto, ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione istitutiva, la "Relazione sullo stato della sanità nella Regione Liguria", approvata dalla Commissione da me presieduta nella seduta del 20 giugno 2012.

La ringrazio e Le invio i più cordiali saluti.

Leoluca Orlando
Leoluca Orlando

On. Gianfranco FINI
Presidente della
Camera dei deputati
S E D E

PAGINA BIANCA

RELAZIONE SULLO STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE LIGURIA

1. Dati generali sulla Regione Liguria. — 2. L'organizzazione sanitaria. — 3. Il rischio clinico. — 4. I punti nascita. — 5. La mobilità passiva. — 6. La spesa farmaceutica. — 7. Gli Indicatori sanitari 2008. — 8. Alcuni dati sulle singole aziende sanitarie. — 9. Considerazioni conclusive.

1. DATI GENERALI SULLA REGIONE LIGURIA.

La Liguria, con i suoi 5.421 km², è una delle regioni più piccole d'Italia, ma è una delle più densamente popolate, avendo 1.615.389 abitanti, con una densità di 297 abitanti/km², molto al di sopra della media nazionale (dato al 30 aprile 2009).

La densità varia molto tra zone interne e costiere e nel litorale sfiora i 1000 ab/km².

Una delle problematiche più rilevanti riguarda l'invecchiamento della popolazione: il 27 per cento circa è sopra i 65 anni. Genova, il capoluogo, è tra le città europee con il più alto tasso di anziani.

In particolare, la popolazione è così composta:

a) minori di 14 anni = 11,4 per cento;

b) dai 65 anni in su = 26,8 per cento;

c) indice di vecchiaia = 234,5 (rapporto tra popolazione anziana e quella infantile);

d) indice di dipendenza strutturale = 61,9 (pari al rapporto tra la somma della popolazione anziana ed infantile e quella adulta).⁽¹⁾

Si ritiene utile, sulla base delle informazioni fornite dall'Assessore Montaldo nel corso dell'audizione del 28 marzo 2012, fornire una descrizione dell'andamento della sanità ligure, nel corso dell'ultimo decennio, suddividendolo in tre periodi.

Il primo periodo, sino al 2006, è stato caratterizzato da un crescente accumulo di disavanzi, nell'ambito di un sistema di difficile controllo, con elevata concorrenzialità e competizione tra le singole aziende sanitarie.

Nel 2005 viene sfiorato il tetto del 7 per cento, la regione entra nella fase di accompagnamento e si vara il Piano di rientro convenuto con il Governo.

⁽¹⁾ Rapporto Oasi Cergas Bocconi, 2010, pag. 78.

Nella seconda fase, che possiamo collocare negli anni dal 2007 al 2009, si assiste ad un ripristino del controllo dei conti, con progressiva riduzione dell'imposizione fiscale (seppur limitata ad alcune categorie di soggetti e con caratteri di progressività, in base al reddito del contribuente). Le misure più rilevanti adottate nel triennio sono state la chiusura/trasformazione di piccoli ospedali, l'implementazione dei posti di riabilitazione e di residenzialità per anziani e disabili, in genere convenzionati, il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e il ricorso ai generici, il controllo delle dinamiche del personale e il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Il terzo periodo, dal 2009 al 2011, è denominato dalla regione stessa come il periodo del « sottofinanziamento »; ciò deriva dalla modifica del calcolo del peso della componente anziani, in seguito alla quale la Regione riceve, per la prima volta, un finanziamento inferiore rispetto all'anno precedente per circa 20 milioni di euro.

In quest'ultimo periodo la regione ha lavorato moltissimo per evitare di ritornare in una situazione di accompagnamento, per ridurre il deficit sotto il 5 per cento e per contenere l'imposizione fiscale nei confronti delle famiglie e delle imprese.

Sono state utilizzate, per far ciò, risorse regionali e, nel 2011, si è addivenuti ad una seconda cartolarizzazione, cedendo patrimonio per un importo pari a 80 milioni di euro e recuperando, rispetto al disavanzo del 2011, circa 144 milioni di euro.

Con deliberazione del Consiglio regionale n. 23 del 4 agosto 2011, sono state approvate le linee di indirizzo per la razionalizzazione della rete di cura ed assistenza in vista di un ulteriore adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard definiti dall'Age.Na.S. a livello nazionale per l'individuazione delle strutture complesse.

Nel 2012 si sta tuttora lavorando per mantenere condizioni di equilibrio, con l'obiettivo di allinearsi ai costi standard ed alle *performance* di altre regioni, ritenute più efficienti.

Qui di seguito si forniscono alcuni dati quantitativi e di dettaglio, con riferimento a quanto sopra evidenziato.

La spesa sanitaria nel 2010 era di poco superiore ai tre miliardi di euro (3,022), pari all'81 per cento delle spese correnti regionali.

Il disavanzo accumulato negli anni 2004, 2005 e 2006, è ammon-tato complessivamente a 852 milioni di euro, per il quale è stata prevista, integralmente, la copertura con il Piano di rientro. Ciò ha consentito alla Regione di evitare il commissariamento e la massimizzazione delle addizionali fiscali.

Il disavanzo è stato coperto con alienazioni patrimoniali (120 milioni), con tassazioni per circa 100 milioni l'anno, con un'addizionale IRPEF prevista per i cittadini aventi oltre 13 mila euro lordi di reddito, ed un'altra addizionale pluriennale sulla tassa di circolazione delle autovetture. Per i tre anni del Piano di rientro si è beneficiato del Fondo di accompagnamento, rispettivamente per 50 milioni, 43 milioni e 35 milioni di euro.

Alla fine del 2009 si è concluso il piano di rientro concordato con il governo, ma sono stati sottratti 20 milioni di euro dalla disponibilità della regione, in seguito ai nuovi criteri di riparto del Fondo Sanitario nazionale, sulla base del diverso peso attribuito alla componente anziana della popolazione, come sopra detto.

Ciò ha costituito per la regione una penalizzazione molto seria, anche se preventivata.

Nel 2008, per ripianare il deficit del 2005, la regione ha dismesso 394 immobili delle ASL liguri. L'asta è stata aggiudicata alla società Fintecna, per 203 milioni.

Si può comunque affermare, come già rilevato nel corso della missione svolta dalla Commissione a Genova e a La Spezia il 18 ottobre 2010, che la valutazione sui conti della sanità ligure è, in generale, positiva.

La regione svolge al riguardo un monitoraggio informale con cadenza mensile, e quello formale ogni tre mesi.

Il disavanzo sanitario regionale in milioni di euro, per il periodo 2001-2010, è stato il seguente:

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2001/10
€/milioni	77	44	48	329	254	100	142	110	106	89	1299

(Valori al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari),⁽²⁾

Il disavanzo sanitario pro capite cumulato, nel periodo 2001-2009, è pari ad euro 745.⁽³⁾

Sul tema del finanziamento pro capite, si rilevano valori abbastanza diversi da provincia a provincia, con il maggior valore in quella di Genova.

Le motivazioni di ciò sono dovute alla differente distribuzione degli ospedali nel territorio regionale. Le aree genovese e savonese risultano privilegiate rispetto alle altre, dovendosi tener conto anche delle strutture ospedaliere che insistono nell'area metropolitana. Si è in presenza di un'offerta ospedaliera, pertanto, molto elevata, che continua ad essere molto significativa, nonostante riduzioni e trasformazioni di ospedali attuate negli ultimi anni.

Obiettivo attuale è quello della costruzione di nuovi ospedali, con la contemporanea chiusura delle strutture più vecchie e di minori dimensioni, ad alto costo e a bassa produttività.

Il primo ospedale in fase di realizzazione sarà quello della Spezia.

È inoltre in programma la ristrutturazione dell'Ospedale Galliera.

Nel corso di questi ultimi anni sono state accorpate le seguenti strutture:

- l'ASL 2 Savonese con l'Azienda Ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure;
- l'ASL 3 Genovese con l'Azienda Ospedaliera Villa Scassi di Sampierdarena;
- l'Azienda Ospedaliera S. Martino con l'IST di Genova.

Nel corso della citata missione della Commissione sono emersi alcuni profili problematici tra cui, in particolare:

- 1) il costo relativo al personale;
- 2) i requisiti richiesti per la nomina dei direttori sanitari ed amministrativi;
- 3) i tempi delle liste d'attesa.

⁽²⁾ Elaborazioni su dati RGSEP 2009, in Rapporto Oasi Cergas Bocconi, pag. 138.

⁽³⁾ Rapporto Oasi Cergas Bocconi, pag. 139.

In particolare per queste ultime, il fenomeno necessita comunque di miglioramento.

2. L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA.

L'organizzazione sanitaria ligure prevedeva, fino al settembre 2009, un numero di posti letto per acuti pari al 3.8 per mille, e quelli di riabilitazione, pari allo 0.43 per mille, erogati da:

- 5 aziende sanitarie territoriali:
 - a) Asl 1 imperiese;
 - b) Asl 2 savonese;
 - c) Asl 3 genovese;
 - d) Asl 4 chiavarese;
 - e) Asl 5 spezzino;
- 1 azienda ospedaliera (Ospedale S.Martino);
- 2 IRCCS (IST e Gaslini);
- altri soggetti erogatori pubblici o equiparati (Ospedale Galliera, Ospedale Evangelico);
- soggetti erogatori privati convenzionati (Alma Mater, Villa Azzurra, ISPRI Maugeri, Cardiovascolare Camogli, Villa Alfieri).

In Liguria opera dal 2007 l'ARS, Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), inserita nella rete delle Agenzie Regionali già presenti in altre regioni a partire dal 1995 e che sono in: Puglia, Lazio, Toscana, Piemonte, Marche, Campania, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Abruzzo, Veneto e Sardegna.

Istituita con Legge Regionale n. 41 del 7 dicembre 2006, l'Agenzia svolge incarichi di studi, ricerche, istruttorie di progetti e servizi di controllo utili alle strutture regionali per l'esercizio delle funzioni in materia di governo clinico, di valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, delle tecnologie sanitarie e del rischio clinico, di prevenzione, di epidemiologia, di accreditamento delle strutture e di ricerca, anche in collaborazione con l'Università di Genova e con altre istituzioni a livello nazionale ed internazionale che operano sui temi strategici della ricerca e dell'innovazione.

L'ARS ha contribuito alla stesura del Piano sanitario regionale 2009-2011, approvato il 30 settembre 2009, e del Piano di riqualificazione del servizio sanitario approvato il 2 luglio 2010: questi ridisegnano la rete ospedaliera ligure, perseguendo l'obiettivo di migliorare il rapporto qualità-costi, così come viene richiesto dal patto per la salute, che stabilisce per la Liguria 3,46 posti letto ogni 1000 abitanti e 0,74 posti ogni 1000 abitanti per la riabilitazione.

Pertanto la Regione, rispetto ai dati del settembre 2009, dovrà tagliare 497 posti letto per acuti e incrementare di 334 i posti letto per la riabilitazione.

Un altro dato da non sottovalutare è che le strutture ospedaliere della regione Liguria sono state costruite trenta o quaranta anni fa.

La Liguria si è dotata di un Piano socio-sanitario innovativo basato, come vi si legge, su «nuove architetture organizzative concepite secondo logiche a rete», e sulla «necessità di approccio integrato al bisogno di salute della popolazione».

«L'idea di impostare il sistema secondo le logiche delle reti integrate dei servizi sanitari non si deve quindi solamente intendere quale strumento organizzativo e gestionale del cosiddetto governo clinico, ma come strumento di *governance* integrata per armonizzare i diversi aspetti (clinici, gestionali, finanziari, della comunicazione, della ricerca e della formazione) che concorrono alla qualità del Servizio Sanitario Regionale».

L'architettura del nuovo sistema è stata ipotizzata come un insieme di reti integrate di servizi, costituite secondo due direttrici diverse che rappresentano gli assi di integrazione necessari:

a) la direttrice «verticale» rappresenta la dimensione all'interno della quale si sviluppano le quattro aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Sistema sanitario pubblico:

- prevenzione;
- acuzie-emergenza-urgenza;
- fragilità/cronicità;
- riabilitazione.

b) la direttrice «orizzontale», sulla quale si sviluppano reti cliniche che, dando origine e custodendo percorsi diagnostici e terapeutici orizzontali che attraversano le quattro aree verticali sopra citate, rappresentano le connessioni fisiche fra le quattro reti verticali. Le reti orizzontali sono fonte della produzione di linee guida e di indirizzi posti a fondamento del governo clinico del Servizio Sanitario Regionale e individuano le criticità del sistema.

3. IL RISCHIO CLINICO.

Come si evince da documenti consegnati alla Commissione dall'Assessore Montaldo nel corso della citata audizione del 28 marzo 2012, la Regione Liguria si è dotata di un efficiente Sistema regionale del rischio clinico, configurato come un sistema sinergico e interagente di: *cultura – politiche – obiettivi – persone – risorse – procedure – risultati*, coerente con gli obiettivi di partecipazione dei professionisti e funzionale al raggiungimento del mandato delle organizzazioni sanitarie in tema di «governo clinico», integrato con gli altri requisiti e sistemi per la gestione della qualità istituzionalmente previsti (accreditamento istituzionale).

Questo processo include importanti aspetti giuridico amministrativi quali il governo del contenzioso e i problemi assicurativi, nonché profili economici indotti dagli incidenti in termini di risarcimento dei danni e aspetti di qualità dei servizi percepiti dai cittadini.

È stata istituita a livello regionale la Commissione regionale di coordinamento per il rischio clinico, che costituisce lo strumento per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio all'interno delle strutture sanitarie e il conseguimento di adeguati livelli di sicurezza del paziente e degli operatori.

Sono state istituite, a livello di ogni Azienda sanitaria, le Unità di gestione del rischio (UGR), preposte a definire piani annuali di attività per l'individuazione delle azioni preventive, correttive e di miglioramento da mettere in atto, nonché a creare un osservatorio epidemiologico aziendale sugli eventi avversi e sugli eventi sentinella.

Sono stati realizzati percorsi formativi sia di base, rivolti a tutti gli operatori delle aziende e finalizzati alla conoscenza dei concetti di base in materia di rischio clinico, sia avanzati, rivolti a un *target* predefinito di operatori finalizzati alla conoscenza degli strumenti per la prevenzione e la gestione del rischio e l'analisi degli eventi avversi.

Sono inoltre stati attivati progetti di buona pratica clinico-organizzativa (es. braccialetto identificativo del paziente, prevenzione delle cadute accidentali, gestione del rischio in chirurgia, uso sicuro dei farmaci), l'adozione di una scheda unica (*incident reporting*), l'avvio del sistema informativo degli errori in sanità con procedura di segnalazione degli eventi sentinella e della relativa trasmissione a Regione e Ministero della Salute.

4. I PUNTI NASCITA.

Si sta procedendo alla razionalizzazione dei punti nascita, favorendo la progressiva concentrazione delle attività di assistenza al parto e al neonato, in strutture aventi le caratteristiche del punto nascita di secondo livello, cioè capaci di procedere a circa 1000 parti annui.

È pertanto prevista, nella ASL 1 imperiese, la progressiva concentrazione delle due esistenti in un'unica struttura (che diventerà di secondo livello).

Nella ASL 3 genovese esistono sei strutture ostetrico-ginecologiche di cui due, Evangelico e San Carlo di Voltri, con un numero di parti al di sotto dell'obiettivo standard di 500. Pertanto il piano sanitario regionale ha ritenuto necessario procedere all'accorpamento delle due strutture, per puntare all'obiettivo dei 1000 parti annui. Per il nuovo ospedale di Albenga non è stato previsto un reparto di ostetricia e ginecologia.

La ASL 5 ha già dato attuazione all'accorpamento, presso l'Ospedale S. Andrea della Spezia, dei due punti nascita della Spezia e di Sarzana.

Le UTIN sono presenti da due anni in tutti i punti nascita: è presente il neonatologo e, laddove manca, sussistono la rianimazione e l'anestesia h24.

5. LA MOBILITÀ PASSIVA.

In Liguria si assiste ad un'elevata mobilità sanitaria passiva: tendenzialmente gli spezzini vanno in Toscana, i savonesi in Piemonte, i genovesi in Lombardia: circa 40 milioni di prestazioni sanitarie sono state pagate alle altre Regioni, nel 2009.

Il dato è peggiorato negli ultimi anni perché, essendo una regione sottoposta a piano di rientro, si è ridotto il personale di circa 870 unità dal 2005 al 2010 e quindi si è ridotta l'attività, sono aumentate le liste d'attesa e conseguentemente la fuga verso altre regioni.

Si tratta di una regione che viene definita «specializzata», cioè con forte mobilità in uscita e in entrata, di piccola dimensione, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica di altre regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori regione le specialità che le strutture regionali non offrono, ma che nello stesso tempo riesce ad attrarre pazienti dalle regioni confinanti per alcune specialità.

Il dato per la mobilità sanitaria per la determinazione del risultato di gestione anno 2010 è pari a € -26.949.361.

6. LA SPESA FARMACEUTICA.

La Regione Liguria, pur con le difficoltà relative all'elevato indice di anzianità della popolazione, ha messo in atto negli ultimi anni efficaci politiche per un complessivo contenimento della spesa farmaceutica, volte principalmente ad un utilizzo più appropriato dei farmaci⁽⁴⁾.

Secondo i dati forniti da Agenas, la spesa farmaceutica convenzionata netta ha visto una complessiva riduzione del 5,8 per cento rispetto all'anno precedente, passando da 239.465.973,54 euro, nel 2010, a 225.609.172,23 euro, nel 2011. La spesa farmaceutica pro capite netta, per il 2011, è stata pari a 123,10 euro per una popolazione pesata di 1.832.734 abitanti.

Le principali iniziative attuate nelle Aziende sanitarie liguri hanno riguardato la promozione e la sensibilizzazione dei prescrittori all'uso dei medicinali equivalenti; l'incremento progressivo della distribuzione diretta dei medicinali nelle varie forme (medicinali compresi nel prontuario ospedale-territorio; per il primo ciclo in dimissione da ricovero o visita ambulatoriale ed in regime di assistenza residenziale); l'attivazione del monitoraggio delle prescrizioni nella medicina generale con invio ai prescrittori di periodica reportistica.

7. GLI INDICATORI SANITARI 2008.

L'Agenzia sanitaria regionale della Liguria, conformemente a quanto previsto dall'articolo 14 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sulla valutazione della *performance*, ha effettuato la misurazione comparativa degli indicatori sanitari per le aziende della Regione.

⁴ Per l'analisi dell'andamento dei livelli della spesa farmaceutica nel 2011 si rinvia a Agenas, *Dati spesa farmaceutica convenzionata Gennaio-settembre 2011*, in www.agenas.it.

Si tratta di un modello, per la valutazione del sistema sanitario regionale, messo a punto già a partire dal 2008, in grado di misurare i risultati raggiunti dalle aziende sanitarie e ospedaliere al fine di predisporre eventuali azioni correttive sia in termini economici, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

Il modello di valutazione comprende 95 indicatori sanitari relativi, tra l'altro, alla capacità di governo della domanda, all'efficienza delle attività di ricovero, all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, al rischio clinico e all'area materno-infantile⁽⁵⁾.

Dalla misurazione effettuata emergono alcuni dati significativi che a seguire si riportano, ricordando che le ASL sono 5 (erano 20 prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 502 del 1992), e che la popolazione media del 2011 è pari a 323.358 abitanti per ASL.

A fronte di un parametro massimo di 5 (valutazione massima per tutti gli indicatori), il dato medio regionale è di 2,9, con il valore più basso di 2,5 (A.O. S. Martino) e quello più alto pari a 3,9 (ASL 5).

Osservando più approfonditamente gli indicatori al « centro del bersaglio », per le diverse aziende può osservarsi che il *target* è stato centrato per le attività diagnostiche e per quelle ambulatoriali per tutte le ASL e per gli Ospedali Galliera e S. Martino.

Spesa media della Liguria per cittadino residente: € 1.969,00.

1. Asl 1 imperiese € 1.712,00
2. Asl 2 savonese € 1.894,00
3. Asl 3 genovese € 2.144,00
4. Asl 4 chiavarese € 1.810,00
5. Asl 5 spezzino € 1.847,00

È evidente uno scostamento in più sulla media, da parte dell'ASL di Genova, pari a circa il 9 per cento.

8. ALCUNI DATI SULLE SINGOLE AZIENDE SANITARIE.

a) Ente ospedali Galliera

Vi si trovano alcuni esempi di *best practice*:

Digitalizzazione di referti, analisi e pronto soccorso, da parte del Siet dell'ospedale (Servizi informatici e telecomunicazioni).

Il *software* verifica la congestione del pronto soccorso snellendo i processi sia per gli operatori, sia per i pazienti.

Altra applicazione, sviluppata dal team It del Galliera, ad uso esclusivo del personale sanitario, consente di conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto negli ospedali.

⁽⁵⁾ Sugli indicatori sanitari e la valutazione delle performance si rinvia a *Procedure di valutazione della performance del sistema sanitario regionale*, in www.arsliguria.it.

È stato attivato il processo di dematerializzazione: quasi 2000 referti giornalieri, firmati in modalità digitale ed archiviati in modalità sostitutiva, con una produzione media annua di oltre 600.000 documenti clinici digitali.

Sono stati digitalizzati anche i verbali di pronto soccorso, le immagini e buona parte dei tracciati Ecg.

Vengono mandati *on line* i referti a casa del paziente: nel 2010 sono stati inviati oltre 54.000 download da casa.

Tra le problematiche da risolvere, la lievitazione dei costi per la realizzazione del Nuovo Ospedale (560 posti letto), stimati originariamente in 160 milioni di euro⁽⁶⁾, di ulteriori 20 milioni di euro⁽⁷⁾.

Il P.E.F. ripartisce l'onere del finanziamento: per 53 milioni alla Regione Liguria, i restanti 127 (per un totale pari a 180 milioni) all'Ente, attraverso la « rottamazione » di alcuni immobili ora strumentali ma che con la realizzazione del Nuovo Ospedale non saranno più tali (Padiglioni A, AS, D, E) per un valore di circa 50 milioni e mediante il ricorso ad Istituto Bancario per contrazione di mutuo per l'importo residuo⁽⁸⁾. Al momento il P.E.F. è all'esame della Regione Liguria.⁽⁹⁾

La procedura è ferma per due ordini di motivi:

1) Il TAR ha annullato il provvedimento del Comune di Genova che prevedeva la valorizzazione dei beni dismessi. Compete alla nuova amministrazione comunale decidere in merito.

2) La soglia del mutuo richiesto supera i limiti previsti dalla normativa vigente.

b) Gaslini – Ospedale pediatrico.

L'Istituto Gaslini è riconosciuto dal 1956 quale IRCCS pediatrico, di eccellenza per quantità e qualità della ricerca: ha 480 posti letto e nel 2010 ha effettuato 489.000 prestazioni.

La presenza di tutte le discipline specialistiche, mediche e chirurgiche, ad esclusivo indirizzo pediatrico fa sì che il Gaslini rappresenti un polo di riferimento nazionale per le patologie complesse del periodo neonatale, dell'età pediatrica e dell'adolescenza che richiedono prestazioni di alta specialità e di diagnostica complessa e

⁽⁶⁾ Studio di fattibilità del Nuovo Galliera, approvato dall'Ente nell'aprile 2008.

⁽⁷⁾ Progetto Preliminare del Nuovo Galliera del 2010 e relativo Piano Economico Finanziario approvato dall'Ente nel 2011.

⁽⁸⁾ P.E.F. del Nuovo Ospedale, redatto da Deloitte e approvato dall'Ente nel 2011.

⁽⁹⁾ *La Repubblica-Genova*, 19 novembre 2011, pag. 2.

molto spesso esclusiva. Al Gaslini lavorano oltre 2.000 persone, mediamente sono 480 i posti letto, 50 mila i ricoveri all'anno, 40 mila gli accessi al Pronto Soccorso.

L'ospedale svolge funzioni di polo specialistico multidisciplinare con bacino di utenza regionale ed extraregionale: circa il 45 per cento dei bambini proviene da altre Regioni e dall'estero, e in alcuni reparti la percentuale di ricoveri fuori Regione supera l'80 per cento. Il Gaslini è inoltre attivo a livello internazionale: sono circa 800 l'anno i pazienti provenienti da 90 paesi del mondo, e può contare al suo interno sul costante supporto di oltre 60 associazioni di volontariato.

Resta il problema che la struttura, non essendo un ospedale territoriale ed avendo un bacino di utenza per circa la metà nazionale, necessita di un finanziamento *ad hoc* da parte del Governo, ottenuto solo una volta nel 2007 e non regolarizzato a cadenza annuale come invece avviene per legge, annualmente, per l'Ospedale Bambin Gesù di Roma, che ottiene in preriparto 50 milioni di euro annui (ai sensi dell'articolo 22, comma 6, del decreto-legge 1/7/2009 n. 78, convertito in Legge 3 agosto 2009, n. 102).

c) ASL 1 – IMPERIA.

L'ASL1 Imperiese ha da tempo avviato e sviluppato un sistema di gestione del settore farmaceutico i cui punti di forza sono:

- la distribuzione diretta dei farmaci al domicilio del paziente (da febbraio 2002);
- lo sviluppo di un'informazione continua, tempestiva, bidirezionale per tutti i medici;
- il governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva.

La distribuzione diretta dei farmaci è passata da un importo netto di 188.000 euro del 2001 ad un importo di circa 9.300.000 euro nel 2011.

Nel 2011 la distribuzione tramite le farmacie convenzionate nella modalità di gestione « in nome e per conto » avrebbe comportato una spesa di circa 11.800.000; il risparmio ottenuto è quindi pari a circa 2.500.000 euro.

L'Asl 1 Imperiese ha un costo pro capite notevolmente inferiore alla media regionale: 1693,04 per il 2010 rispetto alla media di 1851,80 euro e, pur in presenza di una situazione di minori risorse assegnate, grazie ad un attento monitoraggio dei costi in tutti i settori di attività dell'azienda viene garantita una buona assistenza di base sia a livello ospedaliero che territoriale.

d) ASL 2 – SAVONA.

L'attuale ASL 2 « Savonese » nasce il 1° luglio 2008 dall'accorpamento di due Aziende sanitarie: l'ex A.O. S. Corona di Pietra Ligure e l'ex ASL 2 « Savonese ». L'accorpamento ha determinato una serie

di azioni volte alla concentrazione delle competenze amministrative con unificazione dei processi e degli uffici, così conseguendo la graduale contrazione delle unità di personale amministrativo con riduzione dei relativi costi.

È stato ridefinito il modello dipartimentale con azzeramento delle precedenti strutture e istituzione di dipartimenti trasversali ospedale/territorio, con contestuale riduzione di otto dipartimenti.

L'ASL 2 è composta da due presidi ospedalieri (con un DEA di 1° livello ed un DEA di 2° livello) e da quattro distretti territoriali.

La nuova organizzazione sviluppata in questi ultimi anni ha visto una riduzione di 130 posti letto (attuali 3,4 posti letto per 1000 abitanti), con contenimento significativo del personale dipendente e riduzione di 19 Strutture Complesse.

È organizzata per dipartimenti trasversali (ospedali e territorio) e presenta specialità a valenza regionale quali Unità Spinale Unipolare, Chirurgia della mano, Malattie Infiammatorie Ortopedia Settica, Centri Disturbi Alimentazione e specialità a valenza di area vasta del ponente (ASL Savonese e ASL Imperiese).

Il recente piano strategico aziendale 2010-2012 ha ridefinito l'articolazione e la complementarietà degli ospedali e la presenza territoriale di nuove forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale (Centri Salute), capaci di offrire prestazioni di base 365 giorni all'anno con apertura di almeno 10 ore al giorno.

Come detto prima, è stata attivata dalla fine del 2011 una sperimentazione gestionale pubblico/privato per il contenimento della mobilità passiva ortopedica presso altre regioni. L'attività è svolta presso l'Ospedale di Albenga.

e) ASL 3 – GENOVA.

L'ASL 3 è una grande Azienda sanitaria, con un bacino di utenza di oltre 1000 Km², una popolazione di oltre 700.000 abitanti distribuiti in 40 Comuni della Provincia, con oltre seimila dipendenti e quattro aziende ospedaliere autonome.

L'obiettivo di assicurare uniformi livelli essenziali di assistenza, definiti nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, viene perseguito attraverso una rete territoriale a matrice distrettuale, con la suddivisione del territorio in 6 distretti – dal numero 8 al numero 13 dei 19 distretti della Regione Liguria – i cui confini coincidono con quelli dei distretti sociosanitari, così come definito dalla Legge regionale n. 42 del 2006.

Sul territorio della ASL 3 sono presenti quattro stabilimenti ospedalieri, ognuno dei quali una volta costituiva un Ente a sé, che forniva un'assistenza ospedaliera «di zona» – fatta eccezione per Villa Scassi – con poche e ricorrenti specialità. Oggi essi sono «in rete» tra loro, tanto da costituire un Presidio Unico, in grado di erogare prestazioni specialistiche in regime di ricovero. Complessivamente il Presidio Ospedaliero dispone oggi di 960 posti letto, comprensivi dei posti letto di riabilitazione e di cure intermedie.

Lo sforzo congiunto in questi anni è stato mirato alla riconversione di posti letto di degenza per acuti in posti dedicati alla riabilitazione, così come definito dalla normativa nazionale.

È presente sul territorio anche un'offerta di posti letto relativi alla cosiddetta residenzialità extra-ospedaliera, destinata a pazienti anziani non autosufficienti, pazienti disabili che hanno bisogno di essere ospitati in comunità e utenti psichiatrici. Sono posti letto in parte gestiti direttamente dalla ASL 3 e in parte da strutture private accreditate, con le quali l'ASL 3 ha un rapporto di convenzione.

L'elemento di forte caratterizzazione dell'anno 2008 è stata la deaziendalizzazione, a far data dal 1° luglio, dell'Azienda Ospedaliera Villa Scassi con la contestuale incorporazione nella ASL 3 Genovese e la realizzazione del Presidio Unico Metropolitan.

L'accorpamento della ex A.O. Villa Scassi nella ASL 3 Genovese e la costituzione del Presidio Ospedaliero Unico ha determinato, quindi, la necessità di rivedere organizzazioni e modalità operative differenti tra loro in un'ottica di uniformità e integrazione per una realtà che, allo stato attuale, è rappresentata da quattro stabilimenti ospedalieri, dislocati su un ampio territorio, con un numero totale di 960 posti letto e 33 posti di dialisi (che garantiscono, quotidianamente, il trattamento dialitico ad oltre 80 persone). Risulta evidente, da subito, la complessità di una tale gestione, soprattutto in una fase iniziale caratterizzata dalla necessità di confronto e di cambiamenti non solo organizzativi, ma anche culturali.

L'integrazione tra le diverse strutture, finalizzata al perseguimento della migliore efficacia assistenziale, ha riguardato, in ogni caso, diverse realtà aziendali:

- accorpamento dell'U.O. Urologia dell'ospedale S. Carlo e dell'Ospedale Villa Scassi;
- accorpamento dell'U.O. Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Padre Antero Micone e dell'Ospedale Villa Scassi;
- accorpamento dell'U.O. Oculistica dello Stabilimento Celesia, dell'ospedale Padre Antero Micone e dell'Ospedale Villa Scassi;
- integrazione operativa tra il Day hospital di Oncologia dell'ospedale Villa Scassi e quello dell'ospedale Gallino, in occasione dell'esecuzione di inderogabili lavori di ristrutturazione, con necessità di provvedere ad una adeguata gestione delle terapie chemioterapiche/antiblastiche.

La complessità della manovra di riorganizzazione del presidio unico ospedaliero è sintetizzata nei seguenti parametri: dai 960 posti letto del 1° luglio 2008 (con 6 stabilimenti ospedalieri) si arriva, al 30 giugno 2011, con il completamento del trasferimento dell'Ospedale di Voltri all'OEI e la chiusura dello stabilimento di Recco, a 775 posti letto con 4 stabilimenti ospedalieri.

La politica dei tagli non è stata fine a se stessa ma è stata corredata da azioni tese alla ricerca dell'appropriatezza come l'istituzione del *Day Service* Ambulatoriale, con la definizione degli strumenti in grado di oggettivare le valutazioni che determinano

l'attivazione appropriata di un nuovo DH (i ricoveri per specifiche condizioni del paziente).

Un forte impulso è rappresentato dal controllo della spesa farmaceutica convenzionata con l'adozione di protocolli di monitoraggio sull'attività dei prescrittori.

Tale attività di monitoraggio viene effettuata in parallelo ad analisi dettagliate e mirate nei confronti della prescrizione dei medici di medicina generale che presentano scostamento significativo della loro spesa per assistibile pesato (maggiore del 15 per cento rispetto al medesimo parametro ASL DGR 208/08).

A conferma di ciò, l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata dell'ASL 3 Genovese presenta un costante e significativo decremento della spesa per abitante residente.

La spesa netta è passata dai circa 158 milioni di euro del 2008 ai circa 136 milioni di euro del 2011.

Si tenga presente come la spesa farmaceutica dell'ASL 3 Genovese sia significativamente influenzata dalla componente ospedaliera, connotazione specifica di questa ASL sul cui territorio insistono due IRCCS e tre Aziende ospedaliere. La prescrizione farmaceutica indotta dai medici afferenti alle sole Aziende ospedaliere rappresenta circa il 4 per cento della spesa farmaceutica complessiva dell'ASL 3 Genovese. Il fenomeno quindi si riflette anche sull'indicatore « spesa per abitante residente ».

Una forte riorganizzazione è stata attuata nell'assistenza distrettuale, portando nei Distretti la diretta responsabilità di gestione dei servizi al cittadino e delle relative risorse. In particolare è stata data ai Direttori di Distretto la competenza di gestione delle cure domiciliari e dei servizi amministrativi territoriali.

Analoga fase riorganizzativa ha coinvolto il Dipartimento di Prevenzione, con la creazione di un'area veterinaria al fine di adempiere ai gravosi adempimenti della normativa in materia.

La Regione Liguria, con Delibera del Consiglio Regionale n. 8 del 28 febbraio 2008, ha stabilito il piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza, provvedendo all'accorpamento ed alla nuova definizione di alcune Aziende Sanitarie tra cui, a decorrere dal 1° luglio 2008, l'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera « Villa Scassi » di Genova Sampierdarena con l'Azienda Sanitaria Locale n. 3 « Genovese ».

Nell'anno 2009, in applicazione dell'Accordo sulla mobilità del personale dell'ASP Brignole, stipulato in data 13 gennaio 2009 tra la Regione Liguria, ASP Brignole, ASL 3 e le OO.SS. Confederali di categoria, è stata prevista la « retrocessione delle strutture di Quarto e Bolzaneto da ASP Brignole ad ASL 3 e con esse della gestione del servizio socio-assistenziale e sanitario, nonché il mantenimento presso le strutture medesime del personale ivi necessario, al fine di garantire il più possibile la continuità assistenziale e ridurre il disagio degli ospiti », con conseguente trasferimento all'ASL 3 di 150 dipendenti dell'ASP Brignole.

Presso l'Azienda il personale dipendente al 31 dicembre 2009 (5.885 unità), a seguito delle assunzioni e cessazioni avvenute nel corso

dell'anno 2009, ha registrato, rispetto a quello in servizio alla data del 31 dicembre 2008 (5.772 unità), un incremento pari a 113 unità.

Va evidenziato che, senza il transito del Brignole, al 31 dicembre 2009 si sarebbe verificata una riduzione pari a 64 unità rispetto al 31 dicembre 2008.

Presso l'Azienda il personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, al 31 dicembre 2010 (5.777 unità), a seguito delle assunzioni e cessazioni avvenute nel corso dell'anno 2010, ha registrato, rispetto a quello in servizio alla data del 31 dicembre 2009 (5.885 unità), un decremento pari a 108 unità.

Nel corso dell'ultimo anno, l'ASL 3 Genovese, all'interno delle linee guida regionali e della normativa vigente, ha intrapreso un percorso di riorganizzazione aziendale estremamente articolato che ha toccato pressoché tutte le strutture, sanitarie e non, nel rispetto degli stringenti vincoli di bilancio.

Le principali aree di intervento sono:

1) AREA FARMACEUTICA:

I. Farmaceutica convenzionata – Appropriato uso del farmaco a carico del Ssn.

In particolare è stata potenziata l'attività di analisi dei profili prescrittivi al fine di evidenziare scostamenti significativi da indicatori definiti (spesa farmaceutica per assistibile pesato, numero di prescrizioni, indicatori regionali su particolari categorie terapeutiche DDD equivalenti), con elaborazione di reportistica strutturata per i MMG-PLS e per le strutture ospedaliere anche per promuovere processi di continuità assistenziale farmaceutica ospedale-territorio. A quanto sopra si aggiunga un'importante azione in merito al processo di consegna e utilizzo dei ricettari, nonché la prosecuzione della distribuzione in nome e per conto dei farmaci in PHT.

L'insieme delle azioni inerenti il settore della farmaceutica territoriale ha comportato uno scostamento della spesa netta nell'anno 2011 rispetto all'anno precedente pari a – €13.705.680.

II. Farmaceutica ospedaliera.

a) Si evince una evidente riduzione dei costi per la spesa farmaceutica ospedaliera che passa da € 17.448.948,46 del 2010 a € 17.319.768,14 del 2011;

b) monitoraggio consumi/invio dati flussi somministrazioni oncologiche a R.L.;

c) monitoraggio farmaci oncologici sottoposti a registro AIFA e richiesta rimborsi.

Per il monitoraggio dei consumi ATC L e le relative richieste di rimborso per farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio onco aifa sono risultati:

– 2010 € 126.410;

– 2011 € 213.000;

d) appropriatezza prescrittiva: interventi a livello della spesa ospedaliera.

Con deliberazione n. 736 del 20 giugno 2011 è stato adottato un nuovo ed unificato Prontuario Terapeutico aziendale (PTA), redatto sulle indicazioni del Prontuario terapeutico Regionale (PTOR), che ha portato alla drastica riduzione di diverse tipologie di farmaci ancora in uso nei vari SO / DSS / SSM / SERT, ma obsoleti e/o con scarse evidenze scientifiche.

L'applicazione della deliberazione regionale 1268/2009 in merito al monitoraggio dell'appropriatezza dei consumi di antibiotici in ambito ospedaliero viene a tutt'oggi seguita per gli antibiotici di particolare impatto di spesa o il cui uso non razionale potrebbe comprometterne la resistenza.

La spesa per antibiotici costituisce nella ASL 3 la principale voce della spesa farmaceutica ospedaliera.

Nel 2011 la spesa ospedaliera per tale categoria è stata di € 1.349.000 circa.

Nel 2010 la spesa ospedaliera per tale categoria è stata di € 1.622.000 circa, con un decremento di € 273.000.

Per quanto riguarda la prosecuzione dell'azione di ottimizzazione della distribuzione diretta da parte dei presidi e delle strutture aziendali dei farmaci del PHT, e di fascia A ed ex H-Osp2, in totale nel 2011 sono stati distribuiti in diretta, dalle varie sedi della Sc Farmacia Ospedaliera, farmaci per complessivi 11.000.000 € circa, a fronte di un totale di ASL di € 12.697.000.

e) distribuzione diretta materiale assistenza integrativa a pazienti diabetici, stomizzati, dietetici

totali pz 2011	N° 10725
valore materiale distribuito	€ 4.484.583,61
risparmio rispetto fornitura in convenzione esterna	€ 4.703.800,00

2) AREA SPECIALISTICA E DI DIAGNOSTICA.

Nell'ambito del dipartimento di patologia clinica si è provveduto alla razionalizzazione ed alla integrazione dei

- Laboratori di Patologia clinica;
- Anatomia Patologica;
- Medicina.

I. Dipartimento per Immagini

È in atto una profonda rivisitazione del dipartimento in tema sia di risorse umane sia di risorse strumentali; la scelta va verso la

direzione di concentrare su alcune strutture più forti l'offerta di radiologia, creando strutture specialistiche per segmenti di attività.

Attualmente si sta procedendo alla dismissione di alcune sedi poco utilizzate e dotate di apparecchiature obsolete (Via Archimede ed ex Ospedale Celesia), con conseguente recupero di risorse umane delle altre sedi.

II. *Specialistica Ambulatoriale*

Si attiverà il Piano Attuativo aziendale per i tempi di attesa finalizzato agli accessi alla specialistica ambulatoriale (visite ed esami strumentali) per priorità clinica.

3) *Programma esternalizzazione strutture aziendali che forniscono assistenza residenziale a pazienti psichiatrici ed anziani*

Nel corso del 2012 si ipotizza la chiusura delle strutture riabilitative a gestione diretta presenti nell'area di Quarto (Anziani, Psichiatrici) ed a Rossiglione (Psichiatrici), con contestuale ricollocazione dei pazienti ivi seguiti in strutture convenzionate.

Per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica si sta procedendo con una gara pubblica per reperire posti in strutture convenzionate sul territorio.

4) *Riduzione posti letto residenzialità convenzionata Area psichiatria e Dipendenze, Disabilità Adulti e Minori, Anziani e contrazione nr. prestazioni ambulatoriali acquistate da privati convenzionati Area Disabilità Adulti e Minori*

Nel 2012 si procederà ad una razionalizzazione dell'offerta di residenzialità sociosanitaria con la riduzione del 5 per cento dei posti letto attualmente in convenzione e contestualmente si provvederà a ridurre del 5 per cento rispetto all'Anno 2011 il budget destinato all'acquisto di prestazioni ambulatoriali riabilitative nell'Area della Disabilità Adulti e Minori.

5) *Sistema dei Trasporti*

Nell'anno 2012 saranno adottati i contratti con le singole PP.AA., ai sensi della D.G.R. 283/10, con definizione di un budget da assegnare alle singole Associazioni inferiore del 5 per cento rispetto all'Anno 2011.

Saranno potenziate le azioni di monitoraggio, controllo e verifica.

6) *Riorganizzazione modalità e sedi dell'offerta di assistenza nell'area relativa alle Cure Primarie e alla Prevenzione*

Nel 2012 si procederà a concentrare l'attività alla persona in due/tre palazzi della Salute per Distretto, così come realizzato nel Distretto 9.

RIORGANIZZAZIONE A.S.L. 3 GENOVESE			
Delibera di G.R. n. 809 dell'8.7.2011 Delibera di C.R. n. 23 del 4.8.2011 Delibera di G.R. n. 1440 del 25.11.2011	SC 2009	Proposta Azienda	
Strutture non Cliniche: Staff + Funzioni centrali Assistenza Collettiva Assistenza Distrettuale Assistenza Ospedaliera	63	45	- 18
Strutture Clinico Degenziali	57	33	- 24

f) ASL 4 – CHIAVARI.

La ASL 4, negli ultimi anni, ha provveduto ad una razionalizzazione dell'offerta di cura organizzando l'assistenza ospedaliera per Intensità di cura, in particolare con l'attivazione di posti letto di « cure intermedie » e di riabilitazione e conseguente riduzione di posti letto per acuti.

Inoltre occorre ricordare:

- la separazione dei percorsi della chirurgia ortopedica tra traumatologia e chirurgia protesica di elezione con riduzione dei tempi di attesa per intervento chirurgico dopo frattura di femore;
- il potenziamento dell'attività di *day surgery*;
- la riduzione della spesa farmaceutica territoriale attraverso progetti di appropriatezza delle cure con i medici di medicina generale e attraverso la distribuzione diretta dei farmaci;
- la costituzione del centro di coordinamento per i trasporti sanitari;
- l'attivazione dei poli sanitari territoriali di Rezzoaglio, Cicogna e Borzonasca, nonché dell'*hospice* e della Rete locale di cure palliative.

Tra i progetti maggiormente innovativi, si ricorda l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (Conto Corrente Salute), che è una raccolta di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la storia clinica e di salute di una persona. Si tratta di un servizio informatizzato gratuito, accessibile via web, per la pubblicazione e la consultazione dei dati che riguardano la sua « storia » sanitaria (quali per esempio, referti medici, lettere di dimissione ospedaliera, ecc.). Accedendo gratuitamente a tale servizio, la documentazione clinica del cittadino è disponibile in qualsiasi momento e in qualsiasi parte del mondo (basta solo un accesso ad Internet, il codice personale e la password).

Il Conto Corrente Salute è un archivio personale *on line* che contiene dati sanitari, consultabile in qualunque momento dall'interessato o da chi è stato da lui autorizzato, gratuito, sicuro e rispettoso della riservatezza dei dati che dà la possibilità di evitare code agli sportelli, avere sempre a portata di mano i propri referti e documenti sanitari da leggere, consultare e stampare (a casa propria, dal proprio medico di Medicina Generale, durante visite specialistiche, etc.).

In tale ASL è in atto una manovra di riduzione della spesa pari a circa 20 milioni nell'ambito del piano di risanamento economico.

g) ASL 5 – LA SPEZIA.

La popolazione spezzina (dati ISTAT al 1° gennaio 2011) è di circa 220.000 abitanti, distribuita in 29 comuni che fanno capo al distretto 17 (19 comuni), al distretto 18 (3 comuni) ed al distretto 19 (7 comuni).

I posti letto sono diminuiti dai 604 del 2009 ai 569 del 2011 (di cui quelli per riabilitazione, dagli 88 del 2009 ai 73 del 2011). I posti DH/DS sono diminuiti dai 97 del 2009 ai 61 del 2011.

La dotazione organica di personale sanitario al 31 dicembre 2011 era pari a 2187 unità, con una diminuzione di 285 unità rispetto al valore dell'anno 2005, distribuita su tutti i ruoli e su tutti i profili.

Nel corso del triennio 2008-2011 l'azienda ha portato avanti un programma di investimenti sulle principali apparecchiature elettromedicali di « alta tecnologia ».

Il 15 gennaio 2009 è stato approvato il nuovo atto di autonomia aziendale, è stato realizzato un unico Dipartimento « Salute mentale e SERT » e, con delibera del 9 gennaio 2012, l'Azienda ha confermato l'organizzazione della rete ospedaliera e del territorio in coerenza con le indicazioni del Consiglio regionale del 4 agosto 2011.

Il progetto di riorganizzazione ha l'obiettivo di far sì che l'ospedale riorganizzi le attività attorno alle aree delle acuzie-emergenze-urgenze, riequilibrando il rapporto ospedale-territorio.

Il nuovo ospedale di La Spezia sostituirà integralmente gli attuali ospedali S. Andrea e Felettino.

La realizzazione del nuovo ospedale della Spezia in località Felettino determinerà la dismissione e l'alienazione dell'attuale sede centrale dell'ospedale S. Andrea.

Il costo complessivo dell'intervento è stato stimato nell'ordine di € 175.050.000, di cui 150 milioni saranno finanziati ex articolo 20 sulla base degli Accordi sottoscritti tra Stato e Regione, circa 4 milioni con finanziamento regionale, mentre il rimanente costo troverà copertura dai proventi dell'alienazione dell'ospedale S. Andrea.

Il nuovo nosocomio prevede capacità di 450 posti letto + 70 letti tecnici.

Si rileva inoltre una notevole riduzione, negli ultimi anni, della spesa farmaceutica territoriale, che si attesta significativamente al di sotto della media regionale, attraverso lo sviluppo progressivo della distribuzione diretta dei farmaci (anche quale strumento per un più stretto controllo) e le iniziative per il buon uso in collaborazione con i medici di medicina generale, che ricevono un dettagliato report trimestrale con analisi degli scostamenti.

h) ISTITUTO TUMORI – SAN MARTINO.**IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.**

In data 1° settembre 2011 è stato costituito l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la

ricerca sul cancro a seguito dell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e dell'Istituto Scientifico Tumori (IST) Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro, ai sensi della Legge Regionale n. 2/2011 e dell'avvenuto riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di Oncologia da parte del Ministero della Salute (la data di costituzione è stata fissata dalla legge regionale n. 2/2011 alla data del riconoscimento di istituto scientifico; da tale data tutti i rapporti giuridici attivi e passivi sono trasferiti al nuovo soggetto giuridico).

Il nuovo Istituto persegue finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale, ed assicura la realizzazione della collaborazione fra SSN ed Università ai sensi del Decreto legislativo n. 517/1999.

Con provvedimento n. 1 del 13 gennaio 2012 è stato definito un Documento di organizzazione anticipatorio del Regolamento di organizzazione e funzionamento del nuovo Istituto Scientifico, al fine di garantire la funzionalità dell'ente nelle more della definizione del nuovo Regolamento, stante l'estinzione dei due pregressi enti prevista dalla normativa regionale.

La Giunta Regionale, con deliberazione n. 601 del 18 maggio 2012, ha preso atto del documento anticipatorio ed ha autorizzato la gestione transitoria dell'Istituto sulla base dell'organizzazione dipartimentale delineata in tale Documento con carattere temporaneo e provvisorio, determinando nella data del 30 giugno 2013 il termine finale di efficacia del predetto provvedimento, in considerazione della conclusione entro tale data del complesso iter per la definizione dei documenti che costituiscono il presupposto per l'approvazione del Regolamento di organizzazione e funzionamento (quali ad esempio il Protocollo d'intesa Regione Università).

Con deliberazione n. 633 del 28 maggio 2012 sono stati nominati, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Genova, i direttori dei dipartimenti ad attività integrata ed è stato costituito il Collegio di direzione, insediatosi in data 29 maggio 2012.

Con decreto del Ministro della Salute dell'11 maggio 2012 è stato nominato il Direttore scientifico dell'Istituto, insediatosi il 1° giugno 2012.

Non è ancora completata la costituzione del Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV).

Il disegno costitutivo dei Dipartimenti ha seguito uno schema abbastanza classico, per cui le strutture complesse sono state raggruppate secondo criteri di funzionalità, piuttosto che secondo criteri dettati da sole esigenze di ricerca. Questa organizzazione dipartimentale prevede la costituzione di sei grandi dipartimenti:

- Dipartimento di Oncologia ed Ematologia;
- Dipartimento dei Servizi;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento di Medicina Interna Generale e Specialistica;
- Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso;

- Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Essi vengono a costituire la struttura portante di tutta la catena di comando organizzativo del nuovo IRCCS.

Questa organizzazione è mirata al funzionamento ottimale dell'ospedale che ha come priorità la migliore assistenza al malato. Per ovviare alle possibili dispersioni che la struttura organizzativa potrebbe causare alla missione oncologica dell'IRCCS, si sono tuttavia usati accorgimenti e cioè:

i) costituzione di un Dipartimento di Oncologia ed Ematologia che raggruppa tutte le attività di Oncologia Medica, Medicina ad indirizzo oncologico ed Ematologia Oncologica presenti nel nuovo IRCCS, la Radioterapia e una parte dei laboratori di ricerca, che erano precedentemente collocati nel Dipartimento della Ricerca dell'ex IST. Le strutture cliniche di questo Dipartimento verranno gradualmente spostate nell'edificio ex-IST-sud o negli edifici ad esso vicini, facilmente collegabili con quello dell'ex-IST. Pertanto, anche dal punto di vista logistico, questo complesso di edifici verrà a costituire il *core* di un *Comprehensive Cancer Center* dove i pazienti potranno non solo trovare le principali attività terapeutiche (DH oncologici, ematologici, ricoveri a ciclo continuo, radioterapia etc.), ma anche molte delle attività di medicina preventiva (quali ad esempio la radiologia senologica e l'endoscopia digestiva). Una volta concentrate in una singola area, queste attività verranno integrate da un servizio accoglienza;

ii) costituzione nell'ambito dei Dipartimenti di aree specifiche, nelle quali vengono individuate particolari attività oncologiche meritevoli di attenzione e coordinamento. Questo è il caso dell'area di « Oncologia ed ematologia traslazionale » all'interno del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, nella quale confluiscono le strutture di ricerca che hanno la finalità di proporre strategie terapeutiche innovative (cellulari, molecolari, immunologiche). Inoltre, nell'ambito del Dipartimento dei Servizi, viene definita un'area denominata dei « Laboratori medici e di ricerca », ove confluiscono quei laboratori di ricerca che hanno l'obiettivo di sviluppare gli aspetti molecolari/cellulari della moderna diagnostica.

La decisione di integrare i laboratori di ricerca in due differenti aree di Dipartimenti con attività anche cliniche è stata dettata dalle seguenti considerazioni:

i) la necessità di conferire una maggior impronta traslazionale alla ricerca dell'IRCCS. La precedente organizzazione dipartimentale dell'ex-IST, con un Dipartimento dedicato esclusivamente alla ricerca, aveva determinato un certo isolamento di alcuni gruppi di ricerca, con la tendenza a sviluppare argomenti prevalentemente di base;

ii) la volontà di procedere ad una maggiore integrazione nelle attività tra i gruppi dell'ex-IST e quelli dell'ex-San Martino: questi ultimi sono collocati in laboratori di ricerca per lo più collegati/dipendenti da gruppi clinici e sono, anche per motivi logistici, più

coinvolti nella ricerca clinica. Queste misure per sviluppare una ricerca con una impronta più traslazionale dovrebbero venir ulteriormente potenziate dalla organizzazione dei DMT (vedi di seguito) per i quali è prevista la partecipazione attiva di molti dei gruppi di ricerca.

Il progetto di riorganizzazione del nuovo IRCCS si pone una serie di obiettivi che passano anche attraverso una riqualificazione strutturale, quali:

- creazione dell'area emato-oncologica e di un polo di ricerca;
- collocazione delle unità operative in poli omogenei di attività;
- progressivo abbandono degli edifici universitari all'esterno della cinta ospedaliera;
- redistribuzione ed integrazione dei servizi diagnostici;
- potenziamento della naturale *mission* di alta specializzazione dell'Istituto;
- rivisitazione logistica con realizzazione di strutture ed impianti che facilitino i collegamenti interpadiglioni in modo da superare le criticità correlate alla struttura a padiglioni, ubicati in una area ampia ed altrimenti poco collegabile.

Il nuovo Istituto si pone inoltre l'obiettivo di riqualificare le attività di ricerca in quanto la fusione dei due Enti IST e San Martino ha come finalità principale quella di creare un ospedale di ricerca e di insegnamento adeguato ai tempi moderni, che coniughi la necessaria attenzione verso gli aspetti economici di gestione di una struttura sanitaria con l'esigenza di dinamico adeguamento ai progressi sempre più rapidi nella diagnosi e nella terapia delle patologie.

Dalla data di costituzione si è proceduto ad unificare tutti i servizi tecnico-amministrativi e di supporto all'organizzazione clinica e di ricerca, nonché ad omogeneizzare progressivamente tutte le procedure ed i sistemi informativi e/o infrastrutturali, quali ad esempio procedure di contabilità, di controllo di gestione, di acquisto, di gestione del personale sia giuridica che economica, di qualità ed accreditamento, e di area sanitaria (quali SIO, laboratori, radiologie, sale operatorie, ecc.). Sono in corso di unificazione i siti web, i centralini telefonici e la posta elettronica. Si è proceduto alla ricontrattazione dei contratti per la fornitura di beni e servizi, razionalizzandone la gestione.

Pronto Soccorso.

Le criticità legate all'affollamento del pronto soccorso richiedono una precisazione. Premesso infatti che il San Martino è sede di DEA di 2° livello della Regione Liguria, e come tale il Pronto Soccorso è struttura di riferimento dell'area metropolitana, nonché dell'intero territorio ligure e non solo, le situazioni di crisi del Pronto Soccorso si ripetono da almeno un ventennio e la soluzione dovrebbe risiedere

in una diversa risposta dei servizi territoriali, nonché in un radicale intervento strutturale.

Nel febbraio 2012, al fine di intervenire su una situazione di sovraffollamento del Pronto Soccorso e della Medicina d'urgenza, la Direzione ha messo in atto alcuni provvedimenti di natura strutturale ed organizzativa: dal punto di vista strutturale e logistico si è attuato il trasferimento dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) dal primo piano al piano terra, ricavando in tal modo nuovi spazi che hanno consentito di realizzare un'area monitor nei locali ex OBI, nonché la disponibilità di due *open space* da dedicare ai pazienti ricoverati in barella, con riduzione del rischio di dover utilizzare il corridoio per lo stazionamento di pazienti in soprannumero. Dal punto di vista organizzativo è stata implementata una istruzione operativa che prevede un piano di attivazione progressiva di posti letto tecnici nelle Unità Operative degenziali in caso di sovraffollamento della Medicina d'urgenza.

Tali iniziative hanno consentito un notevole contenimento dei problemi legati a situazioni di elevato afflusso di pazienti ed una migliore organizzazione dell'attività assistenziale in regime di ricovero ed un miglioramento nel comfort e nella privacy degli utenti del Pronto Soccorso.

Centro ambulatoriale fuori dalle mura ospedaliere.

L'Azienda Ospedaliera Ospedale San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate (ora IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – Istituto Nazionale per la ricerca contro il cancro IST) aveva stipulato, nel 2001 (con scadenza al 31 luglio 2006 e con successivo rinnovo fino al 31 maggio 2011), un contratto per la locazione di un immobile ad uso poliambulatoriale ed un contratto di locazione dei relativi beni mobili con la società MD Medicina Diagnostica Avanzata srl. La struttura era stata adibita a centro specialistico poliambulatoriale nel quale, in orari differenziati, veniva svolta anche attività ambulatoriale in regime libero professionale intramuraria.

I due contratti, ontologicamente collegati, sono venuti a scadenza il 31 maggio 2011 ed il San Martino (informandone il locatore con un preavviso di un anno) non ha ritenuto di prorogare la locazione della struttura essendo venuto meno l'interesse a mantenere un centro poliambulatoriale fuori dalle mura ospedaliere. Tale orientamento è conseguente alla riorganizzazione dei servizi sanitari finalizzata anche a concentrare all'interno dell'ospedale tutte le attività per ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, al necessario contenimento della spesa ed all'avvenuta realizzazione di una struttura interna per l'esercizio dell'attività libero professionale.

Il locatore della struttura ha avanzato pretese sul pagamento dei canoni di locazione successivi alla data di scadenza del contratto (31 maggio 2011), richiedendo l'emissione di alcuni decreti ingiuntivi, verso i quali il San Martino ha presentato opposizione non ritenendo legittima la pretesa di rinnovo della locazione da parte del locatore.

Vi sono infine problematiche che riguardano la presenza di reparti cosiddetti doppioni, di primari con meno di 10 posti letto che dirigono appena 3 o 4 medici: il tema delle unità operative che hanno pochi posti letto verrà discusso a breve nella nuova convenzione tra Regione Liguria ed Università.

9. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

9.1. Accentramento servizi e prestazioni a Genova.

Da quanto emerso nel corso della missione del 2010, la Commissione ha rilevato la presenza di un'offerta sanitaria adeguata, seria e prestigiosa nella Provincia di Genova, sostenuta in particolare dalla presenza di qualificati complessi ospedalieri in grado di soddisfare la domanda di salute in tutte le discipline mediche. Tale condizione, anche se in misura minore, è rilevabile anche nel savonese, mentre le province estreme dell'imperiese e dello spezzino, non presentando una rete ospedaliera altrettanto adeguata e subendo, inoltre, la forte attrazione delle Regioni confinanti (Piemonte e Toscana), soprattutto da parte delle strutture private convenzionate, hanno maggiore difficoltà nel contenere le liste d'attesa sia per ricoveri programmati che per prestazioni specialistiche ambulatoriali.

In sintesi, una riduzione di 197 posti letto è l'obiettivo dei tagli da conseguire nell'arco di tre anni, fissato dalla regione negli ospedali liguri; 58.000 prestazioni saranno trasformate in *day service* ed offerte in regime ambulatoriale e a pagamento; infine, 240 posti letto di residenzialità dovranno essere creati entro il 2012, per favorire una rapida riallocazione degli anziani dagli ospedali.

9.2 Operazioni di cartolarizzazione.

Dall'esame di una delibera dell'azienda sanitaria genovese, n. 3, si evince un accordo transattivo con la società Valcomp Due srl (società di Fintecna), di importo di € 1.658.000, per la mancata liberazione di immobili soggetti a cartolarizzazione. Valcomp Due ha lamentato la mancata liberazione di beni mobili rinvenuti in alcuni immobili siti a Genova, per i quali si sarebbe dovuto operare lo sgombero da parte dell'ASL 3, nonché mancate consegne di alcuni immobili.

Ciò ha fatto maturare, a favore di Valcomp Due, un'indennità di occupazione, al 30 aprile 2010, di € 1.160.000. La vendita ha reso 203 milioni, quindi un buon risultato.

L'Assessore Montaldo ha ribadito, nel corso della citata missione, che non vi è stata alcuna distrazione di fondi, bensì un'esigenza di risolvere difficoltà oggettive di spostamento che la transazione ha risolto.

Come già detto sopra, si è operata un'ulteriore cartolarizzazione nell'anno 2011.

9.3 Problematiche sanitarie più rilevanti.

L'alto tasso di invecchiamento della popolazione ligure induce immediatamente alla riflessione sulle problematiche della cronicità. Infatti, l'invecchiamento è di per sé tipicamente accompagnato da un aumento di malattie che interessano l'apparato cardiovascolare, neurologico, muscolo scheletrico e, molto spesso correlato anche a patologie oncologiche, che, come ben noto, esercitano una forte pressione economica sul sistema sanitario: le malattie croniche incidono sulla sanità in termini di spesa proprio per la lunga durata e per i costi delle cure.

Una particolare riflessione nell'ambito delle criticità sanitarie più rilevanti è ascrivibile alle patologie connesse alla disabilità, sia essa fisica che psichica.

Le azioni delle ASL liguri sono guidate dall'esigenza di assicurare ai disabili accesso e inserimento all'assistenza di lunga durata e ai servizi di sostegno, quale priorità assoluta. Ciò anche al fine di ridurre al minimo le conseguenze economiche e sociali, facilmente derivabili da tale condizione.

Le emergenze sopra esposte, accanto alle strutture ospedaliere ed ai servizi domiciliari, trovano in parte soluzione nelle strutture residenziali che accolgono anziani non autosufficienti ed offrono loro servizi adeguati alla complessità dei loro bisogni.

Analogamente, apposite strutture, anch'esse a regime residenziale e semiresidenziale, offrono accoglienza ai disabili adulti e minori, ai malati psichici ed ai pazienti legati al mondo della tossicodipendenza, supportando in questo modo le famiglie nella difficile gestione di tali pazienti.

L'analisi del debito informativo del settore per l'anno 2010 evidenzia sostanziali differenze tra le Aziende Liguri: a solo titolo di esempio va evidenziato come nel settore anziani, a fronte di un indice regionale di 15,05 posti per 100 abitanti superiore a 65 anni, si passa da un indice di occupazione di 12,32 dell'ASL 5 a 16,95 dell'ASL 3; analoga situazione è rilevabile per il settore della disabilità.

Ciò dimostra la presenza di un pesante squilibrio tra le aziende sia in termini di costi che di disponibilità di letti per assistenza.

Da notare che gli interventi di assistenza domiciliare, per quanto rilevanti, non consentono di coprire la domanda di assistenza.

Una valutazione a parte richiede il problema della mobilità passiva. Le « fughe » fuori regione sono un problema certamente non trascurabile. La Regione stessa ha individuato tra i principali obiettivi dei Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere la diminuzione della mobilità passiva extra regionale.

Una visione generale della problematica sulle varie ASL Liguri, pur con approfondimenti sulle varie problematiche locali, evidenzia che le discipline con maggior mobilità passiva sono:

- ortopedia e traumatologia per circa 32 milioni, ai quali vanno sommati circa 20 milioni per riabilitazione;
- oculistica per circa 3 milioni;

- cardiologia per circa 9 milioni;
- cardiocirurgia per circa 7 milioni,
- chirurgia generale per circa 14 milioni.

Se si considera che il totale della mobilità passiva per l'anno 2010 è stato di circa 140 milioni di euro, è facile comprendere come circa un terzo della spesa sia ascrivibile al settore dell'ortopedia e della riabilitazione.

In particolare, la mobilità passiva è costituita per il 30 per cento del delta economico da prestazioni di ortopedia. Per questo, nel novembre 2011 è partita una sperimentazione pubblico-privata presso l'Ospedale di Albenga che, insieme alla scelta di dedicare specificamente alcune strutture all'attività ortopedica elettiva, potrà portare risultati che sono tuttora oggetto di verifica.

La valutazione generale che se ne ricava è che alla migrazione sanitaria sono interessate quelle discipline che, pur di bassa complessità, possono trovare nelle regioni limitrofe centri di alta specializzazione che, per la particolare posizione geografica della Regione Liguria sono facilmente raggiungibili dai pazienti delle varie ASL (ASL 5 verso la Toscana, ASL 2, 3 e 4 verso il Piemonte).

La Regione Liguria sta attivandosi per avviare iniziative atte a fronteggiare al meglio la problematica.

9.4 Tempi medi di pagamento.

Secondo i dati riportati da alcuni organi di informazione, i tempi medi di pagamento dei fornitori sono passati da 180 giorni nel 2009 a 196 nel 2011⁽¹⁰⁾.

Il dato citato dall'Assessore Montaldo nel corso della missione dell'ottobre 2010 era di 150 giorni in media.

9.5 Risultanze regionali anno 2010.

Da ultimo, qui di seguito si espone il dettaglio delle risultanze regionali con riferimento all'anno 2010.

Risultato di gestione: € 88,584 milioni di euro e € 95,118 con ammortamenti non sterilizzati.

Sulla base della stima del competente Dipartimento delle finanze del 24 novembre 2010, relativamente all'anno d'imposta 2011, che copre il disavanzo 2010, la stima delle entrate della massimizzazione delle addizionali IRPEF ed IRAP è pari a 108,557 milioni di euro.

Avendo la regione Liguria conferito al Servizio Sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 108,557 milioni di euro, viene assicurato l'equilibrio economico, ivi ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati.

⁽¹⁰⁾ *Corriere del Mezzogiorno*, 4 febbraio 2012.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,8 per cento e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77 della legge 191/2009⁽¹¹⁾.

9.6 Considerazioni finali.

La Liguria è una della più piccole regioni italiane, distribuita territorialmente su una stretta striscia di terra, delimitata da un lato dal mare e dall'altro dalle montagne. Tale configurazione geografica ha sempre reso problematica un'armoniosa distribuzione dei servizi, aggravata dalla prevalente presenza di una popolazione anziana che presenta bisogni sanitari importanti, legati alla cronicità delle malattie, alla conseguente disabilità, con una pesante ricaduta economica sul sistema sanitario.

Non potendo contare su grandi centri urbani, tranne la città di Genova, le prestazioni sanitarie vengono distribuite a livello comunale con strutture sparse sul territorio e con un'organizzazione frammentaria e disomogenea.

A fronte di ciò, negli ultimi cinque anni la Regione Liguria ha attivato importanti interventi di razionalizzazione, che hanno condotto all'accorpamento di diverse strutture ospedaliere e rilanciato la centralità del territorio, quale sede privilegiata e deputata a farsi carico dei problemi sanitari.

Il modello sanitario attuato in Liguria non è infatti quello della esternalizzazione, ma dell'integrazione ospedale/territorio: ciò è stato possibile nelle aziende dove la gestione della salute è affidata ad un solo gestore (ASL 1, 2, 3 e 5). Diversamente è stato per l'ASL Genovese, che ha dovuto applicare un sistema di committenza, avendo gran parte dei servizi ospedalieri amministrati da strutture esterne (ospedali S. Martino, Evangelico, Gaslini e Galliera). In tale maggior offerta sanitaria, e nella conseguente difficoltà di governo dei sistemi, trova giustificazione il rilevante scostamento in eccedenza del peso della quota capitaria dell'ASL 3 Genovese rispetto a quella delle altre aziende.

Il processo di razionalizzazione delle risorse e di contenimento dei costi ha comunque consentito di mantenere un adeguato standard di servizi rispetto alle esigenze della popolazione. Infatti, pur in presenza di considerevoli risparmi, è stato garantito un sufficiente livello di qualità clinica su tutta la Regione, anche se articolato da azienda ad azienda.

Le Aziende sanitarie liguri si trovano ora a dare attuazione a quanto previsto dalla deliberazione del Consiglio Regionale n. 23 del 4 agosto 2011 che, nell'ambito di un ulteriore adeguamento della rete

⁽¹¹⁾ Vedi: Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, relativo all'anno 2010 ai fini dell'attivazione della procedura di diffida alle regioni ad adottare le misure di copertura dei disavanzi di gestione del settore sanitario registrati nell'anno 2010. – Riunioni del 25 marzo e 6 aprile 2011.

e dell'offerta ospedaliera agli standard normativi di cui al Patto della Salute 2010-2012, ha emanato linee guida di razionalizzazione della rete di cura e di assistenza.

Sulla base di tali indicazioni, le varie aziende sanitarie hanno elaborato le loro proposte di riorganizzazione e rimodulato le loro esigenze con proposte organizzative articolate anche per « aree ottimali », aggregate in relazione alla loro collocazione geografica.

L'analisi del sistema sanitario ligure ha poi evidenziato alcune criticità, peraltro in corso di soluzione, nel modello organizzativo territoriale. È infatti in corso di elaborazione a livello regionale una riorganizzazione delle funzioni di assistenza distrettuale, che prevederà la realizzazione del cosiddetto « distretto forte », dove troveranno collocazione, esclusivamente funzionale, le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute mentale e SERT e, con riferimento ai soli servizi alla persona, quelle del Dipartimento di Prevenzione. Ai distretti verranno attribuite risorse e personale adeguato e, conseguentemente, la gestione diretta dei servizi.

In conclusione, nell'evidenziare quindi il positivo andamento della razionalizzazione dell'offerta sanitaria, pur a fronte di un considerevole contenimento dei costi, non si può ignorare che permangono molte difficoltà nell'affrontare la domanda sempre più crescente di bisogni di salute, domanda che invece dovrebbe trovare risposte ed attenzione per la sua ricaduta sulle dinamiche socio-economiche dell'attuale momento storico.

