

**OGGETTO: Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015).**

Con D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010 è stato approvato l'Accordo, sottoscritto in data 29 luglio 2010, tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Con D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011, come rettificata con DGR n. 49-1985 del 29.04.2011, è stato adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, ai sensi della legge n. 191/2009, commi da 93 a 97.

Il programma attuativo del Piano di rientro prevede in particolare una graduale ridefinizione del numero dei posti letto della rete ospedaliera del Piemonte, da attuarsi mediante un uso più efficiente dei posti letto disponibili, la riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza, la trasformazione dell'attività di ricovero in altre forme assistenziali più appropriate, quali l'attività ambulatoriale o a carattere residenziale e domiciliare, nonché l'articolazione in strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino d'utenza.

Con D.G.R. n. 17-1830 del 7 aprile 2011 sono state formulate le indicazioni di dettaglio in ordine al numero di strutture complesse ed alle relative dotazioni posti letto per disciplina, nonché i criteri per la loro articolazione in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

Con D.G.R. n. 12-1665 del 7 aprile 2011 sono, inoltre, stati stabiliti i criteri di appropriatezza per l'attività di day hospital riabilitativo, ad integrazione di quanto già previsto dallo stesso addendum e dalla DGR 13-14349 del 28 gennaio 2011 circa le modalità di identificazione dei fabbisogni di posti letto di post acuzie.

Con la D.G.R. 4-2495 del 3 agosto 2011 sono stati precisati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero, in coerenza anche con le indicazioni dell'addendum e con gli indirizzi del Patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3.12.2009.

Con le modifiche apportate dall'art. 2 della l.r. 3/2012 all'art. 23 della l.r. 18/2007, si è dato impulso alla cooperazione interaziendale, con la realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, individuando, quali strumenti di attuazione, le Federazioni sovrazionali, a cui aderiscono tutte le Aziende Sanitarie regionali della medesima area territoriale di riferimento.

Il P.S.S.R. 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, All. A), ha individuato nella realizzazione di reti ospedaliere integrate una delle principali leve per il riordino del SSR, prevedendo in particolare l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovra zonale, e la specializzazione istituzionale delle strutture del sistema, attraverso la diversificazione dei

centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità delle cure.

La D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012, All. B) ha inoltre previsto la costituzione della nuova A.O. Città della Salute e della Scienza, derivante dalla fusione dell'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, e delle A.O. C.T.O.-Maria Adelaide e O.I.R.M.-Sant'Anna, nonché l'individuazione delle Aree Sovra zonali (A.S. 1 Torino sud -est, A.S. 2 Torino nord; A.S. 3 Torino ovest, A.S. 4 Piemonte nord-est, A.S. 5 Piemonte sud-ovest, A.S. 6 Piemonte sud-est).

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di aziende sanitarie locali e delle A.O./A.O.U. portata avanti dal P.S.S.R. risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori le prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui offerta mostra eccessivi segni di frammentazione, a scapito sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini.

La specializzazione istituzionale delle strutture del sistema si pone come obiettivo la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri ad alta specializzazione e l'organizzazione di un sistema di relazioni con centri funzionalmente sotto-ordinati, cui compete il trattamento della media e bassa complessità, nonché la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

Pertanto il P.S.S.R. ha previsto, al paragrafo 5.3.3, la classificazione dei presidi ospedalieri della rete pubblica in tre livelli - ospedali di territorio, ospedali cardine, ospedali di riferimento - e l'articolazione della rete ospedaliera piemontese nelle sei aree sovra zonali, all'interno delle quali tutti gli ospedali, compresi gli Ospedali classificati, gli I.R.C.C.S. di diritto privato e le Case di Cura accreditate, anche con un ruolo complementare nella rete, devono funzionalmente integrarsi tra loro, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa.

Il successivo paragrafo 5.3.5. del Piano individua quale strumento di attuazione la contestuale revisione della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio, tra rete pubblica e rete del privato accreditato per l'area della post-acuzie e tra ospedale e reti di emergenza-urgenza, anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Ed ancora, il par. 5.3.6 del Piano specifica l'articolazione della rete ospedaliera piemontese in sei aree sovra zonali all'interno delle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi quelli con un ruolo complementare all'interno della rete (Case di Cura accreditate, Ospedali classificati, I.R.C.C.S. di diritto privato), sono tra loro funzionalmente integrati;
- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarietà delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;

- gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, D.E.A. di II livello (almeno tre di tali funzioni);
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di D.E.A. di I livello;
- gli ospedali da riconvertire assumono un ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale (Poliambulatorio, C.A.P., ecc.), in base al fabbisogno di attività extra ospedaliera individuato per l'area geografica in cui insiste.

Dalle indicazioni del P.S.S.R. emerge che il riordino della rete ospedaliera regionale deve condurre ad un riassetto funzionale delle attuali strutture ospedaliere, anche attraverso la riconversione di alcune di esse in strutture di assistenza primaria ed il potenziamento delle cure domiciliari, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata, nonché quello della continuità assistenziale a valenza sanitaria, secondo il criterio della contestualità tra la dismissione dei servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di quelli afferenti al livello assistenziale territoriale, al fine di continuare a garantire, alla popolazione piemontese, i livelli essenziali di assistenza.

Inoltre, nell'ambito delle previsioni inerenti la rete ospedaliera programmata, il PSSR ha specificamente individuato alcuni presidi ospedalieri da convertire o da dismettere.

Con la D.G.R. n. 1-417 del 5 luglio 2012 è stata programmata la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera in relazione alle indicazioni del Piano di Rientro, adottando i seguenti criteri:

- aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse ospedaliere disponibili;
- valutazione della diminuzione di casi e giornate di ricovero determinate dall'applicazione degli indirizzi regionali in materia di appropriatezza, in particolare con le DD.G.R. n. 15-1828 del 7 aprile 2011, n. 4-2495 del 3 agosto 2011 (per i ricoveri di acuzie) e la D.G.R. n. 13-14349 del 28 gennaio 2011 (post acuzie);
- valutazione dell'impatto della mobilità extraregionale;
- riorganizzazione secondo un modello hub and spoke a forte integrazione dei presidi ospedalieri per bacini corrispondenti alle aree sovra zonali;
- revisione delle dotazioni dei posti letto a partire dagli ospedali che nel Piano Sociosanitario sono previsti in riconversione.

Lo stesso provvedimento ha inoltre stabilito che le dotazioni di posti letto per singoli presidi debbano essere ridefinite a livello di singola azienda nell'ambito dell'Area sovra zonale di appartenenza, anche mediante accordi a livello di area sovra zonale intesi a compensare la tipologia e le quantità di posti letto.

Analogamente è prevista la ridefinizione del fabbisogno di posti letto per le strutture accreditate non di diretta gestione mediante programmi concordati in seno alle aree sovra zonali.

Successivamente all'approvazione del provvedimento di cui sopra, il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha dettato nuove disposizioni inerenti la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati.

In particolare l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto citato, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

La riduzione dei posti letto riguarda i presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre e deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse.

Nell'ambito del processo di riduzione è prevista la verifica, da parte regionale, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e la promozione dell'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Posto quanto sopra, si è pertanto reso necessario prevedere un'ulteriore riduzione, rispetto quella già programmata a mezzo della suddetta D.G.R. n. 1-417 del 5 luglio 2012, della dotazione di posti letto, allo scopo di ottenerne l'allineamento ai diversi, più restrittivi parametri, sopra ricordati.

Con D.G.R. n. 37-5091 del 18.12.2012 sono quindi stati definiti ulteriori criteri:

1. l'omogeneizzazione, per quanto possibile, della distribuzione complessiva tra le varie aree territoriali mantenendo una proporzione maggiore per quella della Provincia di Torino in considerazione dell'afflusso di mobilità infraregionale verso i centri di riferimento a carattere regionale;
2. la revisione della rete di post acuzie tenendo conto della distribuzione non omogenea attualmente presente sul territorio;
3. la riduzione proporzionata tra strutture private e pubbliche secondo le indicazioni del citato Decreto n. 95/2012, il quale prevede che almeno il 50% della riduzione stessa sia a carico delle strutture pubbliche.

Detto provvedimento ha pertanto individuato le dotazioni teoriche massime di posti letto per area territoriale, in relazione ai tassi previsti per mille abitanti pesati (facendo riferimento ai pesi normalizzati, utilizzati per il livello assistenziale ospedaliero in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale), stabilendo, altresì, che le Aziende sanitarie, in relazione ai propri dati di attività, debbano definire le nuove dotazioni di posti letto per i singoli presidi, assicurando il raccordo di tali proposte con quelle delle Aziende della stessa Area di riferimento. Con specifici accordi a livello di area sovra zonale, le aziende potranno inoltre individuare forme di compensazione inerenti la tipologia e la quantità di posti letto, nel rispetto dei limiti sopra delineati. Le aziende dovranno inoltre ridefinire, mediante programmi concordati con le altre Aziende delle stesse aree territoriali, il fabbisogno di posti letto delle strutture accreditate non di diretta gestione. Le misure di riduzione dovranno in ogni caso armonizzarsi con quanto indicato negli Allegati A e B al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, rispettivamente inerenti il programma di revisione della rete ospedaliera regionale e le tabelle di dettaglio sui

fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse).

Con D.G.R. n. 26-5149 del 28.12.2012 è stata approvata la riorganizzazione della rete dei laboratori di emodinamica, sulla base del rispetto dei requisiti individuati dalla D.G.R. n. 13- 1826 del 07.04.2011, nonché di parametri aventi riferimento al bacino di utenza, alla numerosità dei ricoveri, alla casistica dei centri ed alla copertura territoriale con tempi d'accesso compatibili al trattamento delle emergenze. La riorganizzazione della rete di emodinamica deve intendersi comprensiva dei centri esistenti presso strutture private accreditate.

La D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 ha infine stabilito nuovi principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali, ed ha altresì disposto (All. 1, par. 3.5) che la definizione del contingente numerico di strutture aziendali debba essere conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato – Regioni del 23.03.2005".

Gli standard, come definiti dal richiamato Comitato, sono i seguenti:

- strutture complesse ospedaliere: 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera;
- strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa e strutture sanitarie territoriali): 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera;
- strutture semplici: 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

La necessità di dare corso alla revisione della rete ospedaliera regionale appare in ogni caso in tutta la sua coerenza anche alla luce del verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Piemonte, finalizzata ad effettuare la verifica annuale sullo stato di attuazione del programma di riqualificazione del SSR prevista dal Piano di rientro, svoltasi in data 7 novembre 2012, ed in occasione della quale i Tavoli hanno richiesto alla Regione di predisporre un provvedimento riepilogativo della rete ospedaliera e dell'organizzazione delle reti assistenziali di specialità, riconducendo il numero di posti letto e quello delle Strutture Complesse agli standard nazionali nei termini rideterminati dalla normativa vigente.

In relazione alle necessità di revisione della rete ospedaliera emergenti dal contesto normativo, nonché ministeriale, sopra delineato, è in ogni caso stato avviato, a suo tempo, il confronto con le Aziende Sanitarie regionali, mediante una serie di incontri organizzati per area sovra zonale.

A fronte delle ipotesi di razionalizzazione emerse in tale contesto, con D.G.R. n. 16-5030 dell'11.12.2012 si è ritenuto, dopo le necessarie valutazioni da parte della Direzione Sanità, che la revisione della rete ospedaliera, per la sua valenza strategica nell'ambito del riordino del sistema sanitario regionale delineato dal P.S.S.R., dovesse costituire oggetto di specifico obiettivo di attività da porre in capo alle direzioni generali aziendali ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico complessivo, obiettivo da

realizzarsi mediante la formalizzazione di proposte operative di dettaglio sulle modalità e sui tempi necessari per l'adozione delle misure delineate durante i momenti di confronto con la Direzione Sanità.

Tutto quanto sopra premesso si rende necessario approvare, secondo i criteri generali e nel rispetto dei vincoli derivanti dal richiamato contesto normativo, nonché delle predette indicazioni ministeriali, il programma di revisione della rete ospedaliera regionale in allegato sub A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse), parimenti allegate sub B alla presente deliberazione a farne parte integrante.

Occorre altresì disporre, nel contempo, che in relazione alle specifiche misure di revisione individuate negli Allegati A e B al presente provvedimento, ciascuna azienda provveda, per la parte di diretto interesse, alla predisposizione di un dettagliato programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti, nonché comprensivo delle azioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria e all'assistenza domiciliare integrata; detto programma dovrà essere trasmesso alla Direzione Sanità contestualmente agli atti aziendali di organizzazione e funzionamento.

La Giunta Regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

visti:

il Decreto Legge 06.07.2012, n. 95 convertito con modificazioni nella Legge 07.08.2012 n. 135 recante ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

la legge regionale 06.08.2007, n. 18 recante ad oggetto "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario";

l'intesa in data 03.12.2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012;

la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012;

la D.G.R. n. 1-415 del 02.08.2010;

la D.G.R. n. 44-1645 del 28.02.2011;

la D.G.R. n. 49-1985 del 29.04.2011;

la D.G.R. n. 17-1830 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 12-1665 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 13-14349 del 28.01.2011;

la D.G.R. n. 4-2495 del 03.08.2011;

la D.G.R. n. 1-417 del 05.07.2012;

la D.G.R. n. 15-1828 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 37-5091 del 18.12.2012;

la D.G.R. n. 26-5149 del 28.12.2012;

la D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012;

la D.G.R. n. 16-5030 dell'11.12.2012;

il verbale del 7 novembre 2012 relativo alla riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Piemonte, al fine di effettuare la verifica annuale sullo stato di attuazione del programma di riqualificazione del SSR prevista dal Piano di rientro.

#### d e l i b e r a

- di approvare il programma di revisione della rete ospedaliera regionale, in allegato sub A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse), parimenti allegate sub B alla presente deliberazione a farne parte integrante.
- di disporre che, in relazione alle specifiche misure di revisione individuate negli Allegati A e B al presente provvedimento, ciascuna azienda provveda, per la parte di diretto interesse, alla predisposizione di un dettagliato programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti, nonché comprensivo delle azioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria e all'assistenza domiciliare integrata; detto programma dovrà essere trasmesso alla Direzione Sanità contestualmente agli atti aziendali di organizzazione e funzionamento.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla piena conoscenza del provvedimento.

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