

AL DIRETTORE GENERALE ASL CITTA' DI TORINO
DR. VALERIO FABIO ALBERTI

e p.c. REGIONE PIEMONTE
AL PRESIDENTE DR. SERGIO CHIAMPARINO

ALL'ASSESSORE ALLA SANITA'
DR. ANTONIO SAITTA

ALLA SINDACA CITTA' DI TORINO
DR.SSA CHIARA APPENDINO

ALLE SEGRETERIE REGIONALI
OO.SS. FIRMATARIE

LORO SEDI

Dall'analisi della bozza di atto consegnatoci e facendo seguito alla discussione avvenuta nell'incontro di presentazione della proposta di Atto Aziendale il 7/6 u.s., le scriventi OO. SS. Dirigenza Medica rilevano quanto segue.

MODELLO GENERALE.

Il modello generale denota una preponderanza, non proporzionata, dei Servizi amministrativi nelle aree strategiche di programmazione/pianificazione, gestione e controllo dell'Azienda: nella slide relativa al governo strategico, ad esempio, oltre al coordinatore dei Presidi ed al coordinatore dei Distretti (su cui si esprimono notevoli perplessità in quanto non previsto dalle norme, che, invece privilegiano la collegialità nel tavolo inter-distrettuale) sono presenti i coordinatori dei 3 staff che risultano così composti:

- nello staff di Pianificazione e Sviluppo, a valenza strategica aziendale, sono presenti il 75% di strutture amministrative, essendo la sola S.C. Qualità struttura sanitaria;
- nello staff gestionale, se si esclude la S.C. DiPSa, abbiamo altre 5 SS.CC. amministrative (pari all'83%);
- nello staff di controllo sono presenti solo strutture amministrative.

Considerando la valenza di supporto ai Servizi sanitari delle suddette strutture, si concretizza il rischio che un modello di questo tipo possa connotare una visione aziendale tecnico amministrativa condizionante l'attività sanitaria al di fuori delle competenze specifiche.

Stessa anomalia si riscontra per quanto riguarda gli standard quantitativi previsti dalla DGR 42-1921 (numero massimo di SS.CC. amministrative pari al 10% di quelle sanitarie), che non sono rispettati in quanto, nella bozza di documento presentato, abbiamo **12 S.C. amministrative** a fronte di **83 SC sanitarie**. In base alla normativa vigente, invece, dovrebbero essere previste 110 SC totali di cui 60 ospedaliere, 11 amministrative e 39 territoriali (comprendenti anche le SC territoriali dei dipartimenti).

Emerge una disomogeneità nella identificazione e distribuzione delle strutture organizzative aziendali nelle diverse aree/dipartimenti/strutture complesse/semplifici/semplifici dipartimentali,

che non sembra sempre coerente con un'applicazione omogenea dei criteri indicati dalla DGR 42-1921: bacino di utenza e posti letto, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato, organizzazione autonoma, etc., in particolare tra ospedale e territorio.

Non è presente nella bozza il **Consiglio dei Sanitari**, a supporto della Direzione Strategica, al pari del Collegio di Direzione e del Collegio dei Sindaci.

Non è presente il **Comitato Zonale**, organismo operativo sovra-zonale preposto alla gestione unitaria del rapporto di lavoro convenzionale ex ACN 17.12.2015 svolto dai Medici specialisti ambulatoriali di tutta la Città Metropolitana Torino, dei Veterinari (Città Metropolitana Torino e Province di AT, BL, VC e VCO) e dei professionisti Biologi, Psicologi e Chimici per l'intero ambito regionale (complessivamente circa 900 tra medici e professionisti). Vista la complessità dell'attività svolta in ambito Regionale, dovrebbe essere previsto come SSD in staff alla Direzione Generale.

MODELLO TERRITORIALE/DISTRETTUALE

Nuovamente il modello proposto per il territorio non risponde a quanto previsto dalla normativa regionale. La DGR 26-1653 del 29-06-2015 sul Riordino della rete territoriale e la DGR 42-1921 del 27-07-2015, sui Principi e i criteri per l'Organizzazione delle Aziende Sanitarie Regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, specificano infatti che:

- le funzioni del Distretto sono quelle “attribuite dall'art. 3-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., ivi comprese le relative attività organizzative, di governo e monitoraggio della spesa”;
- in caso di presenza di un “numero di Distretti superiore a uno, il coordinamento dei Distretti viene garantito dalla Direzione aziendale mediante l'istituzione di un **tavolo di coordinamento funzionale composto dai Direttori dei Distretti stessi**” (DGR 29 giugno 2015 n. 26-1653) finalizzato a garantire:
 - “omogeneità ed equità di procedure, criteri gestionali/valutativi e percorsi nello svolgimento delle funzioni territoriali e distrettuali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree territoriali”;
 - “l'adozione di strategie comuni al fine di garantire l'equità nell'erogazione delle prestazioni fornite dai vari produttori, pubblici e privati accreditati come sopra descritti, pur mantenendo le specificità distrettuali”;
 - la garanzia dell'uniforme applicazione delle azioni organizzative e amministrative territoriali;
 - il coordinamento a livello inter-distrettuale dei Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) di cui alla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, delle Commissioni UVMD e delle altre Commissioni/organismi operanti nel Distretto.

Si rilevano quindi le seguenti incongruenze:

- dal punto di vista quantitativo, in base alla popolazione residente di circa 900.000 abitanti, **mancono 14 S.C. sanitarie**;

- dal punto di vista qualitativo:
 - sovrastrutture, matrici e livelli di responsabilità sono poco chiari;
 - il depauperamento di SC territoriali determina una compromissione della realizzazione degli obiettivi di salute della popolazione, non riconoscendo così la complessità delle attività territoriali e la conseguente necessità di autonomia gestionale delle articolazioni organizzative deputate a gestirle;
 - l'articolazione delle 4 SC dei Distretti nelle strutture semplici previste, con compiti eccessivamente estesi, risulta numericamente insufficiente per garantire una gestione delle funzioni efficace e rispondente ai bisogni assistenziali diversi e specifici per caratteristiche demografiche e sociali dei territori distrettuali. Si delinea una situazione di carenza e disomogeneità di applicazione delle norme regionali inerenti l'articolazione dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera. Inoltre, detta articolazione inficia il ruolo strategico delle direzioni di Distretto, basato sulla conoscenza del bisogno di salute della popolazione e di committenza per un'appropriata e tempestiva risposta, e conduce ad un predominante impegno di operatività "spicciola";
 - questo modello continua a sancire, anzi rinforza e legittima, la sudditanza del territorio all'ospedale: la Diabetologia, la RRF, la Cardiologia territoriale nel nuovo atto, invece che vivere di vita propria sul territorio, risultano incardinate come SS nelle tre SC ospedaliere. La collocazione in dipartimenti ospedalieri di strutture dedicate al territorio impoverisce il territorio stesso. Questo è in contrasto con le logiche regionali come, ad esempio, la DGR 27-4072 del 17-10-2016 "Istituzione della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica della regione Piemonte", che sancisce che le strutture di Diabetologia siano "parte della rete territoriale aziendale", rappresentando " il punto d'intersezione nel percorso di continuità assistenziale pre- e post-ricovero ospedaliero, ed essendo "cabina di regia" del PDTA.

Per tutte queste ragioni, ed anche per rispettare le legittime aspirazioni di carriera dei Dirigenti operanti nel Distretto e nel Territorio, altrimenti penalizzati, si chiede l'implementazione del numero di S.C. territoriali in base ai criteri previsti da normativa regionale vigente, al fine di disegnare una architettura territoriale autonoma ed efficace nella risposta alla domanda di salute della popolazione.

Si suggeriscono di seguito le aree di competenza ed attività che, per complessità e per numerosità di popolazione, andrebbero previste come S.C.:

- a. Diabetologia
- b. Protesica ed integrativa
- c. Cure domiciliari
- d. Assistenza specialistica territoriale
- e. Cure palliative
- f. Residenzialità e Disabilità
- g. Controllo e vigilanza sulle strutture accreditate
- h. Continuità assistenziale e assistenza ai migranti
- i. Medicina dello Sport (nel dipartimento di prevenzione)
- j. RRF
- k. Cardiologia territoriale, per la gestione dei PDTA
- l. Pneumologia territoriale, per la gestione dei PDTA
- m. Prevenzione e Rischio Infettivo
- n. Formazione

Si precisa:

- per quanto riguarda la **formazione**, nella bozza di atto presentata tale funzione sarebbe assegnata ad una SC amministrativa. Poichè si ritiene che essa sia un'attività strategica per l'Azienda coinvolgente un numero di sanitari pari a circa i 2/3 del totale dei dipendenti, sarebbe opportuna la previsione di una SC specificamente dedicata, a direzione medica, inserita nello staff di Pianificazione e Sviluppo;
- in una Azienda complessa come questa risulta strategico il governo delle attività svolte dalle strutture convenzionate, inteso come attività di vigilanza e controllo delle strutture accreditate e di attività ispettiva sul personale ivi operante, nonché di appropriatezza delle attività svolte. Nella bozza di Atto il controllo di alcuni aspetti è suddiviso tra diverse strutture (ad es. ss Nucleo Controllo Ricoveri Esterni della SC Qualità e SS Privati accreditati, infradistrettuale), e non è più prevista la SSD Vigilanza sulle professioni sanitarie né citata la Commissione di Vigilanza. Nell'Atto vigente ex ASL TO 1 le funzioni citate erano passate alla SS Controllo e vigilanza sulle strutture accreditate nella SC PPACV. Ci sembra opportuno prevedere una specifica SC, in staff alla Direzione Generale, che accorpando e centralizzando tutte le **funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture accreditate** e anche quelle ispettive sul personale e di appropriatezza delle attività svolte garantisca autonomia, competenza ed efficienza/efficacia delle attività di verifica;
- **Prevenzione e Rischio Infettivo**: SC già prevista nel vigente atto ex ASL To 1, si propone l'inserimento in staff alla DG, per la funzione trasversale su tutti gli ospedali e il territorio, e il collegamento alla SS Gestione Rischio clinico per omogeneità di funzioni.

Inoltre, per quanto riguarda la gestione ordinaria, si propone che **ciascun Distretto possa avvalersi di due SS**, una per il governo dei MMG e PLS convenzionati (circa 250 per distretto), l'altra per accogliere la domanda di salute proveniente dagli utenti e altri stakeholder attraverso i PUA, denominate come già previsto nel vigente Atto dell' ex ASL TO 1 una SS Cure primarie e intermedie e l'altra SS Punto Unico di Accesso.

Infine si segnala che la dipendenza strutturale dalla **SC Assistenza Sanitaria Penitenziaria** di due delle tre SS non è possibile in quanto, afferenti una al DSM e l'altra al Dip. Dipendenze, si pone il problema di una SC di disciplina diversa dalle SS sottostanti, con i conseguenti problemi di carriera e governo clinico. Più opportuno sarebbe prevedere una dipendenza solo funzionale di queste due SS, e il mantenimento strutturale dalle SC Psichiatria e SERD.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Si constata che:

- nell'organigramma del Dipartimento di Prevenzione è scomparso il concetto di **"Promozione della Salute"** (in precedenza rappresentato da una SS inserita nella SC Igiene e sanità pubblica). Tale attività, considerata la popolazione cui è riferita, meriterebbe almeno una articolazione organizzativa di tipo SS;

- viene previsto il Servizio **Medico Competente** inserito all'interno del Dip di Prevenzione, al posto delle attuali due SS, mentre le indicazioni Regionali, mai modificate (nota reg. prot. 3242 del 12/5/97, DGR 45-7365 del 14/10/2002) prevedono una struttura Semplice e/o complessa in base alle esigenze aziendali con collocazione in staff alla Direzione Generale; a proposito si richiama anche la nota reg. del 3/5/2000 prot. n. 9246 " Controllo sugli atti delle Aziende Sanitarie Regionali" che approvava l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 Torino, a condizione che "la funzione di medico competente sia resa autonoma rispetto alla funzione di prevenzione e protezione e collocata in staff al Direttore generale...";
- **Medicina dello Sport:** la collocazione prevista nella bozza quale SS della SC Igiene e Sanità Pubblica non è coerente con la normativa vigente, in quanto le due discipline Medicina dello Sport e Igiene appartengono a due aree funzionali diverse e non sono né affini né equipollenti, con evidente svantaggio nello sviluppo di carriera. Inoltre la Regione Piemonte, con la deliberazione n. 1-8611 del 16 aprile 2008 stabilì di "collocare le funzioni di Medicina dello Sport nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, in staff alla Direzione del Dipartimento". Visti, inoltre, i volumi di produzione, il bacino di utenza di competenza, le attività di promozione della salute e di prescrizione dell'esercizio-terapia svolte anche in ambito extra aziendale, si chiede la collocazione della struttura in staff alla Direzione, secondo una delle due conseguenti possibili trasformazioni in SC o in SSD.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Stupisce e preoccupa la soppressione di tre S.S. sul territorio, che garantivano il governo locale di volumi di attività e personale del Trattamento ambulatoriale. Si propone pertanto di prevedere una SS per SC ROT finalizzata alla gestione del trattamento dei pazienti ambulatoriali.

Si ritiene inoltre di dover segnalare, come realtà che andrebbe adeguatamente valorizzata, l'Ambulatorio Autismo operante nella Dipartimento di Salute Mentale. Si ricorda che il Centro è una struttura specialistica di invio sovrazonale regionale su invio dei CSM - ha un ruolo di coordinamento, formazione e supervisione regionale sui centri autismo dei DSM delle singole ASL Piemontesi- ha un ruolo di coordinamento del Tavolo regionale autismo presso l'Assessorato alla Salute- ha la casistica di pazienti superiore a ogni centro per l'autismo adulto italiano- ha un ruolo nazionale essendo stato chiamato nella cabina di regia nazionale ministeriale- conduce la formazione nelle singole ASL piemontesi.

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Il modello proposto prevede una dotazione di SS e SSD inferiore alla somma delle strutture attualmente presenti nei 2 dipartimenti; inoltre la individuazione delle SS di 1° e 2° livello di trattamento deriva da un vetusto modello funzionale che si è visto essere adeguato ad una netta minoranza di casi. Il fenomeno della dipendenza è infatti caratterizzato da andamenti ciclici o sinusoidali in cui spesso si passa da un tipo di dipendenza ad un altro; spostare il paziente da un equipe di lavoro all'altra a seconda della fase o del tipo di dipendenza in corso, come questo modello organizzativo prevede, non produce nessun miglioramento qualitativo della terapia perché non conserva la relazione terapeutica nel tempo.

Il modello di declinazione delle SC previsto non tiene in alcun conto la dimensione territoriale; un'unica struttura che si occupi di alcoologia su tutto il territorio cittadino è insufficiente per la prevalenza di pazienti in cura e per l'incidenza che necessita l'attivazione di approcci multispecialistici.

Viene soppressa la SS Bassa Soglia che non è assolutamente rappresentata dalla Pronta Accoglienza in quanto i due concetti sono molto differenti l'uno dall'altro.

DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ADULTO E DELL'ANZIANO

Risulta costituito esclusivamente da SC che fanno già parte strutturalmente dal dipartimento di area medica.

Poiché è condivisibile il progetto di efficientamento e ridefinizione del percorso di Continuità Assistenziale ospedale – territorio, in particolare per i pazienti "fragili", si propone **l'istituzione di un dipartimento contenente le SC territoriali** sopra proposte, denominato Dipartimento Ospedale-Territorio, già approvato dalla RP nel vigente Atto ex ASL TO 1. In questo disegno i Distretti non dovrebbero più essere presenti come coordinamento, ma sovraordinati al dipartimento stesso in quanto responsabili della committenza, della tutela e della garanzia dell'efficacia di tali percorsi.

MODELLO OSPEDALIERO

Il modello proposto per i tre Presidi, nel caso di ripristino della S.C. Farmacia ospedaliera del Martini, è quantitativamente coerente quasi completamente con quanto previsto dalla DGR 1-924 poiché mantiene 59 delle 60 SS.CC. previste. Non si condivide però l'utilità del coordinatore delle Direzioni Sanitarie dei PP.OO. stante la presenza di una S.C. in ognuno degli ospedali aziendali.

Inoltre andrebbero chiarite le motivazioni dell'inserimento del PS Gradenigo, ospedale privato accreditato appartenente al Gruppo Humanitas, nella diapositiva del **Dipartimento funzionale DEA**: il Gradenigo non è presidio dell'ASL Città della Salute, e se si intendesse ritenerlo parte del sistema di emergenza/urgenza cittadino dovrebbero essere inseriti nella diapositiva anche i DEA delle altre ASO torinesi (Città della Salute e Mauriziano).

Si dettagliano di seguito alcune criticità presenti nella bozza:

MARTINI:

Da anni si sta assistendo ad un **progressivo ridimensionamento quali-quantitativo** del P.O. Martini (dopo la chiusura di Valdese e quasi dell'Oftalmico) e anche questo Atto Aziendale sembra proseguire nella stessa direzione; considerando solo il bacino d'utenza del Martini e gli utenti che ogni anno afferiscono al suo P.S., varrebbe la pena di invertire la rotta e realmente potenziarlo considerata anche la ristrutturazione in atto ex art.20.

Si hanno molte perplessità:

1. sulla trasformazione in SS delle SSD di ORL e Urologia, previste dall'Atto vigente e approvate dalla Regione, nonostante il volume di attività di queste strutture sia sovrapponibile a quello delle SC degli altri Presidi aziendali di cui sarebbero articolazioni. La soluzione prospettata nella bozza presentata, della creazione di una "SSD day surgery

multidisciplinare e centralizzata”, ridimensiona in modo ingiustificato la loro attività e, soprattutto, comporta l'impossibilità o l'estrema difficoltà di continuare a garantire presso questo presidio:

- gli interventi per gli impianti cocleari, di cui il Martini è centro di riferimento regionale, oltre che di un'importante tradizione in questo campo
- il percorso oncologico dei tumori testa collo, con inevitabile allungamento della lista d'attesa per contrazione della produzione
- un importante attività di chirurgia pediatrica ORL svolta storicamente da questo ospedale
- il percorso uro-oncologico START previsto dalla rete oncologica
- il GIC sui tumori dell'apparato urinario (il Martini è infatti Centro di riferimento regionale sulle neoplasie urologiche)
- la perdita di riferimento per le surrenectomie
- il DEA di I livello (ORL ed URO sono specialità necessarie per un DEA di I livello)

Non risultano inoltre indicazioni regionali che impediscano l'opportunità di ricovero ordinario in tutti e tre i Presidi, e non si capisce come gli altri due presidi possano accogliere tutta l'attività fino ad oggi svolta in questo ospedale. Il rischio è un'inevitabile allungamento delle liste d'attesa e/o il dirottamento dei pazienti verso le ASO ed il Privato accreditato;

2. sulla scomparsa della SS Coloproctologia - Centro Stomie della sc Chirurgia Generale, nonostante nel 2016 abbia effettuato 3140 prestazioni nelle varie fasi del processo assistenziale delle patologie colon-proctologiche e nel campo della gestione e riabilitazione delle stomie;

3. sulla scomparsa della SSD Pneumologia che garantiva la gestione dei pazienti critici afferenti al DEA;

4. sulla presenza nel DEA della S.C RRF, che avendo funzioni prettamente di recupero e riabilitazione non si dovrebbe occupare per definizione di urgenze, emergenze, acuzie;

5. sulla scomparsa della residuale SS. Anatomia Patologica, che sarebbe sostituita da un'Antenna che si occuperebbe solo più di “congelatori ed agoaspirati”, a conferma del complessivo grave ridimensionamento del P.O. Martini; la richiesta presenza delle SSD di ORL ed Urologia, che effettuano molta chirurgia oncologica, renderebbe ancora più rischiosa questa riorganizzazione;

6. sull'assenza di una SS di Endocrinologia, attività che attualmente gestisce i GIC per i tumori tiroidei e segue il post-operatorio per i pazienti operati di tiroidectomia, che collabora con il materno infantile per disturbi funzionali, per le iperemesi, per i percorsi già in atto per la gravidanza, oltre che nei casi di urgenza (visto che ci sarebbe un DEA).

Infine non è chiaro se la SS ALPI presente nella SC Direzione Sanitaria di Presidio sia sanitaria o amministrativa.

MARIA VITTORIA/AMEDEO DI SAVOIA

- La **SS Endoscopia Respiratoria** afferente alla SC Pneumologia dovrebbe essere configurata, per complessità specialistica e volumi di attività, come una SSD, anche per analogia con altre SSD ben rappresentate in ambito ospedaliero;

per quanto riguarda la **SC Direzione sanitaria**, si segnala che tale Direzione pur comprendendo 2 ospedali e l'HUB per il materno infantile, ha una sola SS gestionale mentre la complessità delle attività svolte meriterebbe una seconda SS.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

- **Anatomia Patologica**: a differenza degli altri servizi per i quali al Martini permane una SC (Radiologia) o una SSD (laboratorio), per l'Anatomia Patologica non è prevista alcuna struttura, pur permanendo sicuramente la necessità di attività collegata alle sale operatorie e agli ambulatori;
- Si segnala inoltre che la **SS Appropriata prescrivibile** non può essere inserita nella SC Assistenza Farmaceutica territoriale, in quanto la terapia, e quindi anche l'appropriata terapeutica, è competenza esclusivamente medica.

CONCLUSIONI:

Il modello proposto a nostro parere non può rispondere all'obiettivo di potenziamento dei tre Presidi e del Territorio. Inoltre inciderà negativamente sulla motivazione del personale, valore strategico irrinunciabile in un momento così critico in cui la riorganizzazione di due aziende molto diverse su un territorio così vasto rappresenta una sfida complicatissima.

Si chiede pertanto di sospendere l'approvazione dell'Atto Aziendale così come proposto e di attivare un confronto sulle modifiche da noi suggerite o su altre ipotesi alternative al modello organizzativo presentato, onde garantire un'architettura funzionale ed efficace alla nostra Azienda ed evitare un ulteriore e non giustificato depauperamento di strutture sanitarie aziendali che sono quelle che debbono garantire la risposta di salute alla nostra popolazione.

Torino, li 19 giugno 2017

I Rappresentanti delle OO.SS. Dirigenza Medica e Veterinaria

ANAAO Assomed	Dr.ssa Stefania Orecchia e Dr.ssa Antonella Capellupo
CGIL Medici e Veterinari	Dr. Francesco Gallo
FESMED	Dr.ssa Marinella Fammartino
FVM	Dr.ssa Giuliana Petraroli

(firmato in originale)