



Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria

Att. Saitta
(Autog)

L'Assessore

Data, 20/06/2016
Prot. 642/SAN
Class. 1.60.40, 8/2016C/SAN, 6

Alla Consigliera regionale
Daniela Ruffino
Gruppo consiliare Forza Italia

Al Capogruppo del Gruppo consiliare
Forza Italia
Gilberto Pichetto



Al Presidente del Consiglio regionale
Mauro LAUS

Consiglio Regionale del Piemonte

PRI



A00022170/A04040-02 27/06/16 CR

Cl. 02-18-01/57/2014/X

e p.c. Al Direttore del Gabinetto
della Giunta regionale
dott. Luciano Conterno

Loro sedi

Oggetto: risposta all'interrogazione a risposta scritta n. 57 "Continuità assistenziale" della Consigliera Ruffino.

L'interrogazione della consigliera Ruffino mi consente di ritornare sulle ampie tematiche collegate alla rete di assistenza territoriale, che - come ho avuto modo di spiegare più volte - deve strutturarsi di pari passo con la riforma della rete ospedaliera. Siamo in Piemonte in forte ritardo rispetto alle programmazioni avviate fin da dieci anni da altre Regioni come la Toscana o l'Emilia Romagna ma in questi ultimi due anni abbiamo lavorato per colmare il gap di programmazione e ci troviamo ora ad affrontare finalmente gli aspetti organizzativi veri e propri.

Con la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, recante "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016" sono stati definiti gli strumenti organizzativi ed operativi per garantire l'equità e la massima uniformità nell'accesso alle prestazioni fornite dal S.S.R. in favore di tutti i cittadini. Tali strumenti si fondano sulla connotazione del ruolo del distretto quale "braccio organizzativo ed operativo dell'ASL per il governo del territorio e per la garanzia del coordinato e continuativo svolgimento del percorso di salute". Nell'ambito dell'ASL si è previsto che l'esercizio delle funzioni distrettuali avvenga in modo coordinato fra tutti i distretti (istituito il Tavolo di coordinamento funzionale dei Distretti, facente capo alla Direzione ASL) al fine di garantire l'uniforme applicazione dei livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria su tutto il territorio

aziendale, nonché l'uniformità nei criteri e nelle possibilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini, ovunque essi risiedano.

Lo strumento di programmazione territoriale di cui si avvale la sanità regionale, tramite le ASL e relativi distretti, per garantire l'omogeneità della risposta ai bisogni del territorio, ovviamente tenendo conto delle specificità locali, nonché l'equità nell'accesso ai servizi, è il Programma delle Attività territoriali (PAT) il quale rappresenta l'ambito d'integrazione fra i servizi sanitari e i servizi sociali gestiti dai Comuni singoli o associati, con l'obiettivo di ottimizzarne, in forma condivisa con le realtà locali, l'articolazione territoriale per poter rispondere nel modo più appropriato alle esigenze ed ai bisogni espressi in ogni area del territorio regionale.

Per entrare nel dettaglio del tema CAVS, la DGR. 6-5519 del 14 marzo 2013 di approvazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale e delle tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse, aveva previsto che l'attivazione della funzione di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) potesse avvenire mediante la riconversione di posti letto convenzionati in RSA, in Centri di Riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/1978 e in case di cura accreditate. Il provvedimento in questione aveva stabilito, tra l'altro, la tipologia dei soggetti possibili fruitori di tale setting assistenziale sulla base del livello di complessità clinico-assistenziale (alta o lieve-moderata), la tariffa giornaliera, i criteri e le modalità di selezione ed ammissione dei pazienti, i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione, nonché il fabbisogno conseguente di posti extraospedalieri.

La D.G.R. n. 46-233 del 4 agosto 2014 aveva disposto, fino al 31.12.2014 - o alla ridefinizione della rete ospedaliera, la sospensione, limitatamente alle parti inerenti l'individuazione della quantificazione e tipologia dei posti letto in ciascuna struttura della rete ospedaliera, degli effetti, tra l'altro, della D.G.R. 6-5519 del 14.3.2013.

Con D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014 e successiva D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015 sono stati definiti il nuovo programma regionale di revisione della rete ospedaliera e le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale. In questo contesto si colloca anche la previsione dell'attivazione di posti letto per la continuità assistenziale a valenza sanitaria nella misura dello 0,3 per 1000 abitanti, quale coerente riconversione dei letti ospedalieri pubblici e privati accreditati.

Con D.G.R. n. 39-813 del 22 dicembre 2014 è stata disposta l'attivazione di una prima parte di posti letto extraospedalieri per attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria con le caratteristiche organizzative già definite con la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013, nelle more dell'approvazione degli schemi dei contratti con gli erogatori privati accreditati. In questa fase l'attivazione della funzione CAVS doveva 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 .

Successivamente con le DD.GG.RR. n. 67-1716 del 6.07.2015 e n. 13-2022 del 5.08.2015 sono state individuate le Case di Cura ed i Presidi con attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria ed i relativi posti.

In particolare, la D.G.R. n. 67-1716 del 6 luglio 2015 ha definito l'articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private di ricovero accreditate con il SSR e l'individuazione dei correlati tetti massimi di spesa. La medesima delibera ha previsto inoltre che *“la capacità produttiva accreditata eventualmente eccedente il fabbisogno di prestazioni ospedaliere definito, in presenza di un'effettiva esigenza programmatoria, potrà essere, almeno in parte, oggetto di riconversione in attività ambulatoriali e di continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS”*.

La D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015, nell'ambito del fabbisogno programmato e dettagliato per singola struttura, ha recepito le intese sottoscritte con le strutture sanitarie private accreditate, nonché il relativo schema tipo di contratto/accordo per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogare per conto e a carico del S.S.R., subordinando l'attivazione dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria all'emanazione delle ulteriori disposizioni regionali in materia.

Con la D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 si è provveduto alla complessiva definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, assegnando i p.l. di CAVS alle singole Aziende Sanitarie Locali ad integrazione della D.G.R. n. 39-813/2014 sopra citata, rideterminando nel contempo i requisiti organizzativi minimi necessari a garantire la nuova funzione espressamente previsti dalla DGR n. 6-5519/2013 sopra citata.

Il fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria è stato in seguito ridefinito con la D.G.R. n. 30-3016 del 7 marzo 2016, avente ad oggetto *“Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 recante “Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla D.G.R. n. 6-5519/2013 - Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B), C) alla D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015”*”.

Al fine poi di attuare le disposizioni di cui ai sopra citati provvedimenti, con Determinazione della Direzione Sanità n. 924 del 30 dicembre 2015 sono state definite le modalità operative e le procedure autorizzative e di accreditamento della disciplina di CAVS, approvando altresì il relativo Manuale di accreditamento.

Le indicazioni sulle informazioni che le strutture eroganti l'attività di CAVS sono tenute a raccogliere quale debito informativo e a trasmettere per la rilevazione e la valorizzazione delle attività CAVS, sono state fornite con le note prot. n. 2901/A14000 del 5 febbraio 2016 e prot. n. 5842/A1405A dell'8 marzo 2016 aventi ad oggetto *“Indicazioni operative e flusso informativo per l'attività di CAVS”*.

E' infine da rilevare come con la DGR n. 32-3342 del 23 maggio 2016 la Regione Piemonte abbia previsto, nell'ambito del ricovero in CAVS presso i Centri di riabilitazione ex art. 26 L.833/1978 e a fronte di un bisogno specifico di riabilitazione valutato per singoli casi dal Nucleo distrettuale di continuità delle cure dell'ASL, un pacchetto di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive al ricovero in CAVS e ai requisiti organizzativi per esso previsti.

L'ammissione dei pazienti alla fruizione di tale assistenza riabilitativa dovrà avvenire nel rispetto delle medesime modalità operative individuate nella Determinazione della Direzione Sanità n. 924 del 30 dicembre 2015 con riguardo alla presa in carico del paziente in nuclei CAVS, all'attività di verifica sulla sussistenza dei requisiti organizzativi e alle relative procedure autorizzative e di accreditamento.

Cordiali saluti.