



Direttore responsabile Antonio Zama

Articolo 02.07.12

**Il Piano sanitario regionale del Piemonte**

**Un'applicazione concreta del sistema dei conti della salute in una sintesi commentata**

Prof. Franco Gaboardi

Studio realizzato in collaborazione con CISL-Piemonte, Sezione Centro Studi di Torino. Si ringrazia, in particolar modo, la Dott.ssa Amina Maria Gagliardi per la competenza, l'approfondimento e l'aggiornamento dei dati utilizzati.

La ricerca in oggetto s'inserisce nel contesto di uno studio più ampio; a tal proposito si veda per completezza: F. Gaboardi, *I conti della salute nell'amministrazione sanitaria. Efficienza, controllo e criticità*, in *Riv. Amministrazione e contabilità dello Stato e degli enti pubblici*, vol. XXXIII, 2012, 1-25 ([www.contabilita-pubblica.it](http://www.contabilita-pubblica.it) - [www.de.unito.it](http://www.de.unito.it)).

Una premessa che non consenta equivoci.

Richiamando la Costituzione repubblicana (art 97 Cost.), si afferma che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo, cioè una posizione giuridica soggettiva attiva, inquadrabile come diritto soggettivo, quindi direttamente ed immediatamente tutelato dall'ordinamento.

Si dà atto che le forme con cui è tutelata la salute nei vari paesi non è uniforme in quanto riflette le condizioni sociali e politiche di ognuno di essi mentre i processi di globalizzazione economica tendono a rendere universali anche i problemi sanitari e sociali.

Si fa poi un richiamo all'iniziativa "Salute 21" nella quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2000, ha disegnato un progetto di salute universale per il ventunesimo secolo richiamando la necessità di un impegno diretto delle istituzioni e del mondo politico per la sua tutela.

Si inquadra il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015 all'interno di questo schema anche in applicazione delle direttive della Carta di Tallinn (2008).

Si elencano poi alcuni determinanti che condizionano le scelte di programmazione regionale:

- i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza,
- l'elevata presenza di anziani e grandi anziani,
- la disponibilità di terapie e diagnosi ad alto costo indirizzate a specifici bacini di assistiti.

Si introduce così il filo conduttore del Piano che è rappresentato dalla sostenibilità economica del SSR per assicurare l'equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello delle risorse disponibili per il loro finanziamento.

Sono poi indicati i principi ai quali si ispira Il PSSR 2012-2015, va notato che sono del tutto condivisibili in quanto sono quelli che giustificano l'esistenza di un Servizio Sanitario Regionale pubblico:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni in una logica di appropriatezza;
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità della copertura assistenziale come definito dai LEA.

Si fa riferimento alle diverse competenze che lo Stato e le Regioni hanno in merito alla tutela della salute dei cittadini e naturalmente non poteva mancare un richiamo al processo di devoluzione di poteri dallo Stato alle Regioni attivato con la riforma del Titolo V della Costituzione (governo nazionale di centro sinistra e voto contrario alla riforma da parte dei partiti che attualmente costituiscono la maggioranza in Consiglio regionale)

Segue un riferimento al quadro normativo che ha portato alla delibera di Giunta regionale (2 agosto 2010, n. 1- 4159) con la quale è stato approvato l'Accordo con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze sottoscritto il 29 luglio 2010 che convalidava il Piano di rientro di riqualificazione e

riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il conseguimento dell'equilibrio economico.

Segue il richiamo alla legge 6 agosto 2008 n.133, nella quale si dispone che "... per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ... è subordinato alla stipula di una specifica intesa, fra Stato e regioni ..." per la revisione degli standard dei posti letto, la razionalizzazione dell'efficienza della rete ospedaliera, la riduzione delle spese di personale degli enti del SSN e, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, per l'attivazione anche di forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini" e alle disposizioni contenute nell'Addendum al Piano di rientro dell'autunno 2010.

## **Parte I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015**

### **1. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA**

Non ci sono novità rispetto alla precedente stesura.

Si da atto che il sistema sanitario piemontese è in grado di garantire un buon livello di tutela della salute della popolazione con prestazioni di qualità e tuttavia soffre di criticità comuni alla maggior parte delle Regioni quali la non appropriatezza di alcune prestazioni (ad esempio l'utilizzo improprio del pronto soccorso), le lunghe liste di attesa per alcune prestazioni, il ricorso a strutture extra Regione.

Si passa alla descrizione di un quadro nel quale il progresso della medicina è in grado di assicurare la sopravvivenza più che in passato ma questa raramente si accompagna alla completa guarigione.

Il fenomeno riguarda un ampio numero di casistiche e questo fatto allarga la fascia di soggetti che richiedono cure continue e complesse per lunghi periodi.

Si osserva che la spesa sanitaria è poco flessibile e poco si adatta alle congiunture economiche: detto più banalmente la salute dei cittadini richiede un impegno economico costante e ignora il fatto che vi possono essere periodi di vacche magre.

Tra i fattori di criticità ne sono segnalati due:

- l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche
- i progressi tecnologici della medicina che generano migliori cure ma, nel contempo, contribuiscono all'innalzamento dei costi.
- differenze di salute tra uomini e donne per cui queste lamentano condizioni patologiche in numero maggiore dopo la mezza età.

Si illustrano successivamente le differenze di comportamento che si possono registrare nel territorio regionale:

- differente tasso di ospedalizzazione generato, in parte, dalle diverse politiche assunte dai presidi e dalle aziende ospedaliere ma anche da uno sviluppo disomogeneo delle cure primarie che possono contenere il ricorso al ricovero ospedaliero.
- Un diverso ricorso, sul territorio regionale, all'uso del day hospital ed all'attivazione della modalità assistenziale di day service.

#### **1.1 La programmazione**

Si afferma il principio di articolare alcune funzioni delle aziende sanitarie in ambiti sovra zonali (premessa alla costituzione delle Federazioni).

Si illustra la volontà di sviluppare un'azione che si svolge su due piani: da una parte si concentrano funzioni che riguardano la gestione delle risorse, dall'altra si prefigura un rafforzamento della funzione di tutela nei distretti intesi come "sensore" nei confronti del territorio, e non solo articolazione organizzativa di particolari livelli di assistenza.

Per i presidi ospedalieri si preannuncia la loro gerarchizzazione articolandoli secondo differenti livelli di complessità clinica delle malattie che vengono trattate.

Si addebitano ai Distretti cultura organizzative e prassi gestionali prevalentemente orientate ad una concezione di "produzione/erogazione di servizi-prestazioni" piuttosto che "di promozione di logiche di reti integrate".

Si segnala l'eccesso di autoreferenzialità delle associazioni professionali che tendono a riconoscersi più nella loro identità etico-scientifica che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.

Dal punto di vista del territorio si evidenzia la mancata coincidenza tra il bacino di popolazione del distretto sanitario e quello dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali, con la conseguenza che la programmazione delle attività socio-sanitarie integrate non è basata sulla definizione di volumi di servizio correlati alla domanda del territorio, ma su una contrattazione tra Aziende Sanitarie Locali (ASL) ed enti locali.

Per quanto riguarda i Distretti sono indicati due elementi di criticità:

- bacini di popolazione nella maggior parte dei casi troppo bassi per attivare economie di scala nell'utilizzo dei fattori produttivi e nell'erogazione dei servizi;
- scarsa autonomia economico-finanziaria e, di conseguenza, risorse umane e dotazioni strumentali insufficienti.

### **1.2 L'appropriatezza**

Alle ASL è assegnato l'obiettivo di perseguire il superamento della inappropriata di alcune prestazioni e delle modalità di erogazione attraverso l'elaborazione di specifici "progetti di appropriatezza", le cui aree tematiche sono:

- area dei ricoveri ospedalieri per acuti;
- area della post-acuzie;
- area delle prestazioni specialistiche;
- area della farmaceutica.

È evidenziato come inappropriato il ricorso alle prestazioni ambulatoriali individuando nell'invecchiamento della popolazione e nella conseguente maggiore diffusione di malattie croniche tra gli assistiti una delle principali cause dell'incremento della domanda di prestazioni ambulatoriali accompagnato da una insufficiente diffusione di assistenza domiciliare e residenziale che comporta l'erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente di tipo terapeutico, che potrebbero essere altrimenti erogate. Ancora: si riscontra che l'avvento di nuove tecnologie non ha avuto come conseguenza l'equivalente riduzione delle prestazioni "obsolete" ad esse assimilabili e quindi le nuove tecniche sono andate a sommarsi alle vecchie senza che si sia verificato un processo di sostituzione; in questo versante anche i cittadini fanno la loro parte in quanto la maggior consapevolezza rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva hanno contribuito alla crescita della domanda di prestazioni diagnostiche.

Lo sviluppo delle prestazioni per mezzo di nuove tecnologie comporta un'azione sistematica di coordinamento a livello sovra zonale e regionale prevedendo la pianificazione nell'acquisto e gestione delle apparecchiature biomediche con maggiore attenzione alla loro distribuzione territoriale e al loro utilizzo appropriato. Anche questo tipo di attività deve essere sottoposto a monitoraggio e valutazione costante.

Si mira a controllare la crescita del volume di attività di assistenza specialistica ambulatoriale che ha effetti sia in termini di costi sostenuti dal SSR, sia sui tempi di attesa.

Si prevede la realizzazione di strumenti di supporto alla programmazione e valutazione sanitaria per:

- misurare l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- attivare piani di governo della domanda che agiscano direttamente sul comportamento prescrittivo;
- monitorare e spostare, quando possibile, alcune delle funzioni in regime di ricovero diurno alla modalità ambulatoriale.

### **1.3 La qualità percepita**

Sono state commissionate varie indagini per accertare la qualità percepita dai cittadini ne risulta che il Medico di Medicina Generale (MMG) è il professionista che gode di uno fra i più elevati livelli di fiducia da parte della popolazione piemontese (84%) e altrettanto vale per il Pediatra di Libera Scelta (PLS) (livello di fiducia buono o ottimo nell'81% degli intervistati).

Giudizi positivi sono formulati anche per quanto riguarda la comodità di accesso per la fruizione dei servizi, compreso quelli di pronto soccorso.

### **1.5 La metamorfosi nei luoghi delle cure**

Si prevede che nel futuro gli sviluppi tecnologici e i cambiamenti di ruolo nell'ambito professionale renderanno necessaria solo più un'assistenza di tipo specialistico e tecnologico in pochi grandi ospedali, altamente qualificati, mentre gran parte dell'assistenza potrà essere delocalizzata adattandosi alle esigenze del paziente piuttosto che a quelle dell'organizzazione.

Questo dovrebbe comportare uno spostamento di attenzione verso due direzioni: da una parte la concentrazione di attività di alta specializzazione in pochi centri e dall'altra l'implementazione delle attività a domicilio e in strutture che garantiscano la continuità assistenziale successiva al ricovero sempre più breve in ambito ospedaliero.

In Piemonte esiste già una vasta esperienza su forme di organizzazione dell'assistenza secondo formule a rete in alcuni percorsi assistenziali (salute mentale, riabilitazione, screening, oncologia etc.), nella logistica (emergenza e trapianti), nell'informazione (traumi cranici, epidemiologia). Il modello è destinato ad estendersi anche in altri settori.

### **1.6 Qualità strutturale dei luoghi di cura**

Sono elencate le criticità presenti nei presidi ospedalieri regionali che sono caratterizzati da:

- vecchiaia degli edifici accompagnata da inadeguatezza dal punto di vista tecnologico e strutturale;
- necessità di interventi di adeguamento sulle strutture che risultano particolarmente costosi proprio per la vecchiaia delle strutture;
- i costi di ristrutturazione risultano maggiori di quelli richiesti per nuove costruzioni;
- la situazione è particolarmente grave per i presidi con un basso numero di posti letto che risultano anche meno efficienti dal punto di vista gestionale;
- assenza di un disegno organizzativo della rete chiaramente individuabile rispetto a tipologia e complessità delle prestazioni e delle relazioni tra strutture.

Queste sono anche le motivazioni avanzate dalla Regione per procedere in un percorso di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria nel quale si preveda anche la riconversione delle strutture.

La Giunta Regionale si riserva di procedere con una successiva adozione di provvedimenti, all'individuazione dei presidi ospedalieri che potranno essere oggetto di riconversione.

### **1.7 L'allocazione delle risorse finanziarie**

La Giunta esprime l'intenzione di andare in direzione del superamento del criterio della spesa storica come strumento di finanziamento del sistema sanitario ricorrendo a regole di finanziamento che tengano conto, oltre che delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione assistita, anche di indicatori di appropriatezza, qualità, efficienza e di efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati assegnando un valore alla qualità dei servizi erogati oltre che alla loro quantità.

### **1.8 La sanità come opportunità di crescita: un'occasione da non perdere**

È riconosciuta la rilevanza della relazione tra sanità e sviluppo economico sia per quanto riguarda la quota di PIL assorbita dal sistema sanitario nazionale (oltre il 7% del PIL), sia per le masse economiche che la sanità muove in termini di acquisizione di beni e servizi, sia per l'impulso che il settore può dare all'economia incoraggiando attività di ricerca e produzione di tecnologie per la salute creando le condizioni per attrarre investimenti e trasferire idee in brevetti.

### **1.9 Il sistema informativo sanitario regionale**

Si intende operare per dare impulso all'uso di tecnologie informatiche per lo scambio di dati clinici e per dematerializzare le impegnative, i referti di specialistica ambulatoriale, le cartelle cliniche e la modulistica e aprire l'accesso per via telematica ai servizi amministrativi da parte dell'utenza (pagamento on line dei ticket, teleprenotazione della prestazione sanitaria, consultazione ed acquisizione on line dei referti).

Le intenzioni espresse si scontrano con il gran numero di applicazioni informatiche presenti nelle ASL che spesso non sono in condizione di dialogare tra di loro.

Il piano presentato è estremamente vasto e dovrebbe coinvolgere tutti gli aspetti della gestione sanitaria dalla ricetta elettronica alla cartella sanitaria personale alla gestione dei ricoveri e alla continuità assistenziale.

È previsto il ricorso al CSI che però è messo in discussione nel momento in cui non è certa la sua sopravvivenza nel prossimo futuro.

## **2. LE SCELTE PRIORITARIE**

### **2.1 La garanzia dei diritti**

È espressa la volontà di coniugare qualità e quantità dei servizi forniti ai cittadini attraverso un uso più efficiente delle risorse disponibili.

#### **2.1.1 Vulnerabilità sociale e salute**

Sono analizzate le ricadute della crisi economico finanziaria degli ultimi anni sulla vulnerabilità di fasce prima garantite, compresi gli aspetti che riguardano le prestazioni sanitarie e si dà atto che le carenze nella rete relazionale familiare, amicale e sociale della persona ed altre fragilità psico-sociali personali possono aggravare le condizioni di salute di persone adulte oltre che degli anziani.

#### **2.2.1 La riduzione dei tempi di attesa**

È un problema sempre richiamato e mai risolto nella sanità anche perché non si dice chiaramente che ridurre i tempi di attesa costa parecchio e vorrebbe dire, incrementare l'offerta oltre che razionalizzarne l'erogazione.

Uno degli strumenti indicati è quello di porre attenzione maggiore all'appropriatezza delle prescrizioni mediche dal momento che la non appropriatezza prescrittiva dei medici è una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. Sono poi indicati provvedimenti che dovrebbero facilitare la domanda delle prestazioni come il Sovracup web, (che permetterà ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa) e l'accesso alle prenotazioni attraverso altri canali quali ad esempio le farmacie, gli sportelli bancomat o il contact center.

Il rischio concreto di queste iniziative è però quello che, facilitando l'accesso non ai servizi ma la domanda di

servizi, il risultato sia di aumentare le liste di attesa invece di diminuirle.

Altra cosa è invece la messa in rete di tutti le offerte di servizi integrando, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, in modo che il cittadino possa valutare, ad esempio, la possibilità di anticipare la prestazione andando in un luogo più lontano da casa sua.

Altro strumento di aiuto è rappresentato dall'indicazione accurata del livello di urgenza e priorità da applicare a ogni singolo caso.

Un'altra innovazione tecnologica da introdurre è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permette di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuisce ad abbattere il fenomeno del drop out (pazienti che "dimenticano" di disdire la prenotazione).

Si prevede che una maggiore informatizzazione possa contribuire anche alla riduzione dei tempi di attesa per il trasferimento nell'ambiente riabilitativo più appropriato dopo il ricovero ospedaliero.

### **2.3 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie ed i costi standard**

Nel costo standard si individua il modo per confrontare le singole realtà incentivandole al miglioramento ed al tempo stesso questo dovrebbe diventare il criterio di misura per tutte le prestazioni per i servizi erogati al cittadino come previsto dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario).

L'applicazione dei costi standard sarebbe la naturale continuazione del processo che ha portato in sanità alla definizione dei LEA.

Sono poi analizzate le cause che ostacolano l'individuazione dei costi standard [A questo proposito si veda anche F. Gaboardi, Compendio di contabilità sanitaria, Il Segnalibro, Torino, 2001, pp. 10 e ss.].

### **2.4 Le risorse umane**

Non si dice "come" ma si prefigura il contenimento della spesa per il personale, ma nel contempo si afferma che la consistenza del personale delle aziende sanitarie piemontesi, è in linea con le medie nazionali per quanto riguarda il personale medico e quello infermieristico, mentre risulta più elevata dei valori medi nazionali per quanto riguarda la dotazione di personale amministrativo.

Si fa riferimento alla Finanziaria 2010 ( legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato") che prevede che gli enti del servizio sanitario adottino nel triennio 2010/2012 le misure necessarie per garantire che le spese riferite al personale non superino per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito del 1,4%.

C'è quindi l'intenzione di puntare alla riduzione stabile dei costi complessivi del personale con azioni mirate, ad una più razionale allocazione delle risorse umane con relativa ottimizzazione dei carichi di lavoro.

In questo ambito sono funzionali le azioni previste nel PSSR per la realizzazione delle reti ospedaliere interaziendali e quelle di orientate al potenziamento dell'assistenza primaria in ambito distrettuale.

Si parla anche di "*una più omogenea gestione dei contratti di lavoro relativi al personale dipendente della dirigenza e del comparto*".

Nel perdere di vista che la contrattazione di secondo livello, pur muovendosi in un quadro di risorse date, in oltre trent'anni dall'istituzione del SSN, ha portato inevitabilmente a delle differenziazioni sono previsti interventi per la omogeneizzazione degli istituti legati alla gestione dei fondi contrattuali.

Viene attribuito un ruolo fondamentale alla formazione di base e specialistica per cui è previsto l'aggiornamento dei protocolli d'intesa con le istituzioni universitarie e progetti di formazione continua, da concertare con gli ordini ed i collegi professionali, gli atenei e le società scientifiche.

### **2.5 La qualità e le professioni sanitarie**

La premessa è che il compito di tutelare la salute dei cittadini al massimo livello qualitativo possibile si adempie con il fornire prestazioni e servizi efficaci ed appropriati in un contesto sempre più complesso. L'approccio non può che essere di tipo multispecialistico e multiprofessionale, coordinato ed integrato durante il percorso clinico assistenziale del paziente.

Questo richiede un governo del sistema che passa attraverso l'utilizzo razionale delle risorse disponibili, le valutazioni relative alle continue innovazioni biomediche, le scelte diagnostiche e terapeutiche.

La complessità può essere affrontata con successo attraverso l'integrazione delle vari professioni sanitarie e assegnando ad esse un ruolo di responsabilità anche nelle scelte aziendali.

È perciò ritenuto necessario il coinvolgimento dei professionisti sanitari nei processi decisionali aziendali, con particolare riferimento alle strategie ed alla valutazione dei risultati.

In particolare, tale coinvolgimento viene promosso:

- nell'individuazione delle priorità, in considerazione dei limiti posti alle risorse finanziarie;
- nella valutazione e pianificazione delle innovazioni tecnologiche e biomediche;
- nella gestione del trasferimento delle conoscenze dalla ricerca biomedica alla pratica clinica;
- nell'appropriatezza degli interventi sanitari, in base alle prove disponibili;
- nell'integrazione tra professionisti sanitari;
- nella gestione del percorso assistenziale del paziente;
- nel miglioramento derivante dall'analisi degli errori;
- nella comunicazione con il paziente e con i suoi familiari.

## **2.6 Le opportunità del welfare e il terzo settore**

È evidenziato il fatto che l'alleanza con il sistema socio-assistenziale può contribuire a migliorare il benessere delle persone e a valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti.

Viene perciò dato riconoscimento al ruolo che in questo campo svolge il terzo settore che, dice il Piano, *"può costituire un punto di forza del modello sociale della Regione, cui indirizzare risorse specifiche, ampliandone le aree di impegno in rapporto al ruolo di co-programmazione e co-progettazione"*.

La Regione individua nelle imprese del terzo settore e nelle organizzazioni di volontariato i soggetti *"promotori di iniziative ed erogatori di prestazioni, per garantire lo sviluppo e la crescita delle attività nell'area della cronicità, ove bisogno di salute e bisogno di senso e relazione umana si integrano nella prestazione, superando il semplice paradigma professionale"*.

È prevista l'attivazione di un sistema di accreditamento delle organizzazioni che erogano servizi alla persona previsti nei progetti-obiettivo di area integrata sanitari e socio-sanitari (disabilità, non autosufficienze, salute mentale, dipendenze, residenziali, semiresidenziali o domiciliari).

## **2.8 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti**

### **2.8.1 L' Empowerment**

Si vuole rafforzare il ruolo di protagonista che il cittadino può avere nella gestione della propria salute attraverso l'empowerment, definito come *"...processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente, per migliorare l'equità e la qualità di vita ..."* [Si veda l'interessante ed approfondito lavoro di R. Cavallo Perin – L. Lenti – G.M. Racca – A. Rossi, *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, Esi, 2010].

### **2.9 I servizi dell'area socio-sanitaria integrata**

Si riconosce che lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili, malate di mente e tossicodipendenti, non è ancora in grado di soddisfare la crescita di una domanda di assistenza socio-sanitaria professionale ad integrazione delle risorse familiari nella lungo assistenza di questi cittadini nelle diverse fasi della vita.

Il segnale è dato dalla crescita delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni dell'area socio-sanitaria integrata e la Regione ammette che gli effetti si ripercuotono sui cittadini e sulle famiglie più deboli nella presa in carico dei propri congiunti più deboli siano essi anziani, disabili, malati di mente o tossicodipendenti.

Si esprime l'intenzione, attraverso il PSSR 2012-2015, di dare sviluppo alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, soggetti psichiatrici e tossicodipendenti, abbattendo le liste d'attesa per l'accesso a queste prestazioni.

Sono di seguito indicate le azioni da intraprendere:

- sviluppo delle cure domiciliari ad integrazione delle risorse economiche e relazionali della persona e della sua famiglia;
- revisione del modello organizzativo - gestionale dei servizi semiresidenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari;
- costituzione del Fondo regionale per le non autosufficienze, in cui confluiscono risorse del fondo sanitario regionale già impiegate per questi servizi, nuove risorse del Fondo sanitario regionale derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, risorse regionali proprie, risorse degli enti locali.

#### **2.9.1 Sviluppo delle cure domiciliari**

Si richiamano i contenuti della legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti), articolo 2 comma 3, per quanto riguarda quelle che sono definite "prestazioni domiciliari":

- a) le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;
- b) le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia

funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:

- 1) prestazioni professionali;
- 2) prestazioni di assistenza familiare;
- 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
- 4) affidamento diurno;
- 5) telesoccorso;
- 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

La Regione ritiene di intervenire per sviluppare:

o strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a rilevanza sanitaria per le tipologie di pazienti che non possono seguire un percorso di continuità di cure in residenzialità o domiciliarietà;

o adeguate modalità di assistenza a domicilio.

In via transitoria e in attesa di dare attuazione alle buone intenzioni e in assenza dell'attivazione di servizi adeguati si dà mandato alle ASL di prevedere i primi interventi di cura entro il termine di 60 giorni dalla valutazione da parte dell'unità di valutazione.

Il "Fondo regionale per la non autosufficienza" è lo strumento individuato per l'attuazione dei principi della legge regionale 10/2010.

### **2.9.2 La revisione del modello organizzativo gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata**

È prevista la revisione del modello organizzativo gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area integrata socio-sanitaria con la definizione di nuovi standard organizzativo gestionali per l'erogazione, da parte delle strutture di produzione, delle prestazioni diurne e residenziali per minori, anziani e disabili.

Insieme verrebbe ridefinita la tariffa a carico del SSN, del cittadino e/o degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali in modo da renderla "compatibile con l'attuale quadro di riduzione delle risorse pubbliche e in piena applicazione della normativa vigente in materia": in altri termini si prefigura un maggiore carico sulle famiglie o sui Comuni.

### **2.9.3 L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza**

Con apposita legge regionale, saranno definite le risorse afferenti al Fondo e la loro provenienza, le prestazioni ed i soggetti giuridici ai quali è destinato, nonché i criteri di riparto del Fondo stesso. **In questo caso è stata integralmente accolta la nostra richiesta di rimandare ad un apposito provvedimento la definizione analitica del Fondo, delle fonti di finanziamento e della sua destinazione.**

## **PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO**

### **3. I PRESUPPOSTI LOGICI DELLO SVILUPPO E RICONFIGURAZIONE DEL SSR**

#### **3.1 Gli assunti guida**

È stata riconsiderata l'ipotesi iniziale di separare i presidi ospedalieri dal territorio e si è passati ad un sistema nel quale si costruisce l'integrazione tra i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie stabilendo una gerarchia di carattere funzionale tra i vari ospedali.

Il cittadino dimostra di realizzare una mobilità all'interno dei servizi che non sempre è governabile dall'alto e qualche volta è condizionata da reti informali che si formano tra professionisti (Medico di famiglia/collega /medico ospedaliero/ conoscenze professionali, ecc) ma l'organizzazione dei servizi deve realizzarsi attraverso la costruzione di reti che non possono essere che formali, in questo caso, costituite da ospedali a gestione diretta delle ASL e dall'AO/AOU di riferimento.

Da questo ragionamento base la formazione di, ambiti territoriali interaziendali, cui la programmazione regionale fornisce indirizzi programmatici specifici, al fine di inserire, in una visuale di area sovra zonale, la programmazione locale delle ASL relativa all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari.

Si afferma poi che la specialistica ambulatoriale interna, pur rimanendo risorsa delle ASL, deve integrarsi con la rete dell'offerta specialistica costituita dagli ospedali di ASL, dalle AO e dalle AOU ma non si precisa come ciò dovrebbe avvenire.

Si invoca il coordinamento delle strutture interessate per favorire il lavoro in equipe funzionalmente o logisticamente integrate di medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo per quanto riguarda l'organizzazione dell'offerta delle cure primarie sul territorio.

## **3.2 Principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi**

### **3.2.1 I cardini del riordino della rete di offerta**

**Questo paragrafo è forse il più importante di tutto il Piano perché è quello che prevede la riconfigurazione del sistema di offerta.**

Sono descritti i fondamenti del modello organizzativo del servizio sanitario piemontese:

- a) ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle ASL per l'area geografica di loro competenza;
- b) differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza dei distretti delle ASL, da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica, di competenza dei presidi ospedalieri delle ASL, delle AO, delle AOU e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il SSR nell'ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi (strutture private accreditate);
- c) articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare, l'assistenza sanitaria specialistica di maggiore complessità clinica e tecnologica è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale;
- d) realizzazione di reti di servizi interaziendali sovrazionali, con particolare riferimento alle reti ospedaliere, in cui ciascun presidio, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa, svolge un ruolo preciso e integrato con gli altri presidi della rete a cui afferisce (è questa in sintesi la gerarchizzazione delle funzioni dei presidi ospedalieri);
- e) ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza, anche grazie alla centralizzazione di alcune funzioni tecnico-amministrative e di supporto.

La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da parte delle singole aziende sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso l'esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

### **3.2.2 La specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie**

Ente	Funzione	strumento
ASL	tutela della salute	distretto
	erogazione dei servizi di assistenza primaria	
	erogazione dei servizi di assistenza specialistica	ospedali in rete
	prevenzione primaria collettiva	dipartimenti di prevenzione
altre aziende del SSR	erogazione di servizi sanitari specialistici	AO/AOU

La specializzazione istituzionale, che consente di individuare chiare responsabilità nel governo del sistema, si fonda sulle seguenti azioni:

- istituzione di ambiti interaziendali sovrazionali, comprendenti AO/AOU e ASL di territori a forte possibilità di integrazione, allo scopo di ricercare i confini più adeguati per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- integrazione in rete delle strutture ospedaliere gestite dalle ASL, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali. Ogni rete include, oltre alle AO/AOU di riferimento territoriale, diversi ospedali al fine di integrarne i processi di cura ed assistenza al servizio del cittadino, la programmazione delle risorse, lo sviluppo strategico delle attività, l'uso delle tecnologie e la logistica;
- sviluppo, da parte delle ASL, di una funzione centrale nelle cure primarie, nella prevenzione e nell'integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso il rafforzamento dei rapporti tra presidi ospedalieri di ASL, AO/AOU e distretti;
- coordinamento degli erogatori privati e delle strutture ex articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) tramite accordi definiti a livello di ambiti interaziendali

sovrazionali.

**Per rendere effettivo quanto indicato la Giunta regionale emanerà una serie di provvedimenti con l'intento di individuare le responsabilità delle singole strutture.**

### **3.3 Missione e competenza delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale**

La programmazione è prevista su più livelli:

**a livello regionale** sono definiti gli orientamenti generali e la classificazione dei presidi ospedalieri.

Ma può anche essere **decentrata** per ambiti territoriali allo scopo di coordinare e rendere omogenei i servizi sanitari, attraverso l'indirizzo, il coordinamento dei piani di attività e la valutazione delle prestazioni rese dalle ASR e dalle strutture accreditate pubbliche e private del territorio di competenza, a servizio della popolazione di riferimento.

Si dice poi che la programmazione regionale, da esercitarsi anche in forma decentrata, dovrà garantire, in modo integrato, l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e la prevenzione attraverso la funzione di indirizzo nei confronti delle ASL e delle AO/AOU, nonché nei confronti delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogatore.

Dentro a questa impostazione si nasconde la funzione principale delle Federazioni che è sì quella di svolgere funzioni di servizio per le Asl, ma anche quella di funzionare da antenna regionale sul territorio, sotto diretto controllo regionale per realizzare la "programmazione decentrata"

#### **3.3.1 Le aziende sanitarie locali**

Le ASL esercitano la funzione di tutela della salute della popolazione e promozione del benessere e garanzia dei percorsi di continuità assistenziale.

Si afferma l'intenzione della Giunta di far convergere tutte le competenze sanitarie e socio-assistenziali del territorio di competenza alle singole ASL, definendo con appositi provvedimenti i rapporti tra queste ultime e i vari enti erogatori di prestazioni. Non appare se questo significa che anche le funzioni dei Comuni sono avocate alle ASL e quali possano essere "i vari enti erogatori di prestazioni".

Sono elencate le funzioni esercitate dalle ASL, si tratta di capire se tra quelle tradizionali ne sono previste delle nuove quando si parla di "trattamento delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e/o tecnologica". In questo ambito potrebbero rientrare le terapie antalgiche o i trattamenti chemioterapici che vengono praticati in day hospital.

Si prevede di disegnare i distretti su dimensioni diverse dalle attuali.

#### **3.3.2 La rete territoriale**

Sono ampliate le competenze del distretto che, oltre ad essere l'erogatore dei servizi, viene trasformato nell'interfaccia per i rapporti con le comunità locali.

Il rafforzamento dei compiti porta come conseguenza l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali: dal combinato tra la costituzione delle federazioni da una parte e i compiti devoluti al Distretto dall'altra, viene da chiedersi se alle ASL restano solo compiti residuali.

#### **3.3.3 Le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliero-universitarie**

Ovviamente non si può reinventare la funzione delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie infatti la novità consiste nell'istituzione delle reti interaziendali per cui le AO / AOU si integrano funzionalmente, con i presidi ospedalieri delle ASL, organizzati secondo la complessità delle prestazioni., nonché con altre strutture specialistiche di ricovero.

Tutti gli ospedali piemontesi vengono riclassificati secondo tre tipologie come nella tabella sottostante

<b>OSPEDALE DI RIFERIMENTO</b>	<b>OSPEDALE CARDINE</b>	<b>OSPEDALE DI TERRITORIO</b>
RIABILITAZIONE DI III LIVELLO	RIABILITAZIONE DI II LIVELLO	MEDICINA GENERALE
CARDIOCHIRURGIA	PNEUMOLOGIA/BRONCOSCOPIA I LIV.	E GERIATRICA
NEUROCHIRURGIA	MEDICINA DEL LAVORO	LUNGODEGENZA
TRAUMA TEAM (ORTOPEDIA)	NEUROLOGIA	RIABILITAZIONE DI I LIVELLO
GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA II LIVELLO	CHIRURGIA GENERALE	PEDIATRIA BASE
ONCOLOGIA II LIVELLO	ORTOPEDIA	DAY SURGERY
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ONCOLOGIA I LIVELLO	SERVIZI AMBULAT.
CARDIOLOGIA + EMO II LIVELLO	CARDIOLOGIA - EMO 24 H.	DIALISI
CHIRURGIA TORACICA	GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA I LIV.	DIABETOLOGIA (AMB)
CHIRURGIA PLASTICA	ANESTESIA/RIANIMAZIONE	CAP
CENTRO TRASFUSIONALE	NEFROLOGIA/DIALISI	

RADIOLOGIA INTERVENTISTA DEA II LIVELLO PNEUMOLOGIA/BRONCOSCOPIA LIVELLO EMATOLOGIA II LIVELLO TRAPIANTI CHIRURGIA VASCOLARE	UROLOGIA SERVIZI DIAGNOSTICI II MEDICINA INTERNA/URGENZE ENDOCRINOLOGIA SALUTE MENTALE GINECOLOGIA PEDATRIA OSTETRICIA/NEONATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRIA MEDICINA GENERALE E GERIATRICA
--	--

Nelle tabelle che seguono sono indicate le suddivisioni per grandi aree (Federazioni) e la classificazione degli ospedali

<b>AREA TORINO SUD EST</b>	
AO Città della Salute e della Scienza di Torino - ASL TO 1 (Circoscrizioni 8, 9 e 10 di Torino) - ASL TO 5	
Ospedale Molinette	Ospedale di Riferimento
Ospedale Dermatologico San Ippolito	Ospedale di Riferimento
Centro Traumatologico Ortopedico	Ospedale di Riferimento
Ospedale Infantile Regina Margherita	Ospedale di Riferimento
Ospedale Sant'Anna	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Chieri	Ospedale Cardine
Ospedale di Moncalieri	Ospedale Cardine
Ospedale Maria Adelaide	Ospedale complementare al CTO
Ospedale San Giovanni Antica Sede	Ospedale da riconvertire
Ospedale Evangelico Valdese	Ospedale da riconvertire la cui attività senologica verrà inserita in una costituenda unità di senologia
Ospedale Oftalmico	Ospedale da dismettere con trasferimento attività
Ospedale di Carmagnola	Ospedale di Territorio
Presidio Sanitario San Camillo	Istituto ex art. 43 L. 833/78
<b>AREA TORINO NORD</b>	
ASL TO 2 - ASL TO 4	
Ospedale San Giovanni Bosco	Ospedale di Riferimento
Ospedale Maria Vittoria	Ospedale Cardine (di Riferimento per Ostetricia e Pediatria, complementare al San Giovanni Bosco)
Ospedale Amedeo di Savoia	Ospedale da dismettere con trasferimento attività
Ospedale di Chivasso	Ospedale Cardine
Ospedale di Ivrea	Ospedale Cardine
Ospedale di Ciriè	Ospedale Cardine
Ospedale di Cuornè	Ospedale di Territorio
Ospedale di Castellamonte	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Lanzo	Ospedale da riconvertire
SAAPA di Settimo Torinese	Ospedale da definire in base a trasferimento attività
Presidio Ospedaliero Gradenigo	Istituto ex art. 43 L. 833/78 - Ospedale Cardine
Presidio Ospedaliero Cottolengo	Istituto ex art. 43 L. 833/78 - Ospedale di Territorio
Presidio Ospedaliero Ausiliatrice - Don Gnocchi	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Presidio Ospedaliero Major	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Presidio Beata Vergine della Consolata	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Casa di Cura Villa Maria Pia	Casa di Cura (Cardiochirurgia integrata con San Giovanni Bosco)

<b>AREA TORINO OVEST</b>	
AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano - AO Mauriziano Umberto I - ASL TO 1 (Circoscrizioni 1, 2 e 3 di Torino) - ASL TO 3	
Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano	Ospedale di Riferimento
Ospedale Mauriziano Umberto I	Ospedale di Riferimento
Ospedale Martini	Ospedale Cardine
Ospedale di Rivoli	Ospedale Cardine
Ospedale di Pinerolo	Ospedale Cardine
Ospedale di Susa	Ospedale di Territorio
Ospedale di Venarla	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Avigliana	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Giaveno	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Pomaretto	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Torre Pollice	Ospedale da riconvertire
Fondazione per l'Oncologia di Candiolo	Istituto ex art. 43 L. 833/78 Ospedale di Riferimento

Il resto del Piemonte è così suddiviso:

<b>AREA PIEMONTE NORD EST</b>	
AOU Maggiore della Carità di Novara – ASL VC - ASL BI - ASL NO - ASL VCO	
Ospedale Maggiore della Carità di Novara	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Vercelli	Ospedale Cardine
Ospedale di Biella	Ospedale Cardine
Ospedale di Borgomanero	Ospedale Cardine
Ospedale di Verbania – Domodossola	Ospedale Cardine
Ospedale di Borgosesia	Ospedale di Territorio
Ospedale di Arona	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Galliate	Ospedale complementare al Maggiore di Novara
Centro Ortopedico di Quadrante di Omega	Ospedale monospecialistico
Istituto di Piancavallo	IRCCS
Istituto di Veruno	IRCCS
<b>AREA PIEMONTE SUD OVEST</b>	
AO Santa Croce e Carle di Cuneo - ASL CN 1 - ASL CN 2	
Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Mondovì	Ospedale Cardine
Ospedale di Savigliano	Ospedale Cardine
Ospedale di Alba – Bra	Ospedale Cardine
Ospedale di Ceva	Ospedale di Territorio
Ospedale di Saluzzo	Ospedale di Territorio
Ospedale di Fossano	Ospedale da riconvertire
<b>AREA PIEMONTE SUD EST</b>	
AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria - ASL AT - ASL AL	
Ospedale SS. Antonio e Biagio di Alessandria	Ospedale di Riferimento
Ospedale Infantile Cesare Arrigo di Alessandria	Ospedale di Riferimento
Ospedale Borsalino di Alessandria	Centro Riabilitativo Polifunzionale
Ospedale di Asti	Ospedale Cardine
Ospedale di Casale Monferrato	Ospedale Cardine
Ospedale di Novi Ligure – Tortona	Ospedale Cardine

Ospedale di Acqui Terme	Ospedale Cardine
Ospedale della Valle Belbo	Ospedale di Territorio
Ospedale di Valenza	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Ovada	Ospedale di Territorio
Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Mondovì	Ospedale Cardine
Ospedale di Savigliano	Ospedale Cardine
Ospedale di Alba – Bra	Ospedale Cardine
Ospedale di Ceva	Ospedale di Territorio
Ospedale di Saluzzo	Ospedale di Territorio
Ospedale di Fossano	Ospedale da riconvertire

Con le reti ospedaliere interaziendali si vorrebbe assicurare alla popolazione un livello appropriato di prestazioni più o meno specializzate a seconda della gravità dei casi, va però notato che mentre gli accessi all'ospedale attraverso il 118 subiscono già fin dall'inizio una forma di selezione, nel caso di accessi diretti attraverso il pronto soccorso questo non avviene; rimane tuttavia valido il principio quando si tratta di attività programmate per le quali è possibile indirizzare con accuratezza il paziente.

La Regione si riserva di definire:

- le specialità di alta complessità di rilievo regionale e che, quindi, vanno assicurati in una o poche sedi in Piemonte;
- l'organizzazione degli eventuali turni tra le specialità di alta complessità, tali da assicurare comunque interventi di urgenza nelle ore notturne e nei giorni festivi, evitando costi inopportuni;
- l'acquisto di macchinari di alta tecnologia e costo elevato, così da ottimizzare il loro utilizzo previa definizione della sede in cui verranno collocati e presso cui potranno operare le diverse equipe.

### **PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

#### **4. LA GOVERNANCE DI SISTEMA: ATTORI, LUOGHI E PROCESSI DECISIONALI**

La Giunta regionale si riserva il ruolo guida alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e della famiglia sulle politiche di sistema e svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo, di coordinamento, di controllo, vigilanza, promozione e supporto ( articolo 3, l.r. 18/2007.; All'ARESS è affidato il ruolo di supporto tecnico-scientifico per assistere la Regione e le ASR nel processo decisionale.

L'ARESS opera in base agli obiettivi posti dalla Giunta regionale nel piano annuale di attività e spesa approvato dalla Giunta regionale.

Il perimetro di azione delle Aziende Sanitarie è delimitato dagli indirizzi regionali e di ambito territoriale interaziendale.

##### **4.1 La programmazione di sistema ed aziendale**

È confermato che la programmazione del SSR piemontese avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati come prescritto dall'articolo 10 della l.r. 18/2007.

Le funzioni di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria sono esercitate dalle Conferenze dei Sindaci e, per la Città di Torino, dalla Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione, mentre a livello distrettuale la partecipazione alla programmazione socio-sanitaria è esercitata dai comitati dei Sindaci di distretto, dalle Conferenze dei Sindaci delle ASL o dei Presidenti di Circoscrizione.

Il processo di programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie integrate in ambito regionale e locale si realizza anche attraverso l'ascolto degli utenti, **delle organizzazioni sindacali**, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, anche nell'ambito delle apposite conferenze partecipative aziendali e con il contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate. Le università partecipano al processo di programmazione con le modalità stabilite negli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 9 della l.r. 18/2007, tenendo conto dei rapporti convenzionali Regione-Università.

##### **4.2 Qualità, rischio clinico e management assicurativo per la gestione sanitaria**

###### **4.2.1 Qualità**

È sottolineata la necessità di sviluppare a livello delle ASR una rete di servizi che trattino le problematiche

inerenti la "qualità" con una gestione centrale a livello ARESS, secondo le seguenti indicazioni:

- qualità gestionale-organizzativa-manageriale: rivolta essenzialmente all'efficienza e all'integrazione tra i processi aziendali;
- qualità professionale: esecuzione di interventi appropriati che tengano conto di evidenze scientifiche di provata efficacia (EBM), eseguiti in modo corretto e nel rispetto del paziente, finalizzati ad ottenere i migliori esiti di salute con i minori inconvenienti e disagi;
- qualità percepita: relativa alle comunicazioni con gli utenti e all'agevolazione dei loro rapporti con i servizi sanitari (aumento della soddisfazione degli utenti, riduzione delle attese);
- qualità sociale: in relazione alla capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni di una popolazione (accessibilità ed equità);
- qualità tecnico-strutturale: adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza, tecnici e alberghieri;
- qualità strumentale: adeguatezza delle apparecchiature/strumentazioni e dell'interfaccia apparecchiature-pazienti e apparecchiature-operatori;

#### **4.2.2 Rischio Clinico**

C'è molta attenzione verso il rischio clinico perché sono sempre più frequenti i casi di contenzioso tra cittadini e sistema sanitario.

Nell'affidare alle Federazioni la competenza del servizio legale si centralizza il controllo e la gestione del rischio clinico e si dà uniformità alla gestione del contenzioso.

Sono poi esplicitate le linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse.

Le misure che saranno adottate hanno una doppia valenza: aumentano la sicurezza dei pazienti ma nel contempo riducono i costi da sostenere per le coperture assicurative.

#### **4.3 Valorizzare le professionalità del sistema sanitario**

Si ribadisce l'esigenza di acquisire il contributo degli operatori in quanto attori del processo di razionalizzazione interna: appropriatezza ed efficacia degli interventi, qualità della risposta, dei processi e dei percorsi, efficacia della relazione umana e professionale ed una proattiva gestione del rischio clinico.

In questa logica viene ritenuto prioritario il riconoscimento e la valorizzazione delle professioni socio-sanitarie, anche in relazione alla professione medica

#### **4.4 La formazione degli operatori**

Si enfatizza fortemente il ricorso alla formazione continua e alla Educazione continua in medicina per migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e incrementare la professionalità degli operatori.

Si fa ricorso alla piattaforma informatica già attivata in via sperimentale dal 2008 per l'accreditamento regionale degli eventi formativi e per rendere disponibile in tempo reale tutta l'offerta formativa regionale attraverso la consultazione della banca dati.

La Regione si assegna come obiettivi prioritari lo sviluppo dell'accreditamento regionale e il controllo della qualità della formazione con l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla qualità.

La Regione dovrebbe anche fornire indicazioni sulla correlazione tra gli obiettivi di attività e i conseguenti obiettivi formativi e presidiare la funzione di programmazione a livello regionale, attraverso l'approvazione di piani della formazione e di relativi rapporti annuali;

per questi obiettivi intende coinvolgere i soggetti istituzionali interessati quali:

- università,
- ordini, collegi e associazioni professionali accreditate,
- Aziende Sanitarie

Anche per la formazione entra in gioco il livello interaziendale.

L'Osservatorio sulla qualità della formazione dovrà esercitare un costante monitoraggio delle attività formative per svolgere la funzione di controllo quantitativo e qualitativo della formazione:

##### **4.4.1 Sponsorizzazione di attività ed iniziative formative per il personale dipendente e convenzionato.**

Si esprime la volontà di porre mano ad una regolamentazione degli interventi dell'industria del settore sanitario nel finanziamento della formazione dei professionisti per evitare la possibilità che si configurino situazioni di conflitto di interesse.

### **5. I CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

#### **5.1.1. Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali**

Si individua nell'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie definita "aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari".

Queste perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti.

Si demanda all'atto aziendale il compito di individuare i dipartimenti e le strutture organizzative afferenti, sulla base dei principi e dei criteri definiti dalla Giunta regionale, basati sulla definizione di alcuni standard, quali il numero minimo di strutture organizzative afferenti, la dotazione organica minima, la valorizzazione economica, costituente soglia minima, delle prestazioni erogate.

Anche le reti ospedaliere interaziendali, cui afferiscono più presidi, devono adottare il modello dipartimentale strutturale o funzionale di tipo inter-ospedaliero per raggruppare strutture anche afferenti a diversi presidi ospedalieri.

## **5.2 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale**

### **5.2.1 I Centri di Assistenza Primaria**

I Centri di Assistenza Primaria (CAP) sono definiti "*strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti*".

Hanno l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.

I CAP sono lo strumento gestionale del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sui territori: MMG/PLS, specialisti ambulatoriali interni, cure primarie, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette.

Il potenziamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie è finalizzato a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria attraverso l'integrazione organizzativa e ad assicurare la continuità assistenziale ospedale/territorio e tra le strutture del territorio.

Sono indicate le aree funzionali nelle quali i CAP possono organizzare le proprie attività:

- Area amministrativa: funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni, funzioni gestionali (budget).

- Area dell'accesso: per garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni e guidando il cittadino all'interno del sistema; in quest'area trovano collocazione gli Sportelli unici distrettuali o un'antenna.

- Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili: per la valutazione breve e il controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore.

- Area delle patologie croniche: per coordinare la gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale come quelle di natura cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica compresa la gestione delle agende cliniche dei pazienti cronici.

- Area delle cure primarie: in particolare rivolte ai MMG ed ai PLS che avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali.

Nel CAP trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore (h24).

- Area dell'assistenza specialistica e diagnostica: nei CAP trova collocazione anche la sede delle cure specialistiche e questo ne consente l'integrazione con le cure primarie.

Le cure specialistiche sono assicurate:

- dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi;

- dall'attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai CAP;

- dalla presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello, (ad esempio radiografie, ecografie ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.

- Area di sorveglianza temporanea

Tale area consente di mettere a disposizione dei medici di famiglia integrati nei CAP alcuni ambulatori attrezzati destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio (ad esempio esami diagnostici per pazienti in cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).

- Area delle attività riabilitative

E' possibile prevedere la presenza nel CAP di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.

- Area delle attività Integrate Socio Sanitarie: il CAP rappresenta il riferimento operativo del servizio di cure

domiciliari, cui sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi in seguito agli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia titolare del caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti, coinvolti in relazione alle necessità rilevate.

- Aspetti strutturali: La sede del CAP è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL o dagli enti locali..

La sede del CAP è il punto di riferimento dei medici di medicina generale di ciascun distretto (o ambito sub distrettuale), dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, nell'ambito delle varie forme di articolazione organizzative previste dai relativi accordi, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è polo operativo della continuità assistenziale all'interno del distretto.

Il CAP rappresenta una porta di ingresso ed un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con le aree Anziani, Materno infantile, della Salute mentale e delle Dipendenze.

A ben vedere il CAP si configura come una struttura intermedia tra distretto, ospedale e poliambulatorio dove trovano spazio tutti gli agenti della sanità che operano sul territorio.

### **5.2.3 La funzione della continuità assistenziale**

Si rileva la fragilità del sistema di continuità assistenziale tra ospedale, professionisti e strutture territoriali per una tempestiva ed efficace presa in carico dell'assistito e questo comporta aggravio di costi per il paziente e per il sistema sanitario.

Infatti il paziente subisce gli effetti del ritardo nelle prestazioni e la minore efficacia dei trattamenti erogati, mentre il sistema subisce i costi economici per il verificarsi di ricoveri evitabili e/o di ricoveri ripetuti non programmati, il ricorso improprio ai servizi come l'eccesso di accessi al pronto soccorso o alle prestazioni ambulatoriali.

La regione indica nel modello organizzativo, nelle reti, nei processi, nell'individuazione di ruoli e competenze gli strumenti per superare queste carenze e ritiene che le strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze consistano nel conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali e nell'ottimizzazione delle informazioni.

L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

Come elemento centrale del processo di continuità assistenziale è indicata la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, ma l'affermazione rischia di apparire una banalità perché è proprio il ritardo nella presa in carico a costituire il punto critico della continuità assistenziale.

I soggetti coinvolti sono conosciuti e individuati:

- il medico di medicina generale
- le strutture di ricovero ospedaliero per attività in acuzie e post-acuzie;
- le strutture specialistiche ambulatoriali,
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale.

Sono poi indicate le azioni prioritarie per la garanzia di un'efficace continuità ospedale-territorio:

1. rafforzamento del ruolo del distretto come soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e nodo di collegamento tra il medico convenzionato e il presidio ospedaliero.
2. creazione del nucleo distrettuale di continuità delle cure, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura, il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
3. attivazione presso i presidi ospedalieri del nucleo ospedaliero di continuità delle cure, in grado di colloquiare con il nucleo distrettuale di continuità assistenziale;
4. creazione di un sistema informativo a supporto del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete;
5. definizione di protocolli tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto;
6. attivazione di una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti indipendentemente dal luogo delle cure prescelto.

#### **5.2.4 Lo sviluppo della medicina convenzionata**

Il futuro della sanità è sempre di più proiettato sul territorio, attraverso la valorizzazione dell'assistenza primaria (comprendente la medicina generale intesa in tutte le sue funzioni, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale) e puntando sull'integrazione tra ruoli e funzioni delle diverse professionalità al fine di garantire un'assistenza coordinata, omogenea e capillare sul territorio regionale. La ricerca di modelli realizzativi si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare strategie che pongano il paziente al centro dell'attenzione ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione e realizzazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il territorio sia il riferimento per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche, mentre l'ospedale sia il riferimento per la risposta alle patologie acute;
- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del territorio, le caratteristiche operative dell'assistenza primaria, che è generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, collocando la persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

È auspicato un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata che promuova prioritariamente:

- la costituzione di team multiprofessionali integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse funzioni professionali;
- la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina di iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario.

### **5.3 L'organizzazione e la governance del presidio ospedaliero dell'azienda sanitaria locale, dell'azienda ospedaliera e dell'azienda ospedaliero universitaria**

#### **5.3.1 Assetto dei dipartimenti**

Sono indicati i criteri per l'individuazione dei dipartimenti che possono essere aggregati:

- per organo o apparato nosologico;
- per grandi aree specialistiche
- per momento di intervento sanitario;
- per progetto nel caso di patologie particolari (patologie rare);
- per percorso diagnostico terapeutico.

La realizzazione delle reti ospedaliere comporta la riorganizzazione e la razionalizzazione dei dipartimenti ospedalieri. Tale incombenza è assegnata alle direzioni strategiche secondo gli indirizzi definiti da una futura delibera di Giunta.

#### **5.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza**

L'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

È un criterio che porta lo specialista al letto del malato e non viceversa. Questo dovrebbe comportare una maggiore assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere che risulta essere l'unica costante presente con continuità accanto al letto del ricoverato.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Alle aree differenziate, di norma, corrisponde una responsabilità organizzativa. Ciò configura lo sviluppo dell'ospedale lungo due direttrici di responsabilità gestionale:

- a) sui processi di cura;
- b) sull'organizzazione delle risorse.

#### **5.3.3 I presidi ospedalieri**

I presidi ospedalieri della rete pubblica, vengono classificati, in attuazione al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla diversa complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli:

- a) **primo livello**: ospedali di territorio - in cui vengono effettuate prestazioni diagnostiche e terapeutiche di

specialità di base diffuse e di bassa intensità, di riabilitazione - e strutture intermedie integrate col territorio. Sono sede di pronto soccorso semplice, di area disagiata o punto di primo intervento.

b) **secondo livello**: ospedali cardine in cui vengono effettuate le stesse prestazioni previste per il primo livello ma alle quali si aggiungono prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che comportano il regime di ricovero ordinario: questi sono sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello.

c) **terzo livello**: ospedali di riferimento in cui, alle prestazioni previste per i livelli inferiori, si aggiungono prestazioni mediche e chirurgiche di alta specialità e trattati casi ad alta gravità/instabilità clinica. Possono essere sede di attività didattica e di ricerca, anche attraverso l'apporto dell'università. Sono sede di DEA di secondo livello.

#### **5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri**

Presso gli ospedali di riferimento (HUB) le strutture di Neuropsichiatria Infantile (NPI) operano per la gestione dell'emergenza/urgenza, neurologica/psichiatrica e per la gestione delle patologie a rara diffusione.

Presso gli ospedali cardine le strutture di NPI operano per la diagnosi e cura di patologie specifiche a medio/ampia diffusione svolgendo anche attività distrettuale.

#### **5.3.5 La rete ospedaliera**

Nell'ambito del livello territoriale interaziendale, gli ospedali sono inseriti in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema

Ogni presidio viene classificato secondo i livelli sopra definiti e si rimanda alla tabella contenuta nelle pagine precedenti per verificare la classificazione e il destino dei singoli presidi.

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di aziende sanitarie locali e delle AO/AOU porta alla concentrazione presso specifici soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie riducendone la frammentazione sul territorio.

Si punta pertanto al riordino funzionale/organizzativo della rete ospedaliera, e più in generale della rete sanitaria, secondo un modello che prevede la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure.

Contestualmente è prevista la revisione della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione con l'erogazione decentrata dell'assistenza e il potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione.

È espressa l'intenzione di potenziare il livello di comunicazione tra i centri di cura ampliando la presenza di strumenti di telemedicina e sistemi di informazione e comunicazione telematica.

Si prevede che il riordino della rete ospedaliera regionale porterà al riassetto delle strutture ospedaliere esistenti e alla riconversione di alcune di esse.

#### **5.3.6 La rete ospedaliera programmata**

La rete ospedaliera piemontese viene articolata in sei aree sovrazionali corrispondenti alle federazioni all'interno delle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli IRCCS, sono tra loro funzionalmente integrati;
- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarità delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;
- gli ospedali di riferimento sono sede di almeno tre tra le funzioni di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, DEA di II livello;
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di DEA di I livello;
- gli ospedali da riconvertire in strutture di cure intermedie, centri di assistenza primaria, residenze sanitarie assistenziali, possono prevedere la presenza del punto di primo intervento.

Le sei aree sovrazionali sono:

AREA	AZIENDE INTERESSATE
------	---------------------

Area Torino Sud Est	la nuova AO Città della Salute e della Scienza di Torino (Molinette, OIRM S. ANNA, CTO - Maria Adelaide) , ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circostrizioni 8, 9 e 10 di Torino) ASL TO 5.
Area Torino Nord	ASL TO 2 e ASL TO 4
Area Torino Ovest	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, AO Mauriziano Umberto I di Torino, ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circostrizioni 1, 2 e 3 di Torino) e ASL TO 3.
Area Piemonte Nord Est	AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL VC, ASL BI, ASL NO e ASL VCO.
Area Piemonte Sud Ovest	AO Santa Croce e Carle di Cuneo, ASL CN 1 e ASL CN 2.
Area Piemonte Sud Est	AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, ASL AT e ASL AL.

Per Torino è inoltre istituita la "Conferenza sanitaria e sociosanitaria della Città di Torino", composta dall'Assessore regionale alla sanità, dai direttori regionali alla sanità e alle politiche sociali, dal Sindaco o suo delegato, dai direttori delle ASL e delle ASO del territorio cittadino e dal direttore dell'ente gestore delle funzioni socio assistenziali.

### 5.3.7 Il collegamento con il territorio

Per favorire il collegamento con i servizi territoriali, nelle AO e nelle AOU, viene individuata una funzione di responsabilità per la gestione delle dimissioni, in collaborazione con quella omologa istituita presso i distretti. Si tenga conto che in passato tale funzione già esisteva ed era in capo alle Assistenti Sociali che negli anni sono diminuite di numero per essere sostituite, nella dotazione organica, da figure sanitarie

### 5.3.8 La rete dell'emergenza-urgenza

Il numero di interventi con chiamata 118 coordinati e gestiti per criticità è stato, nell'anno 2010, pari a:

- 339.867 con codice di gravità bianco/verdi;
- 146.649 con codice di gravità giallo/rosso.

La risposta delle centrali operative 118 si concretizza principalmente nella presa in carico dei fabbisogni assistenziali in emergenza-urgenza e nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei.

Le centrali gestiscono tutto l'apparato dei mezzi di soccorso mentre i casi di maxiemergenza, per le necessità di pianificazione, coordinamento logistico e organizzativo e specializzazione professionale sono gestiti, a livello regionale, da una struttura dedicata con competenza sovra zonale.

In una formulazione precedente era prevista la costituzione di una specifica azienda per gestire il 118 che poi è stata abbandonata.

La Regione nell'addendum aveva già dato indicazioni sulla distribuzione dei mezzi di soccorso a terra ed aeree (elisoccorso, incrementando la rete delle elisuperfici ad uso notturno al fine di facilitare rendezvous con mezzi a terra) ma prevede di emanare ulteriori direttive in merito.

L'attuale modello di coordinamento dell'emergenza urgenza è per ora riorganizzato in quattro centrali operative 118 mentre la rete della emergenza ospedaliera della Regione Piemonte è composta da sei DEA di II livello (ospedale di riferimento) più un DEA di II livello con funzioni di riferimento monospecialistico (ostetrico-ginecologico ed infantile) più un trauma center DEA di II livello con funzione di riferimento regionale per il trauma.

Considerando che i sei ospedali di riferimento multidisciplinari svolgono la funzione anche di ospedali cardine per il territorio di competenza, attualmente sono in funzione trentuno DEA di I livello (cardine) e quindici pronto soccorso.

La riorganizzazione della rete della emergenza ospedaliera costituisce l'architrave della prevista aggregazione a livello sovrazonale della rete ospedaliera nel suo complesso.

Per quanto riguarda la emergenza si prevedono sei aggregazioni di ospedali, facenti capo tre a Torino (Polo

Nord, Polo Sud, Polo Ovest) ed i restanti tre rispettivamente ad Alessandria, Novara e Cuneo tra loro integrati e coordinati nelle funzioni, secondo questa graduazione:

- centri di riferimento (DEA II Livello)
- centri cardine (DEA I Livello)
- pronto soccorso semplice
- pronto soccorso in area disagiata
- punto di primo intervento

#### Centri di riferimento (Dea di II livello)

Le funzioni previste per i centri di riferimento nella norma sono erogate anche da un unico presidio ospedaliero ma la Regione prevede che possano anche essere fornite da diversi presidi aggregati secondo forme di coordinamento sovra zonale.

**Nel DEA II Livello** devono essere presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

**Il pronto soccorso** del centro di riferimento deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva, di letti per la terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del centro di riferimento, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico centro regionale o sovraregionale in accordo con regioni limitrofe (centro grandi ustionati, unità spinale unipolare e riabilitazione del cranioleso, camera iperbarica, chirurgia generale d'urgenza, trattamento delle amputazioni, microchirurgia, chirurgia della mano, chirurgia vascolare, centro antiveleni in collegamento con centri sovra regionali). Tali attività vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche anche se non strettamente collegate all'emergenza (trapianti, centro rete oncologica, ecc.) vanno collocate presso un centro di riferimento a valenza regionale o sovrazonale a seconda del volume di attività.

La integrazione tra presidi a competenze differenziate comporta, come già detto il potenziamento delle tecnologie di trasmissione dati e immagini in particolare per quelle urgenze dove la tempestività è determinante rispetto all'esito del trattamento.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le centrali operative 118 di competenza.

Il bacino d'utenza previsto per i DEA II livello è di circa 500.000/1.000.000 abitanti.

#### Centri Cardine (Dea di I Livello)

Il pronto soccorso che eroga funzioni di cardine deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro di riferimento o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un presidio ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

L'ospedale deve essere, di norma, dotato di struttura di medicina generale, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con UTIC, neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, ORL, urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

È previsto che le funzioni proprie del centro cardine possano essere erogate anche da più presidi che agiscono in forma integrata.

Alcuni centri cardine, ma non tutti necessariamente, sono dotati di funzioni specifiche quali ad esempio l'emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i centri di riferimento o occasionalmente in centri sovra regionali, gestiti in accordo con le centrali operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della

gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il bacino d'utenza per i DEA I livello è previsto intorno a un numero di abitanti compreso tra i circa 150.000/300.000.

#### Pronto soccorso semplice

Il pronto soccorso semplice deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro cardine o di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate. Devono essere disponibili 24 ore su 24 i servizi di radiologia, laboratorio, emoteca.

È previsto che il numero di accessi al Pronto soccorso semplice si aggiri intorno ad una cifra superiore alle 20.000 unità e sia destinato a un bacino d'utenza di circa 40.000/150.000 abitanti.

#### Pronto soccorso nell'ospedale di area disagiata

Riguarda le aree montane e pedemontane con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi di percorrenza. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro di riferimento o cardine di riferimento per le quali si superino i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace.

La presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate condiziona la presenza di questi punti di soccorso.

I criteri nazionali per l'attivazione di tale tipologia di pronto soccorso sono rappresentati dalla zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili.

#### Punti di primo intervento

Nell'eventualità di riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento provvisorio di un punto di primo intervento presidiato da personale del pronto soccorso, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie. Nel punto di primo intervento è sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

### **5.4 Le funzioni tecnico-logistico-amministrative**

È il settore assegnato alle competenze delle federazioni a cui sono affidati i compiti di seguito elencati:

- piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, anche attraverso l'attività della SCR S.p.A. per la funzione dei bandi di sua competenza;
- gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;
- sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria e nelle infrastrutture, gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (HTA e HTM);
- gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- gestione degli affari legali.

## **Parte IV: ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE**

### **6. I PRINCIPI ISPIRATORI PER LA REVISIONE DEL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI**

Il patrimonio culturale ed esperienziale maturato rappresenta un elemento di grande valore anche per la gestione e risoluzione delle criticità presenti in Piemonte nel sistema di accreditamento. Tra le più rilevanti problematiche, si evidenziano:

la Regione intende dettare nuovi criteri per l'accreditamento con la riduzione degli aspetti più formali e con linee di indirizzo più semplici e chiare.

Sono indicati come indispensabili alcuni passaggi:

- snellimento del manuale dell'accreditamento, sia per quanto riguarda i requisiti strutturali che organizzativi;
  - inserimento di nuovi requisiti (anatomia patologica, endoscopie, unità di terapia intensiva cardiologica ecc);
  - rivalutazione dei requisiti in ambito territoriale;
  - rivalutazione della funzione dei verificatori e facilitatori, formati nei corsi ARESS.
-

### **Publicato su filodiritto il 14.07.12**

La pubblicazione di contributi, approfondimenti, articoli e in genere di tutte le opere dottrinarie e di commento (ivi comprese le news) presenti su Filodiritto è stata concessa (e richiesta) dai rispettivi autori, titolari di tutti i diritti morali e patrimoniali ai sensi della legge sul diritto d'autore e sui diritti connessi (Legge 633/1941).

La riproduzione ed ogni altra forma di diffusione al pubblico delle predette opere (anche in parte), in difetto di autorizzazione dell'autore, è punita a norma degli articoli 171, 171-bis, 171-ter, 174-bis e 174-ter della menzionata Legge 633/1941.

È consentito scaricare, prendere visione, estrarre copia o stampare i documenti pubblicati su Filodiritto nella sezione Dottrina per ragioni esclusivamente personali, a scopo informativo-culturale e non commerciale, esclusa ogni modifica o alterazione. Sono parimenti consentite le citazioni a titolo di cronaca, studio, critica o recensione, purché accompagnate dal nome dell'autore dell'articolo e dall'indicazione della fonte, ad esempio: Luca Martini, *La discrezionalità del sanitario nella qualificazione di reato perseguibile d'ufficio ai fini dell'obbligo di referto ex. art 365 cod. pen.*, in "Filodiritto" (<http://www.filodiritto.com>), con relativo collegamento ipertestuale.

Se l'autore non è altrimenti indicato i diritti sono di Inforomatica S.r.l. e la riproduzione è vietata senza il consenso esplicito della stessa.

È sempre gradita la comunicazione del testo, telematico o cartaceo, ove è avvenuta la citazione.