

Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2014, n. 39-813

**D.G.R. n. 46-233 del 04.08.2014 e D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 - modifica ed integrazioni in materia di continuit  assistenziale a valenza sanitaria.**

A relazione dell'Assessore Saitta:

Preso atto che con D.G.R n. 46-233 del 4 agosto 2014 la Giunta Regionale ha disposto che fino al 31.12.2014 - o alla ridefinizione della rete ospedaliera in coerenza con le indicazioni ed i parametri definiti a livello nazionale (Art. 3 del Nuovo Patto della salute 204-2016) che assume la valenza di atto di alta programmazione sanitaria a livello regionale - sono sospesi, limitatamente alle parti inerenti l'individuazione della quantificazione e tipologia dei posti letto in ciascuna struttura della rete ospedaliera, gli effetti dei seguenti atti: D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014, D.G.R. n. 44-7346 del 31.3.2014, D.G.R. n. 14-7070 del 4.2.2014, D.G.R. n. 1-6045 del 9.7.2013, D.G.R. 6-5519 del 14.3.2013, D.G.R. n. 37-5091 del 18.12.2012, D.G.R. n. 1-4117 del 5.7.2012, D.G.R. n. 17-1830 del 7.4.2011.

Atteso che tra i provvedimenti oggetto di sospensione, la D.G.R. N. 6-5519 del 14.3.2013, oltre ad individuare tipologia e numero posti letto, ha definito le caratteristiche organizzative della funzione extraospedaliera di continuit  assistenziale a valenza sanitaria di cui alla D.G.R. n. 13-1439 del 28 /01/2011.

Tale funzione /attivit    stata individuata quale una delle risposte organizzative territoriali utili a superare quelle criticit  organizzative/gestionali presenti nella rete ospedaliera quali:

- la necessit  dei reparti per acuti a dimettere sempre pi  precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o di fragilit , insito ad esempio nell'invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane;
- la difficile dimissione di pazienti fragili non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie. Tali pazienti sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri, spesso ricevono risposte inadeguate, la relativa dimissione   problematica per carenza di setting extraospedalieri e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessit  di maggiore intensit  e specificit  di intervento;
- la necessit  di dare risposte pi  adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dell'anziano, in particolare di quello fragile, con la possibilit  di indirizzare pazienti "gravi" verso setting diversi sia in termini di organizzazione che in termini di costi di risorse.

Tali criticit  assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicit  in pazienti sempre pi  anziani con elevata prevalenza di comorbilit , con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti.

Realt  predittiva di una epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo e che si accompagna ad un incremento dell'indice di deprivazione. Tale indice esprime il livello di svantaggio sociale relativo tramite la combinazione di alcune caratteristiche della popolazione residente (scarsa istruzione, carenza di lavoro, condizioni abitative e familiari peggiori,ecc..), rilevate in occasione dei censimenti della popolazione e delle abitazioni.

L'area metropolitana, cui appartiene il 50% della popolazione piemontese, presenta pesantemente a livello ospedaliero le criticità sopra descritte.

Inoltre, a ciò si affiancano anche i risultati dell'analisi dei passaggi in Pronto Soccorso in termini di numero di soggetti, fascia d'età, tempo di permanenza, la tipologia di problematica clinico-assistenziale presentata.

Preso atto che la D.G.R n. 46-233 del 4/08/2014 sopra richiamata opera con indicazione temporale sino al 31.12.2014 o alla ridefinizione della rete ospedaliera in coerenza con le indicazioni ed i parametri definiti a livello nazionale;

vista la D.G.R n. 1-600 del 19/11/2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" che definisce il nuovo programma regionale di revisione della rete ospedaliera e detta le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale,

in attesa dell'approvazione degli schemi dei contratti per l'anno 2014-2015 con gli erogatori privati accreditati, i presidi e gli IRCCS ex art.t. 42 e 43 della L.833/1978 e conseguentemente dell'iter di sottoscrizione dei contratti, nelle more dell'adozione del relativo provvedimento di revisione sulla base delle determinazioni di cui alla suddetta D.G.R n. 1-600 del 19/11/2014,

emerge l'urgenza di andare ad attivare una prima parte di posti letto extraospedalieri per assicurare l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

Tale intervento, che concorre al rilancio e potenziamento della rete territoriale e si colloca all'interno del numero di posti letto complessivi della continuità assistenziale (0,3 per 1.000 abitanti) quale coerente riconversione dei letti di post- acuzie degli erogatori pubblici, privati accreditati, presidi ed IRCCS ex art.t. 42 e 43 della L.833/1978 e dei programmi di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis Dlgs 502/92 e s.m.i., permetterebbe:

- di ridurre i ricoveri impropri in degenza o piuttosto le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- di contenere i tempi di degenza in Ospedale;
- di dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dell'anziano.

L'individuazione del fabbisogno di tale funzione da parte delle ASL interessate è stata effettuata tenuto conto dei parametri sopra indicati.

Preso atto di quanto sopra illustrato, il relatore propone alla Giunta:

1. di autorizzare le ASL TO 1, ASL TO 2, ASL TO 3, ASL TO 4 e ASL TO 5 alla realizzazione delle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria quale definita con la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 .

La funzione dovrà essere garantita attraverso la riconversione di posti letto di post acuzie della rete ospedaliera a gestione diretta o attraverso la riconversione di posti letto convenzionati di RSA e per il numero di posti come sotto indicato:

		Posti Continuità Assist. Valenza Sanitaria da attivare nelle more della completa definizione del relativo piano regionale	
ASL	Fabbisogno individuato di posti di continuità assist. Valenza sanitaria	Da riconversione p.letto ospedaliero post-acuti	Da riconversione posti RSA
ASL TO 1	180	0	95
ASL TO 2	180	0	95
ASL TO 3	120	60	
ASL TO 4	80	25	
ASL TO 5	90		20

2. di autorizzare l'ASL VCO, considerata la necessità di garantire un primo nucleo di 30 posti di attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria quale definita con la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 in un particolare contesto demografico e territoriale rappresentato dalla zona dell'Ossola. La funzione dovrà essere garantita attraverso la riconversione di posti convenzionati di RSA.

Il fabbisogno individuato dall'ASL per la suddetta attività è di 105 posti;

3. di autorizzare l'ASL CN 1, al funzionamento di n. 46 posti di continuità assistenziale a valenza sanitaria derivanti dall'avvenuta riconversione dei posti letto di post-acuzie presenti negli Ospedali siti nel proprio ambito territoriale.

Il fabbisogno individuato dall'ASL per la suddetta attività è di 76 posti.

La differenza tra il fabbisogno segnalato dalle singole ASL e i posti di continuità assistenziale assegnati con il presente provvedimento troveranno regolamentazione all'atto dell'approvazione degli schemi dei contratti per l'anno 2014-2015 con gli erogatori privati accreditati, i presidi e gli IRCCS ex art.t. 42 e 43 della L.833/1978 e conseguentemente dell'iter di sottoscrizione dei contratti, nelle more dell'adozione del relativo provvedimento di revisione sulla base delle determinazioni di cui alla suddetta D.G.R n. 1-600 del 19/11/2014.

Le modalità procedurali gestionali per l'attuazione del presente atto saranno oggetto di specifico provvedimento da adottarsi da parte della Direzione Sanità.

La Giunta Regionale;

vista la D.G.R n. 13-1439 del 28/01/2011;

vista la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013;

vista la D.G.R. n. 46-233 del 4/08/2014;

vista la D.G.R. n. 1-600 del 19/11/2014;

condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

*delibera*

- di approvare la realizzazione della funzione di continuità assistenziale da parte delle ASL TO 1, ASL TO 2, ASL TO 3, ASL TO 4, ASL TO 5, ASL VCO e ASL CN 1 secondo quanto indicato in premessa al presente provvedimento;

- di stabilire che la differenza tra il fabbisogno segnalato dalle singole ASL e i posti di continuità assistenziale assegnati con il presente provvedimento troveranno regolamentazione all'atto

dell'approvazione degli schemi dei contratti per l'anno 2014-2015 con gli erogatori privati accreditati, i presidi e gli IRCCS ex artt. 42 e 43 della L. 833/1978, e conseguentemente dell'iter di sottoscrizione dei contratti, nelle more dell'adozione del relativo provvedimento di revisione sulla base delle determinazioni di cui alla suddetta D.G.R n. 1-600 del 19/11/2014;

- di stabilire che le modalità procedurali gestionali per l'attuazione del presente atto saranno oggetto di specifico provvedimento da adottarsi da parte della Direzione Sanità.

Gli oneri connessi all'applicazione del presente provvedimento troveranno copertura dall'economie conseguenti all'applicazione della D.G.R. n. 1-600 del 19/11/2014: "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" che definisce il nuovo programma regionale di revisione della rete ospedaliera e detta le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'articolo 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)