



La A.S.L. 3 Genovese

dal 1 luglio 2008 ad oggi

Premessa	3
Area Territoriale.....	11
Le sedi.....	11
Riorganizzazione.....	12
Tempi di attesa.....	15
Assistenza Domiciliare	16
Assistenza Anziani	17
Assistenza Residenziale	17
Assistenza Disabili.....	19
Assistenza Protesica.....	19
Assistenza specialistica ai disabili	20
S.S. Sanità Penitenziaria	20
Assistenza Consultoriale.....	22
Centri Giovani.....	23
Salute Mentale e Dipendenze e Comportamenti d'Abuso.....	24
Centri diurni	25
SPDC.....	25
Residenzialità.....	26
Terapia Fisica e Riabilitazione Territoriale	26
Area Farmaceutica.....	26
Dipartimento di Prevenzione	31
Screening Mammografico.....	31
Screening Colon Retto	31
Salute e Sicurezza nel Porto di Genova	32
Vaccinazione papillomavirus (HPV)	34
Il Personale	37
Acquisizione Attrezzature Elettromedicali.....	38
Lavori strutturali	38
Conclusione.....	48

Premessa

Il forte elemento di caratterizzazione dell'anno 2008 è stata la deaziendalizzazione, a far data dal 1 luglio, dell'Azienda Ospedaliera Villa Scassi con la contestuale incorporazione nella A.S.L. 3 Genovese e la realizzazione del Presidio Unico Metropolitan (con Deliberazione n. 944 del 01/08/2008 la Giunta Regionale ha approvato le direttive inerenti l'organizzazione dei presidi ospedalieri unici, la deaziendalizzazione delle Aziende Ospedaliere Santa Corona e Villa Scassi e la sperimentazione del modello gestionale per i presidi ospedalieri dell'ASL 2 e dell'ASL3).

Il ns insediamento in qualità di direzione strategica coincide con la costituzione di una nuova azienda con il mandato specifico di attuare il processo di riorganizzazione attraverso la definizione di un nuovo impianto aziendale che permettesse la razionalizzazione dell'area ospedaliera e delle attività amministrative.

E' evidente come tale nuova realtà abbia pesantemente inciso sulla ricerca di nuove modalità di organizzazione dell'azienda che riuscissero a compenetrare due diversi stili di gestione e di direzione; pertanto se, nel primo semestre dell'anno, le due aziende hanno proceduto distintamente, nel secondo semestre è iniziato il lento processo di avvicinamento per creare un "comune ed univoco sentimento aziendale".

Le criticità maggiori si sono rilevate nell'area ospedaliera e nell'area amministrativa-tecnica, mentre il territorio è stato sfiorato in maniera marginale dall'aria di rinnovamento e dalla necessità di sinergie comuni. E' in tale quadro disaggregato che ha cominciato a muoversi l'Azienda per creare con lo sforzo e l'impegno di tutti uno spirito comune d'azienda, alla ricerca dell'integrazione per la valorizzazione dei punti di eccellenza e di forza.

Un periodo complicato e complesso che ha portato in quasi tutti i settori dell'azienda alla condivisione del nuovo spirito di squadra, mentre per altri il percorso sarà ancora lungo e travagliato. E' innegabile che lavorare in un'azienda con quasi seimila dipendenti, estesa su un territorio così vasto, che si occupa di un "bene" unico quale è la salute, è, per chi opera coscientemente al suo interno, per alcuni aspetti, un logorio indicibile, dovuto a certe lungaggini che la caratterizzano, ma è soprattutto un motivo di orgoglio e di crescita professionale, che è garanzia della "bontà" dell'azienda.

Come è mutato il quadro nei tre anni che vanno a chiudersi.

Area Ospedaliera

L'organizzazione e l'attività dell'area ospedaliera dell'ASL3 Genovese nell'anno 2008 è stata fortemente caratterizzata dalla costituzione del "Presidio Ospedaliero Metropolitan" per acuti avvenuta con la dismissione dei tre Presidi Ponente, Nord e Levante (attivi fino al 30 giugno), la deaziendalizzazione dell'Ospedale Villa Scassi di Sampierdarena e il conseguente inserimento del nosocomio nel nuovo presidio metropolitano (Delibera del Consiglio Regionale N°8 del 28/2/2008). Dal 1° luglio 2008 la componente ospedaliera per acuti dell'area metropolitana è caratterizzata dalla presenza di un unico Presidio Ospedaliero Metropolitan sotto il profilo organizzativo e assistenziale che comprende gli ospedali: San Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo, la Colletta di Arenzano, Sant'Antonio di Recco.

Esso è il risultato di un processo riorganizzativo che interessa le singole strutture ospedaliere ed è finalizzato ad una risposta più coerente alle domande e alle esigenze assistenziali dei residenti attraverso una migliore appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate.

L'organizzazione ospedaliera dell'ASL3, precedente all'accorpamento di Villa Scassi, era caratterizzata da un Presidio Ponente (comprendente gli ospedali di Sestri Ponente, Voltri e Arenzano) e da un Presidio Nord/Levante (comprendente gli ospedali di Pontedecimo, Genova Rivarolo, Recco e Busalla); passare ad un presidio unico ospedaliero non ha richiesto, quindi, solo un confronto/integrazione con l'ospedale Villa Scassi, ma un confronto/integrazione tra plurime realtà che fino ad allora avevano percorso modelli organizzativi e clinico-assistenziali differenti.

Al fine di rendere evidente la complessità della ASL3 Genovese si ritiene utile, inoltre, ricordare che il numero totale di dipendenti del ruolo sanitario nell'area ospedaliera prima dell'accorpamento dell'ospedale Villa Scassi era **2932** (medici, professioni sanitarie di area infermieristica, ostetrica, tecnica e della riabilitazione); nel Luglio 2008, dopo la deaziendalizzazione e conseguente accorpamento della struttura Villa Scassi, è diventato **3747**.

L'accorpamento della ex A.O. Villa Scassi nella ASL3 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 **sei stabilimenti ospedalieri**, dislocati su un ampio territorio, con un numero totale di **960 posti letto e 33 reni artificiali** (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 lavori di ristrutturazione inderogabili, con necessità di provvedere ad una adeguata gestione delle terapie chemioterapiche/antiblastiche.**

Riorganizzazione delle attività ad elevata criticità presenti presso i servizi di pronto soccorso e punti di primo intervento con riorganizzazione delle risorse al fine di ottimizzare la risposta agli utenti e migliorare gli outcomes e la qualità in generale per i pazienti affetti da patologie acute.

Tale riorganizzazione ha comportato:

- L'attivazione ISO-RISORSE dell'ambulatorio dei Codici Bianche presso l'Ospedale Villa Scassi;
- L'attività di attenta valutazione degli ambiti territoriali di afferenza dell'utenza con analisi degli accessi, rapportati alle diverse aree territoriali, in tutta l'area metropolitana (non solo di pertinenza ASL3), con evidenziazione delle discrepanze assistenziali territoriali e conseguente presentazione del lavoro, condivisione e successiva ridefinizione ad opera del GORE.

L'efficacia assistenziale è stata inoltre favorita attraverso la definizione di percorsi chirurgici che garantiscono il pieno adempimento delle disposizioni di cui alla norma DCR n.8 del 28 Febbraio 2008, relativamente alla tipologia di complessità attuabile all'interno delle diverse strutture del Presidio, nell'interesse esclusivo dell'utente e nel rispetto della massima sicurezza clinica, organizzativa e gestionale possibile. **In particolare sono stati definiti ed attivati percorsi chirurgici ad alta complessità per utenti afferenti all'ospedale Gallino presso l'ospedale Villa Scassi e per utenti afferenti all'ospedale di Recco presso l'ospedale di Voltri, con ottimale condivisione di risorse umane e strumentali e pieno utilizzo delle professionalità operanti all'interno dell'Azienda.**

Gli investimenti principali hanno riguardato:

- *Ospedale Pontedecimo*: installazione TAC con contestuale riammodernamento dell'intera radiologia, ristrutturazione della piastra ambulatoriale e del blocco operatorio, realizzazione quasi ultimata dell'isola oncologica e del reparto di cure intermedie;
- *Ospedale Villa Scassi*: la ristrutturazione del servizio di Emodinamica e Radiologia Interventistica con installazione di nuovo angiografo, adeguamenti del PS;
- *Ospedale di Recco*: l'installazione di ortopantomografo;
- *Ospedale Voltri*: installazione nuova TAC e riammodernamento del servizio di radiologia, ristrutturazione ortopedia;
- *Ospedale Sestri*: ristrutturazione reparto neurologia con apertura nuova piastra ambulatoriale, completo rinnovo delle attrezzature sanitarie dell'oculistica sia diagnostiche che di sala chirurgica tra le quali ha particolare rilievo l'acquisto dell'OCT;
- *Ospedale Arenzano*: completamento lavori di allestimento per reparto SLA, quasi terminata la ristrutturazione degli ambulatori della diabetologia, ampliamento del reparto di RRF, nuova palestra pneumologica;
- *Riorganizzazione dei Servizi di patologia clinica*, con accorpamenti funzionali, e conseguente ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nell'ottica della migliore efficienza ed economicità possibile.

Tutte le Direzioni Mediche Ospedaliere dei sei Stabilimenti hanno superato con successo la Certificazione ISO 9001, percorso di Miglioramento della Qualità con contestuale standardizzazione dei processi di lavoro correlati alla sorveglianza igienico-sanitaria e organizzativa con pianificazione ed esecuzione dei relativi adempimenti di vigilanza correlati.

A seguito dell'emanazione del nuovo Atto e del nuovo Regolamento Aziendale, che hanno determinato la definizione dei Dipartimenti, aventi l'obiettivo dell'integrazione e della razionalizzazione delle risorse si è provveduto a concretizzare il concetto di rete quale integrazione reale tra le strutture, i programmi ed i percorsi.

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

Il direttore del Presidio Ospedaliero Unico svolge in quest'ambito un importante ruolo di connessione anche quale componente di tutti i Comitati di dipartimento al fine di agevolare le attività di integrazione e razionalizzazione.

Al fine di favorire i percorsi assistenziali la Direzione del Presidio Unico ha provveduto alla revisione di n.8 procedure ritenute prioritarie per il 2009:

- Procedura aziendale per gli acquisti in esclusiva
- Procedura aziendale per la gestione del carrello per l'emergenza
- Procedura aziendale per le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: valutazione del rischio, prevenzione, gestione del paziente caduto e segnalazione dell'evento
- Procedura aziendale per il corretto utilizzo potassio
- Procedura aziendale per la gestione dei rifiuti prodotti da pazienti sottoposti a prestazioni con radiofarmaci
- Procedura aziendale: Indicazioni per prescrizione e somministrazione farmaci - Le schede unificate per la terapia
- Procedura aziendale per la conservazione e il controllo delle scadenze e delle temperature dei farmaci e dei dispositivi medici
- Procedura aziendale per la documentazione infermieristica.

Le procedure rappresentano la condizione indispensabile per consentire l'integrazione tra le strutture, la standardizzazione dei comportamenti nel rispetto della massima sicurezza e qualità dell'assistenza.

Al fine di rendere concreto e condiviso il percorso intrapreso si è provveduto a curare anche il coinvolgimento di tutto il personale mediante un importante progetto formativo, organizzato con una parte iniziale residenziale e poi con formazione on the job sottoforma di riunioni di reparto accreditate ecm. Tale progetto ha l'obiettivo di condividere e favorire la piena e corretta applicazione delle procedure contenenti le modalità operative che risulteranno così effettivamente uniformate e integrate. Si precisa che tale percorso formativo ha coinvolto nell'anno 2009 n. 1140 professionisti. La formazione è stata considerata una priorità al fine di rendere concreta e ottimale la riorganizzazione in atto e favorire il pieno confronto tra professionisti di realtà differenti.

Nell'anno 2009 si è concluso un primo periodo di omogeneizzazione tra le due ex aziende (ASL3 e Villa Scassi) che ha compreso, oltre ad un processo di progettazione dipartimentale di percorsi di cura dei pazienti, di linee guida e di appropriatezza delle prestazioni che sono alla base di una organizzazione che si fonda sul governo clinico, anche interventi di tipo tecnico informatico necessari ad una uguale modalità di raccolta ed invio dei flussi, presupposto essenziale ad una corretta interpretazione ed analisi dei dati.

La produzione ospedaliera della ASL3 Genovese si è modificata con l'aggiunta di quelle prestazioni erogate dalle strutture complesse presenti nell'ospedale Villa Scassi e nello stesso tempo si è avviata una politica di integrazione da Strutture Complesse dipartimentali che ha previsto anche equipe chirurgiche operare in strutture differenti dalle sedi di origine in relazione alla complessità delle prestazioni da erogare.

La riorganizzazione ospedaliera si è basata fundamentalmente su un percorso che nel 2009 ha compreso:

- l'attribuzione del budget a tutte le Strutture Complesse che ha previsto obiettivi di efficacia ed efficienza uguali per le S.C. della stessa specialità
- l'approvazione dell'Atto Aziendale e del Regolamento Attuativo (20/05/2009)
- l'elezione dei Direttori di Dipartimento (maggio 2009)

L'Azienda , come negli anni passati, è stata impegnata nel recupero dei c.d. DRG in fuga; in particolare si è registrato un aumento di produzione nell'area Oculistica dove dal 2008 al 2010 si è avuto un costante aumento dei casi trattati (interventi sul cristallino) oltre 3.000 casi all'anno mentre si è avuto un mantenimento delle attività nell'area ortopedica stante le difficoltà derivanti dal carico operatorio e assistenziale dei casi della traumatologia ortopedica che afferisce alle Strutture Complesse Aziendali di Ortopedia dal DEA e dal Pronto Soccorso (nonostante nell'anno 2010 le Strutture Complesse di Ortopedia Aziendali siano state le maggiori erogatrici, tra le strutture regionali, a favore di propri residenti del DRG 544 "Sostituzione di articolazione o reimpianto arti infer.", producono infatti il 42% dei casi, il 32% dei residenti della ASL3 ha preferito scegliere strutture fuori regione)(Inoltre hanno prodotto più del 50% circa il 56% degli interventi sul ginocchio per i residenti asl3 oltre 1.100 interventi).

Nell'anno 2010 e nei primi mesi di quest'anno è proseguita l'attività di razionalizzazione della rete ospedaliera con le seguenti azioni:

- ***S.O di Busalla***

La struttura, dove permangono la piastra ambulatoriale e la diagnostica e sono state spostate alcune attività del distretto sanitario, è stata caratterizzata dalla chiusura delle Cure Intermedie, peraltro compensata con l'apertura del nuovo reparto di Cure Intermedie presso l'Ospedale Gallino di Pontedecimo, e dalla chiusura del punto di Primo Intervento.

Le due operazioni, definite dopo un'attenta analisi sulle risposte fornite dalla struttura in rapporto sia alle potenzialità della stessa sia alla domanda di prestazioni sanitarie del territorio su cui gravita, consentono all'azienda, attraverso la razionalizzazione delle risorse umane, di qualificare al meglio l'assistenza ai pazienti post acuti e l'assistenza di emergenza ed urgenza nella Val Polcevera.

Infatti il personale operante c/o le Cure Intermedie di Busalla (19 unità tra personale infermieristico e di supporto) è stato utilizzato per l'apertura del nuovo reparto di Cure Intermedie a Pontedecimo, per garantire l'implementazione di posti letto della RSA Pastorino e per coprire carenze di organico registratesi in strutture aziendali.

Mentre la chiusura del P.P.I., in data 15 marzo 2011, ha consentito il potenziamento delle funzionalità di tutta l'area dell'emergenza e dell'urgenza della ASL 3 ridefinendo, in accordo con il Gore, l'organizzazione del polo emergenziale della Valle Scrivia.

La chiusura del Punto di Primo Intervento consente la definitiva applicazione della D.C.R. 29/2006 in ordine alla cessazione quale ospedale per acuti.

- ***S.O. La Colletta di Arenzano***

Si è provveduto all'accorpamento delle attività assistenziali infermieristiche delle Strutture Complesse Pneumologia Riabilitativa, Nefrologia, Medicina Riabilitativa e Reumatologia per l'evoluzione del sistema di offerta ospedaliera verso un modello basato non più sulle specialità ma sull'intensità di cura. ***E' stato aperto un reparto con 8 pl specializzato nella cura dei pz affetti da SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica attraverso la realizzazione di una sperimentazione gestionale pubblico-privato.***

- **S.O. San Carlo di Voltri:**

dal 1 maggio 2011 l'ospedale è gestito dall'OEI, in attuazione del Protocollo d'intenti tra Regione Liguria, O.E.I. e A.S.L. 3 Genovese e della D.C.R. n. 19 del 04/08/2010 per la concessione traslativa dell'Ospedale di Voltri da parte dell'A.S.L. 3 Genovese all'O.E.I.

- **S.O. P.A. Micone di Sestri P.:**

Si è proceduto alla disattivazione, in data 27 marzo 2011, in attuazione dell'allegato 4 punto 5 della D.C.R. 4/8/2010 n. 19 in ordine al riordino della rete neurologica, del modulo per malattie cerebrovascolari attivo presso la Neurologia con contestuale attivazione presso la Neurologia del Villa Scassi.

- **S.O. Villa Scassi di Sampierdarena:** si è proceduto

- 1. alla riorganizzazione e razionalizzazione dell'area della chirurgia e dell'urgenza con le seguenti operazioni:**

- **S.C. di Chirurgia Generale Colonproctologica** – riduzione dei posti letto dai precedenti 19 + 2 siti presso il pad. 3/3 a 12 posti letto con allocazione al pad. 4/T lato levante; i 9 ppl rimanenti sono stati adibiti alla costituzione del reparto di degenza breve aggregato alla SC

Medicina di Urgenza.

- **S.C. di Chirurgia Toracica** – soppressione della S.C. ed istituzione della S.S. Dipartimentale Chirurgia Toracica afferente al Dipartimento Specialità Chirurgiche (provvedimento n. 63 del 31.01.2011). Alla S.S.D. sono stati assegnati 4 posti letto già compresi nella dotazione della S.C. Chirurgia Generale DEA. I 21 posti letto derivanti dalla soppressione della S.C. Chirurgia Toracica sono stati adibiti 11 alla costituzione del reparto di degenza breve aggregato alla SC Medicina di Urgenza e 8 alla S.C. Chirurgia Generale trasferitasi dall'Ospedale di Recco mentre 2 ppll sono stati soppressi.
- **S.C. Medicina D'Urgenza e DEA:** attivazione, presso il pad. 3/3, all'interno degli spazi liberatisi a seguito del trasferimento della S.C. di Chirurgia Generale Colonproctologica, di 20 posti letto di degenza breve a supporto dell'attività di Pronto Soccorso (9 ppll dalla SSCC Chirurgia Generale ColonProctologica e 11 ppll dalla SC Chirurgia Toracica). Questo intervento, attuato senza incremento di risorse, oltre a favorire un più appropriato turn-over verso i reparti di degenza, comporta un miglioramento qualitativo nell'assistenza dei pazienti e riduce il giornaliero affollamento di pazienti precariamente allocati nell'atrio del P.S..
- **S.C. Chirurgia D'Urgenza:** riduzione, presso il pad. 3/2, dei ppll della Chirurgia d'Urgenza da 19 a 17, con assegnazione dei 2 pp.ll alla S.S. di Chirurgia del Piede che usufruirà anche di un'ulteriore seduta operatoria settimanale presso le sale operatorie situate al pad. 3/3; i 17 ppll della Chirurgia d'Urgenza sono comprensivi dei 4 ppll della SS. Chirurgia Toracica.
- **S.C. Chirurgia Generale:** attivazione di 8 ppll trasferiti dall'Ospedale di Recco.
- **S.C. Ortopedia 2:** attivazione di 18+2 ppll trasferiti dall'Ospedale di Recco.

2. al potenziamento dell'attività neurologica con l'attivazione del Centro Ictus dotato di 8 ppll monitorati.

• S.O. San Antonio di Recco:

si è provveduto alla chiusura, dal 23/03, dell'attività per acuti ai fini della graduale trasformazione in "Polo Ortopedico Riabilitativo integrato con lo stabilimento ospedaliero di Rapallo e con presenza di piastra ambulatoriale" con contestuale trasferimento, presso il P.O. Villa Scassi, dei complessivi ppll della S.C. Ortopedia e Traumatologia e di 8 ppll della S.C. Chirurgia Generale e la contestuale soppressione di 7 ppll della stessa S.C., la soppressione della S.C. Medicina Interna e Riabilitativa e la chiusura del punto di primo intervento.

Quindi dai 960 ppll del 1/7/2008 (con 7 stabilimenti ospedalieri) si arriverà al 30/06/2011, con il completamento del trasferimento dell'Ospedale di Voltri all'OEI, a 775 posti letto con 4 stabilimenti ospedalieri.

Tra l'altro occorre ricordare che 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. Sono considerati appropriati i ricoveri in day hospital che prevedano l'esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive, soggetti fragili per motivi clinici e sociali").

Area Territoriale

Le sedi

Nell'ambito del programma di riorganizzazione dell'offerta territoriale dei servizi sanitari l'ASL 3 nell'arco del 2008-2011 ha attivato diverse strutture in particolare:

- Genova Prà - Villa De Mari, una struttura che contiene altre attività sanitarie territoriali quali attività ambulatoriali locate in Via Buffa a Voltri e il Centro Educazione Motoria (C.E.M.) del Distretto 8, che era collocato in Via Siffredi, struttura non appartenente al Distretto di competenza.
- Piastra ambulatoriale Arenzano Piazza Golgi
- Genova Distretto 10 Apertura Consultorio Sostegno famiglia e genitorialità c/o ex Ospedale Celesia
- Genova Centro – Apertura Nuova sede U.O. Igiene Viale Brigate Liguria
- Genova – Nuova sede consultoriale di Via Gestro - "Percorso Donna". Nel nuovo Consultorio Familiare si troveranno attività cliniche ambulatoriali relative alla salute della donna e del bambino.
- la chiusura della sede di Salita NS. Signora del Monte (DSS12) è avvenuta nel luglio 2009 e il trasferimento degli operatori presso la sede di Via Archimede 30a

La razionalizzazione delle sedi consultoriali ha consentito l'incremento del 23% sul totale dei giovani accolti, del 30% nelle visite ginecologiche, del 28% per le consultazione psicologiche e neuropsichiatriche

- Genova Centro – In data 8 novembre 2010 Trasferimenti Ambulatori specialistici da Via Assarotti a Via XII ottobre

- In data 12 luglio 2010 quasi tutte le attività di Radiologia prima presenti nel Poliambulatorio di Via Assarotti, 35 (Radiologia Tradizionale, Ortopantomografia e Mammografia) sono state trasferite per problemi organizzativo/strutturali presso altre sedi Aziendali,
- Attivazione Consultorio di Struppa e chiusura di Via Adiamoli
- Nel 1° trimestre 2011 l'Azienda ha proseguito le azioni per il consolidamento della rifunzionalizzazione dell'attività sanitaria nella Val Bisagno attraverso la riorganizzazione logistica delle sedi presenti. In particolare si è proceduto al completamento della chiusura della sede di Via Piacenza, che determinerà un risparmio in termini di locazione e spese correlate, e al trasferimento delle attività nella sede di Via Struppa in ambienti più ampi ed confortevoli. Inoltre si sono completati i lavori presso la struttura di P.le Bligny per l'apertura di un nuovo punto CUP e un centro prelievi. Per quanto riguarda la sede di Via Struppa si sono potenziate le attività con lo Sportello Unico Integrato, con gli uffici ed ambulatori della Sanità Animale, l'ambulatorio vaccinazioni e gli ambulatori della Terapia Fisica e Riabilitazione.

Riorganizzazione

In quest'area si sono registrate profonde scosse, non dovute tanto all'accorpamento con l'azienda ospedaliera ex Villa Scassi, ma alla necessità e alla inderogabilità di "distrettualizzare" le cure.

Occorre però fare un distinguo:

- alcuni dipartimenti hanno pressoché continuato a lavorare come negli anni precedenti, mantenendo in sostanza la loro originaria forma e le relative competenze, in particolare il Dipartimento di Prevenzione;
- altri hanno cambiato denominazione e mission, in misura diversa e in tempi successivi: ad esempio nel 1 semestre 2009 erano presenti il Dipartimento Assistenza Anziani e il Dipartimento Attività Distrettuali (con compiti precipui di assistenza) a fianco dei sei Distretti (che ancora svolgevano un'attività progettuale e di supporto ai due dipartimenti); nel 2° semestre 2009 è stato costituito il Dipartimento Cure Primarie, che comprende anche la Struttura Complessa Assistenza Geriatrica, sono stati nominati nuovi Direttori di Distretto e soprattutto è iniziato il processo di trasferimento della gestione dell'assistenza dai dipartimenti ai distretti, che trova la reale applicabilità dal mese di febbraio 2010 con la definitiva assegnazione delle risorse umane sulle diverse funzioni.

Al fine di creare uno "Sportello Unico" in cui il cittadino possa trovare una risposta a qualsiasi tipologia di bisogno, si è ritenuto di accorpare sotto alla Direzione del Distretto la dipendenza del personale degli URP periferici che insistono nelle stesse strutture fisiche dei Distretti, con quella delle Accoglienze Distrettuali, degli Uffici della Protesica, delle Reception e delle Accoglienze del

Consultorio e degli Anziani, fermo restando il coordinamento di tutti gli URP e la gestione diretta di quello centrale e di quello ospedaliero da parte del Settore Marketing e Comunicazione.

L'URP centrale, secondo le funzioni ad esso assegnate dalla normativa, continuerà ad integrare in sé tutte le attività di front office dell'Azienda fungendo da punto di contatto per il cittadino, garantendo il coordinamento con gli Sportelli Unici e dovrà garantire il mantenimento e l'osservanza di standard comuni nell'erogazione del servizio e quindi assoluta omogeneità tra centro e sedi distrettuali in termini di capacità di risposta ai bisogni.

Nell'ambito degli Sportelli Unici, si può ipotizzare una divisione del lavoro e delle competenze tra front e back office, allineati ma complementari tra loro. Il personale in front office dovrà essere adeguatamente formato al fine di essere in grado a far fronte a tutte le tipologie di domanda cui dare una risposta in tempo reale; il personale di back office dovrà poter utilizzare strumenti e canali più ampi che gli consentano di reperire le risposte necessarie e comunicarle in un secondo momento al cittadino.

Nello Sportello Unico confluiscono dunque figure professionali diverse: amministrativi, infermieri, assistenti sanitari che si occuperanno, in sintesi, di svolgere le seguenti funzioni:

Esaudire i "bisogni semplici", da soddisfare in tempo reale, come ad esempio domande di carattere sanitario (accertamenti diagnostici, prestazioni domiciliari a bassa-media intensità, ecc.), amministrativo, (invalidità, L. 104, ecc), sociale, socio-sanitario (assistenza tutelare domiciliare, protesica, ecc) e/o includere sia aspetti sanitari che amministrativi;

Esaudire i "bisogni complessi", non di immediata risoluzione e che rimandano ad un insieme di singole prestazioni da coordinare con una presa in carico della persona assistita da parte del Distretto e un impegno a seguire e monitorare le varie fasi del suo caso fino alla conclusione. In tal caso il nucleo di accoglienza provvederà, se del caso, ad attivare l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che valuterà il caso ed elaborerà un piano di assistenza personalizzato.

Lo strumento informatico di base continuerà ad essere lo "Sportello Polifunzionale" cui, però, tutto il personale deve poter accedere in tutte le sue potenzialità.

Gli obiettivi della riorganizzazione fin qui descritta, che convergono con i punti di forza del progetto, appaiono i seguenti:

- Garantire risposte complete, efficaci, appropriate, uniformi e tempestive alla domanda del cittadino, sia essa esaudibile in tempo reale o in differita, ma, in tal caso, senza farlo ritornare allo sportello;
- Favorire il coordinamento e l'integrazione dei vari servizi territoriali e/o tra ospedali e territorio al fine di fornire una risposta unitaria al cittadino;

- Razionalizzare gli accessi dell'utenza ai servizi semplificando i percorsi (riduzione accessi impropri, evitare doppi accessi ecc...);
- Razionalizzare l'utilizzo di personale che ad oggi svolge a vario titolo e sotto diversi inquadramenti funzioni di accoglienza in vari servizi;
- Uniformare, centralizzare ed informatizzare la raccolta dati relativa alla domanda socio-sanitaria così da eventualmente rimodulare o comunque segnalare possibili miglioramenti nell'offerta di servizi.

Nel corso del 2010 sono state molteplici le attività poste in essere dall'Azienda per dare impulso e operatività ai Distretti; si è partiti con il trasferimento, con decorrenza 15/2, del personale delle cure domiciliari dalla SC Assistenza Geriatrica ai distretti, proseguendo con l'unificazione delle équipes e dei nastri lavorativi (secondo quanto previsto da delibera 337 del 30 marzo 2007 "Definizione dei livelli di Assistenza Sanitaria Domiciliare"), con l'assegnazione del personale URP e Ufficio Protesi ai Distretti e la relativa costituzione del S.U.D. "Sportello Unico Distrettuale", con la messa a regime della rete delle Cure Palliative Aziendali di cui alla delibera 1421 del 21 ottobre 2010.

L'attivazione dello Sportello Unico Distrettuale garantisce risposte complete, efficaci, appropriate, uniformi e tempestive; favorisce il coordinamento e l'integrazione dei vari servizi territoriali e/o tra ospedali e territorio con l'obiettivo di fornire una risposta unitaria; razionalizza gli accessi dell'utenza ai servizi semplificando i percorsi, migliora il clima relazionale dell'accoglienza a vantaggio soprattutto delle persone con maggiori difficoltà; consente di avviare le procedure di presa in carico e, se del caso, la proposta di attivazione dell'U.V.M.

E' in corso la revisione del software (SPD) e modulistica in uso nelle cure domiciliari al fine di mantenere la certificazione. Per quanto riguarda le cure domiciliari, mentre risultano invariati i livelli di attività sui pazienti di primo/secondo livello e terzo livello dal confronto tra 1° semestre 2010 e medesimo periodo del 2009, si registra un lieve aumento delle prestazioni determinata anche dalla mobilità d'ufficio attuata che ha consentito di equilibrare le dotazioni di personale addetto alle cure domiciliari nei vari distretti. Sono inoltre in fase di analisi e di progettazione percorsi di integrazione tra personale infermieristico distrettuale e quello afferente sia ai Consultori sia agli ambulatori vaccinali dell'Igiene e Sanità Pubblica;

E' stato inoltre attivato il "Sistema Integrato Sociosanitario per l'accesso delle persone anziane alle strutture residenziali sociosanitarie extraospedaliere", tale modello si fonda sulla valutazione sanitaria (ASL) e su quella sociale (ATS); gli esiti della valutazione vanno congiuntamente ad alimentare il sistema informatico di produzione della lista di attesa. La lista di attesa è gestita dalla ASL, con possibilità di accesso per visione agli ATS. I casi si dispongono automaticamente nella lista di attesa sulla base della gravità sanitaria, della gravità sociale e di alcuni criteri di urgenza

codificati. E' possibile aggiornare informaticamente la valutazione di una persona già in lista qualora intervengano significative modifiche del suo stato; in questo caso si modifica altrettanto automaticamente la sua posizione in graduatoria. La retta sociale-alberghiera è a carico delle persone o loro famiglie, salvo i casi di indigenza per i quali subentra il Comune compatibilmente con le proprie risorse disponibili. La richiesta di accesso alle strutture può essere presentata alla ASL (sportelli distrettuali) o agli ATS indifferentemente; in ogni caso si avvia l'iter integrato di valutazione. E' stata a questo proposito predisposta modulistica unica.

Tempi di attesa

Nell'anno 2010 i tempi di attesa hanno presentato ancora alcune criticità, in particolare per le Prime Visite delle branche di Oculistica ed Ortopedia.

Gli sforzi sostenuti dall'A.S.L. 3 hanno mirato sia al consolidamento delle iniziative intraprese nell'anno 2009 relativamente alle prestazioni strumentali, sia all'analisi ed alla riorganizzazione dell'offerta specialistica delle prime visite delle branche sopra citate. Occorre ricordare che l'offerta specialistica territoriale è erogata, principalmente, da Specialisti SUMAI, professionisti convenzionati con ASL 3 e regolamentati da specifico Accordo collettivo Nazionale.

Gli interventi di consolidamento posti in essere sono stati una attenta revisione e riorganizzazione delle agende, in modo da produrre un aumento di offerta ribadendo la disposizione, a suo tempo impartita a CUP (Datasiel), in base alla quale ogni spazio, non prenotato, di agende "Riservate" o "Vincolate", fosse messo in ricircolo, 24 ore prima dell'anticipo chiusura definito per ogni Agenda, per poter essere utilizzato per la prenotazione, senza vincoli, di un primo accesso .

Sono state definiti i protocolli, per le branche di Oculistica e Ortopedia (con la partecipazione dei MMG), finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza:

- accesso allo Specialista Oculista (riorganizzando le Agende delle seconde visite per la valutazione del tono oculare e del Fundus Oculi) e dello Specialista Ortopedico per i pazienti affetti dalle più frequenti patologie croniche (secondi accessi per infiltrazioni e/o artrocentesi in pazienti con osteoartrosi ecc.)
- organizzazione delle Agende per secondi accessi o prestazioni, in giorni specifici della settimana.

Per l'Oculistica è stato fatto un lavoro enorme, considerando che a Gennaio 2008 i giorni di attesa erano oltre 180 e al momento sono mediamente sotto i 45 gg, con esclusione dell'ospedale Micone e dell'Ospedale Villa Scassi .

Da gennaio 2009 sono stati attivati 5 ambulatori generali per prime visite oftalmologiche riducendo contemporaneamente il tempo visita del 25% (da 3 a 4 visite all'ora), 1 ambulatorio

dedicato ai pazienti affetti da glaucoma, 1 ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da malattie della cornea, 1 ambulatorio giornaliero di OCT.

Si è inoltre incrementata l'attività presso l'ospedale Villa Scassi con l'apertura di un altro ambulatorio dedicato alla retina medica; inoltre sono stati attivati gli accessi prioritari per ridurre ulteriormente i tempi di attesa.

Per la Cardiologia è sempre attivo il progetto di Telecardiologia ed è stato ulteriormente migliorato il "Progetto degli Accessi Prioritari in Cardiologia" al fine di decongestionare i servizi di Cardiologia attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG.

Inoltre, con gennaio 2011, ha preso avvio il progetto sperimentale sull'appropriatezza prescrittiva della richiesta di visita diabetologica in accesso prioritario che consente l'offerta di visita diabetologica in regime di accesso prioritario ai pazienti affetti da diabete di tipo 2 residenti nel territorio dei DDSSSS 8 e 9. Tale iniziativa prosegue quelle messe in atto negli anni precedenti volte a migliorare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e precede quelle che verranno messe in atto nel corso del 2011 relative alla visita urologia e all'attuazione del percorso assistenziale di accessi prioritari per gli esami strumentali di ECOCOLOR DOPPLERGRAFIA TSA e AA.II e SUP al fine di razionalizzare gli accessi ad un esame strumentale che presenta particolari criticità delle liste di attesa sia in funzione volumi di offerta sia in funzione dell'alta percentuale di inappropriatezza di richiesta.

Le ultime rilevazioni evidenziano un buon andamento per le prestazioni strumentali e la prima visita cardiologia mentre persistono ancora criticità per le Prime Visite delle branche di Oculistica ed Ortopedia.

Assistenza Domiciliare

Nell'anno 2008 rispetto al 2007 è stato ottenuto un lieve incremento nel numero totale dei pazienti presi in carico nelle Cure Domiciliari sia nella Media Intensità che nell'Alta Intensità passando **da 5554 pazienti in carico nell'anno 2007 a 5679** complessivamente (alta e media intensità) nel 2008.

L'impegno organizzativo attuato nel corso del 2008 ha consentito il completamento dell'implementazione della Valutazione Multidimensionale informatizzata V.A.O.R. degli anziani presi in carico (Media ed Alta Intensità) con la costituzione di una banca dati sulla Fragilità e sui Bisogni della popolazione anziana che accede al servizio tale da consentire, negli anni a venire, sia di definire attraverso gli indicatori di Prevalenza ed Incidenza adottati il livello di Qualità delle Cure, sia di adattare, attraverso il "profilo di salute" dei pazienti seguiti, tempestivamente l'offerta delle Cure Domiciliari ai nuovi bisogni identificati.

Sono inoltre stati perfezionati e resi più efficaci i processi di “dimissione protetta” verso il domicilio attraverso la sperimentazione della UVGO (Unità di Valutazione Geriatrica permanente Ospedaliera) nell’A.O.U. San Martino e la correlata presa in carico Integrata ASL3-Comune di Genova per le componenti miste di bisogno Sanitario e Sociale.

L’attività di cure domiciliari non è incrementata nell’anno 2009 ma si è mantenuta costante rispetto all’anno precedente, registrando un decremento dello 0,1%.

Anche l’anno 2010 si è mantenuto in linea con gli anni precedenti con un maggiore peso assistenziale dei pazienti presi in carico.

Assistenza Anziani

Assistenza Residenziale

I contratti di convenzione messi in atto dalla ASL 3 Genovese in questi anni hanno portato, nel 2008, ad una riduzione importante dei tempi di attesa per le RSA di mantenimento **da 304 giorni al 31.12.2007 a 242 giorni al 31.12.2008 .**

Il programma dell’incremento dei posti letto di residenzialità per anziani si è attuato secondo quanto concordato con Regione Liguria. La dotazione complessiva di posti letto di residenzialità definitiva (RP+RSA di mantenimento + Nuclei Speciali demenze) ammontava **al 31.12.2009 a 2.769 posti contro i 2.655 al 31.12.2008. Tale risultato (+62 posti)** è stato determinato dal convenzionamento di nuovi posti che ha compensato la chiusura di 108 posti di RSA di mantenimento e RP:

- 60 posti soppressi alla struttura di Via Donati della ASP Brignole,
- 18 posti per la chiusura della RSA Villa Carmen di Varazze,
- 12 posti per il trasferimento della RSA di Voltri,
- 18 posti di RP per la chiusura della struttura San Teodoro.

Inoltre l’incremento ha riguardato anche **i posti in gestione diretta** che sono passati, per le tipologie sopra riportate **da 46 a 151.**

Inoltre sono stati aperti **50 nuovi convenzionamenti di semiresidenzialità.**

Nel corso del 2010 a fronte del convenzionamento di **nuovi 76 posti letto di RSA I° fascia** ad inizio anno la progressiva chiusura dei posti letto riabilitativi presso le strutture ASP ha bilanciato il numero di posti letto convenzionati.

Incrementati invece i posti letto convenzionati come RSA di Mantenimento per i convenzionamenti di inizio 2010.

Dunque i Posti Convenzionati come **RSA I° fascia nel 2010 sono pari a 417 con tempi di attesa medi di 13 gg (contro i 19 gg al 31.12.2008 e i 31 gg al 28.02.2009).**

I posti letto convenzionati RSA di Mantenimento + Residenze Protette+ RSA Nuclei Alzheimer sono passati a **2909 con tempi di attesa medi nel 2010 di 176 gg**; quindi nel 2010 sono stati incrementati i posti letto mantenendo sostanzialmente invariati i tempi di attesa.

Per le residenze di mantenimento (NAT) si è registrato un mantenimento sia dei posti letto sia dei tempi di attesa che si attestano a 163 gg; per quanto riguarda le Residenze Protette (NAP) non sono stati registrati modificative significative nei parametri fondamentali attestandosi i tempi di attesa a 189 gg; per i Nuclei Speciali Alzheimer, a fronte di una offerta che non ha avuto variazioni (70pl) si è registrato un progressivo incremento dei tempi di attesa e delle liste di attesa, infatti i tempi di attesa si attestano a 209 gg.

Nonostante l'incremento di offerta, l'attuale tasso di posti letto per cento anziani che è, per la ASL3, pari a 1,59% si discosta molto dalla media italiana di 2,06% pertanto la stima complessiva del fabbisogno di residenzialità permanente è distante dall'attuale proposta.

Un elemento di ulteriore criticità è dato dalla notevole disomogeneità dell'offerta sui diversi distretti della ASL 3 Genovese. Questo induce a riflessioni riguardo la opportuna programmazione di nuove offerte territoriali che dovrebbe tendere ad una omogeneizzazione dell'offerta sui diversi distretti socio-sanitari in cui è articolato il territorio della ASL 3 Genovese. Sarebbe auspicabile indirizzare l'apertura di nuovi posti verso i DSS maggiormente carenti (nell'ordine DSS 8,10,9). I rimanenti distretti (12 e 13) pur avendo un patrimonio di risorse nettamente superiore si attestano comunque al di sotto dei parametri nazionali, mentre il DSS 11 ha raggiunto e superato quest'anno la media nazionale. Risulterebbe quindi giustificato nell'ambito di una visione armonica del territorio la realizzazione di ulteriori posti anche in queste ultime aree territoriali. In questa direzione da anni la ASL 3 si è mossa dovendo però contemperare le necessità dei singoli DSS con l'offerta disponibile (particolarmente accentuata a livello del DSS 11).

Per quanto concerne la semiresidenzialità, è progressivamente migliorata l'utilizzazione dell'offerta esistente sul territorio della ASL3.

Nel corso del 2010 tutti gli stabilimenti ospedalieri attivi nel territorio della ASL3 hanno attivata una Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera Permanente (compresi H Gallino PonteX ed H Voltri) alla quale partecipa un Geriatra appartenente alla S.C. Assistenza Geriatrica presente nell'ospedale tutti i giorni feriali.

Occorre segnalare, nel corso del 2010, **l'apertura di nuovi 20 ppil (di cui 5 ppil per pz SLA) dell'Hospice Montallegro gestiti dall'Associazione Gigi Ghirotti.**

Assistenza Disabili

Nell'anno 2010 è stata aumentata la potenzialità della struttura con l'assegnazione di due Strutture Semplici alla S.C. Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica: la S.S. Cure Palliative e la S.S. Sanità Penitenziaria.

La finalità dell'assegnazione delle due nuove S.S. al Dipartimento delle Cure Primarie e Attività Distrettuali sono di garantire l'erogazione delle prestazioni in tali campi appropriata ed equa su tutto il territorio della ASL 3 Genovese, in sinergia con le altre Aziende territoriali e Ospedaliere e gli Enti e Istituti di Ricerca a carattere Scientifico della nostra città e della regione Liguria.

In considerazione della molteplicità delle competenze della S.C. (Sanità penitenziaria, Inserimento lavorativo dei disabili, assistenza disabili, assistenza protesica, cure domiciliari, cure palliative, Reparto Speciale attività residenziali e semiresidenziali a gestione diretta) è stato modificato il nome in S.C. Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica .

Di seguito si relaziona su alcune aree di attività significative nell'anno 2010.

Assistenza Protesica

Poiché nell'anno 2009 la spesa protesica è stata superiore al budget assegnato, oltre ad attenersi scrupolosamente a quanto previsto dal D.M. 332/99 attualmente in vigore, sono state intraprese alcune iniziative di **razionalizzazione della spesa e appropriatezza delle prescrizioni**

Si è ottenuta una maggiore movimentazione degli ausili: nell'anno 2010 il fatturato della Ditta Reha per "il riciclo" degli ausili è stato di €634.686,12 a fronte di una spesa esterna di €1.662.631,08, notevolmente diminuita rispetto al 2009, e a fronte di una spesa non sostenuta (€540.130,00) per la fornitura di alcuni ausili nuovi, in quanto si è ritenuto di non bandire una nuova gara vista la soddisfacente movimentazione degli ausili ricondizionati avvenuta nel secondo semestre 2009.

Come si può più facilmente evincere dallo schema sottostante, nell'anno 2010 si è ottenuto un risparmio di **€989.970,55** rispetto all'anno 2009.

	Spesa Anno 2009	Spesa Anno 2010
Ausili "riciclabili" autorizzati in "esterna"	€ 2.339.564,84	€ 1.662.631,08
Gara fornitura alcuni ausili nuovi	€ 540.130,00	----
Banca Protesi	€ 407.592,91	€ 634.686,12
Totale	€ 3.287.287,75	€ 2.297.317,20

Nel corso dell'anno 2010 è stata approntata e aggiudicata la **gara per la fornitura annuale dei cuscini antidecubito** che verranno consegnati a domicilio dalla ditta Reha e dalla stessa ricondizionati. Va detto che, ad esclusione di una tipologia di cuscino antidecubito, difficilmente si riesce ad avere un buon "riciclo" di tali ausili. Ne consegue un costo notevole dovuto alle

autorizzazioni esterne (€ 506.284,18 – Anno 2009). La gara dovrebbe ottimizzare la spesa per tale tipologia di ausili con un presumibile risparmio da verificare nell'anno 2011.

Il Servizio ha partecipato ai lavori della Centrale Regionale di Acquisto ed è stato predisposto capitolato di gara regionale per ausili degli elenchi 1,2,3 del D.M. 332/99

Assistenza specialistica ai disabili

La normativa nazionale sui LEA (DPCM 29 novembre 2001) prevede a carico dell'utente una compartecipazione alla spesa per coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali o residenziali di bassa o media intensità assistenziale,

La Regione Liguria ha recepito le disposizioni nazionali con la D.G.R. 1346/2009 e 1848/2009 che prevedono l'applicazione delle aliquote di compartecipazione previste dal DPCM.

A seguito di quanto previsto dalla delibera 1848/2009 sono state effettuate le valutazioni di tutti gli utenti inseriti nelle strutture ex art.26 ed è stato valutato il tipo di intervento necessario (intensivo, estensivo, di mantenimento) ed è stata attivata, se dovuta, la contribuzione economica delle famiglie.

Nel corso del triennio sono stati attivati circa 100 nuovi ppll convenzionati in particolare Villa Elena di Rinascita Vita, Boggiano Pico, la struttura Vidoni di Quarto, l'appartamento didattico Cepim e "Dopo do Noi" dell'ANFASS.

S.S. Sanità Penitenziaria

Con l'entrata in vigore del DPCM 1.4.2008, è transitato il personale che, rispondendo ai requisiti, operava nei due Istituti Penitenziari genovesi e nelle due strutture per minori.

Il primo anno di applicazione del DPCM, e la emanazione delle indicazioni regionali di cui alla DGR 771/2009, che ha di fatto prorogato il termine di salvaguardia previsto per i rapporti di lavoro del personale non dipendente, ha quindi visto una organizzazione basata sul seguente personale:

- 2 medici transitati a dipendenza con 19 ore/settimanali ognuno (uno dei quali sospeso nel marzo 2009)
- 1 infermiera (subito trasferita ad altra sede aziendale)
- 1 psicologo TD al 75%
- 13 medici con contratti libero professionali
- 2 psicologhe con contratti libero professionali
- 12 medici specialisti con contratti libero professionali
- 6 medici specialisti già dipendenti della Asl3 in regime extraorario
- 2 medici specialisti di altre aziende con prestazioni in convenzione
- 12 infermieri professionali della Asl3 in regime di extraorario
- circa 12 infermieri per assistenza fornita da Cooperativa

Il progetto di riorganizzazione effettuato e attualmente in fase avanzata, ha portato a profonde modifiche e, da gennaio 2011, vedono una assistenza sanitaria penitenziaria organizzata come segue:

CC Pontedecimo

Assistenza medica : è garantita da personale dipendente. La specialistica viene effettuata da professionisti della Medicina Specialistica Ambulatoriale (odontoiatria . psichiatria, dermatologia).

Si è mantenuta la convenzione con l'AO San Martino per l'infettivologia, Pediatria e Ginecologia vengono garantite con personale dell'Assistenza Consultoriale. Tutti gli Specialisti Ambulatoriali di Marassi si recano anche a Pontedecimo .

Assistenza infermieristica: già garantita da personale Asl in regime di extraorario. Il numero di ore è stato leggermente aumentato per poter far fronte all'incremento del numero di detenuti.

CC Marassi

Assistenza medica: è attualmente fornita da personale medico dipendente assunto a seguito di concorso o trasferimento. Tale recente riorganizzazione è ancora in corso, e prevede l'acquisizione di due dirigenti per il completamento dell'organico. Contemporaneamente è stato attivato un Polo di GM specifico per il carcere ed assegnati turni di Specialistica Ambulatoriale per complessive 51 ore/sett, eliminando i contratti libero professionali. Attivi due contratti libero professionali. Sono al momento oggetto di riorganizzazione l'assistenza psichiatrica, in oggi fornita utilizzando personale dipendente in regime extraorario, e il Sert interno, le cui competenze necessitano di maggiore definizione.

Assistenza infermieristica : al momento esternalizzata.

Assistenza farmaceutica: l'attivazione del nuovo progetto prevede una fornitura diretta per entrambi i carceri dalla farmacia di Quarto. La nuova organizzazione ha consentito di risparmiare la presenza della farmacista (3 giorni alla settimana)

In sintesi, la presente organizzazione è articolata su 9 dirigenti medici (di cui uno a 19 h/sett), uno psicologo (TD 75%), il personale del Polo di GM e assistenza infermieristica per circa 1100 ore presso Pontedecimo e circa 4400 presso Marassi.

Dal 1° febbraio sono transitate anche le funzioni relative alla diagnosi dei Nuovi Giunti. Per garantire la continuità terapeutica, sono stati stipulati 3 contratti libero professionali della durata di mesi 11 con 3 psicologi che già svolgevano a Marassi tale attività.

Si ricorda inoltre che da Marzo 2010 è stato attivato a Marassi il Centro Clinico Regionale, con 42 posti letto, a vocazione infettivologica.

Assistenza Consultoriale

Nel flusso informativo regionale dei dati le prestazioni della Struttura Complessa Assistenza Consultoriale vengono raggruppate in tre aree, si riportano di seguito il numero di prestazioni totali dell'anno 2010:

- Area A ostetrico-ginecologica 61665 prestazioni
- Area B pediatria consultoriale 44086 prestazioni
- Area B1 pediatria di comunità 84914 prestazioni
- Area C neuropsichiatria, psicologia, sociale e riabilitazione. 80877 prestazioni

Andando a valutare l'andamento delle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2009 e nel 2010 il dato macroscopico che si evidenzia è un decremento essendo passati da 278.731 a 271.452 (escluse le attività sui gruppi). Analizzando la riduzione di prestazione si è verificata solo nell'area della **pediatria consultoriale e di comunità** (-7189 prestazioni)

Si osserva per questa area di lavoro un incremento del numero di prestazioni da 58.223 nel 2009 a 61.665 nel 2010. I dati sono riferiti all'attività svolta dagli psicologi (3 psicologi e 1 psicologo con compiti di base e di direzione) del Nucleo Sovradistrettuale Adozioni Nazionali ed Internazionali.

Nel 2010, sul totale delle prestazioni erogate (1703), si registra un **incremento pari al 44.56%** rispetto al 2009 (1178) dovuto all'adeguamento dell'impegno di valutazione, preparazione ed accompagnamento svolto dagli psicologi nella continuità del percorso offerto alle coppie, in adempimento alla normativa ed alle indicazioni nazionali.

Inoltre si è registrato un incremento del 172.72% dell'attività rivolta alle coppie residenti nei comuni limitrofi a Genova in adeguamento delle competenze.

In particolare si è registrato un incremento del 39.95% sugli interventi precedenti all'adozione e del 68.22% sugli interventi del post adozione

Convenzionamento con una struttura nell'area genovese per disagio adolescenziale La Finestra sul Porto altamente specializzata per malattie psichiatriche che consentirà di riassorbire parte dei pz attualmente ricoverati presso strutture extraregione.

Il ns consultorio è all'avanguardia **per il SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' IN SITUAZIONE DI RISCHIO O DI FRAGILITA'** in particolare:

- 1) **"Assistenza alla genitorialità adottiva:** Nel 2010, sul totale delle prestazioni erogate (1703), si registra un **incremento pari al 44.56%** rispetto al 2009 (1178) dovuto all'adeguamento dell'impegno di valutazione, preparazione ed accompagnamento svolto dagli psicologi nella continuità del percorso offerto alle coppie, in adempimento alla normativa ed alle indicazioni nazionali
- 2) **"L'ambulatorio del bambino immigrato"** Sono attivati spazi ambulatoriali nei Consultori Familiari dedicati al bambino immigrato, non iscritto al SSN (con STP), in ogni Distretto S.S. nella misura di 3 ore ciascuno per un totale di 18 ore di ambulatorio pediatrico nelle quali è possibile accedere senza appuntamento, al fine anche di ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso Pediatrico
- 3) **"Supporto alla genitorialità del bambino disabile"**

Nel 2010 si è attuata la programmazione relativa al progetto di **screening del carcinoma della cervice uterina** e si è proceduto alla chiamata e realizzazione dei PAP test relativi all'1 % della popolazione femminile compresa tra i 25 e i 65 anni del DSS 11, individuato come 1° Distretto pilota. La sede individuata per l'esecuzione dei prelievi PAP test, per disponibilità di spazi e personale, è stata via Rivoli 4 canc.

Infine, è importante rilevare che nel 2010 è stato portato a termine il lavoro di confronto con la Dirigenza del Comune di Genova in merito **all'assunzione da parte dell'ASL3 Genovese delle competenze psicologiche svolte dagli ATS fino al 31/12/2010**. Si è infatti giunti alla stesura dell'"Accordo tra ASL 3 Genovese e Comune di Genova relativo alle funzioni psicologiche in materia di tutela e protezione dei minori a rischio", deliberato da Comune e ASL3 tra dicembre 2010 e gennaio 2011, in cui vengono ridefinite le rispettive competenze in merito alla luce della normativa vigente (in particolare: DPCM 14/02/2001 e LEA).

Centri Giovani

I Centri Giovani dell'ASL 3 Genovese, spazio gratuito e ad accesso libero dove i ragazzi e le ragazze tra i 14 e i 21 anni possono rivolgersi per la contraccezione, per visite ginecologiche e per colloqui psicologici volti al sostegno nelle molteplici difficoltà che possono trovarsi ad affrontare in adolescenza, **nel 2010 hanno visto un' implementazione di offerte diversificate di servizi ed un incremento complessivo di prestazioni e utenti**, a fronte di una stabilità del personale nell' ambito ginecologico e dell'accoglienza e di variazioni non significative nella dotazione organica dell'area della psicologia e NPI.

I dati dei Centri Giovani, confrontando il 2010 con il 2009, sono indicati nella tabella che segue:

	2009 PRESTAZIONI	2009 UTENTI	2010 PRESTAZIONI	2010 UTENTI	% incremento prestazioni	% incremento utenti
C. G. FIUMARA	2336	580	2089	541	- 11.8%	-7.2 %
C.G. SOLIMAN	1279	247	1226	261	- 4.3%	5.6%
C.G. RIVOLI	2385	497	4780	859	100.4 %	72.8%
TOTALI	6000	1324	8095	1661	34.9%	25.4%

L'incremento complessivo delle prestazioni è pari al 34.9%, mentre l'incremento degli utenti corrisponde al 25.4%.

Salute Mentale e Dipendenze e Comportamenti d'Abuso

L'anno 2008 è stato caratterizzato dalla fase di "traghettatura" delle UU.OO. delle Tossicodipendenze all'interno del Dipartimento della Salute Mentale nella logica della nuova organizzazione aziendale che si sta creando. E' proseguita l'attività di valorizzazione del rapporto con la componente extra-aziendale del Dipartimento con iniziative di cooperazione ed un utilizzo più flessibile del budget assegnato al fine di creare progetti personalizzati, mirati alla nuova utenza e che permettano di ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Altresì profonde modifiche hanno caratterizzato il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento delle Dipendenze e dei Comportamenti d'Abuso in quanto, dal 3/11/08, a seguito del pensionamento del direttore del Dipartimento delle Dipendenze, le funzioni di direttore sono state assegnate al Direttore del Dipartimento Salute Mentale.

In data 31/01/09 vi è stata la completa formulazione del progetto di riorganizzazione derivante dall'accorpamento dei due Dipartimenti nel quale sono stati evidenziate le modalità operative ed organizzative collegate con i differenti livelli di complessità logistiche al fine di procedere ad un coordinamento omogeneo su tutto il territorio.

Con Deliberazione n. 849 del 1/07/09 è stata approvata la riorganizzazione delle Strutture Complesse del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, mantenendo nell'area SERT due strutture complesse territoriali. Con deliberazione n. 1274 del 3/09/09 si è provveduto a stabilire un ulteriore assetto organizzativo territoriale del Dipartimento, definendo una nuova indicazione delle strutture complesse articolate sull'Area Ponente e Levante e attribuendo le relative competenze.

A fronte di una forte diminuzione complessiva degli operatori dei CSM rispetto al 2009 (-7,07%), si è avuto un notevole incremento sia degli utenti (+4,49%) che dei pazienti (+6,36%) e delle prestazioni erogate (+8,79%).

In tutti i Distretti è aumentata la “prevalenza trattati” (+8%), indicatore dell’utilizzo del CSM da parte della popolazione residente. In particolare si nota un ulteriore aumento del tasso per il D8, che era già superiore alla media del DSM negli anni precedenti. Anche l’“incidenza trattati”, tasso dei pazienti nuovi sulla popolazione, risulta in continuo aumento nel totale del DSM (+12,9%) anche se in modo non omogeneo nei diversi CSM.

Di conseguenza vi è un aumento del numero di pazienti in carico per operatore (+14,34%) e del numero di prestazioni erogate in media per operatore (16,61%).

Si mantiene abbastanza costante negli anni la media di prestazioni ricevute da ciascun paziente, con un aumento della percentuale di prestazioni effettuate all’esterno della sede del CSM sul totale delle prestazioni (+20%)

Il dettaglio delle prestazioni erogate da infermieri, invece, mostra una flessione della percentuale delle prestazioni effettuate fuori dalla sede sul totale, dovuta probabilmente al calo del personale infermieristico, che viene maggiormente impiegato in funzioni interne al CSM (accoglienza, somministrazione di terapia ecc).

Vi sono alcune differenze tra i CSM, che evidenziano “stili” di lavoro diversi, soprattutto sulle modalità di “presa in carico” e sulle prestazioni erogate fuori dalle sedi (domiciliari ecc.).

Centri diurni

E’ aumentato l’utilizzo dei CD del Distretto 9, mentre è diminuita la frequenza e il numero di pazienti del CD Basaglia. Questi dati sono stati informatizzati da quest’anno, e questo può aver determinato alcune differenze rispetto all’anno precedente, ma permetterà un ulteriore approfondimento soprattutto sulle caratteristiche dei pazienti inseriti (età e diagnosi ecc).

SPDC

In tutti i SPDC sono in calo sia il numero dei pazienti (-7,79%), che dei ricoveri (-7,75%) che delle giornate di degenza (-8,53%) rispetto agli anni precedenti. Il dato è in gran parte conseguente alla diminuzione dei posti letto dell’ SPDC Galliera (da 20 a 12 letti nel corso del 2009); tuttavia questa minore disponibilità non sembra aver influito sugli altri reparti nel corso del 2010, come mostra il calo del tasso complessivo di occupazione dei posti letto (-6,75%)

Anche l’indice di riammissione si è mantenuto nel complesso abbastanza costante rispetto agli anni precedenti, così come la durata dei ricoveri. Tali dati sono da collegare con ogni probabilità ad una maggiore appropriatezza dell’utilizzo dei posti letto e ad una migliore collaborazione con i CSM su progetti di continuità terapeutica dei pazienti.

Residenzialità

I dati complessivi sulla residenzialità mostrano, negli ultimi tre anni, un livellamento del numero di pazienti presenti al 31/12 e delle giornate di degenza nell'anno.

Tuttavia è aumentato in tutti i Distretti il tasso sulla popolazione residente dei pazienti inseriti e delle giornate di degenza, in particolare nel D8 e nel D10, e viene così compensata la diminuzione dei pazienti che erano già ospitati negli Ospedali Psichiatrici all'epoca della chiusura (ex-op).

Si nota quindi un aumento degli inserimenti in "residenzialità" costante nei tre anni, che è probabilmente da mettere in relazione all'"impoverimento" complessivo dei CSM (personale, sostegni economici, ecc.), che mostrano una sempre maggior difficoltà a mantenere presso la abitazione i pazienti in carico ed a far fronte a difficoltà "sociali", che sono a volte la motivazione prevalente del ricorso alla "residenza".

D'altra parte, la possibilità di ricorrere ad inserimenti in Residenze più rapidi e flessibili (es. SEPA o residenze a gestione diretta dello stesso U.O. dei CSM), ha reso possibile una diminuzione del ricorso ai reparti per acuti, evitando ricoveri impropri.

Occorre ricordare l'attivazione di nuovi 13 ppll con l'Auxilium e i 15 ppl (già citati nella parte del Consultorio) di CT per Adolescenti "la Finestra sul Porto" gestita dal CEISS.

Terapia Fisica e Riabilitazione Territoriale

L'organizzazione logistica della Terapia Fisica è stata oggetto nel triennio di profonde modifiche e trasformazioni. Nel 2008 si sono realizzati, come da programmazione, due trasferimenti di ambulatori in nuove sedi ed un accorpamento tra due ambulatori; precisamente, nel mese di Novembre, il trasferimento nella sede dell'Osp. Evangelico dell'ambulatorio situato all'Istituto Liberti e dell'ambulatorio di Via Siffredi, situato a Sestri nel Distretto 9 ma che serviva la popolazione del Distretto 8, nella nuova sede di Villa De Mari di Prà, quindi Distretto 8, nel mese di Dicembre. Inoltre, nel mese di luglio 2008, vi è stato l'accorpamento dell'ambulatorio di Via Adamoli all'ambulatorio di Via Piacenza (Distretto 12) che nei primi mesi del 2011 è stato chiuso e le attività trasferite nel nuovo Palazzetto della Salute del DSS12 ubicato nell'ex Doria di Struppa.

Il servizio tuttora organizzato in tre poli territoriali è profondamente integrato con la rete ospedaliera.

Area Farmaceutica

Nel corso del 2009 si sono avviati alcuni importanti processi di uniformazione delle diverse procedure in uso nelle due Aziende (ASL 3 E Villa Scassi) ed in particolare:

1. l'incremento della distribuzione diretta di farmaci PHT alla dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale

2. l'incremento, in termini di giorni di apertura al pubblico, della distribuzione in assistenza integrativa di dispositivi medici per colostomizzati , diabetici , ecc
3. l'adozione, in tutti i punti, di procedure informatiche omogenee per la gestione dei magazzini dedicati alla distribuzione dell'assistenza integrativa e relativa rendicontazione
4. precisa informazione ai medici specialistici prescrittori delle normative vigenti in merito alla distribuzione diretta al fine di attivarla anche sugli ambulatori territoriali a seguito di visita ambulatoriale (attivati a Fiumara , Via Archimede , Colletta , Sestri)
5. adozione di procedura informatica unica per la distribuzione diretta farmaci in dimissione da ricovero/visita, in modo da consentire per tutti gli ambiti la rendicontazione come previsto dai tracciati regionali e ministeriali
6. adozione di report mensili di controllo andamento spesa ospedaliera e andamento distr. diretta farmaci
7. adozione reportistica per la rendicontazione delle dimissioni per ogni Dipartimento aziendale
8. adozione definitiva della procedura informatica OLIAMM per la gestione delle richieste informatizzate di farmaci e dispositivi su tutti i poli farmacie ospedaliere
9. adozione di report mensili, inviati alle direzioni sanitarie delle A.O. metropolitane e alla medicina distrettuale, per evidenziare l'impatto delle prescrizioni medico specialistiche in regime SSN e per valutare possibilità di intervento al fine di nuove strategie (anche multaziendali x es progetto Emofilici Gaslini) al fine di fornire in diretta farmaci ad alto impatto economico sul SSN
10. adozione di gare uniche per l'acquisizione di dispositivi medici
11. adozione e gestione, tramite apposita commissione, di codifica comune per le varie tipologie di prodotti utilizzati
12. adozione di procedure univoche per l'acquisizione di dispositivi medici a transito (esclusivi e non)
13. sospensione della convenzione con Don Orione per la distribuzione di farmaci alle RSA convenzionate ed attivazione di forma diretta di tale distribuzione
14. predisposizione di procedure attuative per gestione uniforme dei gas medicali
15. predisposizione di procedura/progetto per centralizzazione preparazione antiblastici (attiva ad oggi su Scassi e Gallino)
16. incremento distribuzione diretta farmaci agli Istituti di Pena
17. presentazione progetto per l'attivazione di distribuzione diretta a pz in assistenza domiciliare alta intensità

18. gestione e controllo della DPC , monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche , rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva terapeutica, (relazione dettagliata Farmaceutica convenzionata)
19. revisione delle procedure aziendali per segnalazioni iperprescrizioni MMG
20. riduzione spesa farmaceutica convenzionata

Nel corso del 2010 è stato consolidato il processo che già nell'anno precedente ha portato ad ottimizzare quantitativamente la giacenza presso il magazzino capofila per la gestione dei farmaci di cui all'allegato2), mantenendo una rotazione media inferiore ai 20 gg, grazie ad un attento monitoraggio degli ordini, nonché a processi inerenti il potenziamento dell'erogazione diretta dei medicinali PHT a livello diretto alla dimissione da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale presso gli S.O. aziendali ed interaziendali.

Nel contesto di contenimento della spesa si è inserito l'obiettivo di incremento della distribuzione diretta del I° ciclo terapeutico a seguito di visita specialistica ambulatoriale, alla dimissione da ricovero, nonché dei medicinali inseriti nel PHT, nel rispetto delle norme di riferimento.

I farmaci distribuiti in diretta sono stati acquistati con uno sconto pari ad almeno il 50% sul prezzo al pubblico e pertanto si può far conto su di un risparmio ottenuto sulla farmaceutica convenzionata di pari importo all'erogato.

Rispetto all'anno 2009 si è verificato quindi un maggiore risparmio derivante dall'incremento della diretta considerata nel + 12 % circa per farmaci di classe A e H e nel 29% circa per la classe APHT per la quale si può quantificare un corrispondente risparmio dell'aggio.

Nel corso del 2009 ASL n. 3 "Genovese" è stata indicata come ASL Capofila per la realizzazione della gara unificata regionale per l'acquisizione dei farmaci necessari alle ASL e AO liguri.

In tale attività, oltre ed in stretta collaborazione con la S.C. Provveditorato, la S.C. Farmacia ha provveduto alla stesura di un capitolato unico, che ha tenuto conto di tutte le esigenze delle varie ASL e AO regionali, di circa 2.200 voci.

Ciò ha portato al concretizzarsi nel Maggio 2010 all'aggiudicazione della maggior parte dei lotti con una percentuale notevole di risparmio medio complessivo ed alla introduzione in uso di farmaci equivalenti anche in classi terapeutiche ad elevato costo ed impiego (chemioterapici, epoietine, fattori crescita globuli bianchi)

Nel corso del 2010 si è data applicazione DGR n. 1268 relativa al monitoraggio di alcune categorie di antibiotici ad alto costo e a maggior rischio di uso inappropriato, infatti già la DGR 544/2009 poneva in evidenza la necessità di monitorare l'impiego appropriato in ambito ospedaliero dei farmaci a costo ed impiego elevato.

Si è provveduto a rendere obbligatoria per la richiesta di tali antibiotici la richiesta motivata riportante particolari indicazioni come da DGR 1268, senza la cui compilazione e invio alla farmacia il farmaco non viene distribuito.

L'elaborazione e l'analisi dei dati ha evidenziato che, su 616 richieste motivate raccolte da febbraio a Maggio 2010, solo nel 53% dei casi vi è uso appropriato dei farmaci, nel 10% dei casi un uso inappropriato, nel 37% le schede sono state compilate in modo non esaustivo .

Per quanto attiene al monitoraggio dei farmaci sottoposti a registro AIFA, tutte le schede compilate e le relative erogazioni sono controllate dalle farmacie che attuano anche, per i farmaci che prevedono il cosiddetto risk sharing, le procedure relative all'ottenimento del rimborso, spesso gestito sempre tramite procedura centralizzata AIFA.

E' in corso di adozione un unico PTO per tutti gli stabilimenti dell'Azienda ed una sua revisione critica al fine di una ottimizzazione sia in termini di rispondenza di efficacia clinica, ma anche di contenimento dei costi per le varie categorie terapeutiche, ponendo in atto le misure necessarie quali per esempio l'adozione in prima istanza di statine equivalenti, di eparine BPM a minor costo a parità di indicazioni terapeutiche.

A tal fine vi sarà l'adozione di un PT riservato alla cronicità (distribuzione diretta verso le RSA convenzionate e a seguito di visita ambulatoriale).

E' stata adottata la reportistica mensile di controllo dell'andamento spesa ospedaliera e dell'andamento della distribuzione diretta farmaci per consentire il controllo dell'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera, della distribuzione diretta e della DPC.

Contestualmente è stata attivata l'elaborazione, sempre mensile, di un file di confronto rispetto agli stessi periodo dell'anno precedente, in modo da valutare con puntualità eventuali scostamenti dell'attività in esame rispetto al periodo di confronto.

Tali report risultano essere un efficace strumento di controllo per la valutazione non solo dell'attività dei vari magazzini farmaceutici del DAF e della DPC, ma consente di realizzare rapidamente verifiche sugli scostamenti che si verificano per evidenziarne le motivazioni.

Nel corso del 2010 si è consolidata per le richieste di farmaci e materiale sanitario ai vari magazzini farmacia l'adozione completa della procedura informatica Oliamm per la gestione delle richieste.

E' stata attuato progetto per la centralizzazione degli antitumorali che si pone come obiettivo quello di migliorare la qualità delle prescrizioni, delle preparazioni e delle somministrazioni delle terapie oncologiche mediante l'utilizzo di tecnologie appropriate, per una maggiore garanzia di sicurezza ed efficienza e diminuzione del rischio clinico.

➤ **. Appropriatezza prescrittiva farmaci per MMG**

Nell'ambito di tale obiettivo sono state adottate le seguenti misure:

1. In attuazione delle disposizioni della L..412/1991 ed in ottemperanza all'obiettivo richiesto, si è provveduto ad effettuare delle convocazioni di Assistiti presso gli uffici aziendali, al fine di attuare verifiche sulla consegna delle singola confezioni erogate a carico del SSR
2. secondo quanto espresso dall'obiettivo in esame, si provvede al regolare invio delle schede Medico/reports per i MMG/PLS:

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

Nell'ambito delle considerazioni sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata dell'ASL 3 Genovese si osserva inoltre come sia costante e significativo anche il decremento della spesa per abitante residente.

Si rappresentano di seguito i dati relativi al periodo 2009/2010, nonché il raffronto tra il I° trimestre 2010 e il medesimo periodo dell'anno 2011:

- scostamento spesa SSR netta per ab. residente 2010/2009 - 3,20%
- scostamento spesa SSR netta per ab. residente I° trim 2011/I° trim2010 - 3,85%

Inoltre il confronto con le altre AA.SS.LL. liguri mostra un netto miglioramento con riduzione della spesa pro capite

	ASL 1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5
spesa per ab. Residente 2009	177,08	207,76	208,48	203,21	192,56
spesa per ab. Residente 2010	176,08	204,99	201,82	194,79	187,05
scostamento 2010/2009	0,56	1,33	3,20	- 4,15	- 2,86
spesa per ab. Residente I° trim 2010	46,29	53,06	52,65	50,69	48,47
spesa per ab. Residente I° trim 2011	44,83	52,27	50,62	49,18	47,76
scostamento I° tri m 2011/2010	3,16	1,50	3,85	- 2,97	- 1,46

Si tenga presente come la spesa farmaceutica SSR 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% della spesa farmaceutica complessiva dell'ASL 3 Genovese, il fenomeno quindi si riflette anche sull'indicatore "spesa per abitante residente".

Dipartimento di Prevenzione

Screening Mammografico

Ad oggi sono state chiamate tutte le donne con richiamo nel 2010 (6.467), le donne del 1953 con 1° invito (2.080); donne con ritardo del 2007 (4953)

Pertanto la situazione è la seguente:

- Totale inviti erogati al 31/12/2010	n.	13.500
- Totale mx eseguite al 31/12/2010	n.	10.150
- Inviti al 2° livello	n.	620
- Totale k	n.	51

Screening Colon Retto

Nell'anno in corso si è completata l'offerta del programma di screening di popolazione del tumore del colon retto alle coorti individuate quale target della 1a fase del piano attuativo del programma (coorti 1942 ..1943 ..1944). Con l'inserimento nel circuito postale delle lettere di invito a screening del tumore del colon retto indirizzate a 1.336 assistiti maschi e femmine nati dal 01 gennaio al 31 dicembre 1942 residenti sul territorio del DSS 101 è stata avviata la 1a fase del piano attuativo del programma di screening di popolazione del tumore del colon retto.

Nel corso dell'anno sono stati inviati gli inviti a 1.273 assistiti maschi e femmine residenti sul territorio del Distretto 10, nati dal 01 gennaio al 31 dicembre 1943 e gli inviti a 1.326 assistiti maschi e femmine residenti sul territorio del Distretto 10 nati dal 01 gennaio al 31 dicembre 1944.

Screening Cervice Uterina

L'avvio della 1a fase del piano attuativo del programma di screening di popolazione del tumore della cervice uterina è avvenuto nell'ultima decade di novembre 2010 con l'inoltro degli inviti a 673 assistite femmine, nate dal 01 gennaio al 31 dicembre 1984 ed a 64 assistite femmine nate dal 01 gennaio al 31 gennaio 1983, tutte residenti sul territorio del Distretto 11.

Il completamento dell'offerta del programma di screening di popolazione del tumore della cervice uterina alle coorti individuate quale target della 1a fase del piano attuativo del programma (coorti 1984 ..1983) è avvenuto nel mese di dicembre 2010 con l'inoltro degli inviti a 595 assistite femmine, nate dal 01 febbraio 1983 al 31 dicembre 1983, residenti sul territorio del Distretto 11.

I progetti interaziendali sulla Prevenzione

Per quanto lo sviluppo dei progetti per *“Conoscere e monitorare gli stili di vita della popolazione attraverso i sistemi di sorveglianza e partecipare alle iniziative di promozione della salute”*, sono stati implementati il **sistema di sorveglianza passi**, il **sistema di sorveglianza passi d'argento** e **OKKIO alla salute**.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI ha lo scopo di registrare e monitorare nel tempo le opinioni e i comportamenti della popolazione in merito ai principali fattori di rischio per la salute e agli stili di vita più appropriati, al fine di valutare le attività di prevenzione e programmare interventi sempre più efficaci in relazione ai bisogni.

In questo modo, attraverso il Sistema PASSI si sancisce l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra la domanda e l'offerta dei servizi, fra gli utenti e gli erogatori di cure, in merito a quali siano le priorità di salute e le possibili evoluzioni degli interventi. Passi diventa così una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

Sistema di sorveglianza passi d'argento

Per il sistema di sorveglianza denominato "Passi d'argento" sullo stato di salute e i bisogni assistenziali degli anziani, la ASL 3 è individuata come Coordinatore regionale e responsabile dell'organizzazione e della realizzazione nel proprio territorio di una indagine pilota .

E' stata attivata una collaborazione con l'Università degli Studi di Genova (due Corsi di Laurea: "Direzione sociale e servizi alla persona" e "Assistenza sanitaria"; e il Corso di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva) e con i Distretti Sociosanitari. Inoltre l'Agenzia Regionale Sanitaria ha collaborato mettendo a disposizione, per una parte del proprio orario di lavoro, una operatrice che lavora presso l'Agenzia stessa con contratto di collaborazione a progetto.

Sistema di sorveglianza OKKIO alla salute

Gli operatori della ASL3 partecipano alla programmazione di un'azione di promozione della salute di livello regionale, destinata a bambini, famiglie ed educatori di scuole materne liguri, denominata OKkio alle 3A, scaturita dall'osservazione dei risultati della sorveglianza condotta con OKkio alla Salute.

Prevenzione incidenti domestici e stradali

Salute e Sicurezza nel Porto di Genova

Nel triennio passato l'azione dell'ASL in ambito portuale (impegno mirato dalla fine degli anni '90 tramite un ufficio-osservatorio su salute e sicurezza del lavoro (ssl) dedicato alla circoscrizione portuale PSAL n.o. Porto), ha avuto modo di intensificarsi e registrare ulteriori segnali di positivo riscontro.

L'ufficio, integrato con due nuove risorse nel 2010, dispone ad oggi di 8 tecnici (tutti ufficiali di polizia giudiziaria) e due laureati; "serve" un territorio lavorativo con 4 realtà diversificate (operazioni portuali, circa 3000 addetti diretti; riparazioni navali con circa 200 imprese e 2000

lavoratori diretti; costruzioni navali con circa 200 imprese e 3000 lavoratori diretti e settori vari quali aeroporto, ENEL, attività varie e di servizio, altri 1000 addetti).

Rispetto ad uno standard nazionale (PN Prevenzione) di obiettivo di raggiungimento del 5% delle aziende del territorio di competenza, l'ufficio ha una copertura del proprio target nei 4 settori che va da un massimo del 90% per il settore operazioni portuali ad un minimo del 40% per le attività varie. Rispetto all'impegno di risorse dedicate, a fronte di un numero di aziende impegnate in porto mediamente intorno a 500 (pari a un centesimo del totale delle 50.000 imprese sul territorio genovese) l'ASL 3 destina agli ambiti portuali ben $\frac{1}{4}$ delle esigue risorse umane del servizio PSAL. La ssl in porto, in particolare nel settore commerciale delle operazioni portuali, è questione "calda" in tutti i distretti portuali nazionali, perché è una reale emergenza in termini di pesante rischio (specie infortunistico) e per fattori di "ambiente" e di retaggi culturali; i processi di crescita culturale innescati dalla avanzata normativa italiana (626 dal 1994) in porto hanno stentato ad avviarsi per gli stessi motivi di carattere ambientale e culturale.

Culmine e segnale di un approccio inizialmente conflittuale relativamente alla parte commerciale è stato il percorso, avviato nel 2007 di "Protocollo prefettizio su ssl portuale", che aveva durata triennale (2008-2010); la Regione e l'ASL hanno sottoscritto il patto, l'ASL ha avuto nei tre anni il ruolo di coordinamento delle azioni del SOI (vale a dire di tutti i soggetti pubblici comunque coinvolti nelle questioni di ssl, Autorità Portuale, Capitaneria, INAIL, INPS, Direzione provinciale lavoro), si sono imposte azioni mirate coordinate di controllo e stimolo delle imprese portuali verso standard di sicurezza più elevati, secondo le direttrici delle azioni nazionali delle Regioni. Sotto traccia all'accordo vi era per altro un tentativo di delegittimare e coartare il ruolo dell'ASL nel controllo e nella vigilanza, e di subordinare comunque l'azione di controllo all'iniziativa della parte sindacale.

Il protocollo nel corso del triennio ha permesso di ottimizzare le forme di collaborazione della parte pubblica, nel rispetto delle prerogative di ogni ente; strettissima è ad oggi la sinergia con l'Autorità Portuale (AP), verso cui la nostra ASL svolge un ruolo di prezioso supporto all'azione di regolamentazione delle questioni portuali che hanno risvolti di salute e sicurezza. Nell'ultimo periodo sono svariate le ordinanze e i decreti emessi dalla AP in collaborazione e su stimolo dell'ASL concernenti aspetti comunque relativi a ssl.

Dai numerosi confronti con altre regioni italiane con portualità, emerge come l'esperienza genovese assuma connotati di "modello operativo" nella gestione delle azioni di ssl. Il nostro ufficio ASL è il punto di coordinamento nazionale delle Regioni sulla materia specifica; in quanto tale la dirigente della struttura ha partecipato nell'ultimo anno come rappresentante (unica) delle Regioni italiane, ai

tavoli interministeriali (Ministero Trasporti con Lavoro, Salute) per la predisposizione delle nuove normative (in emanazione) su ssl nelle aree portuali e sulle navi italiane.

La naturale evoluzione delle azioni del protocollo prefettizio, improntate ad un approccio di tipo emergenziale (a seguito di eventi mortali), è contenuta adesso, finalmente su un asse di intervento pubblico programmato, nel Piano Regionale di prevenzione 2010-2012 che mette in campo un'azione forte sui tre porti liguri per la prevenzione degli infortuni nel lavoro portuale (80 imprese di operazioni e servizi portuali a Genova, La Spezia e Imperia). A partire dagli indici infortunistici sono pianificati interventi sui determinanti di rischio portuale, azioni di controllo programmate, campagne mirate di informazione, diffusione di buone pratiche.

La nostra ASL fornisce il ruolo di coordinamento dell'apposito gruppo regionale delle ASL.

Dall'osservatorio della nostra ASL ufficio Porto è indubbio il riscontro di un reale miglioramento diffuso della ssl in tutti i settori presenti, riscontrabile dal più semplice "marcatore" di tendenza che è l'utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione; assolutamente non presenti in porto fino a qualche anno fa, adesso sono diffusamente utilizzati. Si è finalmente messo in moto, pur se tardivamente rispetto ai restanti distretti lavorativi, il necessario processo di crescita della cultura organizzativa delle imprese sulle questioni di ssl, che le azioni dell'ASL (di vigilanza ma non solo) mirano a sostenere e promuovere.

Indicatore ben più tecnicamente affidabile sono gli indici infortunistici del settore portuale che annualmente (da oltre dieci anni), con un complesso flusso di dati, la nostra struttura ASL raccoglie dalle imprese del porto (primo caso in Italia, adesso seguito da parecchie ASL italiane); gli indici di incidenza (numero di infortuni rispetto al numero degli addetti) sono costantemente in diminuzione nel porto di Genova anno dopo anno, attualmente collocandosi su valori intorno al 20%, con un dimezzamento rispetto alle punte massime registrate nel passato (punta massima nell'anno 2000 con incidenza 40%, vale a dire 40 lavoratori infortunati su 100 presenti al lavoro).

Vaccinazione papillomavirus (HPV)

L'infezione da HPV rappresenta un problema rilevante per la Sanità Pubblica dal momento che viene riconosciuta come l'infezione a trasmissione sessuale più frequente al mondo: si calcola che l'80% delle donne sessualmente attive venga a contatto col virus nel corso della vita anche se soltanto una piccola percentuale di queste potrà sviluppare un tumore a distanza di molti anni.

REGIONE LIGURIA STRATEGIE DI OFFERTA HPV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Coorte nascita oggetto di offerta attiva	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Coorte nascita oggetto di offerta attiva	-	-	1995	1996	-	-

Delibera di Giunta Regionale n. 54 del 25.01.08

Delibera di Giunta Regionale n. 92 del 29.01.2010

La campagna di vaccinazione verso HPV è iniziata nel 2008 con Delibera di Giunta Regionale n° 54 del 25.01.08, a seguito della quale sono state attivate le strategie di seguito elencate :

- ❖ offerta attiva e gratuita alle femmine delle coorti di nascita 1997 e offerta gratuita, non attiva e su richiesta, alle ragazze della coorte di nascita 1996.
- ❖ avvio, per le fasce dal 13esimo sino al 26esimo anno di vita, dell'offerta della vaccinazione a prezzo agevolato, dato dal costo del vaccino, corrispondente al prezzo di acquisto, e dalla prestazione del Servizio Sanitario stabilita in euro 10.

Le dodicenni sono state invitate tramite lettera inviata a domicilio secondo le seguenti cadenze:

- ❖ **nel 2008** sono state inviate 2635 lettere-invito con adesione alla vaccinazione di 1931 soggetti, coorte 1997
- ❖ **nel 2009** sono state inviate 2645 lettere-invito con adesione alla vaccinazione di 1906 soggetti, coorte 1998

Nel 2009 è stato effettuato anche un **recupero per la coorte 1997** e sono state inviate **1002** lettere a seguito delle quali si è ottenuto, nel tempo, un incremento in termini percentuali di circa 4 punti sull'intera coorte.

Nel 2010, in applicazione alla D.G.R. n° 92 del 29.01.2010, è stata allargata l'offerta attiva e gratuita alle quindicenni, coorte di nascita 1995, con indicazione a proseguire l'offerta a prezzo agevolato per le coorti non oggetto di offerta attiva, sino al compimento del 26esimo anno di vita, garantendo solo per queste, la disponibilità di entrambi i vaccini in commercio.

Nel 2010 l'offerta attiva è proseguita con la chiamata di due coorti, le dodicenni, nate nel 1999 e le quindicenni, nate nel 1995 per un totale rispettivamente di 2462 e 2284 lettere inviate con 1553 e 1331 soggetti vaccinati.

Nel 2010 è stato effettuato un recupero **per la coorte 1998** e sono state inviate 921 lettere a seguito delle quali si è ottenuto, nel tempo, un incremento in termini percentuali di circa 5 punti sull'intera

coorte. Per la Campagna di vaccinazione verso papillomavirus con gara Regionale è stato acquistato il vaccino bivalente Cervarix e successivamente, nel 2010, anche vaccino quadrivalente, Gardasil. Entrambi prevedono la somministrazione di 3 dosi nell'arco di 6 mesi.

La promozione della campagna si è svolta anche attraverso incontri di formazione periodici con gli operatori sanitari degli ambulatori vaccinali, coi PLS e con il coinvolgimento della SC Assistenza Consultoriale con particolare riguardo ai Centri giovani.

ASL 3 Genovese					
HPV					
Rilevazione avanzamento programma vaccinazione, dall'avvio al 31marzo 2011					
	n° residenti (1)	n° lettere inviate	totale dosi somministrate	% vaccinate	invito della coorte (completato/in corso/Non Dovuto)
Coorte di nascita 2000	2736	1121	566	15,31	in corso
Coorte di nascita 1999	2668	2482	4152	58,21	completato
Coorte di nascita 1998	2667	2645	5401	71,47	completato
Coorte di nascita 1997	2680	2635	5658	72,05	completato
Coorte di nascita 1996	2621	866	4814	63,98	completato
Coorte di nascita 1995	2651	2284	3790	51,09	completato
Coorte di nascita 1994	2678		1452	18,89	N.D.
Coorte di nascita 1993	2748		1210	15,36	N.D.
Coorte di nascita 1992	2811		992	12,2	N.D.
Coorte di nascita 1991	2927		876	8,06	N.D.
Coorte di nascita 1990	2770		432	5,38	N.D.
Coorti di nascita 1989-1983	16224		1267	2,65	N.D.
recall coorte 1997 -1998		1923			
		13936	30408		

In conclusione dal 2008 a tutt'oggi il lavoro effettuato per la campagna viene ben rappresentato nella tabella allegata che evidenzia i seguenti dati riepilogativi

- ❖ popolazione oggetto di chiamata attiva: **16.023**
- ❖ N° lettere inviate : **13.936**
- ❖ N° totale vaccinazioni effettuate: **30.408**
- ❖ Coperture raggiunte sulle coorti oggetto di offerta gratuita:

Coorte 1995	51,09%
Coorte 1996	63,98%
Coorte 1997	72,05%
Coorte 1998	71,47%
Coorte 1999	58,21%
Coorte 2000	15,31%

Sono state inoltre effettuate in copagamento n° **6.029** vaccinazioni per le coorti non oggetto di offerta attiva.

Il Personale

La Regione Liguria con Delibera del Consiglio Regionale n. 8 del 28.2.,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 1.7.2008, l'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera "Villa Scassi" di Genova Sampierdarena con l'Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese" ;

Al momento del passaggio il personale in servizio presso le due Aziende risultava il seguente:

	01/07/2008								
	ASL 3			VILLA SCASSI			TOT		
	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compreso supplenti)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compreso supplenti)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compreso supplenti)	TOTALE
TOTALE COMPLESSIVO	4.481	23	4.504	1.287	17	1.304	5.768	40	5.808

Oltre a quanto sopra specificato, nell'anno 2009, in applicazione dell'Accordo sulla mobilità del personale dell'ASP Brignole, stipulato in data 13.1.2009 tra la Regione Liguria, ASP Brignole, ASL 3 e le OO.SS. Confederali di categoria, con il quale 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", sono stati trasferiti all'ASL 3 n. 150 dipendenti dell'ASP Brignole.

Presso questa Azienda il personale dipendente **al 31/12/2009 (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 31/12/2008 (5.772 unità)**, **un incremento pari a 113 unità**.

Va evidenziato che senza il transito del Brignole, al 31/12/2009, si sarebbe verificata una riduzione pari a n. 64 unità rispetto al 31/12/2008.

Presso questa Azienda il personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, al 31/12/2010 (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 31/12/2009 (5.885 unità), **un decremento pari a 108 unità**.

Preme sottolineare come tale dinamica sia aderente alla normativa vigente, vincolando la scelta aziendale in tal senso.

Acquisizione Attrezzature Elettromedicali

Particolare attenzione è stata rivolta alla dotazione di attrezzature elettromedicali presso i vari servizi della ASL 3.

Preme sottolineare che in un moderno Servizio Sanitario una buona parte dell'efficacia dello stesso è legata alla qualità delle strumentazioni che devono supportare i professionisti sanitari nei processi di diagnosi e cura.

Di conseguenza l'Azienda ha investito un totale di €17.533.285,00 nel triennio al fine di sostituire la tecnologia obsoleta e innovare alcuni servizi, sottolineando lo sforzo compiuto in un momento connotato dalla carenza di risorse economiche a disposizione.

Da evidenziare l'intervento relativo al PACS, che permetterà a regime di evitare lo spostamento dei pazienti tra i vari Presidi della ASL 3 oltre a dotare i professionisti della possibilità di avere on line la storia clinica del paziente, migliorando radicalmente la qualità e rapidità del processo diagnostico.

Si allega alla presente relazione (Allegato A) l'elenco delle attrezzature.

Lavori strutturali

La riorganizzazione aziendale posta in essere dall'1/7/2009, attraverso l'istituzione del Dipartimento di Edilizia Sanitaria e Ingegneria Clinica, ha permesso di raggiungere i seguenti obiettivi:

ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO EDILIZIA SANITARIA E INGEGNERIA CLINICA

- Tutte le progettazioni preliminari sono state eseguite con risorse interne;
- alcuni interventi progettuali, anche di discreta complessità, hanno visto risorse interne impegnate nella progettazione esecutiva;
- tutte le direzioni lavori sono state assegnate a personale interno;
- i contenziosi ereditati (riserve su appalti), che in alcuni casi si protraevano da molti anni e avevano coinvolto anche competenze specialistiche esterne all'Azienda, sono stati conclusi sempre rimanendo all'interno del quadro economico;
- non è più stata rinnovata una consulenza specialistica significativamente onerosa;
- sono stati eseguiti molti interventi, anche di rilevante importanza, utilizzando i residui di appalti precedenti;
- sono stati rinnovati molti appalti di manutenzione precedentemente prorogati;
- si è impostata una buona collaborazione con la SC Provveditorato per definire e programmare l'acquisizione di arredi funzionali agli interventi edilizi di ristrutturazione;
- è stata fatta una precisa e puntuale analisi del parco tecnologico aziendale definendo un piano di priorità degli acquisti;

- è stato rinnovato, in collaborazione con la SC Gare Edili, l'albo per gli incarichi a professionisti esterni per attività sotto soglia e, sempre in collaborazione con la SC Gare Edili è in fase di conclusione la procedura per definire l'albo delle imprese per l'affidamento di lavori sotto soglia.

Attraverso lo sviluppo delle attività di progettazione, esecuzione, conduzione e manutenzione degli immobili, si sono concretizzati gli interventi necessari al supporto strutturale delle attività della ASL 3.

Riportiamo di seguito lo **“STATO DELLE OPERE PIU' SIGNIFICATIVE CONCLUSE O IN CORSO”**.

Area di Prato Zanino

L'intervento prevede la ristrutturazione di due padiglioni nel complesso dell'ex ospedale psichiatrico di Prato Zanino onde ricavare mini alloggi e servizi per i pazienti precedentemente ospitati presso la struttura.

PADIGLIONE 9

Con Deliberazione n.1721 del 2/12/2009 è stata aggiudicata la procedura di affidamento dell'esecuzione dei lavori di ristrutturazione relativi al Pad. 9 al Consorzio Stabile Pedron, per l'importo di Euro 1.174.514,76, iva inclusa (ribasso del 42,526 %).

L'intervento è attualmente in via di esecuzione; la fine lavori è prevista entro la fine di Ottobre 2011.

PADIGLIONE 7

Con Deliberazione n.1627 del 30/11/2010 è stata aggiudicata la procedura di affidamento dell'esecuzione dei lavori di ristrutturazione relativi al Pad. 7 alla ditta MA.TI.SUD srl per l'importo di Euro 1.229.740,40 iva inclusa (ribasso 49,379 %).

La consegna del cantiere è avvenuta in data 1/03/2011.

Attualmente l'intervento è in corso di esecuzione; il termine contrattualmente previsto per la fine lavori è il 24/04/2012.

Stabilimento Ospedaliero "LA COLLETTA" di ARENZANO

Con Deliberazione n. 951 dl 29/06/2010 è stata aggiudicata la procedura selettiva relativa alla realizzazione di nuovi ambulatori cardiologici posti al 6° piano, alla ditta SIGMA Impianti srl per l'importo di Euro 295.411,20 iva inclusa (ribasso 19,722 %).

I lavori sono in corso di esecuzione. Si prevede di consegnare i locali finiti, provvisti di arredi, entro la fine del mese di Ottobre 2011.

R.S.A. CAMOZZINI

Con Deliberazione n. 461 del 26/03/2010 è stata aggiudicata la procedura selettiva per la realizzazione delle opere di rifunzionalizzazione del Presidio di Via Camozzini di Genova Voltri - Realizzazione di un CUP, centro prelievi, nuova collocazione del servizio cure domiciliari, alla ditta STICESC srl, per l'importo di Euro 173.478,43 (ribasso 34,999%).

I lavori sono attualmente in corso; la fine lavori è prevista entro la fine del mese di Gennaio 2012.

Area ex C.P.M. TECSALDO

Con Deliberazione n. 522 del 19/04/2010 è stata disposta l'aggiudicazione della selezione per il conferimento di incarico tecnico professionale per i "lavori di rifunzionalizzazione a presidio socio-sanitario del compendio immobiliare demaniale sito in Genova Voltri e denominato area C.P.M. TECSALDO".

Con Deliberazione n. 642 del 31/05/2011 è stata disposta l'approvazione del progetto esecutivo, che è stato inoltrato alla Regione per la competente approvazione.

Stabilimento Ospedaliero di GENOVA VOLTRI

Con Deliberazione n. 887 del 10/06/2010 è stata aggiudicata la procedura aperta per la affidamento dei lavori di realizzazione dell'OBI, alla ditta PROTECNA srl, per l'importo di Euro 204.310,03 (ribasso 19,722 %).

I lavori sono stati ultimati e collaudati. I locali e la pertinente documentazione tecnica-amministrativa è già stata consegnata all'OEI.

R.S.A. CAMPOLIGURE

Con Deliberazione n. 1525 del 24/12/2008 è stata aggiudicata la procedura selettiva per i lavori integrativi di adeguamento normativo per l'ottenimento Certificato Prevenzione Incendi della RSA di Campoligure, alla ditta TECNOEDILE srl per l'importo di Euro 172.690,56 iva inclusa (ribasso 16,71 %).

I lavori sono ultimati.

R.S.A. ROSSIGLIONE

Con Deliberazione n. 1362 del 7/10/2009 è stata aggiudicata la procedura negoziata per l'affidamento dei lavori di ristrutturazione ed adeguamento antincendio della RSA di Rossiglione alla ditta A.I.E. Attività Impianti Merlo Luisa & c. Snc, per l'importo di Euro 317.745,11 (ribasso 15,982 %).

I lavori sono terminati.

NUOVO EDIFICIO DISTRETTUALE NELL'AREA EX OSPEDALE MARTINEZ

Con Deliberazione n. 1475 del 27/10/2009 è stato approvato il Documento Preliminare alla Progettazione relativo all'intervento relativo alle opere di costruzione di un nuovo edificio distrettuale nell'area dell'ex Ospedale Martinez di Genova-Pegli.

Con Deliberazione n. 246 del 26/02/2010 è stata approvata l'aggiudicazione delle selezioni per il conferimento degli incarichi professionali relativi alla progettazione architettonica, impiantistica, strutturale e direzione lavori delle opere di costruzione di un nuovo edificio distrettuale nell'area dell'ex Ospedale Martinez di Genova-Pegli.

E' in corso di adozione il provvedimento deliberativo relativo all'approvazione del progetto definitivo.

Stabilimento Ospedaliero di GENOVA SESTRI

Con Deliberazione n. 1956 del 29.12.2009 è stata disposta l'aggiudicazione della procedura negoziata per le opere di ristrutturazione dell'U.O. Oculistica - Pad. A - Piano primo - lato levante del presidio ospedaliero Antero Micone di Genova Sestri all'Impresa Milici srl per l'importo di Euro 299.512,08 iva inclusa (ribasso 33,68 %).

I lavori sono ultimati.

Appalto integrato dei lavori di ampliamento ed adeguamento funzionale del Pad. 9 bis dello stabilimento ospedaliero Villa Scassi

Il progetto di "ampliamento ed adeguamento funzionale del padiglione 9" dell'Ospedale Villa Scassi (comprensivo di arredi e attrezzature per una somma stimata di €3.000.000,00) è stato approvato dalla **Regione** con **decreto dirigenziale n° 2163 del 21/10/2004** che prevedeva una spesa complessiva di € 11.085.002,00 (la cui copertura era garantita: per € 6.800.732,80 a carico del bilancio statale, per € 357.933,31 a carico del bilancio regionale e per € 3.962.335,89 a carico del bilancio aziendale dell'ex A.O. Villa Scassi);

Con deliberazione n° 3 del 3/01/2005 l'Amministrazione dell'ex A.O. Villa Scassi aggiudicava l'appalto in argomento, con il ribasso del 30,13%, per un importo contrattuale di €4.651.920,49 all'ATI costituita dalle seguenti Imprese:

- a) Capogruppo : Tofanelli Costruzioni Spa che successivamente cede in affitto di ramo d'azienda a COGESTO s.p.a.;
- b) ISIR Impianti s.r.l.;
- c) Crocco Emanuele s.r.l.;

Nel corso del 2009 tutti i tentativi per far ripartire in modo continuativo i lavori non hanno avuto esito positivo, per arrivare alla 2010 dove la Capogruppo mandataria dell'ATI appaltatrice, **COGESTO s.p.a.**, risultava sottoposta a **procedura fallimentare** in forza di dichiarazione del Tribunale di Firenze del 27/01/2010 e, pertanto, i lavori sono stati definitivamente interrotti.

Sono state avviate di conseguenza le complesse procedure previste dal codice degli appalti in caso di fallimento della capogruppo, giungendo alla ripresa dei lavori ed alla conseguente prosecuzione dell'appalto, ai sensi dell'art. 37 c. 18 del D.Lgs. 163/2006, attraverso l'ATI ricostituita dalle precedenti mandanti e dalla nuova mandataria- Ditta GAM di Painsi nel mese di marzo 2011;

Con Deliberazione n. 607 del 16/05/2011 è stata disposta l'approvazione dell'integrazione al progetto esecutivo, ai fini della prosecuzione dell'appalto.

Si prevede l'ultimazione dei lavori entro il mese di luglio 2012.

Nuovo Ospedale del Ponente

Questa Azienda, nel corso del 2009, ha elaborato un documento di fattibilità per un ospedale da circa 750 posti letto così come da indicazioni della DGR 8/2008. Tale progetto prevedeva la costruzione di un nuovo ospedale in sostituzione degli esistenti stabilimenti in carico alla ASL3. Nel corso del successivo periodo la programmazione regionale, cui spetta la competenza per quanto riguarda le strutture ospedaliere, è variata prevedendo il mantenimento dello stabilimento ospedaliero di Voltri e il passaggio dello stesso all'Ospedale Evangelico Internazionale.

Essendo variati quindi i parametri sui quali basare lo sviluppo del nuovo ospedale del Ponente, è in corso la definizione di uno studio prefattibilità infrastrutture propedeutico alla richiesta da avanzare al Comune di Genova per variazione al piano Urbanistico per l'area di Villa Bombrini.

Nuova sede via Degola

Non disponendo l'Azienda Sanitaria di un immobile di proprietà idoneo allo scopo, di ospitare la sede direzionale dell'Azienda, nonché gli uffici amministrativi e tecnici della stessa, si è ritenuto utile procedere ad effettuare una indagine di mercato, finalizzata all'individuazione di un immobile, o porzione di immobile, idoneo su tutto il territorio insistente nell'ambito dei municipi del Comune di Genova del Medio Ponente, del Centro Ovest e del Centro Est.

Tale indagine di mercato portava all'individuazione dell'immobile sito in Via Degola, civ. n. 3d, presentata dalla Società QUADRIFOGLIO GENOVA S.p.A, con la quale si è pertanto sottoscritto il relativo contratto.

Attualmente sono in corso di definizione aspetti propedeutici alla redazione, da parte di QUADRIFOGLIO, del progetto esecutivo, anche sulla base delle indicazioni fornite dall'ASL3. L'operazione, comunque, è subordinata all'ottenimento da parte di QUADRIFOGLIO del permesso di costruire, di competenza del Comune di Genova. (Termine scadenza 31/12/2011)

Realizzazione centro residenziale e diurno per disabili presso ex Scuola Vidoni in viale Teano, 10 a Genova Quarto

- sono state ottenute le autorizzazioni edilizie presso il Comune di Genova, nonché decreto di agibilità
- ottenuto parere favorevole condizionato da VVF
- collaudo tecnico amministrativo e saldo a Impresa in corso di completamento.

Il Centro è operativo dal mese di febbraio 2011.

Ristrutturazione edificio in via Bruzzo a Genova Bolzaneto sede di Comunità alloggio di utenza psichiatrica e di una nuova sede SERT.

E' in corso di predisposizione il progetto preliminare.

Casa della Salute Doria

Al fine di rispondere in modo più adeguato ed efficiente alle esigenze e bisogni socio sanitari della Valbisagno e Valtrebbia, si è ritenuto di attuare un processo di aggregazione potenziamento dell'offerta attuale che potrà trovare allocazione ottimale nei due corpi di fabbrica del DORIA acquistati dal ASL 3.

Nei suddetti corpo di fabbrica troveranno ubicazione le funzioni socio-sanitarie sotto elencate, ripartite nei vari piani secondo il criterio di migliore fruibilità da parte dell'utenza:

PIANO FONDI

Corpo Centrale

Farmaceutica e protesica (ufficio, magazzino, front-office, distribuzione)

Corpo est

Centro Educazione Motoria (palestre per trattamenti collettivi e box per trattamenti personalizzati)

PIANO TERRA

Corpo Centrale

Accoglienza socio sanitaria

CUP

Atrio con elevatore a servizio degli uffici della sala polivalente del 2° piano, degli uffici del 1° piano e dell'area CUP e Accoglienza del piano terreno

Prelievi

Radiologia

Corpo est

Piastra ambulatoriale inclusiva dei locali per realizzare una UTAP

PIANO PRIMO

Corpo Centrale

Uffici per la Direzione del distretto

Salone polivalente

Area Uffici

Corpo est

Consultorio

Ambulatori

PIANO SECONDO

Corpo Centrale

Area uffici

Oncologia ambulatoriale

Centro di salute mentale

E' stato perseguito l'obiettivo di allocare, nei due corpi di fabbrica del DORIA, le funzioni socio sanitarie di cui sopra, secondo standard edilizi di livello qualitativo medio alto, seguendo criteri di contenimento di costi di ristrutturazione di tipo conservativo con mantenimento delle attuali maglie distributive e limitando gli interventi di demolizione e/o ricostruzione unicamente per adeguamento normativo e/o abbattimento delle barriere architettoniche.

Particolare attenzione è stata rivolta agli aspetti energetici, al fine del contenimento dei costi.

Le funzioni socio sanitarie di cui sopra sono state ubicate nei 7600 mq disponibili, nel rispetto degli standard quali/quantitativi richiesti dalle vigenti norme in materia sanitaria.

In via preliminare sono state effettuate le indagini strutturali e fondazionali necessarie ad identificare lo stato dei corpi edilizi oggetto dell'intervento, ed apportare di conseguenza i più idonei interventi di consolidamento.

Parallelamente è stato effettuato uno studio finalizzato all'identificazione delle soluzioni edilizie ed impiantistiche che hanno costituito il miglior mix, in termini di costi/benefici, per il contenimento dei consumi energetici del complesso edilizio atteso i rilevanti volumi.

Considerato che trattasi di lavoro di speciale complessità che richiede l'apporto di competenze specialistiche in diverse branche dell'ingegneria, la progettazione preliminare e definitiva è stata affidata a professionisti esterni, specialisti nelle varie discipline, ed opportunamente coordinati, ciò al fine di dare un prodotto finale ad alto contenuto qualitativo e prestazionale, anche ricorrendo a dotazioni impiantistiche non usuali.

L'affidamento dei lavori è stato aggiudicato con Deliberazione n. 269 del 7/03/2008 al Consorzio Cooperative Costruzioni di Bologna, per l'importo di Euro 5.901.915,32 iva inclusa (ribasso 21,56 %).

I lavori sono ultimati e la struttura è in esercizio.

P.O. Gallino di Ge-Pontedecimo - Rifunionalizzazione della struttura mediante realizzazione di nuova volumetria ed interventi di razionalizzazione e potenziamento degenziale ed ambulatoriale nella struttura esistente.

I lavori si sono conclusi nel mese Febbraio 2010 ha riguardato la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica che comprende il nuovo Pronto Soccorso, il reparto di Cardiologia, nuovi ambulatori, uffici direzionali, ampliamento del blocco operatorio , realizzazione di nuovo poliambulatorio distrettuale e consultorio, per un importo di aggiudicazione pari ad Euro 3.517.630,30.

Casa Michelini Quarto

Con Deliberazione n. 1514 del 24/12/2008 è stata aggiudicata la procedura selettiva relativa agli interventi di ristrutturazione, restauro, risanamento conservativo e adeguamento alla normativa afferente l'abbattimento delle barriere architettoniche di Casa Michelini, all'impresa Errebi Costruzioni srl - R.S. Services srl per l'importo di Euro 1.626.836,04 iva inclusa (ribasso 17,057 %).

I lavori sono terminati. E' in corso di completamento la procedura di collaudo.

Area Territoriale di Recco

In esecuzione della DCR n. 19 del 4/08/2010 la Asl 3, Con Deliberazione n. 46 del 19/01/2001 ha provveduto ad approvare la rimodulazione del programma ex art. 71, articolare l'intervento in tre lotti funzionali e funzionanti indipendenti, così suddivisi:

- 1 lotto: ristrutturazione di porzione del P.O. per la realizzazione di piastra ambulatoriale e servizi territoriali - 1° lotto
- 2 lotto: acquisto secondo la formula "chiavi in mano" di apparecchiatura TAC da destinarsi al servizio di radiologia dell'ex P.O. di Recco - 2° lotto
- 3 lotto: ristrutturazione di porzione del P.O. per la realizzazione di struttura riabilitativa e Country Hospital - 3° lotto

Con DGR 295 del 18/03/2011 la Regione Liguria ha approvato la rimodulazione proposta da ASL 3.

Ristrutturazione di porzione del P.O. per la realizzazione di piastra ambulatoriale e servizi territoriali - 1° lotto

Con Deliberazione n. 304 del 28/03/2011 è stato approvato il progetto esecutivo;

Con Deliberazione n. 321 del 31/03/2011 è stata indetta procedura negoziata ex art. 122 c. 7 bis del D.Lgs. 163/2006, in corso di svolgimento.

Sono in fase di valutazione economica le offerte ricevute.

Acquisto secondo la formula "chiavi in mano" di apparecchiatura TAC da destinarsi al servizio di radiologia dell'ex P.O. di Recco - 2° lotto

Con Deliberazione n. 303 del 24/03/2001 è stato approvato il Capitolato Speciale d'Appalto

Con Deliberazione n. 325 del 31/03/2011 è stata indetta la pertinente gara d'appalto, in corso di svolgimento.

Sono in fase di valutazione tecnico/economica le offerte ricevute.

Ristrutturazione di porzione del P.O. per la realizzazione di struttura riabilitativa e Country Hospital - 3° lotto

Con DGR n. 295 del 18/03/2011 la Regione ha disposto la rifinalizzazione dell'importo derivante dai proventi dell'alienazione di Via Dei Giustiniani al finanziamento dell'intervento relativo alla CPM TECSALDO.

Conseguentemente, per la realizzazione dell'intervento in oggetto, ad ASL 3 occorrerà la concorrenza di partner privati.

Adeguamento antincendio

Con Deliberazione n. 1241 del 24/08/2010 è stato approvato il progetto esecutivo relativo ai lavori di completamento degli interventi di adeguamento e messa a norma antincendio degli Stabilimenti Ospedalieri e di residenzialità della ASL 3 "GENOVESE" : P.O. Gallino di Genova Pontedecimo, ex P.O. Celesia di Genova Rivarolo, P.O. Antero Micone di Genova Sestri Ponente.

Con Deliberazione n. 422 del 14/04/2011 è stata indetta la pertinente gara, ancora in corso di definizione.

Busalla

Con Deliberazione n. 1538 del 9/11/2010 è stato approvato il progetto esecutivo relativo alle opere per la messa a norma antincendio della parte vecchia del Presidio di Busalla.

Con Deliberazione n. 85 dell'8/02/2011 è stata disposta l'aggiudicazione dell'appalto alla ditta EDIL GE Costruzioni srl, per l'importo di Euro156.077,30 iva inclusa (ribasso 31,70 %)

La fine dei lavori è prevista entro il mese di Settembre 2011.

Ex Ospedale Celesia

Con Deliberazione n. 1242 del 24/08/2010 è stato approvato il progetto esecutivo relativo ai lavori di trasformazione in struttura poliambulatoriale e di residenzialità - intervento per la trasformazione del Padiglione a valle dell'ex Ospedale Celesia in semiresidenzialità.

Con Deliberazione n. 136 del 24/02/2011 è stata indetta la pertinente procedura selettiva, ancora in corso di svolgimento.

Conclusione

Nei paragrafi precedenti abbiamo cercato di dare un quadro d'insieme di quanto abbiamo realizzato, concretizzato e consolidato per i nostri cittadini in questo triennio; forse qualcosa ci è sfuggito e qualcos'altro è stato enfatizzato, occorre dire però che ci siamo impegnati al massimo per riuscire nell'intento di fornire una risposta efficace, responsabile e tempestiva rispettando i vincoli economici che, di anno in anno, sono aumentati a causa del momento contingente nazionale.