



PIEMONTE



PIEMONTE



PIEMONTE

*Giornate sul Piano socio-sanitario regionale
2007-2010*

3[^] sessione

I PERCORSI DELLA PROGRAMMAZIONE
I LEA
LISTE D'ATTESA
IL PERSONALE
AZIONI DEL SINDACATO

26 marzo 2008

**c/o CISL Piemonte – via Sant'Anselmo, 11 Torino –
alle ore 9.30 – 13.00**

delegazioni di:

Torino, Ivrea, Cuneo, Asti e Alessandria

1 aprile 2008

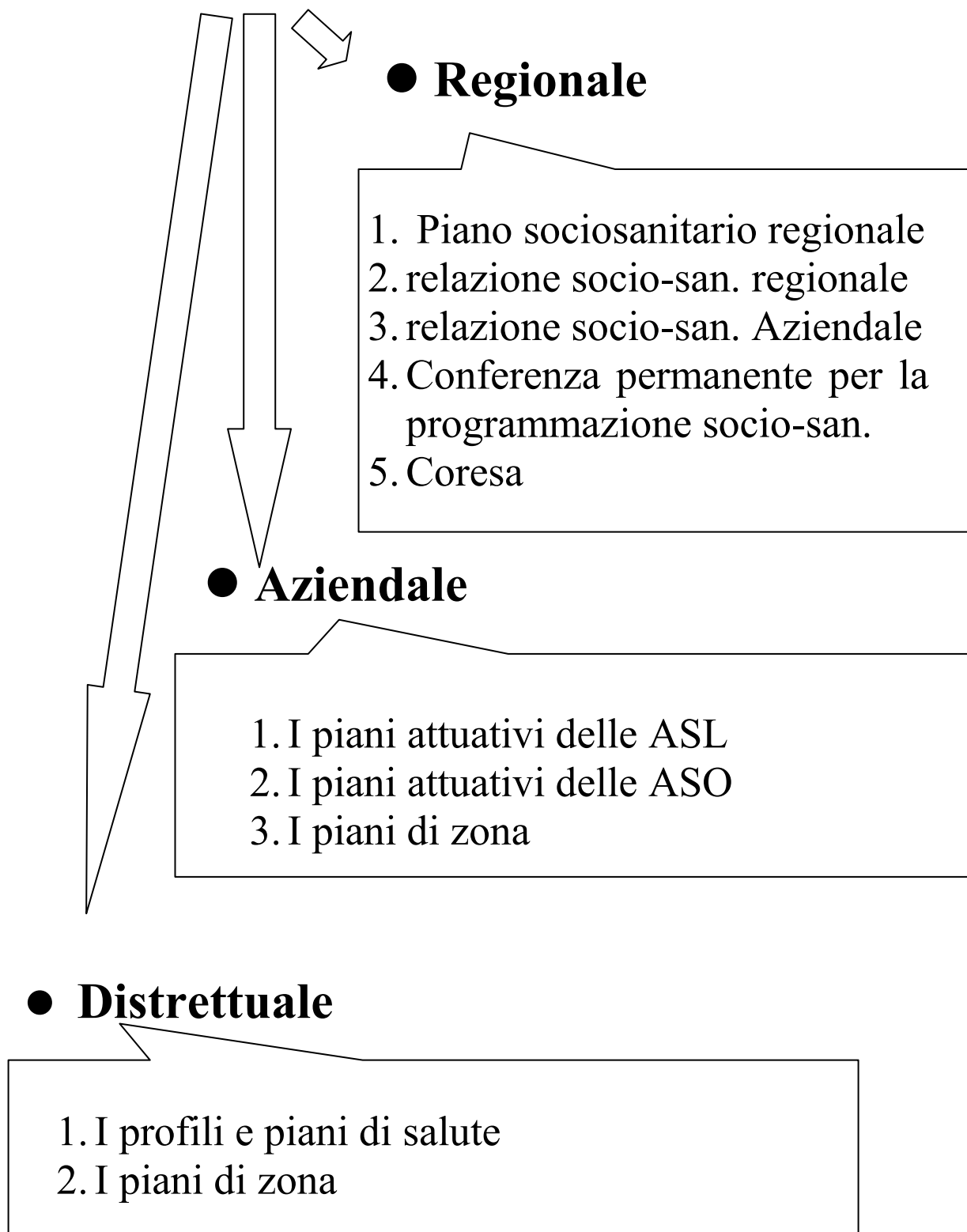
**c/o CGIL - via Stara, 2 Vercelli –
alle ore 9.30 – 13.00**

delegazioni di:

Novara – Vercelli – Biella e VCO

I PERCORSI DELLA PROGRAMMAZIONE

Pagina 5



I LEA

(livelli essenziali di assistenza)

1. Riferimenti normativi nazionali

Pagina 9

2. Riferimenti normativi regionali

Pagina 11

3. Le liste d'attesa

Pagina 15

IL PERSONALE

Pagina 18

AZIONI del SINDACATO

Pagina 23

I PERCORSI DELLA PROGRAMMAZIONE

Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007

Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.

(B.U. 09 Agosto 2007, n. 32)

Art. 1 (Finalità e principi)

1. La presente legge definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie.

3. La programmazione socio-sanitaria regionale è basata sui seguenti principi¹:

- a) tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali e interesse della collettività, ai sensi dell' articolo 32 della Costituzione;
- b) primato della prevenzione e ruolo strategico delle attività di promozione della salute;
- c) ruolo primario dei soggetti individuali e collettivi del territorio nell'identificazione dei bisogni di salute e delle azioni finalizzate al raggiungimento e mantenimento del benessere sociale;
- d) orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
- e) partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche;
- f) omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità;
- g) appropriatezza delle prestazioni, qualità e continuità delle stesse, attraverso l'integrazione degli interventi sociali e socio-sanitari;
- h) valorizzazione del sistema sanitario quale strumento di sviluppo sociale ed economico della Regione.

Art. 2 (I livelli e gli strumenti di programmazione)

1. La programmazione socio-sanitaria della Regione assicura lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione.

3. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale:

- a) i profili e piani di salute;
- b) i piani attuativi delle aziende sanitarie locali (ASL);
- c) i piani attuativi delle aziende ospedaliere;
- d) i piani di zona.

4. Sono strumenti triennali di valutazione e di monitoraggio della programmazione socio-sanitaria regionale la relazione socio-sanitaria regionale e la relazione socio-sanitaria aziendale.

¹ Questa dicitura impone tali principi alla sola programmazione regionale. Ma tutti gli atti di programmazione territoriale ed aziendale devono con questi essere "compatibili".

ATTORI della PROGRAMMAZIONE

- **CORESA** (Art. 4): parere e consulenza nei confronti della Giunta regionale e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria
- **Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria** (Art. 6): parere nei confronti della Giunta regionale
La Conferenza valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla Conferenza i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale
- **Conferenza dei sindaci di ASL e Conferenze dei presidenti di circoscrizione per la Città di Torino** (Art. 7): definisce le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale sulla base delle previsioni dei profili e piani di salute, esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio della ASL di riferimento, esprime i pareri sull'operato del direttore generale dell'ASL e del direttore generale dell'ASO eventualmente insistente sul territorio di competenza potendone eventualmente richiedere la revoca, designa un componente del collegio sindacale dell'Azienda
- **Comitato dei sindaci di distretto** (Art. 8): partecipa alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Per le aziende sanitarie torinesi i rinvii al Comitato dei sindaci di distretto devono intendersi riferiti al Comitato dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale.
- **Atenei piemontesi** (Art. 9): La Regione elabora protocolli d'intesa con gli atenei, per la regolamentazione dell'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività di programmazione, assistenziali del servizio sanitario regionale e, contestualmente, dell'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche,
- **organizzazioni sindacali** (Art. 10):
- **utenti organizzazioni di volontariato, associazioni di tutela e di promozione sociale, cooperazione sociale e altri soggetti del terzo settore** (Art. 10): la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare che si esprime nei trenta giorni successivi alla richiesta, istituisce e disciplina con proprio provvedimento un'apposita conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale in ogni azienda sanitaria, quale strumento partecipativo
- è previsto il contributo tecnico **degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate**
- Con deliberazione del Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale, sentita la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, sono definiti i criteri e le modalità di **coordinamento** delle strutture operanti nell'**area metropolitana**

GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Piano socio-sanitario regionale (Artt. 11 e 12):

è lo strumento di programmazione con il quale la Regione definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione.

È approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e previo parere della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, nell'anno di inizio del periodo al quale si riferisce la programmazione.

Individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio-sanitari regionali, definendo in particolare:

- a) lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione;
- b) le eventuali criticità presenti nel sistema;
- c) i criteri per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi, ivi compresi quelli sovrazonali;
- d) i criteri generali per l'attivazione di forme innovative di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie;
- e) i criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali;
- f) i metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali;
- g) il quadro delle risorse umane e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi;
- h) i principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi;
- i) il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema, nell'ambito della competenza programmatica pubblica;
- l) i criteri e modalità di partecipazione dei cittadini alla spesa;
- m) metodi e indicatori per la valutazione del sistema sanitario.

Relazione socio-sanitaria e documenti informativi periodici (Art. 13):

è presentata dalla Giunta regionale al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria ogni tre anni ed esprime le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale.

La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale ogni anno un documento di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito agli obiettivi di salute.

Il Consiglio regionale, in base ai risultati di salute della programmazione socio-sanitaria regionale emergenti dalla relazione socio-sanitaria e dal documento annuale, formula indirizzi alla Giunta regionale anche per adeguare gli strumenti di programmazione socio-sanitaria, da approvarsi da parte del Consiglio medesimo.

Profili e piani di salute – PEPS (Art. 14):

Il profilo e piano di salute, PEPS, è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.

Il PEPS:

- a) definisce gli obiettivi prioritari di salute e benessere;
- b) identifica tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici;
- c) attiva gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

I piani attuativi locali recepiscono gli obiettivi di salute previsti dai PEPS relativi alla rete dei servizi socio-sanitari.

Il Comitato dei sindaci, sentiti i soggetti interessati e **previa concertazione con i soggetti di cui all' articolo 10**, comma 1, predisporre il PEPS e lo approva a maggioranza.

Le ASL e le aziende ospedaliere di riferimento forniscono l'assistenza necessaria, assicurano la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS e garantiscono la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del distretto.

Il PEPS orienta la programmazione e tiene conto degli atti fondamentali di indirizzo regionali, provinciali e comunali, compresi i piani di zona, e assicura il raccordo con altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il terzo settore.

La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione dei PEPS, di concerto con le province.

Il PEPS ha la durata del piano socio-sanitario regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

Piani attuativi locali (Art. 15):

Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale le ASL programmano le attività da svolgere recependo quanto previsto dai PEPS di distretto e dai piani di zona; il piano attuativo locale ha la durata del piano socio-sanitario regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.

Il direttore generale dell'ASL, **previo confronto con i soggetti di cui all'articolo 10**, adotta il piano attuativo e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci, per acquisirne il parere. Successivamente trasmette il piano attuativo approvato, corredato del parere della Conferenza dei sindaci, alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale.

Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per distretti.

Il direttore generale dell'ASL adotta il programma annuale di attività entro l'anno precedente a quello di riferimento, previa intesa, per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con il Comitato dei sindaci di distretto, e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci e alla Giunta regionale.

La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente articolo.

Piani attuativi delle aziende ospedaliere (Art. 16):

Corrisponde al Piano attuativo locale, ma si riferisce all'Azienda ospedaliera invece che all'ASL.

Relazione socio-sanitaria aziendale (Art. 17)

È lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e aziendale.

È predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, dopodiché trasmessa alla Giunta regionale e alla Conferenza dei sindaci; Le Conferenze dei Sindaci esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni socio-sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del direttore generale.

I LEA (Livelli essenziali di assistenza)

La programmazione socio-sanitaria regionale è basata sull'omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità. (Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007, art.1 comma 3)

Riferimenti normativi nazionali

- **L. 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale** – Art. 3
Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.
La legge dello Stato fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini.
- **D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria** - art. 1
Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.
- **D.P.R. 23-7-1998** - Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza
- **D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"**, Art. 4

La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento

- **Acc. 22-11-2001** - Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
- **D.P.C.M. 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza**
Tale provvedimento è composto da 4 allegati:

allegato 1 – *comprende i LEA da garantire a carico del Ssn con eventuale partecipazione alla spesa da parte dei cittadini;*

allegato 2

A - individua le prestazioni ed i servizi esclusi dai LEA;

B – comprende un elenco di prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabili solo in presenza di particolari indicazioni cliniche;

C – individua le prestazioni incluse nei LEA ma che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione;

allegato 3 - *contiene alcune indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio-sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle Isole minori ed altre comunità isolate;*

allegato 4 – *detta alcune linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di LEA.*

- **D.P.C.M. 28-11-2003** - Modifica del D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», in materia di certificazioni.
- **D.M. 18-06-2004** - Nuovo modello LA per la rilevazione dei costi per livelli di assistenza.
- **Acc. 28-10-2004, n. 2113** - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle «Linee guida per la diagnostica per immagini». (Atto rep. n. 2113).
- **L. 30-12-2004, n. 311** - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005). - Articolo 1 - comma 169 - Fissazione di standard di cui ai livelli essenziali di assistenza
- **L. 23-12-2005, n. 266** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006) - Modificato dal comma 796 dell'art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007).
Articolo 1 - comma 292 - Rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza in coerenza con le risorse programmate.
- **Prov. 28-03-2006, n. 2555** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della L. 23 dicembre 2005, n. 266.
- **D.P.R. 07-04-2006** Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.
- **D.M. 04-05-2006** Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della L. 4 luglio 2005, n. 123, recante: «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia».
- **D.M. 17-06-2006** Istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288, della L. 23 dicembre 2005, n. 266.
- **D.M. 12-09-2006** Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie.

- **D.M. 14-12-2006** Ulteriore proroga dei termini previsti dal D.M. 22 marzo 2001 di individuazione delle patologie, per il cui trattamento è assicurata, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della L. 24 ottobre 2000, n. 323, l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio sanitario nazionale.
- **D.M. 22-02-2007, n.43** Regolamento recante: «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della L. 30 dicembre 2004, n. 311».
- **D.P.C.M. 5-3-2007** Modifica del D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».
- **D.M. 17-12-2007** Ulteriore proroga dei termini previsti dal decreto 22 marzo 2001, così come integrato dal decreto 14 dicembre 2006, di individuazione delle patologie per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del servizio sanitario nazionale.
- **D.P.C.M. 17-12-2007** Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: «Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro».
- **Decreto Direttoriale 20-12-2007** Individuazione dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, relativo all'anno 2008.
- **L. 24-12-2007, n. 244** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008) - Articolo 2, comma 353 - Verifica dell'efficacia delle misure di contenimento della spesa farmaceutica da parte delle regioni per l'accesso alle somme vincolate.

Riferimenti normativi regionali

SANITÀ

- Deliberazione della Giunta Regionale 25 febbraio 2002, n. 36 - 5380 (Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale)
- Deliberazione della Giunta Regionale 22 luglio 2002, n. 70-6732 (Integrazione e modifica della D.G.R. n. 36-5380 del 25.02.2002 - Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e per l'appropriatezza dei ricoveri)
- Deliberazione della Giunta Regionale 1 luglio 2002, n. 49-6478 (D.G.R. n. 57-5740 del 3/4/2002 - linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale)

- Deliberazione della Giunta Regionale 25 ottobre 2004, n. 37-13743 (Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all’allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 di definizione dei LEA)
- Deliberazione della Giunta Regionale 30 marzo 2005, n.24-15233 (Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 - Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DGR “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza)
- Deliberazione della Giunta Regionale 28 febbraio 2005, n. 39-14910 (Approvazione del Documento relativo al Servizio Odontoprotesico Regionale mediante la stipula di apposita convenzione tra le Aziende Sanitarie Locali e i Laboratori Odontotecnici)
- Deliberazione della Giunta Regionale 17 ottobre 2005, n. 31-1142 (Approvazione delle linee di indirizzo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore sul territorio regionale)
- Deliberazione della Giunta Regionale 6 marzo 2006, n. 48-2325 (Assistenza sanitaria all’estero: criteri di valutazione e rimborso delle spese di soggiorno sostenute da assistiti portatori di handicap autorizzati dai Centri regionali di riferimento a ricevere cure presso Centri di altissima specializzazione all’estero. Modifica della D.G.R. n. 42-27285 del 10.05.1999. Revoca della D.G.R. n. 179-29555 dell’ 8 .11.1993)
- Deliberazione della Giunta Regionale 9 maggio 2006, n. 60-2806 (Ausili per incontinenza- Disposizioni generali.)
- Deliberazione della Giunta Regionale 15 maggio 2006, n. 46-2863 (Recepimento dell’ accordo tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, per l’attività di ricovero, a valere per gli anni 2004-2008)
- Deliberazione della Giunta Regionale 27 giugno 2006, n. 6-3264 (Assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale. Diritto alle prestazioni integrative)
- Deliberazione della Giunta Regionale 2 aprile 2007, n. 10-5605 (Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali)
- Deliberazione della Giunta Regionale 17 dicembre 2007, n. 73-7827 (Piano per il contenimento della spesa farmaceutica.)

RESIDENZIALITÀ

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 113 - 16221 del 22 giugno 1992 (“Art.11 L.R. 37/90. Modifiche e integrazioni alla deliberazione attuativa G.R. 02.08.1991 n. 333-8499 - Autorizzazione al funzionamento delle R.S.A. per anziani non autosufficienti)

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 188 - 24789 del 03 maggio 1993 (“Istituzione dell’U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica) e adozione della scala di valutazione funzionale multidimensionale”)
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998 (“Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. Unità di Valutazione Geriatrica”)
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2003, n. 51 - 11389 (D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria)
- Deliberazione della Giunta Regionale 15 marzo 2004, n. 41-12003 (Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori)
- Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2004, n. 72-14420 “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitarie e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”
- Deliberazione della Giunta Regionale 30 marzo 2005, n.17-15226 (Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria”)
- DGR n. 36-2724 del 27 aprile 2006 (d.g.r. 30 marzo 2005, n. 17 – 15226, allegato 2, punto 4. Differimento dei termini)
- Deliberazione della Giunta Regionale 31 luglio 2006, n. 2-3520 (Piano d’intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla DGR n. 17-15226 del 30.03.2005)
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 luglio 2007, n. 33-6500 (Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta e criteri per l’erogazione degli incentivi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 2- 3520 del 31 luglio 2006 a favore di comuni ed enti gestori)
- Deliberazione della Giunta Regionale 30 marzo 2005, n.18-15227 (Criteri e modalità di convenzionamento delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti con le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali in attuazione dell’art. 3 della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1)
- Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2006, n. 43-2232 (Adempimenti regionali attuativi della D.G.R. 17-15226 del 30.3.2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”. Fase transitoria)

- Circolare della Presidente della Giunta Regionale 16 aprile 2007, n. 1/WEL (Indirizzi relativi all'attività di vigilanza e all'attività di controllo del rispetto delle convenzioni nelle strutture per anziani)
- Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2008, n. 42-8390 (Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG".)

DOMICILIARIÀ

- Deliberazione della Giunta Regionale 7 maggio 2002, n. 41-5952 (Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte)
- Deliberazione della Giunta Regionale 16 giugno 2003, n. 62-9692 (Ulteriori disposizioni per l'attivazione del servizio Cure Domiciliari ad integrazione della d.g.r. n. 41-5952 del 7.5.2002)
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2004, n. 55-13238 (Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002 della D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003 inerenti rispettivamente le linee guida regionali del Servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l'applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate)
- Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2007, n. 21-7391 (Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del "peso" ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione.)
- Deliberazione della Giunta Regionale 5 marzo 2007, n. 44-5449 (Cure domiciliari. Indirizzi per modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 62-9692 del 16.6.2003 s.m.i)
- Deliberazione della Giunta Regionale 26 giugno 2003, n. 34-9745 (Deliberazione settoriale ex art. 8 L.R. 12.12.1997 m. 61 delle linee guida per l'attuazione della Nutrizione Artificiale a domicilio (N.A.D.))
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2003, n. 51 - 11389 (D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria)
- Deliberazione della Giunta Regionale 28 febbraio 2005, n. 37-14908 (Individuazione di una nuova tipologia di cura nell'ambito delle Cure Domiciliari denominata "Prestazioni Infermieristiche Estemporanee" (P.I.E.))

LeLISTE D'ATTESA

nella DCR 137 – 40212 del 24 ottobre 2007 e nel PSSR

DCR 137-40212 - Il Consiglio regionale delibera:

- di approvare il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante (allegato A);
- di stabilire che, con cadenza annuale, la Giunta regionale presenti al Consiglio regionale una relazione che offra chiare evidenze sui risultati ottenuti nella realizzazione del Piano. La relazione dovrà contenere dati e informazioni riguardanti:
- l'andamento del processo di riduzione delle liste di attesa.

PSSR - 2.3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

I problemi

I problemi si pongono a livello di singole prestazioni ed in alcune aree territoriali:

tassi di ospedalizzazione eccessivi per alcuni DRG, in particolare nelle aree territoriali con eccesso di offerta;

liste di attesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali superiori alle soglie previste in alcune aree territoriali;

liste di attesa per residenzialità socio-sanitaria ancora rilevanti nell'area metropolitana.

Le azioni

A livello regionale:

confronto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale, per migliorare l'appropriatezza della domanda e per monitorare i problemi di accesso ai servizi;

obiettivi per i direttori generali per sviluppare i percorsi assistenziali, adeguare l'offerta per i LEA sottosviluppati, contenere la domanda a rischio di inappropriata;

contrattazione regionale relativa al personale dipendente e convenzionato finalizzata al miglioramento del perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e dei LEA;

contrattazione regionale con le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, finalizzata ad indirizzare la loro attività verso le prestazioni non completamente coperte dalla rete pubblica;

indirizzi ai direttori generali per l'assegnazione all'interno delle aziende sanitarie di obiettivi di sviluppo delle prestazioni ora carenti e di contenimento delle prestazioni ora in esubero;

campagne informative regionali sul corretto ricorso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie;

creazione di un punto di ascolto della voce degli utenti e delle loro organizzazioni rappresentative, al fine di raccogliere informazioni sulla percezione delle attese nei confronti del SSR e dello scarto tra attese e servizi resi.

A livello aziendale:

confronto, a livello aziendale e distrettuale, con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale per migliorare l'appropriatezza della domanda e l'accesso ai servizi;

sviluppo a livello distrettuale dei servizi di accoglienza, ascolto e accompagnamento dei pazienti nei percorsi di diagnosi e cura.

4.5.3.1. La tutela della salute della popolazione anziana

Criticità

Sul fronte della residenzialità la criticità maggiore riguarda la consistenza delle liste d'attesa, soprattutto in alcuni territori, legata alla complessità delle procedure burocratiche.

La rete regionale delle strutture, ancora, fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione e non sembra sufficientemente articolata secondo il percorso di aggravamento e riduzione di autonomia funzionale e cognitiva della persona anziana; si rilevano carenze, in alcuni contesti, di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

5.4. LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ

a. Le liste di attesa

Elemento fondamentale che deve essere tenuto in considerazione per la progettazione della rete ospedaliera è l'analisi dei tempi di attesa per il ricovero, che va inteso come uno degli elementi della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Molti studi sui sistemi sanitari universalistici basati sul finanziamento pubblico presentano le liste di attesa come un fenomeno strutturale; occorre tuttavia operare sul piano della domanda, agendo sui possibili determinanti del suo governo (appropriatezza, priorità clinica, coinvolgimento di tutto il sistema nella gestione del problema). Il problema delle liste di attesa necessita infatti di un'attenzione particolare e può essere considerato uno dei pilastri della strategia programmatica regionale.

In questi ultimi anni una serie di indicazioni regionali e ministeriali hanno preso in esame e prospettato indirizzi di comportamento nell'organizzazione delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero.

Attese per i ricoveri

L'Assessorato avvierà studi che portino alla formulazione di indicazioni circa l'appropriatezza delle prescrizioni. Infatti la "relativa facilità" all'accesso delle prestazioni induce in alcuni casi un allargamento improprio delle indicazioni all'intervento. Com'è rilevabile dalla letteratura sull'argomento, l'aumento dell'offerta può indurre ad una selezione meno accurata all'indicazione dell'intervento, soprattutto per quelli di più semplice esecuzione. Ma il problema dell'appropriatezza della prescrizione attraversa tutta l'attività clinica e quindi è necessario sviluppare l'uso di protocolli o linee guida per la gestione dei diversi percorsi terapeutici.

La programmazione degli interventi per tipologia di priorità è uno strumento molto utile per la gestione delle liste, soprattutto nei casi in cui il rapporto domanda e offerta è critico. Anche su questo punto si definiranno con gli specialisti di settore i criteri omogenei per tutte le aziende. Parallelamente si pianificheranno tutte le iniziative che possono portare ad un più ampio utilizzo delle risorse e delle strutture disponibili. Infatti in molti casi le sale operatorie non sono occupate a pieno regime e gli interventi in elezione subiscono di fatto l'interruzione delle prenotazioni durante alcuni periodi dell'anno.

Un aspetto decisivo della regolazione dei "flussi" all'entrata è l'uso di un sistema di prenotazione in rete dove possano essere integrati i sistemi pubblici e privati e dove i criteri di accesso siano trasparenti e verificabili. E' previsto un sistema di prenotazione in rete, a partire dall'area metropolitana, per collegare tutti i punti di erogazione, che potrà essere attivato successivamente a quello che riguarda le prenotazioni per le attività ambulatoriali.

Attese per le attività ambulatoriali

E' obiettivo della Regione operare in sanità con equità e razionalità, migliorare l'assistenza pubblica e ridurre i tempi di attesa delle visita ambulatoriali.

Le liste d'attesa sono il terreno elettivo per il governo clinico, inteso come definizione di politiche di governo della domanda orientate ad affrontare il tema dell'appropriatezza clinica dell'uso degli interventi e delle prestazioni sanitarie e all'introduzione di modalità operative di gestione il più possibile basate su una robusta razionalità clinica.

È strategico adottare modalità di governo degli accessi alle prestazioni che consentano di discriminare, secondo criteri professionali condivisi e basati sulle conoscenze scientifiche disponibili, le domande appropriate da quelle inappropriate e, relativamente alle prime, regolare i tempi di erogazione in funzione degli effettivi bisogni assistenziali, mantenendoli sempre entro i limiti della accettabilità clinica e sociale.

La programmazione degli interventi per tipologia di priorità rappresenta uno strumento utile per la gestione delle liste, soprattutto nei casi in cui il rapporto domanda e offerta sia critico.

Un altro importante obiettivo è la messa a completo regime di un sistema di prenotazione in rete (CUP) a carattere interaziendale, a partire dall'area metropolitana, per collegare tutti i punti di erogazione, prevedendo l'inserimento graduale delle strutture private convenzionate al fine di ampliare l'offerta dei servizi, e per consentire la gestione, da parte dei medici di base, in collegamento con ASL e centri convenzionati, della prenotazione e del ricevimento degli esiti on-line. Andranno infine valutate attentamente tutte le azioni che possono permettere l'uso corretto delle attrezzature e una loro maggior saturazione.

La programmazione regionale, oltre a stimare il fabbisogno di attività ambulatoriale per le principali specialità, si occuperà di stabilire e verificare i requisiti minimi strutturali, organizzativi di personale e tecnologici degli ambulatori.

Saranno applicati sistemi di controllo delle singole attività ambulatoriali utilizzando i flussi di dati provenienti dalle singole aziende sanitarie.

Parallelamente, sulla base degli studi già disponibili ed attivando eventualmente interventi innovativi, dovranno essere promosse iniziative, anche a carattere sperimentale, finalizzate a migliorare la gestione delle attese comprendendo:

- il potenziamento della comunicazione diretta tra operatori sanitari, in particolare tra medico di base e medico specialista,
- la organizzazione di ambulatori nominali che permettano una presa in cura del paziente continuativa da parte dello stesso medico,
- la programmazione di percorsi assistenziali che permettano, alla prima visita, che il medico abbia già la disponibilità degli elementi per formulare ipotesi diagnostiche, ulteriori indagini, terapia successivi,
- la attivazione di ambulatori infermieristici, basati sull'autonomia professionale e corresponsabilità medica, per le medicazioni, i controlli post intervento, ed altro.

IL PERSONALE²

PSSR - PREMESSA

UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

Sono principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano:

- una convinta ottemperanza ai dettami dell'etica della responsabilità ed una doverosa disponibilità di tutti gli operatori sanitari ad una rilettura dei problemi di salute dal punto di vista della ponderazione sociale e di genere.

1.1. LA FILIERA CHE NON ESISTE. QUADRO GENERALE E TENDENZE PREVISTE.

In Piemonte il settore salute conta oggi circa 55.000 addetti regionali. Le stime del settore indicano in circa 70.000 il numero di addetti complessivo (prevalentemente terziario esterno a basso valore aggiunto), cui vanno aggiunti i circa 20.000 lavoratori del settore socio-assistenziale.

La struttura professionale del sistema sanità presenta notevoli potenzialità con un livello apprezzabile di personale laureato, ma anche con oltre il 70% dei profili baricentrati ai livelli tecnici o sulle competenze di carattere generico; struttura che suggerisce un intervento di riassetto del sistema delle competenze finalizzata ad una sua maggiore stratificazione, sia sul versante dell'introduzione di figure nella fascia alta ad integrazione dell'organizzazione clinica e a cerniera tra clinica e territorio sia sul versante di una migliore utilizzazione delle figure non mediche per cui si registrano i più forti attriti sul mercato del lavoro, con piani di incentivazione, formazione continua, mobilità verticale, attrazione da paesi stranieri e riconoscimento dei crediti acquisiti attraverso percorsi non formali di formazione. Questo quadro è ancora più polarizzato ed evidente per la struttura del sistema socio-assistenziale dove i tre quarti del sistema sono rappresentati dalla figura di base (ADEST/OSS).

1.9. UNIVERSITÀ, FORMAZIONE E SISTEMA DELLA SALUTE, ARRETRATEZZE, RISCHI E OPPORTUNITÀ

La formazione e in particolare l'elevamento medio dei livelli di competenza è una delle condizioni essenziali per la realizzazione del cambiamento organizzativo, dei comportamenti di cura e assistenza, per il raggiungimento degli obiettivi di qualità, di efficacia e di efficienza che sono alla base delle linee di Piano.

2.1. L'ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEL GOVERNO DEL SSR

A livello di sistema:

migliorare la politica delle risorse umane, sia per gli aspetti normo-contrattuali (al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dai contratti e dalle convenzioni nazionali) sia per

² Negli incontri precedenti si sono già affrontate le relazioni che intercorrono tra i professionisti del Servizio sanitario regionale e quelli dei Servizi sociali, particolarmente nei distretti e nei GCP, con valorizzazione della multidisciplinarietà e del lavoro in equipe. Nei confronti dei cittadini si è rilevata la necessità di agire un ruolo di "traduzione" e "mediazione" nei confronti del bisogno.

l'aspetto della qualificazione degli operatori (finalizzando l'aggiornamento professionale e, ove del caso, sviluppando le opportunità di ricerca sia di tipo clinico sia organizzativo);

2.3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Le azioni

A livello regionale:

contrattazione regionale relativa al personale dipendente e convenzionato finalizzata al miglioramento del perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e dei LEA;

A livello aziendale:

contrattazione relativa al personale dipendente e convenzionato coerente con gli obiettivi di controllo del livello qualitativo della domanda e di sviluppo dei percorsi assistenziali;

2.6. LA POLITICA DELLE RISORSE UMANE

Le azioni

Costituisce obiettivo di piano lo sviluppo di una politica del personale con le seguenti caratteristiche:

- valorizzazione del ruolo dei dirigenti e di tutte le professioni socio-sanitarie, anche attraverso il loro apporto negli organi di governo regionali ed aziendali;
- valorizzazione di tutte le risorse umane e professionali attraverso lo sviluppo delle competenze e conoscenze e il loro coinvolgimento ai processi decisionali aziendali, in particolare nel governo clinico;
- applicazione della legge 251/2000, con lo sviluppo della responsabilizzazione delle professioni sanitarie nei processi decisionali;
- utilizzo degli accordi contrattuali nazionali e regionali per valorizzare l'apporto di tutti gli operatori al miglioramento del SSR, a partire dall'utilizzo più razionale della retribuzione di risultato. L'attività libero professionale intramoenia, nel rispetto della normativa vigente e degli obiettivi della programmazione regionale, va promossa e sviluppata favorendo le possibilità del suo esercizio e della concreta applicazione. In tale prospettiva costituisce obiettivo di piano il coordinamento regionale dell'utilizzo degli istituti contrattuali ed il riordino dell'organizzazione dei servizi di controllo interno/nuclei di valutazione;
- monitoraggio dell'organizzazione del lavoro e del "clima" aziendale e sviluppo di azioni tese a ridurre il fenomeno dell'assenteismo e altre distorsioni che si ripercuotono negativamente sulla qualità del servizio;
- controllo delle dotazioni organiche in rapporto allo sviluppo delle attività a gestione diretta ed alle esternalizzazioni;
- riduzione delle forme di precariato, in coerenza con gli indirizzi nazionali in materia;
- programmazione regionale delle attività di formazione ed aggiornamento del personale, con programmi articolati su base regionale, sub-regionale ed aziendale in base alle diverse esigenze;
- assunzione della gestione diretta a livello regionale del programma ECM;
- qualificazione ed innovazione delle professionalità dell'ambito sociale, attraverso la formazione (di base e continua) e la riqualificazione degli operatori sociali e socio-sanitari;
- sviluppo dell'ARESS per le funzioni tecniche e istruttorie per l'accreditamento dei soggetti e degli eventi di formazione.

2.9. QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE

Una gestione da riequilibrare

la previsione del costo del personale è condizionata dalla possibilità di perseguire le riduzioni quantitative previste dalla legge finanziaria 2007 e dall'impatto dei rinnovi contrattuali.

3.8. FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione. Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è tuttavia assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno realizzato progetti di lavoro coordinato, la partecipazione a iniziative di ricerca, la creazione di centri di riferimento, lo sviluppo di reti: occorre proseguire su questa strada, in modo che l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente.

In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi. Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

4.4. LA PROGRAMMAZIONE NEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

Questo modello di integrazione gestionale, come qualsiasi altro modello, presuppone:

- un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai "carichi di lavoro" assegnati alle varie unità operative integrate;

4.5.3.3. Area materno-infantile

Obiettivi di salute da perseguire in questo ambito riguardano:

- la qualificazione del personale.
- La promozione della formazione degli operatori dell'area verso un modello non centrato sulla disciplina di appartenenza, ma su un modello di "funzione assistenziale" confrontato con la domanda di salute delle donne, delle famiglie, dei minori.

4.5.3.4. Salute mentale

I principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale sono:

- la multi-professionalità dell'equipe che deve assicurare un'azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione,
- il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, sia in senso quantitativo che qualitativo, nonché la riqualificazione ed il miglioramento delle condizioni ambientali e strutturali dei servizi,
- la formazione degli operatori finalizzata a riorientarne lo stile di lavoro secondo obiettivi e priorità quali la risposta ai bisogni dei pazienti gravi (compresi i pazienti "non collaboranti") e la risposta all'urgenza, con particolare riferimento alle azioni congiunte con i servizi sociali, i medici di medicina generale, le associazioni dei familiari e degli utenti e il volontariato,

- la promozione di azioni formative e organizzative volte ad evitare l'uso della contenzione fisica.

5.4. LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ

b. Professioni sanitarie e la gestione del personale

Sviluppare una coerente politica di gestione delle risorse umane significa, in primo luogo, valorizzare adeguatamente le professioni sanitarie. Accanto ai medici e ai dirigenti sanitari, compresi gli psicologi, il cui ruolo è certamente cruciale, vanno considerati gli infermieri e gli altri operatori socio-sanitari, il cui ruolo va valorizzato in particolare nelle aree assistenziali più critiche, nei servizi territoriali e nelle cure domiciliari, nel supporto ai malati terminali e ai loro parenti e nell'assistenza psichiatrica.

Vi sono poi figure tecnico-sanitarie specifiche che occorre particolarmente tutelare e valorizzare tramite iniziative mirate di formazione permanente e attraverso un maggior coinvolgimento nei processi decisionali.

Il personale costituisce anche il maggior capitolo di spesa nel bilancio della sanità e pertanto possono essere promosse azioni di sviluppo e riassetto organizzativo che, in costante confronto con le organizzazioni sindacali, permettano la piena valorizzazione delle risorse umane impiegate.

Tra queste particolare rilevanza assumono la programmazione delle reti assistenziali integrate e delle forme organizzative dipartimentali per ottimizzare la copertura di personale nelle varie unità organizzative, la gestione oculata degli istituti contrattuali (in particolare quelli riguardanti la mobilità e la flessibilità), il superamento delle forme di lavoro precario e l'utilizzo appropriato delle figure di supporto alle professioni sanitarie, anche sviluppando politiche di reclutamento adeguate.

In questo quadro saranno avviati gli interventi necessari affinché l'esercizio delle attività connesse all'istituto contrattuale della libera professione intramurale sia facilitata e avvenga prioritariamente all'interno delle strutture pubbliche e sia finalizzato al conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale.

La qualità delle risorse umane, e la loro organizzazione, costituisce il fattore chiave per una sanità di qualità nella Regione. La situazione attuale presenta alcuni nodi problematici quali:

La mancanza di alcune figure professionali, come evidenzia anche l'accordo Stato-Regioni sul fabbisogno delle professioni sanitarie, stipulato in occasione della Conferenza del 14 luglio 2005; tale accordo fotografa l'esigenza di formazione di figure professionali in ambito sanitario per l'anno 2005 e al tempo stesso rivela le principali carenze esistenti. Circa i tre quarti delle figure professionali previste riguardano la professione infermieristica (43%) e quella degli operatori socio-sanitari (33%).

L'esigenza di organizzare in modo più funzionale le risorse esistenti, nel rispetto dei diritti dei lavoratori e degli utenti.

Quella dell'esigenze formative è però solo una spia di un problema più complesso.

Attualmente vi è una insufficienza di infermieri che in alcune aree non consente l'ottimale gestione delle attività assistenziali. Tale insufficienza può essere anche dovuta alla poca attrattività della professione infermieristica in considerazione del rapporto tra la formazione richiesta (laurea infermieristica) e gli effettivi carichi di lavoro espletati.

E' possibile invece ipotizzare una copertura adeguata prevedendo un numero minore di reparti ed eliminando le duplicazioni attraverso lo sviluppo delle organizzazioni dipartimentali e di forme di coordinamento. Infatti, un adeguato coordinamento comporta, a fronte di un limitato disagio per il cittadino, un notevole beneficio in termini di qualità delle cure erogate.

Inoltre occorre promuovere un uso razionale della mobilità degli infermieri, procedere alla verifica di eventuali situazioni disfunzionali che vedano gli infermieri occupati in modo non ottimale all'interno di specifiche strutture.

Rispetto agli operatori socio-sanitari va prevista una politica di reclutamento che non si limiti solo alla riqualificazione del personale con basse qualifiche e molti anni di anzianità di servizio ma valorizzi anche le competenze formative acquisite.

Sia per gli infermieri, che per gli operatori socio-sanitari, una specifica attenzione va dedicata ai lavoratori provenienti da paesi stranieri. Essi rappresentano una risorsa preziosa ma va assicurata una adeguata conoscenza della lingua, anche concordando percorsi di formazione specifica di base da effettuarsi nei paesi di provenienza.

LE MATERIE NON ESPLICITAMENTE TRATTATE SUL PSSR, MA NELL'AZIONE DELLE CATEGORIE

- **Accorpamento di Aziende sanitarie con riorganizzazione delle funzioni territoriali, amministrative, logistiche, della rappresentanza sindacale, della costituzione / gestione dei fondi aziendali**
- **Riorganizzazione delle funzioni attinenti la Prevenzione**
- **Nuovo impulso alla dipartimentalizzazione**
- **Passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale**
- **Possibile riassetto degli Enti gestori delle prestazioni socioassistenziali**
- **Potenziamento del ruolo di *governance* clinica**

AZIONI DEL SINDACATO

Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007

Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.

(B.U. 09 Agosto 2007, n. 32)

Art. 1 (Finalità e principi) – Comma 3

- ruolo primario dei soggetti individuali e collettivi del territorio nell'**identificazione dei bisogni di salute e delle azioni finalizzate al raggiungimento e mantenimento del benessere sociale**;
- partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla **definizione delle linee programmatiche**;

Art. 6 (La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria - Sostituzione dell'articolo 108 della l.r. 44/2000) – Commi 3, 4 e 5

- È presieduta dal Presidente della Giunta regionale, o suo delegato ed è composta anche da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello regionale designati dalle rispettive organizzazioni di appartenenza.
- La Conferenza può formulare **proposte sul piano socio-sanitario regionale e sul piano regionale degli interventi e dei servizi sociali**;
- La Conferenza **valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi**; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla Conferenza i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.

Art. 10 (Partecipazione alla programmazione)

- La Regione prevede, nella **fase di elaborazione degli atti di programmazione**, la partecipazione delle organizzazioni sindacali.

Art. 14 (Profili e Piani di Salute)

- Concertazione con il Comitato dei sindaci di Distretto per la predisposizione del PEPS.

Artt. 15 e 16 (Piani attuativi locali e Piani attuativi delle aziende ospedaliere)

- confronto con il direttore generale dell'ASL o dell'ASO, per la definizione piano attuativo.

LE AZIONI SUL PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE

2.3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Le azioni

A livello regionale:

confronto con le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale, per **migliorare l'appropriatezza della domanda e per monitorare i problemi di accesso ai servizi**;

creazione di un punto di ascolto della voce degli utenti e delle loro organizzazioni rappresentative, al fine di **raccogliere informazioni sulla percezione delle attese nei confronti del SSR e dello scarto tra attese e servizi resi**.

A livello aziendale:

confronto, a livello aziendale e distrettuale, con le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale per **migliorare l'appropriatezza della domanda e l'accesso ai servizi;**

CAPITOLO 5 - LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE

Fondamentale sarà il contributo che potranno fornire gli operatori del servizio sanitario, in particolare attraverso le forme di organizzazione sindacale, professionale e scientifica per offrire una rete ospedaliera che tenga conto di tutte le riflessioni più avanzate in termini di qualità e di appropriatezza delle prestazioni e per garantire forme di assistenza più flessibile e più attenta alla necessità di ridurre al minimo i tempi di separazione dagli ambiti familiari e sociali di riferimento.

LE MATERIE NON ESPLICITAMENTE TRATTATE SUL PSSR, MA NELL'AZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

- **Confronto sugli atti aziendali, anche in relazione alla possibile revisione degli ambiti distrettuali;**
- **confronto con i Comuni in previsione della ridefinizione territoriale dei Servizi sociali a coincidenza con i distretti sanitari;**
- **confronto con i Direttori di Distretto per l'organizzazione delle attività territoriali, la creazione dei GCP e degli Sportelli sociosanitari.**