

Coerentemente con i suddetti principi i singoli modelli organizzativi possono essere calibrati in relazione alle caratteristiche oro-geografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Alla conclusione della fase sperimentale, comunque entro il 2017, sarà consolidato e formalizzato il modello organizzativo delle Case della Salute del Piemonte.

Il reperimento delle risorse professionali e organizzative necessarie per potenziare la rete territoriale dovrà avvenire mantenendo in capo alle aziende sanitarie la responsabilità gestionale.

La realizzazione della rete territoriale delle Case della Salute deve essere sostenuta da un'efficace programmazione regionale che stabilisca i tempi di realizzazione e finalizzi le risorse destinate vincolando i bilanci delle aziende sanitarie e gli obiettivi delle direzioni strategiche. Il regolare evolvere del percorso di potenziamento dei servizi territoriali e l'attuazione delle Case della Salute, nelle varie fasi a partire da quella sperimentale, saranno oggetto di verifica e confronto in un apposito tavolo di monitoraggio costituito dall'Assessorato e di cui faranno parte CGIL CISL UIL Piemonte.

Nella prospettiva di un consolidamento della presente iniziativa e in coerenza con gli obiettivi sopra descritti, l'Assessorato Regionale alla Sanità, Livelli essenziali di Assistenza, Edilizia sanitaria si impegna a garantire anche per l'anno 2018 almeno il livello di finanziamento dell'anno 2017.

Letto confermato e sottoscritto

REGIONE PIEMONTE

L'ASSESSORE



OO.SS. CONFEDERALI

CGIL

CISL

UIL



L'esigenza è di procedere a incisivi interventi di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di promuovere una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, che rivesta, agli occhi dei cittadini, la stessa autorevolezza dell'ospedale attraverso reti capillarmente diffuse sul territorio e fondata sulla sistematica interazione tra medicina di famiglia, servizi specialistici, area infermieristica e area socio-sanitaria.

L'obiettivo è quello di "rimodellare" l'organizzazione territoriale dell'Assistenza primaria favorendo forme associative sempre più integrate e multi-professionali, onde realizzare la presa in carico globale del paziente, spostandone l'asse assistenziale sul territorio e lasciando al polo ospedaliero la gestione delle acuzie e delle complessità.

Il disegno di riordino mira a promuovere la salute della popolazione attraverso il prevalere di un modello sanitario orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali e sociali a disposizione della persona, specie se affetta da malattie croniche o da disabilità.

La opportunità è di favorire lo sviluppo di forme organizzative delle cure primarie che, a partire dal potenziamento delle realtà esistenti e attraverso le iniziative sperimentali previste, giungano a costituire una vera e propria rete territoriale di Cure primarie caratterizzata dalla presenza, in ogni Distretto sociosanitario del Piemonte (obiettivo per il 2018 almeno 30), di almeno una Casa della salute strutturale organizzata secondo principi generali comuni:

- strutture aziendali/distrettuali ben identificabili dal cittadino, in quanto ubicate in una sede unica o in più sedi fra loro collegate, che garantiscano un'ampia accessibilità nell'arco della giornata
- centro di supporto per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni di medicina proattiva, grazie alla diretta interfaccia consentita, in una sede comune, con le aree diagnostiche e specialistiche e con l'area socio-sanitaria e grazie al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative. A tale proposito si concorda sulla necessità di investimenti per la formazione specifica del personale
- snodo del Distretto per il coordinamento e l'integrazione con le attività socio-assistenziali di competenza dei Comuni e relativi Enti gestori socio-assistenziali, con particolare riferimento alle prestazioni erogate congiuntamente nell'ambito del sistema socio-sanitario, quali la presa in carico e la valutazione multidisciplinare del bisogno della popolazione anziana, minori e disabili e delle fasce più deboli della popolazione.
- punto di riferimento per la realizzazione della sanità di "iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti e iniziative di promozione ed educazione alla salute.
- garanzia nella sede di riferimento di un'apertura minima di 12 ore per l'erogazione di attività di front office, di assistenza di medicina generale, specialistica, socio-sanitaria, infermieristica, nonché di prestazioni diagnostiche di base, valorizzando e coordinando gli apporti delle diverse professionalità sulla base del bisogno assistenziale del paziente
- integrazione dell'attività dei MMG/PDLS con quella della Continuità assistenziale (ex guardia medica), preferibilmente presente in sede nelle ore notturne e nei giorni prefestivi/festivi negli orari contrattualmente previsti, per la copertura territoriale e la continuità della presa in carico nell'arco delle 24 ore.