



Regione Piemonte

Programmi Operativi per il triennio 2013 – 2015

Estratto commentato

Indice

Premessa e quadro normativo	5
1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione	5
1.2 Il Piano di rientro e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2010-2012	7
Programma 5: Accreditamento	8
Programma 7: Rapporti con gli erogatori	8
Azione 7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza sociosanitaria	8
Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori	10
Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	10
Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica	10
Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini	11
Intervento 8.1: Formazione del personale	11
Azione 8.1.1: Formazione del personale	11
Azione 8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari	12
Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi	13
Intervento 8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini	14
Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)	14
Programma 9: Razionalizzazione spesa	14
Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni	14
Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	15
Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	16
Azione 9.6.1 : Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	16
Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale	16
Programma 10: Gestione del personale	16
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale	17
Azione 10.1.1:Regolamenti per la mobilità	17
Azione 10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	18
Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015	18
Valorizzazione PO 10: Gestione del personale	20
Intervento 10.1:Contenimento della spesa per il personale	20
Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale	20
4.1. “Prevenzione”	21
Programma 11: Sanità pubblica	21
Intervento 11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.	21
Intervento 11.2; Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.	22
Intervento 11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.	22
Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure	22
Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.	23

Azione 13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute	23
Azione 13.1.2: Rete per il trattamento dell'ictus	23
Azione 13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati	23
Azione 13.1.4: Rete oncologica	23
Azione 13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule	24
Azione 13.1.6: Rete regionale di Allergologia	24
*****	24
Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	24
Azione 13.2.1: PDTA - Oncologia	25
Azione 13.2.2: PDTA – Cardiovascolare	25
Azione 13.2.3: PDTA - Ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale	25
Azione 13.2.4: PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito	25
Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	25
Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni	25
Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti	25
Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	26
Azione 14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali	26
Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	27
Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	27
Intervento 14.3: Assistenza primaria	27
Azione 14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo	27
Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)	29
Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria	30
Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).	31
Azione 14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa	31
Intervento 14.4: Assistenza territoriale	31
Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili	32
Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani	32
Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	33
Azione 14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici	33
Azione 14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti	34
Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori	34
Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	34
Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni	34
Azione 14.1.2: Revisione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	34
Intervento 14.3: Assistenza primaria	35
Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)	35
Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria	Errore. Il segnalibro non è definito.
Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).	Errore. Il segnalibro non è definito.
Intervento 14.4: Assistenza territoriale	Errore. Il segnalibro non è definito.
Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili	Errore. Il segnalibro non è definito.
Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani	Errore. Il segnalibro non è definito.
Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	Errore. Il segnalibro non è definito.

Azione 14.4.4: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza 35

Intervento 15.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 15.1.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 15.1.2: Rete emergenza ospedaliera **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Programma 16: Sanità penitenziaria 35

Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere 35

Intervento 16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati 36

Intervento 16.3: Tutela della salute in carcere **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Programma 17: Assistenza farmaceutica 36

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera 36

Azione 17.1.1: Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF) **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti" **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Intervento 17.3: Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Intervento 17.4: Misure di compartecipazione alla spesa **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF) **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti" **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico 36

Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico. 36

Azione 18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi. 36

Azione 18.1.2: Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.6: Progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie" **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.7: Progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria" **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Azione 18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia" 36

Azione 18.1.9: Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti Errore. Il segnalibro non è definito.

Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Premessa e quadro normativo

■ ...

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

Lo scenario sanitario

La popolazione residente in Piemonte è di poco più di 4.457.000 persone (di cui il 48,4% uomini e il 51,6% donne). Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana (16,5% per gli uomini e 21,7% per le donne). Nelle aree di montagna, oltre che nella città di Torino, la presenza degli anziani è più elevata. L'esposizione degli anziani ai rischi di salute legati all'isolamento sociale è confermata anche dall'elevata concentrazione delle famiglie monocomponente nelle aree montane e pedemontane. La Città di Torino costituisce un caso particolare in cui la presenza di anziani soli si somma a quella di cittadini "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani. A partire dagli anni '90 diventa sempre più rilevante la presenza di residenti di cittadinanza straniera, passati da rappresentando circa il 10% della popolazione residente.

La natalità

... il tasso di abortività volontaria appare più stabile che in passato a causa del contributo numerico delle donne straniere; tra le donne italiane, infatti, si conferma la diminuzione, mentre è sempre più rilevante la quota di IVG a carico di donne straniere, che rappresentano oltre il 40% degli interventi effettuati. Tra le province è Torino quella in cui vi è un ricorso maggiore, verosimilmente per una presenza più elevata di donne giovani e tra queste molte straniere.

La mortalità

...

Mutamenti epidemiologici

... . Il miglioramento, fino agli anni sessanta, era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile ... e le età adulte e anziane. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto a causa dell'incremento delle morti correlate all'uso della droga.

Molti degli andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: Tra gli andamenti sfavorevoli, invece, si potrebbero ricordare le conseguenze negative sui principali determinanti della salute come della sfavorevole congiuntura economica e finanziaria (disoccupazione, povertà, coesione sociale), la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità aria, emergenze di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. ..

In sintesi, le specificità che caratterizzano la popolazione piemontese, sotto il profilo demografico ed epidemiologico, delle quali occorre tenere conto per la realizzazione del Programma Operativo 2013-2015, sono legate, da un lato, alla presenza di una quota di anziani, con la conseguente sequela di patologie cronico - degenerativo,

Commento [C1]: non si evidenziano impegni operativi rispetto al piano della prevenzione se non una dichiarazione d'intenti

superiore rispetto alla media del Paese e dall'altro alla disomogeneità di alcuni indicatori, che è quasi opposta tra le realtà urbane e quelle "di Provincia", con particolare riferimento alle zone montane.

Per quanto riguarda l'erogazione dei LEA, la situazione aggiornata, relativamente all'assistenza ospedaliera ed a quella territoriale, presenta le seguenti caratteristiche:

- Assistenza ospedaliera
- Tasso di ospedalizzazione significativamente inferiore alla soglia massima di 160 ricoveri per 1.000 abitanti;
- incidenza delle dimissioni in DH sul totale dei dimessi superiore allo standard minimo pari al 25% rispetto al totale dei dimessi;
- posti letto ospedalieri (DGR n. 6-5519 del 14/03/2013) n. 16.806 (pari a 3,57 per 1.000 abitanti pesati), di cui n. 13.509 per acuzie (pari a 2,87 per 1.000 abitanti pesati) e n. 3.297 per post acuzie (pari a 0,7 per 1.000 abitanti pesati);
- tasso di ospedalizzazione per i 108 DRG di cui al Patto per la salute 2010-2012 significativamente inferiore alla soglia massima di 23 per 1.000 abitanti; Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1.000 abitanti anziani significativamente inferiore alla soglia massima di 392,90; Degenza media preoperatoria significativamente inferiore alla soglia massima di 1,85 giorni.

Assistenza territoriale:

- % di anziani assistiti in ADI inferiore rispetto allo standard del 4%, in parte dovuta alla criticità relativa al flusso (di cui si dirà);
- numero di posti letto in RSA per 1.000 abitanti anziani molto superiore alla soglia minima di 10;
- numero di posti letto residenziali e semiresidenziali per riabilitazione disabili fisici e psichici per 1.000 abitanti significativamente superiore rispetto alla soglia minima di 0,6;
- numero di posti letto in Hospice sul totale deceduti per tumore ancora leggermente inferiore alla soglia minima di 1;
- numero di posti letto residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 abitanti superiore rispetto alla soglia minima di 3,6;
- la verifica degli adempimenti LEA per gli anni 2006 e 2007 continuava ad avere esito negativo.

Commento [C2]: dato in contrasto con quanto affermato nella DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 " ... La Regione Piemonte, in attuazione delle disposizioni nazionali, si trova a dover ridurre, complessivamente, i PL di postacuzie da 1,03 per mille abitanti a 0,7 per mille abitanti che, concretamente, vuol dire intervenire su 1.475 posti letto" pagina 5

Commento [C3]: come viene analizzato questo fenomeno rispetto a quanto indicato nello scenario? " ... La Città di Torino costituisce un caso particolare in cui la presenza di anziani soli si somma a quella di cittadini "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani..."

Commento [C4]: è da rimarcare una politica regionale che nell'ultimo periodo è risultata in contrasto rispetto a tale settore

1.2 Il Piano di rientro e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2010-2012

Il Piano di Rientro (Triennio 2010-2012)

Cause delle criticità

Le criticità rilevate dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti si riferiscono sostanzialmente a due grandi tipologie di cause:

■ ...

Per quanto concerne la seconda categoria di cause, ovvero il ritardo nell'adozione di alcuni provvedimenti rispetto alle scadenze previste dal Piano di rientro e dal suo Addendum, le motivazioni sono da ricercare:

■ nella scelta di coinvolgere attivamente le componenti professionali, con la finalità di concertare la definizione di alcuni degli obiettivi previsti dal Piano di rientro;

■

.., la Regione, al fine di dare attuazione concreta e non formale all'Addendum, ha ritenuto di adottare una politica di coinvolgimento delle parti interessate alle azioni del piano di rientro (in particolare le componenti professionali, **con particolare riferimento** ai Medici del 118, ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta).

Tale approccio ha certamente permesso un maggior approfondimento delle manovre e la riduzione delle azioni "ostruzionistiche" ma ha causato diversi ritardi rispetto al crono-programma.

...

COSTI

Obiettivi del Programma Operativo

Gli obiettivi del Programma Operativo 2013-2015 scaturiscono dall'analisi dei risultati raggiunti e di quelli ancora da sviluppare e rendere concreti che hanno caratterizzato il precedente Piano di rientro 2010-2012, ovvero:

■ mantenimento dell'equilibrio economico ...

■ potenziamento della struttura di governance regionale attraverso la recente istituzione di nuovi Settori della Direzione Regionale Sanità, all'interno della quale sarà reso operativo un Tavolo finalizzato al governo, in termini di coordinamento e di monitoraggio dei processi di attuazione del Programma Operativo;

■ definizione del "Piano di assistenza territoriale", in grado di garantire il percorso di cura del paziente, la cui attuazione passa, necessariamente, attraverso la disponibilità delle risorse derivanti dalla realizzazione delle azioni di revisione della rete ospedaliera, programmate dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012 e puntualmente definite dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013;

■ mantenimento dei LEA secondo gli attuali dati e indicatori, sia per quanto concerne l'assistenza ospedaliera (posti letto, tasso di ospedalizzazione, appropriatezza), sia per quanto concerne l'assistenza territoriale (con la sola eccezione dell'ADI che va implementata), sia per le attività afferenti ai Dipartimenti di prevenzione.

Commento [C5]: non risulta un coinvolgimento delle componenti professionali del sistema

Commento [C6]: non risulta nessuna richiesta di collaborazione indirizzata alle rappresentanze professionali

Commento [C7]: pertanto, vista la nota precedente, è da leggersi "in particolare/con particolare" come coinvolgimento esclusivamente dei medici ...

Commento [C8]: l'obiettivo è stato quindi quello di ridurre le posizioni ostruzionistiche secondo una logica ancora una volta di tipo categoriale e non di sviluppo di appropriatezza?

Commento [C9]: sarebbe utile che le revisioni organizzative che determinano per il "pubblico" nuovi interlocutori istituzionali siano formalmente comunicate

Commento [C10]: sarebbe utile definire i componenti del Tavolo: considerando sia l'azione professionale degli infermieri sia la numerosità dei soggetti implicati si ritiene indispensabile la presenza di una componente professionale

Commento [C11]: ad oggi non si evidenziano piani condivisi e agiti nell'operatività dei servizi, le strutture "dismesse" non hanno fatto confluire il personale vs le realtà territoriali

Interventi previsti dal Programma Operativo

Il Programma Operativo 2013-2015 definisce gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi di governo regionale. Tali interventi possono essere suddivisi in due grandi tipologie:

- **Interventi di sistema:** intesi come l'insieme delle manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e a promuoverne lo sviluppo con interventi finalizzati al miglioramento della capacità di governo e controllo. Fanno parte di questa categoria di interventi:
 - l'attuazione di quanto programmato, in materia di rete ospedaliera e di reti tempo-dipendenti e specialistiche, dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013, ulteriormente integrata da una puntuale analisi di dettaglio per ciascun presidio;
 - lo sviluppo ed il potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso l'incremento del numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'attivazione di una rete di strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivante dagli interventi di razionalizzazione sulla rete ospedaliera previsti dalla citata DGR n. 6-5519 del 14/03/2013, nonché l'avvio della realizzazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), previsti già dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012;
 - la ridefinizione delle dotazioni organiche di ciascuna ASR, in modo da renderle coerenti con il riordino della rete ospedaliera e con il "Piano di assistenza territoriale" che sarà definito con il Programma Operativo 2013-2015;
 -

Commento [C12]: incrementare la presa in carico dei pazienti senza incrementare risorse non risulta nella realtà praticabile

Commento [C13]: mancano criteri condivisi

- **Interventi di efficientamento:** ...

2. Area: Governo del Sistema

Programma 5: Accreditemento

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Azione 7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza sociosanitaria

Per quanto concerne le attività sociosanitarie, l'offerta di posti letto in strutture per anziani non autosufficienti in Piemonte è garantita da una pluralità di soggetti gestori che per natura giuridica (enti pubblici, IPAB, enti no-profit, enti a scopo di lucro, cooperative sociali), per collocazione territoriale (aree urbane, aree montane, aree metropolitane, aree di campagna), per dimensione organizzativa (coesistono piccole strutture con 20 posti letto e società che gestiscono una pluralità di strutture superiori a 80/100 posti letto) garantiscono una dotazione di posti letto autorizzati al funzionamento in Piemonte, circa 32.000, a disposizione del cittadino al momento della scelta della richiesta di inserimento in RSA. Come sopra evidenziato dal monitoraggio effettuato dalla Direzione Politiche sociali sui dati delle ASL del 2011 risulta inoltre che dei circa 15.000 posti letto convenzionati col S.S.R. circa 9.000 applicano tariffe inferiori alla attuale soglia massima prevista dalla D.G.R. 64-13649 del 22/03/2010 e congelate dalla D.G.R. n. 66-3253 del 30/12/2011 fino al 31/12/2013. Quest'ultimo provvedimento è stato adottato al fine di bloccare la

dinamica di crescita automatica dei costi legata ai c.d. “adeguamenti ISTAT” (collegati all’andamento del tasso di inflazione programmato), in correlazione alla necessità di contenimento della spesa dettato dagli adempimenti del Piano di Rientro. Il contesto piemontese, infine, presenta un profilo di servizio caratterizzato da quasi 15.000 posti letto “convenzionati” con il SSR e una consistenza delle c.d. liste di attesa di oltre 13.000 persone.

Il Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2015, in armonia con i provvedimenti emessi per la realizzazione del Piano di rientro, **intende dare sviluppo alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, soggetti psichiatrici e tossicodipendenti, abbattendo le liste di attesa per l’accesso a queste prestazioni attraverso le seguenti azioni:**

- **sviluppo delle cure domiciliari ad integrazione delle risorse economiche e relazionali della persona e della sua famiglia, allo scopo di creare nuovi modelli di presa in carico congiunta tra servizi sanitari e socio-assistenziali a favore di anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti;**
- **revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l’efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate;**
- incremento delle prestazioni erogate nell’area dell’integrazione socio-sanitaria, attraverso un nuovo modello di gestione delle risorse finanziarie destinate in maniera vincolata all’area dei servizi dell’area socio-sanitaria integrata, che trova il suo perno nella costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, 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.

In quest’ottica la Giunta regionale con l’adozione delle deliberazioni n. 45-4248 del 30/07/2012 ha definito il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti. Il provvedimento ha rivisto la normativa esistente nell’ottica di migliorare la flessibilità del servizio, semplificare il contesto normativo e predisporre le basi per garantire la sostenibilità economica di uno dei servizi cardine del sistema integrato dei servizi socio-sanitari. Il percorso avviato troverà completamento nell’anno in corso tramite l’adozione del relativo Piano Tariffario con la quale, attraverso una moderata riduzione degli importi tariffari si stima di liberare risorse per un incremento di circa 1.700 posti letto convenzionati. Nell’ambito dell’adozione del Piano Tariffario è previsto inoltre il riallineamento della ripartizione tariffaria tra quota a carico del SSR e quota a carico utente/comune secondo le indicazioni contenute nell’Allegato 1C del D.P.C.M. del 29/11/2001, riducendo così l’integrazione regionale di spesa per prestazioni c.d. extra-L.E.A. Il percorso sopra delineato è stato avviato anche per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per utenti disabili, proponendosi i medesimi obiettivi indicati per il modello assistenziale dedicato agli anziani non autosufficienti. **Contestualmente la Regione sta operando sul versante della riconversione di parte dei posti letto per acuzie, tramite la chiusura di alcuni piccoli ospedali territoriali, al fine di rimodellare i percorsi di continuità assistenziale e liberare ulteriori risorse da destinare agli obiettivi di incremento di posti letto in convenzione mantenendo stabile la spesa complessiva.**

Risultati programmati

- Reperimento del nuovo sistema tariffario di cui al D.M. 18/10/2012.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di aggiornamento del sistema tariffario regionale in attuazione del D.M. 18/10/2012, entro il 30/06/2013.

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe

Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica

Tipologia di prestazione	Risparmio stimato (€/000)
(€/000)	
Acuzie	9.518
Case di cura	829
Presidi	8.689
Postacuzie	-3.368
Case di cura	-669
Presidi	-2.699
Totale	6.150

Tabella 1 – Rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera per acuti e post-acuti

Valutare se la rimodulazione delle tariffe ospedaliere deve essere suddivisa per acuti e post-acuti e rappresentare graficamente i razionali dei risultati.

La tabella sopra esposta riporta i possibili risparmi rispetto al 2012, stimati a partire dalla rimodulazione delle tariffe per l'assistenza ospedaliera, al netto della riduzione prevista per l'anno 2013 e successivi sui budget di spesa rispetto il consuntivo 2011 (valorizzata nell'intervento successivo). In particolare, per quanto concerne le prestazioni di ricovero, il calcolo dell'impatto economico derivante dall'applicazione del nuovo sistema tariffario, è effettuato tenendo conto della riduzione dei posti letto e della conseguente stimata diminuzione delle prestazioni correlate, prevista per il II semestre 2013 dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013, relativa alla revisione della rete ospedaliera.

Per il 2013, l'economia è pari a 2,6 €/mln in quanto il previsto aumento di 50 posti letto per l'IRCCS FPO di Candiolo avverrà dal 1.1.2014.

Considerando le tempistiche necessarie per l'adozione dei provvedimenti normativi di riferimento, i risparmi stimati rispetto ai limiti di spesa con le strutture private per il 2012, sono così ripartiti:

- ca. 2,6 €/mln per il 2013 (metà anno);
- ca. 6,2 €/mln complessivi per il 2014 (completo).

Commento [C14]: la rimodulazione può avere maggiore risultati se si inseriscono modalità di gestione diversificate rispetto a quelle attuali - vedi gestione infermieristica post acuzie

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Intervento 8.1: Formazione del personale

Azione 8.1.1: Formazione del personale

Le indicazioni dettate dalla Conferenza Stato Regioni del 05/11/2009, e successivo regolamento applicativo del 13/01/2010 e del 19/04/2012, hanno reso necessario l'avvio anche in Piemonte (da 01/2012) del percorso di accreditamento dei provider di formazione, pubblici e privati. Tale accreditamento è stato possibile grazie all'utilizzo di una piattaforma informatica con la quale già si procedeva all'accREDITAMENTO degli eventi formativi.

La piattaforma ECM consente la gestione e il controllo di circa 63.000 professionisti sanitari piemontesi disponendo:

- dell'anagrafica completa di tutto il personale sanitario (n. totale degli operatori, profili professionali, loro collocazione e situazione lavorativa);
- dell'anagrafe regionale dei crediti ECM;
- del dossier formativo dei professionisti;

e consentendo :

- l'analisi e il monitoraggio delle attività formative svolte;
- l'analisi, la verifica e il controllo dei costi della formazione.

La Regione Piemonte, con l'istituzione di un nuovo sistema regionale di programmazione, gestione e controllo della formazione dei professionisti sanitari, ha iniziato un percorso di qualità e di congruenza con gli obiettivi prefissati dal Piano Socio Sanitario Nazionale e Regionale.

Sono in fase di consolidamento gli organismi previsti dal sistema ECM Piemonte:

- Comitato ECM con funzioni di programmazione e indirizzo;
- Commissione ECM con funzioni operative, di studio e di approfondimento di tematiche inerenti criteri e modalità di fruizione della formazione, nonché di gestione e verifica della piattaforma regionale;
- Osservatorio della qualità con funzione di analisi dati per consentire:
 - la diffusione di informazioni relative alla popolazione formata, alla distribuzione sul territorio e alla fruibilità ed accessibilità alla formazione stessa;
 - la valutazione della corrispondenza dell'attività formativa con le linee di indirizzo regionali;
 - la valutazione delle ricadute della formazione sull'attività lavorativa.

Commento [C15]: l'anagrafica a non risulta aggiornata. Non sono ancora definiti in modo chiari i protocolli di collaborazione tra Regione e Collegio

Commento [C16]: anagrafica parziale

Commento [C17]: ad oggi risulta solo l'elenco dei corsi effettuati e non il dossier formativo individuale e di gruppo secondo quanto delineato dall'Accordo del 1° agosto 2007 (ai sensi dell'articolo 4 del DLgs 281/1997) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento di Bolzano, concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina",

Commento [C18]:

Per l'ausilio offerto ai provider accreditati, pubblici e privati, nel percorso di qualità della formazione la Regione ha previsto il versamento di un contributo annuo di Euro 2.500 a provider (come contemplato nella L.388/2000, dalla L. 244/2007 e DPR 21/05/2009), incasso che consente la copertura quasi totale delle spese relative alla gestione della piattaforma regionale.

Commento [C19R18]: non risultano report su tali oggetti

Nell'ottica di perseguire il miglior servizio di cura con il minimo dei costi, si stanno seguendo percorsi di formazione che, utilizzando diverse metodologie complementari (formazione residenziale, formazione a distanza e formazione sul campo), consentano l'ottimizzazione del risultato riducendo gli sprechi e i costi inutili.

Commento [C20]: ad oggi l'offerta regionale è della piattaforma (comprensiva della possibilità di indirizzare eventuali quesiti tecnici) Le attività di formazione per lo sviluppo della qualità dei provider sono stati dagli stessi pagati a parte

Ad oggi la piattaforma regionale oltre a "guidare" la formazione sanitaria evitando duplicazioni di interventi, garantisce la realizzazione omogenea delle attività formative, con modalità e criteri analoghi su tutto il territorio regionale. Anche la Formazione a distanza viene registrata sulla piattaforma ECM e si sta valutando un progetto di gestione centralizzata di pacchetti FAD da rendere disponibili sul territorio regionale.

Commento [C21]: non si evince questo processo di guida e di riduzione di duplicazione

E' inoltre intenzione della Regione Piemonte valorizzare al meglio l'ulteriore strumento on line della Biblioteca Virtuale per la salute, e divenuto indispensabile nell'attività clinica di molti operatori sanitari. A tal proposito si specifica che si sta procedendo con l'individuazione di criteri e modalità per l'accreditamento di questa ulteriore tipologia formativa che concorre ad un approccio multidisciplinare di qualità, a garanzia della necessaria preparazione professionale degli operatori sanitari.

Risultati programmati

- Gestione centralizzata dei pacchetti FAD;
- Valorizzazione dello strumento on line della Biblioteca Virtuale per la salute;

Indicatori di risultato

- Approvazione del progetto di gestione centralizzata di pacchetti FAD, entro il 31/12/2013;
- Istituzione degli organismi previsti dall'ECM Piemonte, entro il 31/12/2013.

Azione 8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari

La regione, con D.G.R. n. 23 – 1332 del 29/12/2010, ha recepito i principi generali del d.lgs. n. 150/2009 rinviando ad un secondo momento l'emanazione di linee di indirizzo più specifiche: in particolare, per quanto attiene la valutazione dei dirigenti, con propria circolare ha anticipato alle aziende l'intenzione di fornire proprie indicazioni su modalità e funzionamento degli Organismi Indipendente di Valutazione (OIV), invitandole, nelle more della predisposizione di tali indicazioni, a prorogare i nuclei di valutazione esistenti o, nel caso ciò non fosse possibile, a costituire un nuovo nucleo d'intesa che lo stesso avrebbe operato solo fino all'emanazione delle linee guida regionali sull'OIV.

Si ritiene che il modello organizzativo incentrato dal d.lgs. 150/2009 e successive modificazioni sul ruolo e sulle funzioni dell'OIV sia il più adeguato per contribuire a realizzare un effettivo miglioramento delle prestazioni delle aziende sanitarie nei confronti dell'utenza e, a tal fine si intende operare affinché ogni azienda costituisca il proprio OIV come fulcro del Sistema di misurazione e valutazione della performance.

La regione fornirà indicazioni sulla composizione dell'OIV, sui requisiti dei componenti, sugli adempimenti procedurali per la sua costituzione, a garanzia dei principi di trasparenza, di precisare i termini per la sua costituzione, di dare

indicazioni relative agli oneri economici, per far sì che la costituzione dell'OIV non comporti nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale, nonché per la realizzazione della struttura tecnica permanente, peraltro prevista dallo stesso d.lgs. n. 150/2009: ciò al fine di consentire la gestione del ciclo della performance e di migliorare ed ottimizzare, anche sotto il profilo economico, i servizi resi all'utenza.

Commento [C22]: si ritiene fondamentale, per quanto attiene alla dirigenza professionale, che vengano definiti dei criteri comuni sul territorio regionale e che questi criteri siano concordati con gli organi di rappresentanza

Risultati programmati

Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi

La Carta dei Servizi è un documento che tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private accreditate devono obbligatoriamente adottare. Attraverso tale documento l'organizzazione definisce, con procedura partecipata degli utenti e degli operatori, i servizi offerti e le condizioni di cessione degli stessi. Nella Carta, infatti, è necessario:

- individuare, sperimentare, adottare e comunicare ai cittadini gli standard di qualità dei servizi erogati;
- semplificare le procedure, per ridurre gli adempimenti in capo ai cittadini;
- informare i cittadini sulle strutture, le attività ed i servizi offerti;
- valutare, con la partecipazione degli stessi cittadini, la qualità dei servizi erogati;
- tutelare i cittadini in caso di mancato rispetto di tali standard, nonché degli impegni assunti dall'organizzazione.

Nello specifico, secondo quanto previsto dal DPCM del 19/5/1005 "Schema generale di riferimento delle carte dei servizi pubblici sanitari", il documento si compone delle seguenti sezioni:

- presentazione dell'azienda e principi fondamentali;
- informazioni sulle strutture ed i servizi;
- standard di qualità, impegni e programmi;
- meccanismi di tutela e verifica.

Commento [C23]: si ricorda in tal senso che gli standard di qualità devono, al di là delle dovute contestualizzazioni, essere definite a livello regionale e, anche in questo caso, la partecipazione degli organi di rappresentanza professionale è dovuta nonché degli organi di rappresentanza dei cittadini. Si ricorda in tale senso che Cittadinanza attiva ha sviluppato un serie di indicatori per la valutazione del processo di umanizzazione

Dunque, la Carta dei Servizi non è solo un documento informativo ma un vero e proprio "patto" tra organizzazione e cittadini attraverso il quale vengono fissati standard e assunti impegni. In Regione Piemonte il processo di attuazione della Carta dei Servizi, pur essendo stato avviato già all'indomani dell'approvazione del succitato Decreto, e quindi intorno al 1996, ha subito una battuta d'arresto negli ultimi anni, durante i quali è stato privilegiato l'aspetto informativo della Carta; di conseguenza, sono state prodotte, nelle varie aziende sanitarie, delle esaustive Guide ai servizi, limitando il contenuto delle stesse alle prime due sezioni della Carta. È necessario, pertanto, riavviare il processo, ritornando allo spirito originario ed autentico della Carta dei Servizi, ovvero attivare nelle aziende sanitarie il sistema di analisi e miglioramento della qualità dei servizi ottenuti, processo che trova nella Carta la sua materializzazione formale.

Risultati programmati

- Ricognizione presso le singole aziende sanitarie dello stato di attuazione della Carta dei Servizi;
- elaborazione di linee guida regionali per la realizzazione della Carta dei Servizi;
- elaborazione e diffusione della Carta dei servizi a cura delle aziende sanitarie;
- istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Carta dei Servizi;

Commento [C24]: si ritiene quindi indispensabile la partecipazione degli organi di rappresentanza professionale dato il loro mandato istituzionale

- progettazione e realizzazione, presso le aziende sanitarie, di corsi di formazione per operatori e cittadini;
- progettazione e realizzazione di sistemi di verifica degli standard e degli impegni contenuti nella Carta dei Servizi;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta e il sistema aziendale degli obiettivi;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta ed il sistema di accreditamento istituzionale;
- promuovere e stabilizzare la partecipazione dei cittadini nei processi di miglioramento della Qualità;
- istituzione del Premio regionale per la Carta dei Servizi “più vicina ai cittadini”.

Commento [C25]: si ricorda che i Collegi da tempo hanno avviato corsi rispetto al tema dell'umanizzazione /diritto. E' in corso una collaborazione con le associazioni dei malati a sostegno di tale attività

Indicatori di risultato

Responsabile del procedimento attuativo

Intervento 8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

Il Piano socio sanitario regionale 2012-2015 pone, in assoluto rilievo, il tema della comunicazione con i cittadini, declinato in tre filoni: *empowerment*, partecipazione e rilevazione del gradimento dei servizi. Di conseguenza, il documento programmatico prevede che la Regione elabori un Piano regionale di comunicazione integrata e coordinata (punto 2.8.2) ed un Piano di *marketing* sanitario regionale (punto 2.8.3). In Regione sono state avviate negli ultimi anni importanti iniziative su tali temi: è attivo, ad esempio, lo sportello “lo scelgo la salute”, finalizzato all'ascolto dei cittadini, come pure sono stati realizzati degli audit civici, in collaborazione con le associazioni di volontariato. Fa difetto, a tutt'oggi, un quadro generale di programmazione a livello regionale, in grado di orientare le scelte, omogeneizzare le azioni, stabilizzare il sistema e controllare i risultati. Proprio per tale ragione è necessario elaborare i documenti programmatici previsti dal Piano e monitorarne costantemente l'applicazione. Il coordinamento generale delle attività, così come indicato al punto 1.3 del Piano socio-sanitario, rimane in capo alla Regione, anche al fine di favorire il *benchmarking* tra le varie aziende sanitarie a livello nazionale-internazionale.

Commento [C26]: a livello nazionale così come a livello internazionale è riconosciuta l'importanza di un'azione sinergica tra tutti gli attori in gioco così come di tutte le istituzioni che concorrono all'erogazione dei servizi , così come alla tutela dei cittadini e dei professionisti

Risultati programmati

-
- Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)

...

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni

Per la centralizzazione delle procedure di acquisto, la Regione Piemonte, con LR 19/2007, ha istituito la Società di committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR), con funzioni di coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, forniture e servizi. Ad SCR sono già state affidate, per l'espletamento delle

relative gare centralizzate, alcune tipologie di prodotti sanitari caratterizzati da maggiore facilità di standardizzazione (farmaci, aghi e siringhe, presidi per incontinenti, medicazioni, guanti medicali, disinfettanti, mezzi di contrasto).

Il nuovo assetto del sistema sanitario piemontese, così come delineato dalla LR 3/2012,

A tal fine la Regione Piemonte, entro il 31/12/2013, realizzerà, per il governo del cambiamento, le seguenti attività:

- ...
- definizione delle regole di funzionamento del modello organizzativo in termini di ruoli, responsabilità e competenze degli attori coinvolti, finalizzate anche al governo e alla razionalizzazione dei costi del SSR;
- valutazione dell'entità dei carichi di lavoro per profilo professionale presenti all'interno di ciascuna Azienda, rideterminazione del fabbisogno espresso nella pianta organica aziendale, quantificazione delle risorse umane da gestire con il nuovo modello di acquisto centralizzato e definizione dei meccanismi di mobilità attivabili;
- formulazione ed adozione di nuovi atti aziendali coerenti con il modello organizzativo definito;
- definizione dell'infrastruttura informatica e dei requisiti minimi in termini di tecnologia e connettività.

Per la corretta programmazione degli approvvigionamenti risulta, inoltre, opportuno che le stazioni appaltanti si dotino, entro il 31/05/2013 di regolamenti che disciplinino, in aggiunta ai casi già indicati tassativamente dall' art 125 del Codice dei contratti pubblici (DLGS 163/2006 e s.m.i.), le ipotesi in cui sia possibile fare ricorso alle procedure di acquisto in economia.

La disciplina di tali modalità di acquisto dovrà essere uniforme in ambito regionale.

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

...

In fase di rinegoziazione pochi fornitori hanno risposto positivamente alle richieste di abbattimento dei costi. Pertanto, pur proseguendo le strategie di allineamento al prezzo più basso, occorrerà incidere maggiormente sul fronte dei consumi laddove si riscontrino i presupposti per una razionalizzazione degli utilizzi e della spesa.

L'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici (ed in specie, delle strisce di automonitoraggio glicemico che rappresentano oltre l'80% della spesa complessiva per tale tipologia di assistenza integrativa) si presta ad interventi di ottimizzazione...

Il costo SSR per singola striscia è pari a 0,46 o.f.e. (DGR 13-5526 del 14/03/2013) a fronte di un volume di strisce di 43 milioni di pezzi ed un rimborso alle farmacie al pubblico di oltre 24 €/mln nel 2011. La spesa SSR 2012 (gennaio - settembre) risulta in crescita, rispetto all'anno precedente, dell' 8,47%.

- iniziative di educazione terapeutica;
- aggiornamento degli indirizzi regionali in materia.

Commento [C27]: si ritiene indispensabile il coinvolgimento, nella valutazione dei prodotti, dei professionisti che direttamente utilizzano i presidi/strumenti/tecnologie

Commento [C28]: non sono evidenti i criteri che verranno utilizzati per la misurazione dei carichi di lavoro con il rischio di adottare un modello prestazionale che mal si adatta al principio/criterio dell'appropriatezza

Commento [C29]: la reificazione del professionista in risorsa "strumentale" lascia dei dubbi sia sotto l'aspetto comunicativo sia sotto l'aspetto meramente organizzativo. La quantificazione delle risorse, così come i meccanismi di mobilità richiedono chiare definizioni di criteri, standard

Commento [C30]: Sicuramente tra gli interventi di ottimizzazione è da comprendere l'attività di educazione terapeutica, attività per la quale l'infermiere ha specifiche competenze e conseguito specifici risultati

Commento [C31]: vedi sopra

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.1 : Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

La Giunta Regionale con deliberazione n. 16-11775 del 20/7/2009, integrata con D.G.R. n. 20-13298 del 15/2/2010, ha avviato in Regione Piemonte la distribuzione per conto (DPC) da parte delle farmacie convenzionate dei farmaci inclusi dall'AIFA nel Prontuario ospedale- territorio (PHT), ai sensi dell'art. 8 della L. 405/2001.

Vengono esclusi dalla DPC i seguenti farmaci, che, pur essendo inseriti in PHT, sono oggetto di distribuzione diretta delle ASR, essendo farmaci che richiedono un costante controllo in termini di appropriatezza prescrittiva:

- ormone della crescita;
- fattori della coagulazione;
- eparine a basso peso molecolare per la profilassi della trombosi venosa profonda dopo interventi ortopedici maggiori;
- metadone per le tossicodipendenze;
- ossigeno liquido per OTD.

Commento [C32]: ed anche, e soprattutto, di appropriatezza nell'auto somministrazione. Si ribadisce l'enfasi che deve essere posta sull'aspetto educativo e il campo di competenza professionale

Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale

La distribuzione dei farmaci in dimissione ai sensi della Legge 405/2001, rappresenta un importante servizio fornito ai pazienti per garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio, nonché una fonte di risparmio, considerato il minor costo d'acquisto dei farmaci erogati direttamente dalle Aziende Sanitarie rispetto ai costi territoriali della farmaceutica convenzionata. Tale distribuzione, da parte delle farmacie ospedaliere nel momento della dimissione da ricovero ospedaliero o visita specialistica, è stata oggetto di specifiche disposizioni regionali che ne hanno previsto l'attuazione. L'ultimo provvedimento adottato (D.D. n. 235 del 31/3/2011) ha fornito le linee di indirizzo per attuare specifiche azioni per la completa attuazione di tale distribuzione. Tale attività è stata attuata solo parzialmente dalle aziende.

Commento [C33]: cfr nota precedente

Risultati programmati

- Incremento del volume di tale attività dispensando, al momento della dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica, i farmaci necessari per il prosieguo della terapia a domicilio, in coerenza con il Prontuario Terapeutico Aziendale.

Programma 10: Gestione del personale

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.
- ridefinizione dotazioni organiche (art.2, comma 72, lett. a), L. 191/2009):
 - stato di attuazione;
 - emanazione regolamenti di mobilità del personale a seguito di ristrutturazione;
 - rispetto disposizioni di cui all'art.1, comma 8, DL 158/2012;

- adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), DL 95/2012.
- analisi costo medio del personale:
 - analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
 - analisi sulla composizione della dotazione organica: incidenza percentuale del personale dirigente.
- dirigenza sanitaria e governo clinico:
 - ...
 - strumenti valutazione dei dirigenti medici e sanitari.
- bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza.
- contenimento costi apparati amministrativi (art.6 DL 78/2010):
 - ...
- personale con contratti atipici e personale convenzionato;
- consulenze (sanitarie e non sanitarie);
- ...

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.1:Regolamenti per la mobilità

Il processo di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale, avviato con l'approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2015, ha reso necessario disciplinare a livello regionale la ricollocazione e la mobilità dei dipendenti, al fine di consentire alle Aziende Sanitarie Regionali di adeguare le proprie dotazioni organiche al fabbisogno di personale conseguente ai nuovi assetti organizzativi.

I riferimenti normativi e contrattuali che sono coerenti con tale impostazione sono:

- ..

In ogni caso, per tutte le tre aree di contrattazione, oltre ad un iniziale percorso per favorire la ricollocazione all'interno dell'azienda stessa, è previsto un secondo momento di mobilità c.d. "guidata" dalla regione per la ricollocazione, al fine di favorire una redistribuzione del personale più in linea con i nuovi assetti aziendali e, anche, di evitare esuberi delle figure eventualmente non riassorbite all'interno dell'azienda. Il percorso, pur con qualche differenza tra personale dirigente e del comparto, può così sinteticamente riassumersi:

- le aziende sanitarie inviano all'assessorato regionale tutela della salute e sanità, il profilo di appartenenza e la disciplina (nel caso dei dirigenti sanitari) del personale non ricollocato al proprio interno e comunicano agli interessati l'avvio del procedimento di ricollocazione presso altre aziende della regione.
- l'assessorato, ricevuti tali nominativi procede ad una ricognizione dei posti vacanti in tutte le aziende sanitarie della regione, e, al termine di tale operazione, avvia il processo di mobilità guidata: qualora si renda necessaria una selezione tra più

Commento [C34]: criteri di partenza?

aspiranti agli stessi posti la regione redige apposite graduatorie, sulla base di criteri predeterminati, previo esame con le organizzazioni sindacali.

Commento [C35]: si possono pensare anche a dei criteri professionali?

- in esito alle procedure di cui sopra, la regione dispone la mobilità del personale in eccedenza presso altra azienda sanitaria nell'ambito del proprio territorio. La mobilità dei dirigenti sanitari deve essere disposta nell'ambito della disciplina di inquadramento o in disciplina equipollente della medesima area.
- esperite le procedure di cui sopra, la regione può disporre la mobilità d'ufficio dei dirigenti non ricollocati, nel limite dei posti eventualmente rimasti vacanti nelle dotazioni organiche di altre Aziende del SSR, privilegiando la minore distanza tra la sede di nuova assegnazione e la sede di provenienza.

Azione 10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.

Ai sensi di quanto disposto dall' art. 2 comma 1 lett. b) della Legge n. 189/2012, la regione Piemonte ha provveduto ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale: in tale ricognizione si è provveduto, ai sensi della medesima legge, ad individuare gli spazi dedicati alla libera professione interni all'azienda, all'interno di strutture convenzionate e negli studi professionali privati nonché ad acquisire il dettaglio dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio.

A seguito di quanto emerso dalla ricognizione straordinaria ed, in particolare, dalla generale indicazione/attestazione aziendale di insufficienza di spazi idonei interni da adibire all'esercizio della libera professione intramuraria ambulatoriale accessibile a tutti i dirigenti sanitari aventi diritto, la Giunta Regionale ha autorizzato con DGR n. 19-5706 del 23/04/2013, ai sensi dell'articolo 2 soprarichiamato, l'adozione da parte di tutte le A.S.R. insistenti sul proprio territorio del programma sperimentale consentito dalla norma che prevede lo svolgimento delle attività libero professionali presso gli studi privati professionali qualora i dirigenti sanitari ne facciano richiesta.

Commento [C36]: la professione infermieristica continua ad essere esclusa da tale possibilità?

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015

...
Si ritiene, pertanto, necessario che **le azioni di razionalizzazione della spesa del personale da avviare nel 2013 dovranno permettere di ottenere coerentemente alla normativa vigente una riduzione del numero del personale e dei costi attraverso, anche, una revisione della consistenza organica complessiva a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera mantenendo inalterati i livelli di assistenza esistenti.**

Commento [C37]: ?? quali altri strumenti sono prospettati?

... Per ottenere questo nel rispetto della piena erogazione dei LEA occorre che la razionalizzazione del sistema avvenga attraverso **la riduzione degli sprechi, delle diseconomie e delle duplicazioni di attività.**

In quest'ottica il PSSR 2012-2015 prevede che dal punto di vista organizzativo si debba **"definitivamente passare dal mito dell'autosufficienza delle Aziende Sanitarie al riconoscimento della necessità di articolarne alcune funzioni in ambiti sovrazionali, con lo sviluppo di processi produttivi di acquisto e di condivisione di servizi e funzioni amministrative e tecnico logistiche".** Tenendo conto dell'evoluzione epidemiologica e dei diversi fabbisogni di una popolazione sempre più anziana, è necessaria, infatti, una **riqualificazione dell'offerta, riducendola quantitativamente, ma migliorandola qualitativamente sia sul versante strutturale che su quello organizzativo per renderla più efficiente ed efficace e assicurare complessivamente una offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini attraverso una maggiore appropriatezza delle modalità di risposta.**

Commento [C38]: da considerare anche tra i criteri di qualità la facilità di accesso ai servizi

- disponga a partire dalla data di approvazione della DGR il blocco totale del turn-over per il personale dipendente per l'intero **anno 2013**, fatte salve eventuali autorizzazioni in deroga che potranno esser concesse con provvedimento della Giunta Regionale, ...

A tal proposito, è da evidenziare che l'eventuale carenza di personale per l'anno 2013, imputabile al blocco del turn-over, potrà essere colmata con il personale proveniente dai Presidi Ospedalieri soggetti a chiusura nel corso dell'anno a seguito del processo di riconversione della rete ospedaliera di cui nel PO 14), e che sarà ricollocato nelle ASR della Regione.

Commento [C39]: mancanza di procedure

- Disponga per l'anno **2014** che le Aziende possano, sino al momento in cui non dispongano, per ogni qualifica, di un numero complessivo di persone pari o inferiore a quello stabilito dalla nuova consistenza organica, procedere alla copertura, per il personale a tempo indeterminato, del: **50% del numero dei posti di dirigente medico** che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2004; **25% del numero dei posti appartenenti alle qualifiche della Dirigenza Sanitaria**, che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2004; **50% del numero dei posti del personale non dirigente** appartenenti alle qualifiche comprese nel ruolo sanitario, ruolo professionale e alla qualifica di OSS che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2014.

Commento [C40]: chi emanerà la consistenza organica per ogni azienda?

Commento [C41]: rispetto alla dirigenza professionale ... !!!

- Disponga per l'anno **2015** che le Aziende possano, sino al momento in cui non dispongano, per ogni qualifica, di un numero complessivo di persone pari o inferiori a quelli stabiliti dalla nuova consistenza organica, procedere alla copertura, per il personale a tempo indeterminato, del: **50% del numero dei posti di dirigente medico** che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2015; **25% del numero dei posti appartenenti alle qualifiche della Dirigenza Sanitaria**, che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2015; **50% del numero dei posti del personale non dirigente appartenenti alle qualifiche comprese nel ruolo sanitario, ruolo professionale e alla qualifica di OSS** che si sono resi vacanti per cessazione dal servizio avvenuta nel corso del 2015.

■ ...

- Disponga per le **ASR in "disequilibrio", ovvero per le ASR** che nei rendiconti mensili risultano in disequilibrio economico, la necessità di interventi più incisivi per rientrare nei tetti di spesa programmati, in modo da avere la possibilità di sostituire solo il personale dedicato ai servizi di emergenza ed urgenza, entro il limite di cui ai punti precedenti.

Commento [C42]: in questo caso viene ipotizzato che il disavanzo sia attribuibile esclusivamente e solo a un "surplus" di personale!

Inoltre con delibera di Giunta da adottarsi entro il 30 giugno 2013 la Regione dispone che ogni Azienda definisca entro il 31 dicembre 2013 una consistenza organica, sia in termini di persone fisiche che di persone equivalenti, compatibile con il rivisto tetto di spesa. Con le indicazioni operative saranno fornite alle ASR tassative disposizioni circa l'applicazione dell'articolo 9 comma 2 bis del D.L.78/2010 convertito in legge 122/2010 che prevede la riduzione proporzionale delle risorse destinate al trattamento accessorio.

Commento [C43]: senza criteri condivisi a livello regionale?

Dette consistenze saranno soggette a verifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale.

....

La delibera di Giunta prevederà inoltre per ogni Azienda, i tetti di spesa annuali entro cui devono comunque essere contenuti i costi complessivi delle consistenze organiche e delle consulenze, inoltre la Direzione Sanità per il raggiungimento di particolari obiettivi potrà successivamente variare in aumento i tetti di spesa di alcune Aziende solo a condizione che i maggiori oneri siano compensati con una riduzione dei tetti di spesa di altre Aziende.

Valorizzazione PO 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale

Dai dati al momento disponibili e in corso di approfondimento, risulta che nelle more di disposizioni regionali stringenti nel corso del I Trimestre 2013 le Aziende Sanitarie Regionali hanno assunto **279 unità lavorative così suddivise (dati tabella B del personale al 31/03/2013):**

- personale a tempo indeterminato
 - n. 96 unità di personale dirigente medico;
 - n. 7 unità di personale dirigente non medico;
 - n. 176 unità di personale non dirigente.

Si rileva, come riportato precedentemente, che la Regione per il prosieguo dell'anno, considerando il processo di chiusura di alcuni presidi ospedalieri che renderanno disponibili risorse ed eventuali eccezioni da concedersi a seguito di opportuni processi regionali di verifica, intende applicare il blocco totale del turn-over.

Le cessazioni annue del personale dipendente sono state mediamente nell'ultimo triennio di circa il 3% annuo del numero di dipendenti a tempo indeterminato e precisamente:

- nel 2010 del 2,92%;
- nel 2011 del 2,97%;
- nel 2012 del 3,50%.
- ...

In sintesi, fermo restando la puntuale applicazione delle disposizioni in materia di contenimento del costo del personale di cui all'articolo 9 del DL 78/2010, l'obiettivo in termini numerici è il seguente:

- ridurre la consistenza organica complessiva del personale dipendente, esistente al 31.12.2012 di:
 - n. 1.239 unità nel 2013 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2012;
 - n. 280 unità nel 2014 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2013;
 - n. 279 unità nel 2015 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2014.

L'obiettivo è quindi quello di avere nel triennio 2013-2015 una riduzione della consistenza organica complessiva (saldo tra unità cessate e unità assunte) delle Aziende Sanitarie di 1.798.

Commento [C44]: la possibilità di effettuare una gestione mirata del personale per , come affermato precedentemente, una "valutazione dell'entità dei carichi di lavoro per profilo professionale " questa classificazione risulta obsoleta e disfunzionale

Commento [C45]: questo dato sembra o incongruo rispetto a quanto affermato precedentemente (assunzione di 279 unità) o indicatore di come, in assenza di chiari criteri e un piano programmatico rigoroso i compensi assumano un carattere aleatorio - estemporaneo

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale dipendente, determinerà una manovra cumulata di risparmio rispetto al tendenziale come di seguito riportato:

- ca. 50,7 €/mln per il 2013;
- ca. 103 €/mln per il 2014;
- ca. 119,3 €/mln per il 2015.

Complessivamente la manovra per il personale dipendente comporterà un risparmio rispetto al tendenziale 2013 di ca. 119,3 €/mln.

4. Area "Livelli Essenziali di assistenza"

4.1. "Prevenzione"

Programma 11: Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Intervento 11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.

Il Piano operativo 2013 sarà strutturato nelle macroaree previste dal PNP e includerà i seguenti programmi e priorità d'azione:

- Promozione stili di vita salutari - Setting scuola: facilitare i comportamenti verso stili di vita salutari orientati dai dati delle sorveglianze; favorire un equo accesso alle proposte di promozione della salute;
- promozione stili di vita salutari - Setting comunità / ambienti di vita e di lavoro: migliorare lo stile di vita della popolazione adulta e ultra64enne attraverso la promozione di comportamenti salutari (corretta attività fisica, sana alimentazione e benessere);
- promozione stili di vita salutari - Gruppi a rischio: percorsi di integrazione prevenzione-clinica per la gestione dei soggetti considerabili a rischio in quanto affetti da patologie e/o perché adottano comportamenti disfunzionali/scorretti;
- prevenzione incidenti stradali: sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali, promozione di comportamenti di guida responsabile, prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive, attività di documentazione e disseminazione;
- prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro e delle malattie professionali: ridurre la frequenza degli infortuni e la loro gravità, con particolare attenzione per i settori più a rischio, quanto a frequenza e gravità degli infortuni, ovvero i settori dell'edilizia e dell'agricoltura; ridurre frequenza e gravità delle malattie professionali, con particolare riferimento alle patologie correlate ad esposizione ad agenti chimici/cancerogeni e alle patologie muscolo-scheletriche (patologie emergenti, sottonotificate);

Commento [C46]: non risulta chiaro come a fronte di questa riduzione si possa tout court affermare che verranno mantenuti gli standard dei servizi!

Commento [C47]: è evidente l'importanza di piano ma non si evidenzia il programma di lavoro

- prevenzione incidenti domestici: attuare iniziative di informazione da offrire nelle occasioni opportune di contatto tra operatori sanitari e popolazione e attraverso la scuola, in particolare la scuola dell'infanzia e la scuola primaria;
- prevenzione dei rischi in ambienti di vita: riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici, contenimento dei rischi derivanti dall'impatto ambientale degli insediamenti produttivi (emissioni, scarichi, rifiuti);
- sicurezza alimentare (vedi Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare);
- prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccino: obiettivi indicati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale, con particolare attenzione al superamento delle differenze territoriali nella protezione verso le malattie prevenibili da vaccino;
- prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni: mantenere nei limiti dell'atteso l'incidenza delle malattie infettive per le quali esistono strumenti efficaci per la prevenzione e il controllo e monitorare l'incidenza di quelle per le quali non esistono attualmente strumenti efficaci di prevenzione e controllo;
- sorveglianze di popolazione: raccolta dei dati con personale formato, attività di coordinamento regionale e locale a supporto delle sorveglianze, utilizzo dei risultati;
- screening oncologici: raggiungimento e mantenimento degli standard di invito previsti dagli indicatori della DGR n. 111-3632 del 02/08/2006; attuazione dei piani di riconversione; estensione del registro tumori Piemonte;
- prevenzione nella popolazione a rischio; implementazione e monitoraggio del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete nell'ambito del PDTA diabete mellito definito a livello regionale;
- prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia: utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili.

Intervento 11.2; Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.

Intervento 11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

...

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello *Hub & Spoke* secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.

Azione 13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute

Azione 13.1.2: Rete per il trattamento dell'ictus

...

Occorre inoltre definire:

- **Organizzazione Centri.** Questo nucleo neurologico a maggiore intensità può essere fisicamente collocato all'interno del reparto di neurologia o in contiguità con altri gruppi di letti a carattere semintensivo.
- **Organizzazione Personale.** In alcune sedi in cui la delibera regionale sopra citata prevede la costituzione di un centro ictus, deve essere anche completata la dotazione di letti di degenza e/o di personale medico (in particolare negli ospedali di Moncalieri e Rivoli
- **Trattamenti di II livello.** ...
- ...

Commento [C48]: quindi è ipotizzabile che il centro sia a carattere intensivo solo per i pazienti neurologici?

Commento [C49]: non è prevista l'assistenza infermieristica?

Azione 13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati

- ...

Azione 13.1.4: Rete oncologica

...

La rete regionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica

- .
- assicurare l'assistenza infermieristica ai pazienti oncoematologici attraverso il coordinamento e la formazione di competenze cognitive e relazionali specifiche;
- assicurare la terapia del dolore e delle cure palliative negli ambiti territoriali ed ospedalieri specifici, tramite coordinamento del Centro *Hub*, anche attraverso supporto telefonico h24 di consulenza medica e infermieristica;
- promuovere un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di altri specialisti;
- identificare opportune risorse e consulenze territoriali, per interventi riabilitativi fisici, psicologici e sociali, come parte del trattamento globale;
- collaborare con le associazioni di volontariato per migliorare l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie;
- promuovere le attività di donazione di cellule staminali midollari, cordonali o periferiche ed il trapianto di cellule staminali emopoietiche in ambito pediatrico;
- coinvolgere i servizi territoriali nella gestione domiciliare del paziente emato-oncologico e nella sorveglianza degli effetti tardivi del trattamento e della malattia, promuovendo e tutelando l'inserimento scolastico e sociale, l'idoneità sportiva, l'avvio all'attività lavorativa;
- favorire il passaggio della sorveglianza clinica del paziente trattato in età pediatrica o adolescenziale alla medicina di base e ai servizi specialistici dell'adulto per mantenere il monitoraggio delle conseguenze tardive legate alle cure anche oltre l'età pediatrica.

Commento [C50]: è originale che venga solo in questo ambito definita la necessità di assistenza infermieristica

Commento [C51]: idem,

Commento [C52]: ma questi elementi non dovrebbero caratterizzare tutte le "offerte" nei diversi ambiti

Commento [C53]: idem

Coordinamento delle attività scientifiche

- ...

Inoltre, la Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica promuove l'assistenza sanitaria di base e specialistica attraverso la collaborazione con il pediatra di libera scelta, nell'ambito della specifica attività clinica prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, ... svolgendo compiti di:

- assistenza domiciliare qualora prevista nei presidi socio-sanitari delle AASSLL;

Commento [C54]: può non essere prevista

Risultati programmati

- .

Azione 13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule

Azione 13.1.6: Rete regionale di Allergologia

Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

In particolare per quanto concerne **la rete territoriale** (punto 1.4) tra gli obiettivi individuati è stato indicato anche quello relativo al **"Miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale"** – punto 1.4.1 - , che prevede che la Regione individui una serie di azioni per il miglioramento della cura dell'assistito, con particolare attenzione alla corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "Catena di cura".

- .

Tuttavia, a distanza di un anno dall'adozione del citato provvedimento, appaiono evidenti alcune criticità in ordine alla costituzione di due differenti Nuclei di continuità delle cure (uno distrettuale, l'altro ospedaliero), all'organizzazione della loro attività, nonché alla difficoltà di interazione tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale.

Commento [C55]: criticità preventivata e già comunicata

Le ASR hanno predisposto le singole proposte organizzative per l'attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012, ma poche ne hanno dato operatività concreta. Al fine di superare tali criticità, è necessario:

- adottare un provvedimento che preveda la costituzione un **Nucleo unico di continuità delle cure ospedale-territorio** e ne definisca chiaramente l'assetto organizzativo, entro il 31/12/2013;

Commento [C56]: che deve superare la vecchia logica medica - centrica ma dare spazio al raccordo operativo tra le persone che hanno /avranno in carico il malato

Percorsi diagnostici terapeutici

Azione 13.2.1: PDTA - Oncologia

Azione 13.2.2: PDTA – Cardiovascolare

Azione 13.2.3: PDTA - Ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

Azione 13.2.4: PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- Assistenza primaria;
- Assistenza territoriale.

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti

- è definito il numero di posti letto corrispondente ai ricoveri appropriati (utilizzando percorso di attuazione della regolamentazione. Il fabbisogno di posti letto per post-acuti è pari a n. 3.297, corrispondente a 0,7 per 1.000 abitanti pesati, dei quali n. 80 codice 28 (unità spinale), n. 150 codice 75 (neuroriabilitazione), n. 2.125 codice 56 (riabilitazione) e n. 942 codice 60 (lungodegenza). L'articolazione dei posti letto è effettuata per ciascuna delle sei aree sovra zonali in cui è suddivisa la rete regionale e per singola disciplina, mentre quella per singolo presidio sarà effettuata contestualmente alla definizione degli atti aziendali, e comunque entro la fine di giugno 2013, termine per la loro approvazione da parte della Giunta regionale. La riduzione dei posti letto (dagli attuali 18.301 ai previsti 16.804 complessivi) è articolata per soggetti erogatori, dimostrando sia che la riduzione avviene per disattivazione di strutture organizzative in toto, sia che per il 59% è a carico di ospedali pubblici e per il 41% a carico di strutture private accreditate e classificate (presidi ex art. 43/833 e IRCCS privati). In particolare, per quanto concerne gli ospedali a gestione diretta, la riduzione dei posti letto, pari a 742 unità, deriva per circa il 79% (587 posti letto) dalla chiusura di 10 presidi ospedalieri, e per la restante quota in parte dalla disattivazione/trasformazione in strutture semplici, ovvero semplici a valenza dipartimentale, di strutture organizzative complesse all'interno degli altri presidi ospedalieri, in parte dalla maggiore efficienza (tasso di occupazione e degenza media) delle strutture organizzative di ricovero;

Commento [C57]: richiede un preventivo potenziamento delle strutture di cure domiciliari pena il non rispetto delle necessità dei cittadini maggiormente fragili

.....
Da sottolineare il fatto che, con la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, sia stata rivista la rete delle neonatologie e dei punti nascita: attualmente esistono in Piemonte 32 punti nascita e 7 Neonatologie con Terapia Intensiva Neonatale in ospedali con punto nascita di III livello. Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:

- posti di TIN insufficienti ...
- difficoltà ad assicurare un'adeguata assistenza neonatale per la parcellizzazione dei centri nascita di piccole dimensioni ..

. Per attuare le azioni proposte si prevede il raggruppamento dei punti nascita, attualmente di I e II livello, in Unità pediatriche/neonatologiche di I livello all'interno di un ospedale sede di DEA di I livello (Unità che assistono neonati sani e nati con patologie che non richiedano ricovero in TIN), lasciando la situazione attuale delle TIN di III livello. Queste ultime vengono denominate Unità neonatologiche di II Livello-TIN (Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva) all'interno di un ospedale sede di DEA di II livello, potenziandone le capacità recettive secondo le attuali necessità. Si prevede, inoltre, l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Strutture organizzative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali.

Commento [C58]: rischio di puntare di nuovo su una medicalizzazione dell'evento nascita

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

. Tali strutture sono quelle individuate dal PSSR 2012-2015, ovvero l'ospedale Valdese di Torino, l'ospedale di Castellamonte dell'ASL TO 4, gli ospedali di Giaveno, Avigliana, Venaria, Torre Pellice, Pomaretto dell'ASL TO 3, l'ospedale di Arona dell'ASL NO, l'ospedale di Caraglio dell'ASL CN 1, l'ospedale di Valenza dell'ASL AL. Per ciascuno di tali presidi ospedalieri, la citata D.G.R. ha definito la tempistica relativa alla disattivazione e le ASR competenti per territorio hanno elaborato quella del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse, nonché, d'intesa con l'Assessorato regionale, l'individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite (il tutto sarà formalizzato negli atti aziendali che la Giunta regionale approverà entro il 31/12/2013).

Commento [C59]: quali supporti vengono garantiti considerate le caratteristiche della popolazione e del territorio? Ipotizzare strutture di continuità assistenziale a gestione infermieristica potrebbe da una parte mantenere la ricerca dell'economicità e dall'altra la salvaguardia della tutela della salute/sicurezza

Azione 14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali

Le nuove linee guida hanno dato ulteriore impulso al processo di dipartimentalizzazione, individuando l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali, da realizzarsi evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni e contemperando le esigenze connesse a peculiarità organizzative e territoriali delle singole Aziende con quelle di coordinamento ed integrazione delle attività a livello sovrazonale. Ed a tale proposito, per favorire la razionalizzazione del sistema di offerta e la riduzione della spesa, l'atto di indirizzo regionale ha previsto la possibilità di costituire dipartimenti interaziendali o di fare ricorso a forme di coordinamento tra dipartimenti aziendali per orientare, per intensità di cure, attività omogenee o di strutture omologhe a diversa complessità, operanti nell'area sovrazonale, senza creare strutture organizzative sovraordinate rispetto ai dipartimenti aziendali e senza oneri aggiuntivi. Con riferimento all'organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera si è poi stabilito che l'individuazione delle strutture dipartimentali debba essere orientata al modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il progressivo superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica e realizzare la reale integrazione dell'attività dei professionisti nella rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione dipartimentale dell'area territoriale si è stabilito che, oltre alle aggregazioni dipartimentali previste dalla normativa nazionale, possa essere previsto l'assetto dipartimentale anche per le altre strutture sanitarie territoriali, incentivando l'aggregazione delle aree di attività

Commento [C60]: considerando la conseguente riduzione delle direzioni e coordinamenti dipartimentali sono stati elaborati/individuati criteri per l'attribuzione delle responsabilità? Risulta ad oggi che direttori medici che non hanno più una responsabilità dipartimentale mantengono lo stesso profilo stipendiale, dato che se fosse vero risulterebbe incongruente rispetto al lavoro di razionalizzazione e al principio di equità

Commento [C61]: cfr nota sopra

sanitaria a forte integrazione in un unico ambito dipartimentale (es. Dipartimento di Salute Mentale e Patologia delle Dipendenze).

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica:

Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 ... all'articolo 8 "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]" " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]"

Commento [C62]: sviluppo formazione specifica nel settore

Commento [C63]: sviluppo delle cure domiciliari

Centri Hub e Spoke

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012:
 - unità di cure primarie e studi multi professionali;
 - presidi residenziali di assistenza primaria (cd. Ospedali di comunità);
- accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;
- assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento);
- piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

Azione 14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo

Il nuovo PSSR 2012-2015, adottato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, individua una serie di obiettivi rivolti al rafforzamento delle attività sanitarie territoriali per migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza, nel rispetto della restrizione economica attuale. Le principali linee direttrici definite dalla programmazione regionale contenuta nel Piano e nei provvedimenti regionali emanati in attuazione dell'Addendum al Programma Attuativo del Piano di Rientro, riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio regionale sono le seguenti:

- riordino delle Cure primarie, comprendenti la medicina generale intesa in tutti le sue funzioni, la pediatria di territorio e la specialistica ambulatoriale, mediante lo sviluppo dei modelli di associazionismo e di integrazione mono e multiprofessionale previsti dal vigente contratto nazionale (con il distretto che svolge un ruolo di governo e di coordinamento territoriale, oltre che sede di riferimento);
- potenziamento della rete territoriale attraverso la realizzazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali distrettuali prioritariamente destinate all'assistenza continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle cronicità e alla risoluzione di problematiche socio-sanitarie post-acute;
- coordinamento tra strutture ospedaliere e rete territoriale con l'obiettivo di semplificare e di "accompagnare" l'intero percorso di cura del paziente, perseguendo quell'integrazione ospedale-territorio finalizzata anche a risolvere il sempre più pressante problema dell'improprio sovraffollamento delle strutture ospedaliere.

Commento [C64]: ad integrazione dell'attività domiciliare e a supporto nelle aree a ridotta offerta?

Commento [C65]: l'infermiere case manager è stato valutato come funzionale

Gli obiettivi previsti dall'Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011, punto 1.4.2) sono qui di seguito riportati:

- aggiornamento dell'organizzazione della medicina generale, attraverso l'implementazione del modello fondato sulle forme associative e finalizzato a garantire un maggiore accessibilità, qualità delle cure e continuità assistenziale;
- riorganizzazione dell'assistenza specialistica, attraverso l'attiva partecipazione alle forme organizzative complesse di assistenza primaria e la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera.

Commento [C66]: integrato con ambulatori infermeiristici

Per quanto attiene all'impatto economico connesso alla contrattazione integrativa regionale, occorre far riferimento alla seguente normativa nazionale:

- l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 29.7.2009, laddove in relazione alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ex art. 26 ter, quali forme organizzative multiprofessionali dei medici convenzionati finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza h 24, si stabilisce che "per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse di cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti all'UCCP, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico";

Commento [C67]: devono essere definite procedure/protocolli

... Anche il ruolo e la connotazione delle equipe territoriali devono essere riconsiderati e riorientati in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali definite dall'A.C.N. 2009, art. 12-26 bis (Aggregazioni funzionali territoriali), come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio, con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti. Sul versante della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) sono state adottate misure correttive ai fini della revisione e riorganizzazione del servizio sul territorio regionale, attraverso l'aggiornamento degli accordi integrativi regionali senza oneri aggiuntivi, in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro. Fra gli interventi posti in essere, in

Commento [C68]: ??? ma si parla di monoprofessionalità o multiprofessionalità

coerenza con le misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico-finanziario in corso nell'ambito della programmazione regionale, figura la riorganizzazione del sistema regionale di Continuità Assistenziale,

...

Il modello previsto dal PSSR 2012-2015, punto 5.2.4, è fondato sullo sviluppo di un piano di rimodulazione e di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, coerente con le indicazioni della L. n. 189 dell'8.11.2012, con la costituzione di team multiprofessionali adeguatamente integrati, al fine di:

- acquisire il maggior numero possibile di assistiti e di garantire una risposta appropriata alle esigenze di salute dei pazienti in ogni parte del territorio regionale;
- ottimizzare l'esercizio delle competenze delle diverse professionalità, la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina d'iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Nella pianificazione strategica di cui al P.S.S.R. 2012-2015 il Centro di Assistenza Primaria (di seguito: CAP) viene configurato quale centro polifunzionale e multiprofessionale che, raggruppando e coordinando professionalità e servizi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, funge da fulcro dell'organizzazione delle cure primarie, rappresentando lo strumento gestionale dell'A.S.L. e del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sul territorio (MMG/PDLS, specialisti ambulatoriali interni, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture/servizi dell'area socio-sanitaria).

Pertanto nel P.S.S.R. il CAP rappresenta un punto di snodo territoriale per la ricerca di un'interrelazione fra il percorso di presa in carico da parte della medicina territoriale di base ed il percorso specialistico-ospedaliero, nell'ambito di un modello di organizzazione sanitaria in cui: l'ospedale non è più il riferimento di centralità del sistema e l'unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità; si allarga l'offerta delle risposte sanitarie di base nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti....

Pertanto nel CAP la figura del medico di medicina generale, quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle cure, si coordina con quella dei medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) e dei medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri, con il supporto di personale dedicato dell'area infermieristica, tecnico-sanitario, socio-sanitaria, amministrativa e diagnostica di base, tutti collegati in rete locale e aziendale, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale 7/7 giorni la settimana.

...

Anche tali progetti, così come quello avviato ad Arona, verranno attivati ad avvenuta definizione da parte delle ASL, entro il 30/06/2013, dei seguenti provvedimenti necessari per garantire l'operatività e la funzionalità del CAP :

- regolamento aziendale di funzionamento del CAP;
- protocolli di collegamento ed interrelazione operativa del CAP con:
 - il sistema dell'emergenza-urgenza;
 - l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera,
 - l'area socio-sanitaria;

Commento [C69]: da integrare con le attività infermieristiche, sia in forma integrata con i MMG sia in forma autonoma (ambulatorio infermieristico a sostegno

Commento [C70]: del percorso di presa in carico

Commento [C71]: ad oggi si assiste un marcato ritardo ...

- protocollo per integrazione del CAP nel percorso di presa in carico e continuità assistenziale fra ospedale e territorio, come disciplinato dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012 ai sensi dell'Addendum, punto 1.4.1, ai fini di ottimizzare l'appropriatezza nella presa in carico territoriale.

Commento [C72]: da integrare con l'infermiere che si occupa di continuità assistenziale, l'infermiere case manager ... eccc

Funzione regionale di governance.

Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria

La DGR 28/01/2011, n. 13-1439 "Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria", attuativa del Piano di rientro 2010-2012, introduce, nello scenario delle modalità di assistenza territoriale, le strutture per la continuità assistenziale a valenza sanitaria,

Nella nuova area di attività individuata, prevale la componente sanitaria di carattere assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo, La D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 ha approvato i criteri per la realizzazione dell'area di attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria definendo:

- la tipologia di soggetti possibili fruitori con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (50% alta e 50% lieve/moderata);
- i criteri di selezione ed ammissione dei soggetti;
- le modalità di selezione ed ingresso nel setting;
- i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione di cui trattasi;
- il monitoraggio sul funzionamento dell'attività;
- Il piano di formazione specifico;
- Il fabbisogno conseguente di posti letto extraospedalieri pari a n. 1.100, articolato nelle sei aree sovrazonali in cui è suddiviso funzionalmente il territorio regionale, e la tariffa giornaliera articolata in due fasce, in base al grado di complessità clinico-assistenziale, pari a € 120 (lieve/moderata), ed € 130 (alta). La tariffa giornaliera media è, in tal modo, pari € 125 al giorno.

Presidi residenziali di assistenza primaria

Area							
Sovra zonale	Torino sud est	Torino nord	Torino sud ovest	Piemonte nord est	Piemonte sud ovest	Piemonte sud est	Totali
Popolazione	499.632	974.342	929.858	958.155	614.505	732.990	4.709.481
Posti letto	100	280	220	200	160	140	

Tabella 2 – Presidi residenziali di assistenza primaria

- Tale fabbisogno di posti letto viene soddisfatto dalla riconversione, entro il 30/06/2013, in parte di posti letto in RSA ad alta assistenza, in parte di posti letto di Lungodegenza e di RRF di I livello, non più contrattualizzati, nelle Case di Cura private accreditate... La scelta della soluzione relativa alla tipologia di posti letto da riconvertire in continuità assistenziale, è legata alla realtà locale, in termini di disponibilità di strutture esistenti che, più facilmente di altre, hanno la possibilità di effettuare la riconversione secondo i requisiti richiesti. I posti letto delle RSA ad alta assistenza, non più utilizzati in regime di prosecuzione delle cure, con oneri

Commento [C73]: non sarebbe utile quantificare in modo chiaro il ritardo accumulato al fine di definire in maniera altrettanto chiara un programma d'azione?

Commento [C74]: quindi si potrebbe ipotizzare che in realtà parzialmente critiche per la tipologia del territorio si possano riconvertire le strutture eventualmente anche agganciandole con CAP, ambulatori infermieristici e progetti d'infermieristica d'iniziativa

interamente a carico del SSR per i primi 30 giorni, continuano ad essere resi disponibili per l'assistenza residenziale ordinaria a soggetti non autosufficienti, con oneri a carico del SSR per quanto riguarda la sola quota sanitaria, secondo quanto previsto dalla DGR n. 45-4248 del 30/07/2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni".

Risultati programmati

- Sviluppo della rete della continuità assistenziale a valenza sanitaria secondo le previsioni della D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, attuativa dell'Addendum al Piano di rientro 2010-2012, quale risposta appropriata e qualificata al fabbisogno di cure residenziali di assistenza primaria;
- garanzia dell'utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere per le postacuzie, rimanendo ...

Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).

- riduzione del numero di ospedali, e dei laboratori, a garanzia della sostenibilità professionale e della riduzione dei costi (pochi ospedali che concentrano l'attività degli attuali numerosi presidi, accompagnati da laboratori correttamente dimensionati per numero e tipologia di diagnostiche);
- riduzione della inappropriata offerta, maggiore appropriatezza;
- de-medicalizzazione di eventi fisiologici, quali gravidanza, parto, infanzia;
- personale infermieristico e tecnico: assistenza alla persona, diagnostiche di base;
- verifica dell'esigenza del supporto alla diagnostica di laboratorio da parte dei privati accreditati, in considerazione del fatto che i laboratori analisi pubblici della rete ospedaliera sono in grado di assorbire l'attività analitica del privato accreditato.

Azione 14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa

Intervento 14.4: Assistenza territoriale

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori);
- piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali, PUA, adozione e diffusione di strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili).

Una delle criticità, più volte emersa nei Verbali del Tavolo di verifica, è quella relativa alla carenza di un provvedimento "ricognitivo", una sorta di Testo Unico volto a ricapitolare il "Piano di assistenza territoriale" in modo da chiarire il percorso di cura del paziente, nonché le tematiche legate alle tossicodipendenze e alla salute mentale.

In tale ambito, l'obiettivo del Programma Operativo 2013-2015 è, dunque, la predisposizione di un Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione

Commento [C75]: i punti riportati sono quelli espressi nella DGR 11-5524 del 14 marzo 2013, sono di difficile comprensione gli obiettivi definiti nonché alcuni non risultano pianificati in termini di perseguimento

Commento [C76]: tale dichiarazione, già presente nell'allegato A della DGR 14 marzo 2013, n. 11-5524 lascia dubbi in quanto non si evidenzia un trattamento in origine (sulla prescrizione)

Commento [C77]: ??? nessun intervento definito permette di comprenderne il significato

Commento [C78]: come obiettivo del processo di riorganizzazione non risulta chiaro in quanto non fa altro che definire l'azione precipua delle figure professionali

dell'assistenza territoriale e distrettuale, da adottarsi, con apposita DGR, entro dicembre 2013.

...

Commento [C79]: quali attori sono stati coinvolti?

Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili

L'attuale risposta residenziale e semiresidenziale per persone disabili è articolata ai sensi della D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 in tre fasce assistenziali.

Il PSSR prevede la definizione di un nuovo modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone disabili, articolato in un ventaglio più ampio di risposte disponibili e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai differenti bisogni che attualmente connotano la popolazione disabile. Il principio guida del modello sarà l'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire spostamenti di struttura. Il modello che si proporrà è finalizzato a semplificare e riorganizzare le strutture attraverso la rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale, al fine di permettere una maggiore flessibilità nell'assistenza offerta, garantendo in questo modo risposte maggiormente calibrate sugli effettivi bisogni della persona.

Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani

Il PSSR 2012-2015 Parte I – "... prevede di dare sviluppo alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani attraverso una revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate. ...

Commento [C80]: quali attori sono stati coinvolti?

Risultati programmati

- Semplificazione del sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale attraverso l'individuazione di due tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale denominate: "R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale" e "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo" e quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", "Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.)", "Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.)" e "Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura (C.D.A.I.)";
- rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale nell'ambito di quattro fasce assistenziali residenziali (R1, R2, R3, R2D) in luogo delle tre di cui alla D.G.R. n. 17-15226/2005 e smi, nonché di un livello incrementato e di un livello per le demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità e di due fasce assistenziali semi-residenziali (SR e SRD);
- integrazione delle specifiche esigenze correlate a patologie quali Morbo di Alzheimer ed altre demenze senili, di cui alla D.G.R. 38-11189 del 06/04/2009, nell'ambito del modello di assistenza residenziale socio-sanitaria per anziani;
- definizione dei nuovi parametri assistenziali in grado di permettere una maggiore flessibilità nell'assistenza offerta per garantire risposte maggiormente calibrate sugli effettivi bisogni a cui far fronte;
- .

Commento [C81]: quali attori sono stati coinvolti?

Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

Il flusso FLS 21, relativo all'anno 2012, evidenzia che sono stati trattati in ADI 33.050 casi di soggetti ultrasessantacinquenni, pari al 3,24%, essendo il numero di ultrasessantacinquenni in Piemonte di 1.019.570. Si può affermare che l'obiettivo, fissato al 3,2% dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012, è stato raggiunto. Il gap rispetto allo standard di 4 casi trattati in ADI per 100 ultrasessantacinquenni, oggetto di recenti verifiche da parte del Ministero concluse il 20/12/2012 con una bonifica della base dati relativa all'anno 2011, può essere colmato progressivamente nel corso del triennio 2013-2015. La criticità evidenziata dal Tavolo nel corso dell'attuazione del precedente Piano di rientro è, in gran parte, di carattere formale più che sostanziale.

■ ...

■ attivazione di un gruppo di lavoro con i Medici di Medicina Generale per delineare strategie condivise per il potenziamento delle Cure Domiciliari, tenendo anche presenti le risorse che si libereranno con la riduzione dei posti letto ospedalieri, nonché la chiusura di alcuni presidi, circoscrivendo l'ambito per gli interventi monoprofessionali e prestazionali, che sono rivolti ad assicurare comunque risposte a bisogni di bassa complessità assistenziale a domicilio.

Commento [C82]: considerando che l'assistenza domiciliare ha come principale interlocutore gli infermieri si evidenzia che avere come unici interlocutori i MMG è limitativo

Azione 14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici

La Regione Piemonte intende recepire il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, al fine di richiamare e indirizzare i Servizi territoriali agli obiettivi specifici prioritari individuati dal Piano per la tutela della salute mentale in età adulta, nell'ambito dei programmi terapeutico-riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici.

Autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui Gruppi Appartamento (residenzialità leggera).

La disciplina regionale non ha previsto fino all'emanazione del Piano Sanitario Regionale 2010-2013 norme specifiche per l'autorizzazione l'accREDITAMENTO e la vigilanza sui Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici.

Tale vuoto normativo, interrotto con le previsioni del nuovo PSSR 2012/2015, ha determinato una situazione poco controllata e controllabile in merito ad una giusta programmazione sui posti letto (sparsi in modo disomogeneo su tutto il territorio) sull'inserimento dei pazienti in tali strutture (utenti con esigenze assistenziali medio-alte specifiche per l'inserimento in comunità protette) e assenza di criteri per la determinazione della retta giorno/utente (oscillazioni da 40 a 160 €).

Gli uffici regionali hanno provveduto al censimento regionale e, con il lavoro di un'apposita commissione istituita ad hoc, all'elaborazione di un documento normativo, in fase di approvazione, che fissa i criteri per l'autorizzazione e la vigilanza e la definizione di una tariffa utente/giorno per i Gruppi Appartamento. Dopo l'approvazione di tale documento il gruppo di lavoro dovrà determinare i requisiti per l'accREDITAMENTO e quindi il fabbisogno regionale per tale tipologia di struttura che verrà determinato con successivo atto di Giunta.

Tale procedimento porterà a un controllo territoriale dell'offerta e della spesa regionale.

Commento [C83]: quali attori sono stati coinvolti?

Revisione della rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici e verifica del fabbisogno

Dai lavori preliminari e di redazione del documento regionale sui Gruppi Appartamento è emerso che il numero di posti letto residenziali per la salute mentale, accreditati e non accreditati, appare nettamente superiore a quanto previsto dalla normativa nazionale e dalla programmazione regionale (1 p.l./5.000 abitanti).

Su un fabbisogno ipotetico di circa 900 p.l. (come stabilito dai progetti obiettivo nazionali e dalla DGR di disciplina della Regione Piemonte) allo stato il territorio dispone di 1508 posti letto accreditati tra Comunità protette e Comunità Alloggio e di altri 1500... Allo stato attuale si evidenzia una notevole disomogeneità dell'offerta in base a livello assistenziale: ci sono delle Aziende Sanitarie che presentano ad esempio un numero elevato di Gruppi Appartamenti (bassa intensità assistenziale) e un esiguo numero di Comunità Protette di tipo A e/o B (alta intensità) o viceversa.

Commento [C84]: revisione dei modelli organizzativi

Mappatura dei pazienti psichiatrici

E' in corso un'analisi regionale del percorso intrapreso dai pazienti psichiatrici una volta presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, in particolare:

Commento [C85]: quali attori sono stati coinvolti?

Azione 14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti

Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori

La disciplina regionale ha avviato, in molti e diversi settori dell'attività sanitaria territoriale rivolta ai soggetti minori, azioni mirate all'appropriatezza e uniformità di prestazioni su tutto il territorio. In alcuni ambiti di attività sono state definite e perfezionate attraverso protocolli e linee-guida le caratteristiche delle prestazioni e delle modalità di presa in carico:

Commento [C86]: riconoscere lo stato avanzato dell'assistenza erogata è da sviluppare e riconoscere il modello di presa in carico infermieristica nella cura domiciliare e l'attività di educazione terapeutica rivolta ai caregiver in questo ambito

- Neuropsichiatria Infantile (in particolare per DSA, Autismo, ADHD, integrazione scolastica alunni disabili) :
 -
- assistenza respiratoria nelle patologie complesse e fibrosi cistica:
 -
- cure palliative:
 -
- ADI:
 -
- percorso insufficienza renale:
 -

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.2: Revisione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

REVISIONE RETE OSPEDALIERA PUBBLICA

... Il personale operante nelle strutture soggette a chiusura, verrà trasferito nelle altre strutture regionali al fine di sopperire ad eventuali carenze di organico per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Inoltre, occorre considerare il fatto

Commento [C87]: occorre avere una mappa previsionale delle necessità in ragione del piano di riconversione

che, per una quota parte, il personale sanitario sarà assegnato ai Distretti per poter incrementare il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare (per il punto nascita di Domodossola in base all'Ordinanza del TAR Piemonte).

Commento [C88]: ad oggi il personale è stato assorbito per criticità solo da presidi di assistenza ospedaliera

RETE OSPEDALIERA PRIVATA

Per quanto riguarda la riconversione della rete ospedaliera da privato, occorre partire dal dato di spesa attuale pari a circa 530 €/mln, di cui circa 343 relativo alle Case di Cura e 187 relativo agli Ospedali Classificati ed agli IRCCS di diritto privato.

Per le discipline dedicate alle acuzie si prevede:

- un incremento di 50 posti letto in favore dell'Istituto FPO di Candiolo, recentemente riconosciuto come IRCCS, a partire dal 2014;
- la riduzione di 29 posti letto a carico delle Case di Cura accreditate.
- ...

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Come previsto dalla D.G.R. n. 26-3627/2012, le risorse necessarie per l'attuazione del progetto CAP derivano dalle risorse liberate dalle azioni di riutilizzo/riconversione poste in essere a livello aziendale. Nelle sperimentazioni in corso la valutazione dell'impatto economico evidenzia l'equilibrio o anche un risparmio gestionale, tra il costo connesso alla realizzazione del CAP ed il minor costo derivante dal contestuale intervento di riconversione posto in essere.

Dal monitoraggio regionale della sperimentazione sono attesi risvolti organizzativo-economici, quali la riduzione di:

- codici bianchi presso il Pronto Soccorso/DEA;
- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri inappropriati;
- degenza media presso reparti per acuti e non acuti.

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Programma 16: Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere

Il riordino della Sanità Penitenziaria, di cui al D.Lgs. 230/99, ha trovato la sua attuazione nel DPCM 01.04.2008, attraverso il quale si sono indicate le modalità ed i

criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie in capo all'Amministrazione Penitenziaria.

Intervento 16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 6-13053 del 19/01/2010 ha istituito una Commissione Tecnica per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti con problematiche autori di reato, alternativo all'inserimento in OPG. La Commissione ha il compito di elaborare un programma da realizzare nel territorio regionale, volto a ricondurre la responsabilità delle cure del paziente psichiatrico autore di reato, sia esso detenuto sia internato e ritenuto socialmente pericoloso, al Servizio Sanitario e quindi alla competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. ...

Commento [C89]: ancora una volta risulta assente la figura infermieristica

Con Determinazione n. 342 del 20/05/2010 viene costituito il Gruppo Tecnico Dirigenti Infermieristici con l'obiettivo di costruire le Linee di Indirizzo atte a definire ed uniformare sul territorio regionale il ruolo dei professionisti infermieri nell'equipe di presa in carico e cura della persona ristretta in ambito penitenziario.

Commento [C90]: ???

...
Con l'avvio della nuova legislatura nella Regione Piemonte, sulla base dei nuovi indirizzi politici, si è ritenuto opportuno, con DGR 21-1834 del 7.04.2011, apportare alcune modifiche all'interno del Gruppo Tecnico per la Tutela della Salute in ambito Penitenziario, attraverso l'integrazione di nuove figure rappresentative.

Commento [C91]: quali?

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico.

Azione 18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi.

Azione 18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia"

La raccomandazione n.7/2008 del Ministero della Sanità indica di adottare la Scheda Unica di Terapia dove, in conformità con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione

della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire la tracciabilità. La scheda terapeutica unica è uno strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia ed è parte integrante della cartella clinica. Partendo dall'analisi scaturita dalla rilevazione effettuata sulle modalità attualmente in uso presso le Aziende sanitarie, ivi compreso l'utilizzo di schede di terapia, il progetto si prefigge, nel corso del periodo 2013-2015, di elaborare una proposta di modello di scheda unica di terapia regionale (di possibile informatizzazione).

Commento [C92]: sulla base delle esperienze accumulate in questi anni è possibile superare la forma di proposta per arrivare ad un modello che deve essere però contestualizzato ai diversi ambiti di cura (compreso l'ambito delle cure domiciliari e delle cure residenziali)