



# BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE PIEMONTE

Torino, 17 aprile 2008

DIREZIONE, REDAZIONE e ABBONAMENTI  
Piazza Castello 165, 10122 Torino  
Tel 0114323994 - 3299 - 2722 - Fax 0114324363  
Sito Internet: <http://www.regione.piemonte.it>  
e-mail [bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it](mailto:bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it)  
Il Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte si pubblica ogni giovedì in Torino.

CONSULTAZIONE presso URP dal lunedì al venerdì ore 9,00 - 12,00, nella sede di Torino dal lunedì al giovedì ore 9,00 - 15,00, venerdì 9,00 - 13,00.  
*Consiglio Regionale* via Alfieri 15 Torino presso: Ufficio Documentazione: tel 0115757342 - Biblioteca: via Confienza 14 tel. 0115757371 - URP: via Arsenale 14/G tel. 0115757444 dal lunedì al giovedì ore 9,00-13,00/14,00-16,00 venerdì ore 9,00-13,00

URP - Torino Piazza Castello 165 - Tel. 0114324903  
Alessandria via dei Guasco 1 - Tel. 0131285518  
Asti Corso Alfieri 165 - Tel. 0141324551  
Biella via Galimberti 10/a - Tel. 0158551568  
Cuneo Piazza Libertà 7 - Tel. 0171603161  
Novara via Dominioni 4 - Tel. 0321393800  
Verbania via Albertazzi 3 - Tel. 0323502844  
Vercelli via Borgogna 1 - Tel. 0161600286



Foto RealyEasyStar

Il Castello di Govone

Le Residenze reali del Piemonte

ATTI DELLA REGIONE - ATTI DELLO STATO

*Supplemento*

*Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611*

*Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008.*

## ABBONAMENTO

## RICHIESTA

Per abbonarsi è necessario farne richiesta compilando il modulo presente al fondo di questo fascicolo o scaricabile dal sito internet del Bollettino Ufficiale, sezione "come abbonarsi" ed inviarlo alla Redazione corredato dell'attestazione di pagamento.

## ATTIVAZIONE E DECORRENZA

L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dall'inserimento del nominativo nella "banca dati Abbonati" dopo il ricevimento in Redazione dell'attestazione di pagamento.

## TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati personali inviati alla Redazione del Bollettino Ufficiale per l'attivazione dell'abbonamento saranno utilizzati esclusivamente ai fini della spedizione dei fascicoli, nel rispetto del disposto del Decreto Legislativo 196/2003.

## ATTI DELLA REGIONE E ATTI DELLO STATO

12 mesi - Codice A1 104,00  
6 mesi - Codice S1 52,00

## CONCORSI, APPALTI E ANNUNCI

12 mesi - Codice A3 46,00  
6 mesi - Codice S3 23,00

## INTERNET

Consultazione  
gratuita

## INSERZIONI

## RICHIESTA E TEMPISTICHE

Le richieste di inserzioni devono pervenire alla Redazione del Bollettino Ufficiale entro le ore 12.00 del mercoledì della settimana precedente la data di pubblicazione del fascicolo. Il testo deve essere inviato su carta libera (Enti pubblici) o su carta bollata (Privati), corredato da una lettera di richiesta e dall'attestazione del pagamento utilizzando il modello scaricabile dalla sezione "invio pubblicazioni" del sito internet del BU.

## PRECISAZIONI

La Direzione del Bollettino Ufficiale declina ogni responsabilità in caso di mancata ricezione del cartaceo dovuta a disservizi postali o disguidi tecnici degli strumenti telematici o informatici. Alla Redazione deve comunque pervenire il cartaceo tramite posta, fax o consegna a mano. In caso di mancata ricezione del cartaceo, non si darà corso alla pubblicazione.

## TARIFFA RIDOTTA

È possibile richiedere la pubblicazione degli avvisi usufruendo di una tariffa ridotta se questi vengono inoltrati alla Redazione tramite la procedura WEB accessibile all'indirizzo [www.regione.piemonte.it/bollettino/](http://www.regione.piemonte.it/bollettino/)

## PUBBLICAZIONI GRATUITE

Statuti Enti locali,  
Associazioni di volontariato,  
Riclassificazione strade,  
Eventi alluvionali del novembre 1994,  
ottobre 2000

## COSTO PER OGNI RIGA O FRAZIONE

La larghezza della riga deve essere di 13 centimetri, corpo 12, carattere Times  
Il costo per riga o frazione di riga è  
1,80 solo cartaceo (Fax o Posta),  
1,20 fax + Procedura Web

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

## Per abbonamenti e inserzioni

## PRESSO GLI UFFICI POSTALI

In contanti con Bollettino o Postagiرو sul C.C. n. 30306104, intestato a Regione Piemonte Bollettino Ufficiale Piazza Castello 165, 10122 Torino

## PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite Bonifico alle coordinate Ufficio Postale n. 63331 - TO13 IBAN IT/80/J/07601/01000/000030306104 Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

## IN INTERNET

Al sito [www.poste.it](http://www.poste.it) tramite postagiرو on-line indicando C.C. n. 30306104, intestato a Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

*In ogni caso l'attestazione di pagamento va allegata in forma cartacea sia alla spedizione via posta che all'invio tramite Fax al n. 011 4324363*

## COSTI COPIA SINGOLA

Atti della Regione e Atti dello Stato	2,60
Concorsi, Appalti, Annunci	1,60
Supplementi fino a 256 pagine	2,60
Supplementi oltre 256 pagine	Prezzo in copertina
Raccolta annuale in CD-ROM a partire dal 2000	25,82
Raccolta storica 1970-1999 Ditta Microshop - Corso Matteotti n. 57, Torino - Tel. 011 5176444	

## VENDITA

Libreria Giuridica, Via Sant'Agostino 8, Torino - Tel. 011 4367076

URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico, Piazza Castello 165, Torino Tel. 011 4324903/4/05

## INDICE SISTEMATICO

### **SANITA'**

#### **D.G.R. 16 aprile 2008, n. 1-8611**

Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008.

pag. 4

## Parte I ATTI DELLA REGIONE

### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611

**Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008.**

A relazione dell'Assessore Artesio:

La legge 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico ha previsto che le Regioni inadempienti rispetto agli obblighi previsti dalle apposite Intese tra lo Stato e le Regioni, riepilogati nell'allegato 1 dell'Intesa Stato - Regioni raggiunta nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 23 marzo 2005, Rep. n. 2271:

- non accedono al maggiore finanziamento del SSN previsto a carico del bilancio dello Stato;

- devono procedere a una ricognizione delle cause e elaborare un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio, successivamente denominato "piano di rientro";

- devono sottoscrivere con i Ministri della Salute e dell'Economia apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza; la sottoscrizione dell'accordo, ai sensi del citato comma 180, è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento, anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma.

Il Tavolo di verifica degli adempimenti richiesti alle Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo del SSN previsto a carico del bilancio dello Stato, di cui all'art. 12 della citata Intesa del 23.3.2005, ha considerato la Regione Piemonte inadempiente per l'anno 2004.

La Regione Piemonte ha presentato in data 10 dicembre 2007 ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze il Piano di riqualificazione del Sistema sanitario Regionale e di riequilibrio economico 2008-2010 e sono in corso le trattative per l'approvazione dello stesso. Il Piano di rientro della Regione Piemonte si basa sul controllo dell'evoluzione dei costi di esercizio e sul costo di acquisto dei servizi sanitari da terzi soggetti erogatori e persegue l'obiettivo di riequilibrare l'allocazione delle risorse,

con il contenimento della spesa ospedaliera a favore di quella destinata alla prevenzione ed all'assistenza territoriale.

Rilevato che, al fine di rendere più pregnante il governo complessivo del Sistema Sanitario Regionale, in parallelo alla predisposizione del Piano di rientro regionale, con deliberazione n. 7-3697 del 27 aprile 2006 la Giunta regionale, disposto il commissariamento di tutte le Aziende Sanitarie Regionali, prevedeva l'adozione da parte dei Commissari, di piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario in due scansioni temporali:

1. a breve termine, con obiettivi da perseguire nel corso dell'anno 2007;

2. a medio termine, con il fine di:

- ridefinire la posizione delle attività sanitarie aziendali nella rete regionale;

- razionalizzare l'attuale articolazione dei servizi;

- rilanciare il ruolo dei distretti nel governo dei processi aziendali, in coerenza con le linee contenute nel PSSR;

- sviluppare in logica sovrazionale le attività amministrative e di supporto;

- nel caso di accorpamento di più Aziende, presentare uno studio di fattibilità dell'accorpamento, garantendo un corretto equilibrio tra decentramento dei servizi sanitari ed accentramento dei servizi amministrativi e di supporto.

Le Aziende Sanitarie Regionali hanno predisposto, nell'anno 2006, i Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario secondo le direttive fornite dalla direzione Sanità e la Giunta regionale, nella seduta del 4 dicembre 2006, ha preso atto delle proposte formulate dai Commissari delle Aziende stesse.

Il processo di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario del SSR, avviato nel 2006 è quindi proseguito, nel corso del 2007, con gli indirizzi per la predisposizione dei piani 2007-2010, mediante le deliberazioni della Giunta regionale n. 59-6349 del 5 luglio 2007 e n. 84-6615 del 30 luglio 2007. Nell'anno 2007, tuttavia, il prolungarsi del dibattito consiliare sui provvedimenti di riordino del SSR e sul PSSR 2007-2010 hanno reso necessaria un'articolazione del PRR di medio tempore in due fasi: quella relativa all'anno 2007 ed il piano 2008-2010.

Nell'ambito dei provvedimenti sopracitati e, in particolare nel documento allegato alla deliberazione n. 59-6349 del 5 luglio 2007 (Allegato A) recante "Direttiva alle Aziende Sanitarie Regionali per i Piani strategici di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (PRR) 2007-2010", venivano indicati gli obiettivi assistenziali, ovvero di riqualificazione dell'assistenza, finalizzati a migliorare l'efficacia del SSR, gli obiettivi strumentali, consistenti nella riorganizzazione della rete dei servizi e presidi e finalizzati a migliorare l'efficienza e gli obiettivi economici, ovvero di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, cui le Aziende dovevano conformarsi in sede di predisposizione del PRR 2008-2010. Veniva altresì delineato il procedimento di predisposizione ed approvazione dei piani articolato nelle seguenti fasi:

- predisposizione progetto ed invio alla Regione;



- confronto con gli Enti locali, con le organizzazioni sindacali confederali territoriali e con quelle rappresentative delle categorie per gli aspetti di competenza, secondo quanto previsto dai relativi CCNL;

- approvazione da parte della Giunta Regionale;

La D.G.R. n. 59-6349 del 5 luglio 2007 approvava altresì un documento recante "Indicazioni per la riorganizzazione aziendale" (Allegato B alla deliberazione) che conteneva gli indirizzi cui le Aziende Sanitarie Regionali dovevano attenersi in sede di predisposizione della proposta di riorganizzazione aziendale contenuta nei piani.

Ciascuno dei direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali, ha predisposto e trasmesso nei termini e modi previsti dai provvedimenti sopracitati, il PRR 2008-2010 delle rispettive Aziende; taluni dei PRR 2008-2010 trasmessi sono stati poi successivamente integrati e/o aggiornati a seguito della ridefinizione della rete delle Aziende Sanitarie Regionali approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. 253 del 22 ottobre 2007. E' stata inoltre espletata la fase di confronto con gli Enti locali, con le organizzazioni sindacali confederali territoriali e con quelle rappresentative delle categorie per gli aspetti di competenza, secondo quanto previsto dai relativi CCNL.

La direzione Sanità, cui compete la gestione dell'intero processo di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario del SSR, ha quindi esaminato i documenti trasmessi dalle ASR, in particolare:

- ha verificato la coerenza dei PRR 2008-2010 trasmessi sia rispetto ai PRR/Piano operativo regionale predisposto e presentato ai Ministeri della Salute e dell'Economia sia rispetto al piano socio sanitario regionale 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 137-40212 del 24 ottobre 2007;

- ha valutato gli obiettivi di riqualificazione dell'assistenza, gli obiettivi strumentali di riorganizzazione della rete dei servizi e presidi e gli obiettivi economici di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario proposti dalle ASR nell'ambito dei PRR 2008-2010 verificandone la congruità con le indicazioni fornite con le DGR n. 59-6349 del 5 luglio 2007 e n. 84-6615 del 30 luglio 2007 e successive circolari esplicative e integrative;

- ha rilevato che l'analisi congiunta del PRR e del conto preventivo evidenzia talora il mancato rispetto del vincolo del contenimento della spesa del personale dipendente e con altre forme contrattali posto dalle leggi finanziari.

All'esito dell'istruttoria effettuata dalla direzione Sanità, anche attraverso successivi incontri e confronti con le direzioni aziendali, e valutati gli sforzi progettuali proposti dalle ASR allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza in termini di adeguamento ai bisogni esistenti o emergenti sia in termini di efficienza delle strutture nonché di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario delle ASR, la direzione Sanità, in coerenza con quanto stabilito nel PSSR 2007-2010, ha ritenuto opportuno:

- fissare, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica, taluni obiettivi generali idonei ad indirizzare l'azione delle Aziende a perseguire l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, da assegnare a tutte le ASR per il triennio 2008-2010;

- fissare, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica, laddove risultavano necessari in considerazione delle peculiari criticità evidenziate nei piani, interventi settoriali talora attuativi del PSSR 2007-2010 idonei ad indirizzare l'azione di singole ASR, obiettivi specifici e/o indicazioni operative che dovranno essere oggetto di specifica assegnazione a talune ASR per il triennio 2008-2010;

- fissare degli obiettivi di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 che le ASR dovranno perseguire nell'ambito del riparto definito dalla DGR n. 84-6615 del 30 luglio 2007 - Allegato sub 2).

Tali obiettivi sono stati definiti all'interno di documenti che si allegano al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale e, più precisamente:

- obiettivi generali dell'assistenza distrettuale per il triennio 2008-2010 (Allegato A);

- obiettivi generali dell'assistenza collettiva per il triennio 2008-2010 (Allegato B);

- obiettivi generali dell'assistenza ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 (Allegato C);

- obiettivi specifici e/o indicazioni operative dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 suddivisi per Azienda Sanitaria Regionale (Allegato D);

- obiettivi di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 (Allegato E).

Alla luce di quanto sopra evidenziato, con il presente provvedimento si ritiene opportuno:

- prendere atto delle scelte strategiche ed organizzative contenute nei PRR 2008-2010 presentati dalle ASR;

- approvare gli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e gli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 come definiti negli Allegati A-B-C-D-E al presente provvedimento;

- rinviare in sede di verifica sugli atti aziendali di cui all'articolo 3 del D.Lgs. 502/1992, che le ASR dovranno presentare nei termini stabiliti dall'articolo 24 della legge regionale 6 agosto 2007 n. 18, ogni valutazione in merito agli obiettivi strumentali di riorganizzazione della rete dei servizi e dei presidi contenute nei PRR 2008-2010 richiamando tuttavia le ASR al rispetto, in sede di predisposizione degli atti aziendali, delle indicazioni fornite con le DGR n. 59-6349 del 5 luglio 2007 e n. 84-6615 del 30 luglio 2007 e successive circolari integrative;

- prevedere che le ASR non possano attivare strutture complesse o strutture semplici a valenza dipartimentale, nuove oppure già istituite ma non ancora attivate, sino all'adozione dei citati atti aziendali specificando che le Aziende, all'interno di tali atti, dovranno indicare separatamente le nuove articolazioni organizzative che si propone di attivare rispetto a quelle già operanti che vengono confermate;

- prevedere che le ASR accorpate provvedano, all'interno dei citati atti aziendali, ad una riorganizzazione dei servizi amministrativi per un razionale uso delle risorse disponibili evitando duplicazioni di uffici e strutture;

- prevedere che le ASR accorpate non possano procedere, nel corso dell'anno 2008, ad assunzioni,

sotto qualsiasi forma, di personale amministrativo (dirigente e di comparto) salvo quelle eventualmente necessarie per il rispetto della normativa inerente le categorie protette e quelle previste dagli atti di stabilizzazione: il numero di incarichi dirigenziali amministrativi di qualsiasi tipo non potrà essere aumentato rispetto a quello in essere alla data della presente deliberazione;

- prevedere che le ASR non possano procedere alla copertura dei posti vacanti di direttore di struttura complessa o di direttore di struttura semplice a valenza dipartimentale sino all'adozione dei sopraccitati atti aziendali;

- rinviare a successivi provvedimenti regionali l'approvazione di eventuali nuove attività previste nei PRR 2008-2010 delle ASR e non ricomprese negli obiettivi di cui sopra;

- prevedere, in coerenza a quanto stabilito nei provvedimenti sopraccitati, che gli obiettivi di cui sopra costituiscano obiettivi di mandato attribuiti a ciascun direttore generale per il periodo dell'incarico, coincidente con l'arco temporale di vigenza dei PRR da adottare e attuare;

- rinviare a successivo provvedimento giuntale la individuazione, nell'ambito degli obiettivi approvati dal presente provvedimento, di quelli da collegare alla conferma dell'incarico o alla concessione del trattamento accessorio dei direttori generali delle ASR ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5 del D. Lgs. 502/92;

- prevedere, allo scopo di monitorare l'azione delle Aziende Sanitarie Regionali sia dal punto di vista del perseguimento degli obiettivi fissati sia da quello dell'equilibrio della gestione, verifiche semestrali dello stato di attuazione degli obiettivi approvati, che saranno valutati sulla base degli indicatori individuati per ciascuno di essi;

- autorizzare le ASR, per attuare gli obiettivi assegnati con il presente provvedimento, a rimodulare la composizione della spesa per il personale nei limiti del tetto massimo di spesa fissato nell'allegato E) al presente provvedimento e fermo restando il rispetto del vincolo posto in materia dalle leggi finanziarie.

Tutto ciò premesso e considerato,

udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime,

*delibera*

per le motivazioni di cui alle premesse:

- di prendere atto delle scelte strategiche ed organizzative contenute nei PRR 2008-2010 presentati dalle ASR, depositati agli atti dell'Amministrazione;

- di approvare gli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e gli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 come definiti negli Allegati A-B-C-D-E al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;

- di rinviare in sede di verifica sugli atti aziendali di cui all'articolo 3 del D.Lgs. 502/1992, che le ASR dovranno presentare nei termini stabiliti dall'articolo 24 della legge regionale 6 agosto 2007 n. 18, ogni valutazione in merito agli obiettivi strumentali di riorganizzazione della rete dei servizi e dei presidi contenute nei PRR 2008-2010 richiamando tuttavia le ASR al rispetto, in sede di predisposizione degli atti aziendali, delle indicazioni fornite con le DGR

n. 59-6349 del 5 luglio 2007 e n. 84-6615 del 30 luglio 2007 e successive circolari integrative;

- di disporre che le ASR non possano attivare strutture complesse o strutture semplici a valenza dipartimentale, nuove oppure già istituite ma non ancora attivate, sino all'adozione dei citati atti aziendali specificando che le Aziende, all'interno di tali atti, dovranno indicare separatamente le nuove articolazioni organizzative che si propone di attivare rispetto a quelle già operanti che vengono confermate;

- di disporre che le ASR accorpate provvedano, all'interno dei citati atti aziendali, ad una riorganizzazione dei servizi amministrativi per un razionale uso delle risorse disponibili evitando duplicazioni di uffici e strutture;

- di disporre che le ASR accorpate non possano procedere, nel corso dell'anno 2008, ad assunzioni, sotto qualsiasi forma, di personale amministrativo (dirigente e di comparto) salvo quelle eventualmente necessarie per il rispetto della normativa inerente le categorie protette e quelle previste dagli atti di stabilizzazione: il numero di incarichi dirigenziali amministrativi di qualsiasi tipo non potrà essere aumentato rispetto a quello in essere alla data della presente deliberazione;

- di disporre che le ASR non possano procedere alla copertura dei posti vacanti di direttore delle strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale sino all'adozione dei sopraccitati atti aziendali;

- di rinviare a successivi provvedimenti regionali l'approvazione di eventuali nuove attività previste nei PRR 2008-2010 delle ASR e non comprese negli obiettivi di cui sopra;

- di disporre che gli obiettivi di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario approvati con il presente provvedimento costituiscano obiettivi di mandato attribuiti a ciascun direttore generale per il periodo dell'incarico, coincidente con l'arco temporale di vigenza dei PRR da adottare e attuare;

- di rinviare a successivo provvedimento giuntale la individuazione, nell'ambito degli obiettivi approvati dal presente provvedimento, di quelli da collegare alla conferma dell'incarico o alla concessione del trattamento accessorio dei direttori generali delle ASR ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5 del D. Lgs. 502/92;

- di disporre che la direzione Sanità proceda a verifiche semestrali dello stato di attuazione degli obiettivi approvati che saranno valutati sulla base degli indicatori individuati per ciascun obiettivo;

- di autorizzare le ASR, per attuare gli obiettivi assegnati con il presente provvedimento, a rimodulare la composizione della spesa per il personale nei limiti del tetto massimo di spesa fissato nell'allegato E) al presente provvedimento e fermo restando il rispetto del vincolo posto in materia dalle leggi finanziarie.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

## Allegato A

**OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE (triennio 2008-2010)***Integrazione socio sanitaria*

- 1) Sportelli socio sanitari distrettuali
- 2) Cooperazione sociale
- 3) Accordi di Programma

*Distretto e Cure Primarie*

- 4) Potenziamento dell'organizzazione distrettuale
- 5) Governo della domanda
- 6) Gruppi di cure primarie

*Anziani non autosufficienti*

- 7) Cure domiciliari
- 8) Residenzialità
- 9) Continuità delle Cure

*Salute Mentale*

- 10) Reinserimento dei pazienti collocati in strutture residenziali
- 11) Presa in carico multidisciplinare
- 12) Coinvolgimento della Comunità Locale

*Disabilità*

- 13) Riqualficazione ed umanizzazione dei servizi

*Assistenza farmaceutica territoriale, integrativa e protesica*

- 14) Fornitura diretta
- 15) Appropriatazza

*Percorsi integrati*

- 16-17-18) Percorsi area materno infantile
- 19) Patologia delle dipendenze
- 20) Percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti
- 21) Profili e Piani di salute

*Premessa*

Gli obiettivi partono dalle indicazioni contenute nel Pssr 2007-2010 recentemente approvato, cui vengono collegati gli obiettivi contenuti della dgr 59/07.

I contenuti sono stati organizzati per macro-temi all'interno del macrolivello assistenza distrettuale a cui è aggiunto un gruppo di obiettivi trasversali ai macroambiti.

Gli obiettivi riferiti all'assistenza distrettuale non vengono declinati per Asl ma si riferiscono all'intera realtà regionale.

*Integrazione socio sanitaria**PSSR 2007-10 (par. 4.2.9) - Sportelli socio sanitari distrettuali*

"...Facilitazione all'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali", gestiti da operatori sociali e sanitari... strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria...Compete allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili... e la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e socio assistenziali) connesse all'erogazione degli interventi..."

*Obiettivo 1*

Stipula di protocolli di Intesa tra Asl ed Enti Gestori delle Funzioni socio assistenziali per l'attivazione di *Punti unici di accesso ai servizi socio sanitari* (al cui finanziamento può contribuire l'erogando Fondo per le non autosufficienze 2007).

Gli sportelli unici possono trovare collocazione anche in articolazioni organizzative già esistenti (Centrali Operative per le cure domiciliari, Centrali Operative per la Continuità Assistenziale, proiezione funzionale nei Gruppi di Cure Primarie in costituzione)

Entro il 2008: almeno uno sportello per Asl

Entro il 2010: almeno uno sportello per distretto

*Indicatori*

Numero di Protocolli di intesa stipulati e di Sportelli Unici avviati.

*PSSR 2007-10 (par. 4.5.3.1)- Cooperazione sociale*

"...per garantire il sistema, sostenere e/o promuovere le iniziative delle organizzazioni del terzo settore... per i servizi di assistenza domiciliare appare cruciale introdurre compiutamente un sistema di "mercato sociale amministrato", attraverso forme di accreditamento di imprese sociali..."

*Obiettivo 2*

Applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale 22 maggio 2006, n. 79-2953 "Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli Enti Pubblici e il Terzo Settore", che prevede, nella programmazione e realizzazione del sistema dei servizi, il riconoscimento e l'agevolazione del particolare ruolo dei soggetti privati non a fini di lucro attivi nel sistema integrato dei servizi, quali espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini. L'art 18 della dgr 79/06 prevede che gli Enti Pubblici riconoscano le cooperative sociali d'inserimento lavorativo quali attori delle politiche attive del lavoro a favore delle fasce deboli e per l'inclusione sociale, prevedendo di riservare una quota parte delle proprie forniture di beni e servizi, diversi da quelli socio sanitari ed educativi, sotto soglia comunitaria, alle cooperative di tipo B del territorio.

*PSSR 2007-10 (par. 4.5.3.1)- Accordi di programma*

"...stipula di accordi di programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, comprese le Asl, ed assumano il Piano di zona come un Patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della Comunità Locale..."

*Obiettivo 3*

Applicazione degli Accordi di Programma stipulati con l'approvazione dei Piani di Zona degli Enti Gestori delle Funzioni Socio Assistenziali, in particolare attraverso l'attuazione degli obiettivi posti dai Tavoli Tecnici di lavoro riferiti a minori, anziani, disabili...

*Distretto e cure primarie**PSSR 2007-10 (par. 4.3.2) - Potenziamento dell'organizzazione distrettuale*

"...Ruolo della direzione del distretto quale stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete, affinché l'analisi del bisogno assistenziale possa tradursi in una risposta organizzata ... al distretto una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete

dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale...”

“...La funzione operativa si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso la forma dei servizi, delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio...”

#### Obiettivo 4

Potenziare l'organizzazione distrettuale, in applicazione di apposite linee guida regionali, dal punto di vista della definizione e gestione/governo - dei processi assistenziali (funzione di tutela e committenza) con la valorizzazione degli strumenti già in essere (direttore di distretto, ufficio di coordinamento distrettuale, Unità di Valutazione Territoriale, ecc.) e in via di definizione (garante della riabilitazione, ecc.)

#### Indicatori

Presenza del garante del percorso riabilitativo (obiettivo annuale, per il 2008).

#### PSSR 2007-10 - (par. 2.2.3) - Governo della domanda

“...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza...”

#### Obiettivo 5

Migliorare l'appropriatezza dei profili prescrittivi in ambito diagnostico e farmaceutico dei MMG e dei PLS.

Contenere il tasso di ospedalizzazione degli assistiti dei mmg per patologie croniche

Obiettivo annuale, da conseguire nel 2008, 2009 e 2010.

#### Indicatori

Analisi dei comportamenti prescrittivi e formulazione di proposte di razionalizzazione.

Tasso di ricovero per bpc, diabete, asma, scompenso cardiaco, ipertensione.

#### PSSR 2007-10 - (par. 4.2.2) - Gruppi di Cure Primarie

“...Organizzare l'assistenza territoriale attraverso Gruppi di Cure Primarie che assistano 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito, con le seguenti caratteristiche di fondo: presenza pluriprofessionale, condivisione di impostazioni di lavoro, relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema territoriale ed ospedaliero di erogazione delle prestazioni, visibilità nei confronti del cittadino...”

#### Obiettivo 6

Riorganizzare i servizi territoriali attraverso la costituzione di forme associative della medicina di famiglia integrate con le figure professionali ed i servizi dei distretti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza:

Obiettivo 2008: costituzione di almeno un gruppo di cure primarie per Asl

Obiettivo 2010: costituzione di almeno un GCP per distretto

#### Indicatori

Presenza dell'atto costitutivo del GCP sottoscritto dagli interessati.

Presenza di specifico documento per definire il funzionamento dei GCP, validazione aziendale e sua applicazione progressiva.

#### Anziani non autosufficienti

#### PSSR 2007-10 (Par. 4.5.2) - Cure domiciliari

“...Accordi territoriali che recepiscono le cosiddette assistenze domiciliari ”in lungoassistenza” che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste attualmente una regolamentazione regionale...”

#### Obiettivo 7

Potenziamento delle cure domiciliari, con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti destinatari degli interventi di lungo assistenza, attraverso la predisposizione di progetti individuali integrati con il Comune/Enti gestori dei servizi socio assistenziali, che possono prevedere anche interventi economici a sostegno della domiciliarità (al cui finanziamento può contribuire l'erogando Fondo per le non autosufficienze 2008).

Obiettivo annuale, da conseguire nel 2008, 2009 e 2010.

#### Indicatori

Numero di interventi in lungoassistenza

Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità

#### PSSR 2007-10 (Par. 4.5.3.1) - Residenzialità

“...Incremento dei Posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (>65 anni)...”

#### Obiettivo 8

Predisposizione delle iniziative volte al raggiungimento dell'obiettivo della messa a disposizione del numero di posti letto in strutture residenziali in rapporto alla popolazione anziana indicato dalla programmazione regionale.

Obiettivo triennale, da conseguire per il 2010.

#### Indicatori

Numero di posti letto per residenzialità anziani non autosufficienti presenti nell'Asl

Numero di giornate di degenza nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti dei residenti nell'Asl

#### PSSR 2007-10 - (Par. 4.5.3.1) - Continuità delle Cure

“...Il principio che dovrà ispirare il modello organizzativo ... è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure...”

#### Obiettivo 9

Potenziamento del percorso di cura in continuità assistenziale di cui alla dgr 72-14420 del 20.12.2004, attraverso la stipula di convenzioni tra Asl, Aso e Gestori delle Strutture Residenziali socio assistenziali per la messa a disposizione di posti letto in tali strutture per ricoveri residenziali a termine, successivi ad un ricovero ospedaliero, nonché attraverso l'attivazione di interventi di post acuzie a domicilio. Nelle convenzioni le Asl si impegneranno ad attiva-



re, per mezzo delle Centrali Operative per la continuità assistenziale, con l'attività valutativa delle UVG e di concerto con l'Azienda Ospedaliera e gli Enti gestori delle Funzioni Socio Assistenziali, le iniziative necessarie alla progettazione ed eventuale prosecuzione del percorso di cura.

#### Indicatori

Giornate erogate in regime di continuità assistenziale (obiettivo triennale, 2008-2009-2010).

Numero di convenzioni avviate tra Asl ed Enti Gestori delle Funzioni Socio Assistenziali e delle Strutture

Numero di centrali operative attivate e personale dedicato.

#### Salute mentale

*PSSR 2007-10 - (par. 4.5.3.4) - Reinserimento dei pazienti collocati in strutture residenziali*

“Rifiuto di scelte che portino all'istituzionalizzazione dei pazienti, tendendo in caso di necessità di ricovero a mantenere il paziente vicino al luogo di residenza; qualora nel percorso di cura si debba giungere al ricovero, il medesimo deve avvenire in strutture residenziali nell'ambito dell'ASL di residenza o di quelle più vicine alla residenza del ricoverato...”

#### Obiettivo 10

Favorire la riconversione del notevole impegno economico assorbito da ricoveri in SPDC, in Case di Cura Neuropsichiatriche e nelle strutture residenziali per realizzare il potenziamento delle attività dei servizi psichiatrici territoriali migliorando l'accessibilità e la presa in carico dei pazienti gravi.

#### Indicatori

Numero di ricoveri in SPDC e Case di Cura Neuropsichiatriche e riduzione dei ricoveri impropri.

Riduzione del numero di inserimenti residenziali in funzione del ricollocamento dei pazienti in soluzioni abitative collocate nel territorio del DSM.

*PSSR 2007-10 - (par. 4.5.3.4) - Presa in carico multidisciplinare*

“Integrazione in ogni Asl dei Servizi di Salute Mentale con gli altri Servizi Sanitari e con i Servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale a partire dai bisogni del paziente”

#### Obiettivo 11

Definizione e strutturazione di modalità e procedure unitarie per la presa in carico multiprofessionale ed integrata di pazienti gravi multiproblematici.

#### Indicatori

Numero di protocolli di presa in carico congiunta, nell'ambito distrettuale, tra il DSM e il MMG, Ospedali, Servizi per le Dipendenze, NPI per la predisposizione di progetti personalizzati.

Valutazione del miglioramento dell'assistenza per i pazienti in carico congiuntamente tra servizi diversi.

*PSSR 2007-10 - (par. 4.5.3.4) - Coinvolgimento della Comunità Locale*

“Messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale che coinvolgono la comunità locale, scuole, luoghi di lavoro e di aggregazione, in collaborazione con i servizi di educazione sanitaria e i medici di medicina generale, che con-

templino azioni di contrasto contro lo stigma e l'esclusione”

#### Obiettivo 12

Partecipazione della comunità locale, delle associazioni di volontariato, delle organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti alla programmazione e sviluppo dei servizi in applicazione della dgr n. 7 - 5602 del 02/04/2007 - Partecipazione dell'utenza e tutela dei diritti nel settore della salute mentale.

#### Indicatori

Numero di incontri effettuati

Istituzione del registro delle Associazioni attive localmente

#### Disabilità

*PSSR 2007-10 - (par. 4.5.3.2) - La riqualificazione ed umanizzazione dei servizi*

“..La piena applicazione della legge 68/199 per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità rappresenta uno strumento essenziale per favorire la loro inclusione sociale: le Aziende Sanitarie Locali e gli Enti Gestori garantiranno la piena realizzazione degli interventi di tipo certificativo e di sostegno propedeutico all'avviamento al lavoro che è loro attribuito dalle norme nazionali e regionali. Inoltre le Aziende Sanitarie Regionali e gli Enti Gestori si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge 68/1999 sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati..”

#### Obiettivo 13

Applicare le normative in materia di inserimento lavorativo di disabili e di persone svantaggiate, nonché di ogni altra misura atta a incentivare l'impegno delle amministrazioni operanti, in particolare applicando la sperimentazione dell'Articolo 14 del d.lgs 276/2003, a “persone... con disabilità intellettiva e psichica i cui inserimenti lavorativi non hanno avuto reiteratamente esito positivo”.

#### Indicatori

Numero di disabili inseriti.

#### Assistenza farmaceutica territoriale, integrativa e protesica

*PSSR 2007-10 - (Par. 4.2.3) - Fornitura diretta*

“... La fornitura diretta di prodotti farmaceutici... ha assunto negli ultimi anni un rilievo particolare con un significativo impatto economico, con il fine di migliorare il controllo dell'utilizzo del farmaco e del consumo di prodotti ad elevato costo...”

#### Obiettivo 14

Progettazione di iniziative sul versante della spesa ovunque sostenuta (ovvero comprendendo il costo per la distribuzione diretta) e sull'aumento della distribuzione diretta da sviluppare, ove non ancora previsto, anche per gli ospiti anziani non autosufficienti di RSA e RAF.

Incremento della distribuzione diretta degli ausili e delle protesi.

#### Indicatori

Volume complessivo e costo distribuzione diretta (analisi temporale)

*PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) - Appropriatezza*

“...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza...”

*Obiettivo 15*

Piena attività delle “Commissioni farmaceutiche per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici delle Asr e per la promozione della continuità assistenziale” previste con D.G.R. 76-4318 del 13.11.06 e loro orientamento all'analisi del comportamento prescrittivo in ambito diagnostico, farmaceutico e riabilitativo.

Adozione delle iniziative necessarie a sviluppare la prescrizione e l'utilizzazione delle specialità medicinali equivalenti.

*Indicatori*

Relazioni e progetti proposti dalle Commissioni distrettuali e dalle Commissioni Ospedaliere per l'appropriatezza prescrittiva.

*Percorsi integrati**PSSR 2007-10 (Par. 4.5.3.3) - Percorsi area materno infantile*

“...I percorsi (percorso maternità consapevole, percorso nascita, percorso crescita, percorso cronicità, percorso adolescenti) devono garantire la presa in carico in un modello di alleanza terapeutica, il superamento della parcellizzazione della risposta, l'integrazione con tutti i servizi sanitari e non, la trasparenza dell'offerta in relazione e a confronto con la domanda di salute espressa dalla famiglia...”

*Obiettivo 16*

Razionalizzazione organizzativa, qualitativa e quantitativa delle strutture in attuazione del Percorso Nascita dell'Azienda (Consultori Familiari, Punti Nascita, Reti assistenziali definite a livello locale o sovrazonale o regionale) in applicazione delle linee guida regionali.

Nell'anno 2008 andranno presentati i progetti di fattibilità del percorso con particolare attenzione alla qualificazione dei passaggi attualmente più carenti ed alle risorse reperibili per l'adeguamento.

*Indicatori*

Stesura del Percorso Nascita aziendale.

Percentuale di gravidanze di donne residenti che concludono il loro percorso nascita in un Punto Nascita di livello adeguato.

*Obiettivo 17*

Assicurare, per i consultori familiari di ogni ASL all'interno del Dipartimento Materno Infantile una struttura operativa dedicata che preveda l'identificazione di un responsabile.

Salvaguardare il lavoro di equipe multidisciplinare garantendo la presenza delle figure professionali previste dalla legislazione vigente, per assicurare un'adeguata integrazione socio-sanitaria e per una completa applicazione della legge l. 405/75 e della legge 194/78.

*Indicatori*

Rapporti annuali di attività

Organici dedicati con identificazione della figura di responsabile dei consultori familiari.

*Obiettivo 18*

Assicurare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica nonché il percorso per le urgenze psichiatriche dei minori, anche dei minori non accompagnati

*Indicatori*

Numero di percorsi avviati

*PSSR 2007-10 - (Par. 4.5.3.5) - Patologie delle dipendenze*

“...In ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza...”

*Obiettivo 19*

Istituire un Dipartimento funzionale di Patologie delle Dipendenze in ogni Asl, con un saldo legame nell'ambito distrettuale e elaborare il Piano Locale delle dipendenze (D.G.R. 28-5020 del 28.12.2006).

Avvio di una progettualità nell'ambito delle attività sanitarie di riduzione del danno che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia.

*Indicatori*

DPD istituiti e funzionanti.

Approvazione del Piano Locale delle dipendenze.

Comunicazione alla Regione dell'avvio di attività di RdD.

*PSSR 2007-10 - (Par. 4.2.2) - Percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti (ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, insufficienza respiratoria, tumori)**Obiettivo 20*

Assicurare i livelli di assistenza previsti nel Progetto Gestione Integrata del diabete

*Indicatori*

Percentuale di pazienti che ha effettuato emoglobina glicata nell'ultimo anno

Percentuale di amputazioni sui pazienti diabetici

*PSSR 2007-10 - (Par. 3.2.1) - Profili e Piani di salute (Peps)*

“...Il processo, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali e per porli al centro di piani di salute, costituisce il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale...”

*Obiettivo 21*

Assistenza e supporto al processo di costruzione dei Peps, a partire dai Distretti nei quali operano i “Sindaci volenterosi”, coinvolti nel Progetto regionale di costruzione sperimentalmente assistita dei PePS.

2008: almeno un Peps per Asl.

2010: almeno un Peps per Distretto.

*Indicatori*

Numero di gruppi progetto attivati per Asl.

Presenza di una relazione sullo stato di avanzamento del processo di sperimentazione o comunque delle attività di promozione dell'avvio della costruzione dei PePS in almeno un Distretto.

#### Allegato B

#### **OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA (triennio 2008-2010)**

- 1) Direzione integrata della prevenzione
- 2) Attività di osservazione epidemiologica medica ed epidemiosorveglianza veterinaria
- 3) Sorveglianza prevenzione e controllo malattie infettive inclusi i programmi vaccinali
- 4) Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita
- 5) Sicurezza alimentare
- 6) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- 7) Screening oncologici
- 8) Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro
- 9) Riorganizzazione e integrazione della Medicina dello Sport e delle attività vaccinali
- 10) Salute animale e promozione della qualità igienico-sanitaria degli allevamenti
- 11) Igiene urbana veterinaria

#### *Premessa*

Gli obiettivi che seguono sono sinteticamente definiti nelle principali azioni da intraprendere. Con successivi documenti di indirizzo e di programmazione verranno ulteriormente definiti e precisati i risultati attesi, gli standard e gli indicatori necessari a valutarne il raggiungimento.

#### *PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.1, 3.4*

"... Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione è prevista la costituzione di una direzione unica per la prevenzione, parte della nuova direzione sanitaria collegiale della ASL, cui partecipano con pari dignità e poteri, le direzioni territoriali e ospedaliere..."

"...Il Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 (Intesa Stato-Regioni e province autonome del 23 marzo 2005) individua una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute..." "Il Piemonte ha approvato le prime linee attuative regionali che prevedono azioni integrate tra molteplici soggetti non solamente appartenenti alla rete dei servizi socio sanitari e specifici finanziamenti..."

#### *Obiettivo 1*

Sostenere e promuovere il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Prevenzione Attiva nazionale e dalle nuove attività di sorveglianza epidemiologica anche attraverso l'attuazione di forme di coordinamento delle attività di prevenzione prope-deutiche alla definizione della Direzione integrata della Prevenzione.

- Avvio sperimentazione funzionale in aree sovrazionali della Direzione integrata della prevenzione, secondo indicazioni della Direzione Sanità.

#### *PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.2.1,3.2.2,3.5.3*

"...Il primo passo di un simile...(documenti OMS) approccio globale e intersettoriale ai problemi della salute, fondato su un modello partecipativo e inclusivo, consiste nella stesura condivisa di un profilo di salute..."

"...Per dare concretezza alle funzioni di coordinamento e di governo assegnate alla direzione aziendale della prevenzione occorrerà disporre di competenze specifiche in materia di: epidemiologia, anche veterinaria; - promozione della salute e educazione sanitaria; - costruzione di profili e piani di salute..."

#### *Obiettivo 2*

Sostegno e potenziamento delle attività di osservazione epidemiologica medica ed epidemiosorveglianza veterinaria, valorizzazione della prevenzione, promozione alla salute, assistenza alla costruzione dei PePS.

- Avvio di azioni finalizzate a promuovere e facilitare la costruzione dei PePS per la definizione di politiche intersettoriali

#### *PSSR 2007-2010 Cap.3 par 3.10.1*

"...Il Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 (Intesa Stato-regioni e province autonome del 23 marzo 2005) individua una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute. Gli ambiti di azione sono la prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete), gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti..."

#### *Obiettivo 3*

Sorveglianza prevenzione e controllo malattie infettive inclusi i programmi vaccinali

- Garantire gli standard del Piano Nazionale Vaccini

- Regionalizzazione del S.I. Malattie infettive

- Sviluppo degli interventi medico-veterinari per la prevenzione delle zoonosi

#### *PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.5*

"...L'ambiente rappresenta un importante determinante extra-sanitario della salute in quanto la correlazione tra fattori di inquinamento, degrado ambientale e stato di salute della popolazione è da tempo un dato scientificamente acquisito..."

#### *Obiettivo 4*

Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita con particolare riguardo all'impatto ambiente-salute.

- Identificare i principali rischi ambientali presenti nel territorio.

- Partecipazione a progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione sull'impatto per la salute.

- Attuazione di piani di monitoraggio ad hoc

#### *PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.2, 3.10.4*

"...La sicurezza alimentare rappresenta una questione strategica per le molteplici implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse. L'individuazione, la valutazione e la gestione di strategie e di azioni per garantire prodotti alimentari sicuri e' requisito preliminare per la tutela della salute pubblica e degli interessi dei consumatori e degli addetti al settore..."

"...Decisiva infine si può rivelare la collaborazione interdisciplinare medico-veterinaria, anche per integrare appieno nel bagaglio professionale degli addetti alla prevenzione le attività veterinarie ed i loro ri-

svolti in termini di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza alimentare...”

#### Obiettivo 5

*Sostegno e promozione ai sistemi di controllo ufficiale e di reazione rapida per la sicurezza alimentare.*

- Attuazione del piano integrato dei controlli in sicurezza alimentare secondo le indicazioni formulate dalla Giunta.

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.3

“...Le patologie a componente nutrizionale rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. L'impatto sulla società è considerevole anche in relazione ai costi sociosanitari diretti ed indiretti. Per valutare, anche a livello regionale, dimensioni e gravità del problema sanitario legato ai comportamenti alimentari, è necessaria l'acquisizione e l'organizzazione dei dati relativi allo stato nutrizionale, ai comportamenti alimentari oltre che ai determinati socio-economici ed ambientali...”

#### Obiettivo 6

##### *Sorveglianza e prevenzione nutrizionale*

- Attuazione del Piano regionale “sorveglianza e prevenzione dell'obesità”

- Attuazione completa programmi LEA sorveglianza e prevenzione nutrizionale

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.6

“...Lo screening rappresenta uno degli interventi strategici della prevenzione dei tumori e incide direttamente sulla mortalità in quanto consente il riscontro della patologia prima della sua manifestazione clinica in una fase in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente...”

#### Obiettivo 7

##### *Screening oncologici*

- Completa applicazione della DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

- Incremento attività di invito e di esecuzione

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.8

“...I profondi cambiamenti introdotti dalle nuove forme di lavoro, dall'ingresso e dalla rilevanza delle nuove categorie di lavoratori, i processi di decentramento e esternalizzazione di cicli e di interi segmenti produttivi sono gli elementi caratterizzanti il contesto socio-economico. Le nuove disposizioni normative di derivazione europea in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro prevedono un allargamento di responsabilità sulla tutela a soggetti privati, l'allargamento dei soggetti pubblici coinvolti e l'attribuzione al servizio pubblico di un ruolo attivo di promozione della cultura della salute ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo. Questa situazione richiede la definizione di nuove strategie di intervento basate sul coinvolgimento di una pluralità di soggetti e la promozione e il rafforzamento del raccordo istituzionale tra gli enti pubblici e le parti sociali nella definizione delle politiche di prevenzione...”

#### Obiettivo 8

##### *Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro*

- Attuazione del DPCM 17 dicembre 2007 secondo le indicazioni formulate dalla Direzione Regionale Sanità

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.4, 3.10.3

“...coordinamento e il pieno utilizzo della rete dei servizi di medicina dello sport e del centro antidoping di Orbassano valorizzando e sviluppando il loro potenziale di prevenzione e di tutela della salute...”

“...La ridefinizione delle attività di promozione e prevenzione richiede una revisione degli attuali modelli organizzativi. La ricognizione sullo stato delle attività di prevenzione, realizzato a livello regionale in fase istruttoria, ha evidenziato la presenza di numerose attività di prevenzione realizzate in modo autonomo da entità organizzative tra loro non coordinate né strutturalmente né funzionalmente...”

#### Obiettivo 9

*Riorganizzazione e integrazione della Medicina dello Sport e delle attività vaccinali all'interno del Dipartimento di Prevenzione ove non già presenti*

- Ricollocare le funzioni di Medicina dello Sport nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, in staff alla Direzione del Dipartimento.

- Ricollocare le attività vaccinali nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione integrandole con le funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive.

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.4

“...Nel settore veterinario sono stati raggiunti obiettivi di buon consolidamento dei livelli ordinari di attività in tutti i settori di intervento tradizionale. Molti degli obiettivi rientrano quindi nel mantenimento di risultati raggiunti, per alcuni dei quali le attività necessarie possono risultare anche in calo rispetto al decennio precedente, proprio in virtù della migliore situazione sanitaria conseguita. Attività tradizionali possono in parte essere sostituite con progetti innovativi di più ampia portata preventiva, suscettibili di realizzazioni importanti nel prossimo decennio...”

#### Obiettivo 10

*Salute animale e promozione della qualità igienico-sanitaria degli allevamenti*

- Sviluppo di attività di epidemiosorveglianza veterinaria a valenza multizonale nelle ASL TO3, CN1, AL e NO

- Mantenimento dell'efficacia dei sistemi di emergenza per le malattie infettive del bestiame e affinamento della capacità di controllo su commercio e spostamento di animali

- Applicazione dei manuali di buone pratiche di allevamento, con azioni integrate per l'attuazione dei programmi di miglioramento zootecnico e verifiche per l'attuazione del piano di sviluppo rurale.

#### PSSR 2007-2010 Cap.3 par. 3.10.4

“...Nel settore veterinario sono stati raggiunti obiettivi di buon consolidamento dei livelli ordinari di attività in tutti i settori di intervento tradizionale. Molti degli obiettivi rientrano quindi nel mantenimento di risultati raggiunti, per alcuni dei quali le attività necessarie possono risultare anche in calo ri-



petto al decennio precedente, proprio in virtù della migliore situazione sanitaria conseguita. Attività tradizionali possono in parte essere sostituite con progetti innovativi di più ampia portata preventiva, suscettibili di realizzazioni importanti nel prossimo decennio..."

#### Obiettivo 11

##### Igiene urbana veterinaria

- Sviluppo dei servizi alle Amministrazioni Comunali e ai cittadini, con particolare riferimento a censimento, controllo e tutela delle popolazioni di animali di affezione, sinantropi, esotici, selvatici

#### Allegato C

#### OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

- 1) Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
- 2) Revisione delle dotazioni e delle tipologie di posti letto della rete ospedaliera
- 3) Migliorare l'integrazione dei presidi e l'efficienza dell'attività di ricovero ospedaliera
- 4) Aumentare l'appropriatezza dell'attività specialistica ambulatoriale
- 5) Attuare e monitorare il piano regionale per il contenimento delle liste di attesa
- 6) Aggiornare la programmazione e la regolazione dell'attività libero professionale intramoenia
- 7) Attuare gli indirizzi programmatici regionali settoriali

#### Premessa

Costituiscono obiettivi generali dell'area dell'attività specialistica ed ospedaliera, in conformità alle previsioni del PSSR 2007-2010:

- ricondurre il tasso di ospedalizzazione regionale al valore di 180 ricoveri per mille abitanti;
- aumentare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali;
- effettuare le opportune iniziative atte a promuovere la razionalizzazione della rete ospedaliera sia dal punto di vista organizzativo che strutturale con il mantenimento del numero dei posti letto sotto il valore dell'indicatore di 4,5 per mille ogni mille abitanti a livello regionale indicato così come indicato nel PSSR 2007-2010 e attuando la piena integrazione delle attività anche tramite azioni di unificazione funzionale delle strutture;
- dare applicazione, nelle singole realtà aziendali, agli indirizzi regionali settoriali di attuazione del PSSR 2007-2010 ed indicanti strategie di azione e specifici programmi di intervento per gli Interventi sanitari in rete, le Aree di rafforzamento e di riassetto e per le Azioni trasversali.
- monitorare costantemente ed applicare le indicazioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa, in attuazione del relativo progetto regionale e dei piani aziendali approvati dalla D.G.R. 37-7966 del 28.12.07 e delle disposizioni regionali relative all'utilizzazione dei codici di priorità per le prenotazioni ed all'esecuzione delle prestazioni di base.

#### 1) Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale

Le aziende, nell'ambito dell'obiettivo regionale di riconduzione dei tassi di ospedalizzazione ai valori attesi, mediante un loro contenimento sul territorio

regionale e con alcune specifiche indicazioni aziendali che vengono richiamate nell'allegato D) alla deliberazione recante Obiettivi specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica da assegnare alle singole ASR, in generale dovranno:

a) attivare le necessarie iniziative per garantire le cure in ambito extradegenziale e prevenire i ricoveri medici ad alto rischio di inappropriatazza (derivanti dall'all. C del DPCM 29.11.2001) con le specifiche di cui alle DGR 24-15233 del 30.3.2005 e 37 - 13473 del 25/10/2004. Nei presidi in cui si evidenzia una percentuale inferiore o uguale al 11% rispetto al totale dei D.R.G. non chirurgici prodotti occorre mantenere o diminuire tali valori e fare in modo di aumentare la casistica trattata in regime diurno, mentre nelle situazioni in cui tale percentuale è superiore la stessa deve essere riportata entro il valore atteso massimo dell'11% o, in alternativa, deve essere diminuito il numero di tali D.R.G. di almeno il 10% rispetto a quelli prodotti nel 2007, dei quali almeno il 46% da eseguirsi in ricovero diurno. In tutti i casi in cui i presidi ospedalieri non raggiungano i valori attesi predefiniti entro il 2008 (11% massimo di D.R.G. inappropriati sul totale dei D.R.G. non chirurgici e almeno il 46% di questi da effettuare in ricovero diurno) le aziende devono produrre una relazione che analizzi la situazione riscontrata e predisporre un programma di rientro all'interno dei valori attesi precisando le ragioni che giustificano le eventuali situazioni di scostamento. Nei presidi nei quali tali valori sono stati già raggiunti si devono mantenere almeno i livelli del 2007. Viene confermato l'obiettivo di mantenere il tasso di ospedalizzazione al di sotto dei valori indicati nella già citata DGR 37 - 13473 del 25.10.2004;

b) attivare le necessarie iniziative per garantire la cure in ambito extradegenziale e prevenire le situazioni che danno origine a ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (sia in degenza ordinaria che in ricovero diurno) riguardanti i D.R.G. medici in acuzie di cui alla tabella "DRG non chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza" riportata di seguito. Nei presidi in cui si evidenzia una percentuale inferiore o uguale al 14% di tali ricoveri rispetto al totale dei D.R.G. non chirurgici prodotti nel presidio ospedaliero, occorre mantenere o diminuire tali valori e fare in modo di aumentare la casistica trattata in regime diurno, mentre nelle situazioni in cui tale percentuale è superiore, la stessa deve essere riportata entro il valore del 14% o, in alternativa, deve essere diminuito il numero di tali D.R.G. di almeno il 10% rispetto a quelli prodotti nel 2007, dei quali almeno il 46% da eseguirsi in ricovero diurno. In tutti i casi in cui i presidi ospedalieri non raggiungano i valori attesi predefiniti entro il 2008 (14% massimo di D.R.G. inappropriati sul totale dei D.R.G. non chirurgici e almeno il 46% di questi da effettuare in ricovero diurno) le aziende devono produrre una relazione che analizzi la situazione riscontrata e predisporre un programma di rientro all'interno dei valori attesi precisando le ragioni che giustificano le eventuali situazioni di scostamento. Nei presidi nei quali tali valori sono stati già raggiunti si devono mantenere almeno i livelli riscontrati nel 2007. Per i ricoveri con D.R.G. 410 la percentuale dei ricoveri diurni in ogni presidio deve essere comunque superiore all'80% di quelli complessivamente effettuati in de-

genza ordinaria e ricovero diurno. Nella maggior parte dei presidi tale valore è già più elevato e pertanto in questi casi deve essere mantenuto ai livelli attuali;

c) trasferire progressivamente i ricoveri di day surgery per cataratta, tunnel carpale e stripping di vene in regime ambulatoriale secondo modalità che saranno indicate dalla Regione in attuazione dei nuovi provvedimenti in materia;

d) effettuare un numero di D.H. diagnostici (considerando anche quelli terapeutici che hanno codificato solo procedure diagnostiche) e di D.H. in cui non è inserita alcuna procedura, in modo che la proporzione rispetto al totale dei ricoveri diurni sia inferiore rispetto ai corrispondenti valori del 2007. In tutti i presidi comunque tale valore non può superare complessivamente il 10% del totale dei ricoveri diurni effettuati. Per la particolare attività svolta negli ospedali infantili OIRM e Cesare Arrigo, tali tipi di ricovero dovranno essere ridotti di almeno il 5%.

#### **DRG NON CHIRURGICI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

013 sclerosi multipla e atassia cerebellare  
047 altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza cc

070 otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni

073 altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni

074 altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni

088 malattia polmonare cronica ostruttiva

139 aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc

189 altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza cc

206 malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc

241 malattie del tessuto connettivo, senza cc

245 malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc

248 tendinite, miosite e borsite

249 assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo

251 fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza cc

252 fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni

254 fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza cc

256 altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo

295 diabete età < 36 anni

299 difetti congeniti del metabolismo

317 ricovero per dialisi renale

323 calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni

327 segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni

329 stenosi uretrale, età > 17 anni senza cc

332 altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza cc

333 altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni

349 ipertrofia prostatica benigna, senza cc

352 altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile

369 disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile

384 altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche

396 anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni

399 disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc

404 linfoma e leucemia non acuta senza cc

409 radioterapia

411 anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia

412 anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia

465 assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria

466 assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria

490 h.i.v. associato o non ad altre patologie correlate

#### **2) Revisione delle dotazioni e delle tipologie di posti letto della rete ospedaliera.**

Le Aziende devono rivedere le dotazioni di posti letto entro il 31 maggio 2008 compilando l'apposita tabella della procedura SERR sulla base del calcolo di fabbisogno teorico determinato secondo le indicazioni che verranno fornite dalla direzione Sanità con successivo provvedimento; il fabbisogno teorico potrà essere modificato dalle ASR in relazione alle modificazioni di attività dovute all'apertura di nuove sedi o a particolari esigenze aziendali che dovranno essere successivamente sottoposte ad approvazione regionale e costituiranno limite massimo per presidio ai sensi della DGR 2-944 del 27.9.2005. Le ASR potranno anche proporre modificazioni in accordo con altre aziende dell'A.F.S. All'interno di tali previsioni le aziende:

a) possono avviare nuove attività di postacuzie, collegate alle attività già in essere nelle aree medica e di recupero riabilitazione funzionale con lo scopo di permettere la continuità delle cure all'interno del presidio e della rete ospedaliera senza prevedere l'istituzione di nuove articolazioni organizzative complesse apposite

b) le Aziende devono prevedere, negli ospedali sede di D.E.A. ad eccezione di OIRM Sant'Anna e CTO, l'attivazione a valori prossimi ai massimali previsti dalla legislazione vigente dei posti letto di Psichiatria (SPDC), anche per conseguire efficienze di esercizio.

#### **3) Migliorare l'integrazione dei presidi e l'efficienza dell'attività di ricovero ospedaliera**

Dal punto di vista del modello organizzativo costituiscono obiettivo per tutte le aziende le indicazioni dell'allegato B della DGR 59-6349 del 5.7.2007 cui le Aziende dovranno attenersi in sede di predisposizione degli atti aziendali di cui all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 nei termini stabiliti dall'articolo 24 della L.R. 6 agosto 2007 n. 18. Dovrà essere prevista, per l'integrazione dei presidi della rete ospedaliera e per la razionalizzazione dell'uso delle risorse esistenti, la condivisione delle aree degenziali, in linea con quanto previsto dalla già citata DGR 2-944 del 27.9.2005 e, nel caso in cui i volumi di attività e

le condizioni operative lo consentano, occorrerà procedere all'accorpamento delle strutture complesse della stessa disciplina con attività omogenea. Al fine di mantenere l'attività nelle sedi in cui il servizio è attualmente presente, dovranno prevedersi opportune riorganizzazioni concentrando le attività più complesse. Pertanto le proposte formulate nei PRR e che già rispondono a tali caratteristiche possono essere attivate o portate a regime.

Inoltre:

a) possono essere attivate le iniziative previste nei PRR, che non comportando l'istituzione di nuove strutture, permettano di assegnare ad articolazioni organizzative il coordinamento o l'affidamento di attività che insistono su più aziende anche per l'intera A.F.S., o che prevedano modalità di funzionamento concordate o comuni tra più articolazioni organizzative di diverse aziende con l'eventuale assegnazione di specifiche responsabilità. Tali azioni possono essere attivate a seguito dei necessari atti convenzionali e/o contrattuali tra le ASR;

b) deve essere monitorato il costo dell'attività di ricovero in relazione agli indicatori di costo per punto D.R.G. e per passaggio in pronto soccorso come registrato nei piani di attività e devono essere predisposte proposte operative per una loro riconduzione ai valori di riferimento regionali, come verrà specificato con apposite successive indicazioni regionali.

#### 4) *Aumentare l'appropriatezza dell'attività specialistica ambulatoriale*

Occorre monitorare con attenzione lo sviluppo dell'attività specialistica ambulatoriale in modo da contenere l'aumento e promuovere l'appropriatezza delle procedure diagnostiche con particolare riferimento a quelle di diagnostica per immagini secondo quanto previsto dalle linee guida di cui all'accordo Stato Regioni del 28 ottobre 2004. Entro il 30.9.2008, in particolare, le aziende dovranno valutare con attenzione tali prestazioni e i relativi tempi di attesa, anche tramite le commissioni aziendali per l'appropriatezza prescrittiva e produrre un rapporto che formuli ipotesi sui determinanti dei consumi e proponga precise ipotesi di intervento per la razionalizzazione dell'uso delle stesse, in particolare nelle branche di radiologia, recupero e riabilitazione funzionale, laboratorio e varie (cod. 99), secondo istruzioni che verranno fornite dalla Direzione Sanità.

Le valutazioni inerenti tale obiettivo consistono nella verifica dell'attuazione entro il termine indicato di quanto previsto e dall'andamento delle attività registrate nei flussi regionali.

#### 5) *Attuare e monitorare il piano regionale per il contenimento delle liste di attesa.*

Le aziende devono continuare a monitorare l'attività di prenotazione delle attività specialistiche ed ambulatoriali, dare attuazione al progetto regionale sul contenimento dei tempi di attesa e dei relativi piani aziendali approvati dalla DGR 37-7966 del 28.12.07 e applicare le indicazioni regionali relative all'utilizzazione dei codici di priorità per le prenotazioni e all'esecuzione delle prestazioni di base, come previsto dalla Determinazione del Direttore regionale Sanità n 43 del 4.2.2008. Per le aziende della provincia di Torino deve essere messo a regime il sistema sovracup aumentando l'utilizzazione di tale procedura di prenotazione con l'obiettivo minimo (per

le aziende che non l'hanno ancora raggiunto) di effettuare almeno il 5% delle proprie prenotazioni per l'attività specialistica ambulatoriale attraverso il sovracup stesso, calcolato in proporzione ai mesi di attivazione del servizio e al netto delle prestazioni di laboratorio, RRF e nefrologia e dialisi.

#### 6) *Aggiornare la programmazione e la regolazione dell'attività libero professionale intramoenia*

L'obiettivo consiste nella messa a regime della regolamentazione dell'attività libero professionale intramoenia in applicazione della Legge 120 del 2007, attuando le indicazioni regionali in materia.

#### 7) *Attuare gli indirizzi programmatici regionali settoriali*

Nell'organizzazione e programmazione delle attività aziendale dovranno essere attuati gli indirizzi settoriali in materia di: linee guida in materia di revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria, prevenzione e trattamento dell'ictus, attività di prevenzione e cura dell'infarto e organizzazione della rete dei laboratori di emodinamica, sviluppo e riorganizzazione delle attività di recupero e riabilitazione funzionale, razionalizzazione della rete dei servizi di laboratorio analisi e della produzione di derivati del sangue, rete delle terapie intensive neonatali, tenendo conto non solo degli atti vigenti, ma anche dei provvedimenti in corso di approvazione. Tali obiettivi sono da conseguire nel triennio tenendo conto delle risorse disponibili e adeguando le modalità organizzative attuali, apportando le necessarie modificazioni con particolare attenzione alle situazioni in via di nuova attivazione o di revisione.

Lo stato di attuazione di tali indirizzi sarà valutato in base ai rapporti di attività e tramite appositi indicatori che saranno precisati nei provvedimenti attuativi regionali.

Allegato D

### **OBIETTIVI SPECIFICI E INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE, COLLETTIVA, OSPEDALIERA E SPECIALISTICA (triennio 2008-2010)**

#### *Premessa*

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica, laddove risultavano necessari in considerazione delle peculiari criticità evidenziate nei piani, interventi settoriali, talora attuativi del PSSR 2007-2010, idonei ad indirizzare l'azione di singole ASR, sono stati definiti obiettivi specifici e/o indicazioni operative oggetto di specifica assegnazione a talune ASR per il triennio 2008-2010.

Gli obiettivi di cui trattasi sono evidenziati nella tabella di riportata di seguito.

#### *Obiettivi specifici e indicazioni operative*

##### **ASL TO1**

\* Predisporre, entro giugno 2008, un dettagliato programma di attività dell'Ospedale Valdese.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per la parte riguardante il territorio dell'ex ASL 1.

\* Portare a regime la gestione del call center unificato e del sovracup per la provincia di Torino secondo le indicazioni regionali.



\* Istituzione di due Dipartimenti funzionali di Patologie delle Dipendenze, per le aree territoriali corrispondenti alle ex ASL 1, ASL 2.

\* Riorganizzare il Dipartimento di Prevenzione al fine di conseguire l'unitarietà e l'integrazione degli interventi di prevenzione nella città di Torino prevedendo anche il trasferimento dei servizi del DP attualmente assegnati alle ASL TO2.

Il riordino avverrà nel prospetto dei seguenti principi:

1) introduzione di meccanismi che consentano gli adeguati coinvolgimenti e responsabilizzazione delle due ASL cittadine;

2) la caratterizzazione del ruolo di direzione del dipartimento integrando conoscenze tecniche con adeguate competenze manageriali;

3) l'inserimento presso il dipartimento di funzioni di supporto organizzativo dedicate;

4) l'incorporazione nel dipartimento di attività di prevenzione attualmente incardinate in altre unità organizzative;

5) l'articolazione delle attività operative tale da favorire contemporaneamente la flessibilità delle risorse, le sinergie a livello territoriale, particolarmente verso i distretti, lo sviluppo sistematico di competenze specialistiche.

6) il rafforzamento delle attività a carattere propriamente preventivo.

Per l'attuazione di tali principi si prevede di adottare un modello organizzativo sperimentale, articolato lungo le direttrici operative di seguito tratteggiate:

- coordinamento delle attività a livello territoriale e pieno coinvolgimento della ASL TO2 attraverso la creazione di forme di governo clinico cui partecipino altre ai responsabili delle articolazioni del DP, almeno i Direttori Sanitari delle ASL TO1 e ASL TO2, i direttori dei Distretti della città, il CPO Piemonte.

- supporto organizzativo e professionale trasversali alle strutture del DP in particolare per la comunicazione interne ed esterna, per l'amministrazione e il controllo, l'organizzazione e sviluppo delle risorse umane, sviluppo dei sistemi informativi; funzioni che per la particolare complessità del DP di Torino richiederà la creazione di una entità organizzativa dedicata.

- Direzione di dipartimento supportata da entità dedicate alle funzioni di epidemiologia e promozione della salute, di coordinamento con le attività dei distretti e di rapporti con la città e le circoscrizioni.

- Interfaccia regionale con il CCM del Ministero della Salute per le funzioni di monitoraggio e coordinamento, su scala regionale, dei progetti CCM assegnati alla Regione Piemonte e alle varie articolazioni del SSR e per le funzioni di riferimento regionale della rete per le emergenze in sanità pubblica.

Il percorso di riordino si tradurrà in precise indicazioni di carattere organizzativo che l'azienda formulerà di sede di approvazione del nuovo atto aziendale. Fermi restando i limiti generali di spesa indicati dal presente provvedimento e alla luce dei finanziamenti aggiuntivi già assegnati per questo scopo, il percorso di riordino sarà accompagnato da un potenziamento della dotazione organica dei servizi.

#### ASL TO2

\* Avvio dell'attività del trasporto intensivo neonatale in collaborazione con l'ospedale Regina Margherita e l'Ospedale di Moncalieri dell'ASL TO5.

\* Organizzazione dell'attività infettivologica per la rete ospedaliera della provincia di Torino al fine di assicurare funzioni di consulenza infettivologica, sostegno alle azioni controllo delle infezioni comunitarie e ospedaliere e funzioni di riferimento per le emergenze infettive.

\* Integrazione delle attività di diagnosi e cura delle malattie trombotiche e di Medicina Trasfusionale col CMID.

\* Istituzione di due Dipartimenti funzionali di Patologie delle Dipendenze, per le aree territoriali corrispondenti alle ex ASL 3, ASL 4.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad un significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

\* Attivare la funzione di Neuroradiologia interventistica come indicato nel proposta di PRR aziendale.

\* Attivare la funzione regionale di monitoraggio e coordinamento delle attività di applicazione della dgr 79/2006 sulla cooperazione sociale.

\* Progettare l'organizzazione integrata e unificata delle attività di libera professione intramuraria per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere delle città di Torino.

#### ASL TO3

\* Predisporre progetti di integrazione delle attività specialistiche presenti nei presidi ospedalieri dell'ASL, in particolare nell'Ospedale di Rivoli con l'ASO S. Luigi di Orbassano.

\* Attuare la revisione complessiva della dotazione di posti letto nei vari presidi ospedalieri prevedendo la piena integrazione delle attività e dei servizi esistenti, comprendendo anche le attività della sede di Venaria.

#### ASL TO4

\* Predisporre di un programma per la piena integrazione funzionale dei servizi e reparti ospedalieri tra i presidi dell'ASL, anche in considerazione del trasferimento del presidio di Venaria presso l'ASL TO 3.

\* Predisporre la proposta di organizzazione dell'attività di emodinamica secondo le indicazioni regionali in materia.

\* Completare e mettere a regime l'attività del S.P.D.C. di Chivasso

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione, in particolare, per quanto riguarda il territorio dell'ex ASL 6.

#### ASL TO5

\* Avviare l'attività del trasporto intensivo neonatale in collaborazione con l'ospedale Regina Margherita e l'Ospedale Maria Vittoria ASL TO 2.

\* Predisporre la proposta di organizzazione dell'attività di emodinamica secondo le indicazioni regionali in materia.



#### ASL VC

\* Avviare l'attività del nuovo presidio ospedaliero di Borgosesia, dimensionandola ed integrandola con quella degli altri presidi ospedalieri e altre attività residenziali e di post acuzie.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad un significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

\* Programmare ed attuare l'integrazione delle attività ospedaliere nella rete dell'A.F.S.

#### ASL BI

\* Attivazione del reparto di Psichiatria SPDC.

\* Predisporre la proposta di organizzazione dell'attività di emodinamica secondo le indicazioni regionali in materia.

\* Programmare ed attuare l'integrazione delle attività ospedaliere nella rete dell'A.F.S.

#### ASL NO

\* Attivare le opportune iniziative volte ad un significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

\* Programmare ed attuare modalità di integrazione con le attività dell'ASO di Novara

\* Programmare ed attuare l'integrazione delle attività ospedaliere nella rete dell'A.F.S.

#### ASL VCO

\* Realizzazione dell'integrazione tra i presidi ospedalieri dell'ASL (presidio unico plurisede) anche tramite azioni di unificazione funzionale delle strutture.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

\* Programmare ed attuare l'integrazione delle attività ospedaliere nella rete dell'A.F.S.

#### ASL CN 1

\* Rivedere l'organizzazione della rete dei presidi ospedalieri finalizzata ad una piena integrazione delle funzioni e prevedendo, in particolare, l'attivazione del nuovo presidio di Mondovì che dovrà essere dimensionato ed integrato con gli altri presidi, in particolare con quello di Ceva.

\* Attivare il progetto sperimentale di attività sovraziendale di emodinamica con l'ASO S.Croce e l'ASL CN2 nel rispetto delle linee guida regionali in materia.

\* Riorganizzazione dell'attività dell'Ospedale di Fossano in relazione alla sua trasformazione in pre-valente attività di riabilitazione e potenziamento dell'integrazione con i presidi dell'Azienda e con l'ASO di Cuneo.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad un significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per quanto riguarda l'area delle ex ASL 15 e 16.

#### ASL CN 2

\* Attivare il progetto sperimentale di attività sovraziendale di emodinamica con l'ASO S.Croce e l'ASL CN1 nel rispetto delle linee guida regionali in materia.

\* Revisione dell'organizzazione dei presidi ospedalieri di Alba e Bra per favorirne l'integrazione in vista della loro prossima unificazione.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

#### ASL AT

\* Attuare le iniziative proposte dal PRR per l'integrazione funzionale dei servizi e dei reparti con l'ASO di Alessandria.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

#### ASL AL

\* Rivedere i modelli organizzativi dei presidi ospedalieri dell'ASL prevedendone la piena integrazione delle attività anche attraverso interventi di unificazione funzionale.

\* Programmare ed attuare modalità di integrazione con le attività dell'ASO di Alessandria.

\* Attivare le opportune iniziative volte ad una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione.

#### ASO 901

\* Progettare e attivare il coordinamento per l'integrazione funzionale delle attività di DEA di II livello con le ASO 902, 903.

\* Mettere progressivamente a regime le proposte di integrazione funzionale con l'ASO 902 e ASO 903 già indicate nei PRR aziendali e progettare ulteriori interventi di integrazione sia in ambito sanitario che amministrativo.

\* Trasferimento dell'attività di produzione sangue presso l'ASO 903 (Centro Carlo Marx)

#### ASO 902

\* Attuare l'integrazione funzionale delle attività di DEA di II livello con le ASO 901, 903.

\* Mettere progressivamente a regime la Struttura dell'Unità Spinale Unipolare.

\* Mettere progressivamente a regime le proposte di integrazione funzionale con l'ASO 901 e ASO 903 già indicate nei PRR aziendali e progettare ulteriori interventi di integrazione sia in ambito sanitario che amministrativo.

#### ASO 903

\* Attuare l'integrazione funzionale delle attività di DEA di II livello con le ASO 901, 902.

\* Avviare l'attività del trasporto intensivo neonatale in collaborazione con l'Ospedale Maria Vittoria, ASL TO 2 e ASL TO 5.

\* Mettere progressivamente a regime le proposte di integrazione funzionale con l'ASO 901 e ASO 902 già indicate nei PRR aziendali e progettare ulteriori interventi di integrazione sia in ambito sanitario che amministrativo.

\* Organizzare l'attività infettivologica e di ricovero dei casi materno-infantili ad alta complessità di riferimento per la rete regionale dei punti nascita.

\* Mettere progressivamente a regime l'attività di produzione sangue del Centro Carlo Marx.

**ASO 904**

\* Predisporre progetti di integrazione delle attività specialistiche con i presidi ospedalieri dell'ASL TO 3, anche tramite azioni di unificazione funzionale delle strutture.

**ASO 905**

\* Mettere progressivamente a regime l'attività del trasporto intensivo neonatale.

\* Assicurare attività di supporto per l'A.F.S. in materia di Radioterapia, Fisica sanitaria, Emodinamica.

\* Attivare le funzioni di ricerca ed innovazione, di neuroradiologia interventistica e terapia intensiva neonatale come indicato nella proposta di PRR aziendale.

**ASO 906**

\* Consolidare l'integrazione con le attività ospedaliere delle ASL della provincia.

\* Attivare il progetto sperimentale di attività sovrazionale di emodinamica con l'ASL CN1 e l'ASL CN2 nel rispetto delle linee guida regionali in materia.

**ASO 907**

\* Attuare le iniziative proposte dal PRR per l'integrazione funzionale dei servizi e dei reparti con l'ASL AT.

\* Programmare ed attuare modalità di integrazione con le attività dei presidi ospedalieri dell'ASL AL.

\* Mettere progressivamente a regime la Struttura Borsalino.

\* Attivare o mettere a regime le funzioni di neuroradiologia interventistica e terapia intensiva neonatale come indicato nella proposta di PRR aziendale.

**ASO 908**

\* Attivare o mettere a regime nel Presidio di Torino le funzioni di Oncologia, Medicina Nucleare e rimodulare le attività di Chirurgia generale, di Cardiologia, Ematologia, di Terapia Intensiva, UTIC, RRF

Allegato E

### **OBIETTIVI DI PERSEGUIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO - ANNO 2008**

Gli obiettivi economici delle aziende sanitarie regionali sono determinati ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 dell'Intesa Stato - Regioni del 22.3.2005, rep.n. 2271.

La quota da iscrivere come contributo regionale in conto esercizio viene determinata partendo dai valori indicati nella DGR del 30.7.2007, n. 84 - 6615, con le seguenti varianti ed integrazioni rese necessarie dai provvedimenti intercorsi e dall'accorpamento nella quota indistinta dei preesistenti finanziamenti finalizzati:

- diversa distribuzione dei costi del servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) tra le ASR; ciò ha comportato la sostituzione della quota precedente con quella prevista per il 2008;

- integrazione nella quota indistinta dei preesistenti finanziamenti finalizzati non considerati nell'assegnazione disposta con la DGR del n. 84-6615 del 30.7.2007: rete oncologica e CPO, diplomi universitari, assistenza agli anziani di cui alla DGR 19.11.2007, prestazioni a favore degli STP, finanziamenti per

funzioni dei presidi, sovracup, medicina iperbarica, Centro Documentazione Farmaco, vaccini HPV, piano regionale sangue ecc.);

- riduzione della quota in base alla stima dell'onere dei rinnovi contrattuali e convenzionali, determinata in base ai costi rilevati per il personale dipendente e per l'assistenza sanitaria di base nei CE preventivi 2008;

- Asl: atteso che le quote determinate con la DGR 84-6615 del 30.7.2007 erano quote lorde, riduzione delle quote stesse in base alle entrate dirette, come determinate dalle ASR nel CE preventivo 2008, con la esclusione dei ricavi derivanti dalla libera professione e, per la Asl TO2, del recupero del costo del personale del servizio veterinario in corso di trasferimento alla Asl TO1;

- Aso: atteso che le quote determinate con la DGR 64-7505 del 30.7.2007 erano quote comprensive sia della valorizzazione della produzione 2006 sia del finanziamento per funzioni e del riequilibrio, oltre alle varianti sopra indicate, scorporo dalle quote della valorizzazione della produzione 2007 considerata nel CE preventivo 2008. Per l'Aso Ordine Mauriziano l'importo previsto dalla DGR n. 84-6615 del 30.7.2007 viene integrato per tenere conto dell'IRCC di Candiolo, non considerato in tale sede.

La quota determinata ai sensi dei punti precedenti è indicata nella tabella allegata, alla colonna "finanziamento netto". Tale quota si intende onnicomprensiva. Pertanto non possono essere previsti ulteriori contributi regionali se non derivanti da specifiche assegnazioni;

Gli obiettivi economici sono stati determinati considerando i costi della gestione nei seguenti termini:

- non sono stati considerati gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali e convenzionali. In analogia alla soluzione già adottata nel 2007, tali accantonamenti verranno disposti dalla Regione in sede di modello riepilogativo regionale;

- la mobilità sanitaria considerata è quella inserita nel CE in modo automatico dal CSI Piemonte, in base ai valori utilizzati per i CE del 4° trimestre 2007, opportunamente corretti per elidere la mobilità tra le Asl accorpate e per tenere conto del trasferimento del distretto di Venaria dalla Asl TO 4 alla Asl TO 3 e delle modifiche concordate in sede regionale;

- le ASR sono responsabili della mobilità nei limiti degli importi indicati nel CE preventivo. Eventuali variazioni verranno valutate tenendo conto dei determinanti delle variazioni;

- l'inserimento è automatico anche per le Aziende ospedaliere, come valore della produzione. Eventuali incrementi della valorizzazione della produzione saranno valutati solo in presenza di accordi con le Asl di riferimento territoriale;

- l'assistenza ospedaliera e specialistica da soggetti privati e dai presidi ex legge 833/1978 considerata è quella utilizzata nel CE del 4° trimestre 2007. Eventuali variazioni derivanti dagli accordi regionali con le associazioni rappresentative e/o da provvedimenti regionali in materia di accreditamento e di sistema tariffario saranno valutati a parte.

Tutte le ASR sono tenute a riformulare il CE preventivo in base agli obiettivi economici assegnati.

Le ASR che eventualmente non riescono a contenere il CE preventivo nel limite delle risorse asse-

gnate e che, conseguentemente, presentano i CE trimestrali non in equilibrio, ai sensi della citata Intesa Stato - Regioni del 22.3.2005, sono tenute a dichiarare la situazione di non equilibrio e a inviare alla Regione e ai Ministeri della Salute e dell'Economia e finanze uno stralcio del PRR in cui si dia conto delle azioni attivate per pervenire all'equilibrio della gestione.

Relativamente alle Asl TO3 e TO4 il piano verrà predisposto successivamente all'effettiva assunzione della gestione del distretto di Venaria da parte della Asl TO3 e della conseguente revisione dei bilanci di previsione provvisoriamente predisposti, anche alla luce della valutazione della mobilità sanitaria nel 1° trimestre 2008, derivante dai nuovi ambiti territoriali.

Gli obiettivi economici relativi al costo del personale, dipendente e non, sono indicati nella tabella allegata, colonna "tetto spesa personale", e determinati con le seguenti modalità:

- il costo del personale, ai sensi della l. 296/2006, art. 1, comma 565, comprende, oltre al personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, il costo del personale con altri rapporti di lavoro (con-

tratto di collaborazione coordinata e continuativa, altre forme di rapporto di lavoro flessibile, convenzioni) e l'IRAP. Deve essere escluso il costo del personale che presta la propria attività professionale in forza delle convenzioni uniche nazionali, con la sola esclusione delle unità di personale passato a rapporto di dipendenza nel corso del 2008;

- il costo del personale non comprende il costo del contratto di lavoro relativo al biennio 2006 - 2007;

- il tetto massimo del costo del personale per il 2008 è stato determinato tenendo conto dell'obiettivo di perseguire, nell'arco del triennio 2008 - 2010, il tetto del 98,6% del corrispondente ammontare del 2004;

- il tetto massimo del costo del personale è stato determinato tenuto conto della posizione di ogni ASR rispetto all'obiettivo di riduzione del costo del personale, dell'apposito preventivo predisposto dalle ASR e dei processi di autorizzazione disposti dalla Giunta Regionale per l'attivazione di nuovi servizi ed attività.

TABELLA

	finanziamento netto	tetto spesa personale
<b>AZIENDE SANITARIE LOCALI</b>		
TO 1	819.771.443	143.800.000
TO 2	715.244.729	183.000.000
TO 3	850.629.223	216.500.000
TO 4	752.495.512	231.300.000
TO 5	437.212.694	121.800.000
VC	317.308.178	119.300.000
BI	275.459.721	100.300.000
NO	477.062.564	101.200.000
VCO	296.797.000	94.900.000
CN 1	643.481.859	198.700.000
CN 2	242.205.000	86.000.000
AT	354.524.979	112.700.000
AL	728.253.377	215.600.000
<b>TOTALE ASL</b>	<b>6.910.446.279</b>	<b>1.925.100.000</b>
<b>AZIENDE OSPEDALIERE e OPEDALIERO-UNIVERSITARIE</b>		
901- S.Giovanni Battista di Torino	175.776.000	287.200.000
902 - CTO - M.Adelaide di Torino	90.532.943	93.100.000
903 - OIRM - S. Anna di Torino	69.565.904	126.700.000
904 - S. Luigi di Orbassano	40.043.764	70.200.000
905 - Maggiore della Carità di Novara	43.315.000	122.100.000
906 - S. Croce e Carle di Cuneo	28.250.782	110.000.000
907 - SS. Antonio e Biagio e C.Arrigo di Alessandria	45.518.376	116.200.000
908 - Ordine Mauriziano di Torino	48.547.000	116.300.000
<b>TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE E OSP.UNIVERSITARIE</b>	<b>541.549.769</b>	<b>1.041.800.000</b>
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>7.451.996.048</b>	<b>2.966.900.000</b>



Il Castello, già fortezza medievale, fu ricostruito alla fine del Seicento dai conti Solari che affidarono all'architetto Guarino Guarini i lavori di ampliamento e di abbellimento, interrotti a causa delle guerre e ripresi nel 1778 con vari architetti tra cui forse anche Benedetto Alfieri. Passato ai Savoia nel 1792, dopo alterne vicende in epoca napoleonica, Govone fu scelto con Agliè dal re Carlo Felice per le sue villeggiature estive. Monumentale e scenografico lo scalone d'onore a due rampe, ornato da rilievi e sculture provenienti da Venaria reale, il salone da ballo affrescato e le sale ornate da preziose carte cinesi. La residenza è circondata dal parco all'inglese e dal giardino pensile.



**BOLLETTINO UFFICIALE  
REGIONE PIEMONTE**

*Direzione - Redazione*

Piazza Castello 165, 10122 Torino - Tel. 011432 - 3299 / 4734 / 3994 / 4674 / 3559 - Fax 011432 4363  
Sito internet: <http://www.regione.piemonte.it>  
e-mail: [bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it](mailto:bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it)

*Direttore* Laura Bertino  
*Direttore responsabile* Roberto Moisis  
*Abbonamenti* Daniela Romano  
*Coordinamento Immagine* Alessandra Fassio

*Dirigente* Valeria Repaci  
*Redazione* Carmen Cimicchi, Rosario Copia  
Roberto Falco, Sauro Paglini  
Anna Rotondo, Fernanda Zamboni

*Avviso*

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.