

5. Blocco delle assunzioni e del *turn-over*.

In attesa della definizione delle azioni di cui al numero precedente, tra gli interventi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa del personale, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, l'Azienda attuerà, con decorrenza immediata, **il blocco totale** delle **assunzioni** e del **turn-over** del personale, sia di **comparto** che **dirigenziale**, appartenente ai ruoli **amministrativo** e **tecnico** (con esclusione del personale addetto all'assistenza).

E' parimenti sospeso il passaggio di personale da profili tecnico-sanitari a profili amministrativi.

Per quanto concerne il personale del ruolo **professionale**: **blocco totale** per il profilo della **dirigenza** e previsione di assunzione, con decorrenza 1/1/2013, delle tre figure di ingegnere collaboratore per le quali è in fase di concessione la deroga regionale.

3

6. Disattivazione delle posizioni organizzative di Comparto non coperte in funzione del nuovo assetto organizzativo aziendale.

Nell'ambito degli indirizzi regionali ed anche in connessione con i processi di riorganizzazione, diventa indispensabile predisporre un piano di revisione delle posizioni organizzative e relativi incarichi presenti in Azienda poiché la loro individuazione, risalente, risulta antecedente alla confluenza dell'ex Azienda Ospedaliera Villa Scassi in A.S.L. 3 e non più correlata alla nuova organizzazione aziendale.

Peraltro, tale piano dovrà logicamente conseguire all'individuazione dei Dipartimenti delle strutture complesse e delle strutture semplici, all'interno delle quali le posizioni organizzative sono incardinate.

Nell'immediato si procede quindi alla sola disattivazione delle posizioni organizzative di Comparto non coperte in funzione del nuovo assetto organizzativo aziendale.

7. Azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei servizi di supporto.

Magazzini Economali

Nell'ambito della individuazione di aree proprie di attività che possano essere oggetto di un nuovo assetto organizzativo e strutturale che sia garanzia, attraverso la ricollocazione di risorse strumentali (mobiliari ed immobiliari) e la riqualificazione delle risorse umane, del mantenimento degli elevati standard qualitativi ottenuti ed - al contempo - del raggiungimento di importanti economie di spesa l'Azienda ha individuato le attività di magazzino economale.

L'analisi in ordine alla riorganizzazione dell'attività di gestione del magazzino, ha portato a focalizzare l'attenzione sulla **riorganizzazione** del settore con **l'accorpamento in un unico magazzino**, sito nella attuale struttura di Muledo, di tutte le attività del settore svolte nei due magazzini di Villa Scassi e Muledo, con l'utilizzazione esclusiva di personale ASL, lasciando affidata a ditta esterna solo la fase di consegna merce ai richiedenti, come già in essere.

La presenza di risorse umane sia in ambito amministrativo che tecnico di buona professionalità, i consolidati rapporti con i richiedenti del materiale che hanno portato a buoni livelli di integrazione ed un sistema informatico/informativo che permette adeguati livelli di conoscenza e di informazione sulla movimentazione dei prodotti hanno creato le basi per una soluzione di accentramento, anziché pensare ad una esternalizzazione completa del settore di attività, poiché in questo modo ci si può permettere di perseguire gli obiettivi prefissati con una valorizzazione anche del know-how esistente in azienda. La componente interna del settore, così accentrata, continua a mantenere il compito, tra l'altro, di pianificare totalmente l'attività di approvvigionamento e distribuzione e a fornire utili contributi al fine di definire le strategie d'intervento.

Occorre rammentare che detto percorso è stato intrapreso nel giugno 2010, quando si è provveduto ad una prima riduzione del numero dei magazzini operativi dell'Economato da tre a due. Tale riorganizzazione è risultata efficace nel suo complesso, ma sono possibili ulteriori miglioramenti, specialmente in ordine allo sfruttamento degli spazi.

La realizzazione del progetto di accorpamento si basa sulle stesse ragioni che hanno determinato il passo precedente e che si evidenziano tramite l'enunciazione dei vantaggi della gestione del magazzino unico:

Dal punto di vista economico tale politica gestionale ha consentito di abbattere la spesa per il personale direttamente impiegato, in quanto tutta una serie di attività sono state accorpate risparmiando risorse umane ed economiche. L'accentramento ha permesso poi risparmi molto sensibili che non si riflettono sulle altre voci che compongono la spesa diretta per il

funzionamento del magazzino, ma che riguardano i carichi di lavoro collegati alla sua gestione amministrativo/contabile.

Centralini

Allo scopo di uniformare in tutta la ASL la gestione dell'attività dei centralini, è stato introdotto il numero telefonico unico.

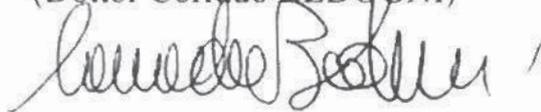
Il servizio di centralino dell'ASL 3 risultava dislocato su tre sedi: 1) ospedale di Sestri, ove operavano n. 14 centralinisti con a disposizione un massimo di 7 posti operatore e svolgevano il servizio per l'area Nord e Ponente, che faceva capo ai numeri con radice 010 644.....; 2) ex PSS di Quarto, con n. 12 centralinisti, a disposizione un massimo di 6 posti operatore e il servizio era svolto per l'area Levante e parte del Centro, relativamente ai numeri con radice 010 344..... 3) ospedale Villa Scassi, ove operavano n. 5 centralinisti con a disposizione un massimo di 4 posti operatore e svolgevano il servizio per l'ospedale Villa Scassi, che faceva capo ai numeri con radice 010 4102.....

Modifiche operative derivanti dall'adozione del numero unico.

L'introduzione del numero unico ha reso assolutamente indifferente la postazione fisica dell'operatore in relazione all'efficienza e all'efficacia del servizio. Tutti sono abilitati a rispondere a qualsiasi telefonata (interna ed esterna) e la telefonata in entrata al centralino viene indirizzata automaticamente dal sistema al primo posto operatore "libero" in qualsiasi sede esso si trovi.

Infine si evidenzia che l'adozione del numero unico ha consentito di ricondurre alle attività proprie del centralino il traffico telefonico notturno dell'ospedale Villa Scassi, fino ad oggi smistato dall'ufficio accettazione del nosocomio.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dottor Corrado BEDOGNI)



Genova, 27 agosto 2012

delibera n. 643 20/5/2009 Atto Aziendale 2009		Delibera 1430 del 28/12/2011		Delibera 590 del 27/6/2012 Riadozione Atto Aziendale 2012	
N.	Strutture Complesse	N.	Strutture Complesse	N.	Strutture Complesse
	Staff + Funzioni Centrali		Staff + Funzioni Centrali		Staff + Funzioni Centrali
1	n. 1 S.C. Legale	1	n. 1 S.C. Legale	1	n. 1 S.C. Servizio Legale
2	n. 1 S.C. Affari Generali	2	n. 1 S.C. Affari Generali	2	n. 1 S.C. Affari Generali
3	n. 1 S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	3	n. 1 S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	3	n. 1 S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
4	n. 1 S.C. Affari del Personale	4	n. 1 S.C. Servizio Personale	4	n. 1 S.C. Servizio Amministrazione del Personale
5	n. 1 S.C. Aggiornamento e Formazione	5	n. 1 S.C. Aggiornamento e Formazione	5	n. 1 S.C. Aggiornamento e Formazione
6	n. 1 S.C. Bilancio e Contabilità	6	n. 1 S.C. Bilancio e Contabilità	6	n. 1 S.C. Bilancio e Contabilità
7	n. 1 S.C. Provveditorato	7	n. 1 S.C. Acquisti	7	n. 1 S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti
8	n. 1 S.C. Economato	8	n. 1 S.C. Economato	8	n. 1 S.C. Economato e Logistica
9	n. 1 S.C. Progettazione e Sviluppo Sistemi Informativi	9	n. 1 S.C. Sistemi Informativi Aziendali	9	n. 1 S.C. Sistemi Informativi Aziendali
10	n. 1 S.C. Centro di Controllo Direzionale	10	n. 1 S.C. Centro di Controllo Direzionale	10	n. 1 S.C. Centro di Controllo Direzionale
11	n. 1 S.C. Sviluppo, progettazione e gestione impianti di telecomunicazione ed impianti speciali	11	n. 1 S.C. Sviluppo, progettazione e gestione impianti di telecomunicazione ed impianti speciali		
12	n. 1 S.C. Direzione Amministrativa Territoriale	12	n. 1 S.C. Direzione Amministrativa Territoriale		
13	n. 1 S.C. Programmazione e Monitoraggio Edilizia Sanitaria e Ingegneria Clinica				
14	n. 1 S.C. Macroarea 1 Programmazione e Gestione Lavori				
15	n. 1 S.C. Macroarea 2 Programmazione e Gestione Lavori				
16	n. 1 S.C. Macroarea 3 Programmazione e Gestione Lavori				
17	n. 1 S.C. Gestione Impianti e Strutture Ospedaliere				
18	n. 1 S.C. Gestione Impianti e Strutture Territoriali				
19	Gestione Contratti e Convenzioni				
20	n. 1 S.C. Organizzazione e Sviluppo Processi Amministrativi				
21	n. 1 S.C. Organizzazione e Sviluppo Relazioni Sindacali				
22	n. 1 S.C. Gare Edili				
23	n. 1 S.C. Gestione Servizi Alberghieri				
24	n. 1 S.C. Tecnologie Informatiche				
25	n. 1 S.C. Programmazione ed organizzazione attività Sanitarie				
26	n. 1 S.C. Professioni Sanitarie	13	n. 1 S.C. Professioni Sanitarie	11	n. 1 S.C. Professioni Sanitarie
		14	n. 1 S.C. Servizio Tecnico Centro Levante	12	n. 1 S.C. Gestione Tecnica Centro
		15	n. 1 S.C. Servizio Tecnico Centro Ponente	13	n. 1 S.C. Gestione Tecnica Centro
		16	n. 1 S.C. Prevenzione e Protezione Aziendale	14	n. 1 S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione

	Assistenza Collettiva		Assistenza Collettiva		Assistenza Collettiva
27	n. 1 S.C. Igiene e Sanità Pubblica	17	n. 1 S.C. Igiene e Sanità Pubblica	15	n. 1 S.C. Igiene e Sanità Pubblica
28	n. 1 S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (P.S.A.L.)	18	n. 1 S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (P.S.A.L.)	16	n. 1 S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (P.S.A.L.)
29	n. 1 S.C. Sanità Animale	19	n. 1 S.C. Sanità Animale	17	n. 1 S.C. Sanità Animale
30	n. 1 S.C. Medicina Legale	20	n. 1 S.C. Medicina Legale	18	n. 1 S.C. Medicina Legale
31	n. 1 S.C. Medicina dello sport				
32	n. 1 S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione				
33	n. 1 S.C. Igiene Trasformazione Alimenti origine Animale				
		21	n. 1 S.C. Sicurezza Alimentare	19	n. 1 S.C. Sicurezza Alimentare

	Assistenza Distrettuale		Assistenza Distrettuale		Assistenza Distrettuale
39	n. 6 Direzioni di Distretto (8-9-10-11-12-13)	27	n. 6 Direzioni di Distretto (8-9-10-11-12-13)	25	n. 6 Direzioni di Distretto (8-9-10-11-12-13)
40	n. 1 S.C. Assistenza Geriatrica	28	n. 1 S.C. Assistenza Geriatrica		
41	n. 1 S.C. Assistenza Disabili	29	1 S.C. Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica		
42	n. 1 S.C. Assistenza Consultoriale	30	n. 1 S.C. Assistenza Consultoriale	26	n. 1 S.C. Assistenza Consultoriale
43	n. 1 S.C. Cure Primarie	31	n. 1 S.C. Cure Primarie	27	n. 1 S.C. Cure Primarie
44	n. 1 S.C. S.M. Distretto Ponente 8	32	n. 1 S.C. S.M. Distretto Ponente 8	28	n. 1 S.C. S.M. Distretto Ponente 8
45	n. 1 S.C. S.M. Distretto Medio Ponente 9	33	n. 1 S.C. S.M. Distretto Medio Ponente 9	29	n. 1 S.C. S.M. Distretto Medio Ponente 9
46	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valpolcevera e Vallescriviva 10	34	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valpolcevera e Vallescriviva 10	30	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valpolcevera e Vallescriviva 10
47	n. 1 S.C. S.M. Distretto Centro 11	35	n. 1 S.C. S.M. Distretto Centro 11	31	n. 1 S.C. S.M. Distretto Centro 11
48	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valbisagno Valtrebbia 12	36	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valbisagno Valtrebbia 12	32	n. 1 S.C. S.M. Distretto Valbisagno Valtrebbia 12
49	n. 1 S.C. S.M. Distretto Levante 13	37	n. 1 S.C. S.M. Distretto Levante 13	33	n. 1 S.C. S.M. Distretto Levante 13
50	n. 1 S.C. S.E.R.T. Centro Levante (Distretti 11-12-13)	38	n. 1 S.C. S.E.R.T. Centro Levante (Distretti 11-12-13)	34	n. 1 S.C. S.E.R.T. Centro Levante (Distretti 11-12-13)
51	n. 1 S.C. S.E.R.T. Ponente (Distretti 8-9-10)	39	n. 1 S.C. S.E.R.T. Ponente (Distretti 8-9-10)	35	n. 1 S.C. S.E.R.T. Ponente (Distretti 8-9-10)
52	n. 1 S.C. S.E.R.T. Valbisagno e Strutture Penitenz.				
53	n. 1 S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	40	n. 1 S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	36	n. 1 S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata

54	n. 1 S.C. Distribuzione Diretta Farmaci e Presidi			
55	n. 1 S.C. Terapia Fisica e Riabilitazione Territoriale			

Assistenza Ospedaliera		Assistenza Ospedaliera		Assistenza Ospedaliera	
56	n. 1 S.C. Farmacia Ospedaliera	41	n. 1 S.C. Farmacia Ospedaliera	37	n. 1 S.C. Farmacia Ospedaliera
57	n. 1 S.C. Fisica sanitaria	42	n. 1 S.C. Fisica sanitaria	38	n. 1 S.C. Fisica sanitaria
58	n. 1 S.C. Igiene e Servizi Ospedalieri				
59	n. 1 S.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri				
60	n. 1 S.C. Gestione Emergenze				
61	n. 1 S.C. Nucleo Operativo di controllo Aziendale	43	n. 1 S.C. Nucleo Operativo di controllo Aziendale	39	n. 1 S.C. Nucleo Operativo di controllo Aziendale
62	n. 1 S.C. Sistema qualità e smaltimento rifiuti				
		44	n. 1 S.C. Direzione Presidio Unico Metropolitano	40	n. 1 S.C. Direzione Medica del Presidio Unico Metropolitano
		45	n. 1 S.C. rischio Clinico Igiene Ospedaliera e HTA	41	n. 1 S.C. rischio Clinico Igiene Ospedaliera e HTA

Strutture Clinico Degenziali		Strutture Clinico Degenziali		Strutture Clinico Degenziali	
64	n. 2 S.C. Anatomia e istologia patologica	46	n. 1 S.C. Anatomia e istologia patologica	42	n. 1 S.C. Anatomia e istologia patologica
70	n. 6 S.C. Chirurgia Generale	47	n. 1 S.C. Chirurgia Generale	43	n. 1 S.C. Chirurgia Generale
71	n. 1 S.C. Chirurgia Plastica	48	n. 1 S.C. Chirurgia Plastica	44	n. 1 S.C. Chirurgia Plastica
72	n. 1 S.C. Malattie endocrine nutr. e ricamb.	49	n. 1 S.C. Malattie endocrine nutr. e ricamb.	45	n. 1 S.C. Malattie endocrine nutrizione e ricambio
77	n. 5 S.S.CC. Medicina Generale	52	n. 3 S.S.CC. Medicina Generale	48	n. 3 S.S.CC. Medicina Generale
78	n. 1 S.C. Nefrologia	53	n. 1 S.C. Nefrologia	49	n. 1 S.C. Nefrologia
80	n. 2 S.C. Neurologia	55	n. 2 S.C. Neurologia	50	n. 1 S.C. Neurologia
81	n. 1 S.C. Oculistica	56	n. 1 S.C. Oculistica	51	n. 1 S.C. Oculistica
84	n. 3 S.C. Ortopedia e Traumatologia	58	n. 2 S.C. Ortopedia e Traumatologia	52	n. 1 S.C. Ortopedia e Traumatologia
86	n. 2 S.C. Ostetricia e Ginecologia	59	n. 1 S.C. Ostetricia e Ginecologia	53	n. 1 S.C. Ostetricia e Ginecologia
87	n. 1 S.C. Otorinolaringoiatria	60	n. 1 S.C. Otorinolaringoiatria	54	n. 1 S.C. Otorinolaringoiatria
91	n. 4 S.S.CC. S.P.D.C.	64	n. 4 S.S.CC. S.P.D.C.	57	n. 3 S.S.CC. S.P.D.C.
92	n. 1 S.C. Urologia	65	n. 1 S.C. Urologia	58	n. 1 S.C. Urologia
93	n. 1 S.C. Grandi ustionati	66	n. 1 S.C. Grandi ustionati	59	n. 1 S.C. Grandi ustionati
96	n. 3 S.C. Anestesia e Rianimazione	67	n. 1 S.C. Anestesia e Rianimazione	60	n. 1 S.C. Anestesia e Rianimazione
98	n. 2 S.S.CC. Cardiologia UTIC	69	n. 2 S.S.CC. Cardiologia UTIC	62	n. 2 S.S.CC. Cardiologia UTIC

99	n. 1 S.C. Medicina d'urgenza	70	n. 1 S.C. Medicina d'urgenza	63	n. S.C. 1 Medicina d'urgenza
100	n. 1 S.C. Recupero e riabilitazione funzionale	71	n. 1 S.C. Recupero e riabilitazione funzionale	64	n. 1 S.C. Recupero e riabilitazione funzionale
102	n. 2 S.C. Neonatologia	72	n. 1 S.C. Neonatologia	65	n. 1 S.C. Neonatologia
103	n. 1 S.C. Pneumologia	73	n. 1 S.C. Pneumologia	66	n. 1 S.C. Pneumologia
106	n. 3 SS.CC. Radiologia	75	n. 2 SS.CC. Radiologia	68	n. 2 SS.CC. Radiologia
107	n. 1 S.C. Reumatologia	76	n. 1 S.C. Reumatologia	69	n. 1 S.C. Reumatologia
109	n. 2 S.C. Patologia Clinica	77	n. 1 S.C. Laboratorio d'analisi	70	n. 1 S.C. Laboratorio d'analisi
110	n. 1 S.C. Immunoematologia e Medicina Trasf.le	78	n. 1 S.C. Immunoematologia e Medicina Trasf.le	71	n. 1 S.C. Immunoematologia e Medicina Trasf.le
111	n. 1 S.C. Medicina Nucleare				
112	n. 1 S.C. Oncologia				
113	n. 1 S.C. Cardiologia				
114	n. 1 S.C. Pneumologia Riabilitativa La Colletta				
115	n. 1 S.C. Medicina Riabilitativa La Colletta La Colletta				
116	n. 1 S.C. Cardiologia Riabilitativa La Colletta La Colletta				
117	n. 1 S.C. Chirurgia Toracica				
118	n. 1 S.C. Chirurgia Vascolare				
118	TOTALE	78	TOTALE	71	TOTALE

delibera n. 643 20/5/2009 Atto Aziendale 2009		Delibera 1430 del 28/12/2011		Delibera 590 del 27/6/2012 Riadozione Atto Aziendale 2012
Strutture Complesse		Strutture Complesse		Strutture Complesse
Staff + Funzioni Centrali		Staff + Funzioni Centrali		Staff + Funzioni Centrali
26	-10	16	-2	14
Assistenza Collettiva		Assistenza Collettiva		Assistenza Collettiva
7	-2	5	0	5
Assistenza Distrettuale		Assistenza Distrettuale		Assistenza Distrettuale
22	-3	19	-2	17
Assistenza Ospedaliera		Assistenza Ospedaliera		Assistenza Ospedaliera
7	-2	5	0	5
Strutture Clinico Degenziali		Strutture Clinico Degenziali		Strutture Clinico Degenziali
56	-23	33	3	30
118	-40	78	-7	71

delibera n. 643 20/5/2009 Atto Aziendale 2009		Delibera 590 del 27/6/2012 Riadozione Atto Aziendale 2012
n. 94 Strutture Complesse Sanitarie	-36	n. 58 Strutture Complesse Sanitarie

REGIONE LIGURIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 3
"GENOVESE"

DELIBERAZIONE N. 1421 DEL 23 DIC. 2011.

OGGETTO: Adozione Piano di Rientro Anno 2012 per il contenimento strutturale dei costi.

IL DIRETTORE GENERALE

Dato atto che l'Azienda si prefigge, per l'anno 2012, all'interno delle linee guida regionali e della normativa vigente, di adeguare, i propri servizi e attività al miglioramento del livello di tutela della salute e alla ricerca di migliori modalità di erogazione del servizio nel rispetto degli stringenti vincoli di bilancio imposti;

Rilevato che, comunque, per la programmazione aziendale occorre raccordarsi con i meccanismi e gli strumenti per il governo regionale della sanità quali il Piano Sanitario Regionale, i criteri di riparto del Fondo Sanitario, gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali;

Rilevato come il finanziamento che sarà assegnato all'Azienda per il 2012 sarà fortemente ridotto rispetto ai livelli dei costi dell'Anno 2011;

Rilevato come questa Azienda sia chiamata ad una profonda trasformazione nell'ottica della riorganizzazione dell'offerta sanitaria nell'area metropolitana genovese;

Considerato che, per l'anno 2012, in continuità con gli anni precedenti, gli obiettivi strategici aziendali sono individuati, tra gli altri, nel raggiungimento dell'equilibrio di bilancio attraverso azioni incidenti sui costi e ricavi dell'Azienda pur nello sviluppo di un sistema di qualità aziendale in tema di accesso ai servizi, tempi di attesa, miglioramento della qualità delle prestazioni;

Dato atto che la necessità di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario richiede valutazioni sia di ordine competitivo sia di ordine strategico; in particolare di rintracciare gli spazi di azione, sia nell'ambito dei ricavi che delle dinamiche dei costi, di analizzare approfonditamente la dimensione dell'offerta, la struttura dei costi nelle varie dimensioni ed i correlati volumi di attività, nonché l'aderenza del sistema dei costi al sistema tariffario in essere;

Rilevato come, al fine di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario, è stato individuato e definito un set di azioni, per ciascuna delle quali è stato stabilito il contributo al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dei costi, il valore strategico dell'azione nel contesto complessivo regionale, le dimensioni economiche necessarie per realizzare l'azione, le difficoltà potenzialmente riscontrabili sia sotto il profilo della fattibilità tecnica che della fattibilità organizzativa;

Visto che per valutare, per ciascuna azione, la potenzialità dal punto di vista strategico ed economico sono stati coinvolti e sentiti in svariati incontri i diversi attori, direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa, che all'interno dell'organizzazione potessero fornire utili indicazioni per la valutazione tecnico-operativa di ciascuna azione;

Dato atto che si è proceduto attraverso un'analisi della domanda (per definire gli standard), un'analisi dell'offerta (per evidenziare i principali competitori e la penetrazione del mercato di ognuno), un'analisi del bilancio (al fine di individuare degli indici di analisi), un'analisi organizzativa (per ricostruire i punti di forza e di debolezza a livello di territorio in grado di mettere in luce le modalità di impiego delle risorse umane, tecnologiche, logistiche, di competenze professionali...), attraverso la definizione di modelli di simulazione (che hanno messo in luce dove intervenire), attraverso l'elaborazione di proposte strategiche che identifichino le azioni che possono essere intraprese per modificare la struttura dei costi;

Rilevato come occorra, quindi, sviluppare sistemi di programmazione che diano evidenza del rapporto tra risorse da impiegare e risultati da conseguire, in modo da innescare un processo di responsabilizzazione circa le modalità di impiego delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi attesi;

Dato atto che è stato predisposto un documento che contiene, per area, le azioni che l'Azienda dovrà mettere in campo e/o potenziare nell'anno 2012 al fine della drastica riduzione dei livelli dei costi dell'anno 2011, come determinato dal contingente momento di recessione;

Considerato che tale documento denominato "*Le Azioni da implementare nel corso del 2012 al fine del contenimento strutturale dei costi*", oltre ad esplicitare i risparmi derivanti dagli interventi da porre in essere e/o da sviluppare nel corso del 2012, evidenzia anche i costi sorgenti per l'anno in esame derivanti dalla manovra patrimoniale di cui alla L.R. 22/2010 e dalla gestione del contratto CUP a livello regionale ai sensi della D.G.R.L. n°1454 del 3.12.2010;

Rilevato che il documento succitato è corredato da due prospetti: il primo denominato "*Le azioni e l'impatto sui costi Anno 2012*" nel quale per ogni azione vengono quantificati i risparmi ed individuata la tempistica di attivazione; il secondo denominato "*Maggiori costi Anno 2012*" nel quale sono esplicitati i costi sorgenti per l'Azienda derivanti dalla manovra sul patrimonio immobiliare e dalla presa in carico della gestione CUP a livello regionale;

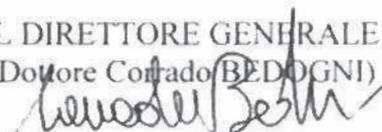
Ritenuto di dovere formalizzare il documento denominato "*Le Azioni da implementare nel corso del 2012 al fine del contenimento strutturale dei costi*" corredato dai due prospetti denominati rispettivamente "*Le azioni e l'impatto sui costi Anno 2012*" e "*Maggiori costi Anno 2012*";

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario:

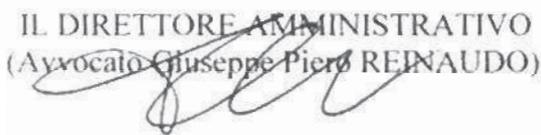
DELIBERA

1. di approvare il documento denominato "Le Azioni da implementare nel corso del 2012 al fine del contenimento strutturale dei costi" corredato dai due prospetti denominati rispettivamente "Le azioni e l'impatto sui costi Anno 2012" e "Maggiori costi Anno 2012", parte integrante e sostanziale del presente documento;
2. di notificare il documento di cui al punto precedente alla Regione Liguria per le necessarie valutazioni di merito;
3. di riservarsi l'adozione di successivi provvedimenti per eventuali integrazioni e/o modifiche nelle determinazioni di cui al presente atto, che si rendessero necessarie in relazione a nuovi indirizzi o strategie regionali e/o aziendali.

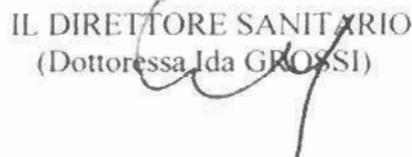
IL DIRETTORE GENERALE
(Dottore Corrado BEDOGNI)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Avvocato Giuseppe Piero REINAUDO)

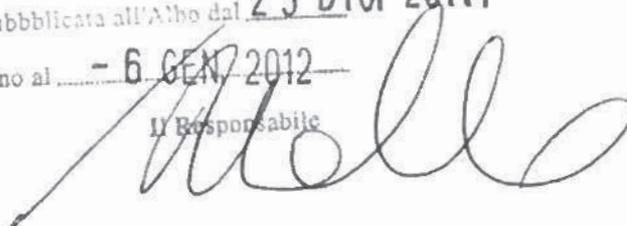


IL DIRETTORE SANITARIO
(Dottorssa Ida GROSSI)



Pubblicata all'Albo dal 23 DIC. 2011,
sino al - 6 GEN. 2012 -

Il Responsabile



***Le Azioni
da implementare
nel 2012
al fine del
contenimento strutturale
dei costi***

Premessa

Al fine di delineare lo scenario in cui l'Azienda si muoverà nell'anno 2012 occorre partire dalla situazione economica finanziaria del biennio 2010/2011.

Nell'anno 2010 il livello dei costi sostenuti dalla ASL 3 è stato di 929,5 mln di euro che, depurati dei 19,8 mln di euro assegnati all'OEI per il passaggio delle funzioni dell'Ospedale di Voltri, fissano il livello dei costi da cui iniziare l'analisi in 909,7 mln di euro.

Con D.G.R. n. 719/11 la Regione Liguria, definendo il finanziamento alle aziende sanitarie per l'anno 2011, ha assegnato alla nostra Azienda un budget economico fortemente ridotto rispetto al livello dei costi sostenuti nell'anno precedente; il finanziamento per l'anno 2011 si attesta infatti a 870 mln di euro.

La D.G.R. 719 del 21/06/2011 reintroduce il concetto del superamento della logica del finanziamento "a spesa storica" delle Aziende Sanitarie verso un obiettivo di maggiore efficienza del sistema che garantisca un livello dei costi più adeguato a quelle strutture sanitarie liguri che presentano un migliore rapporto attività erogata/costi anche sulla base dell'analisi condotta dall'AGENAS.

Nel corso del corrente anno sono state adottate azioni strutturali di contenimento e di razionalizzazione dei costi in tutti gli ambiti dell'Azienda, in particolare, ma non esclusivamente, nella farmaceutica, nella residenzialità e nella gestione delle risorse umane, che porteranno ad una riduzione di costi, rispetto all'anno 2010, quantificabile in circa 21,5 mln di euro.

Le azioni intraprese porteranno, quindi, il livello dei costi Anno 2011 a 888 mln di euro ma non consentiranno di raggiungere i livelli fissati dalla DGR 719/11; pertanto, è evidente che il raggiungimento del pareggio di bilancio per l'anno 2011 è attuabile esclusivamente con l'adozione di operazioni straordinarie di bilancio.

Partendo da un livello dei costi Anno 2011 pari a 888 mln di Euro nei paragrafi seguenti sono esplicitate le azioni che l'Azienda intende mettere in campo al fine di ridurli in maniera consistente e significativa.

INTERVENTI PREVISTI

1) AREA FARMACEUTICA

Nel corso del 2012 saranno potenziate ed implementate le azioni attualmente avviate.

In particolare sarà migliorato il monitoraggio dei farmaci (oncologici e della reumatologia) sottoposti ad AIFA, il relativo iter di registrazione nel corso del 2012 sarà suscettibile di ottimizzazione, mediante il coinvolgimento dei medici interessati, al fine di consentire la registrazione delle schede in tempo reale. Il ritardo della registrazione comporta infatti il rallentamento della relativa richiesta di rimborso.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva a livello di area ospedaliera è stato adottato un unico PTA (Prontuario Terapeutico Aziendale) per tutti gli stabilimenti dell'Azienda al fine di consentire l'ottimizzazione, sia in termini di rispondenza sia 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.

La messa a regime del nuovo PTA con la sua piena applicazione consentirà un contenimento dei costi nell'anno 2012 e la promozione di iter diagnostici terapeutici condivisi anche con il territorio.

Un'altra area di miglioramento è individuata nella centralizzazione delle preparazioni oncologiche; attualmente sono tre le sedi dei centri oncologici che preparano e somministrano terapie, ciò comporta un aumento dei costi legato al decentramento e alla frammentazione delle scorte dei farmaci nei diversi centri preparatori e alla difficoltà di mantenere il monitoraggio nominale delle somministrazioni e la verifica dell'appropriatezza.

Un'altra azione è stata individuata nella razionalizzazione del processo di acquisizione dei farmaci e dei dispositivi medici attraverso la formazione di aggregazioni strategiche per l'acquisto, così come è avvenuto nel corso del 2010 quando la ASL3 è stata capofila per la gestione della gara regionale unificata per i farmaci.

Per quanto riguarda l'ottimizzazione dell'organizzazione della farmaceutica ospedaliera si interverrà in tre campi specifici: l'unificazione dei magazzini farmaceutici, una maggiore accuratezza nelle verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, una diversa gestione delle scorte dei farmaci nei reparti.

A livello logistico è evidente che l'unificazione degli attuali 4 magazzini della S.C. Farmacia Ospedaliera porterà ad una razionalizzazione del personale con la rifunionalizzazione degli stessi, ad una maggiore attenzione negli acquisti e nella gestione delle scorte dei farmaci, ad una espansione della distribuzione diretta. La scelta di unificare i magazzini di farmacia nasce dal fatto che la Farmacia di Voltri è collocata in uno stabile ora affidato all'O.E.I., che le farmacie di Voltri e

Sestri P. non rispondono ai requisiti fondamentali richiesti per un magazzino Farmacia in merito a sicurezza, accessibilità, carrabilità, spazi idonei e rispetto norme in materia di sicurezza mentre per quella di Quarto è necessario liberare l'area nei tempi previsti dalla cartolarizzazione. Tale processo di accorpamento terrà conto delle attività di distribuzione diretta e assistenza integrativa attualmente svolte da ogni magazzino che saranno mantenute nell'ambito degli stessi distretti al fine di favorire l'accessibilità all'utenza.

Per quanto concerne l'appropriatezza, si potenzierà l'applicazione alla DGR n.1268/2010 relativa al monitoraggio di alcune categorie di antibiotici ad alto costo e a maggior rischio di uso inappropriato. Già nel 2010 è stata resa obbligatoria per tali antibiotici la richiesta motivata riportante particolari indicazioni, come stabilito da DGR 1268; infatti in assenza di una completa compilazione prima dell'invio alla farmacia, il farmaco non viene distribuito.

L'uso appropriato di questa richiesta induce ad una maggiore riflessione al momento della scelta della terapia, sia sotto l'aspetto economico, ma ancora di più per l'aspetto clinico-farmacologico.

Oltre al monitoraggio degli antibiotici si proseguirà nel monitoraggio degli antipertensivi e dei generici e con la promozione di iter diagnostici terapeutici per l'uso dei farmaci ad alto costo.

Inoltre, al fine di traguardare una riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera è fondamentale un maggiore monitoraggio delle scorte farmaci in reparto e/o ambulatorio attraverso l'introduzione dell'armadietto di reparto.

Nel contesto del contenimento della spesa farmaceutica si proseguirà nell'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.

E' stato avviato un progetto di implementazione sui Distretti dell'erogazione diretta dei prodotti dietetici e degli integratori alimentari; l'obiettivo da conseguire nel 2012 consiste nella redazione di un "prontuario aziendale" degli alimenti utilizzati a fini speciali, di cui al Registro Nazionale e condiviso con i nutrizionisti.

Per quanto riguarda l'area della assistenza farmaceutica Convenzionata, saranno potenziate le azioni già in atto in tema di prescrizione, dispensazione e monitoraggio dei farmaci.

La reportistica per i medici (MMG e PLS) viene da tempo inviata trimestralmente agli stessi anche in forma grafica e verrà ulteriormente implementata in corso d'anno e nel 2012, secondo l'allegato A della DGR 759/2011, al fine di:

- Migliorare l'appropriatezza prescrittiva
- Promuovere l'uso dei Medicinali Equivalenti in funzione degli obiettivi regionali (riconducendo i valori agli standard nazionali)

2) AREA SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA

2.1 Dipartimento di Patologia Clinica

Obiettivo primario del Dipartimento per l'anno 2012, in continuità con l'anno in corso, è l'efficienza esplicitata attraverso:

- Miglioramento della qualità del dato analitico tramite l'aumento della specializzazione (ulteriore accentramento degli esami ed implementazione dei percorsi formativi degli operatori).
- Riorganizzazione all'interno della singola struttura in Aree di competenza multiparametriche (plasma, siero etc.) con miglioramento dell'efficienza organizzativa attraverso la semplificazione gestionale e l'indipendenza funzionale del singolo macrosettore.
- Integrazione dei diversi snodi della rete dei Servizi Dipartimentali attraverso l'integrazione informatica degli stessi perseguendo il modello organizzativo gestionale sperimentato con successo nel territorio dell'ex ASL 3 e che ha portato ad un netto miglioramento dell'offerta diagnostica e dell'efficienza di gestione.
- Perseguimento dell'ottimizzazione della gestione delle urgenze presso i singoli presidi ospedalieri (spokes) e dell'individuazione delle sedi di esecuzione delle singole specialistiche eliminando le duplicazioni ancora esistenti tra servizi omologhi.
- Consolidamento del concetto di centralizzazione della diagnostica di routine (hub) a forte impatto numerico e prevalentemente territoriale
- Perseguimento dell'ottimizzazione delle procedure attraverso miglioramento dell'appropriatezza delle richieste interne ai singoli Stabilimenti Ospedalieri, in regime di elezione e, soprattutto, in regime d'urgenza.
- Perseguimento dell'integrazione, in atto, tra servizi diagnostici delle diverse aziende di area Metropolitana, volta a migliorare ulteriormente la specializzazione, la qualità del dato e l'efficienza di gestione.
- Perseguimento, compatibilmente con l'esistente e con le peculiarità dei diversi servizi, dell'uniformità di comportamento organizzativo e procedurale nelle diverse sedi operative assicurando una migliore copertura del servizio ed evitando fenomeni di sperequazione.

Nello specifico si indicano, di seguito, gli obiettivi delle iniziative in atto ed in progettualità nei diversi Servizi del Dipartimento di Patologia Clinica:

1) Accorpamento Diagnostico - Tutti i Servizi

- Laboratori di Patologia Clinica: ulteriore e definitivo Accorpamento Diagnostico in rapporto alla tipologia di test, alle modalità di conservazione campione, alle modalità di determinazione ed alla necessità tempistica di risposta.
- Anatomia Patologica: sinergia tecnico/operativa dei due Servizi con Accorpamento Diagnostico ed eliminazione delle duplicazioni e progressiva convergenza verso un unico Servizio Aziendale.
- Medicina Trasfusionale: sinergia tecnico operativa dei tre siti Aziendali con Accorpamento Diagnostico in un unico Centro presso l'Ospedale Villa Scassi.
- Medicina Nucleare (appartenente al Dipartimento Immagini): completamento e razionalizzazione interDipartimentale dell'integrazione nella diagnostica in vitro Aziendale.

2) Ottimizzazione dei nastri lavorativi - Tutti i servizi

Ulteriore ottimizzazione dei nastri lavorativi legati alle mutate esigenze organizzative ed alla necessità di uniformare il più possibile l'attività tra i diversi servizi pur mantenendo le peculiarità legate alle diverse Mission del singolo sito e nel contempo aumentare la disponibilità del servizio in routine.

In particolare per quanto riguarda i Laboratori di Patologia Clinica e la Medicina Trasfusionale, l'obiettivo finale è la costruzione di un sistema organizzativo basato sul concetto della uniformità della conoscenza di metodi analitici e strumenti operativi, da parte degli operatori, all'interno dei rispettivi servizi omologhi, presupponendo l'omogeneizzazione della strumentazione in dotazione che sarà ricalibrata all'interno delle mutate necessità organizzative nell'imminente allestimento della gara per la gestione informatica unica di tutti i servizi dipartimentali e per Service di Laboratorio.

In questa prospettiva saranno privilegiate offerte e dotazioni che abbiano come obiettivo finale il supporto totale della Mission del singolo Servizio e che in prospettiva abbiano la possibilità di rimodularsi sulle probabili future necessità legate a riorganizzazioni della rete Ospedaliera e Territoriale di Area Metropolitana.

3) Riorganizzazione S. C. Patologia Clinica

Proseguimento ulteriore del processo riorganizzativo

Strutture coinvolte:

- Sito di Patologia Clinica Ospedale. P.A. Micone Sestri Ponente
- Sito di Patologia Clinica Ospedale Gallino di Pontedecimo
- Sito di Patologia Clinica Ospedale Villa Scassi Sampierdarena

L'Obiettivo prioritario della riorganizzazione proposta è gestire l'evoluzione dei mutati assetti operativi del settore di specie e le ulteriori evoluzioni che, lo stesso, subirà nel tempo in rapporto agli Obiettivi Aziendali, Regionali e Nazionali inerenti la diagnostica di Laboratorio.

L'integrazione, già in avanzato stato di attuazione, è inserita all'interno di un percorso dinamico in cui l'organizzazione, basata sul concetto di segregazione mista (modello Hub and Spoke e modello Pendolo - vedi pag.2 allegato D.R. 1439 30.11.2007), andrà ad operare in strutture, spazi e processi che potranno variare anche in maniera significativa in rapporto all'evolversi del contesto della Macroarea Area Metropolitana, sia tramite percorsi ad esclusiva competenza Aziendale sia attraverso percorsi comuni con le altre realtà presenti sul territorio Metropolitano. Nell'allegato alla D.R. 1439 del 30.11.2007 la fig. 3, illustra la visione intermedia di area Metropolitana, in cui compare, per quanto riguarda la ASL3, una struttura Centrale (Hub) a forte impatto territoriale e quattro strutture ospedaliere periferiche diversamente dimensionate (Spoke).

Rispetto a quella situazione nell'evoluzione organizzativa e nel rispetto delle direttive Regionali fatte le opportune valutazioni relative a:

- le evoluzioni organizzative degli Stabilimenti Ospedalieri Aziendali
- le progettualità di Area Metropolitana
- impatti operativi
- costi gestionali
- risorse disponibili

Il Servizio di Patologia Clinica Aziendale dovrà prevedere soltanto due siti di Laboratorio: Ospedale P.A. Micone e Ospedale Villa Scassi.(ciò in netto miglioramento rispetto a quanto previsto nel D.R. citato)

Il sito dell'Ospedale PA Micone comprende già oggi lo spoke di Tossicologia Analitica di Arenzano.(D.G.R. n. 1239 del 19 ottobre 2007).

Il sito dell'Ospedale Villa Scassi comprenderà lo "spoke" d'urgenza dell'Ospedale Gallino.

Con l'attuazione della progettualità di cui sopra ci sarà una progressiva evoluzione operativa (tecnico/gestionale/informatica/strumentale) dedicata in maniera particolare alla gestione dell'urgenza dell'Ospedale Gallino di Pontedecimo che contestualmente e progressivamente dovrà adeguare le risorse a disposizione alla nuova realtà organizzativa.

Lo Spoke periferico di Pontedecimo dovrà essere dotato di una diagnostica d'urgenza adeguata alla complessità della struttura mentre tutta l'attività territoriale ed ospedaliera, non in regime d'urgenza, sarà eseguita presso gli hub di Sestri e Villa Scassi.

All'interno di questa logica evolutiva dell'organizzazione non risulteranno escluse nell'ambito della diagnostica in vitro le Medicine Trasfusionali, le Anatomie Patologiche e le Medicine Nucleari laddove si individuassero aree di competenza sinergiche al miglioramento dell'efficienza di Sistema e nel rispetto della centralità del Laboratorio di Patologia Clinica quale gestore della richiesta diagnostica e produttore del referto unico finale.

Nel contempo le connessioni informatiche e logistiche con le altre Aziende Metropolitane, già attive ed in fase di espansione con l'IRCCS Gaslini, potranno permettere di estendere il concetto di accentramento della specialistica non più a livello Aziendale ma su tutta l'Area Metropolitana, come peraltro previsto dalla Delibera Regionale di riordino, consentendo un netto miglioramento dell'efficienza di gestione complessivo del Servizio di Diagnostica di Laboratorio Metropolitano.

Quanto sopra rappresenta la logica evoluzione ed applicazione di un modello che, applicando i dettami delle indicazioni cogenti, ha portato al netto miglioramento odierno della gestione in efficienza del Servizio di Diagnostica di Laboratorio di ASL 3 Genovese.

4) Riorganizzazione del Servizio di G.A. e di P.D.

Oggi il Servizio d'Urgenza presso le Sedi operative dei Laboratori di Patologia Clinica è organizzato in rapporto alla "mission" del singolo Stabilimento Ospedaliero (in particolare impatto della richiesta in urgenza sulle 24 ore), allo storico, alle risorse a disposizione ed alle attività cliniche che in esso si svolgono.

Nello specifico:

- GA Ospedale Gallino Pontedecimo: Servizio di P.D. pomeridiana e notturna con copertura sull'intera giornata per i festivi. Attività svolta da personale Tecnico di Laboratorio.
- Ospedale P.A. Micone. Servizio Guardia Attiva notturna; nei giorni festivi e prefestivi estensione sulla giornata. Attività svolta da un Dirigente
- Ospedale Villa Scassi. Servizio H.24 Guardia Attiva. Attività svolta da un Tslb e da un Dirigente.

Si attiverà di un servizio di P.D. sui servizi d'urgenza operativi volta a normare e compensare le improvvise defezioni del personale legate a motivazioni imprevedibili e comunque improcrastinabili. Ciò consentirà un ulteriore miglioramento delle gestione dei Servizi di Guardia Attiva Aziendali.

5) Riorganizzazione Anatomia Patologica.

Strutture coinvolte:

- Servizio di Anatomia Patologica Ospedale P.A-Micone
- Servizio di Anatomia Patologica Ospedale Villa Scassi

Oggi sul territorio Aziendale operano due Servizi siti al Villa Scassi ed all'Ospedale P.A. Micone di Sestri.

Entrambi svolgono attività dedicate sia alla diagnostica Territoriale che Ospedaliera duplicando, almeno in parte, le attività diagnostiche.

Il personale dei due Servizi, nell'ultimo periodo, è stato integrato e laddove esistono criticità legate a fisiologiche interruzione delle attività. L'Obiettivo, condiviso, è l'unificazione dei due Servizi passando attraverso una prima fase di divisione prevalente, anche se in maniera non esclusiva, della diagnostica Territoriale (Micone) ed della diagnostica Ospedaliera (Villa Scassi).

Nel contempo l'applicazione della progettualità sopradescritta comporterà, prioritariamente ed imprescindibilmente, anche una rivisitazione ed una integrazione degli spazi a disposizione presso il Servizio di Villa Scassi.

Appare evidente come, nel caso dei laboratori di Patologia Clinica, una visione di "Area Metropolitana" favorirebbe il miglioramento complessivo dell'efficienza del Servizio.

6) Riorganizzazione S.C. Medicina Trasfusionale.

Strutture coinvolte:

- C. T. Ospedale Villa Scassi
- C T. Ospedale P.A. Micone
- C. T. Ospedale San Carlo Voltri

Oggi il servizio opera in grande situazione di disagio organizzativo legato alla dispersione dell'attività della S.C. su tre Centri che, storicamente insediati sul Territorio, ad oggi lavorano, pur sotto un'unica regia, come tre singoli servizi. L'integrazione tecnico/organizzativa tra le tre sedi sopra indicate è già iniziata, ma l'obiettivo a breve termine sarà certamente indirizzato ad accentrare sul C.T. di Villa Scassi la diagnostica, che attualmente viene svolta in ogni centro (riduzione dei centri diagnostici da tre ad uno), a creare un percorso formativo che determini la assoluta omogeneità delle procedure adottate, ad implementare l'attività, già svolta, sul Territorio ed a creare una maggiore integrazione diagnostica con il Servizio di Patologia Clinica contribuendo all'obiettivo Dipartimentale di Accorpamento Diagnostico. Contestualmente saranno via via riconsiderate e rimodulate le necessità organizzative ed operative.

Anche per il Servizio Trasfusionale una visione di "Area Metropolitana" consentirebbe il miglioramento complessivo dell'efficienza del Servizio.

7) Servizio di Medicina Nucleare

Il Servizio di Medicina Nucleare pur non essendo parte del Dipartimento di Patologia Clinica ed afferendo al Dipartimento di Immagini, storicamente , effettua test di diagnostica in vitro. Lo

stesso ha rappresentato e rappresenta, di fatto, un importante snodo della rete diagnostica Aziendale con particolare riguardo all'Ospedale di Villa Scassi.

Il personale tecnico impiegato presso il Servizio di Medicina Nucleare ha contribuito e contribuisce all'esecuzione di indagini diagnostiche che rappresentano un indubbio vantaggio per l'efficienza complessiva di sistema ma che necessitano ad oggi certamente di una rivisitazione.

Nel concreto le linee a più alta produttività dovranno logicamente affluire, come previsto dalle normative Nazionali e Regionali, al Servizio di Patologia Clinica mentre gli analisti indispensabili, ma a bassa richiesta, potranno essere gestiti presso il Servizio in oggetto, in quanto qui, trovano risposta le richieste riferibili a diagnostiche particolari e necessitanti di alti livelli prestazionali da un punto di vista tecnico.

In quest'ottica è in itinere l'informatizzazione del Servizio di Medicina Nucleare al fine dell'inserimento on line con gli altri siti della Rete della Diagnostica in vitro.

Sono a carico del Servizio di Medicina Nucleare l'esecuzione della separazione dei granulociti utilizzati, una volta marcati con ^{99m}Tc -HMPAO, per l'esecuzione di scintigrafie volte alla ricerca di focolai settici (metodica con richiesta in continuo aumento), numerosi dosaggi radioimmunologici eseguiti per conto del territorio e degli Stabilimenti Ospedalieri Aziendali nonché la nuova attività sul materiale utilizzato in scintigrafia come previsti dalla legge che introduce le nuove norme di buona preparazione dei radiofarmaci.

2.2 Dipartimento per Immagini

E' in atto una profonda rivisitazione del dipartimento in tema sia di risorse umane sia di risorse strumentali; la scelta va verso la direzione di concentrare su alcune strutture più forti l'offerta di radiologia, creando strutture specialistiche per segmenti di attività.

In particolare si procederà al trasferimento dello screening mammografico dal Pammatone alla Fiumara, integrato con l'attività senologica clinica già presente in tale sede, con positiva definizione e riorganizzazione del percorso diagnostico senologico della paziente e con possibilità di potenziamento dello screening sul territorio e di definizione dei percorsi di II e III livello diagnostico nell'ambito ASL3. Già tuttora viene eseguita c/o il Palazzetto di Fiumara una validissima e funzionale diagnostica di II livello (ecografie mammarie ed agospirati) nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico multidisciplinare in collaborazione con la struttura di Anatomia dell'Ospedale di Sestri. Verrà, inoltre, esplorata la possibilità di concentrare tutte le attività di screening mammografico c/o la Fiumara.

Nel corso del 2012 si procederà alla dismissione di alcune sedi poco utilizzate e dotate di apparecchiature obsolete (Via Archimede ed ex Ospedale Celesia), tale operazione consentirà di recuperare personale per il potenziamento delle sedi di Fiumara, Villa Scassi, Sestri e Pontedecimo e di riorganizzare le attività nelle sedi di Busalla, Colletta, Struppa/Torriglia; inoltre consentirà di garantire, per alcune sedi, il servizio pomeridiano, attualmente coperto in reperibilità, in orario istituzionale. Inoltre, nell'ultimo trimestre del 2011, è stato adottato un nuovo piano di lavoro all'interno dell'Ospedale Villa Scassi che consentirà di migliorare la gestione dei Pazienti Interni con ridimensionamento dei tempi di attesa (72 ore per TC ed RM, per eco ed RX), di aumentare l'offerta di prestazioni ambulatoriali con intervento sul planning settimanale (apertura pomeridiana della diagnostiche TC, RM, Eco) e di adottare la modalità di teleconsulto con gli altri ospedali grazie al miglior utilizzo del nuovo sistema RIS-PACS.

2.3 Specialistica Ambulatoriale

Dal mese di marzo 2011 l'azienda non ha concesso significativi aumenti orari, prelazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale o sostituzione di ore resesi disponibili per rinuncia del titolare.

Attualmente sono attivi 247 specialisti SUMAI di cui 230 titolari per un monte ore settimanale di circa 5025, 15 a tempo determinato ai sensi dell'art 23 comma 10 ACN per un monte ore settimanali pari a 208 e 2 a tempo determinato ai sensi dell'art 23 comma 11 ACN per un monte ore settimanale pari a 18.

Sarà operata la risoluzione a fine contratto annuale degli specialisti tempo determinato ai sensi dell'art 23 comma 11 ACN e la valutazione del passaggio da tempo determinato a tempo indeterminato degli aventi diritto individuati tra gli specialisti ai sensi dell'art. 23 comma 10. Il passaggio da tempo determinato a tempo indeterminato è regolato dalla AIR di cui alla DGR n° 788 del 08/07/2011 art.9 che prevede il passaggio dal tempo determinato a tempo indeterminato con una riduzione dei costi del 20 % (art. 1 comma 177 Legge Finanziaria 311 del 30/12/2004) oppure la soppressione del turno stesso.

Si attiverà il Piano Attuativo aziendale per i tempi di attesa finalizzato agli accessi alla specialistica ambulatoriale (visite ed esami strumentali) per priorità clinica. Tra le prestazioni interessate si procederà con l'applicazione del percorso per la FKT che vedrà coinvolti anche gli Istituti Privati Accreditati e convenzionati. Il percorso, prendendo spunto dai principi della DGR n° 839 del 26/07/2002, prevede che vengano garantite le prestazioni di riabilitazione per i soggetti affetti da patologie complesse distinguendo tre fasce di bisogno definite sulla base del rischio clinico:

- Esiti postacuti per i quali un ritardo dell'intervento può comportare la strutturazione di danni strutturali permanenti;
 - Riacutizzazioni di processi cronici per i quali un ritardo dell'intervento può comportare danni strutturali meno rilevanti ma critici in un quadro di deficit funzionale di base;
 - Sindromi dolorose di natura meccanica minore nelle quali non si generano danni strutturali rilevanti è importante svolgere un intervento che associ esercizio fisico e educazione sanitaria per la prevenzione della cronicizzazione.
1. Assegnare priorità di accesso alla prima fascia fino alla stabilizzazione del rapporto domanda-offerta definita come la condizione nella quale vengono rispettati per tutte le richieste:
 - criteri temporali pre-definiti di presa in carico
 - criteri pre-definiti di arco temporale nel quale l' offerta prioritaria è appropriata
 - criteri pre-definiti di offerta quantitativa massima di sedute di trattamento.
 2. Abolire l'erogazione tramite SSR delle prestazioni definite complementari (Mesoterapia, Elettroterapia antalgica e Laserterapia antalgica) salvo mantenerle solo per le patologie maggiori e a giudizio del Fisiatra. Inoltre prevedere percorsi di "Attività Fisica Adattata considerata come programma di esercizio fisico, non sanitario, da svolgersi in gruppo, e indicato per disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie , inclusi ictus e ischemia miocardia ecc. ".

Anche i medici specialisti con rapporto convenzionale con il S.S.N. saranno oggetto della rifunionalizzazione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali che scaturisce dalla concentrazione dell'attività in 2/3 palazzetti della Salute per Distretto; a tal fine è attivo un gruppo di lavoro con il compito di ricompattare le ore degli specialisti in funzione dell'esigenza aziendali di potenziamento della produttività.

3) MESSA A REGIME Day Service Ambulatoriali (D.S.A.)

L'analisi dei dati di attività riferiti ai primi nove mesi del 2011 a confronto dell'attività del medesimo periodo dell'anno precedente ha evidenziato una radicale diminuzione dei DH Medici ed un sostanziale incremento dei DSA, con passaggio dell'attività inappropriata in regime di DH nell'area ambulatoriale. Nell'anno 2012 si dovrebbe assistere ancora ad una minima riduzione dei DH ed ad un leggero incremento nei DSA, ma ormai il lavoro di sfrondamento è stato svolto nell'anno in corso.

4) ATTIVITA' PRIVATI (Sanitari, Socio-sanitaria, laboratori)

4.1 Strutture Private che forniscono prestazioni ambulatoriali

In continuità con gli anni passati, anche per l'anno 2012 questa azienda stipulerà con le strutture private accreditate il contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie fissando un tetto annuo inferiore rispetto a quello stabilito nell'anno 2011, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni "ordinarie" in ragione delle nuove disposizioni e dei nuovi percorsi aziendali attivati per la riabilitazione, per la patologia clinica e per la diagnostica per immagini.

4.2 Gestione Residenzialità diretta

L'analisi dei costi per la gestione diretta delle strutture per pazienti anziani e pazienti psichiatrici ha evidenziato la possibilità di una riduzione dei costi stessi tramite la cessione delle strutture in oggetto a società private accreditate.

Al momento i posti letto per i pazienti anziani a gestione diretta risultano essere 232, peraltro con tipologie differenziate di presa in carico in assistenza residenziale, mentre i p.l. per pazienti psichiatrici direttamente gestiti sono 382. Tali ultimi spaziano dall'assistenza in centro diurno, alla comunità terapeutica. Alla gestione di tali p.l. direttamente gestiti sono dedicate circa 408 unità di personale

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

Attualmente si è disposto il blocco dei ricoveri per i pazienti anziani nei tre moduli presenti a Quarto (2 moduli Nat e 1 modulo Alzheimer) in modo da riuscire a creare, in via intermedia, un unico modulo Nat che permetta di compattare le risorse umane a disposizione in un'unica équipe al fine di recuperare unità di personale.

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

Tale operazione consente di abbassare i costi della residenzialità mantenendo gli standard di servizio con recupero di unità di personale dipendente in altri settori dell'azienda tuttora in sofferenza.

4.3 Ricollocazione pazienti psichiatrici over 65 anni

I pazienti ospitati in Comunità Terapeutiche da oltre 36 mesi sono 72 mentre vi sono altri 34 pazienti eleggibili per residenzialità geriatrica, la applicazione di rette appropriate allo stato

sanitario dei pazienti in questione, conseguente alla rivalutazione dei pazienti, consentirebbe di ridurre fortemente il carico economico (le rette per l'assistenza a malati psichiatrici sono più alte rispetto a quelle per pazienti anziani). Verrà attivato nel corso del 2012 un canale preferenziale di ricollocazione dei pazienti già valutati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare seguendo criteri clinici di appropriatezza assistenziali senza sradicare i soggetti dal loro territorio di riferimento.

4.4 Riduzione pppl residenzialità convenzionata Area psichiatria e Dipendenze, Disabilità Adulti e Minori, Anziani e contrazione nr. prestazioni ambulatoriali acquistate da privati convenzionati Area Disabilità Adulti e Minori.

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

Tale manovra sarà garantita, tra l'altro, per l'area delle Dipendenze, dall'introduzione di criteri che definiscano tempi certi e definiti nei percorsi residenziali onde permettere un adeguato turnover di pazienti e dal riassorbimento di risorse tuttora fuori regione all'interno di strutture genovesi.

Tale contenimento dell'offerta e conseguentemente dei costi potrebbe, tuttavia, portare ad un prolungamento delle liste di attesa per l'accesso, pur in presenza del sistema integrato tra valutazione sanitaria (ASL) e quella sociale (ATS) che consente maggiore trasparenza ed appropriatezza negli inserimenti nelle strutture.

5) AREA OSPEDALIERA

La manovra regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera è essenzialmente finalizzata alla concentrazione e specializzazione delle singole attività al fine di migliorare i livelli qualitativi e quantitativi dell'attività svolta nel bacino territoriale di riferimento. La rimodulazione organizzativa delle strutture ospedaliere non può peraltro prescindere dal ruolo che le stesse occupano nell'ambito del sistema di emergenza/urgenza dove il concetto di "rete integrata dei servizi sanitari" che pervade l'intero progetto di riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale ligure, trova una propria immediata e concreta realizzazione. Gli accordi andranno presi anche con le altre aziende cittadine, in particolare San Martino e Galliera, tenendo presente che, comunque, l'ospedale di Sampierdarena rimane sede di DEA di I livello e dovrà quindi essere in grado di garantire tale attività con le relative specialità. Ciascuna struttura dovrà svolgere il proprio compito al meglio: l'ospedale di

Sampierdarena, il pronto soccorso, pur in presenza dei noti problemi organizzativi e strutturali, l'ospedale di Sestri, così come tutte strutture aziendali dovranno impegnarsi al fine di garantire un effettivo risparmio. In particolare il Villa Scassi, l'ospedale più importante e complesso, dovrà essere particolarmente seguito da un punto di vista organizzativo, al fine di evitare dispersioni di risorse.

Tutte le strutture ospedaliere della rete metropolitana (Pronto Soccorso Ospedaliero, DEA di I e II livello, DEA pediatrico) dovranno essere dotate di strutture degenziali con caratteristiche di complessità crescente: le OBI vanno previste nelle strutture di Pronto Soccorso, mentre nei DEA di I e II livello dovrà essere garantito, oltre alla osservazione breve, lo svolgimento di funzioni di degenza breve (max 72 ore). Tra le differenti strutture ospedaliere non deve naturalmente variare la capacità di intervento sulle prestazioni critiche, mentre è certamente diversa la possibile risposta specialistica e multidisciplinare successiva alla prima funzione di stabilizzazione e diagnosi, propria dei Pronto Soccorso.

Dalla presenza delle sole specialità di base negli Ospedali sedi di Pronto Soccorso, si passerà alla disponibilità sulle 24 ore delle strutture specialistiche più complesse per i DEA di I livello, fino alla potenziale risposta ad elevata complessità e multidisciplinarietà dei DEA di II livello, nei quali deve essere fruibile la funzione di "Trauma team" così come la possibilità di risposta specialistica di carattere cardio e/o neurochirurgico e/o di radiologia interventistica.

Le manovre da attuare nell'anno 2012 per razionalizzare la rete ospedaliera sono:

S.C. di Cardiologia Ospedale Gallino Pontedecimo: ridefinizione del target di pazienti e collocazione della stessa nella rete. Mantenimento dei letti monitorati e messa a disposizione per tutta la rete.

Area Neurologica

Verrà concentrata, in un prossimo futuro, l'attività di neurologia, senza peraltro perdere la disponibilità di posti letto a Villa Scassi lasciando all'ospedale Micone le attività ambulatoriali e di day hospital.

Area Chirurgica

Allo stato attuale nell'ASL3 Genovese vi sono 4 Chirurgie Generali (3 a Villa Scassi e 1 al Gallino di Pontedecimo) per un totale di 42 ppil per ricoveri ordinari di cui 13 ppil sono dedicati alla chirurgia DEA.

Inoltre, presso l'Ospedale P.A. Micone di Sestri è collocata una Week Surgery con 8 ppil mentre al Villa Scassi è collocata una struttura semplice di Day Surgery Multidisciplinare con 12 ppil.

Per l'area in esame nel 2012 si procederà ad un taglio considerevole delle strutture complesse in considerazione che occorre per un ospedale delle dimensioni del Villa Scassi un'unica struttura che

dovrà farsi carico di urgenza ed elezione, senza ulteriori strutture che afferiscano alla "Chirurgia generale". Il numero dei posti letti verrà calcolato in base all'attuale fabbisogno. La mission dell'ospedale capofila, il Villa Scassi, è quella di adempiere al meglio a tutte le attività e soddisfare le necessità dei cittadini rispetto alle competenze di I livello. In queste condizioni si è valutato, sempre tenendo conto dell'esistenza di analoghe strutture in ambito metropolitano, di proporre la concentrazione c/o la sede dell'Ospedale San Martino delle attività di chirurgia vascolare e di chirurgia toracica mantenendo c/o il Villa Scassi le S.S. per le necessità dell'ospedale.

Dall'altro canto per quanto riguarda la Day/Week Surgery verrà mantenuta una struttura semplice dotata di 12/20 pp.ll.

Centro Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica Ospedale Villa Scassi

Trasferimento S.C. Grandi Ustionati presso l'ospedale San Martino con contestuale chiusura della S.C. Chirurgia Plastica; ciò comporterebbe la liberazione di spazi indispensabili per riorganizzare le attività e consentire di sanare le problematiche presenti presso il Pronto Soccorso.

Chirurgia Vascolare Villa Scassi

Per quanto attiene la Chirurgia Vascolare, individuata come disciplina di media diffusione con un bacino di utenza tra i 400.000 e gli 800.000 abitanti e una dotazione di 16 pp.ll., appare più congrua l'allocatione/mantenimento presso una Azienda Ospedaliera sede di DEA di II livello.

Trasferimento ad Azienda Ospedaliera del reparto Riabilitazione Neurologica (SLA) sito Ospedale La Colletta Arenzano

L'apertura del nuovo reparto dedicato ai pazienti affetti da Sla, all'interno dell'Ospedale La Colletta, ha comportato la presenza di utenti che, seppur rientranti, al momento dell'ammissione, nei criteri di accesso definiti in sede di convenzione, manifestano, frequentemente, durante il ricovero medesimo, gravi problematiche per le quali, già più volte si è resa necessaria l'adozione di procedure meccaniche urgenti di disostruzione delle vie aeree superiori e/o il trasferimento presso la terapia subintensiva dell'Ospedale Villa Scassi.

Tali problematiche necessitanti di altissima competenza e di estrema tempestività non sono adeguatamente gestibili all'interno di un ospedale dedicato alla riabilitazione.

Effetti sul 2012 Chiusura Ospedale di Recco

Ai minori costi per le azioni sopradescritte occorre aggiungere l'influenza economica derivante dalla chiusura dell'ospedale di Recco nel corso del primo trimestre 2011.

6) RECUPERO MOBILITA' PASSIVA

Si prevede il consolidamento del progetto di sperimentazione gestionale pubblico-privato per il recupero delle patologie ortopediche in fuga già presente presso l'Ospedale Micone, ampliandolo con l'inserimento dei DRG 544 e 545 relativi alle protesi d'anca e di ginocchio.

Una delle maggiori criticità per le "fughe" di prestazioni sanitarie ortopediche fuori regione è costituito dagli interventi elettivi in regime di ricovero ordinario per le protesi d'anca e di ginocchio (DRG 544 e 545) che non possono essere effettuati in regime di day surgery trattandosi di prestazioni a medio/alta intensità di cura che richiedono una degenza post-intervento con l'osservazione costante di alcuni parametri durante il decorso post-operatorio.

Tra le cause della mobilità dei pazienti verso le regioni limitrofe possiamo individuare i lunghi tempi di attesa delle prestazioni ortopediche chirurgiche in elezione, derivanti dal carico operatorio e assistenziale dei casi della traumatologia ortopedica che afferisce alle Strutture Complesse di Ortopedia dal DEA e dal Pronto Soccorso. La situazione della mobilità extraregionale per il periodo Anno 2010 evidenzia come il 25% delle fughe ortopediche per DRG chirurgici dei residenti si riferisca al DRG 544 – Protesi d'anca e di ginocchio.

7) ASSISTENZA PROTESICA

I margini di manovra nell'anno 2012, a fronte dei notevoli miglioramenti che sono stati fatti nell'anno 2011, sono esigui; è evidente che saranno potenziate nel 2012 le attività di controllo e verifica degli ausili autorizzati, nonché l'opera di sensibilizzazione del personale, affinché si attenga scrupolosamente a quanto previsto dal D.M. 332 del 27/08/1999, utilizzando al massimo le possibilità offerte dalla Banca Protesi.

Verrà inoltre adottato un protocollo aziendale sperimentale per la fornitura degli ausili per l'incontinenza, per ovviare alla prescrizione abituale dei quantitativi massimi previsti dal D.M. in vigore, stimolando una gestione dell'incontinenza meno legata all'utilizzo di ausili. Ciò nasce anche dalla necessità di fornire gli ausili per incontinenza alle strutture residenziali per anziani e disabili in convenzione (L.R. 969/2008 e s.m.) conseguente alla rivalutazione dei bisogni degli utenti inseriti nelle strutture.

8) SISTEMA DEI TRASPORTI

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

Saranno potenziate le azioni di monitoraggio, controllo e verifica, nello specifico saranno affinati i controlli attualmente svolti sulle fatture, sui fogli viaggio e sulle richieste dei Medici di Medicina generale; si agirà sul sistema dei trasporti tra ospedali unificando le modalità organizzative di gestione dei trasporti ospedalieri con l'adozione di un programma informatizzato gestito dalle direzioni mediche di ospedale; inoltre è in corso di valutazione l'opportunità di modificare la gestione dei trasporti per i dializzati.

L'implementazione di tali azioni correttive porterà nel corso dell'anno 2012 alla razionalizzazione della spesa, tenuto conto che dovranno, comunque, essere garantiti i trasporti agli utenti che rientrano nelle tipologie ex art. 24 D.G.R. 283/10.

9) SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

L'organizzazione del sistema Informativo Aziendale e delle componenti tecnologiche sono state tradizionalmente esternalizzate attraverso la società regionale d informatica Datasiel. Fino ad oggi ed in coerenza del SIIR il 100% delle esternalizzazioni è avvenuto verso Datasiel e regolamentato dalle tariffe regionali in materia.

A partire dal 2012, e a seguito della scadenza materiale dell'accordo che regola i servizi informatici e tecnologici, verranno ricontratti i servizi in termini di tipologie , quantità e costi in modo da accordarsi con la nuova organizzazione aziendale. Ricontrattazione che avverrà nell'ambito delle politiche e delle priorità del SIIR.

L'analisi della proposta di Datasiel si coordina con gli accordi regionali e dalla consistenza del tariffario professionale approvato dalla Regione Liguria e destinato a governare i futuri servizi informatici nell'ambito del SIIR. Fino a oggi Regione Liguria e/o il Comitato di Indirizzo del SIIR non hanno introdotto sistemi tesi a valorizzare la continuità di utilizzo delle risorse professionali e la ricaduta sui servizi resi agli enti SIIR. Queste dinamiche, invece, sono presenti nel mercato imprenditoriale e costituirebbero interessanti e utili opportunità per gli enti SIIR.

L'elemento fondamentale di questa analisi, consiste nella valutazione dei costi di risorse professionali impiegati in maniera continuativa nell'arco di un anno. Dal punto di vista della tipologia di servizio si tratta di avere a disposizione un supporto di assistenza specializzato su competenze su applicativi definiti o di elaborazione dati. Analogo ragionamento viene fatto per la costruzione di servizi continuativi di gestione sistemistica e tecnica.

In generale, dall'analisi del mondo imprenditoriale si è ricavato che i costi dei servizi seguono due precise tipologie: la fornitura di servizi spot o di interventi in urgenza e fornitura di servizi continuativi o concordati con forte anticipo. Tale differenziazione di costi può arrivare in certi casi

a sconti "fino al 30%, rispetto ai valori di listino, in funzione della durata del contratto (almeno 120 giorni di lavoro) e/o un congruo preavviso (2 mesi almeno) sulla data di inizio delle attività".

Sulla base di queste considerazioni è evidente pertanto la necessità di una contrattazione a livello regionale di tariffe più basse in caso di forniture continuate di servizi, il che consentirebbe consistenti risparmi nella gestione del Sistema Informativo Aziendale.

Altro elemento su cui operare internamente all'Azienda è il completamente dell'ottimizzazione delle infrastrutture esistenti a livello sistemistico (centralizzazione dei servizi sistemistici territoriali e ospedalieri), dell'omogeneizzazione della gestione applicativa e dei supporti tecnologici. Questa attività porta a immediati risparmi sulla gestione e manutenzione di tutto il sistema Informativo Aziendale, nonché a una maggiore efficienza dei servizi.

10) CONTRATTO CUP

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della regione Liguria fanno parte del Sistema Informativo Regionale Integrato (S.I.I.R.), istituito dall'art.3 L.R. 18.12.2006 n.42 e beneficiano dei servizi C.U.P. in gestione, sulla base di detta normativa, alla società in house nell'ambito del S.I.I.R. stesso, DATASIEL S.p.A., salvo che per l'A.S.L.n.4 Chiavarese.

La regione Liguria ha avviato un processo di semplificazione all'accesso a detti servizi al fine di favorire il raggiungimento di omogeneità di servizio e garantire economie di scala.

La D.G.R.L. n°1454 del 3.12.2010 ha approvato una Direttiva vincolante alle Aziende Sanitarie ex art.8, comma 1 della L.R.n.41/2006 e s.m.i. ed una Direttiva programmatica a DATASIEL S.p.A. ex art.28, comma 3 dello Statuto Sociale (D.G.R.L.n.598/09) per il raggiungimento delle finalità di razionalizzazione dei servizi CUP ed ha inoltrato alle Aziende Sanitarie liguri le seguenti direttive vincolanti, ai sensi dell'art.8, comma 1 della L.R. 7.12.2006 n.41:

1. Disciplinare i servizi attualmente previsti dai contratti CUP con un unico contratto a livello regionale per tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ed Enti attualmente beneficiarie dei suddetti servizi in Liguria e per l'A.S.L.n.4 Chiavarese, al fine di ottimizzarne l'erogazione e conseguire una diminuzione dei costi connessi attraverso l'omogeneizzazione dei modelli di erogazione.
2. Affidare il mandato a contrattare con DATASIEL S.p.A. per la stipula del futuro contratto di gestione dei servizi CUP all'A.S.L.n.3 Genovese quale capofila, tenuto conto delle sue dimensioni, complessità organizzativa ed ambito di popolazione assistita, al fine di garantire la negoziazione di un contratto che consenta l'omogenea erogazione dei servizi a livello regionale.

3. Nelle more della stipulazione di detto contratto per la gestione unificata dei servizi CUP, le Aziende già titolari di propri contratti per la gestione di detto servizio devono provvedere a cederlo all'A.S.L.n.3 Genovese, ai sensi dell'art.1406 cc, entro il 10.12.2010 ed, entro detta data l'A.S.L.n.3 Genovese e DATASIEL S.p.A. provvederanno a formalizzare i rispettivi consensi alla cessione
4. l'A.S.L.n.3 Genovese e DATASIEL S.p.A. provvederanno, entro e non oltre il 28.2.2011, alla risoluzione dei contratti ceduti ed alla contestuale stipula del nuovo contratto unificato a livello regionale per la gestione dei servizi CUP
5. Viene confermata l'operatività e definita la composizione di un gruppo di lavoro regionale per la razionalizzazione dei servizi CUP regionali

La particolare complessità dell'unificazione dei contratti ceduti ha reso impossibile procedere al rispetto della scadenza del 28.2.2011 per la stipula del contratto unificato.

Essendo i contratti ceduti di cui trattasi in scadenza al 31.12.2011, pertanto, si è cercato di trarre un accordo sui contenuti contrattuali ed economici che, salvaguardando un abbattimento dei costi, pur nella vigenza dei contratti ceduti, come offerto da Datasiel grazie ai buoni uffici della Regione Liguria, sia per il periodo tra il 10.12.2010 ed il 31.12.2010 sia per l'intero 2011, consentisse di arrivare all'1.1.2012 con la formalizzazione del nuovo contratto unificato a condizioni economiche che garantiscano un concreto risparmio rispetto all'applicazione delle condizioni dei contratti ceduti. Nella contrattazione con Datasiel il punto di partenza è stato il lavoro del Gruppo Tecnico regionale istituito con la citata DGRL n.1454/2010, dal quale era stato elaborato un prospetto tecnico economico.

Il citato gruppo di lavoro regionale aveva già evidenziato alcune criticità:

- *Gestione del catalogo prestazione, gestione integrata della normativa di prenotazione*
- *Assetto economico e di volumi di attività dei servizi erogandi, con particolare riguardo ai parametri di valorizzazione delle voci a costo variabile (es.login attivate come unità di misura dell'attività di help desk, unità eroganti come unità di misura della gestione delle agende).*

Pertanto l'attenzione di ASL n.3 si è focalizzata soprattutto sulla necessità di garantire un maggior controllo sulle voci a costo variabile del contratto, di attivare il nuovo contratto dopo l'avvio di una prima razionalizzazione delle suddette voci di costo, demandando poi al Gruppo Operativo previsto dal contratto unificato l'attività ulteriore di definizione delle modalità di omogeneizzazione, la soluzione dei problemi sopra evidenziati ed il controllo nel tempo dell'equilibrio economico del sistema.

A titolo meramente esemplificativo si sottolinea come, a seguito di una semplice verifica, sia ad es. risultato che nell'intero 2011, circa 1046 delle login attivate dalle Aziende Sanitarie non sono state di fatto utilizzate, per cui, con l'accordo delle aziende stesse si è proceduto alla loro disattivazione immediata, al fine di evitare un incremento esponenziale dei costi dal 2012 in assenza di una documentata esigenza operativa. Il Gruppo operativo avrà pertanto il compito anche di proseguire in detto lavoro di razionalizzazione che garantisce la sostenibilità economica nel tempo del contratto.

L'importanza dell'attenzione a detti aspetti emerge chiaramente da un'analisi dell'allegato tecnico economico al contratto unificato, che prevede la valorizzazione di parte dei servizi a corpo (con un importo forfettario invariabile per tutta la durata del contratto) e di parte dei servizi a misura (oltre un volume soglia massima di attività identificato nell'allegato stesso).

Il prospetto comparativo dei costi che sarebbero derivati dalle condizioni economiche dei contratti ceduti in caso di mancata sottoscrizione del contratto unificato con decorrenza 1.1.2012 ed in assenza della sopra citata attività di razionalizzazione del servizio (infatti la convenzione regionale Datasiel-Regione Liguria, cui rimandano i contratti ceduti prevede l'applicazione delle condizioni contrattuali dell'ultimo contratto scaduto intercorrente fra le parti) con i costi del nuovo contratto unificato e ad intervenuta razionalizzazione del servizio evidenzia chiaramente che l'attività di razionalizzazione e la contrattazione attuata consentono, nonostante l'incremento dei volumi di attività rispetto ai contratti ceduti, un risparmio di oltre un milione di euro anche per il 2012 (così come ottenuto per il 2011 e, pro quota, per il 2010). Ovviamente il nuovo contratto consentirà risparmi direttamente proporzionali alla capacità di controllo che le Aziende avranno sui costi variabili dello stesso.

11) REVISIONE DELLE STRUTTURE COMPLESSE

La nuova organizzazione, con il dettaglio delle strutture, sarà oggetto di uno specifico documento aziendale; nei paragrafi successivi si espongono sinteticamente i passaggi salienti per area, tralasciando l'Area Ospedaliera, che in parte è già stata precedentemente trattata in questo documento, e che comunque rispetto alla rilevazione di cui alla DGR 23/2011 a regime avrà una riduzione di 24 strutture.

11.1 Amministrative e Tecniche con accorpamento di funzioni e segreterie.

Il presupposto indispensabile della revisione organizzativa delle strutture amministrative/tecniche è stato individuato nella necessaria contrazione delle Strutture Complesse che nel corso degli anni, anche a seguito dell'incorporazione dell'ex A.O. Villa Scassi, hanno determinato una moltiplicazione delle stesse che, tra l'altro, non fa che rendere particolarmente complicata l'organizzazione aziendale. In oggi le SS.CC. in esame risultano essere 24, mentre il citato

provvedimento regionale, prevede che in ogni azienda non possano essere più di 12. La revisione organizzativa porterà, previo assenso dell'Assessorato, la Strutture Complesse Amministrative/Tecniche da 24 a 14, anziché a 12, con una riduzione di 10 strutture, pari al 40% di esse.

I criteri presi in considerazione per la rideterminazione delle Strutture sono stati il volume dell'attività amministrativa appropriata, vale a dire il numero degli atti eseguiti, la complessità della funzione sotto il profilo delle disposizioni contrattuali/normative da applicare e l'incidenza dell'attività amministrativa nei confronti del complesso dell'attività aziendale. Ulteriore criterio di valutazione è stato identificato nella criticità della funzione, in riferimento alla struttura aziendale; principio conduttore della revisione è comunque quello di completare il processo di unificazione.

11.2 Funzioni non clinico-assistenziali.

L'attuale assetto aziendale per le funzioni non clinico-assistenziali rispetto a quanto previsto dalla DGR n. 809 risulta eccedente per 3 SS.CC. e 1 S.S; nella nuova organizzazione verrà mantenuta la S.C. Direzione Presidio Unico Metropolitan e la S.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri.

Si perverrà al superamento della S.C. Gestione Emergenze, con l'affidamento delle competenze ad un'altra articolazione organizzativa aziendale; mentre verranno mantenute le funzioni del nucleo operativo di controllo aziendale.

In considerazione dell'elevata complessità aziendale si ritiene opportuno attribuire una valenza ulteriormente trasversale all'attuale struttura "Igiene e servizi ospedalieri" eventualmente rimodulandone i contenuti e ridefinendola come "Igiene ospedaliera e gestione delle tecnologie sanitarie".

11.3 Funzioni Territoriali.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Prevenzione, si provvederà a riorganizzare le funzioni di controllo degli alimenti, in ottemperanza alla D.G.R. 1440 del 25/11/2011, facilitati in questo dal prossimo pensionamento di uno dei due responsabili. Sempre nell'ambito delle funzioni allocate nel Dipartimento di prevenzione, si propone la rimodulazione delle funzioni di Medicina dello sport attribuendo alla stessa valenza di struttura semplice dipartimentale.

Per quanto riguarda i Distretti, è necessario iniziare un percorso che porti alla costruzione di un Distretto "Forte", che svolga contestualmente funzioni di pianificazione, programmazione, committenza ed erogazione diretta dei servizi. Pertanto diviene improcrastinabile l'inserimento delle SS.CC. Distretto all'interno di un nuovo Dipartimento Cure Primarie. Successivamente ad un congruo periodo di sperimentazione del nuovo assetto, si passerà ad una progressiva rimodulazione di ruoli, competenze e responsabilità delle attuali strutture complesse: Anziani, Cure Primarie, Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica.

12)RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI CON ACCENTRAMENTO ATTIVITÀ IN PALAZZI DELLA SALUTE (MAX 2/3 PER DISTRETTO) E DISMISSIONE STRUTTURE PARCELLIZZATE SUL TERRITORIO CON RAZIONALIZZAZIONE PUNTI CUP, RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, ACCENTRAMENTO SEDI CONSULTORIALI (1-2 PER DISTRETTO) CON RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ NEL POLO DISTRETTUALE.

Nel 2012 si procederà a concentrare l'attività alla persona in due/tre palazzi della Salute per Distretto, così come realizzato nel Distretto 9. Sono state individuate, quindi, poche strutture di proprietà dell'Azienda su cui puntare che consentano di efficientizzare il sistema garantendo il potenziamento dell'attività con l'apertura anche nella fasce pomeridiane.

Preliminarmente occorre svuotare le strutture scelte dalle attività non prettamente rivolte alla persona, in particolare si intende utilizzare una struttura decentrata sul territorio che raccolga la maggior parte delle professionalità del Dipartimento di Prevenzione che svolgono attività propedeutica e di istruttoria, creando nei palazzi della Salute degli "Sportelli della Prevenzione" atti a ricevere documentazione, fornire informazioni e chiarimenti al singolo privato e alle aziende.

Tale operazione consente di recuperare spazi all'interno dei palazzi della Salute da destinare ad attività alla persona; di alienare strutture di proprietà poco utilizzate, di disdire affitti gravosi per il bilancio aziendale ma soprattutto di svolgere la funzione sanitaria in modo adeguato.

Con Deliberazione n. 1265 del 22/11/2011 questa Azienda, su richiesta regionale, ha approvato l'elenco degli immobili oggetto di cartolarizzazione, individuando altresì i costi derivanti dalle dismissioni in ordine a:

- 1) interventi di ristrutturazione e di rifunzionalizzazione delle sedi di proprietà che dovranno accogliere le attività svolte nelle strutture oggetto di dismissione,
- 2) esternalizzazione di attività (archivi),
- 3) reperimento di nuove strutture (acquisto o in locazione) atte ad accogliere risorse ed attività tuttora svolte nelle sedi di cui alla Deliberazione sopraccitata.

Il piano di dismissioni adottato necessita che parte degli introiti derivanti dalle alienazioni, con le modalità e per gli importi individuati nella deliberazione 1265/11, rimangano in capo all'Azienda per far fronte alle inderogabili esigenze di mantenimento dei livelli di assistenza sanitaria in essere.

Riassumendo si intende così procedere:

DSS8

Valle Stura: Concentrazione delle attività ambulatoriali, consultoriali e vaccinali all'interno della struttura di proprietà di Campoligure, dove già insistono alcuni ambulatori e una RSA per anziani con 39 ppil (1° fascia e mantenimento), con alienazione della struttura di Rossiglione e contestuale ricollocazione dei pazienti della RSA psichiatrica situata nella struttura in esame presso strutture convenzionate private. Spostamento delle attività ambulatoriali e consultoriali svolte a Masone (sede del Comune in comodato d'uso gratuito) nella sede aziendale potenziata di Campoligure.

Area Litoranea Circoscrizione Ponente: Conclusione lavori in Via Camozzini a Voltri con disdetta affitto Via Buffa Voltri. Prosecuzione nelle opere di progettazione dei palazzetti della Salute di Voltri e di Pegli che, una volta funzionante, consentirà l'alienazione dell'ex Ospedale Martinez.

DSS9

Potenziamento del Palazzo della Salute di Fiumara che verrà svuotato delle attività non alla persona del Dipartimento di Prevenzione. Gli spazi liberati saranno destinati ad accogliere attività della Medicina Legale di Via Monterotondo (sede in affitto che verrà dismessa) e il Polo Aziendale dello screening oncologico, ora suddiviso nelle sedi di Voltri, Via Agnese Sampierdarena (sede di proprietà che verrà alienata) e di Via Gestro Pammatone (sede in locazione svuotata nella prima quindicina di dicembre).

DSS10

Potenziamento della Palazzina della Salute di Via Bonghi con trasferimento delle attività ambulatoriali tuttora svolte presso i locali di Via Canepari (sede in affitto che verrà dismessa), previo spostamento dello PSAL, oggi in Via Bonghi, all'ex Ospedale Celesia.

Potenziamento delle attività svolte nelle due sedi di Busalla (ex ospedale di proprietà e Pzza Malerba, locali del Comune ad uso gratuito) con creazione di un polo ambulatoriale nella valle più forte ed appropriato.

Concentrazione delle attività consultoriali della Alta Valle Polcevera nel Consultorio sito c/o l'Ospedale Gallino con potenziamento delle attività in un'unica sede con apertura sull'intera giornata e possibilità per gli utenti di trovare tutte le professionalità ed abbandono delle piccole sedi dei Comuni di Montoggio, Campomorone, Mignanego e Casella attualmente serviti per poche ore settimanali.

Trasferimento del Centro di Salute Mentale, oggi in Via Montepertica (immobile di proprietà che verrà venduto), presso Via Cambiaso 150, struttura di proprietà che necessita di ristrutturazioni che saranno finanziate dalla vendita di Via Montepertica.

DSS11

Gli interventi sul Distretto 11 nascono, in primis, dall'esigenza di abbandonare, entro fine anno, i locali affittati e destinati all'attività ambulatoriale e di screening mammografico siti in Via Gestro.

Il presupposto per la riuscita dell'operazione è il mantenimento delle attività della sede "storica" del Distretto 11 di Via Assarotti; infatti è stato possibile gestire in tempi così rapidi la chiusura di Via Gestro esclusivamente avendo a disposizione strutture in tale distretto (le attività ambulatoriale e di Cup sono state concentrate in parte in Via XII Ottobre ed in parte in Via Assarotti)

Risulta evidente che si potrebbe procedere all'alienazione di Via Assarotti (struttura destinata alla cartolarizzazione), senza diminuire e/o azzerare i livelli di cura sul territorio del Distretto 11, esclusivamente ottenendo spazi simili presso la sede dell'OEI di Castelletto, dove peraltro occorre anche prevedere il reperimento di locali idonei in cui dovranno essere trasferite le attività di riabilitazione svolte in Via Spinola (locali tuttora in affitto non prettamente idonei ad accogliere funzioni di riabilitazione).

Nel Distretto Centro saranno dismessi anche i locali in affitto utilizzati ad uso archivio in Via Mascherpa.

DSS12

Potenziamento della Palazzina della Doria a Struppa con trasferimento del CUP sito in Ple Bligny (locali in affitto).

Potenziamento della Palazzina di Via Archimede con svuotamento dalle attività del Dipartimento di Prevenzione non destinate alla persona e delle strutture di supporto alla Direzione Sanitaria (SC Qualità, SC Emergenza ...) e trasferimento in tale sede delle attività di Via Ayroli (con eventuale disdetta dell'affitto dal 2013). E' evidente che la sede di Via Archimede potrà essere alienata esclusivamente dopo l'attivazione di un altro palazzo della Salute in zone limitrofe (corso Sardegna ex Mercato Ortofrutticolo).

DSS13

Rinfunzionalizzazione dell'offerta sanitaria a Recco con potenziamento dell'ex ospedale di Recco con il trasferimento nello stesso di tutte le attività svolte in Via San Francesco e Ple Olimpia (strutture in affitto che verranno dimesse) e di Via Pisa (struttura di proprietà che verrà alienata).

Per quanto riguarda tale distretto, è di palese evidenza che la manovra a maggiore impatto concerne l'alienazione dell'area dell'ex Ospedale Psichiatrico, area ad alto livello di assistenza sanitaria territoriale per la disabilità fisica e psichica ma anche sede di importanti funzioni amministrative dell'Azienda. Per consentire l'appropriata ricollocazione delle funzioni ivi esistenti è operativo in Azienda un gruppo di lavoro multidisciplinare con compiti di attuazione del piano specifico di dismissione per Quarto, così come dettagliato nella già citata Deliberazione n. 1265/11.

Tali azioni, così come brevemente riassunte nei capoversi precedenti, consentono di concentrare le attività alla persona in palazzine dedicate del Distretto, di rendere più efficienti le attività del Dipartimento di Prevenzione concentrando le risorse umane in unico centro aziendale e di rendere più facilmente accessibile le sedi alla cittadinanza.

13) LE POLITICHE DEL PERSONALE

Le azioni previste ai paragrafi precedenti, in particolare ai paragrafi 11) e 12) consentiranno di procedere ad un limitato turn over (circa 30/40%) del personale, in quanto le manovre di razionalizzazione e di accentrimento delle attività permettono di recuperare unità di personale da destinare alla copertura delle carenze di organico.

Il piano così ipotizzato e riassunto nella scheda riepilogativa denominata "*Le azioni e l'impatto sui costi Anno 2012*", parte integrante e sostanziale del presente documento, necessita, per la sua realizzazione, di un arco di tempo di circa due anni, onde consentire di mettere in atto tutte le rifunionalizzazioni delle sedi e la riorganizzazione del personale.

Nell'anno 2012 l'Azienda sarà, altresì, impegnata, per impulso della Regione Liguria, alla realizzazione di due azioni prioritarie:

LA MANOVRA PATRIMONIALE DI CUI ALLA L.R. 22/2010

Con Deliberazione n. 1265 del 22/11/2011 quest'Azienda ha approvato l'elenco degli immobili oggetto di cartolarizzazione, precisando per ogni immobile le tempistiche di dismissione e i costi correlati alla cessione relativi ad interventi di ristrutturazione e di rifunionalizzazione delle sedi di proprietà che dovranno accogliere le attività svolte nelle strutture oggetto di dismissione, alla esternalizzazione di attività (archivi) e al reperimento di nuove strutture (acquisto o in locazione) destinate ad accogliere risorse ed attività tuttora svolte nelle sedi di cui alla Deliberazione sopraccitata.

Ai maggiori costi che l'Azienda dovrà sostenere nel 2012 previsti dalla citata deliberazione, occorre aggiungere le risorse da destinare alla effettuazione dei trasferimenti e dei traslochi delle attività tra le diverse sedi individuate, così come esplicitato nel paragrafo 12) del presente documento.

LA GESTIONE DEL CONTRATTO CUP A LIVELLO REGIONALE, ai sensi della D.G.R.L. n°1454 del 3.12.2010

La cessione dei contratti in essere tra Datasiel e le altre Aziende Sanitarie Liguri alla ASL 3 Genovese , così come descritto al paragrafo 10) del presente documento, comporterà per l'Azienda oneri aggiuntivi per l'anno 2012 quantificati in 3 milioni di Euro.

Nella scheda riepilogativa denominata "*Maggiori costi Anno 2012*", che dovrà essere letta in correlazione con la già citata scheda "*Le azioni e l'impatto sui costi Anno 2012*", sono riassunti i costi sorgenti per l'anno 2012 derivanti dalle due azioni sopradescritte; tali costi sorgenti, che vanno ad impattare in peius sulle azioni strutturali di miglioramento dei costi previste nella quasi interezza del documento, dovranno essere ben presenti al momento della determinazione del finanziamento aziendale per il 2012.

IL DIRETTORE GENERALE
Dottore Corrado BEDOGNI

Azioni di sistema	Sottoazioni	Contenimento dei costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
Razionalizzazione spesa farmaceutica Territoriale	Incremento distribuzione diretta integratori dietetici	300.000	Dal 1/4/2012	
	Applicazione protocollo per la prescrizione, dispensazione e monitoraggio della farmaceutica convenzionata	5.000.000	Attività già in corso da potenziare nel 2012	
Razionalizzazione spesa farmaceutica Ospedaliera	Registrazione Compensi Farmaci Oncoalfa per rimborsi	300.000	Attività già in corso da potenziare nel 2012	
	Centralizzazione preparazioni antiblastiche	400.000	Dal 1/4/2012	
	Interventi sulla appropriatezza prescrittiva (monitoraggio antibiotici/oncologici/antipertensivi; generici; introduzione nuovo PTA; promozione iter diagnostici terapeutici per uso farmaci ad alto costo ...)	600.000	Attività già in corso, da potenziare nel 2012	
	Razionalizzazione processo di acquisizione dei farmaci e dei dispositivi medici			
	Unificazione magazzini farmacia	500.000	Nel corso dell'anno 2012 iniziativa collegata alla riorganizzazione del magazzino economale	
	Armadietto Reparto		da sperimentare nel 4° trim 2012	
	Incremento Distribuzione diretta	1.000.000	già in atto da potenziare Anno 2012 e seguenti	

Azioni di sistema	Sottoazioni	Contenimento dei costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
<p>2</p> <p>Razionalizzazione spesa specialistica e Diagnostica</p>	<p>Riduzione dei siti di patologia clinica da tre a due (Gallino diventa spoke d'urgenza dell'ospedale come Colletta è spoke di Tossicologia Analitica)</p>	<p>700.000</p>	<p>Nei corso dell'anno 2012 in relazione all'attuazione di interventi sulle strutture aziendali</p>	<p>Costi cessanti beni e servizi dovuti al minor nr di strumenti utilizzati ed ai costi ad essi connessi, al minor nr di interfacce informatiche attive, alla diminuzione di reattivi per calibrazione, controlli ed esecuzione di verifiche esterne di qualità</p>
	<p>Riduzione dei siti di anatomia da due a uno</p>			
	<p>Riduzione dei centri diagnostici trasfusionali da tre ad uno</p> <p>Completamento e razionalizzazione interdepartimentale dell'integrazione nella diagnostica in vitro (Medicina Nucleare)</p> <p>Intervento organizzativo sulla presenza e funzionalità del servizio di prelievo sul territorio aziendale</p>			
<p>3</p> <p>Messa a regime dell'attività di DSA</p>	<p>Razionalizzazione Attività Radiologica</p>	<p>1.000.000</p>	<p>in atto da ottobre 2011. Chiusura Via Archimede e ex Celesia; riorganizzazione Busalla, Torriglia, Struppa e Colletta, Potenziamento Fiumara Villa Scassi, Gallino e Sestri</p>	
	<p>Piano Attuativo per i tempi di attesa (applicazione percorso per la FKT)</p>			<p>dal 1 gennaio 2012</p>
	<p>Razionalizzazione personale medico a convenzione ex SUMAI</p>			<p>prosecuzione anno 2011</p>
			<p>a regime 2° semestre 2011</p>	<p>Per il 2012 non si ipotizzano minori costi</p>

Azioni di sistema	Sottoazioni	Contenimento dei costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
4 Razionalizzazione attività Privati (sanitari, socio-sanitaria, laboratori)	Riduzione convenziamento esterno per specialistica	500.000	dal 1 gennaio 2012 Riduzione budget assegnato anno 2011 Strutture Private convenzionate	
	Programma esternalizzazione strutture aziendali che forniscono assistenza residenziale a pz psichiatrici ed anziani	1.000.000	A partire dal 2° semestre 2012 (tempi tecnici per procedure di esternalizzazione)	Ipolizzando la chiusura delle 2 RSA Psichiatriche di Quarto, RSA Psic di Rossiglione e RSA Anziani di Quarto. Personale in esubero ricollocato in altre strutture aziendali per coprire carenze d'organico (punto 13) presente prospetto
	Rivalutazione pazienti psichiatrici	350.000	Graduale nel corso del 2012	
	Riduzione ppll residenzialità convenzionata Area psichiatria e Dipendenze, Disabilità Adulti e Minori, Anziani e contrazione nr. prestazioni ambulatoriali acquistate da privati convenzionati Area Disabilità Adulti e Minori.	4.500.000		
5 Revisione Rete Emergenza e Rete Ospedaliera	Rimodulazione Cardiologia Ospedale Gallino e contestuale mantenimento della piastra ambulatoriale cardiologica	1.800.000	da 1/1/2012	
	Rifunzionalizzazione Chirurgie Generali Aziendali		da 1/4/2012	
	Rimodulazione Neurologia di Sestri	1.000.000		
	Trasferimento reparto SLA di Colletta in gestione mista pubblica-privato	900.000		
	Trasferimento Chirurgia Vascolare all'AO San Martino	2.000.000		
Trasferimento Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica all'AO San Martino		Subordinato ad accordi a livello Area Metropolitana		
Trasformazione Ospedale Recco con rifunzionalizzazione della struttura con trasferimento di funzioni del Distretto 13	493.000	Si è provveduto alla chiusura, dal 23/03/2011, dell'attività per acuti con potenziamento della piastra ambulatoriale con contestuale trasferimento, presso il P.O. Villa Scassi, dei complessivi ppl della S.C. Ortopedia e Traumatologia e di 8 ppl SC Chir	L'operazione ha avuto il maggiore impatto sui costi nell'anno 2011	

Azioni di sistema	Sottoazioni	Contenimento dei costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
6 Recupero Mobilità passiva	Implementazione progetto di sperimentazione gestionale pubblico-privato per il recupero delle patologie ortopediche in "fuga" da attuarsi in DS o in one DS	65.000	da 1/1/2012	Margine operativo previsto rispetto tariffa regionale
	Attuazione progetto sperimentale per il recupero dei DRG 544 e 545 (protesi d'anca e di ginocchio)	193.000	Inizio 2012	Margine operativo previsto rispetto tariffa regionale
7 Assistenza Protesica	Applicazione procedure aziendali in tema di ventilatori polmonari, scarpe e plantari	500.000	prosecuzione anno 2011	
	Definizione Budget per Associazione		da 1/1/2012	
	Incremento controlli e monitoraggi sull'appropriatezza delle prescrizioni		in prosecuzione anni precedenti	
8 Razionalizzazione e Riorganizzazione sistema Trasporti	Unificazione modalità organizzative gestione trasporti ospedalieri con adozione programma informatizzato	500.000	Nel corso del 2012	
	Riorganizzazione gestione trasporti per dializzati		Tempi tecnici per attivare nuova modalità di gestione	
9	Razionale Sistema Informativo Aziendale	500.000		
10 Contratto Cup	Unico contratto regionale al fine di ottimizzare l'erogazione e conseguire una diminuzione dei costi connessi attraverso l'omogeneizzazione dei modelli di erogazione	1.000.000		

Azioni di sistema	Sottoazioni	Contenimento dei costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
11 Revisione Assetto Strutture Organizzative Complesse	Ristrutturazione delle SSSC Ospedaliere, Territoriali, Amministrative e Tecniche in applicazione DGR 809/11 e DCR 23/11	vedi punto 13)		
12 Riorganizzazione modalità e sedi dell'offerta di assistenza nell'area relativa alle Cure Primarie e alla Prevenzione	<p>Riorganizzazione sedi distrettuali: Concentrazione attività alla persona in 2/3 palazzetti della Salute per Distretto</p> <p>Razionalizzazione punti Cup Aziendali</p> <p>Razionalizzazione Rete Consultoriale con riduzione sedi secondarie extraurbane ed accorpamento sedi urbane</p> <p>Razionalizzazione Dipartimento Prevenzione Concentrazione di tutti i servizi non rivolti alla persona in un'unica sede di proprietà aziendale con creazione di un punto di ascolto e di consegna pratiche del dipartimento per Distretto</p> <p>Alienazione strutture aziendali</p> <p>Disdetta strutture in affitto</p>	vedi punto 13)		
13 Azioni organizzative inerenti il personale	Mancato turn over a seguito della riorganizzazione e dell'accorpamento delle strutture	150.000 5.000.000	Nel corso Anno 2012	Costi cessanti di personale derivanti dalla collocazione a riposo di unità che non vengono sostituite a seguito della riorganizzazione e dell'accorpamento delle strutture (di cui ai punti 4, 11 e 12 del presente prospetto)
		30.251.000		

"I maggiori costi Anno 2012 "

Azioni di sistema	Sottoazioni	Maggiori costi Anno 2012	Tempistica Attivazione Azioni	Note
La manovra patrimoniale di cui alla L.R. 22/2010	Affitto Nuovi Immobili e Lavori di Ristrutturazione delle sedi di proprietà che assorbiranno attività oggi allocate in strutture in dismissione	7.628.700	Dal 1/1/2012	
	Attività di trasloco	2.000.000	Dal 1/1/2012	
La gestione del contratto CUP a livello regionale , ai sensi della D.G.R.L. n°1454 del 3.12.2010	Acquisizione in capo ad ASL3 dei contratti di gestione CUP delle altre Aziende Sanitarie Liguri con contestuale assunzione dei costi relativi.	3.000.000	Dal 1/1/2012	
		12.628.700		

Anno 2012



Bilancio di Previsione
ADOZIONE

Verbale n° 5
Collegio Sindacale

Allegato B

Ente/Collegio: AZIENDA SANITARIA USL N.3 "GENOVESE" DI GENOVA

Regione: Liguria

Sede: Via Bertani, n.4



Verbale n. 5 del COLLEGIO SINDACALE del 06/03/2013

In data 06/03/2013 alle ore 9.00 si è riunito presso la sede della Azienda il Collegio sindacale regolarmente convocato.

Risultano essere presenti/assenti i Sigg.:

Presidente in rappresentanza della Conferenza dei Sindaci

GIAN LUIGI SFONDRINI

Presente

Componente in rappresentanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze

PIERO PETTINELLI

Presente

Componente in rappresentanza del Ministero della Salute

GIOVAMBATTISTA POGGI

Presente

Componente in rappresentanza della Regione

MARCELLA TURTULICI

Presente

Componente in rappresentanza della Regione

LUCA VERDINO

Assente giustificato

Partecipa alla riunione

Gli argomenti all'ordine del giorno risultano essere i seguenti:

1. Situazione approvvigionamenti e gare;
2. Bilancio economico di previsione anno 2012. Approvazione schema.

ESAME DELIBERAZIONI SOTTOPOSTE A CONTROLLO



ESAME DETERMINAZIONI SOTTOPOSTE A CONTROLLO

RISCONTRI ALLE RICHIESTE DI CHIARIMENTO FORMULATE NEI PRECEDENTI VERBALI

N° verbale: 2 Data verbale: 30/01/2013 N° atto: 2 Data atto: 30/01/2013

Oggetto: Proroga contratti - Centrale Regionale di Acquisto

Categoria:

Tipologia:

Osservazioni: Com'è noto, il D.L. n. 52/2012, convertito nella Legge n. 34/2012 ed il D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012 hanno previsto che gli Enti del S.S.N. hanno l'obbligo di utilizzare, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, gli strumenti di acquisto e di negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip o dalle Centrali Regionali di Committenza. Pertanto, le procedure autonomamente assunte dalla Asl per gli acquisti in questione devono considerarsi del tutto eccezionali.

Si ricorda, altresì, che nell'ipotesi di acquisto di beni e servizi sottosoglia comunitaria diviene obbligatorio l'utilizzo del "MEPA" per le voci di spesa che rientrano in tale strumento telematico.

Su tale scenario il Collegio ha già avuto modo di segnalare che, il ritardo nell'avvio della procedura degli acquisti da parte della centrale regionale di committenza, avrebbe comportato particolari criticità a seguito della situazione di "stallo" che si sta creando.

Da un lato la Asl ha l'obbligo di rivolgersi alla suddetta struttura per l'avvio delle gare, dall'altro la centrale di committenza sta ancora organizzando la struttura per fornire il servizio. Peraltro, la suddetta Centrale di Acquisto ha l'obbligo di tenere conto dei valori effettivi dal sistema Consip, al momento di indizione della gara e ciò potrebbe causare ulteriori ritardi.

Il che vuol dire che l'espletamento di una gara richiederà notevole tempo finché abbia i suoi effetti, con la conseguenza che la Asl si vedrà costretta, come peraltro suggerito dalla stessa Regione, ad utilizzare lo strumento della "proroga contrattuale", incorrendo così nel divieto previsto dall'art 23 della Legge n. 62/2005.

Purtroppo il citato ritardo nell'avvio della Centrale Regionale di Committenza tende a verificare sia lo sforzo di questo Collegio rivolto a ridurre ed eliminare il ricorso alla proroga contrattuale da parte dell'Azienda oggetto di varie richieste di chiarimenti da parte del MEF Ragioneria Generale dello Stato - IGF- sia all'impegno della Asl finalizzato a ridurre ed eliminare, per quanto possibile, l'utilizzo della proroga.

Si osserva che le cause sopra illustrate determineranno, ad avviso di questo Collegio, un conseguente proliferare dei contratti soggetti a proroga o rinnovo di proroghe in atto.

Sull'argomento il Collegio segnala che, con nota n. 112412 del 8/2/2013 il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha richiesto, in merito alle osservazioni del Collegio sul ricorso alle proroghe contrattuali da agosto 2011 ad aprile 2012, e per le quali la Asl aveva fornito risposta con nota n. 66658 del 9/5/2012, la valutazione delle iniziative dell'organo interno di controllo sul superamento delle osservazioni formulate dal Collegio.

Al fine di consentire al Collegio, di fornire risposta a quanto richiesto dal ministero, si invita il Direttore Amministrativo a presentare un dettaglio aggiornato delle situazioni oggetto delle richieste, debitamente motivate, in occasione della prossima riunione.

I chiarimenti sono da ritenersi esaustivi? In attesa di ulteriori chiarimenti

N° verbale: 2

Data verbale: 30/01/2013

N° atto: 2

Data atto: 30/01/2013

Oggetto: Bilancio economico di previsione anno 2012. Approvazione schema.

Categoria:

Tipologia:



Osservazioni: Riscontro alla richiesta del 30 gennaio 2013, Il Collegio da atto di aver ricevuto dall'Azienda il prospetto richiesto evidenziante il confronto tra le voci di conto economico relative sia al consuntivo anno 2011 (per esigenze di omogeneità al netto dei costi relativi all'O.E.I.) sia al budget per l'anno 2012 che al bilancio di previsione 2012 oltre che al conto economico quarto trimestre 2012. Detto prospetto di conto economico risulta idoneo al controllo dell'andamento delle risorse e dei costi sostenuti nel corso della gestione per l'anno 2012 nonché a conferma che i costi effettivamente sostenuti nell'anno 2012 di complessivi € 828.681 (migliaia di Euro) sono risultati in linea con le assegnazioni previste dal budget 2012 oltre che, con i dati di conto economico inclusi nello stesso bilancio di previsione 2012 seppur redatto quando l'attività gestionale si era già conclusa, come da documentazione acquisita agli atti.

Pertanto il Collegio nel richiamare quanto già evidenziato nel verbale n. 2 del 30/01/2013, per le considerazioni espresse, ritiene che sul bilancio di previsione per l'anno 2012 non possa essere espresso alcun parere.

I chiarimenti sono da ritenersi esaustivi? Si

Ulteriori attività del collegio

Infine il collegio procede a:

La seduta viene tolta alle ore 13.00 previa redazione, lettura e sottoscrizione del presente verbale.

Riguardo a quanto sopra, si osserva che:

ELENCO FILE ALLEGATI AL DOCUMENTO



Nessun file allegato al documento.

FIRME DEI PRESENTI

GIAN LUIGI SFONDRINI FIRMATO

PIERO PETTINELLI FIRMATO

GIOVAMBATTISTA POGGI FIRMATO

MARCELLA TURTULICI FIRMATO

PER COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

Manuela Monti

Anno 2012



**Bilancio di Previsione
ADOZIONE**

Delibera 1 del
08/07/2013

Conferenza dei Sindaci

Allegato C

Conferenza dei Sindaci ASL 3 Genovese

Prot. n. 279983 del 12 settembre 2013

ASL 3 "GENOVESE"
Ufficio Bilancio e Contabilità
Via Bertani, 4
16128 GENOVA

Alla cortese attenzione del Dott. Cingano

Trasmettiamo con la presente il provvedimento deliberato durante il Comitato di Rappresentanza dell'8/7/2013 e di seguito riportato:

N. 01 dell'8/7/2013	PARERE AL BILANCIO ECONOMICO DI PREVISIONE ASL 3 GENOVESE ANNO 2012.
---------------------	--

Ringraziandovi per la consueta collaborazione cogliamo l'occasione per porgervi i nostri migliori saluti.

Il Responsabile Supporto alla
Conferenza dei Sindaci
Dott. Vittorio Gallo



CONFERENZA DEI SINDACI ASL 3 GENOVESE
UFFICIO COORDINAMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DSS 8/13
16149 GENOVA - San Benigno - Torre Nord - Via Di Francia n. 3
VI piano - Settore 6 e 7 Stanze 31 e 38
Telefoni 0105577292 - 5577384 - 5577469 - fax 0105577386
e-mail: conferenzazona@comune.genova.it

Conferenza dei Sindaci della A.S.L. 3 Genovese

Comitato di Rappresentanza

Il Comitato di Rappresentanza della A.S.L. 3 Genovese, si è riunito sotto la Presidenza della Prof. Paola Dameri Assessore alle Politiche Socio Sanitarie e alla Casa delegata dal Sindaco del Comune di Genova, alla presenza del Sindaco del Comune di Cogoleto **Anita Venturi**, Presidente del Distretto Socio Sanitario n. 8, del Sindaco del Comune di Serra Riccò **Andrea Tomaso Torre** Presidente del Distretto Socio Sanitario n. 9, del Sindaco del Comune di Bargagli **Sergio Aveto** Presidente del Distretto Socio Sanitario n. 12 e Il Sindaco del Comune di Recco **Dario Capurro** Presidente del Distretto Socio Sanitario n. 13 e con l'assistenza della dott.ssa Anna Bruzzone Dirigente Settore Promozione Sociale e Integrazione Socio-Sanitaria e del Dott. Vittorio Gallo, Direttore Sociale e delegato dalla Avv. Graziella De Nitto, Vice Segretario Generale Vicario del Comune di Genova - in qualità di Segretario della Conferenza;

Sono inoltre presenti il Direttore Generale dell'ASL 3 Genovese Dott. Corrado Bedogni e la responsabile della Ragioneria dell'ASL 3 Genovese Rag. Angela Canepa.

Constatata la presenza del numero legale si è proceduto all'approvazione della presente deliberazione avente il seguente oggetto:

N. 01 dell'8/7/2013	PARERE AL BILANCIO ECONOMICO DI PREVISIONE ASL 3 GENOVESE ANNO 2012
---------------------	--

Visto l'art. 3 - comma 13 - del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 come modificata D.Lgs. 7.12.1993 n. 517 con il quale è stata istituita, nell'ambito delle Unità Sanitarie Locali, il cui ambito territoriale comprende più Comuni, la Conferenza dei Sindaci per lo svolgimento dei compiti indicati nello stesso;

Visto l'art. 1 - comma 4 - del D.Lgs. 27.08.1993 n. 324 convertito con modificazioni nella legge 27.10.1993 n. 423 che demanda al Sindaco del Comune con il maggior numero di abitanti o a suo delegato la presidenza della Conferenza dei Sindaci;

Vista la L.R. n. 12 del 16 Maggio 2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari";

Vista la L.R. n. 41 del 7 dicembre 2006 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e successive modificazioni;

Conferenza dei Sindaci della A.S.L. 3 Genovese

Visto il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", secondo cui l'organismo rappresentativo dei Comuni è chiamato all'esame del bilancio di previsione e del bilancio di esercizio dell'Azienda USL, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;

Vista la deliberazione dell'Azienda ASL 3 Genovese n. 1129 del 27 dicembre 2012, avente ad oggetto "Bilancio economico di previsione per l'Esercizio 2012. Approvazione schema"

Visto altresì l'estratto del Verbale 5 del Collegio Sindacale della ASL 3 Genovese n. 3 del 06/03/2013 allegato alla delibera della ASL 3 Genovese su menzionata;

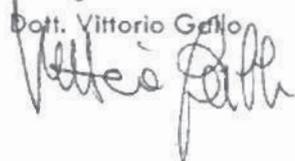
Il Comitato di Rappresentanza quanto evidenziato nelle premesse

DELIBERA

1. Di accogliere le osservazioni contenute nel Verbale n. 5/20013 del Collegio Sindacale;
2. Di prendere atto che dette osservazioni sono dovute anche per l'assenza di una completa messa a regime della Centrale Regionale di Committenza delegata agli acquisti per le ASL liguri
3. Di sollecitare la Regione Liguria al fine di procedere celermente circa il completamento del percorso istitutivo ed operativo della Centrale Regionale di Committenza
4. Di inoltrare la presente deliberazione alla Regione Liguria e all'Azienda ASL 3 Genovese per gli atti conseguenti.

P Il Vice Segretario Generale

Dott. Vittorio Gallo



Il Presidente

Prof. Paola Dameri

