

Rete assistenza territoriale
I principi per la definizione degli assetti
organizzativi delle ASL

Torino 13 aprile 2015

Premessa

Tutti i paesi a maggiore sviluppo manifestano l'esigenza di fornire una nuova e migliore risposta ai bisogni dei pazienti cronici e pluripatologici.

Se consideriamo i dati reali, attraverso i flussi Sdo (Schede di dimissione ospedaliera e quindi pazienti realmente ricoverati) ed Emur (Emergenza Urgenza e cioè attività di Pronto Soccorso e di 118) del Ministero della Salute, nell'anno 2013 in Piemonte abbiamo:

□ Ricoveri totali	676.848
□ Ricoveri in urgenza	242.438 (35.8%)
□ Passaggi in Pronto Soccorso	1.768.800
□ Codici bianchi e verdi	1.601.335 (90.53%)

Risulta evidente che l'attività legata all'emergenza urgenza ospedaliera rappresenta oltre il 35% dei ricoveri e che oltre il 40% dei Piemontesi nel 2013 ha avuto un accesso in pronto soccorso (considerando anche i passaggi ripetuti possiamo tranquillamente affermare che almeno 1 piemontese su tre si è recato in PS).

In quel 90.53% di codici bianchi e verdi va ricercata l'inappropriatezza, cioè tutti quei pazienti che si recano in PS perché non trovano una risposta sul territorio, anche se molto spesso esiste.

Considerando i soli ricoveri ordinari, e cioè non considerando la attività di Day Hospital, abbiamo nel 2013 n. 492.399 ricoveri di cui in urgenza n. 232.409 (pari al 47.19%).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha spostato dai 65 ai 70 anni la definizione di anziano.

Dei n. 492.399 ricoveri ordinari, i pazienti che hanno tra i 70 - 90 anni e oltre sono ben 193.605, (pari al 39.3% del totale).

Di questi vengono ricoverati in urgenza 109.030 pazienti pari al 56%. I ricoveri con oltre 90 anni sono 15.300 (in urgenza 80.3%). I deceduti sono il 18.3%, e quindi l'80.7% di questi pazienti ritorna a casa. Questo vuol dire che persone molto anziane vengono sempre più spesso ospedalizzate sebbene una efficace azione mirata di prevenzione e cura domiciliare potrebbe avere grande efficacia.

Infatti, considerando solo l'area medica, abbiamo 149.072 ricoveri ordinari di cui 95.012 (63,72% del totale) con più di 70- 90 anni; di questi in urgenza ben 80.965 (85.2%).

Inoltre abbiamo 27.229 ricoveri ARI 2009 (ad elevato Rischio di Inappropriatezza) sul totale di 193.605, ricoveri dunque che in gran parte potrebbero essere trattati a domicilio o in residenzialità.

Se si osserva poi l'esito di questi ricoveri, il quadro è davvero indicativo della necessità di agire ai fini di un cambiamento di impostazione della gestione della sanità territoriale.

Dei 193.605 ricoveri ordinari con 70-90 anni e oltre questo è l'esito:

Inviati a casa	139.114 (71.8%)
Riabilitazione o post acuzie	4166 (7.3%)
RSA	8133 (4.2%)
Assistenza Domiciliare Integrata	1427 (0.73%)
Ospedalizzazione a Domicilio	380 (0.19%)

Si può osservare la bassissima percentuale di assistenza domiciliare rispetto al 4% previsto dai LEA, motivo per il quale il Piemonte è considerato inadempiente, ma al di là di questo fatto è evidente la assoluta indicazione ad andare quanto prima verso una direzione che individui una reale alternativa al ricovero ospedaliero, potenziando le seguenti attività:

- Continuità assistenziale
- Ospedalizzazione a domicilio
- Diagnostica a domicilio
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Attività socioassistenziali
- RSA
- Volontariato

Questo al fine di realizzare non solo un più adeguato approccio ai bisogni del cittadino, ma fornendo al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

La Regione Piemonte, in coerenza con le indicazioni nazionali (Legge 189/2012, Patto per la Salute, etc.) , intende riorganizzare il proprio modello di governance del territorio, al fine di migliorare

l'organizzazione del sistema di assistenza (centralità del paziente, tempestività di intervento ed efficienza, attività coordinata degli interventi, elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche), la partecipazione del paziente al processo di cura e delle famiglie (informazione), nonché migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali e del terzo settore (c.d. connessione con la comunità di riferimento).

Uno tra i più rilevanti obiettivi della programmazione regionale è lo sviluppo di una rete di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, necessari a garantire benessere e qualità della vita ai cittadini, nonché introdurre percorsi virtuosi nell'utilizzo dei servizi dell'area dell'acuzie e della post- acuzie, riducendo così l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture di lungodegenza di persone in fase di post acuzie che presentano situazioni di disabilità complessa e/o patologie cronico degenerative gravemente invalidanti, attraverso il ricorso a setting assistenziali appropriati.

Il punto di partenza è la delibera n. 600-1 del 19/11/2014 di adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016 dove, in un contesto di integrazione tra le reti di assistenza (dell'emergenza urgenza, ospedaliera e territoriale), sono stati introdotti i principi cardine per lo sviluppo della rete territoriale di cui alla costituenda delibera. (*Vedasi Allegato 1: Estratto DGR 600/2014*).

Alla base della delibera sul riordino della rete ospedaliera vi è la logica della sinergia tra le reti, del dialogo anche telematico e informatico tra i sistemi usando il sistema informativo regionale (flussi informativi EMUR e NSIS del territorio attuali ed in via di definizione).

La riorganizzazione della rete delle cure primarie, con la concreta sinergia tra servizi sanitari e servizi sociali, si realizza attraverso una presa in carico globale del cittadino. Tutto ciò avviene attraverso la programmazione dei percorsi di prevenzione e di intervento sociosanitario già a livello delle strutture più prossime al singolo cittadino, le AFT, che utilizzano protocolli e strumenti condivisi a livello regionale e validati e verificati attraverso le linee organizzative del Distretto e sotto la responsabilità del Capo Distretto.

IL DISTRETTO

La rete territoriale è costituita dai distretti secondo quanto disposto del P.S.S.R. 3.3.2, (DLvo 502 e s.m.i. art. 3-quater, quinquies, sexies-septies).

Dal punto di vista normativo il distretto è l'articolazione territoriale, operativa ed organizzativa dell'ASL; deve assicurare l'espletamento di diverse attività e servizi indicati dall'art. 3- del D. lgs. n. 502/1992, come modificato dal D. lgs. 229/1999, attraverso le finalità previste nel PSSR e i disposti della DLS 502 e s.m.i. La legge nazionale affida al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione e coordinamento dei servizi, anche un funzione di garanzia dell'equità e prossimità nell'accesso dei servizi. Pertanto il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e pianificare le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli enti locali e del terzo settore.

Il potenziamento del ruolo del distretto è una occasione straordinaria per dare una risposta alla necessità non più derogabile di un assetto integrato dei servizi sanitari e sociali. Nel distretto dovranno cioè afferire anche le istituzioni che hanno responsabilità dei servizi sociali (i Comuni nella forma associata), il vasto mondo del volontariato e del terzo settore per costruire un modello forte ed omogeneo per la gestione dei servizi ad integrazione socio-sanitaria. Occorre passare al "distretto della salute e della coesione sociale".

FUNZIONI DEL DISTRETTO

FUNZIONE DI TUTELA E GARANZIA

Valutare quali servizi per quali bisogni

- Garanzia dei LEA territoriali
- Approccio alla pianificazione e programmazione anche con il sociale
- Analisi dei bisogni epidemiologici e consumi sanitari
- Eventuale riprogrammazione dell'offerta



Il distretto svolge un ruolo chiave rispetto a:

- Analisi domanda di salute, governo dell'offerta dei servizi
- Integrazione delle istanze dei portatori di interessi sanitari e sociali
- Realizzazione di attività di promozione della salute, di prevenzione individuale delle malattie e delle disabilità
- Sviluppo della cultura e della realizzazione dell'integrazione tra attività territoriali e ospedaliere e tra i servizi sociali e socio-sanitari

FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLA RETE ED EROGAZIONE SERVIZI

- Coordinamento delle rete dei servizi
- Erogazione dei servizi gestita dal Distretto
- Ruolo centrale dei MMG e PLS
- Governo e controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni



Il Distretto promuove attività di educazione alla salute e assicura:

- I servizi di Assistenza Primaria
- L'assistenza sanitaria di base e la Continuità Assistenziale
- L'assistenza domiciliare
- L'assistenza residenziale e semi-residenziale
- L'assistenza consultoriale per infanzia, maternità e famiglia
- L'assistenza specialistica e la prenotazione tramite CUP
- L'informazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini, ai fini dell'utilizzazione dei vari servizi sanitari e socio-sanitari

Il Distretto deve essere un luogo riconoscibile dai cittadini perché risponde non solo ad aspetti amministrativi ma ai bisogni di salute della comunità locale.

Il suo ruolo si ridisegna anche nell'aggiornamento dei LEA socio-sanitari, attualmente in discussione, pertanto la sua funzione diventa essenziale come parte della governance di sistema.

Ai fini della definizione dell'assetto organizzativo delle ASL sono da considerarsi i seguenti indirizzi:

- ❖ **Modello di governo:** "distretto forte" con unitarietà del ruolo di committenza e di gestione dei servizi territoriali (ruolo di produzione), con Direttore del Distretto più operativo e gestionale (figura sanitaria che governa e gestisce i processi), con Budget definito e certo.

Un distretto per essere considerato forte deve definire il luogo e le modalità di confronto con gli enti locali (Comitato dei Sindaci art. 3 quater comma 4 del D.Lgs 502/1992), deve effettuare programmazione attraverso il Programma delle attività territoriali (PAT) e deve aggiornarlo periodicamente (art. 3 quater comma 2 del D.Lgs 502/1992).

Infine è necessario definire le modalità di coordinamento con i Dipartimenti aziendali (DSM, Prevenzione, etc.) per il raggiungimento degli obiettivi individuati nel PAT e per i quali il distretto deve avere una funzione di co-programmazione, sviluppo e controllo.

Pertanto le linee strategiche del distretto che necessitano di un costante monitoraggio sono:

- ☐ Rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pz fragili, cronici e disabili;
- ☐ Adottare un modello di presa in carico capillare complessiva omogenea ed equa al fine di aumentare l'appropriatezza del contesto di cura;
- ☐ Sviluppare percorsi strutturati per pz fragili e disabili volti a superare le diseguaglianze di accesso.

- ❖ **Dimensionamento del distretto:** il Distretto viene dimensionato nella Delibera regionale 1-600, in armonia con il Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri, e prevede un bacino di utenza 80.000-150.000 abitanti. Si raccomanda la coincidenza con gli ambiti sociali. Di seguito si riporta quanto previsto dal P.S.S.R. ancora vigente 3.3.2.

- ☐ *I direttori di distretto sono chiamati a gestire budget significativi, collegati a notevoli responsabilità gestionali, relazionale e progettuali. Per questo è previsto che i direttori*

generalmente, ogni cinque anni, valutino il loro operato e, se positivo, applichino di norma, salvo motivate eccezioni, una rotazione dei direttori di distretto.

- ☒ *Il rafforzamento dei compiti del Distretto richiede l'articolazione in un'area territoriale idonea a superare la parcellizzazione rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consente lo svolgimento della funzione di governance e di garanzia delle necessarie efficienze organizzative*
- ☒ *Ai sensi dell'art. 19 della l.r. 18/2007 le A.S.L. articolano il proprio territorio in distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, fatte salve eventuali eccezioni per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali.*
- ☒ *I Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 70.000 abitanti sono configurati come struttura complessa; ove abbiano un bacino d'utenza minore devono essere previsti come struttura semplice).*

Degli attuali 56 distretti si arriva così a una forbice compresa tra 30 a 56. Negli atti aziendali predisposti dai Direttori Generali nel 2014 ne sono stati proposti 39.

A questo proposto risulta strategica la figura professionale del Direttore Distretto. Per quest'ultima deve essere prevista un'adeguata formazione specifica, una selezione rigorosa anche attitudinale che preveda capacità gestionali e relazionali non comuni, nonché una imprescindibile capacità di lavorare in sinergia con gli altri attori del sistema socio sanitario.

E' istituito un Coordinamento Regionale dei Direttori di Distretto presso l'Assessorato alla Salute

CONFIGURAZIONE DEI DISTRETTI NEL PERIODO PROGRAMMATARIO

Come sopradescritto il numero dei distretti delle ASL dovrà essere ridefinito prendendo a riferimento il parametro orientativo di 80.000 - 150.000 abitanti (in armonia con un bacino di utenza pari a quello di un presidio con Pronto Soccorso di territorio, come peraltro già previsto dalla delibera regionale 1-600 ma derogabile in aumento ad es. nelle aree metropolitane). E' necessario verificare la riorganizzazione delle zone sociali attualmente in corso. Eventualmente potrà essere previsto che "Ove le zone sociali risultino diversamente articolate, queste dovranno comunque afferire ad un solo distretto".

Tabella: Numero di Distretti attivabili per singola ASL

Azienda	Popolazione e 2013	Numero distretti massimo	Numero Distretti minimo	Numero Comuni
		80.000 ab.	150.000 ab	
010201 - To1 (Torino)	488.955	6	3	1
010202 - To2 (Torino)	419.870	5	3	1
010203 - To3 (Collegno)	586.587	7	4	109
010204 - To4 (Chivasso)	521.094	7	3	177
010205 - To5 (Chieri)	309.742	4	2	40
010206 - Vc (Vercelli)	176.938	2	1	92
010207 - Bi (Biella)	176.895	2	1	74
010208 - No (Novara)	349.397	4	2	77
010209 - Vco (Omegna)	174.156	2	1	84
010210 - Cn1 (Cuneo)	420.969	5	3	175
010211 - Cn2 (Alba)	171.457	2	1	76
010212 - At (Asti)	209.182	3	1	106
010213 - Al (Casale Monferrato)	453.355	6	3	195
Totale complessivo	4.458.597	56	30	1.207

LA RETE DELLE CURE PRIMARIE

Nel distretto così dimensionato possono essere attivate:

- da 3 a 5 AFT (30.000 abitanti per ciascuna)
- 1 o al massimo 2 UCCP (80.000-90.000 abitanti ciascuna).

Nelle realtà metropolitane sarà possibile prevedere aggregazioni anche maggiori, mentre nelle realtà territoriali disagiate organizzazioni più snelle e articolate.

E' importante individuare degli obiettivi di salute (stimolare la prevenzione in specifiche aree ad es. oncologica, diabetologica, valutare le aree di rischio per l'area cardio-vascolare, sviluppare la telemedicina, etc.), oltre che assegnare specifici obiettivi alle AFT con sistemi premianti per la razionalizzazione delle risorse (ad esempio individuare politiche per il corretto uso dei farmaci, per la

diagnostica pesante TC/RM con le priorità di accesso, appropriatezza dei ricoveri per la riduzione delle “fughe” dei pazienti da percorsi, etc.)

Presso le AFT avviene anche la programmazione dei percorsi socio-assistenziali per i singoli pazienti, in sinergia con gli assistenti sociali dei Comuni/Enti Gestori, fornendo così un'unitarietà di risposta ed utilizzando le risorse dei Distretti, dei Consorzi e del Volontariato. Tutte le figure indicate devono essere adeguatamente coordinate, usufruendo per la loro operatività delle Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria (Accordo Stato-Regioni 7 febbraio 2013).

I DIPARTIMENTI

Ai fini della definizione dell'assetto organizzativo delle ASL sono da considerarsi i seguenti indirizzi:

- ☒ Abolizione di tutti i cosiddetti Dipartimenti trasversali o anomali.
- Programmazione dei soli Dipartimenti istituiti per legge (Prevenzione, Salute mentale, Servizi Materno infantili) rispettivamente uno per ASL, articolati in rete e con un coordinamento regionale presso la programmazione.
- Individuazione dei criteri, delle modalità di costituzione e di funzionamento dei Dipartimenti nonché, all'interno degli stessi, delle strutture complesse e semplici.
- *Sarà necessario definire se tali Dipartimenti entrano nel distretto a pieno titolo o interagiscono con esso con diversa autonomia ovvero se trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.*

Una soluzione potrebbe prevedere la presenza di un unico dipartimento per ASL con un Coordinamento regionale .

LE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE: STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI

La riorganizzazione dei servizi di assistenza dell'emergenza, ospedaliera e territoriale passa anche attraverso la revisione del piano delle articolazioni organizzative delle Aziende, innanzitutto strutture complesse e semplici.

La razionalizzazione delle strutture complesse e semplici inoltre è un prerequisito necessario per la definizione di un piano di ottimizzazione delle risorse necessario per raggiungere l'obiettivo.

A tal fine è necessario definire gli standard di strutture complesse e semplici a cui le singole Aziende dovranno attenersi nel definire il proprio piano di organizzazione/Atto Aziendale. Tali standard sono da

definirsi sulla base dei parametri nazionali di cui al Comitato LEA (una struttura complessa ogni 13.525 abitanti).

Ai fini della definizione delle articolazioni organizzative delle ASL sono da considerarsi i seguenti indirizzi:

- Definizione delle tipologie di Strutture Complesse e/o semplici
- Definizione del numero di Strutture Complesse e semplici sulla base dei parametri standard nazionali (attualmente sono 523 SC sanitarie e amministrative; il calcolo degli standard di cui al Comitato LEA applicato in Piemonte ne definisce massimo 318).

Tale articolazione:

- comporta una riduzione dei costi delle S.C. e quelle dei dipartimenti;
- definisce con certezza le responsabilità individuali operative, organizzative e amministrative.

VINCOLI ALL'ATTIVAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE PER LE FUNZIONI DI SUPPORTO TECNICO-AMMINISTRATIVO E DI STAFF.

Sarà necessario prevedere la riduzione di molte S.C. e S.S. amministrative e sanitarie presso le direzioni: generale, sanitaria o amministrativa che comporterà una maggiore disponibilità nei distretti di personale sanitario per compiti operativi (es., accelerare i tempi per l'attivazione delle ADI, riduzione della burocrazia sul territorio, meno conflitti tra competenze delle direzioni generali).

I dipartimenti amministrativi e gestionali saranno ridotti a poche S.C. in capo all'ASL. Infatti, riducendo al minimo le strutture complesse territoriali (spesso burocratiche e poco funzionali) si articolerà il distretto con strutture semplici più snelle e più funzionali dal punto di vista operativo e che si adattano meglio alla presa in carico del pz H24 soprattutto a seguito di dimissioni ospedaliere.

Esempi di Strutture Semplici distrettuali in capo al Direttore del Distretto:

- S.S. Cure domiciliari e nucleo distrettuale di continuità delle cure Ospedale –territorio.
- S.S. di innovazione e sviluppo dell'attività Informatica a supporto dell'attività distrettuale e dell'integrazione delle cure ospedale –territorio e trasmissione dei dati presso l'assessorato regionale alla sanità.
- S.S. di Geriatria e assistenza sanitaria nelle strutture residenziali distrettuali.

STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE DELLE CURE PRIMARIE E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'inizio del processo di ristrutturazione immediatamente attuabile passa anche attraverso la centralizzazione h.24 delle chiamate non urgenti per le cure primarie (ivi comprese le chiamate di Guardia Medica) in 4 quadranti, gestite da personale dei Distretti (articolazione e costi già definiti e sostenibili).

Questo può essere il concreto inizio per fornire ai Distretti uno strumento per realizzare in maniera più rapida i loro compiti, implementando, misurando e riorganizzando progressivamente le varie organizzazioni e servizi, propedeutico al 116117 come da linee guida nazionali previste dal patto della Salute, Stato regioni 7 febbraio 2013 e Regolamento.

In questa fase è necessario che il Distretto partecipi all'individuazione degli standard per l'attivazione del servizio e alla loro definizione, che lo stesso sia impegnato nella comunicazione e condivisione del percorso con gli *stakeholders*, fornisca una valutazione dei rischi e partecipi alla valutazione dei risultati ottenuti (per poter effettuare manovre correttive nella definizione dei budget dei diversi servizi).

Inoltre, ciò può rappresentare un formidabile strumento di ausilio per tutti gli operatori presenti sul territorio. Primi fra tutti i Medici di Medicina Generale, che avrebbero immediato accesso per via informatica e telematica ad ogni tipo di informazione utile, sia relativa ai propri pazienti che ai servizi disponibili su tutte le reti sanitarie e socioassistenziali, oltre che assistenza logistica di ogni tipo.

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE:

In attuazione del Patto per la Salute 2014 - 2016, diventa necessario definire modelli organizzativi innovativi per poter restituire ai piemontesi una risposta socio sanitaria funzionale nell'attuale periodo di crisi economica.

Nella società degli ultimi decenni, la famiglia ha esercitato un minore livello di protezione socio-sanitaria nei confronti del singolo individuo rendendo più fragili le fasce deboli della popolazione. In questo periodo è prevalsa spesso la necessità di proteggere l'individuo anche in sostituzione della famiglia, e quindi di creare dei percorsi assistenziali guidati con oneri prevalentemente a carico dell'Ente Pubblico.

Il percorso sanitario e quello assistenziale devono essere percorsi che hanno una integrazione assoluta: per fare questo bisogna che ci sia un riconoscimento, da parte delle Comunità, dell'assistenza sociale e dell'assistenza sanitaria di base.

A tale scopo le strutture appositamente individuate all'art. 5 del Patto per la Salute 2014 - 2016, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), rappresentano il punto di confidenza più vicino al cittadino, proprio perché in esso vi è innanzitutto l'aggregazione dei Medici di Famiglia, depositari della tutela della salute dei rispettivi assistiti.

Le AFT, gestite dai MMG con il supporto degli infermieri, assistenti sociali e amministrativi organizzati, governati e forniti rispettivamente dal Distretto e dai Consorzi del territorio, svolgono la funzione di

presa in carico globale dell'individuo in stato di necessità, sia dal punto di vista sanitario che del supporto sociale alla famiglia, anche utilizzando le risorse tecnologiche e di comunicazione delle centrali operative del territorio (CURAP) rispondenti al numero unico europeo delle cure primarie 116117. In tal modo diventano il punto di riferimento della popolazione anche per l'accesso alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale (garantite in ogni distretto dalla organizzazione delle Unità di Cure Primarie - UCCP), oltre che per le necessità di assistenza domiciliare o semiresidenzialità, e residenzialità collettiva.

Per evitare sprechi e/o spese duplicate tra professionisti specialisti del territorio e ospedalieri, la specialistica necessaria alle UCCP dovrà essere reperita anche in ospedale in apposite sezioni di ambulatori a tempo zero (accesso diretto) su prescrizione del MMG.

A tutela della qualità e per promuovere il senso di appartenenza dei cittadini alla comunità, una apposita organizzazione trasversale, dal livello locale a quello regionale, rileva puntualmente la qualità sui servizi resi.

Si avvia una convivenza anche fisica presso le sedi AFT, dei Consorzi socio assistenziali e delle articolazioni distrettuali delle aziende sanitarie locali, per recuperare un forte momento di integrazione che potrebbe anche sfociare nella futura "fusione" dei consorzi con i distretti.

Dal punto di vista gestionale, l'idea di mettere insieme l'assistenza sociale con quella sanitaria, dà come risultato la moltiplicazione delle risorse e non la mera somma.

Il volontariato meglio organizzato in un contesto socio sanitario può sostenere anche le dimissioni dall'ospedale con attività di supporto alle risorse ospedaliere e territoriali in un sistema solidale a regia pubblica .

In conclusione, tutti i programmi delle attività connesse al funzionamento delle AFT/UCCP devono diventare occasione per sostenere la comunità locale con il rispetto dell'individuo.

ALLEGATO : Estratto Delibera n. 600/2014

4. Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale

In Piemonte nel 2013 si sono verificati 1.768.887 accessi in Pronto Soccorso; di questi l'80% avviene in autonomia e il restante 20% mediante le ambulanze del Servizio di Emergenza Territoriale (SET) 118.

I dati negli ultimi anni sono rimasti stazionari o tendenti alla riduzione, tuttavia è aumentato il carico assistenziale, poiché è stata devoluta al Pronto Soccorso una più ampia gestione, in termini di stratificazione del rischio, definizione diagnostica e trattamento terapeutico, delle complesse situazioni cliniche in termini sociali e sanitari. Ciò nonostante è comunque stata garantita una riduzione in valore assoluto e relativo del numero dei ricoveri.

Le criticità maggiori sembrano risiedere nella gestione territoriale della cronicità, nella prevenzione delle riacutizzazioni, nonché nel monitoraggio della fragilità sia sociale sia sanitaria.

Il progressivo aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'aumento dell'età media della popolazione e la variazione dei modelli di organizzazione sociale impongono, inoltre, di associare al modello di appropriatezza organizzativa, finora utilizzato per definire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere, una più completa e precisa definizione dei PDTA per le patologie croniche o acute a elevata incidenza che dovranno essere "prese in carico" sia dalla rete territoriale che dalla rete ospedaliera. In tal modo sarà possibile migliorare sia l'efficacia che l'efficienza complessiva del sistema ed allo stesso tempo aumentare la qualità percepita da parte della popolazione, spostando l'attenzione dal mero numero di presidi ospedalieri alla disponibilità complessiva di servizi per i problemi di salute più frequenti.

Il distretto si configura come la macro-struttura in grado di esercitare il ruolo di coordinamento nelle azioni di integrazione tra enti, autonomie locali, strutture, professioni e discipline; ruolo, questo, esercitato anche mediante la gestione del budget di distretto.

Per lo sviluppo del proprio mandato, si ritiene ottimale definire una dimensione del distretto tale da consentire un'adeguata e coordinata gestione dei numerosi fattori concorrenti alla continuità delle cure e alla generale funzione di tutela nel rispetto di specificità e caratteristiche territoriali e locali.

Pertanto, nell'ambito della revisione dei servizi assistenziali, territoriale ed ospedaliero, si ritiene necessario prevedere, all'interno del riordino dell'Assistenza Primaria, la ridefinizione della Continuità

Assistenziale in conformità con le “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale” sancite dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 36/CSR). Il contenuto di tale accordo è stato ripreso nelle sue linee dalla Legge 135/2012, e sviluppato ulteriormente sia dal Patto per la Salute 2014-2016 (art. 5), siglato in data 10 luglio 2014, che dal Regolamento nel quale è evidenziato che *“Le Regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell’assistenza primaria, dell’assistenza domiciliare e di quella residenziale...”*. Tale previsione integra e completa il vigente quadro normativo sia in materia di livelli essenziali di assistenza, che con riferimento agli obiettivi economico finanziari nazionali stabiliti per il Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l’art. 5 del Patto della Salute prevede che le Regioni definiscano l’organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l’integrazione - anche con riferimento all’assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri - secondo modalità operative che prevedano sia forme organizzative mono-professionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT ogni 20.000-30.000 abitanti), nonché forme organizzative multi-professionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Le Regioni sono chiamate a disciplinare le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico almeno 12 ore nell’arco della giornata, che operino in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. La normativa indica orientativamente che le UCCP possano essere definite nel numero di una, massimo due per Distretto, considerando un dimensionamento dello stesso con un bacino compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.

Di fatto tale previsione sviluppa quanto già indicato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che prevedeva *“il graduale superamento dell’assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini”*.

Le strutture ospedaliere della rete di emergenza rappresentano i punti di riferimento più visibili e riconoscibili dal cittadino, il quale vi si rivolge per ottenere risposte veloci a bisogni di salute percepiti come urgenti, determinando l’importante fenomeno del ricorso inappropriato al PS.

Infatti anche in Piemonte oltre il 90% degli accessi è un codice bianco o verde, e anche se non necessariamente inappropriato (solo il 10% degli accessi, compresi i codici gialli e rossi, è seguito da ricovero), diventa fondamentale l’integrazione tra i vari livelli dell’assistenza sanitaria per garantire una risposta corretta e tempestiva alle richieste della popolazione.

Di fatti, rispetto ad un Sistema di Soccorso Sanitario di Emergenza e Urgenza consolidato e facilmente riconoscibile dal cittadino nelle sue articolazioni, vi è tuttora una significativa frammentazione delle modalità organizzative dell'Assistenza Primaria a partire dal servizio di Continuità Assistenziale, che opera nel punto di incontro tra ospedale e territorio.

In questo senso già l'Accordo Stato Regioni del 27/7/2011 (Rep. Atti n. 135/CSR) sugli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011, proponeva diversi modelli organizzativi adattabili ai diversi contesti territoriali: in generale esso prevede che "allo scopo di rendere efficace e sostenibile l'integrazione tra i Servizi della Continuità Assistenziale e del Sistema di Emergenza e Urgenza sia indispensabile centralizzare le chiamate di Assistenza Primaria su un numero unico in grado di assicurare una presa in carico delle esigenze non urgenti continuativa nelle 24 ore".

Infatti l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale recita: "...*adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità centralizzando almeno su base provinciale, le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale condividendo con il servizio di Emergenza Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e della Continuità assistenziale*".

Successivamente il 10 luglio 2014 - Patto per la salute 2014-2016 art. 5 (assistenza territoriale) comma 12 – ribadisce che "con riferimento alla decisione europea per l'attivazione del numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, il Ministero della Salute chiede all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della Delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il Servizio di Guardia Medica non urgente. Con apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute, saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del numero unico "116-117" su tutto il territorio nazionale; successivamente le Regioni - in quanto Enti utilizzatori del numero - provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo".

Queste sono le linee di riferimento per un rapido e concomitante rilancio e potenziamento della rete territoriale nella quale saranno investite molte delle risorse liberate dall'efficientamento della rete ospedaliera ottenuto dagli effetti della presente delibera e in questo senso si colloca anche la previsione di attivare posti letto nella misura dello 0,3 per 1.000 abitanti della Continuità Assistenziale quale coerente riconversione dei letto Pubblici e Privati accreditati.