

- l’adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dell’offerta del sistema sanitario, porta al superamento delle logiche di competizione fra soggetti erogatori; richiede invece la loro cooperazione all’interno della rete di cui fanno parte secondo i diversi livelli di complessità dell’attività di pertinenza.
- la garanzia per i cittadini di un’assistenza di qualità elevata ed omogenea a livello regionale è data, in un sistema integrato, dalla possibilità di accedere in modo equo alle competenze professionali e alle risorse organizzative e tecnologiche pur diversamente distribuite sul territorio. Il concetto di rete ridimensiona il concetto di localizzazione della struttura operativa. In una rete integrata, le sedi fisiche delle strutture si giustificano principalmente in funzione delle esigenze della rete, come luoghi di produzione di programmi integrati al servizio di comunità allargate;
- l’attenzione sui nodi è principalmente centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell’ambito della rete. Relativamente agli ospedali, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere;
- l’organizzazione amministrativa che meglio si adatta a superare logiche di competizione e viceversa spinge ad integrare le funzioni fra ospedale e territorio è quella che determina la gestione unitaria delle stesse all’interno di un’unica azienda sanitaria e l’organizzazione dell’area ospedaliera in presidi ospedalieri unici composti da più stabilimenti.

Ritenuto, pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, di prevedere sotto il profilo amministrativo che:

1. l’Azienda ospedaliera S. Corona confluisca entro il 1° luglio 2008 nell’Azienda sanitaria locale n. 2;
2. l’Azienda Ospedaliera “Villa Scassi” confluisca entro il 1° luglio 2008 nell’Azienda sanitaria locale n. 3;
3. all’interno delle aree di competenza delle ASL 1, 2, 3, 4 e 5 l’area ospedaliera sia organizzata in presidi ospedalieri unici con l’eccezione della ASL n. 2 in cui permangono due presidi ospedalieri. In particolare:
 - a. per l’area dell’ASL 1 “Imperiese” sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio composto dagli stabilimenti dell’Ospedale S. Charles di Bordighera; dall’Ospedale di Sanremo e Bussana e dall’Ospedale Città di Imperia;
 - b. per l’area dell’ASL 2 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall’ Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure ed il nuovo Ospedale di Albenga e dal presidio costituito dall’ospedale San Paolo di Savona e di Cairo Montenotte;
 - c. per l’area dell’ASL 3 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali San Carlo di Voltri, Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo, La Colletta di Arenzano e Sant’Antonio di Recco;

- d. per l'area dell'ASL 4 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dall'Ospedale di Rapallo (dal 2009), dall'Ospedale di Lavagna, dall'Ospedale di Sestri Levante;
- e. per l'area dell'ASL 5 sotto il profilo organizzativo la funzione ospedaliera sarà svolta dal presidio costituito dagli Ospedali Sant'Andrea e Felettino di La Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana;

Ritenuto altresì che:

- il piano di organizzazione della rete di cura ed assistenza, allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, sia tale da soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini liguri;
- le metodologie poste a base del piano consentano sufficienti spazi di flessibilità da far sì che, in fase di attuazione, sia possibile adattare il processo di adeguamento:
 - ◆ alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso;
 - ◆ al mutare di esigenze sanitarie e disponibilità finanziarie, conseguenti anche alla precisazione del contenimento dei costi derivanti dal processo di riorganizzazione amministrativa della rete aziendale ed ospedaliera conseguente alle disposizioni di cui al punto precedente;
 - ◆ al rispetto del budget definito al paragrafo 6 del piano stesso, che è tale da garantire il raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro di cui all'accordo più volte citato del 6 marzo 2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Preso atto che sul presente provvedimento è stato espresso, favorevolmente, da parte dei competenti Ministeri, in data 11 dicembre 2007, il parere previsto dal sopracitato Accordo;

Dato atto che sul presente provvedimento la Conferenza permanente per la programmazione Sociosanitaria regionale ha espresso favorevolmente, in data 21 febbraio 2008, il parere obbligatorio di cui all'articolo 13 della l.r. 41/2006;

Dato atto altresì che il provvedimento è stato riformulato a seguito di modifiche apportate nel corso dell'iter istruttorio in sede di Consiglio regionale – Assemblea Legislativa e che, pertanto, verrà ritrasmesso all'esame dei competenti Ministeri, come previsto dall'Accordo 6 marzo 2007;

Dato atto infine che la presente deliberazione riveste carattere di urgenza in quanto costituisce presupposto fondamentale ed adempimento obbligatorio per il raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro di cui al più volte citato Accordo 6 marzo 2007 con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Viste le proposte di deliberazione della Giunta regionale n. 46 del 16 novembre 2007 e n. 2 dell'8 febbraio 2008, preventivamente esaminate dalla III Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 26 dello Statuto e 83, primo comma del Regolamento interno, nella seduta del 22 febbraio 2008;

Ritenuto di accogliere gli emendamenti proposti dalla suddetta Commissione e quelli presentati in sede di discussione in aula;

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURA E DI ASSISTENZA

1. Quadro normativo ed amministrativo di riferimento	Pag. 9
2. Evoluzione della rete di cura ed assistenza ligure e situazione attuale	Pag. 15
3. Criticità da affrontare	Pag. 22
4. Obiettivi generali per il periodo 2008/2010	Pag. 24
5. Individuazione, missione, dimensionamento e funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri	Pag. 29
5.1. Organizzazione amministrativa	Pag. 29
5.2. Indirizzi in materia di emergenza/urgenza	Pag. 32
5.3. Determinazione della dimensione della rete ospedaliera delle tre aree ottimali e dei relativi presidi ospedalieri	Pag. 36
5.4. Sviluppo e potenziamento delle cure e dell'assistenza territoriale	Pag. 72
6. Puntuale definizione di specifiche aree di interesse della rete	Pag. 82
6.1. Budget	Pag. 82
6.2. Programma tecnologie	Pag. 83
6.3. Percorso nascita	Pag. 91
6.4. Trauma center e Sistema Integrato Assistenza al Trauma (SIAT) in Liguria	Pag. 95
6.5. La formazione degli operatori sanitari: leva per lo sviluppo del sistema e integratore organizzativo	Pag. 97
6.6. Relazioni sindacali	Pag. 99

- Con la deliberazione del Consiglio regionale 8 agosto 2006, n.29 avente ad oggetto: "Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione", si è provveduto a:
 - ❖ approvare il Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza definendone una prima fase e demandando alla Giunta regionale la definizione di una seconda fase sulla base dei criteri e delle procedure indicate nel piano stesso;
 - ❖ disporre la graduazione della rideterminazione della rete ospedaliera coerentemente con i tempi di implementazione dei processi di ristrutturazione della rete della residenzialità e dell'assistenza domiciliare;
 - ❖ disporre che l'adeguamento della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera preveda contestualmente opportune politiche di riconversione, attraverso percorsi formativi e di aggiornamento del personale in esubero, finalizzate a superare eventuali carenze di organico;
 - ❖ disporre che i Direttori generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio Sanitario Regionale avviassero entro trenta giorni dalla entrata in vigore del suddetto atto le azioni necessarie a dare attuazione agli interventi di adeguamento delle dotazioni di posti letto previsti nella prima fase della riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza;
 - ❖ disporre che i Direttori generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere, degli enti ed istituti del Servizio Sanitario Regionale prevedessero, a partire dal secondo semestre 2006, l'attuazione di pacchetti integrati, comprendenti la fase riabilitativa, nelle discipline di ortopedia, traumatologia, neurologia e cardiocirurgia, per una quota pari ad un minimo del 30 per cento dei volumi di prestazioni erogati;

- con la del.giunta reg. 763/2007 si è provveduto ad approvare il documento "Quadro di riferimento per la riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza" dando mandato ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, sulla base dello stesso, di formulare, acquisito il parere delle Conferenze dei sindaci di riferimento, le proposte inerenti la scelta delle localizzazioni delle specialità e dei posti letto da attribuire a ciascuna delle strutture ospedaliere dei presidi come sopra individuati;

- le proposte dovevano essere formulate in modo da rispettare i criteri generali e specifici individuati per ogni area dal provvedimento della giunta regionale, garantire nel triennio l'efficienza del sistema e la coerenza con il piano di rientro, essere articolate per annualità nell'arco triennale ed indicare la tempistica, la variazione del numero e della tipologia dei posti letto prevista, i costi conseguenti alle singole azioni ed i minori costi complessivi.

- la citata deliberazione della Giunta regionale prevede, altresì, che qualora le proposte non fossero pervenute in tempo utile ovvero fossero tali da non consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro, si sarebbe provveduto ad integrare il quadro di riferimento come sopra delineato per gli aspetti mancanti ovvero ad inserirvi le proposte pervenute con le modifiche necessarie al rispetto dell'accordo;

- il citato provvedimento regionale è stato inviato ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze nell'ambito delle procedure previste in attuazione dell'Accordo 6 marzo 2007 ed ha avuto esito positivo;
- con la del.cons. reg. 34/2007 è stato approvato il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale e l'aggiornamento dell'elenco degli interventi da inserire nell'accordo di programma regione – governo anno 2007 ai sensi dell'articolo 20 della l. 67/1988;
- con la del. cons.reg. 35/2007 è stato approvato il Piano sociale integrato regionale 2007/2010 ai sensi della l. r. 12/2006.

TAB. 1 - CONFRONTO POSTI LETTO PER ACUTI ANNI 2002-2005-2007

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

TAB. 4 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE - RICOVERI ORDINARI ANNO 2006 PER CLASSE DI COMPLESSITA'

CLASSE	CASI 2006	CASI 2005	VARIAZI ONI (Valori assoluti)	VARIAZI ONI %
MEDICI UN GIORNO	14.907	15.175	-268	-1,8%
CHIRURGICI UN GIORNO	4.567	4.744	-177	-3,7%
ALTA SPECIALITA (ESCLUSO IN PEDIATRIA)	3.370	3.421	-51	-1,5%
PARTO NATURALE	7.680	7.593	87	1,1%
LEA PESO <= 0.65 (FASCIA 00)	8.993	10.293	-1.300	-12,6%
LEA PESO>0.65/NOLEA PESO<=0.65(FASCIA 0)	22.591	25.585	-2.994	-11,7%
DRG PESO TRA 0.65 E 0.88 (FASCIA 1)	32.487	34.012	-1.525	-4,5%
DRG PESO TRA 0.88 E 1.361 (FASCIA 2)	51.621	52.642	-1.021	-1,9%
DRG PESO TRA 1.361 E 2.27 (FASCIA 3)	33.808	31.601	2.207	7,0%
DRG PESO > 2.27 (FASCIA 4)	12.599	12.059	540	4,5%
DRG 391 NEONATO NORMALE	8.290	7.865	425	5,4%
TOTALE	200.913	204.99 0	-4.077	-2,0%
PEDIATRIA ORDINARI >= 2GG	20.144	20.167	-23	-0,1%
PEDIATRIA ORDINARI < 2GG	2.630	2.860	-230	-8,0%
PEDIATRIA ALTA SPECIALITA	229	222	7	3,2%
TOTALE CASI PEDIATRICI	23.003	23.249	-246	-1,1%
TOTALE COMPLESSIVO	223.916	228.23 9	-4.323	-1,9%

TAB. 5 - ATTIVITA' OSPEDALIERA LIGURE PER TIPO DI RICOVERO
CONFRONTO ANNI 2002/2006

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

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

TAB. 6 - Raffronto SDO/PAC

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

- un fabbisogno fortemente sentito devono essere tenute in debito conto nella definizione dell'offerta ospedaliera;
9. la messa in rete delle strutture ospedaliere, anche tramite processi di riorganizzazione amministrativa e di accorpamento di aziende e la riconversione di alcune di esse, appare, peraltro, l'unico strumento per rendere compatibile l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini equità di accesso a prestazioni e servizi sanitari efficaci ed appropriati, in un contesto di risorse, sia umane che finanziarie, non illimitate e la cui determinazione è soggetta a vincoli nazionali;
 10. l'opposizione alla razionalizzazione della rete ospedaliera, inoltre, deriva anche da non condivisibili atteggiamenti culturali che continuano a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni della popolazione, senza valutare che l'attuale epidemiologia ligure è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliero e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

anche innovativi delle modalità e dei metodi di cura, adottando protocolli di *continuità assistenziale*, che prevedano anche di sostenere le dimissioni dei non autosufficienti e degli anziani over 75 con proprio personale proiettato a domicilio d'intesa con i MMG;

8. adottare una complessiva riorganizzazione dei percorsi chirurgici al fine di definire, in particolare, criteri clinico-organizzativi utili ad individuare tipologia ed il grado di complessità degli interventi che possono essere effettuati nei singoli stabilimenti ospedalieri.

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

TAB. 7 – SVILUPPO ATTIVITA' RIABILITATIVA/CURE INTERMEDIE E CONVERSIONE/DISATTIVAZIONE
POSTI LETTO PER ACUTI NEL TRIENNIO 2008 – 2010

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

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

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

Per quanto concerne il presidio ospedaliero dell'ASL 3 e quello dell'ASL 2 composto dagli Ospedali di Santa Corona e Albenga, tenuto conto del coinvolgimento degli stessi nella riorganizzazione amministrativa derivante dal confluire nella rispettiva Azienda territoriale delle preesistenti Aziende ospedaliere, deve essere sperimentato un modello gestionale in base al quale il Direttore del relativo presidio ospedaliero acquisisca anche la funzione di coordinamento sanitario dell'area ospedaliera di pertinenza con il compito di supportare il Direttore Sanitario dell'Azienda nel raccordo a livello strategico dei servizi ospedalieri con quelli territoriali al fine di assicurare la continuità e l'efficacia dei percorsi assistenziali e l'integrazione tra le strutture operanti nei presidi, al fine di garantire l'equità di accesso ed il buon uso delle risorse che dovranno essergli attribuite.

In particolare il Direttore di tali presidi avrà la responsabilità inerente tutta la gestione corrente del presidio e delle scelte di investimento in risorse umane e di tipo strutturale, nonché il controllo dell'adeguato utilizzo dei fattori produttivi necessari per l'erogazione dei servizi clinici ed assistenziali afferenti al presidio.

Allo stesso verrà assegnato un proprio budget separato all'interno del bilancio dell'Azienda.

- L'organizzazione Dipartimentale deve essere assunta come obiettivo prioritario per gli aspetti gestionali dell'attività di ricovero ed il governo clinico deve costituire il metodo fondamentale per il coinvolgimento professionale dei sanitari nelle attività gestionali.

In particolare ai Direttori dei Dipartimenti dovrà essere attribuita autorità sovraordinata per gli aspetti organizzativi e gestionali rispetto alle unità operative che compongono i Dipartimenti stessi.

Funzioni

La funzione ospedaliera dell'ASL 1 "Imperiese" è svolta dal Presidio Ospedaliero dell' ASL 1 "Imperiese" le cui strutture sono definite come segue:

STRUTTURA OSPEDALIERA	FUNZIONI
OSPEDALE S. CHARLES DI BORDIGHERA	Sede di Pronto soccorso. Assicura prestazioni medico chirurgiche di base; inoltre eroga prestazioni di Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Terapia subintensiva, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.
OSPEDALE DI SANREMO E BUSSANA	Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Eroga prestazioni relativamente alle seguenti specialità: Chirurgia generale, Medicina, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Terapia Intensiva, Infettivologia, Neurologia, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Oncologia, Radioterapia Gastroenterologia, UTIC, Radiologia Interventistica, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.
OSPEDALE CITTA' DI IMPERIA	Sede di DEA integrato di 1° livello. Garantisce le funzioni di base per il proprio bacino di utenza. Eroga prestazioni relativamente alle seguenti specialità: Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Medicina, Ortopedia e Traumatologia, Ortopedia artroscopica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva neonatale Psichiatria, Neurologia, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, UTIC, Nefrologia. Dermatologia, Pneumologia, Radiologia Interventistica, Medicina Fisica e Riabilitativa intensiva.

Obiettivi

L'Azienda ha presentato le seguenti proposte:

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

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

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

La Giunta regionale, nel corso del triennio, verificherà la praticabilità delle suddette proposte anche alla luce del quadro economico-finanziario che si andrà a determinare.

Il Presidio Ospedaliero dell' ASL 1 "Imperiese" è così configurato.

PRESIDIO OSPEDALIERO ASL 1 "IMPERIESE"

SPECIALITA'	p.letto acuti			p.letto riabilitazione	
	d.o.	d.h.	d.s.	d.o.	d.h.
CHIRURGIA GENERALE	50	2	6		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	21	4	0		
MEDICINA GENERALE	147	12	0		
NEUROLOGIA	44	3	0		
OCULISTICA	4	2	9		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	59	2	7		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	44	2	4		
OTORINOLARINGOIATRIA	9	1	1		
PEDIATRIA	15	4	0		
UROLOGIA	23	0	2		
TERAPIA INTENSIVA e SUBINT.	19	0	0		
UNITA' CORONARICA	30	1	1		
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA INTENSIVA/CURE INTERMEDIE				(*)53	0
GASTROENTEROLOGIA	4	1	0		
ONCOLOGIA	0	10	0		
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	0	0	2		
PSICHIATRIA	38	2			
CHIRURGIA VASCOLARE	14	2	2		
NEFROLOGIA	12	3	0		

ORTOPEDIA ARTROSCOPICA	0	0	1		
PNEUMOLOGIA	18	4	1		
DERMATOLOGIA	0	2	1		
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	0	0		
TOTALE PRESIDIO	555	57	37	53	0
	649			53	

(*) Non sono compresi i p.l. del polo riabilitativo di Costarainera.

