

**INTERROGAZIONE ORDINARIA
INDIFFERIBILE ED URGENTE A RISPOSTA
ORALE
N. 296**

**RIEQUILIBRIO DEL FABBISOGNO
DELLA DOTAZIONE ORGANICA AI
DIPARTIMENTI DI EMERGENZA
URGENZA**

Presentato dai Consiglieri regionali:

BONO DAVIDE (primo firmatario), BERTOLA GIORGIO

Protocollo CR n. 4169

Pervenuta in data 03/02/2015

X LEGISLATURA



Handwritten signature and initials

2. 2.18.1/296/15/x

16:04 03 FEB 2015 A01000 000230

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

INTERROGAZIONE

N° 296

ai sensi dell'articolo 18, comma 4, dello Statuto e dell'articolo 99 del Regolamento interno.

- Ordinaria a risposta orale in Aula
- Ordinaria a risposta orale in Commissione
- Ordinaria a risposta scritta
- Indifferibile e urgente in Aula
- Indifferibile e urgente in Commissione

OGGETTO: riequilibrio del fabbisogno della dotazione organica ai Dipartimenti di Emergenza Urgenza

Premesso che:

l'articolo 3 della Costituzione prevede che *"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale"*;

l'articolo 32 della costituzione cita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*;

l'articolo 9, comma 1 dello Statuto regionale: *"La Regione promuove e tutela il diritto alla salute delle persone e della comunità"*

Considerati:

il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza", pubblicato sulla G.U., Serie generale, n. 76 del 31 marzo 1992;

il decreto del Ministero della Sanità 15 Maggio 1992 recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza", pubblicato sulla G.U, Serie Generale, n. 121 del 25 maggio 1992;

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" che, nel livello dell'Assistenza distrettuale, include sia la Continuità Assistenziale notturna e festiva - tra le prestazioni dell'area della Medicina di Base- che le prestazioni dell'area dell'emergenza sanitaria territoriale pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 33 dell'8 febbraio 2002;

il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza", pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 9 del 13 gennaio 2009;

l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2011 (Rep. Atti n.135/CSR), integrativo dell'Accordo sancito il 20 aprile 2011(Rep. Atti n.84/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e

Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;

il decreto-legge 13 settembre 2012, 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", pubblicato sulla G.U. del 10 novembre 2012, S.O. n. 201/L;

Considerato ancora che:

nel documento n. 36 Conferenza Stato Regioni del 7 febbraio 2013 vengono integrate le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", Allegato sub A) inserendo i seguenti punti:

- a) adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;
- b) realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;
- c) realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;
- d) garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando aposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

Individuato che:

la D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013 "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del DL n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012" (PO), definisce il punto 15 Programma "Rete Emergenza-Urgenza", nell'azione 15.1.1 "Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale" si evince che la riorganizzazione del 118 prevede 3 momenti distinti e consequenziali:

- definizione del fabbisogno del personale medico sanitario ed infermieristico per lo svolgimento della funzione di Emergenza Sanitaria Territoriale, rispetto all'attuale assetto delle postazioni;
- conclusione da parte delle Aziende sanitarie interessate delle procedure per il trasferimento di tutto il personale dedicato all'Emergenza territoriale 118, entro il 30/06/2014;

- riordino dell'assetto delle postazioni conseguentemente alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza ospedaliera e dell'implementazione delle postazioni 118 per i trasporti secondari d'urgenza;

Individuato ancora che:

con la DGR 18-6692 del 19 novembre 2013 *"Riorganizzazione Emergenza Sanitaria Territoriale 118. Adempimenti relativi alla riorganizzazione delle dotazioni di personale delle Aziende sede di Centrale Operativa. Approvazione schemi di avviso pubblico di mobilità endoregionale nell'allegato A ha definito il suddetto fabbisogno per le Aziende sede di Centrale Operativa"* viene definito il fabbisogno di personale per lo svolgimento della funzione Emergenza Sanitaria Territoriale 118;

Rilevato che:

esiste al momento una disomogeneità, tra le varie sedi ospedaliere, circa la dotazione del personale organico afferente ai Dipartimenti di Emergenza Urgenza;

INTERROGA LA GIUNTA E L'ASSESSORE COMPETENTE:

per sapere se sia stato effettuato uno studio inerente la suddivisione del personale, in dotazione per il servizio di Emergenza-Urgenza di tutte le ASR, anche a seguito del bando di mobilità verso il Dipartimento Interaziendale Emergenza Sanitaria Territoriale 118 nonché in rapporto con gli input (numero di accessi effettuati) suddivisi per codici di triage e gli output (numero dimissioni, numero di ricoveri) relativi agli anni 2012, 2013 e 2014;

per sapere se sia possibile definire uno standard per la dotazione di personale dei Dipartimenti di Emergenza Accettazione e Pronto Soccorso e omogenizzare il personale degli attuali presidi a tale standard.