

VIII LEGISLATURA

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA N. **256**

24 ottobre 2007 – ore 14.30

Presidenza del Presidente
e del Vicepresidente

DAVIDE GARIGLIO
GILBERTO PICHETTO FRATIN

Nel giorno 24 ottobre 2007 alle ore 14.30 in Torino – nel Palazzo Lascaris, via Alfieri n. 15 – sotto la Presidenza del Presidente Davide GARIGLIO e del Vicepresidente Gilberto PICHETTO FRATIN, con l'assistenza dei Consiglieri Segretari Vincenzo CHIEPPA, Agostino GHIGLIA e Mariacristina SPINOSA, si è adunato il Consiglio regionale come dall'avviso inviato nel termine legale ai singoli Consiglieri.

Sono presenti i Consiglieri:

AUDDINO A. – BARASSI P. – BIZJAK A. – BOETI A. – BONIPERTI R. - BOSSUTO I. – BOTTA M. – BRESSO M. – BUQUICCHIO A. – BURZI A. – CASONI W. – CATTANEO P. - CAVALLARO S. - CAVALLERA U. – CHIEPPA V. – CIRIO A. – CLEMENT G. – COMELLA P. – COTTO M. - DALMASSO S. – DEAMBROGIO A. - DUTTO C. – FERRARIS G. - FERRERO C. – GARIGLIO D. – GHIGLIA A. – GIOVINE M. - GUIDA F. – LARIZZA R. – LEO G. - LEPRI S. – LUPI M. – MONTEGGIA S. – MORICONI E. – MOTTA A. – MULIERE R. – NASTRI G. – NICOTRA R. - NOVERO G. – PACE M - PEDRALE L. – PICHETTO FRATIN G. - PIZZALE G. – POZZI P. – RABINO M. - RESCHIGNA A. – RICCA L. – ROBOTTI L. - ROSSI O. – ROSTAGNO L. - RUTALLO B. – SCANDEREBECH D. – SPINOSA M. – TOSELLI P.- TRAVAGLINI M. – TURIGLIATTO M. – VIGNALE G.

Sono in congedo i Consiglieri:

BELLION M. – LAUS M. – MANOLINO G. – PLACIDO R. – RONZANI G. – VALLOGGIA G.

Non sono presenti i Consiglieri:

BONIPERTI R. – LUPI M. – MONTEGGIA S.

Sono inoltre presenti gli Assessori regionali:

ARTESIO E. - BAIRATI A. – BORIOLI D. - CARACCILOLO G. – CONTI S. - DE RUGGIERO N. – MANICA G. - MIGLIASSO T. – OLIVA G. - SIBILLE B. - TARICCO G.

(o m i s s i s)

DCR 137 – 40212

“Piano socio-sanitario regionale 2007-2010”

(Proposta di deliberazione n. 161).

Punto 2) Proposta di deliberazione n. 161 “Piano socio-sanitario regionale 2007-2010”.

(o m i s s i s)

Tale deliberazione, come emendata, è posta in votazione, per appello nominale, mediante procedimento elettronico. L'esito della votazione è il seguente:

Presenti	n. 43 Consiglieri
Votanti	n. 42 Consiglieri
Hanno votato si	n. 33 Consiglieri
Hanno votato no	n. 8 Consiglieri
Si è astenuto	n. 1 Consigliere
Non ha partecipato alla votazione	n. 1 Consigliere

Il Consiglio regionale

visto l'articolo 1, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), in base al quale il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale;

considerato che il Piano sanitario regionale 1997/1999, adottato in allegato alla legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61 (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999) è ormai scaduto ed ha mantenuto validità con il regime di prorogatio di cui all'articolo 6, comma 1, della stessa legge;

visto l'articolo 3 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale), in base al quale il Consiglio regionale approva con propria deliberazione il Piano socio-sanitario regionale, di cui definisce la durata e gli aggiornamenti;

considerato che il Piano socio-sanitario contiene indicazioni e criteri generali per la gestione ed organizzazione dei servizi, per orientare le attività di prevenzione, per sviluppare l'assistenza territoriale nel quadro della piena integrazione dei servizi socio-sanitari e per garantire l'assistenza ospedaliera attraverso una appropriata offerta della rete di ricovero e cura;

ritenuto opportuno individuare le seguenti aree prioritarie per le quali è necessario approntare apposite strategie di azione e specifici programmi di intervento:

interventi sanitari in rete

- Oncologia
- Cardiologia
- Neurologia (Stroke units)
- Riabilitazione
- Diabete

- Allergie
- Trapianti
- Malattie rare
- Emergenze

aree di rafforzamento e di riassetto

- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie infettive
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie genito-urinarie
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie respiratorie
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie dell'apparato digerente
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie genetiche
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie osteoarticolari e traumi
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie della pelle
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie digerenti
- HIV/AIDS e IST
- Donazione e buon uso del sangue

azioni trasversali

- Politica del farmaco e sistemi terapeutici
- Medicine complementari
- Odontoiatria sociale
- Governo clinico
- Uso appropriato delle tecnologie sanitarie;

acquisiti, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, lettera a) della l.r. 18/2007 ed ai sensi dell'articolo 108 della legge regionale 26 aprile 2000, n. 44 (Disposizioni normative per l'attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59'), così come sostituito dall'articolo 6 della citata l.r. 18/2007, rispettivamente il parere del Consiglio regionale di sanità e assistenza e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria;

vista la DGR n. 59-2531 del 3 aprile 2006, e preso atto delle motivazioni ivi adottate

d e l i b e r a

di approvare il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante (allegato A);

di stabilire che, con cadenza annuale, la Giunta regionale presenti al Consiglio regionale una relazione che offra chiare evidenze sui risultati ottenuti nella realizzazione del Piano. La relazione dovrà contenere dati e informazioni riguardanti:

- il livello di realizzazione delle singole azioni pianificate e le criticità riscontrate nell'attuazione delle medesime;
- l'efficacia delle azioni realizzate in relazione agli obiettivi del Piano;
- lo stato degli investimenti;
- le prospettive di risanamento finanziario del sistema sanitario in relazione alle previsioni contenute nel Piano medesimo;
- l'andamento del processo di riduzione delle liste di attesa.

*Piano socio-sanitario regionale
2007-2010*

INDICE

PREMESSA

UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE	Pag. 1
---	--------

Capitolo 1

OPPORTUNITA' DI CRESCITA, GOVERNO DELLE RISORSE, INNOVAZIONI	Pag. 5
---	--------

1.1 LA FILIERA CHE NON ESISTE. QUADRO GENERALE TENDENZE PREVISTE	Pag. 5
1.2 FAR CRESCERE LE OPPORTUNITA'	Pag. 8
1.3 IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE	Pag. 10
1.4 IL PATRIMONIO IMMOBILIARE, VALORE O COSTO	Pag. 11
1.5 INTRAPRENDERE LA MODERNIZZAZIONE STRUTTURALE E ORGANIZZATIVA	Pag. 12
1.6 FATTORI CARATTERISTICI ED EFFICIENZA	Pag. 13
1.7 IL RISPARMIO ENERGETICO	Pag. 14
1.8 IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO, LE TECNOLOGIE E L'ICT	Pag. 14
1.9 UNIVERSITA', FORMAZIONE E SISTEMA DELLA SALUTE, ARRETRATEZZE, RISCHI E OPPORTUNITA'	Pag. 16
1.10 UN NUOVO PARADIGMA ORGANIZZATIVO: I PARCHI DELLA SALUTE	Pag. 19

Capitolo 2

GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Pag. 21
---	---------

Premessa	Pag. 21
2.1 L'ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEL GOVERNO DEL SSR	Pag. 23
2.2 L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI	Pag. 26
2.3 IL GOVERNO DELLA DOMANDA	Pag. 29
2.4 IL SISTEMA DI OFFERTA	Pag. 31
2.5 IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE	Pag. 34
2.6 LA POLITICA DELLE RISORSE UMANE	Pag. 35
2.7 L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE	Pag. 38
2.8 L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO	Pag. 40
2.9 QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE	Pag. 42

Capitolo 3

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVEZIONE	Pag. 45
3.1 I PROBLEMI DELLA PREVENZIONE	Pag. 45
3.2 QUALE PREVENZIONE	Pag. 46
3.3 PIU' FORZA ALLA PREVENZIONE	Pag. 51
3.4 ORGANIZZARE LA PREVENZIONE	Pag. 52
3.5 LA RETE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE	Pag. 53
3.6 VIGILANZA E PREVENZIONE	Pag. 55
3.7 FINANZIARE LA PREVENZIONE	Pag. 56
3.8 FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI	Pag. 56
3.9 INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE	Pag. 57
3.10 OBIETTIVI PRINCIPALI PER LA PREVENZIONE	Pag. 57

Capitolo 4

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CURE PRIMARIE	Pag. 64
4.1 TERRITORIO LUOGO DI INCONTRO PER LA SALUTE	Pag. 64
4.2 I PERCORSI ASSISTENZIALI DEI CITTADINI	Pag. 69
4.3 IL DISTRETTO PER LA SALUTE	Pag. 82
4.4 LA PROGRAMMAZIONE NEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI	Pag. 89
4.5 INTEGRAZIONE SOCIO -SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE	Pag. 92

Capitolo 5

LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE	Pag. 125
Premessa	Pag. 125
5.1 LA SITUAZIONE ATTUALE E GLI OBIETTIVI DELL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 23 MARZO 2005	Pag. 127
5.2 LA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO	Pag. 130
5.3 LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO	Pag. 131
5.4 LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ	Pag. 134
5.5 REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE	Pag. 147

PREMESSA

UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

La salute non è semplicemente assenza di malattia o di infermità, ma è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale delle donne e degli uomini e della collettività che si configura socialmente e politicamente come bene comune e come diritto umano inalienabile.

A partire da questa importante definizione, il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2010 vuole rappresentare un documento fondamentale per delineare esplicitamente le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività piemontese.

All'interno di questo riferimento complessivo si inserisce e si connota un sistema di strutture, funzioni, servizi e attività che tende a tradurre e a rendere visibili i tratti portanti e caratteristici del modello ispiratore.

La lunga mancanza di formali ed organiche indicazioni programmatiche che delineassero obiettivi strategici, che individuassero scelte organizzative e promuovessero modalità di organizzazione del lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie e socio-assistenziali, ha sfavorevolmente condizionato l'evoluzione del sistema socio-sanitario regionale.

Inoltre, la mancata integrazione con le specifiche politiche socio-assistenziali e più complessivamente con le politiche intersettoriali, che hanno spesso maggior efficacia agli effetti di una buona tutela della salute rispetto agli interventi sanitari in sé, ha determinato fatalmente una serie di mancate opportunità e di squilibri difficilmente recuperabili e sanabili all'interno del sistema socio-sanitario.

Questo nuovo documento di pianificazione traccia a grandi linee l'evoluzione a medio e a lungo termine del sistema: le fila dell'organizzazione socio-sanitaria regionale sono ricondotte ad un quadro di programmazione razionale e ragionevole, che trae origine dalle informazioni epidemiologiche relative allo stato di salute, con un'attenzione particolare all'analisi dei determinanti, delle domande e dei bisogni socio-sanitari.

Questo deciso e convinto riferimento alla centralità della salute, che include l'analisi dei bisogni correlabili ai generi, alle generazioni e ai diversi gradi di fragilità biologiche e sociali, segna, per le scelte politiche e per le coerenti articolazioni della sua gestione, una decisa inversione di rotta, su un percorso finora polarizzato sulla sola modulazione di offerta dei servizi sanitari.

Tale orientamento si innesta, storicamente ed organizzativamente, nel solco tracciato dal dettato costituzionale, dall'originario spirito della riforma sanitaria e dei servizi sociali, dalle autorevoli risoluzioni strategiche dell'Organizzazione Mondiale della

Sanita' (OMS) operativamente e specificamente articolate nei grandi progetti "Salute 21", "Città sane" (Salute dei viventi) e "Agenda 21" (Salute dell'ambiente ecologicamente e complessivamente inteso) e dal Programma di Azione della Conferenza di Pechino del 1995. In maniera estremamente sintetica si può assumere che la medicina, anche intesa in senso lato, costituisce un sottoinsieme della sanità, la quale è un sottoinsieme del sistema onnicomprensivo della salute.

Questa concatenazione di rapporti autorizza ad enunciare e a porre a monte del processo di pianificazione alcuni principi fondamentali con valenza strategica e valoriale ed alcune scelte progettuali più direttamente afferenti al governo del sistema e riguardanti l' articolazione dei servizi.

Sono pertanto principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni donna e uomo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale ed appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;
- la prevenzione, che si attua attraverso la rimozione o il contrasto dei fattori socio-economici, delle diseguità di genere e fra generazioni, dei fattori ambientali e biologici che insidiano la salute ed anche attraverso la appropriata e concreta promozione specifica dei fattori socio-economici, ambientali e biologici e della valorizzazione della differenza di genere che la favoriscono;
- la centralità delle cittadine e dei cittadini che, in quanto persone singole o gruppi sociali radicati in un territorio, sono titolari originari del diritto alla salute che va tutelato attraverso una vigile, assidua, e per certi versi radicale partecipazione democratica. Attiene a questa concezione la attenta considerazione per l'applicazione dei criteri di dignità, di umanizzazione e di giustizia, che si concretizzano anche in un'accoglienza che ne tuteli i diritti, faciliti l' accesso e rispetti il tempo delle cittadine e dei cittadini;
- un deciso e responsabile coinvolgimento degli enti locali i quali, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute ed esercitano anche la valutazione della qualità dei servizi nonché della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione;
- la considerazione dell' informazione e della rappresentazione del sistema come patrimonio democraticamente disponibile al fine di garantire un elevato livello di ordine del sistema stesso: si deve cioè passare da un sistema informativo socio sanitario ad un sistema socio-sanitario informativo, anche avvalendosi in modo sobrio, appropriato e differenziato per genere e generazioni delle opportunità storicamente offerte dalla tecnologia informatica, avendo però cura di non scambiare semplici e a volte ridondanti opportunità trasmissive con critiche necessità comunicative;

- l'applicazione intensa e coraggiosa della pratica della integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale, all'interno di e tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario. In particolare l'integrazione con i distretti socio-assistenziali può attivare una rete di protezione sociale, indispensabile per gli interventi di prevenzione, sostegno e riabilitazione per tutte le donne e gli uomini che si trovano in condizioni di difficoltà economico – sociali e in condizioni di fragilità e vulnerabilità. L'integrazione deve avere per obiettivo la migliore sostenibilità del carico assistenziale nel tempo e la responsabilità delle cure primarie al servizio sanitario pubblico, ponderando e valorizzando il lavoro di cura espletato dalle cittadine e dai cittadini;
- un trasparente e razionale governo della salute che persegua l'equità, rispetti la sussidiarietà e promuova la cooperazione e la solidarietà all'interno dei canoni della sobrietà e dell'austerità. L'applicazione rigorosa di criteri di qualità ed appropriatezza sostanziale può garantire, in modo efficiente, efficace ed economico, un sistema sostenibile di salute e di benessere sociale. Le scelte abbracciate fanno propri criteri di produttività sociale della spesa sanitaria che escludono categoricamente rendite, parassitismi, separatezze autoreferenziali e promuovono al contrario il principio del servizio, richiamando piuttosto antiche e solidali disponibilità all'economia del dono. La salute, come obiettivo, ed il correlato sistema dei servizi socio-sanitari, come mezzo, diventano allora un potente fattore di sviluppo e di progresso, oltre che fattore di polarizzazione delle energie del privato, del terzo settore no-profit, del privato sociale e delle risorse, formali ed informali, delle associazioni del volontariato. Tutte queste risorse politiche, culturali, scientifiche e tecniche, produttivamente mobilitate per la costruzione del welfare di comunità, costituiscono un patrimonio prezioso di ricchezza sociale da coltivare ed incrementare, per una redistribuzione dei carichi sociali e familiari e delle opportunità sociali ed economiche;
- una convinta ottemperanza ai dettami dell'etica della responsabilità ed una doverosa disponibilità di tutti gli operatori sanitari ad una rilettura dei problemi di salute dal punto di vista della ponderazione sociale e di genere.

Sono scelte progettuali e programmatiche caratterizzanti dell'articolazione dei servizi:

- l'assegnazione di una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che fornisca alle cittadine e ai cittadini una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
- l'organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie, senza incorrere in artefatte e paralizzanti opposizioni tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio;
- uno stile di governo e di gestione del sistema sanitario sobrio, che consenta, attraverso le valutazioni e i controlli di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni, di migliorare la salute, aumentare la soddisfazione degli assistiti e

contenere la spesa. In questo ambito ricerca e innovazione, sia nel settore organizzativo, sia nel settore dei metodi e degli strumenti tecnologici, saranno promosse e soprattutto governate con un costante impegno teso a evitare che interessi economici distorti inducano e facciano crescere offerte di servizio non appropriate;

- una attenzione accentuata agli aspetti formativi e partecipativi di tutti gli operatori, in direzione dell'esercizio dei canoni della sobria razionalità e della qualità sostanziale.

Questi impegnativi valori fondanti connotano l'architettura generale del Piano, ma non sono da sottovalutare le grandi difficoltà da superare per consentire ai principi di affermarsi nella concreta operatività dei servizi e perché la loro efficacia pratica diventi visibile ed apprezzabile dalle cittadine e dai cittadini, in ogni contesto. Per queste ragioni i principi del Piano sono da considerarsi l'indicazione per un percorso che, senza mai perderli di vista, accompagni l'organizzazione socio-sanitaria e tutte le pubbliche amministrazioni coinvolte nelle politiche per la salute verso la completa attuazione, sotto il controllo non solo delle stesse amministrazioni, ma soprattutto delle e degli utenti.

Inoltre, per tradurre in concreti programmi operativi le linee generali del piano, a partire dal 2006 sono state sviluppate una serie di azioni e di piani settoriali, da definire ed articolare più compiutamente a seconda delle concrete situazioni e delle specificità di ogni singolo ambito di intervento. Si tratta di preservare i livelli di efficacia e mantenere le eccellenze già realizzate nel sistema socio-sanitario regionale, cercando tuttavia di ristabilire priorità trascurate e di rendere generali ed uniformi i benefici delle migliori pratiche. La scelta di configurazioni di rete, nelle quali i servizi che hanno sviluppato esperienze positive diventano punti di riferimento per la crescita complessiva del sistema può servire a guidare e in qualche misura accelerare l'ulteriore miglioramento. Alla qualità tecnica delle prestazioni va costantemente affiancata la salvaguardia dei principi che il Piano enuncia, capaci di dare a un buon sistema socio-sanitario la possibilità di essere pienamente ed equamente usufruito da parte di tutte le cittadine e i cittadini, in misura proporzionale al bisogno con percorsi adeguati, standardizzati e monitorati nella loro efficacia ed adeguatezza alle differenti esigenze di salute di generi e generazioni.

Il Piano socio-sanitario non è da considerarsi pertanto un documento chiuso, gerarchicamente fine a se stesso. Con scadenze periodiche, sulla base dello stato di attuazione e dell'evoluzione della situazione, saranno apportate modifiche e variazioni, capaci anche di correggere errori di valutazione che possono più facilmente appartenere alle fasi iniziali dei processi di trasformazione e che la pratica di attuazione è in grado di rilevare, se seguita da un monitoraggio sensibile e attento, agevolato dalla partecipazione sia degli operatori sia degli utenti. Durante la progressiva e coerente modulazione di attuazione, il piano proposto richiede infatti, per la sua stessa natura, la stimolazione di una forte partecipazione sociale, politica e tecnica.

CAPITOLO 1

OPPORTUNITA' DI CRESCITA, GOVERNO DELLE RISORSE, INNOVAZIONE

Il Piano socio-sanitario è uno degli atti di programmazione più complessi per un'amministrazione regionale. Nasce da un lungo e impegnativo lavoro di analisi ed elaborazione progettuale, dalla concertazione con i territori, i cittadini, le associazioni professionali, i diversi portatori di interesse, le parti sociali.

E' un atto cruciale di politica orizzontale che attraversa, in misura più o meno rilevante, la quasi totalità delle dimensioni specifiche dell'azione dell'ente regionale. Considerando la rilevanza che gli interventi a tutela e prevenzione della salute hanno sulla vita pubblica, la loro naturale tendenza alla crescita della spesa crea squilibri di difficile governo per la finanza pubblica e impone atti seri di responsabilità politica ed amministrativa.

La necessità di tutelarne gli aspetti universalistici di equità e pienezza di diritto per tutti, impone una corralità di azione politica chiamata. E' al tempo stesso nell'integrazione forte tra i diversi settori della pubblica amministrazione che le politiche sociosanitarie e di assistenza alla persona, possono dare un nuovo impulso all'economia terziaria della nostra Regione, contribuire ad una diversa modellazione e vocazione del territorio, contribuire al rilancio della competitività, fungere da attrazione del territorio, per la ricerca, il lavoro di qualità, l'alta formazione.

Il Piano è dunque un documento di respiro pluriennale, che vedrà certo i dovuti aggiornamenti, le necessarie revisioni in corso d'opera, le integrazioni derivanti dai bisogni che si manifesteranno, ma che nel suo impianto complessivo e nelle sue impostazioni strategiche di fondo è da considerarsi impegnativo per tutta la legislatura vigente.

1.1. LA FILIERA CHE NON ESISTE. QUADRO GENERALE E TENDENZE PREVISTE.

Salute e servizi alla persona sono un settore in forte espansione, uno tra i pochi per cui tutti gli indicatori prevedono rilevanti potenziali di espansione per l'economia del nostro territorio. Questa tendenza è motivabile per la crescita del PIL per i cosiddetti "beni superiori", beni il cui consumo aumenta in misura più che proporzionale alla crescita del reddito, di cui salute e servizi alla persona sono una componente fondamentale, il ruolo centrale del settore pubblico, le tendenze demografiche. Tra il 1999 (base 100) e il 2004 il PIL è infatti cresciuto del 15%, mentre la spesa sanitaria è salita di circa il 28%.

Il sistema è controllato e finanziato dal portafoglio pubblico, con una buona qualità tecnica complessiva e costi sostanzialmente paragonabili o inferiori ad altri paesi, ma

con una reputazione non corrispondente, con qualità dei servizi cosiddetti collaterali inferiore a quelli di cura, con strutture lontane dagli standard internazionali più avanzati.

Il settore potrebbe inoltre essere importante fattore di cooperazione e di crescita sui mercati esteri, verso i paesi che intendono avviare o potenziare sistemi sanitari nazionali, sul fronte dei modelli di cura e organizzazione, di alta formazione, di integrazione tra tecnologia e clinica.

Il Piemonte ha sottoscritto diversi accordi di cooperazione internazionale in cui la questione salute è al centro di scambi e protocolli di intesa per la realizzazione di modelli e reti territoriali di assistenza. In questo campo nei prossimi anni la Regione intende intensificare e dare maggior corso operativo ad una serie di progetti di collaborazione e formazione avviati con il sud America (Brasile), Cina e l'est Europa, in particolare sui servizi di progettazione e supporto organizzativo per le reti specialistiche (emergenza in primo luogo), sulle esperienze di medical service consolidate grazie all'evento olimpico.

In Piemonte il settore salute conta oggi circa 55.000 addetti regionali. Le stime del settore indicano in circa 70.000 il numero di addetti complessivo (prevalentemente terziario esterno a basso valore aggiunto), cui vanno aggiunti i circa 20.000 lavoratori del settore socio-assistenziale.

STRUTTURA PROFESSIONALE		
Medici	8.252	15%
Laureati non medici ^(a)	1.588	3%
Direttivi	363	1%
Inf. Profess.	20.669	37%
Tecnici	5.757	11%
Altro e Generico	18.019	33%
Totale 2004	54.648	100%

(a) architetti, avvocati, biologi, chimici, farmacisti, fisici, ingegneri, psicologi, sociologi, statistici, veterinari

Assistenti sociali	940	4,8
Educatori professionali	3.203	16,4
Adest-oss	14.820	75,8
Animatori	588	3,0
	19.551	100,0

La struttura professionale del sistema sanità presenta notevoli potenzialità con un livello apprezzabile di personale laureato, ma anche con oltre il 70% dei profili baricentrati ai livelli tecnici o sulle competenze di carattere generico; struttura che suggerisce un intervento di riassetto del sistema delle competenze finalizzata ad una sua maggiore stratificazione, sia sul versante dell'introduzione di figure nella fascia alta ad integrazione dell'organizzazione clinica e a cerniera tra clinica e territorio sia

sul versante di una migliore utilizzazione delle figure non mediche per cui si registrano i più forti attriti sul mercato del lavoro, con piani di incentivazione, formazione continua, mobilità verticale, attrazione da paesi stranieri e riconoscimento dei crediti acquisiti attraverso percorsi non formali di formazione. Questo quadro è ancora più polarizzato ed evidente per la struttura del sistema socio-assistenziale dove i tre quarti del sistema sono rappresentati dalla figura di base (ADEST/OSS).

COSTI (consuntivo 2006)		mln €
Personale	36%	2.739
Beni e servizi	24%	1.836
Servizi sanitari in convenzione:		
- Medicina di base	5%	429
- Farmaceutica	11%	804
- Assistenza specialistica ambulatoriale	3%	197
- Assistenza riabilitativa	1%	112
- Assistenza integrativa e protesica	2%	178
- altra assistenza territoriale	6%	450
- assistenza ospedaliera	7%	495
Altre spese	5%	357
TOTALE 2005	100%	7.597

Se si osserva la distribuzione nella struttura dei costi (per circa due terzi connessi alla produzione diretta di servizi, poco più di un terzo per servizi convenzionati) è evidente l'incidenza rilevante che l'acquisto di beni e servizi connessi alla produzione diretta ha nel sistema generale (quasi un quarto dei costi complessivi), l'incidenza significativa del costo del personale è di per sé poco significativa (si discosta poco dalle medie caratteristiche), anche in questo caso allineata ad altri settori di terziario qualificato, fatta eccezione per il trend di forte crescita subito negli ultimi anni.

Un settore dunque di grande rilevanza per l'economia regionale che vale grossomodo 37 miliardi di euro di spesa regionale a legislatura (sanità), cui si aggiungono i circa 120 milioni di euro all'anno di spesa regionale per i servizi socio-assistenziali, con risorse che sono al contrario in forte riduzione negli ultimi anni, con indici di crescita degli investimenti che promettono molto a condizione che si sappiano scegliere i fattori e i deal più appropriati e promettenti, dominato dalla spesa pubblica che acquista beni e servizi prevalentemente prodotti all'esterno, con una struttura professionale e dei costi non dissimile da altri settori della produzione di servizi, ma con una tendenza alla crescita poco controllata e con una difficoltà crescente ad intercettare la domanda crescente di qualificazione e personalizzazione dei servizi per la salute.

1.2. FAR CRESCERE LE OPPORTUNITÀ

Le opportunità di crescita per la nostra economia sanitaria sono individuabili in quattro macrosettori: servizi sanitari, tecnologie, industria farmaceutica, alta formazione. Il Piemonte presenta un posizionamento differente rispetto a questi segmenti:

1.2.1. servizi sanitari (53% della spesa): la spesa intercettata dal Piemonte da pazienti residenti in altri territori è pari a circa il 5-5,5% del totale per un importo complessivo di circa 80 milioni di euro. Tenendo conto che la mobilità generale dei pazienti ha un trend in forte calo per l'aumento della qualità delle strutture, e la tendenza alla standardizzazione dei servizi, i DRG ad elevato potenziale di crescita rispetto a cui si concentra la mobilità sono un numero ridotto. Su questi il Piemonte ha un posizionamento buono ma non straordinario e un incremento anche rilevante della nostra capacità attrattiva avrebbe comunque effetti piuttosto modesti.

1.2.2. tecnologie e terziario per la salute (30% della spesa): è un segmento che comprende sia gli aspetti tecnologici specifici (il medicale) sia le infrastrutture e le nuove applicazioni consentite dallo sviluppo dell'ICT, il campo delle nanotecnologie e dei materiali, il campo delle life science e della genomica, la robotica e l'automazione per la medicina, le reti e i servizi applicati alla salute.

Il campo delle alte tecnologie medicali ci è sostanzialmente precluso. Il nostro Paese è ormai estraneo alla produzione elettromedicale dominata da grandi gruppi internazionali, e il Piemonte non fa eccezione a questo panorama anzi, nella nostra regione operano ormai poco più di 40 imprese per circa 1000 addetti, peraltro quasi tutti operativi nel campo della manutenzione.

Le opportunità per il Piemonte offerte dall'integrazione tra tecnologie dei materiali, ICT reti e terziario per la salute sono invece rilevanti anche se richiedono una forte concentrazione di investimenti pubblici e danno risultati dopo qualche anno. L'ICT piemontese rappresenta il 12% del totale nazionale, con presenza di alcuni grandi operatori (pubblici e non), è prevista una tendenza alla crescita della spesa ICT salute dall'1,3% attuale ad oltre il 7% nel 2010. La flessibilità raggiunta dall'ICT applicato consente di offrire soluzioni più efficienti ed efficaci sia sul fronte della standardizzazione dei processi diagnostici, sia sul versante della gestione del percorso

di cura, sia sul versante della personalizzazione delle soluzioni per il paziente. I settori delle nanotecnologie e dei materiali, della biogenomica presentano in Piemonte notevoli potenziali e grandi centri di competenza, anche se, con una presenza di operatori privati assai ridotta e fragile, questo è uno dei settori con i tassi di crescita più interessanti.

Le reti regionali distribuite – oncologica, dei trapianti, dell'emergenza – sono un grande potenziale e un fertile terreno di applicazione delle tecnologie in generale, dell'ICT in particolare, oggetto di integrazione dei fattori ad alto valore, tecnologie, alta formazione, diagnostica, chirurgia, ingegneria, e reti territoriali di cura specialistica.

Un primo progetto strategico di interesse regionale riguarda la spinta ad un nuovo terziario per la salute. Occorre allungare la catena del valore nella "filiera" salute investendo nell'integrazione tra clinica, tecnologia e soluzioni IT, ingegneria e materiali. Il campo ideale di sperimentazione è quello delle reti regionali distribuite della salute e dell'assistenza (oncologia, trapianti, emergenza). E' qui che si giocano le migliori, se non uniche, opportunità di crescita e di competitività per la filiera piemontese.

1.2.3. farmaceutica (10% della spesa): L'Italia è oggi il quinto produttore al mondo di farmaci sia in termini di fatturato sia di addetti. Più del 50% del settore è concentrato in Lombardia. Il 70% dell'industria farmaceutica è controllata da capitali stranieri e sostanzialmente tagliata fuori dal circuito internazionale della R&S per il settore. Non è un asset a forte crescita né su cui il Piemonte può vantare fattori positivi di competitività.

1.2.4. alta formazione: Gli atenei piemontesi laureano nell'area medica e bio ingegneristica circa 2000 giovani all'anno. In rapporto alla popolazione in Piemonte registriamo un laureato ogni 2054 abitanti contro i 1496 e 1472 della Lombardia e della Liguria.

Il Piemonte per competenze e articolazione territoriale dell'offerta è in grado di promuovere (sarebbe la prima regione italiana) un nuovo modello di offerta di alta formazione per la salute che:

- ricerchi una più ampia integrazione tra clinica – ricerca – industria;
- diventi polo attrattivo per gli studenti extra piemontesi (oggi è sostanzialmente un ateneo di prossimità);
- sperimenti la programmazione interateneo su alcune nuove figure;
- diminuisca il tasso di sovrapposizione territoriale dell'offerta varando le specializzazioni di territorio.

A livello più generale risulta comunque indispensabile affrontare il tema della disponibilità complessiva delle risorse finanziarie necessarie a sostenere l'aumento e la diversificazione della domanda e i correlati investimenti tecnologici. Su questo terreno

occorre approfondire il confronto con le potenzialità di intervento degli investitori privati, valutando le opportunità dell'offerta di aree di attività e delle gestioni miste dei servizi. Fermo restando il livello di garanzie e di qualità dell'assistenza sanitaria raggiunti e conquistati dal paese (universalità e copertura sanitaria in tutto l'arco di vita delle persone), tali garanzie sono espandibili verso le nuove necessità e possono rimanere inalterate così come le conosciamo oggi, in funzione della nostra capacità di attirare nel settore sanitario uno spettro variegato di finanza ed energia imprenditoriali. Può essere questa la strategia opportuna da seguire per trasformare in modo decisivo la materia sanitaria in un modello che, oltre alla realizzazione del diritto alla salute dei cittadini, risulti anche una delle determinanti dello sviluppo economico del territorio piemontese e una leva razionale del cambiamento del nostro modello di sviluppo.

1.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE

Si è detto della spesa sanitaria, delle prospettive di crescita del settore, di quali possono essere le direzioni di investimento per far crescere le opportunità di sviluppo e lavoro della nostra economia della salute. Tutto ciò deve naturalmente trovare una forte azione corrispettiva sul fronte della ricerca delle efficienze, del contenimento della spesa, della liberazione delle risorse per gli investimenti.

Il raggiungimento degli obiettivi di piano è strettamente connesso ad un rigoroso governo delle risorse finanziarie, ad un uso razionale dei fattori produttivi e ad una valorizzazione del patrimonio immobiliare non destinato ai servizi sanitari, ad un efficace e puntuale controllo della gestione delle ASR, centralizzato e strettamente collegato alle politiche di bilancio della Regione. I criteri fissati dal patto nazionale per la salute e dalla legge finanziaria 2007 esigono politiche di riorganizzazione del sistema di gestione che puntino al contenimento dell'aumento del livello dei costi.

La progressiva riduzione dei ticket, già parzialmente avviata con l'eliminazione della contribuzione sui farmaci generici e con l'innalzamento della soglia reddituale di esenzione, farà sì che il fabbisogno indistinto determinato a livello nazionale, i fondi speciali e il finanziamento regionale per i livelli assistenziali integrativi siano le sole forme di finanziamento del servizio sanitario regionale, accanto alle possibili entrate straordinarie derivanti dalla valorizzazione del patrimonio immobiliare non vincolato.

Lo sforzo che si dovrà realizzare per ottenere un contenimento dell'aumento della spesa comporta l'esigenza di attivare sinergie a livello sovrazonale, una messa a punto e controllo dei tariffari, in particolare per i servizi in convenzione prestati da terzi, un concentramento delle funzioni di alta complessità nelle ASO, politiche di gestione e di organizzazione delle funzioni non specialistiche (servizi generali, politica degli acquisti) fortemente orientate all'efficienza (utilizzo estensivo delle tecniche e delle tecnologie, contenimento dei costi).

1.4. IL PATRIMONIO IMMOBILIARE, VALORE O COSTO

L'offerta di servizi sanitari adeguati alle esigenze di una società come quella piemontese richiede uno sforzo di adeguamento infrastrutturale che solo operazioni fortemente innovative dal punto di vista finanziario possono assicurare.

Come per pressoché tutte le regioni italiane (tenendo ovviamente conto delle differenziazioni a volte anche sensibili), il patrimonio immobiliare destinato ad attività sanitaria è obsoleto e generatore di costi di gestione aggiuntivi il cui recupero è uno dei fattori che dovrebbe consentire di rispettare i parametri generali dati.

Il patrimonio immobiliare utilizzato per la fornitura dei servizi sanitari rappresenta una ricchezza da valorizzare, mentre sinora è stato considerato un mero fattore di costo e di peso patrimoniale, il cui adeguamento alle nuove esigenze è sempre affrontato ricorrendo alla finanza straordinaria (articolo 20 legge 67/1988) o all'indebitamento.

In generale il patrimonio immobiliare disponibile delle ASR della Regione Piemonte, conferito ad uno strumento di gestione pubblico, dovrà assolvere alla funzione di attivare le risorse per il necessario rinnovamento delle infrastrutture più importanti, principalmente localizzate nell'area territoriale di origine dei beni patrimoniali stessi, salvaguardando il principio generale di perequazione.

Il conferimento del patrimonio allo strumento di gestione pubblico promosso dalla Regione (e a cui potranno partecipare gli altri enti locali piemontesi e le aziende/enti che ad essi fanno riferimento), la sua migliore gestione, economica e funzionale, l'alienazione di ciò che non sarà usato per fini istituzionali, il ricorso anche alla "finanza di progetto" consentirà di programmare nel tempo gli investimenti necessari (per non meno di 1 miliardo di euro) per evitarne l'obsolescenza e per disporre di infrastrutture sempre attuali, in grado di seguire lo sviluppo tecnologico e di dare alle strutture funzionalità e fruibilità amichevole per i cittadini.

Gli strumenti finanziari innovativi richiamati potranno anche essere utili nei confronti del patrimonio mobiliare (attrezzature, strumentazioni, ed altro), anch'esso in sofferenza a causa della mancata programmazione degli interventi nel tempo.

Il vantaggio dell'operazione prospettata è duplice: nel breve periodo permetterà di avviare un profondo rinnovamento delle infrastrutture; a regime e nel lungo periodo consentirà di rinnovare periodicamente le strutture, soprattutto ospedaliere, che oggi hanno una vita media di 60 anni riducendola a non oltre 30.

Nel corso del 2006, inoltre, come previsto dalla legge finanziaria regionale, l'amministrazione regionale ha concluso una ristrutturazione del debito sanitario che ha permesso la copertura dei residui crediti dei fornitori e che ha garantito alla Regione un ruolo di rilievo nella gestione dell'operazione, non ha costituito nuovo debito, ha apportato benefici nel medio/lungo periodo in termini di migliori condizioni economiche richieste ai fornitori e, dunque, di minori oneri a carico della Regione

stessa, è stato di aiuto alla Regione per diminuire i tempi di pagamento delle ASR e ha dato nuova liquidità al sistema sanitario regionale.

1.5. INTRAPRENDERE LA MODERNIZZAZIONE STRUTTURALE E ORGANIZZATIVA

Il Piano socio-sanitario disegna principi largamente condivisi riguardanti la prevenzione, la medicina territoriale, l'integrazione socio-sanitaria, il ruolo degli enti locali e dei portatori di interessi territoriali come attori positivi di un processo di rinnovamento. Le politiche di riorganizzazione della salute e dei servizi sociali, nel significato più ampio di politiche per la salute, identificano nel coinvolgimento del territorio il fattore strategico di successo: processi decisionali e negoziazione, aree vaste e distretti, esigibilità delle prestazioni, accessibilità, continuità sono i fattori prioritari del nuovo sistema. Ricerca, innovazione e tecnologia sono leve a sostegno e a rafforzamento dei processi di riorganizzazione, di raggiungimento di maggiore efficacia ed efficienza, al servizio del governo clinico complessivo e di singolo presidio, e non valori a sè stanti.

Nella percezione della bontà del servizio da parte del cittadino la qualità strutturale e di organizzazione media dei presidi ha un impatto estremamente rilevante, e presenta mediamente indici di insoddisfazione piuttosto elevati, senz'altro più acuti rispetto alla qualità percepita per i servizi medico specialistici.

Anche se il posizionamento attuale del sistema non è insoddisfacente in termini medi, esso presenta però una distribuzione fortemente disomogenea della qualità tra struttura e struttura e comunque con un livello sintetico ancora distante dagli standard indispensabili ai requisiti per l'accreditamento.

Un piano di ammodernamento strutturale medio dei presidi regionali è dunque uno dei requisiti essenziali di crescita media della qualità del sistema e uno dei fattori chiave nella relazione con il cittadino/paziente.

La situazione attuale è caratterizzata da un patrimonio immobiliare non vincolato consistente posto in capo alle ASR. La disponibilità del patrimonio ha costituito in questi anni un significativo fattore di sperequazione tra le diverse aziende e un elemento generale di disfunzione per il sistema regionale. Il patrimonio non vincolato può essere una risorsa importante per la salute piemontese, se gestita attivamente e in modo integrato, al servizio cioè dell'intero sistema, liberando le ASR del ruolo improprio di immobilista e focalizzando l'azione di governo sulle funzioni e le proprietà effettivamente strategiche.

Una gestione attiva del patrimonio - tramite uno strumento di gestione pubblico - consentirà l'avvio di un processo di ammodernamento strutturale generale e profondo. E' una priorità per il sistema piemontese, parte essenziale della riorganizzazione del sistema e forte elemento di qualificazione dell'azione in favore dei territori.

Parte essenziale del piano di ammodernamento delle strutture riguarderà gli interventi sull'organizzazione degli spazi, sulla loro fruibilità e accesso, per presidi clinici più

amichevoli e corrispondenti ai bisogni dei cittadini. La logistica interna (accessi, mobilità, segnaletica), l'uso dei materiali, i tratti architettonici e l'organizzazione degli spazi (materiali, colori, arredi, aree per famiglie ed altro), risparmio energetico, eco-design, sono parte degli interventi di ammodernamento per la costruzione di presidi sanitari sostenibili.

1.6. FATTORI CARATTERISTICI ED EFFICIENZA.

L'obiettivo di garantire adeguati livelli di prestazione nei servizi socio-sanitari nei vincoli dati dalla compatibilità economico-finanziaria è compito di estrema complessità. La combinazione delle dinamiche e dei bisogni dati dalla nuova struttura socio-demografica, la pressione tecnologica e la struttura professionale della produzione producono una naturale espansione dei costi. La ricerca delle risorse per rispondere alla crescita della domanda e garantire gli investimenti devono essere trovati in un mix equilibrato tra decentramento della produzione e accentrimento dei fattori gestionali caratteristici, in una dimensione necessariamente sovraziendale strettamente integrata al ridisegno di integrazione territoriale di cui al presente Piano.

Nel disegno di riorganizzazione complessiva del servizio socio-sanitario regionale un peso rilevante è riservato al terziario interno non caratteristico, dalle fasi di amministrazione e contabilità, agli acquisti, personale ed altro. L'incidenza complessiva sul costo del sistema si stima intorno al 20-25% del totale.

E' al contempo vero che anche in presenza di un rapporto tra costi generali e spesa totale non particolarmente anomalo, considerata l'entità della massa finanziaria impegnata in tali attività, risparmi ed efficienze non sono solo possibili, ma assolutamente da perseguire in una logica di concentrazione del sistema territorializzato sulle sue attività caratteristiche e di concentrazione su base regionale delle funzioni capaci di influenzare in modo significativamente positivo i fattori di costo.

Le analisi svolte evidenziano margini significativi di risparmio conseguibili tramite ottimizzazione della gestione dei diversi ambiti di servizio. Tramontate le esperienze di esternalizzazione integrali (i global service), per inefficienza tendenziale dei servizi e perdita del controllo da parte del governo pubblico, si affermano esperienze di in-house sanitario gestionale, sul modello delle stazioni appaltanti o di acquisto, che svolgono la propria attività in autonomia organizzativa ma al servizio della struttura regionale; centri estremamente leggeri di competenza specialistica, di negoziazione delle competenze e dei prezzi, di monitoraggio delle prestazioni, rispetto alle seguenti funzioni:

- promozione delle unioni o gruppi di acquisto,
- integrazioni amministrative e contabili,
- edilizia sanitaria,
- personale,

- logistica

sono i campi tipici di applicazione delle politiche di integrazione di area vasta e le funzioni che caratterizzano un'agenzia di emanazione regionale (in house) per la gestione degli investimenti più complessi.

1.7. IL RISPARMIO ENERGETICO

L'alto livello di confort e di salubrità da assicurare negli ambienti dedicati alla salute, imporranno livelli sempre più elevati nel controllo delle emissioni inquinanti, della produzione di rifiuti e del contenimento dei consumi energetici. In particolare la gestione energetica nelle strutture ospedaliere è importante per i costi, la qualità del servizio energetico, la sicurezza energetica per la continuità del servizio sanitario.

La riduzione dei costi energetici può essere ottenuta intervenendo a diversi livelli e con diverse modalità. Il piano per il risparmio, la riduzione delle emissioni e la sicurezza che si propone in sede di Piano prevede:

- la conoscenza del patrimonio edilizio e la diagnosi energetica dello stato attuale dei presidi e il primo check degli interventi migliorativi;
- lo schema di finanziamento degli interventi;
- interventi che non comportano modifiche agli impianti e sull'involucro edilizio, ma solo azioni di razionalizzazione della conduzione e della regolazione degli impianti;
- interventi finalizzati all'eliminazione dei grandi sprechi relativi agli involucri edilizi;
- interventi a larga scala sulle dotazioni impiantistiche e sui sistemi di produzione dell'energia che comportano il ricorso a tecnologie innovative e fonti rinnovabili.

I risparmi ottenibili con un uso razionale dell'energia sono sempre a parità di servizio fornito, o con miglioramento dello stesso, non impongono rinunce o tagli. La finanziabilità di terzi consente di intervenire attraverso società di servizi energetici che si pagano l'intervento attraverso i risparmi conseguiti grazie all'aumento dell'efficienza energetica che si può stimare in questa fase nell'ordine del 20-25% dei costi energetici attuali. Le stime attuali indicano tra 50 e 60 milioni di euro il costo energetico del sistema sanitario piemontese con efficienze facilmente calcolabili.

1.8. IL SISTEMA SOCIOSANITARIO, LE TECNOLOGIE E L'ICT

La salute in senso generale è stata negli ultimi anni uno degli ambiti più intensivi di applicazione delle tecnologie, specifiche e trasversali. L'integrazione tra tecnologie ICT ed elettromedicale ha condotto ad una vera e propria rivoluzione nel settore sia in campo diagnostico sia in campo terapeutico. La diffusione delle tecnologie ICT e di quelle web based in particolare sta producendo radicali cambiamenti nella disponibilità della conoscenza e dell'informazione distribuite, in particolare per le potenzialità che

essa offre all'integrazione territoriale dei servizi e delle basi informative. Si stima per il 2010 circa il 30% delle risorse informative circolanti nel campo della salute saranno esclusivamente basate sul web.

L'Italia e la nostra Regione in particolare scontano da questo punto di vista un particolare ritardo. La previsione dell'impatto dell'adozione delle tecnologie per la salute in senso molto ampio, circa i costi e i benefici, è una delle linee guida essenziali per il sistema socio-sanitario regionale.

Riteniamo che le funzioni di un moderno technology assessment siano la premessa indispensabile all'adozione o al mantenimento di interventi di diversa complessità, una funzione importante a supporto della decisione politica circa l'utilizzo delle tecnologie applicate alla salute, il trasferimento dalla ricerca alle applicazioni della stessa.

In questa sede si fa riferimento ad un'accezione ampia di tecnologia che si riferisce "all'insieme dei mezzi utilizzati per l'erogazione delle cure, medicinali, strumenti, attrezzature, procedure e sistemi organizzativi di supporto, di diagnosi precoce, di riabilitazione e terapia alternativa".

L'istituzione di una funzione/struttura regionale per il tech assessment e il data quality control biostatistico ed epidemiologico si articolerebbe su tre funzioni, di consiglio tecnico scientifico per il TA, di direzione e ricerca per il TA all'interno del sistema sanitario regionale, di comunicazione, diffusione e formazione per il sistema.

Per il versante delle tecnologie ICT è necessaria una breve premessa circa l'evoluzione avuta in salute dal sistema IT. È una leva importante per il miglioramento dell'accessibilità dei servizi (tempi di attesa, strumenti di gestione e di programmazione, appropriatezza, restituzione/refertazione in primo luogo). Nel corso dell'ultimo decennio si è registrata una notevole diffusione di sistemi e applicazioni, evoluzione caratterizzata da scarso governo dell'architettura, più centrata su una logica di semplice informatizzazione delle funzioni singole che non sull'integrazione del sistema complessivo. Ciò determina allo stato attuale un basso livello di interoperabilità, inefficienza, una ridotta flessibilità e adattabilità, costi di gestione alti, presumibilmente replicati e ingovernabili.

Oggi e in prospettiva occorre mirare ad una dimensione di piattaforma salute-assistenza integrata che sia figlia del modello organizzativo, la tecnologia è oggi essenzialmente organizzazione, e non fattore condizionante. I vincoli che le linee guida del piano identificano in questa fase sono:

- ribaltamento dell'approccio verticale (per singoli atti) in approccio orizzontale per processi;
- definizione dei bisogni chiave di una piattaforma IT per la salute e l'assistenza che consenta una reale gestione trasversale sia della parte più clinica (da contatto a percorso a sostegno della continuità assistenziale) sia delle parti

trasversali e di supporto (cup, e-proc, controllo di gestione, logistica interna ed esterna, accogliimento);

- la Regione dispone oggi di uno straordinario magazzino “muto” di competenze e dati gestito da CSI; è indispensabile valorizzarlo, estrarlo e renderlo patrimonio a sostegno della programmazione e delle politiche di integrazione sociosanitaria sul territorio; al CSI il compito di varare un programma di condivisione del dato essenziale al governo del sistema e garante di maggiore appropriatezza di assistenza e cura;
- costituire un centro di competenza di alto profilo all'interno degli assessorati alla salute e al welfare, reintegrare nella direzione IT regionale le competenze tecnico specifiche con compiti di integrazione e semplificazione delle soluzioni IT adottate sul territorio;
- il Piano sottolinea con forza l'importanza delle azioni di deospedalizzazione in favore del territorio e delle reti; l'innovazione tecnologica e l'IT diffusa è una valenza strategica per assecondare questo percorso (telemedicina e tele-assistenza, gestione e distribuzione dei dati clinici web based ed altro) e per dare sostanza organizzativa alla continuità di assistenza e cura, alla facilità di accesso ai servizi;
- l'IT applicata al cluster della salute sociale è una grande opportunità assolutamente non colta dal sistema piemontese; l'azione del governo regionale deve fare da catalisi per un processo di crescita del mercato in questo settore; un ruolo chiave sta nell'evoluzione e potenziamento dell'attuale laboratorio salute del CSI verso una vera e propria struttura autonoma, con compiti di sviluppo del mercato IT health oggi così frammentato e despecializzato.

1.9. UNIVERSITÀ, FORMAZIONE E SISTEMA DELLA SALUTE, ARRETRATEZZE, RISCHI E OPPORTUNITÀ

Il rapporto tra sistema formativo regionale, nella sua accezione più larga, e sistema professionale sociosanitario è complesso, caratterizzato da forti vischiosità, grandi scuole ed esperienze, da livelli ancora insoddisfacenti di integrazione nella programmazione delle politiche formative socio-sanitarie, da un grave ritardo accumulato in questi anni dalla nostra Regione sul piano della formazione continua.

Perno del ridisegno e rilancio dell'offerta di formazione per il sistema salute piemontese sono le università, elemento essenziale per le politiche di alta formazione e per il rilancio di un'azione di ampio respiro sul fronte della formazione continua e dei nuovi fabbisogni determinati dal modello di integrazione territoriale socio-sanitaria che è uno degli elementi strategici di piano.

Il Piano prevede di realizzare, a fronte di un monitoraggio dei fabbisogni quantitativi del sistema, un'analisi puntuale della domanda qualitativa di competenze, funzionale

al ridisegno dei servizi, al funzionamento efficiente ed efficace delle organizzazioni, al loro sviluppo, in particolare ai bisogni di integrazione territoriale, alla necessità di una più fine articolazione della struttura professionale, che tenga conto:

- dei fabbisogni di competenze delle organizzazioni e del territorio;
- dei bisogni individuali;
- dei nuovi assetti e soggetti dell'offerta formativa (università, formazione continua, ospedale, presidi, servizi socio-territoriali, altre agenzie formative).

L'elemento più rilevante delle politiche formative riguarda l'assetto dell'offerta di alta formazione universitaria. Tale riassetto si fonda sull'offerta di alta formazione da orientare ad una politica multipolare (Ospedali di insegnamento) e di specializzazione dell'offerta di alta formazione per la salute sul territorio, che apra il proprio catalogo ad una platea di soggetti più ampia, che riduca le repliche sul territorio, introduca i principi della programmazione interateneo e interfacoltà per i percorsi che prevedono l'integrazione una forte integrazione disciplinare (a cavallo tra l'area economico sociale e quella più tipicamente bio-clinica-assistenziale) e che veda nel potenziamento dell'offerta per la salute dell'Università del Piemonte orientale (di ricerca e alta formazione) un polo di frontiera e di attrazione (di mobilità attiva) nei confronti delle regioni confinanti.

Nel quadro di una ridefinizione dei contenuti e delle modalità di relazione tra Regione Piemonte e Università, di Torino e del Piemonte Orientale è stata definita la convenzione generale da estendere alle facoltà di medicina e chirurgia. La convenzione prevede la regolazione e lo sviluppo di una serie di progetti strategici per rilanciare il rapporto tra Università e territorio, per mettere a razionalità la logistica formativa, riducendo le repliche e specializzando i poli, per varare una serie di servizi allo studio e alla ricerca che allineino i nostri atenei agli standard europei di servizio (borse, prestiti d'onore, residenza, biblioteche, university press ed altro).

In primo luogo occorre che la facoltà di medicina sia parte integrante e attiva di questa convenzione in cui vengono stabiliti i principi generale di programmazione, di distribuzione territoriale dell'offerta e di servizio.

Nel quadro di questi principi e nel rafforzamento degli assetti di specializzazione multipolare dell'offerta di alta formazione, per la centralità che l'alta formazione socio-bio-medica rappresenta nel catalogo degli atenei piemontesi, la Regione promuove un progetto speciale di alta formazione sotto la regia regionale, con l'auspicabile coinvolgimento degli altri attori istituzionali pubblici e privati tra cui le fondazioni di origine bancaria in primo luogo, secondo i criteri di programmazione interateneo, per la sperimentazione di un ospedale di insegnamento misto università-ospedale pubblico secondo un modello diverso ed innovativo di conduzione dell'insegnamento, della ricerca, dell'assistenza con l'obiettivo di essere esportabile e ripetibile.

E' l'ospedale d'insegnamento il soggetto promotore di una nuova offerta formativa per il territorio sia nelle figure a competenze più marcatamente tecnico-cliniche-

assistenziali, sia per quelle che integrano sul nocciolo delle competenze mediche contenuti a carattere gestionale e di integrazione di processi complessi sul territorio, figura essenziale nel ridisegno degli assetti dei sistemi di salute evoluti e indispensabile ai fini della realizzazione del sistema socio-sanitario integrato.

Nell'ottica del sistema socio-sanitario integrato, in questa sede si propone la sperimentazione di un nuovo percorso formativo in cui la formazione, la pratica di ricerca e di assistenza dovrebbero essere non solo interessati ad un approccio biologico e tecnologico se pure fondamentali, ma anche ispirati ai principi di:

- sostenibilità finanziaria del sistema;
- ricerca continua dell'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale;
- miglioramento continuo di qualità attraverso il ciclo di analisi, progettazione, realizzazione, verifica, nuova analisi;
- integrazione tra elementi universitari ed ospedalieri come facenti parti del medesimo sistema;
- integrazione con il sistema sanitario pubblico territoriale, rete della quale l'ospedale di insegnamento dovrebbe costituire un nodo strategico in relazione agli orientamenti ormai condivisi che vedono nell'integrazione socio-sanitaria uno degli elementi fondamentali della sostenibilità del sistema di welfare a medio lungo termine.

Le conflittualità e le inerzialità esistenti, peraltro motore rilevante di costi impropri, si rivelano difficilmente risolvibili mantenendosi entro lo schema classico delle due realtà da integrare senza definire le premesse e le condizioni per un rilancio dell'accordo che guardi a orizzonti e terreni nuovi di sperimentazione.

Gli "ospedali d'insegnamento" o le "alte scuole per la salute" traggono ad un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza per il territorio che presuppone non l'omologazione dell'ospedale all'università o viceversa, ma un approccio integrato di assistenza, didattica e ricerca anche ai fini dell'economicità complessiva del sistema.

Poiché ad oggi non esistono in Italia sperimentazioni di rilievo in tal senso, il Piemonte potrebbe costituire una palestra e un micro-modello di sperimentazione gestionale sulla sostenibilità economico-finanziaria del sistema.

La revisione del Protocollo di Intesa regionale Università-Regione, in termini giuridici e di allocazione delle risorse, anche in base all'autonomia e alla parziale discrezionalità offerta dalla riforma del titolo quinto della costituzione, deve costituire la priorità nell'ambito del ripensamento dei rapporti tra le due istituzioni.

L'adeguamento delle competenze della struttura professionale del sistema salute è uno degli aspetti più precari e rispetto cui il Piemonte sconta un grave ritardo nell'iniziativa. La formazione e in particolare l'elevamento medio dei livelli di

competenza è una delle condizioni essenziali per la realizzazione del cambiamento organizzativo, dei comportamenti di cura e assistenza, per il raggiungimento degli obiettivi di qualità di efficacia e di efficienza che sono alla base delle linee di Piano.

I passi per garantire un'azione sistematica sul piano dell'apprendimento continuo sono:

- o la definizione di un sistema, di perimetro e di regia regionali, per la formazione continua in sanità fondato sull'integrazione funzionale tra le ASR ed i presidi del SSR, gli atenei piemontesi, gli IRCCS, l'IZS e l'ARESS;
- o la definizione di bisogni formativi in base alle esigenze manifestate dai soggetti che costituiscono il sistema e dalle rappresentanze delle categorie e dei gruppi professionali interessati, in rapporto alla sua evoluzione, ai trend relativi al suo funzionamento efficace e al suo sviluppo sono il presupposto per il piano di formazione continua per il sistema salute piemontese;
- o l'accreditamento ECM in funzione delle priorità regionali, in relazione con la struttura delle competenze individuabili disponibili, in accordo con il sistema dell'offerta formativa, con particolare riferimento a quella garantita dal sistema universitario;
- o la messa a punto degli strumenti web based e tradizionali per le azioni governate di formazione informazione sul sistema;
- o la realizzazione di un sistema per la valutazione dell'impatto e dei risultati degli interventi di formazione attraverso il coinvolgimento attivo dei soggetti destinatari degli interventi stessi.

1.10. UN NUOVO PARADIGMA ORGANIZZATIVO: I PARCHI DELLA SALUTE

Vi sono in Piemonte due ospedali, l'ASO San Giovanni Battista di Torino e l'ASO di Novara, che richiedono a tempi brevi un radicale rinnovamento strutturale e possono consentire per le loro caratteristiche di affrontare un nuovo modello organizzativo in sanità ed essere l'occasione per la nascita di due Parchi della Salute, punti cardine di una nuova filiera-salute piemontese.

Si tratta in entrambi i casi di ricollocare in una nuova struttura attività sanitarie di elevata professionalità e complessità organizzativa, attività di didattica e di ricerca proprie delle due università che hanno sede nei suddetti ospedali, con relativi campus residenziali per studenti e per ricercatori ospiti e strutture per alloggiare pazienti che provengano da località lontane nei momenti pre e post ricovero ed i loro parenti per tutta la durata dei trattamenti.

La concentrazione di queste importanti attività di assistenza, insegnamento e ricerca, il grande bacino di utenza prevedibile, l'esistenza di valide infrastrutture possono costituire la leva per insediamenti ad alto contenuto tecnologico e una spinta agli spin-off per quei settori in cui vi è maggiore competenza in Piemonte: tecnologia e ingegneria applicata alla salute, biogenomica, scienza dei materiali ed informatica.

Il modello del Parco della Salute costituisce dunque un'occasione di sviluppo economico per l'area torinese e novarese, è in grado di attrarre investimenti pubblici e privati, può far crescere nuovi servizi a disposizione dei due territori con ricadute occupazionali dirette ed indirette, valorizzando il ruolo di innovativa ricerca ed alta formazione che può essere garantito da una virtuosa integrazione tra le strutture universitarie ed ospedaliere.

Lo sviluppo contemporaneo dei due progetti consente una sperimentazione coordinata di nuovi modelli organizzativi interni alle strutture; una migliore integrazione con la rete ospedaliera ed i servizi territoriali; un'occasione, anche attraverso una corretta competizione di mercato, per l'incubazione e l'insediamento di imprese stimolate dalla scelta del settore di ricerca offerto dai due presidi ospedalieri; una possibilità di integrazione tra pubblico e privato, sistemi finanziari ed assicurativi, fondazioni bancarie in due aree piemontesi con consolidate, ma diverse, esperienze in questo campo.

Il modello sarà quello di un ospedale plurispecialistico capace di fornire interventi sanitari di elevata complessità, dotato dei moderni strumenti tecnologici richiesti con standard di edilizia avanzati e attenti anche agli aspetti alberghieri, attrezzato con moderne aule per la didattica, rivolta sia ai medici, sia a tutti gli altri operatori sanitari.

Si prevede che sia affiancato da un'area destinata al campus universitario e da un'area, estendibile nel tempo in base alle capacità attrattive d'investimenti che il Parco saprà realizzare, in cui insediare le imprese, anche con l'intenzione di posizionare i due progetti su networks internazionali, capaci di portare ad investimenti dall'estero.

La scelta tipologica dei due ospedali e delle rispettive aree per i Parchi della Salute ad essi collegati, la loro integrazione con la rete ospedaliera del Piemonte, l'individuazione delle competenze professionali, organizzative e finanziarie adeguate rientrano tra gli obiettivi prioritari del Piano.

Il modello sopra descritto, che prevede una forte integrazione tra attività di assistenza, di didattica, di ricerca e di incubazione di impresa, potrà realizzarsi anche in altre aree della Regione, valorizzando le esperienze e le potenzialità presenti nelle aziende sanitarie regionali e nelle università del Piemonte, e potrà essere adottato con un approccio di natura specialistica, in primo luogo ad Alessandria per la realizzazione tra salute e materiali e per la prevenzione dei problemi di salute a preminente origine ambientale e, a Verduno, per la relazione tra salute e alimentazione.

CAPITOLO 2

IL GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Premessa

Gli effetti del federalismo in sanità

La responsabilizzazione delle Regioni in ordine al perseguimento dei LEA ed al rispetto dell'equilibrio della gestione prevista dal d.lgs. 56/2000 è stata puntualmente regolata nelle successive leggi finanziarie e nelle intese Stato–Regioni del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001. La regolazione ha infine avuto una nuova e incisiva definizione nell'Intesa del 23 marzo 2005 relativa al triennio 2005–2007 e nel nuovo patto sulla salute (Intesa del 5 ottobre 2006).

Tali regole hanno sostanzialmente richiesto alle Regioni la revisione del sistema di governo dei SSR, al fine di perseguire due distinti equilibri:

- tra domanda attesa (ovvero la garanzia del perseguimento dei LEA) e domanda effettiva, in termini quali-quantitativi (composizione e livello);
- tra finanziamento, globale e settoriale, e costo dei servizi acquistati da terzi fornitori o prodotti direttamente dalle aziende sanitarie regionali.

La revisione del sistema di governo ha portato tutte le Regioni a riconsiderare le modalità di attuazione di tre prospettive di riforma del SSN delineate dal d.lgs. 502/1992:

- l'introduzione di logiche di mercato nel SSN;
- il ruolo delle regioni nel SSN;
- il processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche, territoriali ed ospedaliere.

I limiti del mercato in sanità

L'introduzione di logiche di mercato nel SSN è avvenuta senza tenere conto delle caratteristiche della sanità:

- domanda in costante crescita per effetto dell'evoluzione dei bisogni reali (invecchiamento della popolazione), di quelli percepiti (maggiore importanza data alla condizione di benessere), dell'innovazione tecnologica. In presenza di un terzo pagatore, la domanda non trova un limite a livello individuale e deve pertanto essere regolata dal sistema, al fine di garantire che la domanda effettiva sia coerente con quella attesa, sviluppando le prestazioni insufficienti e contenendo quelle inappropriate;
- domanda mediata da professionisti che in molti casi rivestono il duplice ruolo di "agente" del cittadino e di fornitore dei servizi e delle prestazioni; domanda che sconta la cosiddetta "ignoranza" del consumatore e che, per effetto di tali fattori,

non può essere di per sé considerata come scelta del produttore di migliore qualità ed efficienza. Tale caratteristica impone che il SSR svolga un ruolo di regolazione della doppia funzione dei medici "agenti" e "fornitori" e di controllo della appropriatezza delle prescrizioni;

- domanda condizionata dai comportamenti dei soggetti erogatori, nella scelta della risposta ad un bisogno di salute, in presenza di più alternative a parità di risultato (ad esempio, nell'offrire una risposta ambulatoriale o degenziale diurna o degenziale ordinaria), e nell'induzione della domanda (indiretta, in presenza della regolamentazione della pubblicità in campo sanitario).

Il rafforzamento del ruolo delle regioni

Il ruolo delle regioni, talora individuato come di "regolazione" del sistema, in posizione quasi di terzietà nei confronti dei soggetti operanti nel sistema stesso (pubblici e privati, acquirenti e produttori), non ha tenuto conto delle responsabilità regionali in ordine all'equilibrio generale del sistema (di cui le regioni rispondono di fronte ai cittadini e che devono reperire le risorse necessarie per coprire gli eventuali disavanzi di sistema) e all'equilibrio gestionale delle aziende sanitarie regionali (di cui costituiscono l'azionista unico).

Pertanto il ruolo delle regioni sta evolvendo, in modo più o meno esplicito, verso logiche di capo-gruppo, mediante:

- il governo dei rapporti con le aziende sanitarie, che richiede una revisione del ruolo regionale e di quello delle aziende. In particolare il governo regionale delle aziende richiede la puntuale definizione dei loro obiettivi assistenziali e del rispetto dell'equilibrio economico (o del rispetto del piano di rientro dal disavanzo), complessivo e per macroarticolazioni organizzative, passando dalla logica delle regole, dei divieti e delle autorizzazioni (*government*) a quella della costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche scelte (*governance*);
- il governo dei rapporti con i soggetti che operano nel SSR: le organizzazioni sindacali del personale dipendente e convenzionato e le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati;
- il governo dei rapporti con le associazioni rappresentative dei fornitori di beni e servizi;
- il governo dei rapporti con le istituzioni interessate che hanno un ruolo nel SSR: gli enti locali, nella funzione di espressione collettiva dei bisogni sanitari e di responsabili di aree affini e complementari nelle politiche per la salute;
- il governo dei rapporti con gli altri soggetti interessati: le università, nelle varie forme di contributo dato allo sviluppo della ricerca e delle funzioni assistenziali; le fondazioni bancarie, per il contributo che possono dare sia in termini di progettualità che di investimento in progetti innovativi;

- il rapporto privilegiato con le associazioni degli utenti, gli organismi del volontariato, della promozione sociale e del privato sociale, che possono attivamente concorrere al ruolo di governo e all'offerta.

Il ripensamento del processo di aziendalizzazione

Il processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche deve essere:

- coerente con la loro finalità istituzionale, ovvero garantire il perseguimento dei livelli assistenziali; pertanto l'equilibrio di bilancio non è un obiettivo, ma un vincolo;
- coerente con l'appartenenza ad un gruppo, a due livelli:
 - rispetto alla Regione, l'autonomia delle aziende sanitarie, in ultimo definita dal d.lgs. 229/1999 "autonomia imprenditoriale", deve essere intesa nell'organizzazione dei processi assistenziali (come fare), nell'ambito della missione definita dalla programmazione regionale, in coerenza con le linee guida definite nell'ambito della funzione di capo gruppo (ovviamente con la partecipazione delle aziende) e con il rispetto dei vincoli di bilancio;
 - rispetto alle altre aziende sanitarie, l'autonomia delle aziende sanitarie deve essere intesa in coerenza con l'organizzazione a rete di tutti i servizi, sanitari, amministrativi e di supporto.

2.1. L'ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEL GOVERNO DEL SSR

Il quadro di riferimento

L'assetto istituzionale ed organizzativo del SSN a livello regionale è in fase di profonda evoluzione, facilitata dalla revisione del titolo V della Costituzione.

Le principali tendenze evolutive che si riscontrano sono:

- la tendenziale riduzione del numero delle aziende sanitarie, tenendo conto delle esigenze del territorio;
- lo sviluppo di aggregazioni sovra-aziendali, in forma più o meno strutturata;
- lo sviluppo del coinvolgimento degli enti locali e dei portatori di interesse (università, organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale, associazioni rappresentative delle professioni, degli utenti, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale - volontariato, promozione sociale e privato sociale -, dei fornitori di servizi sanitari, dei fornitori di beni e servizi intermedi ed altri), con varie modalità;
- la centralità crescente delle politiche di integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo delle sperimentazioni gestionali.

I problemi

I rapporti tra Regione, enti locali ed aziende sanitarie presentano i seguenti problemi:

- l'azione della Regione è condizionata dai limiti organizzativi (il modello organizzativo regionale non tiene ancora conto della dimensione funzionale ed economica del SSR), da un approccio talora burocratico (nella prospettiva del *government* invece che della *governance*) e dal numero delle aziende sanitarie (che rende problematico il rapporto con la singola azienda);
- l'azione delle aziende sanitarie presenta evidenti ambivalenze, tra ricerca dell'autonomia (nelle scelte organizzative) e ricerca della "copertura" regionale (nelle conseguenze economiche delle scelte organizzative);
- i rapporti tra le aziende sanitarie sono poco strutturati e sviluppati; il sistema del coordinamento di quadrante ha prodotto risultati inferiori alle attese, in mancanza di una scelta organizzativa chiara, che tenesse conto dei modelli già sperimentati in altre regioni; i rapporti convenzionali tra le aziende sono occasionali e non organici;
- i rapporti tra le aziende sanitarie e le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo non tengono nel debito conto il ruolo di tali soggetti nel SSN previsto dall'articolo 1, comma 18, del d.lgs. 502/1992;
- i rapporti tra le aziende sanitarie e i soggetti erogatori privati sono poco strutturati e, pertanto, con limitate forme di collaborazione programmata;
- l'azione delle aziende sanitarie presenta talora limiti qualitativi sia nel governo clinico, con conseguente demotivazione degli operatori, sia nel governo economico;
- la configurazione della rete dell'offerta non garantisce l'esigibilità dei LEA in modo adeguato sull'intero territorio regionale;
- complessivamente occorre migliorare la capacità di esercitare il governo del SSR e di dare conto (*accountability*) delle funzioni svolte e dell'equilibrio tra risorse destinate al SSR e risultati conseguiti.

Le azioni

A livello regionale:

- definizione a livello di Giunta regionale di modalità interassessorili e interdirezionali per la programmazione e valutazione delle iniziative che hanno attinenza con la tutela della salute;
- riorganizzazione dell'Assessorato, in particolare per quanto riguarda i rapporti con le aziende sanitarie regionali e con i soggetti erogatori privati;
- riorganizzazione dell'ARESS che, quale ente strumentale della Regione Piemonte, dovrà sviluppare le funzioni indicate nell'articolo 4 della legge istitutiva e che verranno precisate annualmente nei Piani di attività che verranno approvati dalla Giunta regionale;

- potenziamento del rapporto con gli enti locali nelle scelte di piano, in termini di perseguimento dei LEA e di rete delle strutture di offerta necessaria per garantire il perseguimento dei LEA e compatibile con le risorse disponibili. Ciò può avvenire organizzando la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria per aree sub-regionali, evitando di scaricare sul livello aziendale le scelte di rete che competono alla capo-gruppo.

A livello sovra-aziendale:

- il superamento delle funzioni programmatiche dei quadranti, anche in relazione alla prevista ridefinizione degli ambiti territoriali delle ASL, e la assegnazione di compiti gestionali interaziendali a unità funzionali sovrazionali da definire;
- sviluppo del coordinamento funzionale delle aziende, mediante lo strumento delle reti (per aree di problemi, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'adozione di percorsi assistenziali condivisi) e degli accordi generali (in particolare tra ASL ed ASO, al fine di garantire il controllo nei livelli di domanda e di integrare le rispettive attività);
- sviluppo delle attività amministrative e di supporto integrate, al fine di migliorare la specializzazione funzionale e di perseguire economie di scala.

A livello aziendale:

- nelle ASL:
 - distinzione della funzione di tutela e di committenza dalla funzione di produzione ed erogazione, perseguendo l'equilibrio economico gestionale di entrambe le funzioni;
 - rafforzamento della funzione di tutela e di committenza, a livello aziendale e distrettuale; per il coordinamento delle due funzioni sarà previsto dalle linee guida per la revisione degli atti aziendali un comitato composto dai direttori aziendali (generale, sanitario e amministrativo) e dai responsabili delle macro-articolazioni funzionali;
 - rafforzamento del governo clinico, con apposite commissioni a livello territoriale ed ospedaliero;
 - previsione di sedute del collegio di direzione con la partecipazione dei coordinatori delle commissioni per il governo clinico;
 - previsione a livello distrettuale di un tavolo di confronto tra la direzione distrettuale (direttore e ufficio di coordinamento) e gli enti gestori delle attività socio-assistenziali;
- in tutte le aziende sanitarie, rafforzamento degli strumenti di integrazione del governo sanitario e di quello economico:
 - previsione nell'ambito degli uffici di staff della direzione della prevenzione, accanto alle attuali funzioni (organizzazione e sviluppo delle risorse umane, programmazione e controllo ed altre), della promozione della salute e del

coordinamento delle politiche per la salute (epidemiologia, profili di salute e piani per la salute);

- previsione del coinvolgimento del collegio di direzione nel governo complessivo dell'azienda, in particolare con riferimento agli strumenti di programmazione e controllo (bilancio e piano di attività, preventivi e consuntivi, piano di rientro ed altri).

A livello di sistema:

- perfezionare il sistema di allocazione delle risorse disponibili, individuando in modo più puntuale le differenze territoriali in termini di bisogni, i vincoli posti dalle caratteristiche del territorio servito (diseconomie di scala) e integrando i criteri di equità nella allocazione delle risorse con la valutazione della capacità di rispondere ai bisogni;
- razionalizzare il sistema di offerta, nella logica della rete integrata, individuando per le diverse funzioni le soglie dimensionali idonee a garantire l'accessibilità (in tempi predefiniti), la qualità delle prestazioni erogate e l'efficienza gestionale;
- monitorare il sistema di remunerazione, tariffario e per funzioni, al fine di garantire l'equilibrio economico della gestione e di evitare comportamenti opportunistici;
- migliorare la politica delle risorse umane, sia per gli aspetti normo-contrattuali (al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dai contratti e dalle convenzioni nazionali) sia per l'aspetto della qualificazione degli operatori (finalizzando l'aggiornamento professionale e, ove del caso, sviluppando le opportunità di ricerca sia di tipo clinico sia organizzativo);
- razionalizzare l'acquisto di beni e servizi intermedi, con l'adozione di repertori condivisi dei beni e dei servizi da acquisire, lo sviluppo di acquisti sovra-aziendali e il controllo dell'impatto dell'innovazione tecnologica e delle esternalizzazioni;
- sviluppare la politica dell'innovazione tecnologica, al fine di governare il suo impatto sulla gestione dei servizi;
- riordinare le attività sanitarie, nella logica della organizzazione per processi;
- riordinare le attività amministrative e strumentali non sanitarie, nella logica del fornitore interno anche sovraziendale, ricercando livelli di esercizio che consentano lo sviluppo delle professionalità e le economie di scala.

2.2. L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI

Il quadro di riferimento

L'allocazione delle risorse economiche deve essere collocata nel processo di pianificazione e controllo:

- tenere conto delle scelte di Piano (ovvero essere coerente con le politiche di sviluppo del SSR) e del contesto in cui si collocano (ovvero dello stato attuale del SSR in termini di rete e di costi);
- bilanciare l'approccio dell'equità (non assoluta ma relativa: pari risorse a parità di bisogni) con l'approccio della responsabilizzazione (stimolando e premiando i comportamenti virtuosi).

Le politiche allocative delle risorse economiche rappresentano uno degli strumenti di governo del SSR; sono condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo differenziale delle varie funzioni sanitarie, che richiede politiche di investimento, politiche del personale ed altro.

L'allocazione delle risorse assume particolare rilevanza nel rapporto tra la Regione e le aziende sanitarie ma anche, all'interno delle aziende, tra le macro-articolazioni funzionali (prevenzione, assistenza distrettuale ed ospedaliera) e tra i dipartimenti.

Le scelte che si pongono in ordine alla allocazione delle risorse disponibili sono di due tipi:

- l'allocazione funzionale;
- l'allocazione territoriale.

L'allocazione funzionale deve essere:

- coerente con gli obiettivi generali di piano, ovvero con lo sviluppo della prevenzione e dell'assistenza distrettuale ed il contenimento dell'assistenza ospedaliera;
- compatibile con i vincoli posti dalla spesa storica, che possono essere superati in un arco temporale pluriennale.

L'allocazione territoriale deve tenere conto dei determinanti del ricorso alle prestazioni sanitarie:

- i determinanti della domanda individuale (stato di salute effettivo e percepito, condizioni socio-economiche ed altro);
- il comportamento dei medici prescrittori;
- i determinanti ambientali (dispersione della popolazione, sistema dei trasporti ed altro);
- il sistema dell'offerta (gamma, dimensione ed accessibilità dei servizi).

I problemi

Relativamente all'allocazione funzionale i principali problemi da affrontare nell'arco del triennio sono i seguenti:

- definire i determinanti della domanda di prestazioni da considerare nel processo di allocazione delle risorse;
- diminuire la distanza tra l'allocazione teorica e quella effettiva;
- tenere conto dell'evoluzione della tipologia dei servizi, con il crescente spostamento di attività dal settore ospedaliero a quello territoriale e della prevenzione;
- tenere conto del fatto che l'incidenza delle tre macro-articolazioni funzionali dipende non solo dal loro rispettivo sviluppo ma, anche, da fattori non strettamente connessi al livello dei servizi (ad esempio, la spesa distrettuale può diminuire per effetto della politica del farmaco mentre la spesa ospedaliera può aumentare per effetto dei rinnovi contrattuali del personale dipendente, che incidono particolarmente in tale settore).

Relativamente all'allocazione territoriale, i problemi principali da affrontare nell'arco del triennio sono i seguenti:

- definire quali determinanti della domanda considerare degni di considerazione e quale peso dare loro nella formula allocativa;
- definire quale peso dare ai vincoli strutturali non superabili nel breve periodo;
- regolare l'impatto della formula allocativa nelle specifiche realtà territoriali.

Infine, a livello di allocazione delle risorse nell'ambito delle aziende, i principali problemi sono:

- la scarsa attenzione al tema delle scelte allocative, solo in parte giustificata dai vincoli della spesa storica;
- la scarsa partecipazione della dirigenza aziendale nelle scelte allocative.

Le azioni

Costituisce obiettivo di piano lo sviluppo di un sistema di allocazione funzionale e territoriale delle risorse che definisca le risorse necessarie per le singole macro o micro-funzioni, in base alle diverse caratteristiche, con le seguenti modalità:

- ponga a base del processo gli obiettivi assistenziali: livelli assistenziali attesi (prestazioni definite in termini quali-quantitativi), medi e con il relativo intervallo di variabilità in base a due criteri:
 - variabilità attesa di domanda, in base ai determinanti ritenuti degni di apprezzamento positivo;
 - variabilità di sistema di risposta al bisogno (ad esempio, con riferimento alle politiche rivolte alla popolazione anziana, considerando in modo integrato quelle domiciliari, semi-residenziali e residenziali, la cui composizione può variare nei diversi contesti territoriali);
- stimi i costi relativi mediante il sistema di remunerazione in vigore e, ove non disponibile, mediante idonee misure proxy;

- stimi i maggiori costi che possono derivare da variabili di sistema (caratteristiche del territorio servito, diseconomie di scala necessarie e programmate ed altro);
- garantisca l'equilibrio complessivo del sistema; ciò comporta di adottare la logica della compensazione (la crescita di una funzione deve essere compensata dalla riduzione di un'altra funzione);
- preveda la gestione del sistema rispetto ai vincoli posti dalla spesa storica, che possono essere superati in un arco temporale pluriennale;
- preveda i maggiori costi delle fasi di trasformazione, che registrano ancora i costi dei servizi in riduzione insieme con i costi dei nuovi servizi.

A livello aziendale costituisce obiettivo di piano:

- per le ASL, lo sviluppo delle scelte allocative di tipo funzionale e territoriale, partendo dalla allocazione funzionale regionale, coinvolgendo nel processo il collegio di direzione, con l'obiettivo di assegnare le risorse alle tre macro-articolazioni funzionali (prevenzione, assistenza distrettuale ed ospedaliera) e, successivamente, alle loro articolazioni operative e/o territoriali;
- per tutte le aziende sanitarie, coordinare l'assegnazione del budget con la determinazione degli obiettivi.

2.3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Il quadro di riferimento

Il governo della domanda di servizi e prestazioni rimanda al problema del rapporto tra LEA attesi ed effettivi e comporta la (progressiva) determinazione del livello quantitativo dei LEA e delle condizioni di appropriatezza di ricorso ai servizi e di erogazione delle prestazioni. Tale azione deve riguardare tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e coinvolge la responsabilità di tutti gli attori del sistema:

- gli utenti, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso diretto alle prestazioni (nei casi in cui l'accesso non è mediato dal medico prescrittore). All'opposto in taluni casi vi è una domanda inferiore al livello desiderato, per effetto della carenza di offerta (l'assenza di servizi o la presenza di liste di attesa riduce in modo non appropriato la domanda di prestazioni);
- i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza;
- i soggetti erogatori. Lo sviluppo di una capacità produttiva in esubero rispetto al bisogno non produce la selezione del migliore produttore (in termini di qualità e di efficienza) ma l'induzione di domanda inappropriata. Tale situazione è comprovata dalla variabilità nel ricorso alle prestazioni correlata alla rete di offerta. Tale situazione comporta il ridimensionamento della capacità produttiva nella dimensione necessaria per rispondere alla domanda appropriata. In merito si rinvia a: "Il sistema di offerta", paragrafo 4.

Infine il livello della domanda è condizionato dall'organizzazione delle attività sanitarie, sovente parcellizzato per effetto della crescente specializzazione delle attività sanitarie e della articolazione delle prestazioni su più soggetti erogatori. Nel secondo caso l'articolazione del processo assistenziale su più soggetti erogatori provoca aumenti di prestazioni (non solo per sequenze diagnostiche non corrette ma, anche, per la tendenza di ogni soggetto a massimizzare la resa del proprio segmento del percorso assistenziale).

I problemi

La domanda di prestazioni sanitarie in Piemonte, a livello complessivo, non presenta situazioni particolarmente rilevanti:

- il tasso di ospedalizzazione è poco superiore all'obiettivo nazionale;
- il consumo di farmaci si pone a livello nazionale sui livelli più bassi;
- le attività territoriali (ADI, residenzialità socio-sanitaria ed altre) si pongono sui livelli medi delle regioni del nord Italia ma inferiori al bisogno espresso e latente.

I problemi si pongono a livello di singole prestazioni ed in alcune aree territoriali:

- tassi di ospedalizzazione eccessivi per alcuni DRG, in particolare nelle aree territoriali con eccesso di offerta;
- liste di attesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali superiori alle soglie previste in alcune aree territoriali;
- liste di attesa per residenzialità socio-sanitaria ancora rilevanti nell'area metropolitana.

Infine la domanda risente di due carenze organizzative di sistema:

- rapporto con i MMG/PLS da migliorare, specialmente nelle aree urbane;
- scarso sviluppo di percorsi assistenziali condivisi;
- scarso sviluppo dei rapporti tra i soggetti erogatori finalizzati a garantire la continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente dei vari segmenti per percorso assistenziale.

Le azioni

A livello regionale:

- confronto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale, per migliorare l'appropriatezza della domanda e per monitorare i problemi di accesso ai servizi;
- obiettivi per i direttori generali per sviluppare i percorsi assistenziali, adeguare l'offerta per i LEA sottosviluppati, contenere la domanda a rischio di inappropriatezza;

- contrattazione regionale relativa al personale dipendente e convenzionato finalizzata al miglioramento del perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e dei LEA;
- contrattazione regionale con le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, finalizzata ad indirizzare la loro attività verso le prestazioni non completamente coperte dalla rete pubblica;
- indirizzi ai direttori generali per l'assegnazione all'interno delle aziende sanitarie di obiettivi di sviluppo delle prestazioni ora carenti e di contenimento delle prestazioni ora in esubero;
- campagne informative regionali sul corretto ricorso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie;
- creazione di un punto di ascolto della voce degli utenti e delle loro organizzazioni rappresentative, al fine di raccogliere informazioni sulla percezione delle attese nei confronti del SSR e dello scarto tra attese e servizi resi.

A livello aziendale:

- contrattazione relativa al personale dipendente e convenzionato coerente con gli obiettivi di controllo del livello quali-quantitativo della domanda e di sviluppo dei percorsi assistenziali;
- assegnazione ai direttori delle articolazioni organizzative di obiettivi coerenti con quelli aziendali;
- contrattazione con i soggetti erogatori per garantire la continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente di ogni segmento del percorso assistenziale;
- confronto, a livello aziendale e distrettuale, con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale per migliorare l'appropriatezza della domanda e l'accesso ai servizi;
- sviluppo a livello distrettuale dei servizi di accoglienza, ascolto e accompagnamento dei pazienti nei percorsi di diagnosi e cura.

2.4. IL SISTEMA DI OFFERTA

Il quadro di riferimento

Le azioni sul sistema di offerta richiedono la puntuale applicazione del sistema delineato dal d.lgs. 229/1999, che prevede interventi articolati su 4 livelli:

- autorizzazione alla costruzione di nuovi presidi, nei limiti del fabbisogno regionale e sub-regionale;
- autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, in base al possesso dei requisiti richiesti;

- accreditamento, ovvero abilitazione all'esercizio dell'attività sanitaria per conto del SSR sulla base del possesso di requisiti ulteriori, relativi alla verifica di funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale ed alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- accordi contrattuali, ovvero abilitazione all'esercizio dell'attività sanitaria per conto ed a carico del SSR.

I problemi

In Piemonte la regolamentazione dei rapporti con i soggetti erogatori definita dal d.lgs. 229/1999 è stata applicata in modo parziale.

Il processo di autorizzazione alla costruzione di nuovi presidi si è sviluppato senza un effettivo riscontro del fabbisogno a livello regionale. Tale situazione ha portato alla costruzione di nuovi presidi di difficile inserimento nella rete regionale.

L'accreditamento dei soggetti erogatori privati già autorizzati ed accreditati provvisoriamente si è sviluppato senza la valutazione della funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale; tale impostazione, pur in presenza di una contrazione della capacità produttiva del servizio pubblico, ha comportato lo sviluppo di una rete di servizi con le seguenti caratteristiche:

- una capacità produttiva eccedente il fabbisogno e distribuita nel territorio regionale in modo disomogeneo;
- una rete complessiva – pubblica e privata – con una duplicazione di servizi nella stessa area territoriale, non giustificata dal bacino di utenza, che induce un ricorso alle prestazioni superiore a quello atteso;
- una tipologia di strutture che non copre tutte le esigenze assistenziali, in particolar modo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali il sistema attuale prevede:

- la definizione a livello regionale, nell'ambito degli accordi contrattuali con le associazioni di categoria, del fabbisogno di assistenza specialistica ed ospedaliera tendenziale complessiva fornita dai soggetti erogatori privati. Tale definizione non è peraltro stata percepita dai soggetti erogatori come tetto quantitativo per l'acquisto di tali prestazioni;
- la definizione del fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da parte delle singole ASL, con l'articolazione del fabbisogno per singolo soggetto erogatore, pubblico e privato. Tale determinazione è avvenuta talora in termini non realistici, creando una tensione tra previsione ed effettivo ricorso ai servizi;
- la successiva negoziazione a livello di quadrante, che non si è sviluppata in modo completo e che, in ogni caso, non ha portato ad accordi contrattuali con i soggetti erogatori;

- un processo di negoziazione degli accordi contrattuali con le strutture socio-sanitarie da riesaminare.

Costituisce obiettivo prioritario la revisione del processo di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori, in termini coerenti con gli articoli 8 bis, 8-ter e 8-quater del d.lgs. 502/1992, con la conseguente revisione delle leggi regionali n. 5 e 55 del 1987.

Le azioni

Relativamente alla costruzione di nuovi presidi costituisce obiettivo di piano la revisione di tutti i progetti esistenti e non ancora formalmente autorizzati. Relativamente ai presidi ospedalieri l'autorizzazione alla costruzione di nuovi presidi sarà subordinata alla contestuale riduzione di analoga capacità produttiva nell'ambito della rete ospedaliera della ASL o dell'area di riferimento.

Per quanto attiene il processo di accreditamento dei soggetti erogatori privati – che coinvolge presidi già accreditati definitivamente, presidi in accreditamento provvisorio e presidi che richiedono la modifica della classificazione funzionale - fermi restando i processi già autorizzati, costituisce obiettivo di Piano:

- la distinzione, ai fini dell'inserimento nella rete dei presidi, tra i soggetti equiparati a quelli pubblici – istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di natura privata e presidi ex articolo 43 legge 833/1978 - e le case di cura private;
- il riesame di tutte le strutture al fine di valutare:
 - il perdurare dei requisiti richiesti;
 - l'attività svolta e i risultati conseguiti;
 - la funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Nel caso della richiesta di modifica della classificazione funzionale l'esame deve riguardare non solo la funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale ma anche la coerenza tra le funzioni svolte e la classificazione richiesta.

A tale fine la Regione, nell'arco del biennio 2007-2008, svilupperà una verifica di tutti i soggetti erogatori privati:

- direttamente, per i soggetti che erogano assistenza ospedaliera;
- tramite le ASL, per i restanti soggetti erogatori.

Per quanto attiene l'accredimento dei presidi pubblici costituisce obiettivo di piano lo sviluppo e il completamento del processo di accreditamento nel periodo di validità del Piano.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali costituisce obiettivo di piano la revisione del sistema in vigore, in base ai seguenti criteri:

- definizione a livello regionale e sub-regionale del fabbisogno per tipologia di prestazioni, con la relativa articolazione tra rete pubblica e privata, in base al principio della integrazione e cooperazione, al fine di evitare eccessi di capacità produttiva;
- negoziazione tra la Regione e le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, a livello regionale e di area sub-regionale, di accordi quadro tesi a definire il livello quali-quantitativo delle prestazioni necessarie;
- negoziazione tra le ASL e i singoli soggetti erogatori, nel quadro degli accordi regionali, per definire le prestazioni necessarie da acquisire, aumentare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire la continuità assistenziale tramite un attento controllo dei servizi erogati e la loro effettiva qualità.

Per quanto riguarda l'acquisizione dei servizi socio-sanitari le ASL utilizzeranno le procedure previste dall'articolo 31 della l.r. 1/2004 e dalla conseguente deliberazione applicativa e destineranno una quota degli affidamenti alle convenzioni di cui all'articolo 5 della legge 381/1991.

2.5. IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE

Il quadro di riferimento

Il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori è in fase di ripensamento a livello nazionale ed interregionale, da più punti di vista:

- l'impatto del sistema tariffario sullo sviluppo dell'offerta di prestazioni;
- l'impatto del sistema tariffario sulla mobilità sanitaria;
- l'utilizzo del sistema tariffario non solo per remunerare le prestazioni ma anche per incentivare/disincentivare le prestazioni in base al principio della appropriatezza;
- il rapporto tra sistema tariffario e remunerazione per funzioni;
- la valutazione dell'impatto del sistema tariffario sull'equilibrio economico del sistema.

I problemi

Il sistema tariffario relativo all'assistenza ospedaliera e specialistica definito dalla Regione Piemonte presenta i seguenti problemi applicativi:

- si colloca nella fascia alta, con tariffe talora superiori alla tariffa unica convenzionale utilizzata per la regolazione economica della mobilità sanitaria interregionale;
- risulta remunerativo non solo per i soggetti erogatori privati ma per i soggetti erogatori pubblici più efficienti;
- non risulta compiutamente adeguato per le aziende ospedaliere di maggiore complessità e/o specializzate;

- è squilibrato verso la componente tariffaria, con un limitato sviluppo del finanziamento per funzioni;
- in alcune aree non tiene conto del fatto che lo sviluppo della tecnologia sta comportando economie di gestione significative.

Per le altre prestazioni non esiste un vero e proprio sistema tariffario ma solo indirizzi di massima; pertanto le tariffe in vigore sono molto disomogenee.

Le azioni

L'indirizzo di Piano è di inserire il sistema tariffario in un quadro organico di strumenti – accreditamento, accordi contrattuali, remunerazione per funzioni – idoneo a garantire i seguenti risultati:

- sviluppare i percorsi assistenziali, evitando che il sistema tariffario induca comportamenti inappropriati nei singoli segmenti del percorso;
- indirizzare la produzione dei soggetti erogatori verso gli obiettivi assistenziali attesi;
- garantire l'equilibrio economico del sistema regionale.

Relativamente al sistema tariffario ospedaliero e per l'assistenza specialistica ambulatoriale l'obiettivo di piano è la migliore regolazione del sistema:

- a parità di qualità ed efficacia, privilegiare lo sviluppo di forme assistenziali a tariffa più bassa (ad esempio, sviluppando a livello ambulatoriale prestazioni ora rese in regime di ricovero diurno);
- sviluppare un sistema che aggregi le prestazioni in "pacchetti" assistenziali per problemi specifici;
- controllare i costi indotti dalla articolazione del percorso assistenziale tra più soggetti erogatori o, nell'ambito dello stesso soggetto erogatore, da diversi sistemi remunerativi (ad esempio, con il passaggio dalla tariffa forfettaria a quella pro die);
- riesaminare le tariffe nei casi in cui l'innovazione tecnologica ed organizzativa consenta economie gestionali;
- sviluppare la remunerazione per funzioni.

Costituisce altresì obiettivo di Piano la graduale estensione del sistema tariffario regionale alle prestazioni ora non previste.

2.6. LA POLITICA DELLE RISORSE UMANE

Il quadro di riferimento

Il ruolo determinante delle risorse umane nel SSR deriva da tre ordini di fattori:

- il rapporto diretto operatore – cittadino (nella valutazione della qualità del servizio reso da parte dell'utente prevale la valutazione sull'operatore rispetto a quella dell'organizzazione);
- la elevata professionalizzazione degli operatori (superiore solo nei settori della ricerca e della formazione);
- l'elevata incidenza del fattore lavoro sul costo complessivo.

Per questi motivi la politica del personale, sia esso dipendente o convenzionato, assume una notevole rilevanza nel governo del SSR, anche alla luce degli spazi di intervento consentiti dai nuovi accordi nazionali.

Nell'ambito della politica delle risorse umane assume un ruolo centrale la formazione di base e specialistica abilitante, in particolare per i percorsi formativi sanitari che si sviluppano con un rilevante ruolo dei servizi sanitari, e l'aggiornamento del personale in servizio, sia esso dipendente o convenzionato.

Per quanto riguarda l'aggiornamento il quadro di riferimento nazionale è costituito da due elementi fondanti:

- il programma nazionale per l'educazione continua in medicina (ECM), ora in fase di ripensamento e con il graduale passaggio della gestione alle Regioni;
- il "Piano Nazionale 2005-2007", allegato all'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 ma non ancora entrato nella fase operativa.

I problemi

I principali problemi che il SSR registra nella politica del personale sono:

- diffusa demotivazione degli operatori delle ASR, derivata sia dalle politiche nazionali (ritardo nei rinnovi contrattuali, incertezze sui finanziamenti ed altro) che da scelte regionali (sviluppo della sanità privata a danno di quella pubblica, scarsa chiarezza sugli indirizzi programmatici regionali ed altro) ed aziendali (scarso sviluppo del governo clinico, autoreferenzialità delle direzioni generali ed altro);
- gestione degli accordi nazionali e regionali a livello aziendale poco finalizzata al miglioramento dei servizi (in particolare, per il personale dipendente relativamente alla retribuzione di risultato, per il personale convenzionato relativamente alla retribuzione delle unità territoriali);
- sviluppo delle dotazioni organiche delle ASR in termini non coerenti con lo sviluppo delle attività (incremento o mantenimento delle dotazioni organiche in presenza di una contrazione dell'attività o della esternalizzazione di servizi, ovvero sottodimensionamento critico per la qualità delle prestazioni);
- fenomeni di assenteismo talora significativi e molto differenziati sul territorio regionale, in parte giustificati dalla non appropriata organizzazione del lavoro e da condizioni di lavoro non corrette;

- elevato ricorso al lavoro precario.

Per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento i principali problemi del SSR sono:

- mancata assunzione della gestione regionale del programma ECM, che, rispetto alla gestione nazionale, consente una migliore finalizzazione rispetto alle esigenze del SSR e presenta maggiori margini di flessibilità;
- scarso raccordo con l'Università, con gli ordini e collegi professionali e con le società scientifiche, al fine di elaborare politiche formative condivise;
- scarsa attenzione alle esigenze di aggiornamento, a livello regionale (carenza di programmazione) e aziendale.

In termini generali si può osservare che è mancata una vera e propria politica regionale del personale delle ASR, nella dimensione qualitativa e quantitativa richiesta dal ruolo di capo-gruppo.

Le azioni

Per porre rimedio ai problemi evidenziati costituisce obiettivo di piano lo sviluppo di una politica del personale con le seguenti caratteristiche:

- valorizzazione del ruolo dei dirigenti e di tutte le professioni socio-sanitarie, anche attraverso il loro apporto negli organi di governo regionali ed aziendali;
- valorizzazione di tutte le risorse umane e professionali attraverso lo sviluppo delle competenze e conoscenze e il loro coinvolgimento ai processi decisionali aziendali, in particolare nel governo clinico;
- applicazione della legge 251/2000, con lo sviluppo della responsabilizzazione delle professioni sanitarie nei processi decisionali;
- utilizzo degli accordi contrattuali nazionali e regionali per valorizzare l'apporto di tutti gli operatori al miglioramento del SSR, a partire dall'utilizzo più razionale della retribuzione di risultato. L'attività libero professionale intramoenia, nel rispetto della normativa vigente e degli obiettivi della programmazione regionale, va promossa e sviluppata favorendo le possibilità del suo esercizio e della concreta applicazione. In tale prospettiva costituisce obiettivo di piano il coordinamento regionale dell'utilizzo degli istituti contrattuali ed il riordino dell'organizzazione dei servizi di controllo interno/nuclei di valutazione;
- monitoraggio dell'organizzazione del lavoro e del "clima" aziendale e sviluppo di azioni tese a ridurre il fenomeno dell'assenteismo e altre distorsioni che si ripercuotono negativamente sulla qualità del servizio;
- controllo delle dotazioni organiche in rapporto allo sviluppo delle attività a gestione diretta ed alle esternalizzazioni;
- riduzione delle forme di precariato, in coerenza con gli indirizzi nazionali in materia;

- programmazione regionale delle attività di formazione ed aggiornamento del personale, con programmi articolati su base regionale, sub-regionale ed aziendale in base alle diverse esigenze;
- assunzione della gestione diretta a livello regionale del programma ECM;
- qualificazione ed innovazione delle professionalità dell'ambito sociale, attraverso la formazione (di base e continua) e la riqualificazione degli operatori sociali e socio-sanitari;
- sviluppo dell'ARESS per le funzioni tecniche e istruttorie per l'accreditamento dei soggetti e degli eventi di formazione.

2.7. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Il quadro di riferimento

Per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi, accanto agli interventi relativi alle risorse umane, occorre prevedere azioni tese a migliorare l'organizzazione delle attività siano esse finali, amministrative o di supporto.

Relativamente alle attività sanitarie le principali linee di tendenza prevedono:

- lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale;
- lo sviluppo dell'organizzazione per processi;
- l'attenzione all'innovazione tecnologica, al fine di evitare da un lato atteggiamenti culturali acritici e la posizione di dominanza dell'offerta rispetto alla domanda (ovvero valutando l'appropriatezza dell'innovazione tecnologica ed evitando il sorgere di conflitti di interesse), dall'altro l'ostacolo all'innovazione nei presidi pubblici per carenza di finanziamenti;
- l'articolazione dei servizi in rete.

I problemi

In questo campo i principali problemi riguardano:

- la valutazione delle attività, a causa della mancanza di organici progetti applicativi di medicina basata su prove di efficacia, della carenza di valutazioni sistematiche sulla appropriatezza e il grado di priorità delle attività sanitarie e dell'insufficiente raccordo della struttura organizzativa con gli obiettivi della programmazione sanitaria;
- i sistemi di valutazione della qualità sviluppati in un'ottica burocratica e formale, spesso eccessivamente ridondanti e afinalistici;
- lo sviluppo dell'innovazione tecnologica non programmato e pertanto disomogeneo sul territorio regionale;

- il sistema informativo, frammentato e scarsamente integrato, conseguenza di una ancora superficiale cultura della documentazione sanitaria delle attività e dell'uso dei dati nella programmazione;
- i temi dell'umanizzazione dei servizi, per la scarsa attenzione dedicata e la incapacità a coglierne l'importanza sotto il profilo della qualità, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale;
- l'organizzazione integrata dei servizi, anche su base dipartimentale, che è stata sviluppata in modo non completo, ovvero sfruttandone solo in parte le potenzialità;
- l'organizzazione per processi, sviluppata prevalentemente solo in modo sperimentale;
- l'organizzazione delle reti, che presenta ancora problemi in alcune aree territoriali e carenze per alcune funzioni;
- le sperimentazioni gestionali ex art. 9-*bis* del d.lgs. 502/1992 che sono in fase di valutazione regionale.

Le azioni

Per rispondere ai problemi indicati costituisce obiettivo di Piano:

- costruire un sistema organizzativo che sia funzionale all'adozione diffusa del metodo della programmazione, della scelta delle priorità sulla base dell'evidenza scientifica e della valutazione sistematica dell'appropriatezza;
- attuare la revisione degli scopi e delle modalità dei sistemi di valutazione della qualità, finalizzandoli al raggiungimento dei risultati assegnati dalla programmazione;
- attivare la funzione di valutazione delle tecnologie, nei termini già indicati nel capitolo 1, al fine di:
 - coordinare le iniziative di valutazione delle tecnologie già sviluppate in ambito regionale, nelle aziende sanitarie e nei centri di ricerca operanti nella Regione;
 - creare un collegamento con le principali agenzie di valutazione delle tecnologie operanti in Italia e nel mondo;
 - sviluppare un repertorio delle informazioni disponibili sia sulle tecnologie già in uso sia sulle nuove proposte;
 - predisporre linee guida relative all'utilizzo delle tecnologie già in uso e per le quali sussistono dubbi sull'appropriatezza dell'utilizzo ed all'introduzione di nuove tecnologie;
- costituire presso l'Assessorato una Commissione sulla politica del farmaco, con il compito di elaborare proposte per linee guida nei confronti delle aziende sanitarie e dei medici prescrittori;

- elaborare linee guida idonee ad evidenziare e limitare la presenza di conflitti di interesse in tutte le attività del servizio sanitario regionale;
- sviluppo di programmi di audit civico, al fine di valutare se l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie sono basate sul criterio della centralità del cittadino, anche attraverso l'attivazione di conferenze della cittadinanza attiva;
- integrazione e sviluppo del sistema informativo, con la finalità di supportare la programmazione e documentare le attività svolte;
- diffusione della cultura dell'umanizzazione dei servizi e dei diritti, anche di partecipazione, degli utenti realizzando sistemi organici di promozione e verifica di applicazione;
- sviluppo dell'organizzazione integrata dei servizi, anche su base dipartimentale, al fine di sfruttare in modo completo le potenzialità dello strumento;
- sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività;
- monitoraggio delle reti esistenti e l'estensione di tale modello organizzativo in altri ambiti identificati dalla programmazione regionale, sulla base delle evidenze epidemiologiche;
- monitoraggio delle sperimentazioni gestionali avviate e, ove valutate positivamente, messa a regime e l'estensione in altre realtà;
- studio e avvio di nuove sperimentazioni gestionali, con particolare riferimento a forme innovative di organizzazione delle attività distrettuali e di integrazione delle prestazioni.

2.8. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO

Il quadro di riferimento

Per migliorare la qualità e l'efficienza del SSR non è sufficiente investire nel miglioramento delle attività sanitarie finali ma occorre intervenire anche sulle attività amministrative e di supporto.

Le principali linee di tendenza prevedono:

- crescenti processi di esternalizzazione;
- gestioni sovra-aziendali;
- gestione a livello sovra-aziendale dei processi di acquisizione dei beni e servizi intermedi, come già indicato nel capitolo 1.

I problemi

In questo campo i problemi sono di vario genere:

- i processi di esternalizzazione:

- sono attivati per difficoltà nella gestione diretta e non per migliorare l'efficienza e la qualità dei processi stessi;
- sono valutati in modo parziale, con prevalente riferimento al rispetto delle clausole contrattuali, a prescindere dall'impatto sulla gestione delle attività sanitarie;
- le gestioni sovra-aziendali sono limitate;
- l'acquisizione di beni e servizi intermedi:
 - cresce con un tasso superiore a quello atteso a livello nazionale, in parte per l'evoluzione tecnologica, che non rende comparabili nel tempo i beni acquistati, anche se della stessa tipologia;
 - presenta condizioni di fornitura differenziate sul territorio regionale;
 - registra un ricorso marginale al mercato elettronico ed agli acquisti consortili che consentirebbero economie nelle procedure di acquisizione e nei prezzi di acquisto.

Le azioni

Per rispondere ai problemi indicati costituisce obiettivo di Piano:

- la realizzazione di un sistema di rendicontazioni amministrative finalizzato a documentare, all'insegna della trasparenza, i rapporti tra risorse, obiettivi e risultati;
- la promozione della logica dell'obiettivo e l'adozione di modelli di lavoro che richiedano la costante integrazione tra funzioni sanitarie e amministrative;
- lo sviluppo della valutazione ex ante ed ex post dei processi di esternalizzazione attraverso le seguenti azioni:
 - predisporre un repertorio delle esternalizzazioni in corso, nell'ambito dell'Osservatorio prezzi;
 - valutare le esternalizzazioni in corso più significative;
 - elaborare indirizzi e avvertenze per le aziende che intendono attivare nuovi processi di esternalizzazione;
- lo sviluppo delle gestioni sovra-aziendali sia in campo amministrativo sia delle attività di supporto in special modo per le aziende non coinvolte in processi di fusione;
- sviluppare il governo regionale degli acquisti di beni e servizi, prevedendo in tale ambito:
 - il monitoraggio del ricorso alle convenzioni Consip;
 - l'attivazione di gruppi di lavoro settoriali, per la definizione delle specifiche tecniche di beni e servizi di rilevante impatto organizzativo ed economico;

- il rilancio dell'Osservatorio regionale dei prezzi, al fine di rendere disponibile una banca dati di riferimento per le aziende sanitarie e di prezzari standard definiti a seguito di ricerche di mercato e di accordi quadro e di consentire il monitoraggio dei prezzi di acquisto e delle quantità acquistate;
- sviluppare il commercio elettronico, con un ruolo regionale di coordinamento, con l'affidamento operativo, per conto di tutto il sistema, alle aziende sanitarie regionali di volta in volta individuate in base alle specifiche competenze professionali ed esperienze nel settore;
- incentivare l'aggregazione delle aziende per lo sviluppo di acquisti consortili e di servizi economici e logistici consortili. In particolare, in ciascuna area funzionale sovrazonale, una ASR dovrà essere incaricata di compiere gli acquisti per l'intera area, per i beni definiti periodicamente dalla Regione, avvalendosi anche di personale distaccato dalle altre ASR e dotandosi di adeguati supporti amministrativi, tecnici e legali.

2.9. QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE

Una gestione da riequilibrare

La gestione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale dell'ultimo triennio presenta rilevanti perdite nette di esercizio:

- la gestione a tutto il 31 dicembre 2004 presenta un disavanzo complessivo, al lordo degli oneri contrattuali relativi a tali esercizi e delle poste non monetarie, pari a oltre 1 miliardo di euro; tale disavanzo, al netto delle poste non monetarie, e delle risorse integrative disposte dalle leggi 311/2004 e 266/2005 (leggi finanziarie 2005 e 2006), si riduce a 676 milioni di euro, coperti con l'operazione di finanza straordinaria prevista dalla finanziaria regionale 2006;
- la gestione 2005, che registra gli effetti della manovra di contenimento avviata nel corso dell'esercizio, presenta un disavanzo complessivo, al lordo degli oneri contrattuali relativi a tale esercizio ed al netto delle poste non monetarie, pari a 316 milioni di euro, coperti con stanziamenti a carico del bilancio regionale;
- la gestione 2006, che presenta un disavanzo complessivo, al lordo degli oneri contrattuali relativi a tale esercizio ed al netto delle poste non monetarie, pari a 330 milioni di euro, coperti con stanziamenti a carico del bilancio regionale.

Lo scenario del periodo di Piano

Le previsioni per il periodo di vigenza del PSSR sono condizionate da due ordini di fattori:

- la previsione del finanziamento è condizionata dalla stima nazionale del fabbisogno complessivo e dai criteri di riparto definiti a livello nazionale;

- la previsione dei costi è condizionata dagli interventi istituzionali, strutturali e organizzativi previsti dal PSSR;
- la quota indistinta lorda spettante alla Regione Piemonte per il 2007, in base a quanto concordato nella Conferenza dei Presidenti del 9 novembre 2006, ammonta a 7.168,5 milioni di euro; le quote del 2008 e del 2009 ammontano conseguentemente a 7.191,4 e 7.214,5 milioni di euro;
- i finanziamenti statali vincolati, che, nell'ultimo accertamento, ammontano a circa 113,1 milioni di euro; tale stanziamento può essere previsto costante nel triennio;
- i finanziamenti regionali integrativi per l'assistenza agli anziani;
- i finanziamenti regionali per i livelli assistenziali integrativi (i c.d. extra LEA), previsti nel 2006 nell'importo di 70,6 milioni di euro e nel 2007 di 80 milioni di euro.

Per quanto riguarda i costi:

- la previsione del costo del personale è condizionata dalla possibilità di perseguire le riduzioni quantitative previste dalla legge finanziaria 2007 e dall'impatto dei rinnovi contrattuali;
- la previsione del costo di acquisto di servizi sanitari da soggetti erogatori privati (assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, specialistica ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera, ospedaliera) è legata alla possibilità di controllo dell'evoluzione della domanda e all'obiettivo di contenimento delle liste di attesa che, nell'immediato, comporta un aumento della erogazione di servizi. Tenendo conto dell'obiettivo di perseguire pienamente i LEA in materia di assistenza ai disabili ed anziani e della tendenza di crescita dell'assistenza specialistica, per effetto della contrazione di quella ospedaliera, è necessario prevedere una evoluzione articolata per comparto e complessivamente stimabile nel 3-3,5% all'anno;
- la previsione del costo per l'acquisto di beni e servizi intermedi in presenza di un tasso tendenziale di crescita superiore al 6%, in particolare per effetto dell'evoluzione tecnologica, presuppone l'attivazione degli interventi di razionalizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi e di gestione dei servizi amministrativi e di supporto previsti dal PSSR.

In tale contesto è presumibile che il disallineamento tra costi e ricavi permanga nell'arco del triennio su valori gradualmente decrescenti; il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, mantenendo il finanziamento integrativo regionale per i livelli assistenziali integrativi, è legato al riordino istituzionale.

Per garantire il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario la Regione svilupperà l'azione di controllo della gestione delle ASR, con i seguenti obiettivi:

- valutare i costi della produzione articolati per funzioni rispetto al finanziamento assegnato ed ai livelli assistenziali assicurati alla propria popolazione;
- in tale ambito, valutare il mix di prestazioni prodotte direttamente ed acquisite da terzi soggetti erogatori rispetto agli indirizzi della programmazione regionale;
- valutare l'efficienza dei servizi a produzione diretta, con particolare riferimento ai fattori produttivi impiegati;
- sviluppare i confronti interaziendali mediante lo strumento del benchmarking.

CAPITOLO 3

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.1. I PROBLEMI DELLA PREVENZIONE

Il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione primaria presentano numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi:

- le risorse: nonostante le reiterate affermazioni di principio, e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure, le risorse destinate alle attività di prevenzione e promozione della salute non hanno ancora raggiunto i livelli indicati dalla programmazione nazionale;
- le disuguaglianze: in ambito nazionale, ma anche in quello regionale, seppur in minor misura, esistono importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute, sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei servizi di prevenzione;
- la frammentazione: nonostante l'esistenza del "dipartimento di prevenzione", le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione;
- lo stile di lavoro: il dipartimento di prevenzione, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi essenziale ai fini della definizione delle priorità operative. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno prodotto e consolidato importanti avanzamenti (miglioramento degli assetti organizzativi e programmatori, inclusa la capacità di controllo e dimostrazione degli interventi realizzati, realizzazione di progetti di lavoro coordinato, partecipazione a iniziative di ricerca, creazione di centri di riferimento, sviluppo di reti collaborative, ed altro). Tuttavia l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, non influenzano il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente;
- aspetti culturali: lo stato e l'evoluzione del sistema sanitario pubblico hanno creato un clima sempre meno favorevole alle attività di prevenzione,

soprattutto a quelle di prevenzione primaria e collettiva. Questo riflette una più generale temperie culturale e politica, secondo la quale, in nome di un presunto rispetto della libera determinazione dei singoli e di una discutibile, deliberata, riduzionistica concentrazione sulla tutela di valori afferenti prevalentemente alla sfera privata, ignora la promozione dei comportamenti che mantengono e proteggono la salute come fondamentale diritto collettivo. La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; richiede di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita: tutte scelte da riportare di attualità;

- lo stato delle conoscenze: al di là dell'ovvia e sempre più abusata affermazione del primato della prevenzione sulle cure, lo stato delle conoscenze scientifiche non ha molto aiutato lo sviluppo e l'affermarsi della prevenzione. Per la prevenzione primaria sono state trascurate le valutazioni costo-efficacia, le analisi del rischio e le possibilità di applicazione del principio di precauzione. Per altri ambiti della prevenzione la convenienza economica non è stata dimostrata che per un numero limitato di interventi. Inoltre, le dimostrazioni di efficacia sono state prodotte soprattutto per gli interventi a valenza individuale di prevenzione clinica (gli screening, i metodi per smettere di fumare, ed altro). Interi ambiti tradizionali di azione dei servizi di prevenzione non sono stati indagati a fondo e alcuni interventi innovativi si sono rivelati problematici quando non deludenti (come ad esempio alcuni interventi di educazione sanitaria che paiono incidere solo superficialmente sui comportamenti a rischio);
- il bisogno di prevenzione: i problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione. I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non) nella collaborazione con i quali gli attuali servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

3.2. QUALE PREVENZIONE

E' stato ampiamente chiarito, nella parte dedicata ai principi generali, che l'obiettivo principale del nuovo PSSR consisterà nel tutelare e promuovere la salute.

Per queste finalità le attività di prevenzione e promozione della salute dovranno essere potenziate e ri-organizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema dei servizi socio-sanitari.

Per consentire tale opera di potenziamento e ri-orientamento, il nuovo PSSR prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in due livelli:

1. le politiche per la salute, tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità;
2. gli interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), politicamente e professionalmente messi in atto per risolvere specifici problemi.

3.2.1 Politiche per la salute

Per dare concretezza ad una politica efficace di promozione della salute, è necessario ispirarsi ai principi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità proposti nei documenti "Salute 21", "Città Sane" e "Agenda 21": democrazia, intersettorialità, sostenibilità, corresponsabilità per la salute. In particolare con l'obiettivo 14 ("Responsabilità multisettoriale per la salute") contenuto in "Salute 21", l'OMS auspica che tutti i settori della società nel 2020 riconoscano ed accettino le loro responsabilità nel campo della salute: i dirigenti di tutti i settori dovrebbero prendere in considerazione i benefici provenienti da un investimento sulla salute nel loro specifico settore ed orientare politiche ed azioni in tal senso. Nel Progetto "Città Sane" e nel Progetto "Agenda 21" l'OMS focalizza in modo significativo il ruolo dell'ente locale: l'orientamento generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute è infatti quello di valorizzare il ruolo preminente degli enti locali (democrazia delegata), garantendo la partecipazione attiva della comunità ai processi decisionali (democrazia deliberativa, partecipativa) e riservando ai servizi sanitari le funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica. In questo quadro strategico si definisce pertanto, con sempre maggiore chiarezza, il peso crescente delle politiche amministrative, prima ancora di quelle sanitarie, ai fini dell'impatto sulla salute della comunità.

Il primo passo di un simile approccio globale e intersettoriale ai problemi della salute, fondato su un modello partecipativo e inclusivo, consiste nella stesura condivisa di un profilo di salute: una descrizione quantitativa e, soprattutto, qualitativa dello stato di salute del territorio considerato e dei suoi fattori di criticità, direttamente connessa alle funzioni di informazione e comunicazione del rischio, di selezione partecipata delle priorità e di valutazione di impatto degli interventi attuati. L'elaborazione del profilo di salute rappresenta infatti lo stimolo all'azione per gli amministratori ma anche per la popolazione: sulla base del profilo la comunità locale può essere in grado di pervenire alla progettazione coordinata di un piano di salute che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo sanitario, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche ed anche tecniche .

Si tratta di sviluppare, anche in Piemonte, un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali

sia collettive. Questa iniziativa passa attraverso un graduale recupero della dimensione "politica" e non riguarda ovviamente solo il sistema dei servizi socio-sanitari soprattutto territoriali e preventivi, che possono fornire un prezioso, autorevole e qualificato sostegno.

Il processo, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali e per porli al centro di piani di salute, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale.

I profili e piani per la salute:

- sono costruiti a livello locale, anche attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli enti locali, con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali (istituzionali e non), con il supporto tecnico delle ASL e dei consorzi socio-assistenziali. Il processo va avviato con la necessaria gradualità nel contesto piemontese, nel quale appropriati e peculiari modelli e forme di partecipazione devono contribuire a superare i limiti della frammentazione territoriale, potenziando le forme di aggregazione e di integrazione attualmente esistenti;
- rappresentano lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, per l'identificazione di obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l'attuazione di politiche di salute e vedranno i servizi socio-sanitari impegnati soprattutto su alcuni fronti convergenti:
 - garantire l'accesso alle informazioni necessarie, rendendole disponibili e fruibili (documentazione e comunicazione);
 - costruire i profili di salute della popolazione (per identificare e analizzare i rischi, gli obiettivi di salute e le priorità);
 - sviluppare politiche di integrazione tra servizi diversi (sanitari e non) e favorire alleanze tra soggetti diversi.

Per far sì che l'ente locale diventi un attore primario nel panorama della promozione della salute occorre porre attenzione alla formazione dei decisori locali. Come recita la Carta di Ottawa, uno dei campi da curare è quello del "ri-orientamento dei servizi", un processo di cambiamento culturale e politico per la salute, creando e sostenendo stabilmente connessioni sul campo, ed integrando, su obiettivi comuni, i sistemi dell'assistenza sociale, i sistemi della sanità e i sistemi complessivi della salute.

In questo ambito sarà strategico lo sviluppo di un sistema regionale di ascolto e di partecipazione che, già a partire dal processo di costruzione del piano socio-sanitario e dei piani di salute, consenta di socializzare nel modo più ampio possibile le idee che stanno alla base delle scelte strategiche e di ricercare l'adesione consapevole del massimo numero di soggetti interessati.

Tale sistema sarà uno strumento anche per la sensibilizzazione e la responsabilizzazione dei cittadini per l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

3.2.2 Gli interventi di prevenzione

Il processo di ri-orientamento verso obiettivi di salute dell'intero sistema dei servizi porta a riaffermare il primato della prevenzione intesa come il complesso delle azioni rivolte a tutelare la salute tramite la identificazione e la rimozione dei fattori di rischio e la valorizzazione di tutti i fattori protettivi.

La necessità di promuovere la salute comporta l'esigenza di sviluppare un complesso articolato di attività di prevenzione che:

- privilegi e sviluppi appieno le potenzialità del sistema di prevenzione primaria;
- sviluppi e regoli gli interventi di prevenzione secondaria, selezionando quelli dimostratamente efficaci e sfruttando le potenzialità degli interventi di prevenzione e di promozione della salute attuabili anche nel normale contesto della pratica clinica.

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre settori:

- programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro);
- attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione piemontese ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto dei seguenti principi metodologici generali:

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
- il problema di salute individuato e messo a fuoco deve essere importante per gravità e/o diffusione;
- sotto il profilo dell'efficacia devono essere considerati non solo gli effetti preventivi specifici (riduzione di uno specifico rischio sanitario) ma anche quelli di salvaguardia della piena capacità di mantenimento della salute (effetti protettivi con effetto preventivo aspecifico);

- deve esistere un modo per riconoscere il rischio/il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
- i vantaggi a lungo termine devono ovviamente superare gli svantaggi;
- devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento preventivo proposto.

Nella prima fase di attuazione del Piano socio-sanitario regionale sarà necessario, partendo dalla valutazione dei problemi di salute presenti nella popolazione piemontese, identificare gli obiettivi regionali prioritari per la prevenzione, anche al fine di realizzare una revisione e valutazione critica delle numerose iniziative in corso.

Il complesso delle azioni in atto sarà verificato in modo esplicito per valutare affidabilmente:

- che non esistano problemi prevenibili importanti e attualmente trascurati;
- che interventi irrilevanti stiano attualmente sottraendo risorse per problemi più importanti.

La valutazione avverrà attraverso la realizzazione di un modello esplicito di scelta delle priorità basato sulle dimensioni di frequenza, gravità e prevenibilità dei problemi, integrato da una valutazione dell'impatto previsto e dalla fattibilità e sostenibilità organizzativa dell'intervento. Lo scopo principale è quello di proporre sistemi di valutazione comuni e confrontabili per definire la priorità relativa dei vari interventi di prevenzione possibili e, soprattutto, di mettere il concetto di "salute" e i relativi bisogni al centro del modello di riferimento.

Questo consentirà di avere un quadro preciso degli interventi veramente necessari e di indirizzare verso queste priorità anche le attività di prevenzione più tradizionali.

Devono essere altresì sviluppati progetti speciali in grado di sostenere e promuovere interventi integrati di prevenzione in campo di sicurezza alimentare, di sicurezza in ambiente di lavoro e di vita e nell'ambito della medicina veterinaria.

Per quanto riguarda le attività di prevenzione secondaria e di prevenzione nella pratica clinica, la strategia generale della promozione della salute e della prevenzione in Piemonte terrà conto dei seguenti principi generali:

- la promozione della salute e la prevenzione giocano un ruolo centrale nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie. È però necessario distinguere l'approccio al quale si ispira la cura dei singoli rispetto a quello che guida la prevenzione nei gruppi di popolazione, approccio che richiede di limitare la discrezionalità clinica. Infatti gli interventi di prevenzione devono rispondere a criteri generali di efficacia e di sicurezza e produrre effetti positivi che si possano misurare solo nei gruppi e non nei singoli pazienti. Ne consegue la necessità di introdurre nella pratica clinica solo gli interventi di prevenzione identificati come

prioritari dai programmi regionali dando anche corso a prescrizioni coerenti con i percorsi di diagnosi e cura previsti da tali programmi;

- la crescente disponibilità di test diagnostici capaci di anticipare la diagnosi di numerose condizioni cliniche fa sorgere l'esigenza di pianificarne l'uso. Anche in questo caso l'approccio di sanità pubblica suggerisce di limitare l'impiego di questi test ai casi in cui la conoscenza precoce è documentatamente in grado di migliorare la prognosi della malattia.

3.3. PIÙ FORZA ALLA PREVENZIONE

Nel prossimo futuro le attività di prevenzione attualmente realizzate nel servizio sanitario regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate e ulteriormente potenziate.

Nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Si tratta di affermare il principio per il quale tutte le azioni di promozione e prevenzione devono essere indirizzate dai servizi di sanità pubblica, adottando stabilmente un metodo basato su:

- l'analisi dei problemi di salute,
- la scelta delle priorità,
- l'identificazione degli interventi efficaci,
- l'attivazione degli interventi efficaci,
- la valutazione dell'impatto degli interventi,
- la ri-definizione degli obiettivi.

Nel ciclo della programmazione degli interventi efficaci i servizi di prevenzione contribuiscono direttamente alle fasi di analisi, di scelta degli interventi e di valutazione di impatto, mentre la realizzazione degli interventi vedrà volta per volta protagonisti anche altri servizi oppure entità e istituzioni non sanitarie.

A tali principi e a tale uniformità metodologica dovranno essere ri-orientate e ricondotte anche le attività tradizionalmente svolte dagli attuali servizi che svolgono attività di prevenzione. Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente ed al processo di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o controllarli, le aziende sanitarie dovranno in primo luogo dotarsi di adeguate capacità che comportano lo sviluppo di alcune funzioni considerate strategiche:

- la funzione di analisi epidemiologica, finalizzata alla conoscenza dei problemi di salute e alla valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche;
- la funzione di comunicazione e di ascolto.

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili, ma è condizionato anche dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti. Occorre quindi che il servizio sanitario e i servizi di prevenzione in particolare, nel promuovere la difesa della salute, facilitino l'accesso all'informazione e creino le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra i soggetti interessati. A tal fine occorre prevedere la possibilità di affiancare le campagne di comunicazione con un'azione capillare avvalendosi, oltre alla rete dei servizi sanitari, in particolare delle scuole.

Inoltre debbono essere valorizzate le forme di collaborazione con il mondo del volontariato e della promozione sociale e con le realtà del privato sociale, portatrici di esperienze utili alla rivelazione dei problemi emergenti.

Le funzioni di analisi epidemiologica, di valutazione degli interventi e di informazione e comunicazione del rischio hanno una valenza strategica per le aziende sanitarie, configurano responsabilità di direzione aziendale e devono rappresentare parte integrante dei programmi di attività di tutti i servizi, a tutti i livelli del sistema di assistenza.

3.4. ORGANIZZARE LA PREVENZIONE

La ridefinizione delle attività di promozione e prevenzione richiede una revisione degli attuali modelli organizzativi. La ricognizione sullo stato delle attività di prevenzione, realizzato a livello regionale in fase istruttoria, ha evidenziato la presenza di numerose attività di prevenzione realizzate in modo autonomo da entità organizzative tra loro non coordinate né strutturalmente né funzionalmente. L'esigenza di coordinare e integrare tra loro le numerose attività in corso e di assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione richiedono un'organizzazione che favorisca l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, senza tuttavia dar corso a trasferimenti da una struttura organizzativa ad un'altra. Per questo è essenziale l'avvio di un graduale processo, anche culturale, di abbattimento dei numerosi confini che attualmente limitano la comunicazione e l'integrazione tra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi. I principali problemi di salute presenti nella popolazione piemontese non trovano corrispondenza nelle definizioni o nei confini delle competenze organizzative o professionali presenti nel sistema dei servizi sanitari. La soluzione di tali problemi non richiede pertanto la creazione di nuove organizzazioni autonome e confinate, bensì la concreta aggregazione e integrazione attorno ai problemi delle organizzazioni esistenti.

Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione è prevista la costituzione di una direzione unica per la prevenzione, parte della nuova direzione sanitaria collegiale della ASL, cui partecipano con pari dignità e poteri, le direzioni

territoriale e ospedaliera. Il profilo giuridico-amministrativo e le competenze del direttore della prevenzione saranno successivamente definiti nei documenti di programmazione attuativa conseguenti all'approvazione del Piano.

3.5. LA RETE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

Il complesso delle funzioni di promozione e prevenzione richiede anche l'adozione di un'articolazione in rete su scala regionale.

3.5.1. Organizzazione regionale

A livello regionale è previsto un unico riferimento tecnico-organizzativo per le attività di prevenzione attualmente affidate a settori e uffici diversi, con competenze tecniche, mediche e veterinarie. Tale riferimento viene realizzato funzionalmente tramite un coordinamento tecnico trasversale, successivamente consolidato con il ridisegno della struttura dell'Assessorato.

3.5.2. Presidi e servizi di riferimento e di supporto

A livello intermedio è istituita una rete di servizi di riferimento e di supporto coordinata a livello regionale cui concorrono:

- la rete dei servizi di epidemiologia (compresi i servizi di epidemiologia veterinaria);
- il centro regionale di documentazione per la salute (DORS);
- i presidi specialistici di laboratorio e territoriali per la medicina veterinaria pubblica (Istituto Zooprofilattico Sperimentale e Presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria);
- la rete dei servizi di medicina del lavoro;
- l'ARPA.

Per ricondurre ad unitarietà gestionale le attività di prevenzione, prevedendo la modifica della legge regionale 60/1995 con particolare riguardo alle attività di cui all'articolo 2, dovrà essere realizzato un maggior raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela e protezione dell'ambiente e quelle di promozione della salute; in questo quadro sarà necessario procedere ad una revisione complessiva dei rapporti tra il sistema dei servizi sanitari e l'ARPA.

La pianificazione dell'attività dei servizi di supporto avverrà su base regionale e sarà realizzata a partire dalle esigenze indicate dai servizi di prevenzione afferenti, attraverso strumenti di partecipazione alla programmazione e di vincolo dei finanziamenti.

La rete dei servizi di supporto sarà in seguito arricchita e articolata con l'individuazione di servizi di riferimento e modalità organizzative in grado di sostenere

i progetti di prevenzione prioritari regionali da attivarsi a livello di singola ASL, tramite la identificazione dei servizi di eccellenza esistenti nella rete dei servizi regionali di prevenzione.

Sono infine previsti progetti specifici, da realizzarsi attraverso il coordinamento e l'orientamento della rete dei servizi di supporto, integrata da interventi di studio e di ricerca realizzati con il concorso delle università e di istituzioni sanitarie e scientifiche, dedicati in particolare alla conoscenza dei rischi chimici e biologici presenti sul territorio piemontese ed al fine di possibili interventi di prevenzione primaria.

3.5.3. Rete locale

A livello locale, i servizi attualmente afferenti i dipartimenti di prevenzione costituiscono lo strumento tecnico principale, anche se non esclusivo, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Per dare concretezza alle funzioni di coordinamento e di governo assegnate alla direzione aziendale della prevenzione occorrerà disporre di competenze specifiche in materia di:

- epidemiologia, anche veterinaria;
- promozione della salute e educazione sanitaria;
- costruzione di profili e piani di salute.

Queste dovranno essere innanzitutto assicurate nell'ambito delle funzioni dei servizi di prevenzione, per essere aggregate e supportate tecnicamente da uno specifico osservatorio della prevenzione, necessario per le funzioni direzionali e per i rapporti con il territorio.

Nell'ambito delle attività di prevenzione, nelle fasi di ricerca, programmazione, organizzazione territoriale e attuazione degli interventi, è necessario considerare la specificità delle funzioni di competenza veterinaria.

In particolare i servizi veterinari rappresentano:

- una componente fondamentale della prevenzione primaria a tutela della salute dell'uomo, con l'obiettivo della individuazione dei pericoli e della riduzione dei rischi di natura biologica, chimica ed ecologica collegati all'allevamento di animali, al loro utilizzo e alle produzioni di alimenti derivati;
- uno strumento di intervento pubblico per la difesa sanitaria, la salute e il benessere degli animali allevati per qualsiasi finalità, per un equilibrato rapporto uomo-animale-ambiente, e per l'orientamento delle attività produttive collegate (zootecnia e industria alimentare) alla qualità sanitaria e alla compatibilità ecologica delle produzioni di origine animale. In questo specifico settore va valorizzato e maggiormente integrato il contributo

determinante della componente veterinaria alla sicurezza alimentare e agli obiettivi di difesa, orientamento e controllo ufficiale delle produzioni di origine animale, anche in collegamento con le politiche agricole, industriali ed ambientali collegate alla filiera.

3.6. VIGILANZA E PREVENZIONE

Per il potenziamento e lo sviluppo delle attività di prevenzione assumono un significato centrale le attività di vigilanza che attualmente occupano una buona parte delle potenzialità di lavoro dei servizi di prevenzione. L'attività di vigilanza, se opportunamente orientata e ispirata ai principi della equità, della continuità e della indipendenza, è uno degli elementi indispensabili all'efficacia della prevenzione primaria.

L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere tuttavia rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi, sulla cui base programmare e valutare le azioni intraprese.

Occorre inoltre ridefinire ambiti e priorità, in modo da conseguire equilibrio e integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

Alcune criticità presenti nell'attuale svolgimento delle funzioni di vigilanza possono essere così affrontate:

- il rapporto con la magistratura: ricerca di un'intesa organica con la magistratura, valida su tutto il territorio regionale e per tutti i servizi sanitari, ispirata alla conoscenza, al rispetto e alla complementarità degli ambiti di intervento, distinguendo le funzioni di tutela della salute da quelle di identificazione e repressione dei reati;
- le nuove funzioni di vigilanza: l'applicazione di nuove norme e regolamenti comunitari richiede l'adozione di modalità di vigilanza e il possesso di competenze ancora non sufficientemente consolidate nella rete dei servizi di prevenzione. Il rafforzamento e l'adeguamento di tali capacità devono avvenire sulla base di precise indicazioni di priorità (ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi), e della chiara distinzione tra i ruoli e le responsabilità di controllo ufficiale e di autocontrollo;
- la definizione di un nuovo modello organizzativo che preveda criteri uniformi di programmazione e gestione nonché la definizione dei compiti e degli ambiti di intervento delle attività di vigilanza.

3.7. FINANZIARE LA PREVENZIONE

L'esigenza dell'equilibrio di bilancio non consente nell'immediato la riconversione di ingenti risorse finanziarie da destinare alla prevenzione. Nel 2008, oltre alla ricerca di nuovi, più specifici, indicatori per il riparto delle risorse economiche, la Regione identificherà specifici obiettivi di attività dei servizi di prevenzione, da realizzare attraverso il riparto finalizzato delle risorse complessivamente disponibili. Su questa base è possibile orientare le risorse verso il raggiungimento di comuni obiettivi e finanziare le ASL in base ai risultati ottenuti e non unicamente alle prestazioni erogate.

Entro la durata del Piano è necessario prevedere che la quota di risorse destinata alla prevenzione primaria sia, come previsto dal Piano sanitario nazionale, non inferiore al 5% della spesa sanitaria piemontese.

Assicurata la possibilità di valutare la relazione tra risorse, attività e risultati, si avvia la riconversione dei finanziamenti, differenziandoli in base ai bisogni e distinguendo tra finanziamento destinato alle attività ordinarie, al sostegno di progetti speciali e al lavoro di rete.

Tale percorso consente, nel medio termine, la definizione concreta dei Livelli Essenziali di Prevenzione, su cui impostare i criteri futuri di finanziamento.

3.8. FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione. Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è tuttavia assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno realizzato progetti di lavoro coordinato, la partecipazione a iniziative di ricerca, la creazione di centri di riferimento, lo sviluppo di reti: occorre proseguire su questa strada, in modo che l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente.

In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi. Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

3.9. INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE

Oltre alle funzioni strategiche già richiamate, è opportuno indicare l'esigenza di disporre di un sistema informativo affidabile e completo a sostegno delle attività di prevenzione. Si tratta di ricondurre ad unitarietà l'insieme dei sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

Una delle finalità principali di tale sistema sarà quella di sostenere la funzione di comunicazione rivolta sia alla promozione di comportamenti preventivi e stili di vita sani sia alla ricerca di adesione consapevole agli obiettivi di prevenzione, in modo da potenziare una domanda di prevenzione senza la quale tutto il processo di ri-orientamento e rafforzamento indicato risulterebbe privo di significato.

Sviluppo di programmi comuni con l'amministrazione regionale e provinciale dell'agricoltura per il miglioramento della qualità sanitaria delle produzioni zootecniche, il sostegno e il controllo delle produzioni biologiche.

3.10. OBIETTIVI PRINCIPALI PER LA PREVENZIONE

Alcuni progetti ed azioni a breve, medio e lungo termine di particolare rilievo regionale devono essere inseriti nei programmi di attività dei servizi rafforzando la capacità di lavorare per obiettivi, programmando e indirizzando le risorse sulle priorità. A livello regionale è prevista una forte azione di indirizzo e di monitoraggio per assicurare che la transizione verso un'attività prevalentemente orientata a priorità di salute e il nuovo modello organizzativo della prevenzione avvenga senza creare squilibri e disomogeneità. Dal punto di vista generale si prevede di:

- completare il processo di valutazione della efficacia degli interventi;
- organizzare gli interventi sviluppando le integrazioni tra i servizi sulla base di progetti condivisi;
- specializzare e consolidare le attività di vigilanza e ispezione indirizzandole verso obiettivi di salute.

Vengono di seguito elencati alcuni dei principali progetti che necessitano di attivazione integrata e di potenziamento nel breve periodo.

3.10.1. Progetti regionali in attuazione del Piano nazionale della prevenzione

Il Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 (Intesa Stato-regioni e province autonome del 23 marzo 2005) individua una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute. Gli ambiti di azione sono la prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete), gli screening oncologici, le vaccinazioni e

la prevenzione degli incidenti. Alcune di queste attività sono già presenti nei programmi di prevenzione in corso nella Regione mentre altre devono essere ancora sviluppate su base regionale.

Il Piemonte ha approvato le prime linee attuative regionali che prevedono azioni integrate tra molteplici soggetti non solamente appartenenti alla rete dei servizi socio sanitari e specifici finanziamenti. Tali azioni devono essere integrate nella pianificazione della Direzione della Prevenzione delle ASL, costantemente monitorate e sottoposte a valutazione di efficacia.

Controlli periodici mirati, articolati per età, sesso e condizioni di rischio, saranno proposti nell'ambito delle campagne regionali di screening che saranno promosse dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità sulla base di evidenze scientifiche che ne comprovino l'efficacia preventiva.

L'adesione consapevole a tali iniziative, oltre che attraverso le campagne promozionali, sarà incentivata tramite specifici inviti alla responsabilizzazione e attraverso la rimozione degli eventuali ostacoli economici e organizzativi che limitano l'accesso dei cittadini a tali programmi di prevenzione.

3.10.2. Sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare rappresenta una questione strategica per le molteplici implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse. L'individuazione, la valutazione e la gestione di strategie e di azioni per garantire prodotti alimentari sicuri e' requisito preliminare per la tutela della salute pubblica e degli interessi dei consumatori e degli addetti al settore.

Il raggiungimento di adeguati livelli di sicurezza alimentare deve concretamente prevedere:

- lo sviluppo di attività di ricerca per la valutazione del rischio chimico e del rischio microbiologico;
- il potenziamento quali-quantitativo in conformità ai parametri internazionali del controllo sulla produzione primaria e sulla importazione di merci con particolare riguardo alla presenza di residui di farmaci, fitosanitari e contaminanti ambientali;
- la programmazione di progetti integrati di controllo ufficiale elaborati secondo criteri di priorità e di valutazione del rischio;
- l'esercizio continuo e preventivo della vigilanza come elemento regolatore esterno dei processi produttivi che eviti al sistema di rincorrere le emergenze;
- la sorveglianza e la verifica di attuazione dei programmi di autocontrollo delle imprese per orientarli verso obiettivi sanitari;
- la definizione di programmi formativi per gli addetti al settore;
- lo sviluppo delle attività di sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti.

3.10.3. Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Le patologie a componente nutrizionale rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. L'impatto sulla società è considerevole anche in relazione ai costi socio-sanitari diretti ed indiretti.

Per valutare, anche a livello regionale, dimensioni e gravità del problema sanitario legato ai comportamenti alimentari, è necessaria l'acquisizione e l'organizzazione dei dati relativi allo stato nutrizionale, ai comportamenti alimentari oltre che ai determinati socio-economici ed ambientali.

Il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e sorveglianza nutrizionale prevede:

- la progettazione e organizzazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale su sovrappeso, obesità, modelli nutrizionali e di attività fisica nella popolazione;
- l'attivazione e potenziamento di centri di accoglienza e programmi di informazione/indirizzo/orientamento in integrazione tra servizi di igiene alimenti e nutrizione, servizi di dietetica e nutrizione clinica, diabetologie, pediatrie, neuropsichiatrie infantili, ginecologie, medicina sportiva, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per favorire l'integrazione tra percorsi di prevenzione e promozione della salute e percorsi diagnostico-terapeutici in soggetti e gruppi a rischio;
- la promozione dell'allattamento al seno;
- l'attivazione di progetti per il miglioramento della qualità nutrizionale delle offerte alimentari da parte delle industrie produttrici;
- il coordinamento delle attività di promozione della salute riguardanti abitudini alimentari e motorie;
- il coordinamento e il pieno utilizzo della rete dei servizi di medicina dello sport e del centro antidoping di Orbassano valorizzando e sviluppando il loro potenziale di prevenzione e di tutela della salute;
- l'attivazione di progetti mirati alla prevenzione e alla cura di disturbi alimentari (anoressia e bulimia) che colpiscono in particolare il genere femminile;
- la progettazione di interventi a tutela dei soggetti con allergie e intolleranze alimentari anche attraverso la piena attuazione della legge 123/2005.

3.10.4. Alcuni obiettivi innovativi di rilievo per la prevenzione veterinaria

Nel settore veterinario sono stati raggiunti obiettivi di buon consolidamento dei livelli ordinari di attività in tutti i settori di intervento tradizionale. Molti degli obiettivi rientrano quindi nel mantenimento di risultati raggiunti, per alcuni dei quali le attività necessarie possono risultare anche in calo rispetto al decennio precedente, proprio in virtù della migliore situazione sanitaria conseguita. Attività tradizionali possono in

parte essere sostituite con progetti innovativi di più ampia portata preventiva, suscettibili di realizzazioni importanti nel prossimo decennio.

In particolare si evidenziano per importanza alcuni progetti:

A. Area di sanità animale

- sviluppo del sistema georiferito di epidemiosorveglianza e analisi del rischio per le malattie degli animali e di piani aziendali di biosicurezza per la prevenzione del rischio biologico;
- estensione del controllo veterinario a zoonosi e altre malattie eradicabili attualmente non soggette a piani di profilassi, con integrazione degli interventi pubblici e privati;
- sistemi per l'osservazione sanitaria delle popolazioni di animali di affezione.

B. Area di igiene degli alimenti di origine animale

- sviluppo di un sistema integrato di accertamenti tecnici e di laboratorio, anche attraverso metodiche innovative, per l'analisi e la gestione del rischio per la sicurezza alimentare, con il supporto di un idoneo sistema informativo;
- perfezionamento del sistema di allerta per l'informazione e l'intervento nei casi di produzioni di origine animale pericolose per la salute pubblica;
- realizzazioni di azioni concordate e coerenti con il progetto di sicurezza alimentare, più sopra descritto.

C. Area di igiene delle produzioni zootecniche

- analisi, prevenzione e controllo del rischio chimico e farmacologico negli allevamenti, anche attraverso metodiche innovative, con il supporto di un adeguato sistema informativo;
- buone pratiche di allevamento: promozione di nuovi principi di responsabilità gestionale per la salubrità degli alimenti prodotti e l'ecocompatibilità della produzione, con riferimento anche all'alimentazione e al benessere animale ed all'attuazione dei relativi controlli di qualità.

Molte delle attività innovative possono realizzarsi solo con un supporto convinto e qualificato di ricerca, sperimentazione e attività dei laboratori veterinari accreditati e in particolare di quelli dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che è chiamato ad un altrettanto intenso lavoro di rinnovamento e sviluppo.

Decisiva infine si può rivelare la collaborazione interdisciplinare medico-veterinaria, anche per integrare appieno nel bagaglio professionale degli addetti alla prevenzione le attività veterinarie ed i loro risvolti in termini di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza alimentare.

3.10.5. Salute e ambiente

L'ambiente rappresenta un importante determinante extra-sanitario della salute in quanto la correlazione tra fattori di inquinamento, degrado ambientale e stato di salute della popolazione è da tempo un dato scientificamente acquisito.

La costruzione dei profili di salute costituisce il percorso fondamentale per l'individuazione di interventi di prevenzione modulati sulla realtà locale in grado di identificare azioni per la riduzione e rimozione dei fattori di rischio.

Il raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela dell'ambiente e di promozione della salute deve concretamente prevedere:

- la ricerca epidemiologica di valutazione dei determinanti ambientali della salute;
- la costruzione di sistemi informativi integrati per l'elaborazione di profili di rischio territoriali;
- la sorveglianza di eventi sentinella anche attraverso l'attivazione di reti territoriali di medici rilevatori;
- l'individuazione di indicatori ambientali correlabili con indicatori di salute;
- procedure di valutazione integrata per piani e progetti soggetti a valutazioni di impatto ambientale;
- la sorveglianza integrata (ambientale e sanitaria) delle situazioni di rischio attuale e potenziale presenti sul territorio regionale.

3.10.6. Screening oncologici

Lo screening rappresenta uno degli interventi strategici della prevenzione dei tumori e incide direttamente sulla mortalità in quanto consente il riscontro della patologia prima della sua manifestazione clinica in una fase in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente.

Le azioni da prevedere per la prosecuzione e il miglioramento degli obiettivi sono le seguenti:

- garanzia della continuità dei programmi di screening in atto, tra i quali il progetto "Prevenzione serena", anche con il concorso delle Fondazioni/Associazioni che già oggi operano sul territorio;
- estensione e consolidamento del programma di screening nella popolazione maschile e femminile per la prevenzione dei tumori del colon-retto;
- formazione degli operatori finalizzata a garantire migliore qualità professionale, tecnica ed organizzativa, integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e valutazione dell'impatto di questi programmi sul livello di salute specifico e complessivo della popolazione della Regione Piemonte;

- aumento dell'adesione in modo da garantire gli obiettivi di copertura previsti dalle indicazioni regionali per superare le disomogeneità di offerta. A questo proposito va rivelato che l'adesione è minima nelle "fasce deboli" della popolazione, che risultano a maggior rischio oncologico, perché non orientate a procedure di prevenzione oncologica.

3.10.7. Salute e sicurezza in ambiente di vita

Le attività tradizionali dei servizi di igiene e sanità pubblica sono state oggetto di numerose modifiche nel corso degli ultimi anni.

La valutazione dei rischi in ambiente di vita, la sorveglianza epidemiologica e gli interventi di prevenzione devono essere orientati alle patologie emergenti anche attraverso programmi e strategie comuni di intervento con altre istituzioni non sanitarie.

Nella definizione di obiettivi di prevenzione primaria in ambiente di vita occorre prioritariamente valutare la correlazione tra salute e territorio, contesto abitativo, stili di vita non tralasciando la tutela dei soggetti deboli e la riduzione delle disuguaglianze.

In particolare la programmazione delle attività prevede:

- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli ambienti di vita collettiva;
- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli insediamenti urbani;
- sviluppo di progetti di valutazione dell'inquinamento indoor;
- interventi per l'individuazione e la prevenzione di patologie correlate a stili di vita;
- sviluppo di progetti di sorveglianza e di prevenzione degli incidenti domestici, anche attraverso l'applicazione della domotica ai fini dell'adeguamento delle abitazioni rispetto alle esigenze di salute dei soggetti abitanti;
- sviluppo di progetti di sorveglianza e di prevenzione degli incidenti stradali;
- raccordo e integrazione con le attività dell'ARPA per la costruzione di profili di rischio territoriale.

3.10.8. Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

I profondi cambiamenti introdotti dalle nuove forme di lavoro, dall'ingresso e dalla rilevanza delle nuove categorie di lavoratori, i processi di decentramento e esternalizzazione di cicli e di interi segmenti produttivi sono gli elementi caratterizzanti il contesto socio-economico. Le nuove disposizioni normative di derivazione europea in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro prevedono un

allargamento di responsabilità sulla tutela a soggetti privati, l'allargamento dei soggetti pubblici coinvolti e l'attribuzione al servizio pubblico di un ruolo attivo di promozione della cultura della salute ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo.

Questa situazione richiede la definizione di nuove strategie di intervento basate sul coinvolgimento di una pluralità di soggetti e la promozione e il rafforzamento del raccordo istituzionale tra gli enti pubblici e le parti sociali nella definizione delle politiche di prevenzione.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro concretamente prevede:

- la definizione delle priorità di intervento e il potenziamento delle attività sui rischi prioritari in relazione alla frequenza, gravità e prevenibilità degli infortuni e delle malattie professionali;
- la completa attuazione del Piano regionale amianto assicurando la continuità alla sorveglianza degli ex esposti, il completamento degli interventi di bonifica, l'avvio di interventi per la prevenzione del rischio da amianto naturale in collegamento e integrazione con il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto;
- il potenziamento delle attività di promozione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro (progetto scuola sicura, lavoratori migranti, lavoratori autonomi, lavoratori atipici).

CAPITOLO 4

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CURE PRIMARIE

4.1. TERRITORIO LUOGO DI INCONTRO PER LA SALUTE

4.1.1. Problemi complessi e integrazione socio sanitaria

E' consapevolezza comune e diffusa che l'organizzazione territoriale sia il nodo di svolta per dare al sistema sanitario un volto nuovo, più adeguato alla realtà dei bisogni della popolazione.

Il territorio, dove si promuove, si tutela la condizione di salute ma anche dove si perde la propria salute, dove l'organizzazione sociale condiziona il livello di salute, è il luogo di incontro degli uomini, delle donne, dei gruppi sociali, delle istituzioni che concordemente si assumono la responsabilità delle regole della comunità nella quale si vive ed anche dei livelli di salute che si riesce a garantirsi.

La funzione ospedaliera per esercitarsi in modo completo ed appropriato necessita di una forte organizzazione di assistenza territoriale, che sviluppi connessioni e modalità di relazione con l'ospedale in un'ottica di continuità di cura dal territorio all'ospedale e viceversa.

La garanzia della salute che si intende costruire porta con sé una forte domanda di partecipazione e di coinvolgimento che è la prima leva da attivare per promuovere livelli di salute più avanzati, rispetto ai quali i sistemi sanitari rappresentano solo un determinante minore.

Inoltre, gli interessi economici che stanno a fianco e dentro il mondo dell'organizzazione sanitaria non sono scevri dal determinare condizioni assai incongrue: in più occasioni si registra, ad esempio, l'utilizzo improprio del prodotto farmaco, divenuto, per molti, oggetto di consumo e non di cura, contestualmente alla difficoltà, per alcuni strati sociali, in condizioni di gravi malattie, di poter accedere ai farmaci necessari per le cure di base.

Occorre riconsiderare il ruolo della medicina, che deve svilupparsi sul terreno della ricerca e dell'applicazione delle "reali" nuove innovazioni, insieme alla consapevolezza che esiste il limite (da non confondersi con l'abbandono) dell'intervento, della cura.

Dobbiamo lavorare per rendere disponibili a tutti (e quindi fare un'opera di equità distributiva) le conoscenze, le capacità, le risorse di cui attualmente disponiamo: per le diffuse inequità esistenti sul grado di accessibilità ai servizi, le capacità e le risorse che sostengono i percorsi diagnostici e terapeutici sono a vantaggio degli strati sociali con capacità contrattuali più forti, con "conoscenze" più diffuse.

Occorre quindi che il diritto alla salute sia sempre più compiutamente garanzia diffusa per tutti i cittadini.

A tale compito l'organizzazione territoriale è chiamata a dare un importante contributo per le caratteristiche e il grado di diffusione e penetrazione dei servizi di primo contatto con il cittadino.

La perdita del livello di salute è determinata in modo sempre più evidente dalla interrelazione di fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali.

La collocazione sociale influenza non solo l'insorgenza dello stato di malattia determinandone la frequenza e la gravità ma anche il decorso e il suo esito.

La necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità e assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, che si coniugano all'aumento e sviluppo delle malattie croniche degenerative, associate prevalentemente alla condizione anziana, ma ben presenti anche tra gli adulti e i giovani.

Voler affrontare questi problemi significa doversi integrare ed è una sfida che non riguarda qualcuno, in particolare, ma il complesso del sistema socio-sanitario.

L'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatica delle scelte di fondo per potersi articolare nell'organizzazione nei punti di maggiore criticità.

Vi sono alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale che devono essere particolarmente presidiati da modalità di lavoro integrato:

- a) la porta d'accesso al sistema;
- b) i passaggi tra aree assistenziali *diverse* dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura;
- c) i momenti di valutazione sulle condizioni di maggiore complessità.

Il luogo unitario di accesso (sportello unico o, almeno, modalità uniche, diffuse e fortemente integrate) deve rappresentare per il cittadino il luogo al quale rivolgersi con fiducia sapendo che lo sforzo dell'operatore e del servizio sarà quello di individuare correttamente le necessità traducendole in un intervento assistenziale, se necessario, accompagnandolo nei meandri dell'organizzazione.

A livello aziendale, ancora, è indispensabile che tra la direzione generale e gli enti gestori si individuino congiuntamente gli indirizzi generali da attuare a livello distrettuale, attraverso la predisposizione dei Piani di zona e dei Piani di attività territoriale.

In Piemonte il sistema sociale ha maturato una significativa e diffusa esperienza di costruzione dei Piani di zona coinvolgendo gli operatori dei distretti nell'analisi della condizione della popolazione, nella definizione delle necessità e delle scelte di priorità, mentre, al contrario, il percorso di costruzione dei Piani di attività territoriali è stato avviato e concluso in poche realtà distrettuali, frutto di stimoli di singoli operatori o organizzazioni piuttosto che scelta del sistema sanitario nel suo complesso.

Emerge nel contesto di costruzione di questi atti di programmazione l'utilità di percorsi comuni e, nello stesso tempo, si evidenzia anche la necessità di ricercare modalità di costruzione di atti programmatori maggiormente unitari, che evitino percorsi paralleli in parte sovrapponibili e che concentrino forze e risorse in un unico percorso.

La volontà dell'integrazione non deve solo dichiararsi negli atti di programmazione ma deve ritrovarsi nelle scelte operative mettendo in comune (tra sociale e sanitario) risorse e individuando responsabilità per permettere ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione di interventi integrati.

Il terreno dell'integrazione operativa può essere rappresentato dal livello più decentrato, più vicino alla popolazione, che viene descritto nei paragrafi successivi ed è rappresentato dal gruppo delle cure primarie.

È il luogo di accoglienza più vicino al cittadino, dove è possibile che operatori sociali e sanitari mettano insieme conoscenze e professionalità per individuare le opzioni assistenziali più opportune.

È necessario quindi che le azioni di integrazione promuovano modelli organizzativi a forte impatto sul cittadino con il fine di ridurre e semplificare i percorsi interni e, contemporaneamente, individuare modalità di "gestione della domanda" facendo in modo che il servizio si accoli l'onere del percorso, non riversando sul cittadino le incongruenze dei processi spezzettati in mille rivoli con altrettante diverse e "sconosciute" responsabilità.

La revisione dei processi gestionali e di quelli più direttamente assistenziali deve individuare soggetti, operatori, professionisti che possano accompagnare il cittadino nei suoi percorsi facendo "sentire" che l'organizzazione nel suo complesso si sta adoperando al meglio per rispondere alle sue necessità: lavorare con questo "stile" significa mettere al centro dei processi il cittadino.

Assunzione dei problemi del cittadino, accompagnamento nei processi e percorsi assistenziali, sviluppo dell'integrazione devono rappresentare modalità di sostegno e supporto al cittadino ma mai sostituzione allo stesso.

Le modalità assistenziali che tendono a sostituire la responsabilità (piccola o grande che sia) del cittadino ostacolano processi di partecipazione e coinvolgimento dello stesso, stimolando la delega e la riduzione del cittadino ad oggetto dell'intervento.

E' un equilibrio, a volte non facile, nel quale i professionisti sono costantemente chiamati sia nei processi gestionali sia in quelli assistenziali: far crescere nel cittadino la consapevolezza del proprio ruolo non delegabile, permette di stimolare condizioni per una maggiore partecipazione e responsabilità.

4.1.2. Livelli di assistenza integrati

Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio, che trovano la più recente e dettagliata articolazione all'interno del d.p.c.m. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", comprendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

<i>Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali prefigurate nel dpcm 29.11.2001</i>
Assistenza sanitaria di base: medicina di base e continuità assistenziale
Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali: fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici
Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito
Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
Assistenza programmata a domicilio
Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale alle donne, le coppie e le famiglia
Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale
<ul style="list-style-type: none"> - alle persone anziane non autosufficienti - alle persone con problemi psichiatrici - alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale - alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope - a pazienti nella fase terminale, - alle persone con infezione da HIV
Assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio
Assistenza termale
Emergenza sanitaria

La modalità organizzata con la quale il sistema sanitario garantisce ai cittadini i livelli essenziali di assistenza sopra elencati costituisce la rete territoriale dei servizi.

Si intende, pertanto, lavorare per l'organizzazione delle attività territoriali avendo ben presente la complessità e la multiformità di attività alle quali si fa riferimento, che rappresentano, con un proprio bagaglio storico sedimentato, la base sulla quale costruire percorsi assistenziali e di cura più vicini ai cittadini, sviluppando relazioni che facciano emergere le professionalità e le capacità degli operatori in un quadro di autonomia e di grande responsabilità.

Le prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria, contenute nell'allegato 1.C del d.p.c.m. 29 novembre 2001, costituiscono livelli essenziali di assistenza ed in quanto tali devono essere garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

L'erogazione di tali prestazioni è compito specifico del distretto, nell'ambito delle funzioni di assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale ad esso assegnate, mentre al Comune viene attribuito l'onere di contribuire alle spese degli interventi ove l'utente, per ragioni economiche, non possa farsi carico, in tutto o in parte, del pagamento delle prestazioni secondo le quote percentuali fissate dal d.p.c.m. 29 novembre 2001.

4.1.3. Le cure primarie

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978), recentemente ripresa dall'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia (*Wonca 2002: definizione europea della medicina generale*) le cure primarie rappresentano l'ambito, all'interno di un sistema sanitario, di solito la comunità territoriale del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario.

Esse sono caratterizzate quindi dai seguenti elementi:

- rappresentano una parte rilevante delle attività territoriali;
- sono caratterizzate dall'accesso diretto ai servizi;
- rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (ambulatorio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali, strutture residenziali);
- assumono in carico l'aspetto globale della salute della persona ed indirizzano, quando opportuno, a vari livelli di approfondimento, per garantire le risposte più appropriate al bisogno di salute.

Le cure primarie, che assicurano promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto, si configurano come una rete organizzata di attività attraverso le quali il distretto può garantire le risposte più articolate agli utenti, all'interno di processi di integrazione professionale che coinvolgono sia gli operatori presenti nel territorio (nella componente sanitaria e in quella sociale) sia gli operatori degli altri punti della rete assistenziale, di cui l'ospedale è un importante riferimento.

All'interno del sistema delle cure primarie i servizi organizzati per l'assunzione in carico di settori di popolazione (salute mentale, tossicodipendenze, consultori, neuropsichiatria infantile) sono caratterizzati da un loro ruolo specifico ma non possono essere considerati sistemi autonomi e indipendenti: al contrario, proprio per la loro specificità, devono essere inseriti nelle relazioni operative più generali nel

contesto distrettuale ed in particolare con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

4.2. I PERCORSI ASSISTENZIALI DEI CITTADINI

L'intensità e la capacità di cura si deve conformare ai bisogni differenziati e spesso complessi dei cittadini, articolando le possibilità di risposta attraverso livelli di assistenza di differente complessità:

- il livello di intervento individuale tra il cittadino e il singolo professionista (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta) che mantiene una assoluta rilevanza ed è caratterizzato dal rapporto fiduciale che si instaura tra cittadino e professionista;
- il livello più semplice di intervento integrato caratterizzato dalla capacità di correlazione tra il singolo professionista (medico di medicina generale e pediatra di libera scelta) e uno o più operatori (infermiere, assistente tutelare, ed altri) presenti nell'ambito del gruppo di cure primarie;
- i livelli caratterizzati da una forte relazione di supporto che sostengono le decisioni assunte dal gruppo di cure primarie quali l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica;
- i livelli di assistenza (esemplificando i SERT, dipartimenti di salute mentale, consultori, neuropsichiatrie infantili) che, per le loro caratteristiche di accesso diretto, impongono la realizzazione di una stabile e costruttiva reazione biunivoca con il gruppo di cure primarie per corrispondere al meglio alle esigenze delle persone indipendentemente dal luogo di accesso che prediligono;
- i livelli di assistenza - specialistica, ospedaliera - che, per il contenuto professionale, tecnologico ed organizzativo, partecipano con intensità diversa allo sviluppo dell'assistenza e, attraverso percorsi condivisi con il gruppo di cure primarie, stabiliscono gli elementi di appropriatezza nell'accesso agli interventi specialistici e nel contempo regolano il percorso a ritroso verso le modalità assistenziali territoriali più adeguate.

Ogni livello assistenziale attivato per corrispondere ai bisogni del cittadino può necessitare di interrelazione con il sistema socio-assistenziale che rappresenta, pertanto, una costante nell'articolazione organizzata dei servizi.

L'organizzazione delle attività si configura come articolazione di punti di complessità diversa deputata ad assolvere al debito assistenziale specifico nei confronti del cittadino.

In questo quadro di riferimento i punti diventano nodi di una rete di servizi nella quale si concretizza il ruolo della direzione del distretto quale stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete,

affinché l'analisi del bisogno assistenziale possa tradursi in una risposta organizzata all'interno di un percorso di accompagnamento assistenziale.

I luoghi, i momenti, le modalità in cui il cittadino incontra e pone domande al sistema assistenziale, devono delineare le caratteristiche essenziali dell'organizzazione territoriale partendo dallo stesso cittadino, che è attore responsabile, insieme ad altri, del proprio processo assistenziale.

4.2.1. La persona/ il cittadino/ il paziente

Il singolo individuo nel rapporto e nel contesto dei sistemi sanitario e sociale assume rilevanza e ruoli differenti:

- è persona in quanto è portatore di dignità, rispetto, valori, cultura, conoscenze;
- è cittadino in quanto portatore di diritti esigibili inerenti la tutela della salute, la disponibilità di servizi e l'accesso agli stessi e, nel contempo, porta con sé i doveri derivanti dall'essere parte della comunità;
- è paziente nel momento in cui è direttamente coinvolto nei processi assistenziali.

Gli individui mantengono in ogni momento le caratteristiche di persona/cittadino/paziente, sebbene si accentuino alcuni tratti in particolari momenti o fasi specifiche del rapporto con il sistema sanitario.

La definizione dell'individuo quale utente o cliente, vale a dire utilizzatore o compratore, è fortemente riduttiva e distorce un rapporto che, al contrario, deve misurarsi sul terreno della partecipazione, del coinvolgimento e della valutazione dei servizi.

Nel contesto specifico del percorso assistenziale l'individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure, poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali. Non siamo di fronte a processi di cura "oggettivi" da imporre ai cittadini, ma a percorsi di cura da tradurre nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona; è in questa fatica quotidiana che i servizi e gli operatori debbono mostrare la loro professionalità nel ruolo di "traduzione" e "mediazione" nei confronti del bisogno. E' in questa relazione che si collocano le iniziative di informazione, di educazione e di partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini.

La stessa evoluzione della medicina rispecchia nella trasformazione del rapporto medico/paziente questo effetto che attribuisce maggior peso al paziente (empowerment). Dal paternalismo direttivo che in passato connotava questo rapporto, attraverso la fase del consenso informato quale trasmissione di informazioni e assunzione di responsabilità del soggetto, si deve arrivare alla fase della negoziazione tra un cittadino protagonista che possiede le proprie informazioni ed è consapevole dei propri bisogni e il professionista che, non rinunciando agli aspetti di specifica

responsabilità in merito alle proprie competenze tecniche, si propone come consulente fiduciario al fianco del cittadino.

L'oggetto della loro relazione non è più la malattia in sé ma è la soggettività del paziente stesso rispetto alla condizione di malattia, che vive la sua autonomia nella scelta dei percorsi di cura più corrispondenti alla propria individualità.

Le decisioni del percorso assistenziale non sono uniformemente applicabili ma sono il risultato del rispetto della soggettività, dell'autonomia conseguente alla consapevolezza della condizione di malattia che vive l'individuo.

Anche la strutturazione del servizio sanitario deve quindi superare le fasi della medicina basata sull'autorità, ed in qualche modo anche di quella basata sulle prove di efficacia (EBM), per intraprendere la strada per perseguire la medicina delle relazioni, basata sulla continua negoziazione degli obiettivi di salute tra operatori e fruitori, all'interno di un sistema in cui la limitatezza delle risorse disponibili impone la costante valutazione del rapporto costo/beneficio, per consentire la costruzione di percorsi funzionali a perseguire obiettivi di salute rispettando la soggettività e l'autonomia delle persone.

In questo contesto di relazioni tra cittadino e sistema dei servizi deve essere esaltata la differenza di genere, che va contestualizzata, in particolare, nei momenti di analisi del bisogno, di valutazione dei fattori di rischio, di individuazione dei percorsi assistenziali e di prevenzione e delle scelte operative.

Una particolare attenzione merita il problema delle medicine "non convenzionali", termine con cui nell'accezione comune si individuano pratiche complementari al modello prevalente della medicina tradizionale.

L'ormai ampia diffusione di queste terapie segnala e documenta l'esistenza di metodi alternativi di soluzione a problemi di sanità che andranno esplorati con rigore scientifico.

Saranno analizzate (in particolare) le principali pratiche che si definiscono alternative: agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

Il primo passo verso un inquadramento definitivo di queste passa attraverso la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico affidato all'ARESS, con l'obiettivo di valutare i modelli organizzativi e regolamentari presenti nelle altre regioni italiane e nel contesto europeo.

Dopo questa fase di osservazione, studio e sperimentazione si procederà a formalizzazioni regolamentari ed organizzative, capaci di governare le dinamiche dei processi afferenti alle medicine non convenzionali.

4.2.2. Le porte di ingresso come punti di incontro. Medicina generale e pediatria di libera scelta: dal singolo al gruppo

Il cittadino, nella relazione con il sistema sanitario, "incontra" (non casualmente ma per propria scelta) il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta

(MMG/PLS), che rappresenta il primo livello di responsabilità del servizio sanitario nazionale nei suoi confronti.

Da sempre il MMG/PLS ha sviluppato il proprio ruolo in un contesto di isolamento organizzativo ed individualismo professionale. Solo recentemente, con l'avvio di gruppi sperimentali, di indicazioni derivanti da accordi nazionali e regionali, si sono sviluppate modalità organizzative che consentono lo sviluppo delle relazioni tra i singoli.

La modalità maggiormente diffusa a livello nazionale è l'équipe territoriale, presente, in Piemonte, in ogni ASL, con i connotati di gruppo che "ragiona", si "interroga" e, a volte, "partecipa" ai processi decisionali aziendali. L'équipe territoriale è oggi fortemente caratterizzata dalla figura del MMG, pur prevedendo anche la presenza di PLS e di medici di continuità assistenziale (ca). La partecipazione prevista di altri professionisti (infermieri e assistenti sociali), quando avviene è caratterizzata dalla casualità o da elementi contingenti che la provocano e non dalla continuità; in ogni caso l'équipe territoriale (così come è oggi) non ha le caratteristiche di un'organizzazione orientata a costruire un modello operativo.

Una seconda modalità di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta riguarda l'erogazione di cure primarie da parte di associazioni (medicina in associazione, in rete, di gruppo), all'interno delle quali il MMG/PLS non lavora più in un contesto isolato, ma condivide alcuni aspetti (minimi nell'associazione, più pregnanti nel gruppo) organizzativi e funzionali del lavoro con i propri colleghi. Oggi in ambito regionale la medicina in associazione coinvolge il 60% dei MMG/PLS, mentre ne sono coinvolti quasi il 10% per ciascuna delle altre due forme: medicina in rete e di gruppo.

Il limite delle attuali forme di organizzazione, che pur rappresentano uno stimolo positivo, è costituito dalla loro aggregazione monoprofessionale. Il recente accordo collettivo nazionale dei MMG siglato nella primavera del 2005 ha al suo interno elementi ed indicazioni orientate ad un ulteriore sviluppo delle relazioni tra mmg ed altre professionalità che non possono essere trascurate. Lo sviluppo delle nuove domande di salute implica l'indispensabile necessità di disporre di un'organizzazione pluriprofessionale che gestisca le cure primarie: affrontare e prendersi cura della persona implica non solo una disponibilità e capacità dell'individuo e della singola professione, ma impone che il confronto e l'integrazione con altre professioni rappresenti la costante dell'organizzazione dei servizi territoriali.

Questo è il passaggio non più rinviabile: organizzare l'assistenza territoriale attraverso gruppi di cure primarie (GCP) che assistano 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito con le seguenti caratteristiche di fondo:

- presenza pluriprofessionale;
- condivisione di impostazioni di lavoro;

- relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema territoriale ed ospedaliero di erogazione delle prestazioni;
- “visibilità” nei confronti del cittadino.

I GCP costituiscono l'articolazione organizzata del servizio sanitario regionale nel territorio e non rappresentano quindi una ulteriore modalità associativa per i medici di medicina generale.

In ogni caso va sottolineato con forza che il lavoro del singolo MMG/PLS ha in sé, affrontando e risolvendo bisogni specifici, una connotazione di individualità nel rapporto con il paziente che va garantita e mantenuta; sarà demandata alla capacità ed alla scelta del professionista e del gruppo, nel caso se ne individuasse la necessità, la collocazione del bisogno specifico presentato dal cittadino in un contesto di risposta più complesso e pluriprofessionale. Il lavoro del MMG/PLS mantiene, in sostanza, la relazione individuale come cardine del proprio lavoro che non deve essere dispersa né abbandonata, sottolineando che il lavoro congiunto con altri fornisce risposte più adeguate ai livelli più problematici ma non deve sostituire il livello del rapporto individuale.

Qualsiasi forma di aggregazione operativa deve, inoltre, salvaguardare due aspetti fondamentali del lavoro del MMG/PLS:

- garantire la scelta fiduciale da parte del cittadino;
- garantire la distribuzione della rete degli ambulatori.

Lavorare con altri non deve significare, per il singolo cittadino, “perdersi” dentro un'organizzazione complessa o, peggio, burocratizzata; la persona deve mantenere il proprio MMG/PLS come riferimento, che usufruisce della collaborazione e dell'opera di altri professionisti per poter meglio e più adeguatamente assistere il paziente. La distribuzione della rete degli ambulatori dei MMG/PLS nel territorio rappresenta la modalità più decentrata e diffusa di presenza del sistema sanitario: questa condizione non può essere ridotta ma va ricollocata e sostenuta all'interno del GCP.

Caratteristica fondamentale dei GCP è quella di unire strutturalmente l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi a gestione diretta dei distretti, nella direzione di un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie, in un lavoro a rete e non più gerarchico e frammentato, in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione (la Casa della Salute).

Le iniziali professionalità che in linea indicativa debbono trovare collocazione all'interno del GCP sono, oltre ai MMG/PLS ed ai medici di continuità assistenziale, gli infermieri (valorizzandone il ruolo e l'opera e promuovendo la sperimentazione di nuove forme di esercizio professionale nell'ambito delle cure primarie), gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali (la cui azione, integrata con i medici di medicina

generale, va valorizzata nell'ambito dell'evoluzione delle cure primarie verso forme di medicina di gruppo), con il sostegno ed il supporto di una forte azione amministrativa. Questo livello di organizzazione integrata potenzia e garantisce meglio i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base:
 - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare;
 - continuità assistenziale notturna e festiva;
- assistenza domiciliare nelle sue diverse forme e modalità: programmata, integrata e infermieristica.

La presenza di un GCP integrato multidisciplinariamente dovrà essere resa "visibile" per il cittadino, che deve trovare al suo fianco non solo i professionisti delle cure ma anche chi lo affianca nei percorsi organizzativi che sostengono le decisioni assistenziali.

Molte decisioni assistenziali (vedi paragrafo i servizi territoriali di supporto) prevedono la fornitura di beni o di servizi direttamente da parte dell'azienda: il GCP può rappresentare un terminale per il cittadino evitando le plurime e defaticanti tappe che a volte il sistema impone.

Un riferimento unitario, fisico per il GCP rappresenta non solo un elemento di chiarezza nei confronti del cittadino ma altresì un elemento di coagulo degli operatori del GCP, non solo per lo specifico professionale anche quale luogo di incontro che fa crescere possibilità e risposte integrate.

Il GCP è responsabilizzato rispetto al contesto del territorio e della popolazione di riferimento a garantire i livelli assistenziali anzidetti, adottando le misure possibili ed utilizzando le opportunità all'interno di un quadro operativo concordato con la direzione distrettuale.

Il contesto delle diverse aree territoriali e la valutazione delle "risorse" necessarie aggiuntive o da riconvertire stabiliranno, sulla base di indicazioni regionali, i tempi di realizzazione e di trasformazione dell'attuale realtà territoriale.

La definizione dei ruoli e dei compiti all'interno delle professionalità presenti nel GCP porterà anche a rivedere le procedure su alcuni aspetti assistenziali (come la scelta di beni utili all'assistenza: pannoloni, traverse, letti ortopedici, materassi antidecubito, materiale di medicazione), valorizzando la figura infermieristica quale professionista della gestione assistenziale conseguente alle decisioni cliniche.

Nei percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti (ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza respiratoria, tumori) emerge la necessità di attivare iniziative di monitoraggio non solo di parametri biologici, ma anche delle modalità e scelte inerenti gli aspetti del proprio stile di "vita" (camminare, assumere terapie, diete, ed altro) che possono in un quadro di condivisione paziente-professionisti

essere maggiormente garantiti da un sistema organizzato nel quale i professionisti sono costantemente a contatto.

L'organizzazione in una sede di riferimento (magari non esclusiva) per l'attività dei MMG/PLS e degli altri professionisti facenti parte del GCP permette, anche, di divenire il riferimento costante nella giornata e quindi poter organizzare risposte per interventi caratterizzati da urgenza di complessità limitata che è possibile gestire in un contesto ambulatoriale che dispone di tecnologie di base.

Le professionalità indicate come facenti parte del GCP si intendono come le "minime" professionalità necessarie alla sua costituzione: altre figure (professionisti sanitari dell'area riabilitativa, specialisti di base, ed altri) possono utilmente contribuire alla crescita delle sue possibilità assistenziali.

Le limitate esperienze ad oggi avviate in Piemonte (ma in altre regioni lo sviluppo di forme di aggregazione è già decennale) non permettono ancora di individuare un quadro preciso sulle caratteristiche che debbono avere i GCP al di là di indicazioni di impostazione; sarà necessario far avviare iniziative sperimentali in tutte le aziende sanitarie per sviluppare, nel prossimo triennio, l'opera di riorganizzazione consolidata dell'assistenza primaria: rappresenta obiettivo del Piano attivare almeno tre-quattro GCP in ciascun distretto socio sanitario alla fine del periodo di validità.

Il GCP può infine rappresentare l'opportunità, per i servizi sociali e sanitari:

- di "presentarsi" al cittadino in modo e in una sede unica;
- di "accoglierlo" per i suoi bisogni;
- di "fornire" risposte immediate attraverso gli operatori che costituiscono il GCP;
- di "accompagnare" il cittadino all'interno dei percorsi assistenziali più complessi che superano le possibilità del GCP;
- di "rappresentare" un terminale verso il cittadino anche per i servizi che sono organizzati a livello centrale;
- di "sviluppare" iniziative di educazione e formazione indirizzati a gruppi di pazienti tendenti ad aumentare il grado di autonomia gestionale della propria condizione;
- di "divenire" anche momento di scambio, di mutuo-aiuto dei pazienti e di organizzazione dei cittadini sul tema della salute;
- di "collaborare" allo sviluppo di forme di cure intermedie, imposto dal diffondersi della cronicità, assumendosi la responsabilità terapeutica di posti letto per degenze territoriali riguardanti lievi patologie, condizioni di riacutizzazione o condizioni di acuzie che si possono risolvere senza il ricovero ma non possono essere curate, per motivi oggettivi o soggettivi, al domicilio (ospedali di comunità);
- di "valorizzare" il ruolo dei *caregiver* a tutela delle fasce di popolazione che

incontrano maggiore difficoltà ad interfacciarsi con il servizio sanitario ed orientare i propri percorsi di cura.

4.2.3. I servizi del territorio di supporto

Alcuni livelli di assistenza sono strettamente connessi alle scelte assistenziali fatte dagli operatori del GCP, che richiedono, per essere messe in atto, la fornitura di un bene (farmaco, materiale, protesi, ausili) o di un servizio (come ad esempio il trasporto sanitario).

a) Le farmacie e l'assistenza farmaceutica

La rete delle farmacie territoriali costituisce un sistema articolato di tutela della salute con oltre 1.400 punti su tutto il territorio regionale presenti anche nei contesti più decentrati, dove svolgono il loro prezioso servizio le farmacie rurali. La collaborazione con gli operatori del GCP potrà consentire la valorizzazione di alcuni compiti, che non si esauriscono nella semplice distribuzione del farmaco ma promuovono nuove funzioni in grado di mettere a disposizione del sistema della salute la diffusione capillare della rete delle farmacie. In particolare funzioni di ascolto e di consulenza verso la popolazione, la diffusione di materiale informativo e la promozione attiva di campagne di informazione e prevenzione. Tra queste particolarmente rilevante è il lavoro di responsabilizzazione dei professionisti sanitari e dei cittadini per promuovere l'appropriatezza d'uso dei farmaci ed un maggior ricorso ai farmaci "generici".

La fornitura diretta di prodotti farmaceutici (secondo le modalità e gli accordi predeterminati, che potrà peraltro avvenire attraverso la sperimentazione di modalità alternative già previste dalla legge) ha assunto negli ultimi anni un rilievo particolare con un significativo impatto economico, con il fine di migliorare il controllo dell'utilizzo del farmaco e del consumo di prodotti ad elevato costo.

Il disporre di un terminale decentrato (la sede del GCP) che assiste 10-15.000 cittadini può divenire nel quadro organizzativo dell'Azienda un utile riferimento per garantire ai pazienti la distribuzione di quelle specialità farmaceutiche che è possibile o obbligatorio fornire direttamente.

Il rapporto con chi garantisce a livello centrale l'assistenza farmaceutica non si esaurisce in un legame connesso alla fornitura di un bene ma deve svilupparsi anche in una relazione informativa sul bene farmaco, sui criteri di scelta che sottendono l'immissione nel mercato o nei proutuari aziendali di prodotti innovativi.

b) Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito.

Questo livello assistenziale ha assunto una forte rilevanza economica e può essere maggiormente garantito sia nella fase prescrittiva sia in quella di monitoraggio se diviene un elemento facente parte della gestione assistenziale

diretta da parte dei professionisti che hanno in cura il paziente e non una fornitura del bene o del servizio fine a se stessa.

c) *Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.*

La garanzia per soddisfare correttamente questo livello assistenziale richiede la partecipazione e l'intervento di specialisti che contribuiscono a garantire l'appropriatezza prescrittiva (protesi ed ausili individualizzati), mentre per altre prescrizioni (beni non individualizzati) l'intervento dello specialista diventa più un atto burocratico che una valutazione professionale. Il GCP può rappresentare sia il riferimento organizzativo per il cittadino per l'accesso a questo livello assistenziale, sia il terreno di confronto con gli specialisti, per rendere più appropriato il ricorso alle prestazioni specialistiche, valorizzando la professione infermieristica per la scelta dei supporti assistenziali necessari al paziente.

La garanzia della relazione di questi livelli assistenziali con il GCP permette al cittadino di individuare in maniera precisa ed univoca il luogo unico al quale fare riferimento sia per l'erogazione delle prestazioni assistenziali sia per la diretta fornitura dei beni di cui necessita. L'assunzione in carico del paziente si traduce nell'azione dell'organizzazione (attraverso l'attività amministrativa del GCP) che gestisce il passaggio dalla prescrizione del curante al servizio che deve erogare quello specifico bene; in tal modo non è più il cittadino che ricerca nell'ambito dell'azienda l'ufficio al quale rivolgersi ma è direttamente l'organizzazione del GCP che si fa carico del percorso.

4.2.4. I servizi del territorio ad accesso diretto

L'attuale organizzazione dei servizi nel territorio prevede l'accesso diretto ad alcuni di essi: salute mentale, tossicodipendenze, consultori familiari e pediatri, centri ISI ed altri servizi sanitari e socioassistenziali a bassa soglia, neuropsichiatria infantile.

Assumendo la definizione di cure primarie illustrata nel precedente punto 1.3, in questi contesti la persona viene presa in carico non solo per lo specifico problema di cui è portatrice ma anche per aspetti connessi alle relazioni familiari e sociali, al fine di individuare il terreno di intervento più appropriato.

Questi stessi livelli di servizio garantiscono una risposta che prevede la multiformità dei luoghi di cura (ambulatori, centri diurni, residenzialità, ricovero), di cui è necessario disporre per poter garantire la condizione assistenziale più opportuna.

La presenza di questi servizi rappresenta sia storicamente sia nella realtà attuale un punto di riferimento ben definito per la popolazione il cui ruolo non va disperso, semmai potenziato nell'ambito della rete assistenziale più generale.

E' indispensabile individuare modalità e forme di relazione dei GCP con questi servizi, onde permettere ai MMG/PLS di far riferimento a competenze e professionalità utili per individuare precocemente condizioni critiche o per migliorare il grado di assistenza diretta ed ai servizi di relazionarsi con quei professionisti del GCP che, conoscendo nel

tempo le realtà familiari e comunitarie, possono contribuire a realizzare percorsi di cura che richiedono, molte volte, l'intervento non solo nei riguardi del singolo paziente ma della famiglia e della comunità.

Occorre evitare che l'organizzazione dei servizi territoriali costruisca percorsi assistenziali separati, conflittuali, con entità organizzative tendenti ad atomizzarsi. E' necessario al contrario costruire relazioni, confronti per permettere ai sistemi di erogazione di utilizzarsi a vicenda in un contesto di condivisione professionale.

4.2.5. I Servizi sanitari di cure non primarie

Gli interventi assistenziali ai quali si accede con un'indicazione del MMG/PLS si collocano logicamente in un percorso assistenziale nel quale, esaurita la capacità di risposta del GCP, viene attivata o individuata la consulenza, in un percorso di diagnosi o terapia, della competenza specialistica utile al percorso diagnostico-terapeutico e/o del livello organizzativo che dispone di tecnologie adeguate: ci si riferisce al livello assistenziale garantito dall'intervento degli specialisti ambulatoriali e dal sistema ospedaliero.

- a) L'intervento specialistico ambulatoriale è caratterizzato dalla consulenza che si esaurisce in sé o, al contrario, per la quota di popolazione affetta da patologie croniche che necessitano di un adeguato monitoraggio, dalla condivisione tra gli specialisti e i MMG/PLS degli interventi necessari per il monitoraggio ed il controllo della malattia.

La sede di riferimento del GCP può divenire anche la sede ambulatoriale specialistica per quelle specialità a maggiore frequenza di accesso che non necessitano di particolare tecnologia e strumentazione: in tal modo si può realizzare l'effettiva consulenza specialistica attraverso il confronto diretto con il MMG/PLS migliorando la performance assistenziale nei riguardi del paziente.

- b) L'ospedale riassume in sé competenze, professionalità, tecnologie, relazioni ed organizzazione orientate ad affrontare problemi specifici d'organo o di condizione. I processi assistenziali che si sviluppano in ospedale hanno una diretta e rilevante ricaduta nel contesto territoriale e l'ospedale non può essere estraneo al contesto organizzativo del territorio, al grado di capacità di risposta.

Una buona base di relazione tra ospedale e territorio è garanzia dell'espressione di un buon livello assistenziale: sviluppare e consolidare le relazioni tra gruppi di specialisti con i GCP permette di assicurare il livello di gestione della patologia più adeguato alle specifiche condizioni di vita del paziente.

I terreni di confronto tra territorio e ospedale sono molteplici:

- * modalità di accesso;
- * relazioni durante il ricovero;
- * modalità di dimissioni;
- * condivisione dei processi di continuità assistenziale.

Il sostegno dei processi di relazione tra ospedale e territorio consente di realizzare un contesto assistenziale nel quale l'ospedale, accanto agli altri luoghi di cura (ambulatorio, domicilio, residenza) rappresenta uno dei punti in cui si realizzano i processi di cura, e permette a tutti i soggetti coinvolti di svolgere il proprio ruolo in modo coerente, condiviso ed appropriato.

4.2.6. I servizi per la popolazione

Esiste un ulteriore livello di intervento realizzato ed organizzato dalla Direzione di prevenzione, che trova un contesto di relazione particolarmente rilevante negli interventi organizzati verso la popolazione e non per il singolo individuo.

Questo livello di intervento non ha dispiegato ancora tutta la sua potenzialità.

Lo sviluppo nel territorio di una presenza organizzata (GCP) può offrire, attraverso le proprie sedi di riferimento, l'articolazione necessaria affinché alcuni aspetti critici degli interventi sulla popolazione connessi alla prevenzione sanitaria, promozione della salute e all'informazione ed all'accessibilità possano rappresentare lo stimolo per essere riaffrontati in una prospettiva di miglioramento.

4.2.7. I servizi a domanda individuale

Il sistema sanitario nel quale operiamo fonda ancora alcune sue garanzie assistenziali nella valutazione della condizione specifica (come ad esempio l'invalidità civile): questo contesto per poter garantire pienamente il cittadino deve intrecciare il lavoro di chi valuta una condizione e di chi (MMG/PLS) fornisce alcuni elementi sostanziali per la valutazione.

4.2.8. I sistemi di valutazione multiprofessionali

Per i servizi sanitari e per i servizi sociali l'accesso unitario è oggi garantito rispettivamente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per la sanità, e dal servizio sociale professionale per il sociale.

L'integrazione socio-assistenziale rappresenta l'espressione organizzata di livelli assistenziali differenti, dai più semplici a quelli di maggiore complessità.

In tutti i casi avviene un confronto tra operatori del sistema sanitario e socio-assistenziale al fine di individuare la risposta assistenziale più appropriata, dando priorità agli interventi che garantiscano la permanenza al domicilio in condizioni di sicurezza assistenziale secondo le prassi degli interventi in lungo-assistenza.

Nelle condizioni più semplici gli stessi operatori sanitari e socio-assistenziali del GCP hanno la possibilità di individuare al loro interno la risposta assistenziale integrata.

Determinate condizioni di maggiore complessità richiedono momenti di valutazione multiprofessionali che tengano conto dei molteplici aspetti che stanno alla base della domanda assistenziale ed individuino le opzioni di intervento più appropriate.

La valutazione nelle condizioni di maggiore complessità deve garantire alcuni aspetti fondamentali:

- la multiprofessionalità a partire dal MMG/PLS, all'assistente sociale, alle figure infermieristiche, agli specialisti delle discipline relazionate alle problematiche del paziente;
- l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione;
- la possibilità di individuare tra più opzioni quella adeguata a garantire il livello assistenziale più appropriato alle condizioni del paziente;
- la definizione del progetto assistenziale individuale;
- il monitoraggio, nelle condizioni di cronicità, delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni o la loro modifica .

Il livello regionale dovrà sostenere l'azione delle singole aziende sanitarie e inoltre validare strumenti di valutazione omogenei per poter garantire ai cittadini piemontesi accessi a prestazioni secondo regole univoche e contemporaneamente valutare le diverse condizioni operative presenti nell'area regionale.

L'organizzazione del sistema di valutazione non può riferirsi ad una singola struttura operativa né tantomeno può rappresentare un sistema autonomo di erogazione di prestazione. Il sistema di valutazione multidimensionale assume in sé sia l'aspetto più strettamente clinico (nel momento dell'analisi) sia l'aspetto più organizzativo (nel momento dell'individuazione della decisione della prestazione più appropriata).

Per gli aspetti organizzativi e procedurali il sistema di valutazione farà riferimento alla funzione di Direzione distrettuale mentre per l'espressione della valutazione contribuiscono le professionalità più adeguate e consone al problema da analizzare. La componente professionale assume il carico della valutazione mentre la componente di gestione del distretto si assume il carico di garantire al paziente l'ambito assistenziale individuato.

4.2.9. I livelli di interrelazione con il sistema socio assistenziale

Il cittadino che accede al sistema socio-sanitario, tramite le porte d'ingresso del distretto (MMG e PLS) o dell'ente gestore (servizio sociale professionale) o sistemi di valutazione integrati, lascia una traccia che può arrestarsi al gruppo di cure primarie o al servizio sociale, oppure proseguire per sentieri promossi dalle figure che in questi sistemi operano.

Per quanto riguarda il momento dell'accesso, rappresenta obiettivo del presente piano la facilitazione all'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva

attivazione ed implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali", gestiti da operatori sociali e sanitari.

Tali strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria.

Lo sportello si porrà – in sostanza - come tramite tra la persona e la rete dei "case manager" e dei "care giver" offrendo inoltre consulenza alle persone ed alle famiglie al fine di agevolare la fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale.

In questo senso compete allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili.

Altro importante compito dello "sportello" è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e socio assistenziali) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione multidisciplinare, sino alla definizione degli impegni economici relativi agli interventi attivati).

Ma se le porte di ingresso al sistema socio sanitario si prevedono comuni per tutti, i cittadini non hanno la stessa capacità di fruirne, per le differenti condizioni sociali, economiche, culturali, religiose. In un sistema socio-sanitario che si pone come obiettivo l'equità, lungo i sentieri in cui è organizzata l'assistenza ogni cittadino deve essere aiutato in proporzione alle proprie difficoltà e l'integrazione socio sanitaria deve diventare lo strumento chiave perché le disuguaglianze vengano ridotte, il valore aggiunto nel governo della salute.

Nell'ambito dei livelli di assistenza integrati, al domicilio, nelle strutture ambulatoriali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali, vanno ripensate le modalità di erogazione delle prestazioni, partendo dal presupposto che bisogni diversificati richiedono risposte diversificate, graduate per tener conto del diverso livello delle esigenze che vengono poste. Per realizzare i progetti assistenziali, superando la tradizionale logica di intervento per prestazioni, si renderà opportuno avviare e consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, sanitarie e socio assistenziali, che lavorino su piani operativi concordati tra i referenti dei diversi punti di erogazione, contenenti gli obiettivi definiti per le diverse tappe del percorso, le modalità di accesso a queste, i loro referenti e gli strumenti di verifica dei risultati e delle attività svolte. A tal fine occorrerà rendere espliciti e ben visibili i collegamenti tra distretti, ospedali ed enti gestori dei servizi socio assistenziali: per una gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie integrate il Piano si prefigge l'obiettivo della coincidenza tra gli ambiti territoriali dei distretti e quelli degli enti gestori dei servizi socio assistenziali.

Il GCP può offrire possibilità ancora più ampie di quelle descritte; il punto di accesso e di riferimento per la popolazione può esserlo non solo per i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali ma anche per quelli sociali: tale realizzazione dipenderà dalla capacità di traduzione organizzativa che sapremo dare all'espressione "integrazione".

4.3. IL DISTRETTO PER LA SALUTE

La maggiore attenzione alle cure primarie, in questo contesto individuate come la risposta ai profondi cambiamenti sociali, demografici ed epidemiologici in corso, sollecita nuovi modi di ridefinire le organizzazioni, che si riconducono all'interdisciplinarietà ed alla continuità dei percorsi di cura.

4.3.1. La realtà attuale dei distretti e degli Enti Gestori e le maggiori criticità presenti

Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, in Piemonte la D.G.R. n. 80-1700 dell'11 dicembre 2000 attribuisce al distretto un ruolo di centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle risposte disponibili da parte del servizio sanitario nazionale, attribuendo la responsabilità sulla globalità della presa in carico dell'utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere. Di fatto, però, il distretto si configura ancora oggi, nella nostra Regione, più come luogo di gestione di alcuni dei servizi territoriali che come centro di responsabilità della tutela della salute del cittadino/utente.

Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi socio assistenziali la Regione Piemonte, con la legge regionale 1/2004, ha confermato nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, l'opzione più idonea a garantire i servizi sociali. L'ambito territoriale ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, viene individuato nei distretti sanitari.

Il quadro dei distretti piemontesi si presenta, ad oggi, come risulta dalla tabella 1 allegata, diversificato per numero di abitanti, configurazione geomorfologica e numero di comuni. Dei 65 distretti piemontesi, 6 hanno un territorio compreso in zona montana e 17 in un capoluogo di provincia (uno per ogni capoluogo e 10 distretti a Torino). Il range degli assistibili afferenti ai singoli distretti varia da meno di 20.000 abitanti (ma i distretti con meno di 30.000 abitanti sono soltanto 9) del distretto di Perosa Argentina ai 130.000 abitanti dei distretti San Paolo di Torino e di Novara. I distretti del Comune di Torino rappresentano aggregazioni di circoscrizioni comunali, i distretti di Ivrea, Alba e Asti Nord comprendono più di 60 comuni.

La dimensione degli attuali distretti piemontesi è da considerarsi in alcuni casi inadeguata a garantire le funzioni delineate nel presente capitolo. Il distretto, nel rispetto delle caratteristiche tipiche dei diversi territori, necessita infatti di ambiti territoriali tali (70-80.000 abitanti) da garantire un equilibrio ottimale dei servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di assicurare i principali percorsi terapeutici all'interno dell'ambito territoriale (dei 65 distretti piemontesi oggi 31 sono caratterizzati da una popolazione superiore ai 70.000 abitanti).

Tali considerazioni assumono particolar valore se si tiene conto che al Distretto sono assegnate due funzioni diverse:

- una funzione progettuale, con funzione di rilevazione dei bisogni e di governo della domanda;
- una funzione di governo della produzione, per garantire le prestazioni ed i servizi su base integrata.

Gli enti gestori dei servizi socio assistenziali, costituiti da forme consortili, comunità montane, comuni singoli ed in un caso da un'ASL (Casale Monferrato), rappresentano generalmente ripartizioni degli attuali distretti, come risulta dalla tabella 1; in una ventina di casi coincidono con il territorio dei distretti in un caso coincidono con il territorio dell'ASL (Consorzio Monviso Solidale e ASL 17).

Le maggiori criticità della situazione attuale, evidenziate dagli operatori dei distretti e degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali piemontesi, si concentrano su alcune tipologie di questioni, delineate nel riquadro che segue.

Le maggiori criticità nei distretti piemontesi

Questioni di contesto/generali

- Difficoltà a definire un modello di distretto senza un modello di salute di riferimento.

Scarsità di risorse

- Scarsa autonomia economico finanziaria dei distretti,
- Carenza di risorse per svolgere sia la funzione di produzione sia quella di governo della domanda.

Burocrazia e ruoli confusi dei e nei distretti

- Configurazione limitativa del distretto, inteso come ammortizzatore /facilitatore, mentre dovrebbe avere una iniziativa propria,
- Amplificazione del ruolo di controllore degli iperprescrittori,
- Percorsi dei pazienti oggi troppo parcellizzati e burocratizzati,
- Molteplicità di figure dirigenziali dei servizi territoriali, con scarsa identificazione di ruolo.

Programmazione regionale/aziendale

- Mancanza di controllo nell'applicazione delle norme sull'organizzazione dei distretti,
- Autoreferenzialità delle ASL nella definizione degli assetti organizzativi.

Integrazione socio-sanitaria

- Gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse, autorevolezza scientifica e professionale,
 - Le persone che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari incontrano difficoltà a vedere considerato il loro bisogno nel suo insieme,
 - La mancata interazione tra i due sistemi produce disservizi e sprechi e, talora, mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.
-

4.3.2. Elementi organizzativi per il governo del territorio

All'interno del quadro di riferimento sopra delineato il distretto, che si configura come organizzazione a rete, tendente a privilegiare i rapporti e le relazioni sul territorio, supera la logica del dualismo domanda/offerta prefigurandosi una funzione di ponte tra le due dimensioni, di accompagnamento ai cittadini nei loro percorsi assistenziali.

I distretti governano la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, nonché le attività socio assistenziali in integrazione con gli enti gestori.

A tal fine:

- governano la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento;
- programmano le attività territoriali;
- definiscono i servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento;
- assicurano direttamente attraverso le articolazioni operative le attività del territorio ed i percorsi di continuità assistenziale attraverso gli altri livelli assistenziali (ospedale);
- assicurano equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure per la popolazione di riferimento;
- promuovono la comunicazione nei confronti dei cittadini e valutano l'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il governo di questo complesso processo fa capo alla Direzione di distretto.

La Direzione distrettuale, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali, esercita le seguenti funzioni:

- nei processi assistenziali rappresenta il garante delle relazioni che si instaurano tra i singoli medici, o meglio, tra i GCP e i servizi di supporto, gli altri livelli

assistenziali presenti nel territorio, il sistema ospedaliero, i servizi di prevenzione;

- nei processi organizzativi rappresenta nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario (Dipartimento, strutture semplici e complesse delle ASL e delle ASO), ed esterni (soggetti istituzionali, volontariato, scuola), il riferimento locale per le attività territoriali;
- nei processi gestionali rappresenta il riferimento per:
 - l' identificazione delle risorse;
 - la distribuzione delle risorse;
 - il controllo gestionale sulle attività erogate nel distretto;
 - il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni nonché alla definizione degli obiettivi della programmazione dell'ASL.
- nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le amministrazioni locali e per gli enti gestori dei servizi socio assistenziali per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi, per la costruzione degli atti di programmazione;
- nelle relazioni esterne è anche il riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

La realizzazione di tale modello organizzativo richiede:

- l'assegnazione ai distretti di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed il riconoscimento della necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria;
- la tendenziale ridefinizione dei loro ambiti territoriali con bacini di popolazione non inferiore ai 70.000 abitanti; per le zone montane e i territori a scarsa intensità abitativa sarà necessario individuare criteri specifici di aggregazione territoriale, salvaguardando comunque all'interno dell'organizzazione distrettuale, una rappresentanza amministrativa qualificata di tali zone affinché siano considerate le particolari condizioni di disagio della popolazione residente, ed organizzate modalità di accesso alle prestazioni che evitino percorsi e trasferimenti inutili, garantendo altresì i livelli prestazionali decentrabili a maggiore impatto e frequenza con la popolazione; rappresenta obiettivo del Piano assicurare livelli di cura adeguati su tutto il territorio piemontese e dunque prevedere misure specifiche relativamente alle aree a minore densità di popolazione e/o più difficilmente raggiungibili attraverso le vie di comunicazione;
- una articolazione organizzativa a "rete" che garantisca la necessaria integrazione con le attività svolte dall'ospedale, dai dipartimenti, dalle unità operative del territorio e con gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali con la direzione distrettuale in posizione di garante dei processi di continuità assistenziale (coordinamento);

- una rappresentanza dell'Ufficio di coordinamento distrettuale che preveda la presenza, oltre che di rappresentanti dei MMG/PLS e degli specialisti ambulatoriali, anche del Direttore dell'ente gestore dei servizi socio assistenziali e dei Direttori dei dipartimenti afferenti al distretto.

L'organizzazione prefigurata assegna al distretto una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale.

La funzione operativa si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso la forma dei servizi, delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio.

La Regione procederà alla revisione dei vigenti atti di indirizzo e di organizzazione nelle parti che risultano non coerenti alle indicazioni del presente PSSR.

4.3.3. Modalità di lavoro per un governo integrato dei sistemi sanitario e socio sanitario

Nell'ambito di una strategia complessiva indirizzata all'integrazione dei sistemi sociali e sanitari, il presente Piano individua percorsi di lavoro da sviluppare nel triennio:

- La costruzione di momenti di programmazione comuni che rappresentino, con chiarezza e possibilità di verifica, l'assunzione di impegni reciproci. A questo proposito il Piano sociale nazionale 2001-2003 precisa i caratteri fondamentali della programmazione locale affermando che la qualificazione delle scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria passa attraverso la garanzia dell'unitarietà al processo programmatico, rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali e dal Piano di zona, che rappresentano l'uno il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli e l'altro lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.
- I PEPS rappresentano un possibile sviluppo del complesso degli attuali strumenti di programmazione che dovranno accogliere e non disperdere il notevole lavoro che ha visto impegnati, in particolare nella predisposizione dei Piani di zona, operatori degli enti gestori e delle aziende sanitarie.
- La rivisitazione degli assetti organizzativi ed operativi dei servizi assistenziali lavorando per percorsi assistenziali. Il modo più corretto per governare il "sistema", in un panorama epidemiologico che vede la crescita esponenziale delle patologie croniche a lungo andamento, non è il controllo delle prestazioni o delle strutture erogatrici (funzioni di vigilanza e di passivo monitoraggio della funzione di produzione, attualmente prevalente nelle attività distrettuali) ma la gestione coordinata del percorso delle singole malattie (funzione proattiva di committenza e di tutela della salute). Tutto ciò prevede un cambiamento radicale rispetto ad un sistema focalizzato su erogatori di prestazioni per approdare ad un sistema

centrato sulla promozione, prevenzione, tutela e cura della salute dei cittadini. Lo sviluppo dei percorsi deve necessariamente realizzarsi nell'ottica del superamento dell'attuale logica dei servizi basata sull'organizzazione dei fattori di produzione, sostituendola con una basata sulla connessione di funzioni, competenze e servizi.

- L'utilizzo delle tecnologie, intese non solo come macchine, per monitorare le condizioni di non autosufficienza, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile, attraverso persone che comunicano con altre persone utilizzando la potenza tecnologica e relazionale della comunicazione elettronica e multimediale, prendendosi cura delle persone con sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina. Tale rete favorisce la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale.
- La cultura dell'integrazione si costruisce anche utilizzando la leva della formazione: le necessità imposte dal contesto sopra descritto stanno ridisegnando i ruoli organizzativi, richiedendo alle risorse professionali al contempo capacità di integrazione all'interno dei processi assistenziali e insieme specializzazione e flessibilità. Saranno quindi prioritarie, oltre allo sviluppo delle competenze, azioni volte a integrare le competenze e le culture professionali. Per quanto riguarda la formazione di base sarebbe decisamente innovativo introdurre nei corsi di laurea di area sanitaria gli aspetti inerenti la salute nella sua complessità con particolare riferimento alla dimensione relazionale, sociale e assistenziale collegati all'integrazione socio-sanitaria. Per quanto riguarda invece gli operatori dei servizi sociali e sanitari già in servizio, nell'ambito della formazione post-laurea e permanente, è indispensabile siano aggiornati in merito alle reciproche competenze orientate alla multidisciplinarietà e intersettorialità capace di produrre innovazione, generare benessere, garantire coesione, assicurare equità.
- Un ultimo aspetto riguarda l'attività di vigilanza, che rappresenta un elemento strategico per la garanzia della qualità e della appropriatezza dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. L'attuale assetto istituzionale e organizzativo così come definito dalla legge 61 del 1997, nonché da successivi provvedimenti amministrativi, ci consegna un quadro disomogeneo e scarsamente funzionale. Costituisce obiettivo di piano l'integrazione della normativa di riferimento sia in ordine alla titolarità e all'esercizio delle funzioni di vigilanza sia in ordine alla natura stessa di tali funzioni, che devono sempre più essere esercitate operativamente con una stretta integrazione socio-sanitaria, unica in grado di garantire quella azione di controllo strutturale e gestionale capace di costituire volano di sviluppo e crescita dell'offerta qualitativa della residenzialità e della samiresidenzialità nella nostra Regione.

Tabella 1 – Distretti delle Asl piemontesi ed Enti gestori dei servizi socio assistenziali – dati di contesto

ASL	DISTRETTO	Residenti 2006	N. COMUNI	Superficie hmq	Ab/Kmq	Enti gestori servizi socio-assistenziali
TO1	1 Centro	78.962		13.017	6.920	Comune TO
	8 - S. Salvario	58.689				
	9 - Nizza Millefonti	76.444				
	10 - Mirafiori Sud	39.594				
TO2	1 Santa Rita	104.502				
	2 S. Paolo	130.597				
TO3	1 Parella	96.009				
	2 B. Vittoria	122.462				
TO4	1 Barriera Mi.	105.489				
	2 L. D. Savona	87.988				
5 COLLEGNO	1 Collegno	87.616	2	3.124	2.805	Cisap Grugliasco
	2 Rivoli	77.776	5	9.757	797	Cisa Rivoli e Cissa Pianezza
	3 Orbassano	92.315	6	12.058	766	Cidis Orbassano
	4 Giaveno	28.599	6	16.728	171	Com. mont. Val Sangone
	5 Susa	89.133	37	109.214	82	Conisa Valle di Susa
6 CIRIE'	1 Lanzo Ciriè Caselle	117.437	38	93.533	126	Com mont. Valli di Lanzo, Cis. Ciriè
	2 Venaria Pianezza	62.595	6	9.807	638	Cissa Pianezza, Cis. Ciriè
7 CHIVASSO	1 Chivasso	75.897	20	39.456	192	Ciss Chiasso, CISAS Santhià , Asl 21
	2 Settimo	79.968	4	11.943	670	Cissp Settimo
	3 San Mauro	40.037	7	8.677	461	Cis Gassino
8 CHIERI	1 Chieri	98.008	25	41.601	236	Css Chierese
	2 Moncalieri	74.525	3	7.274	1.025	Cissa Moncalieri
	3 Nichelino	75.162	4	7.486	1.004	Cisa Nichelino
	4 Carmagnola	49.582	8	23.016	215	Cisa 31
9 IVREA	1 Ivrea	110.278	65	67.230	164	Consorzio in rete Ivrea e Cissac Caluso
	2 Cuornè	78.665	42	93.910	84	Consorzio in rete Ivrea e Ciss 38
10 PINEROLO	1 T. Pellice	23.092	9	29.302	79	Com. mont. Val Pellice e Ciss Pinerolo
	2 Perosa A.	19.966	17	56.874	35	Com. mont. Val Chisone e Asl 10
	3 Pinerolo	89.786	21	46.638	193	Ciss Pinerolo
11 VERCELLI	1 Vercelli	66.005	30	54.439	121	Comuni ex ussl 45, Cisas Santhià e Asl 21
	2 Santhià – Gattinara	66.356	25	65.125	102	Cisas Santhià, Casa Gattinara e Com. montane Valsesia e Valsessera
	4 Borgosesia	42.205	36	86.071	49	Com. montane Valsesia e Valsessera e com.

						Borgosesia
12 BIELLA	1 Biella	118.208	45	51.115	231	Iris Biella e Cisas Santhià
	2 Cossato	59.410	29	31.187	190	Cissabo Cossato
13 NOVARA	1 Borgomanero	71.318	26	32.669	218	Ciss Borgomanero e Com. conv. Ghemme
	2 Arona	77.131	20	22.989	336	Com. conv. Arona e Com. conv Castelletto
	3 Galliate	56.178	6	17.037	330	Consorzio Ovest Ticino Romentino
	4 Novara	130.817	25	47.403	276	Cisa 24 Biandrate e Comune di Novare
14 OMEGNA	1 Omegna	42.685	20	27.263	157	Cissa Omegna
	2 Domodossola	65.192	37	157.959	41	Ciss zona Ossola - Pallanzeno
	3 Verbania	64.552	27	48.010	134	Cons. per i serv. sociali Verbania, Cissa Omegna e Ciss Ossola
15 CUNEO	1 Cuneo	71.493	8	25.342	282	Cisa cuneese
	2 Dronero	40.019	23	87.243	46	Cissa Valli Grana e Maira
	3 Borgo S. Dalmazzo	45.575	22	133.653	34	Cisa cuneese e com. mont. Bisalta
16 MONDOVI	1 Mondovì	62.930	30	72.909	86	Cissa monregalese e com. mont. Alta Langa e Cebana
	2 Ceva	23.759	34	76.963	31	Com.mont. Cebana e com.mont. Alta Langa
17 SAVIGLIANO	1 Saluzzo	79.669	39	117.374	68	Consorzio Monviso solidale
	2 Savigliano	85.891	19	65.603	131	
18 ALBA	1 Alba	101.723	65	78.614	129	Cisa Alba Langhe e Roero e Com. mont. Alta Langa
	2 Bra	62.677	11	33.173	189	Cisa Bra
19 ASTI	1 Asti Centro	76.937	3	17.214	447	Comune Asti e Cogesa Asti
	2 Asti Sud	57.570	40	49.940	115	Cisa Nizza Monferrato
	3 Asti Nord	68.402	63	70.662	97	Cogesa Asti
20 ALESSANDRIA	1 Alessandria	125.793	27	70.311	179	Cissa comuni alessandrino e Cissa comuni valenzano
	2 Tortona	61.432	40	61.080	101	Cisa Tortona
21 CASALE	1 Casale	60.351	27	39.713	152	Asl 21
	2 Valenza	27.943	4	12.124	230	Ciss comuni valenzano
	3 Trino	26.560	21	34.184	78	Asl 21
22 NOVI	1 Novi Ligure	39.902	8	16.040	247	Cisa novese
	2 A. Scrivia	32.342	23	57.803	56	Cisa novese
	3 Ovada	27.743	16	25.680	108	Ciss Ovada
	4 A. Terme	43.072	29	50.999	84	Com. mont. Suor d'Aleramo

4.4. LA PROGRAMMAZIONE NEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

4.4.1. Quadro di riferimento.

La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio-sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della

comunità locale – non può che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992 e che individua nel distretto l'articolazione dell'unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione.

L'articolo 20, comma 2, della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 prevede che le attività socio sanitarie integrate, "realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale" vengano regolate nell'ambito dell'accordo di programma che approva il Piano di zona.

Più in dettaglio nell'articolo 17, comma 1, si afferma che: "I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3-quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria, provvedono a definire il Piano di zona ai sensi dell'articolo 19 della legge 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

La complessità dei problemi organizzativi derivanti dalla molteplicità degli interventi collocati nell'area dell'integrazione socio-sanitaria rischia di produrre discontinuità e sovrapposizioni tra le diverse unità produttive, le diverse tipologie di intervento e le differenti professionalità, a loro volta caratterizzate da molteplici approcci tecnici.

La definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, attraverso una valutazione multidisciplinare del bisogno e la valutazione periodica dei risultati, ottenuti mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, presuppongono un'organizzazione e gestione delle risorse territoriali atta a garantire una stabile integrazione tra le unità produttive chiamate ad effettuare gli interventi.

L'efficacia degli interventi, intesa come capacità delle diverse competenze di mantenere come riferimento l'unità della persona, deve diventare il criterio essenziale a cui ispirare la definizione e la verifica dei modelli organizzativi in ambito distrettuale.

Il compito di assicurare il coordinamento e l'integrazione – fondamentale per coniugare le esigenze di specializzazione e la specificità delle prestazioni con la necessità di integrare gli interventi prestati all'utente - spetta infatti alla struttura operativa e non alla persona che, per parte sua, quanto più è in condizioni di difficoltà, tanto meno è in grado di gestire i rapporti con il sistema dei servizi e di coordinare le prestazioni che gli vengono erogate in modo parcellizzato.

4.4.2. Le azioni

Costituiscono obiettivi di Piano, relativamente all'integrazione socio-sanitaria:

- la costruzione di Piani di zona intesi come processi programmatori del sistema dei servizi sociali e socio - sanitari, ai quali partecipano in modo diretto e attivo le ASL, quali soggetti istituzionali previsti dalla l.r. 1/2004;
- l'approvazione dei Piani di zona da parte delle assemblee consortili (auspicabilmente coincidenti con i comitati dei sindaci di distretto) se a ciò delegate dai comuni afferenti;
- la stipula di accordi di programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, comprese le ASL, ed assumano il Piano di zona come un "patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della comunità locale"; e contenga anche il piano finanziario per le attività integrate socio-sanitarie con risorse allocate dai vari soggetti pubblici e del terzo settore partecipanti al Piano (budget per le attività integrate distrettuali);
- la costruzione di "una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari, anche in termini di budget e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari" attraverso la creazione vincolante all'interno dei Piani di zona, dell'Ufficio di Piano, con funzione di coordinamento e gestione del piano e a responsabilità congiunta fra direttore del distretto e direttore dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali.

Va inoltre superata l'attuale confusione di ruoli e di funzioni tra consorzio/comune/comitato dei sindaci di distretto attraverso la proposta di far corrispondere il comitato dei sindaci di distretto (art 3-quater d.lgs. 502/1992) con l'assemblea consortile (coincidente con l'assemblea dei sindaci ex articolo 19 legge 328/2000) a garanzia di una sede unificata per l'approvazione e la verifica della programmazione socio-sanitaria e prevedere la presenza nell'assemblea consortile/comitato dei sindaci di distretto del direttore generale dell'ASL e del direttore di distretto, a fianco del direttore del consorzio.

Questa scelta rappresenterebbe una coerente applicazione della l.r. 1/2004, con la quale la Regione Piemonte ha deciso di comprendere nel "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" anche la regolazione del sistema socio-sanitario, altrimenti non garantita, senza dover affrontare una radicale modifica dell'attuale sistema istituzionale che vede già, in capo agli enti gestori socio-assistenziali, la delega all'esercizio delle funzioni sociali a rilevanza sanitaria dei comuni.

Per quanto attiene all'integrazione tra enti gestori e distretti è inoltre necessario prestare particolare attenzione alla complessità del sistema socio-sanitario, sia nella gestione delle strutture operative e sia nella gestione dei rapporti tra i vari livelli decisionali.

In particolare occorrerà prevedere la stipula di "Protocolli operativi" (quali parti integranti dell'accordo di programma) tra enti gestori ed ASL che definiscano le strutture organizzative integrate di riferimento per le varie categorie di utenti delle

attività socio-sanitarie, i loro obiettivi, la composizione e le regole di funzionamento, le metodologie di lavoro e gli strumenti di valutazione delle attività svolte, i comuni progetti di formazione professionale, le tipologie assistenziali erogabili dagli enti gestori e dalle ASL e le risorse finanziarie certe da destinarvi, sviluppando i percorsi avviati con l'applicazione dell'accordo regionale sui LEA.

Inoltre occorrerà una puntuale definizione dei meccanismi di coordinamento e di comunicazione interna all'ente gestore e al distretto per garantire anche l'integrazione operativa tra "Unità valutative integrate" e altri servizi gestiti dai due soggetti (ad esempio i "gruppi di cure primarie"), condizione indispensabile per assicurare una corretta gestione dei piani di continuità assistenziale nelle diverse fasi del ciclo di vita dei "progetti personalizzati" e per garantire il pieno rispetto dell'unitarietà della persona.

Questo modello di integrazione gestionale, come qualsiasi altro modello, presuppone:

- un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai "carichi di lavoro" assegnati alle varie unità operative integrate;
- l'assunzione, da parte della Regione, in stretta collaborazione con la Provincia, di un ruolo guida nella verifica dei processi di programmazione locale per consentire una valutazione omogenea dei livelli di servizi raggiunti in relazione agli obiettivi del PSSR;
- risorse finanziarie derivanti, sia per i consorzi che per i distretti, da un nuovo fondo regionale socio-sanitario che destini risorse certe e garantite per tutta la durata del Piano.

4.5. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE

L'integrazione socio-sanitaria, come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il benessere psico-fisico relazionale e sociale delle persone, è oggi in Piemonte un obiettivo da perseguire.

Integrare significa più cose: fare sistema, evitare incoerenze e duplicazioni, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta, evitare sprechi di risorse, agire secondo criteri di efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale (la persona) nella cui esperienza alla fine dovrebbero integrarsi tutti gli interventi specifici dei servizi sociali e sanitari, allo scopo di promuoverne la salute ed il benessere sociale.

In concreto, il compito istituzionale, come ormai universalmente riconosciuto, consiste nella realizzazione del passaggio dalla settorialità (frammentazione) degli interventi ad una strategia di intrecci (intersettorialità) che, nella varietà dei servizi offerti, riconosca la condizione unitaria, psico-fisica e sociale dell'utente finale che è la persona portatrice di diritti.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone che siano ben definiti i diritti della persona, definiti i soggetti deputati a garantirli ed infine certe le risorse per renderli effettivi.

Per dare concretezza ad una politica efficace di promozione della salute è necessario orientare il sistema e l'organizzazione del servizio socio-sanitario verso una più completa assicurazione del diritto alla salute e costruire una strategia che, radicandosi fortemente nell'iniziativa istituzionale e sociale locale, riesca a dare risposte unitarie e coerenti.

La multifattorialità dei determinanti della salute, ormai nota e condivisa, impone che le soluzioni non si producano esclusivamente negli investimenti nella crescita dei servizi sanitari ma si sviluppino anche e soprattutto negli interventi sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e, tra queste e le comunità in cui vivono.

Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali costituisce, pertanto, l'elemento comune su cui si sviluppa il sistema, anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute" compreso il sistema ospedaliero e i dipartimenti che, non avulsi dal territorio, devono far parte della rete integrata dei servizi cui partecipano, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, anche le persone singole e le formazioni sociali.

L'attuazione del principio di sussidiarietà va anche considerata nella sua dimensione orizzontale, che implica il riconoscimento dell'esercizio di funzioni sociali di interesse generale anche a parte delle formazioni sociali (il terzo settore, volontariato e cooperazione sociale, nonché le organizzazioni di rappresentanza e tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacali) e comporta il loro coinvolgimento nei quattro momenti della programmazione, della progettazione, della gestione e della definizione dei parametri e criteri relativi alla valutazione dell'efficacia ed efficienza degli interventi.

La Regione e gli enti pubblici riconoscono a questo proposito il particolare il ruolo esercitabile, nella definizione e realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, delle espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini, a partire dai soggetti del terzo settore.

Con riferimento, infatti, ai principi d'adeguatezza ed economicità, nella fase della concreta organizzazione dei servizi, gli enti pubblici, titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali ai sensi dell'art. 6 e 7 della l.r. 1/2004, sono tenuti a valutare in via preliminare se, per garantire il sistema, sia sufficiente sostenere e/o promuovere le iniziative delle organizzazioni del terzo settore, riconoscendo loro la capacità di esercitare tali funzioni, oppure se sia necessario gestire i servizi attraverso personale dipendente o mediante affidamento a terzi, secondo standard ed interessi che le amministrazioni stesse hanno predefinito. Restano in ogni caso di responsabilità degli enti pubblici titolari delle funzioni la garanzia della qualità degli interventi, dell'accessibilità dei servizi e della continuità degli stessi.

Occorre quindi che le comunità locali si riappropriino dei loro servizi sanitari e sociali, riducendo così le componenti burocratiche, sviluppando quelle partecipative sia dirette sia mediate dalle istituzioni comunali alle quali, oltre che confermare le funzioni di programmazione e di controllo, occorre affidare un ruolo di corresponsabilità nel governo della sanità: corresponsabilità in senso politico ed economico e non solo di garanzia nei confronti del bisogno della popolazione.

Ciò in coerenza con quanto affermato dall'OMS nei progetti "Città Sane", "Agenda 21", "Salute 21", "Ospedali che promuovono salute", dai quali si possono estrapolare alcuni principi irrinunciabili così sintetizzabili: democrazia, intersettorialità, sostenibilità, corresponsabilità per la salute.

Rispetto a questi principi, è particolarmente opportuno soffermarsi sul concetto di sostenibilità, nella consapevolezza che l'allocazione di risorse nel sistema di welfare rappresenta sicuramente uno dei punti di maggior criticità con la quale la scelta politica deve confrontarsi.

Non possiamo sottrarci dall'affermare che tutte le scelte vanno improntate alla sostenibilità economica e sociale nell'ottica del massimo impatto in termini di salute.

Non considerare la sostenibilità del sistema, nell'accezione precedente, significa ignorare le difficoltà strutturali dei sistemi socio-sanitari sviluppati.

Tali difficoltà riconoscono cause complesse e generalizzate di crescita della spesa (tra i quali: invecchiamento della popolazione – maggiore medicalizzazione dei problemi di salute - aumento della tecnologia).

Ne discende che la programmazione strategica regionale e territoriale deve orientare il sistema socio-sanitario ad erogare prestazioni efficaci ed appropriate che rispondano a criteri di economicità all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

Tali prestazioni dovranno anche essere prestazioni "adeguate", dove per adeguate si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per la persona e con tempi congrui rispetto al bisogno.

4.5.1. Il quadro istituzionale e il governo del sistema integrato dei servizi e degli interventi

In Piemonte la legge regionale 62/1995 ha dato la possibilità ai territori di separare i sistemi di produzione degli interventi sociali da quelli sanitari. Su quasi tutto il territorio regionale i comuni hanno costituito gli enti gestori (consorzi dei servizi socio-assistenziali) in gran parte dei casi con ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.

La ricollocazione della gestione dei servizi sociali ai comuni, di cui sono titolari, e la delega di funzioni di produzione agli enti gestori hanno, nell'ultimo decennio, implementato e professionalizzato il sistema di servizi sociali che, se pur in modo non omogeneo, è complessivamente cresciuto parallelamente all'evolversi della normativa.

Con la l.r. 1/2004 si sono recepiti i principi generali della legge 328/2000 e demandato ai territori la costruzione del "Sistema integrato degli interventi e dei servizi" fondamentalmente attraverso gli atti di programmazione locale (Piani di zona), che sono in fase di definizione finale su quasi tutto il territorio regionale.

E' attraverso i Piani di zona che l'intersectorialità degli interventi dovrebbe affermarsi attraverso l'integrazione, anche produttiva, dei servizi sociali e sanitari per rendere esigibili le prestazioni che il d.lgs. 502/92 e successive modifiche ha indicato declinandoli come di seguito:

1. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.
2. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite".
Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali.
3. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative". Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post - acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari

impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

4.5.2. Le criticità nel sistema integrato degli interventi e dei servizi

Le problematiche e le criticità relative al quadro normativo sopra descritto si collocano essenzialmente su 2 livelli:

- la regolamentazione regionale dei LEA socio-sanitari;
- il governo della domanda delle prestazioni integrate.

Rispetto al primo livello occorre rilevare che il complesso delle prestazioni afferenti ai LEA socio-sanitari risulta regolamentato solo in parte, essendosi espressa la normativa regionale relativamente alle tipologie di intervento in ambito residenziale per gli anziani non autosufficienti e i disabili e nell'ambito delle cure domiciliari anche queste fondamentalmente posizionate sull'area della non autosufficienza.

Rimangono attualmente fuori indicazioni specifiche le dipendenze, i soggetti affetti da infezione HIV, i minori (rispetto ai quali sono state fissate le caratteristiche strutturali delle comunità di accoglienza, ma sui quali mancano indicazioni precise sulla compartecipazione alla spesa da parte del fondo sanitario regionale) ed infine le patologie psichiatriche in quella zona cosiddetta "grigia" a scavalco con la terza età e i malati terminali.

Nello specifico delle cure domiciliari, nell'attuale realtà piemontese, la quasi totalità delle ADI risulta essere un intervento di cosiddetta integrazione intrasistemica fra unità operative sanitarie e quindi spesso nel suo contesto non si interviene anche in termini di assistenza tutelare.

Risultano inoltre ancora da ratificare in gran parte del Piemonte accordi territoriali che recepiscano le cosiddette assistenze domiciliari "in lungo-assistenza" che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste attualmente una regolamentazione regionale.

Costituisce obiettivo del presente Piano, la prosecuzione del percorso attuativo dei LEA fino alla loro completa estensione a tutte le materie previste dalla normativa nazionale.

Rispetto al secondo livello il problema dell'appropriatezza della domanda espressa ai servizi è criticità centrale per l'organizzazione della risposta dei servizi stessi.

I bisogni percepiti dalle persone sono determinati da difficoltà legate alla persona stessa o al suo nucleo microsociale di riferimento, ma sono anche indotti e/o condizionati da fattori socio-economici, ambientali e di appartenenza culturale, rispetto ai quali il riassetto organizzativo del sistema integrato degli interventi può produrre solo risposte parziali rispetto alla complessità dei determinanti in questione.

Per quanto riguarda i bisogni espressi dalle persone in maniera socialmente prevalente, essi si collocano nelle seguenti aree:

- 1) ambito "post acuzie", nella continuità di cura fra ospedale e territorio, comprese le strutture intermedie di accoglienza e la presa in carico relativa alle cure domiciliari,
- 2) ambito della continuità assistenziale riferita al sistema di cure primarie, nella doppia accezione sanitaria e sociale,
- 3) ambito proprio delle "cure domiciliari", relativo ai progetti integrati di "lungo-assistenza", rivolti a persone affette da malattie cronico degenerative,
- 4) ambito dell'assistenza al malato terminale.

Questo tipo di domanda, facilmente individuabile nell'ambito dell'analisi dei bisogni, a una lettura più approfondita delle nuove problematiche di salute, fa emergere criticità nell'ambito delle quali si generano bisogni complessi in cui è difficile discriminare il sociale dal sanitario e che inducono l'esistenza di aree grigie di domanda come per esempio:

- a. adolescenti e dei giovani adulti (14-24 anni) dove ci sono abusi di sostanze di tipo diverso ma anche comportamenti a rischio;
- b. persone con disturbi depressivi (sia quelli relativi all'infanzia che non sono stati riconosciuti e che si aggravano a causa della deprivazione e della solitudine nell'età adulta sia quelli legati alle problematiche lavorative);
- c. adulti con problemi di dipendenza (non solo da sostanze) che si aggiungono a disturbi mentali gravi che evidenziano problemi di comportamento;
- d. persone in esecuzione penale (con particolare attenzione a chi è portatore di disturbi mentali o di dipendenze patologiche);
- e. persone senza fissa dimora o in stato di estrema povertà;
- f. popolazione nomade;
- g. immigrati (con particolare attenzione alle vittime della tratta, ai minori soli, ai rifugiati e richiedenti asilo, ma anche a coloro la cui presenza ha carattere di stabilità);
- h. minori e donne vittime di abusi e violenze;
- i. persone con disturbi del comportamento alimentare (che hanno esordio nell'età adolescenziale e che si sviluppano con gravità nell'età adulta).

4.5.3. Aree prioritarie di intervento

L'aspetto fondamentale che viene evidenziato dalle problematiche sopra delineate e dal quadro normativo di riferimento, è la necessità di definire ulteriormente e rendere realmente integrate - a favore del cittadino e della completezza assistenziale - le prestazioni socio sanitarie offerte dal sistema regionale.

Ciò al fine di assicurare l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali attraverso l'adozione di modelli operativi delle attività aziendali e distrettuali finalizzati alla tempestiva presa in carico delle persone alle quali si intende garantire la continuità delle cure.

L'esperienza condotta dalla Regione Piemonte consente inoltre di affermare che la gestione integrata dei processi di cura è necessaria ove si vogliano assicurare alla popolazione livelli di servizio quantitativamente e qualitativamente adeguati.

Ai soggetti di governo e di gestione del sistema integrato spetta dunque il compito di produrre *politiche di inclusione* che promuovano azioni globali di sviluppo dell'impegno civile ed allarghino a nuove forme di partecipazione i tradizionali processi di informazione, consultazione e gestione.

Ciò richiede la capacità di definire e di attuare programmi di miglioramento della salute intesa come "qualità del vivere quotidiano" anche sui temi della forma della città e di uso del territorio, della difesa civile dai rischi e dal degrado, dei servizi formativi ed educativi, della sicurezza di vita.

Occorre passare dalle politiche di settore alle politiche di comunità, che devono tradursi, per il comparto sanitario e per quello socio-assistenziale in servizi di comunità, lavoro di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione.

Bisogna evitare di porre al centro l'organizzazione e non i destinatari, di standardizzare le risposte invece di personalizzarle, di perdere la cultura dell'accoglienza e dell'ascolto, di pensare al cittadino in condizioni di bisogno non come ad una *persona con dei diritti e dei doveri* ma come ad un "cliente" al quale vendere servizi.

4.5.3.1. La tutela della salute della popolazione anziana

Quadro di riferimento

Il Piemonte è una delle regioni italiane nelle quali il processo di invecchiamento della popolazione è particolarmente accentuato: nel 2004 gli ultrasessantacinquenni erano 963.455 su 4.330.172 abitanti, pari al 22,2% della popolazione, valore più elevato rispetto a quello nazionale del 19,5%, gli ultrasettantacinquenni erano 444.822 (10,3%) e le persone con età superiore agli 80 anni 247.460 (5,7%). Fino al 2050 queste fasce di età aumenteranno, in termini assoluti e in percentuale sul totale della popolazione.

Ma l'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società e per la nostra Regione, non allungherà, allo stesso modo, la fase di vita "critica" delle persone. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, vi dovrebbe essere, entro il 2020, un aumento dell'aspettativa di vita, intesa come vita esente da disabilità, almeno del 20% per le persone di 65 anni e tra gli ottantenni si dovrebbe registrare un aumento del 50% delle persone che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

La sfida che ci si pone, anche in considerazione del rilevante impatto dei costi sanitari per la popolazione della terza età sul complesso delle risorse disponibili, è quindi quella di aumentare la durata della vita "sana", rispondendo alla sfida dell'invecchiamento con risposte integrate che siano in grado di aumentare gli anni in buona salute, mettendo insieme i diversi contesti della vita, l'abitare, il muoversi, la cultura, lo sport, la cura di sé e il tempo libero. Questo affinché alle aspettative di vita più lunghe corrispondano anche aspettative di vita di qualità.

Criticità

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e, soprattutto, non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo.

Sul fronte della residenzialità, per contro, la criticità maggiore riguarda la consistenza delle lista d'attesa, soprattutto in alcuni territori, legata alla complessità delle procedure burocratiche.

La rete regionale delle strutture, ancora, fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione e non sembra sufficientemente articolata secondo il percorso di aggravamento e riduzione di autonomia funzionale e cognitiva della persona anziana; si rilevano carenze, in alcuni contesti, di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

Si riscontra, infine, l'assenza di una presa in carico complessiva della problematica della non autosufficienza, mediante l'integrazione anche di tematiche non strettamente sanitarie ma determinanti per la salute, quali: la situazione abitativa (accessibilità e sicurezza e opportunità di comunicazione), la mobilità, il tempo libero dell'assistito e del care giver.

Strategie generali di sviluppo

Il principio che dovrà ispirare il modello organizzativo che si propone è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che assicurino, caso per caso e per le differenti tipologie di bisogno, prevenzione, diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e, se del caso, lungo-assistenza.

In primo luogo è opportuno promuovere, attivamente, la salute degli anziani, mediante un'azione coordinata sociale e sanitaria per l'adozione di corretti stili di vita,

unendo all'attività di prevenzione, la creazione di una rete di servizi, per contrastare la tendenza all'isolamento e alla solitudine delle persone anziane, coinvolgendo attivamente il volontariato e il privato sociale e consolidando servizi di telesoccorso e di teleassistenza.

Inoltre occorrerà ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

Riguardo ai servizi esistenti bisognerà procedere alla qualificazione ed all'ulteriore implementazione dei servizi di assistenza domiciliare per garantirne maggiore flessibilità, capacità di aderenza ai bisogni e promuovere l'integrazione socio-sanitaria.

Per aumentare la possibilità di permanenza al domicilio, anche di coloro che necessitano di cure più intensive, è necessario sperimentare soluzioni innovative, anche attraverso la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio quali l'ospedalizzazione domiciliare e la "residenzialità protetta" (alloggi con servizi comuni e specifiche tecnologie per l'autonomia e la salute) e l'integrazione dei protocolli che regolano l'assistenza domiciliare programmata con quelli dell'assistenza domiciliare integrata attraverso i gruppi di cure primarie .

Occorre inoltre prevedere l'erogazione di assegni di cura in misura adeguata ai P.I. (piani individualizzati) in lungo-assistenza individuati dalle UVM (Unità Valutative Multidisciplinari).

E' necessario che i tempi di valutazione siano adeguati a garantire non solo interventi rapidi ma anche il monitoraggio e la revisione dei P.I. adeguandoli alle dinamiche del contesto socio-sanitario familiare ed individuale.

Le attività di assistenza fornite da lavoratrici e lavoratori stranieri rappresentano una risposta diffusa al problema delle cura degli anziani soli e dei non autosufficienti: è necessario investire nella loro qualificazione.

Per i servizi di assistenza domiciliare appare infine cruciale introdurre compiutamente un sistema di "mercato sociale amministrato", attraverso forme di accreditamento di imprese sociali, che dia al cittadino una possibilità di "scelta" rispetto al sistema di erogazione degli interventi, nel rispetto della centralità della responsabilità del servizio pubblico in termini di valutazione del P.I. e del suo monitoraggio.

Rispetto al ruolo specifico delle tecnologie innovative (sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina), si intende fare ricorso a tali tecnologie per monitorare le condizioni di non autosufficienza, in particolare degli anziani con

malattie croniche, in quanto tali tecnologie possono potenziare il sistema delle cure domiciliari, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile e migliorando la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale, in una ottica di continuità delle cure, ottimizzazione delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico globale.

Per quanto riguarda la rete distrettuale di assistenza residenziale essa va rimodulata prevedendo la possibilità di dare risposte ai differenti bisogni con diversa intensità di cure (prevedendo servizi adeguati per gli anziani affetti da patologie cronico degenerative quali demenze e Alzheimer) e permettendo la riallocazione delle risorse attualmente assorbite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie. Ciò al fine di garantire una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale.

Rappresenta pertanto obiettivo del presente Piano l'incremento dei posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni) al termine dei quattro anni di validità del Piano, privilegiando il riequilibrio territoriale anche per quanto riguarda i criteri di accesso e le tariffe delle strutture, nonché la creazione di posti letto per la de-ospedalizzazione protetta presso le residenze sanitarie assistenziali.

E' utile, infine, l'avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), al fine di contenere gli esiti invalidanti, mediante l'identificazione di adeguati percorsi assistenziali e alla ridefinizione dei contenuti.

Per quanto riguarda la salute di anziani con percorsi specifici riguardanti i disturbi cognitivi (persone affette da deterioramento cognitivo comportamentale nell'evoluzione della malattia di Alzheimer e sindromi correlate), la cui problematicità viene riconosciuta in questo contesto per gli aspetti connessi alla perdita di autosufficienza, che rappresenta il minimo comune denominatore delle patologie collegate all'invecchiamento la Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'approvazione del presente documento, adotta un provvedimento regionale specifico che riconosca la malattia di Alzheimer quale patologia a sé stante, causa di disabilità della persona, indipendentemente dall'avanzamento dell'età e dalla presenza di altre patologie, e che individui gli strumenti necessari alla cura e all'assistenza specifica del malato di Alzheimer e della persona affetta da demenza senile. Il provvedimento regionale prevederà inoltre la creazione di una apposita rete assistenziale a favore degli affetti da malattie senili, in relazione alle differenti necessità di protezione sociale, sanitaria e socio-sanitaria, che favorisca il mantenimento delle possibilità di cura a casa dalla persona malata mediante la disponibilità di interventi domiciliari e di ricoveri temporanei semiresidenziali e residenziali, già esplicitamente previsti nella normativa regionale relativa e, nel contempo, preveda la disponibilità di interventi assistenziali di complessità più

elevata di quella domiciliare per gestire l'evoluzione della malattia associata a periodi di disturbi comportamentali o psicotici, da erogarsi nei centri diurni Alzheimer e nuclei Alzheimer.

4.5.3.2. Le persone con disabilità

Quadro di riferimento

Le politiche per la salute messe in atto con il piano socio-sanitario si pongono l'obiettivo di assicurare alle persone con disabilità e alle loro famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, socio-assistenziali, educativi, scolastici, formativi, per il diritto al lavoro, per la mobilità e la fruibilità ambientale; di promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza; di prevenire, eliminare o ridurre i fattori che determinano le disabilità, le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia. Gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione debbono rispondere a questi fondamentali principi, nel quadro di una nuova cultura della disabilità basata sul concetto di "diversità come normalità della condizione umana" e sul valore positivo della diversità.

Alla giusta e doverosa tutela dei diritti (primo di tutti, il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione), si deve affiancare una concreto insieme di iniziative volte a garantire la libertà di vivere come tutti.

In Piemonte le persone con disabilità sono oltre 180.000 (ISTAT 2000) con percentuali di disabilità più alte e maggior livello di dipendenza nelle fasce sociali svantaggiate: tale situazione deve essere affrontata dagli enti titolari delle attività socio-sanitarie (aziende sanitarie locali ed enti gestori) prevedendo e assicurando, nella programmazione e gestione dei servizi socio-sanitari, la piena attuazione del diritto delle persone con disabilità in condizioni di gravità di fruire, come previsto dalle leggi vigenti, con priorità delle prestazioni sociosanitarie necessarie.

Criticità

Non sono state sufficienti le azioni fin ora messe in atto per:

- prevenire la disabilità nei suoi multiformi aspetti (fisica, intellettuale e sensoriale) e favorirne la diagnosi precoce;
- rimuovere ogni ostacolo che impedisce la inclusione sociale ed il pieno sviluppo umano delle persone con disabilità;
- facilitare il raggiungimento del maggiore grado di piena autonomia di vita possibile;
- rendere possibile la fruizione dell'effettiva pari opportunità da parte delle le persone con disabilità;
- favorire la partecipazione delle organizzazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie alla programmazione e valutazione delle politiche regionali;

- attivare modalità per la presa in carico integrata socio-sanitaria, prevedendo l'introduzione di progetti individuali per l'inclusione sociale;
- rivedere, aggiornare e completare le norme regionali e locali applicative della legislazione nazionale in vigore;
- indirizzare l'organizzazione della rete regionale dei servizi in modo da fornire, oltre alle prestazioni necessarie, sostegno costante al raggiungimento di tali obiettivi.

Strategie generali di sviluppo

1) Programmazione integrata a livello regionale e locale.

Nel quadro delle politiche per la salute la Giunta regionale avvia un progetto integrato sulle disabilità che coinvolge gli Assessorati politiche sociali e tutela della salute e sanità, insieme con gli Assessorati lavoro e formazione professionale, ricerca e innovazione, cultura e istruzione, turismo e sport, urbanistica ed edilizia pubblica, trasporti. Le politiche sono definite, verificate e attuate con il concorso e la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore (associazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale), coinvolgendo, per quanto di competenza, le amministrazioni provinciali. L'Osservatorio regionale sulle disabilità, supportato dalla rete dei servizi di epidemiologia, garantisce l'indispensabile sostegno alla programmazione e verifica delle iniziative intraprese. Nelle ASL regionali è prevista l'attivazione di analoghe politiche per la salute sviluppate congiuntamente con gli enti gestori e i comuni del territorio, a livello distrettuale.

L'integrazione socio-sanitaria è rafforzata tramite accordi di programma finalizzati a definire le competenze in capo ai comuni, agli enti gestori e alle aziende sanitarie, le modalità per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, i componenti delle équipes multidisciplinari distrettuali e le relative competenze.

2) L'attivazione in tutti i distretti socio-sanitari di équipes multidisciplinari - multiprofessionali integrate, per la presa in carico delle persone con disabilità che

- accertino la condizione di disabilità,
- valutino il bisogno globale e la domanda di salute,
- stabiliscano le prestazioni assistenziali/economiche di diritto (comprendendovi tutta l'offerta di prestazioni, anche non strettamente sanitaria o socio-assistenziale messa in atto a livello locale),
- individuino ed attivino gli interventi necessari per l'integrazione scolastica, lavorativa e per l'autonomia personale, inclusa la fornitura dei necessari ausili tecnici,
- propongano e condividano, coinvolgendo la persona interessata o chi la rappresenta, con i servizi territoriali, il progetto individuale (si veda anche al punto 3) e ne valutino l'efficacia.

3) Progetto individuale

I comuni/enti gestori e l'ASL – a livello distrettuale - definiscono per ogni persona disabile, secondo l'età, un progetto individuale, alla cui definizione deve concorrere principalmente la persona disabile e, nel caso non possa rappresentarsi da sola, le persone che ne hanno la tutela.

Il progetto deve prevedere:

- la descrizione della condizione di vita delle persone interessate, dei suoi bisogni ed aspettative e dei diritti esigibili, e gli obiettivi perseguibili;
- una dettagliata indicazione degli obiettivi di inclusione sociale delle soluzioni possibili e degli interventi necessari per migliorare la qualità della vita (sia in termini di servizi che in termini di interventi economici o di ausili), rispetto all'età, alle capacità individuali ed alle risorse oggettivamente attivabili.

La realizzazione del progetto individuale prevede, in particolare, i seguenti possibili interventi, avviati a seguito di concertazione e con il pieno coinvolgimento della persona interessata o di chi la rappresenta:

a) L'assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale: tale tipologia di intervento deve essere considerata come insieme di prestazioni finalizzate al mantenimento della persona nel suo ambiente di vita, lavoro, studio e socializzazione, attraverso attività sanitarie, socio-assistenziali e educative. Percorsi di lungo periodo devono essere compresi nel piano individuale (es. progetti "vita indipendente" e "autonomia").

Il volontariato intra-familiare va considerato come uno dei possibili strumenti atti a favorire il permanere della persona con disabilità in condizioni di gravità nel suo originale contesto di vita e verrà meglio definito e regolamentato con apposito atto deliberativo di Giunta regionale.

Vanno inoltre sostenuti, anche finanziariamente, per quanto di specifica competenza, interventi di adeguamento e ristrutturazione di abitazioni utilizzate da persone con disabilità, anche usufruendo delle tecnologie – ausili tecnici per il controllo ambientale, ad esempio - che possono favorire la vita autonoma.

b) La disponibilità di una rete di centri diurni, da potenziare in modo tale da assicurarne una presenza territoriale omogeneamente diffusa; inoltre, occorre garantire la frequenza di tali centri sulla base del bisogno dell'interessato e del suo nucleo familiare.

c) Risorse residenziali. Le risorse residenziali sono previste per rispondere alle esigenze di sostegno ai familiari e per rispondere alle necessità abitative della persona con grave disabilità, non assistibile a domicilio, con riferimento, in particolare, alla condizione di persone con disabilità derivanti da patologie progressive gravemente invalidanti.

Si indica come prioritaria la necessità di realizzare una rete diffusa di strutture di contenute dimensioni, integrate a livello territoriale nel normale contesto di vita di tutti e diversamente finalizzate ed organizzate tenendo conto delle molteplici tipologie

di fruitori (si citano, a titolo di esempio, le convivenze guidate, i gruppi appartamento, le comunità alloggio, le case famiglia, ed altro).

Le esigenze differenziate di residenzialità devono essere attentamente valutate e programmate in ciascuna ASL, tenendo conto della tipologia della domanda e dando in ogni caso priorità agli interventi finalizzati al mantenimento della persona nel suo contesto di vita e perseguendo la finalità di eliminare interventi a carattere istituzionalizzante.

Le persone che fruiscono delle risorse residenziali hanno diritto, come tutti i cittadini residenti, alle prestazioni sanitarie (mediche, fisioterapiche, infermieristiche) ed agli interventi di sostegno domiciliare e assistenza personale attivate a livello distrettuale.

4) Gli interventi di riabilitazione

La riabilitazione non va considerata una prerogativa esclusivamente medica e deve essere assicurata con riguardo all'appropriatezza dei metodi e delle tecnologie, tenendo nel dovuto conto l'efficacia sul versante della vita quotidiana e le scelte dell'interessato e dei familiari.

Malattie congenite o acquisite, gravemente invalidanti (come ad esempio lesioni midollari, traumatismi cranici, patologie reumatiche, patologie dismetaboliche, distrofie neuromuscolari, disrafie della colonna, sclerosi multipla, SLA, atrofie spinali, distrofia muscolare, ed altre) e malattie della sfera sensoriale, visiva ed uditiva, richiedono un approccio multidisciplinare e la presenza qualificata di centri di riferimento, opportunamente distribuiti a livello territoriale in relazione alla progressiva complessità degli interventi.

5) I minori con disabilità

Particolare attenzione è riservata al supporto per la piena accoglienza dei minori disabili, per l'attuazione di interventi di inclusione sociale da prevedere nel piano individuale (comprendendovi anche gli interventi per l'inserimento scolastico e la formazione al lavoro). Sono da potenziare, inoltre, gli interventi finalizzati all'affido e all'adozione dei minori con disabilità.

Gli interventi residenziali destinati ai minori vanno esclusivamente previsti nelle situazioni in cui sia prevalente l'esigenza di garantire un intervento educativo in ambiente protetto, con caratteristiche familiari, contestuale ad attività terapeutico-riabilitative, e non debbono essere comunque protratti oltre la specifica necessità.

6) La riqualificazione ed umanizzazione dei servizi

Tale tipologia di interventi viene realizzata attraverso una concreta presa in considerazione delle specifiche fragilità e con agevolazioni per l'accesso alle strutture sanitarie e socio-assistenziali e per la loro fruizione (eliminazione delle barriere architettoniche e comunicative, assistenza personale adeguata in occasione di interventi di diagnosi cura e riabilitazione) ed interventi per la mobilità (sistemi di trasporto accessibili e fruibili, anche personalizzati delle persone disabili).

7) La piena applicazione della legge 68/1999 per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità rappresenta uno strumento essenziale per favorire la loro inclusione sociale: le aziende sanitarie locali e gli enti gestori garantiranno la piena realizzazione degli interventi di tipo certificativo e di sostegno propedeutico all'avviamento al lavoro che è loro attribuito dalle norme nazionali e regionali. Inoltre le aziende sanitarie regionali e gli enti gestori si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge 68/1999 sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati.

4.5.3.3. Area materno-infantile

Quadro di riferimento

L'area materno-infantile è rivolta alla tutela della salute dei minori e delle donne in età fertile che dai dati BDDE 2004 risultavano essere rispettivamente 644.865 e 968.309; a quest'ultimo dato vanno aggiunte le donne straniere temporaneamente presenti.

Nel 2004 i parti sono stati oltre 35.500, il 16% dei quali di donne straniere che presentano percorsi sanitari non sufficientemente tutelati con esiti perinatali maggiormente problematici.

Rispetto all'area pediatrica i minori che nel 2004 hanno contattato i servizi di neuropsichiatria infantile sono stati 31.432, di questi il 20% è disabile, mentre il 22% presenta problematiche sociali rilevanti spesso gestite con l'autorità giudiziaria (10,5%). L'ADI per l'età evolutiva è organicamente attuata, tramite protocolli assistenziali regionali, in tutte le ASL prevalentemente per quel che riguarda il percorso dei pazienti affetti da fibrosi cistica e per quelli con ventilazione assistita.

I servizi afferenti all'area materno-infantile sono presenti in modo diffuso sul territorio regionale con l'unica eccezione dei pediatri di libera scelta che in alcune zone coprono solo parzialmente la popolazione infantile. Tali servizi in questi anni sono stati ricondotti al dipartimento materno-infantile all'interno del quale dovevano trovare collocazione le funzioni relative ai percorsi assistenziali dell'area.

Il modello organizzativo perseguito ha avuto come obiettivo la definizione dei percorsi assistenziali all'interno di una rete integrata di servizi, vista come unica risposta possibile ad una richiesta di salute sempre più complessa e articolata e rivolta ad una pluralità di servizi. La rete nasce dall'esigenza di coniugare il diritto dei pazienti a prestazioni sempre più appropriate ad un'organizzazione dei servizi sanitari comunque vicina ai cittadini, soprattutto quelli per cui la necessità delle cure non è un fatto episodico.

Sono, altresì, stati sviluppati sistemi di monitoraggio delle attività indispensabili per l'introduzione di sistemi di governo clinico, accanto a quelli esistenti di governo economico, in quanto la sola definizione di standard e linee guida, non è evidentemente in grado di incidere e stimolare un miglioramento effettivo e

continuativo dei risultati prodotti. Con questi sistemi siamo in grado di confrontare i percorsi che pazienti con problemi assistenziali simili effettivamente seguono, e i risultati che i servizi sanitari per essi generano. In questo campo si evidenzia una varietà formidabile nelle performance di diverse strutture e, spesso, di diversi operatori che è uno degli elementi di analisi in corso.

Criticità

Le principali criticità relative all'area materno sono le seguenti:

- disomogeneità organizzative tra le diverse ASR con conseguenti differenze nei servizi offerti, nel diritto di accesso dei pazienti, nella presa in carico, nella lettura dei bisogni della popolazione di riferimento;
- necessità di definire percorsi assistenziali condivisi tali da garantire equità di accesso e trattamento ai cittadini e riduzione degli eccessi di medicalizzazione che si riscontrano in alcune attività e sviluppo di alcuni percorsi emergenti (per esempio i gravi disturbi psichiatrici in età evolutiva e adolescenza);
- implementazione della raccolta dei dati al fine di omogeneizzare il flusso informativo per fini programmatori ed epidemiologici;
- scarsa attenzione agli interventi delle cure primarie, alle relazioni di rete necessarie alla definizione dei percorsi assistenziali dei pazienti ed ai percorsi dei pazienti più deboli;
- discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: fra periodo della gravidanza e del parto, fra parto e puerperio e durante il travaglio. La forte esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio, in gravidanza, all'assistenza privata (nel 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in un ospedale pubblico (dove si verifica oltre il 95% dei parti).

Strategie generali di sviluppo

- Consolidamento della rete dei servizi compatibile con la domanda di salute e con le risorse disponibili attraverso lo sviluppo dei flussi informativi e la definizione dei percorsi assistenziali riconducibili a quest'area:
 - percorso donna (tutela della salute della donna globalmente intesa e per l'arco dell'intera vita);
 - percorso maternità consapevole;
 - percorso nascita;
 - percorso crescita;
 - percorso cronicità;
 - percorso adolescenti.

I percorsi devono garantire la presa in carico in un modello di alleanza terapeutica, il superamento della parcellizzazione della risposta, l'integrazione con tutti i servizi sanitari e non, la trasparenza dell'offerta in relazione e a confronto con la domanda di salute espressa dalla famiglia.

Ad esempio devono essere implementati modelli organizzativi per cui lo stesso professionista, o piccolo gruppo omogeneo di professionisti (medici e/o ostetriche), che segue la gravidanza, assiste anche il parto ed il puerperio, integrandosi in quest'ultima fase con le figure professionali che prendono in carico il neonato.

I percorsi assistenziali propri dell'area devono essere resi accessibili alle donne ed ai minori stranieri (es. informazioni in lingua, mediazione culturale).

- Realizzazione delle relazioni di rete attraverso l'attenzione agli interventi delle cure primarie (come ad esempio consultori, consultori per adolescenti), la formalizzazione del principio di sussidiarietà, il potenziamento delle risposte extraospedaliere (ADI pediatrica, quale risposta per favorire il rientro o la permanenza al domicilio, introduzione della telemedicina per le situazioni più compromesse, attivazione della ospedalizzazione domiciliare per i casi che richiedono competenze non delegabili all'assistenza di base), l'organizzazione pluriprofessionale e la contestuale individuazione delle misure necessarie per il sostegno alle famiglie nelle quali sono presenti situazioni che richiedono una alta assistenza.
- Potenziamento e la messa in rete dei consultori della Regione.
Deve essere salvaguardato il lavoro di equipe elemento imprescindibile per garantire un approccio preventivo e di promozione alla salute ed è necessario definire dei percorsi di salute con procedure standardizzate e uguali su tutto il territorio regionale per il benessere sessuale in tutte le fasi della vita, l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età tra i 15 e i 30 anni, la contraccezione, la maternità libera e consapevole (IVG, gravidanza, parto, puerperio e collegamento con i servizi pediatrici), la gestione della menopausa.
- Promozione di strumenti per la rimozione degli ostacoli che possono spingere le donne a richiedere l'interruzione di gravidanza potenziando la capacità dei consultori di fornire assistenza e informazione su tutte le opportunità disponibili per le donne e la famiglia.
- Consolidamento di misure di soccorso e prevenzione della violenza sulle donne e sui minori attraverso azioni specifiche di assistenza sanitaria e soccorso alle donne che subiscono violenza, attraverso la formazione specifica per le operatrici e gli operatori che vengono a contatto con le vittime di violenza e con l'adozione di linee guida per la segnalazione e la presa in carico di casi di violenza e maltrattamento sulle donne dentro e fuori la famiglia.
- Promozione dell'uso appropriato dell'ospedalizzazione e della risposta alla domanda di salute posta "in urgenza":
 - a) per quanto riguarda i minori, all'interno del percorso crescita che mette in prospettiva le diverse articolazioni: promozione salute, prevenzione, diagnosi precoce, organizzazione risposta all'urgenza, diagnosi e cura della patologia acuta. Con il percorso crescita si deve integrare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica nonché il percorso per le urgenze psichiatriche nei minori;

- b) per quanto riguarda le donne, all'interno dei percorsi salute della donna, maternità consapevole, percorso nascita, con particolare attenzione al coniugare il rispetto della fisiologia con la sicurezza e la qualità delle cure.

Obiettivi di salute da perseguire in questo ambito riguardano:

- l'umanizzazione della nascita, attraverso corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il rooming-in, l'assistenza al puerperio;
- l'avvicinamento-contatto puerpera-neonato (anche patologico) tramite il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatalogica;
- la promozione dell'allattamento al seno;
- l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette e le dimissioni precoci;
- la salvaguardia della gravida e del neonato attraverso l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute e la possibilità che gravide e neonati ad alto rischio siano assistiti in strutture di livello di specializzazione adeguato;
- la riduzione dei tagli cesarei, anche mediante il potenziamento della rete di consultori e servizi territoriali pubblici, rispettosa delle preferenze individuali e della continuità di assistenza di cui necessita la donna durante la gravidanza;
- la prevenzione ed il trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali, attraverso l'individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale;
- la messa a regime del registro malformazioni;
- l'attivazione di strategie di intervento mirato alla prevenzione ed alla cura di fenomeni depressivi che possono insorgere nelle donne a seguito del parto.

La razionalizzazione della funzione dell'ospedale di riferimento pediatrico OIRM riducendo la attuale dispersione di energie in assistenza di livello non complesso a danno di specializzazioni necessarie e attualmente carenti per tutto il bacino regionale e la ridefinizione dell'organizzazione, verso patologie complesse, dell'ospedale Sant'Anna al quale giungono domande di prestazioni che potrebbero trovare adeguate risposte presso servizi di ASL.

La promozione della formazione degli operatori dell'area verso un modello non centrato sulla disciplina di appartenenza, ma su un modello di "funzione assistenziale" confrontato con la domanda di salute delle donne, delle famiglie, dei minori.

La promozione di progetti di sostegno alle aree depresse (es. gemellaggio con servizi assistenziali materno-infantili nei paesi in via di sviluppo).

Strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistano le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva

Le azioni in questo ambito debbono tendere alla predisposizione di un piano straordinario collegato al superamento del ricovero in istituto dei minori.

Anche a tal fine occorre prevedere:

- il recepimento da parte degli enti gestori - con appositi atti deliberativi che indichino il quadro delle risorse professionali e finanziarie necessarie – delle competenze attribuite dalla legge regionale 1/2004 che afferma il diritto dei minori – specie se in condizioni di disagio – ad accedere prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- l'obbligatorietà della erogazione, da parte degli enti gestori e delle aziende sanitarie, delle prestazioni essenziali di rispettiva competenza relative alle funzioni di tutela dei minori (assistenza economica, domiciliare ed educativa; servizi per l'affidamento familiare e per l'adozione; accreditamento e vigilanza sulle strutture residenziali, ed altro);
- l'obbligatorietà degli interventi diretti alla promozione e realizzazione degli affidi e al sostegno degli affidamenti "a rischio giuridico di adozione" e delle adozioni, in particolare di quelle "difficili", riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati;
- la verifica della sperimentazione sulle "famiglie professionali" ed il potenziamento degli interventi di sostegno agli affidamenti familiari da parte dei servizi socio sanitari;
- la revisione dei requisiti delle strutture;
- il monitoraggio continuativo a livello regionale, in accordo con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, dei minori ricoverati e dei minori affidati per fornire agli enti gestori, alle aziende sanitarie ed all'autorità giudiziaria e, nel rispetto del diritto alla riservatezza, alle associazioni impegnate nel settore minorile i dati aggiornati sulle situazioni dei minori in modo da poter attivare tempestivamente progetti mirati diretti alla loro dimissione ed alla prevenzione di nuovi inserimenti in struttura;
- indicazioni agli enti gestori per progetti finalizzati all'autonomia dei minori che diventano maggiorenni e che non possono rientrare nella famiglia di origine e non sono però ancora pronti per un inserimento sociale autonomo (prevedendo la possibilità di permanenza nelle comunità oltre il diciottesimo anno di età ed istituendo convivenze "guidate" in normali appartamenti).

4.5.3.4. Salute mentale

Quadro di riferimento

Il riferimento legislativo e di indirizzo per le attività dei servizi di salute mentale è il DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000". All'ultimo rilevamento regionale, gli assistiti dei 25 Dipartimenti di salute mentale (DSM) della Regione, sono 44.872, pari all'1 % della popolazione totale, con 15.525 nuovi pazienti ogni anno.

In tutto il territorio della Regione Piemonte sono stati istituiti 25 Dipartimenti di salute mentale. I centri di salute mentale sono 66 (2,3 ogni 150.000 abitanti), i Centri Diurni sono 49 (1,73 ogni 150.000 abitanti), i servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono 23 con disponibilità di 282 posti letto (0,66 posti letto per 10.000 abitanti), i day hospital sono 23 con 61 posti letto (0,14 posti letto per 10.000 abitanti). I posti letto nelle strutture residenziali sono 1.212 con un tasso di 2,85 posti letto per 10.000 abitanti. Ci sono inoltre 646 posti letto nelle 9 case di cura neuro-psichiatriche convenzionate.

Le risorse economiche per i dipartimenti di salute mentale sono al di sotto del 5% del bilancio delle aziende sanitarie e gli operatori impiegati sono 2.422 con un tasso di 0,85 ogni 1.500 abitanti.

Criticità

- L'assistenza psichiatrica in Piemonte è stata caratterizzata da esperienze innovative che hanno portato, a partire dalla promulgazione della legge 180/1978, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici e all'apertura di un'efficiente rete di servizi territoriali. Si assiste oggi ad uno stallo nella prosecuzione del percorso virtuoso intrapreso, con decadimento della qualità dell'assistenza erogata e disomogeneità delle risposte sul territorio, che ha determinato differenze e iniquità nei trattamenti.
- Scelte di politica sanitaria hanno causato disomogenea allocazione delle risorse economiche e di personale, burocratizzazione dei servizi e delega della titolarità della cura al privato.
- Nella configurazione attuale, la rete dei servizi di salute mentale risente della mancanza di investimenti e di linee di indirizzo che ne orientino l'operatività secondo priorità discusse e condivise.
- Sono ancora insufficienti le scelte e le azioni volte a superare le difficoltà di comunicazione ed integrazione funzionale sia all'interno della rete dei servizi di salute mentale che con gli altri servizi sanitari e sociali.
- Mancato ascolto e coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari, col risultato di aumentare sempre di più il divario tra desideri e necessità dei pazienti e risposte ottenute.
- Scarsa integrazione tra servizi sanitari e altri servizi, con conseguente timore di ciascuno dei soggetti di assumere la presa in carico del cittadino in assenza

di un adeguato supporto degli altri attori istituzionali; ciò è tanto più grave se si considera l'origine anche sociale delle patologie emergenti sopra descritte.

- Per mancanza di risorse si assiste ad una diminuzione dell'attività territoriale, con diminuzione dell'orario di apertura dei servizi e dei day hospital, e ad un ristagno delle attività di reinserimento sociale e lavorativo.
- Manca un reale monitoraggio sull'efficacia dei farmaci che costituiscono una parte non irrilevante della spesa sanitaria in questo ambito.
- Vi è un utilizzo improprio delle case di cura, in cui talvolta i pazienti permangono per molto tempo con costi esorbitanti.
- Mancano strutture e procedure adeguate per le patologie adolescenziali non contenibili in strutture sanitarie o socio sanitarie per l'infanzia o per minori, mentre è controindicato il ricovero nei reparti psichiatrici degli ospedali; manca ad oggi un coordinamento con le NPI ed eventualmente con altri servizi per affrontare adeguatamente questi casi.
- L'allungamento della vita rende più rilevanti e numerosi i disturbi psichiatrici in persone di età superiore ai 65 anni.

Strategie generali di sviluppo

La promozione della salute mentale implica la realizzazione di una rete di servizi capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini, garantendo l'esercizio dei diritti, fornendo opportunità e cittadinanza.

Nell'ambito dei servizi di salute mentale l'integrazione tra diversi enti e servizi, da lungo tempo auspicata e solo in parte realizzata, è universalmente ritenuta condizione necessaria alla realizzazione di progetti di prevenzione, cura e riabilitazione. I diversi enti coinvolti devono, nell'interesse comune, trovare modalità di impegno e responsabilità nel concorrere, in forza del mandato istituzionale, a dare risposte ai bisogni dei cittadini, in particolar modo a quelli più deboli e meno contrattuali, di cui fanno parte i cittadini che afferiscono ai servizi psichiatrici.

I principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale sono:

- la multi-professionalità dell'equipe che deve assicurare un'azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione,
- l'integrazione in ogni ASL dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale a partire dai bisogni dei pazienti,
- la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi comuni di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale,

- il rifiuto di scelte che portino all'istituzionalizzazione dei pazienti, tendendo in caso di necessità di ricovero a mantenere il paziente vicino al luogo di residenza; qualora nel percorso di cura si debba giungere al ricovero, il medesimo deve avvenire in strutture residenziali nell'ambito dell'ASL di residenza o di quelle più vicine alla residenza del ricoverato. La verifica delle scelte residenziali avverrà con periodicità semestrale e ne sarà informata la Commissione consiliare competente,
- il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, sia in senso quantitativo che qualitativo, nonché la riqualificazione ed il miglioramento delle condizioni ambientali e strutturali dei servizi,
- la formazione degli operatori finalizzata a riorientarne lo stile di lavoro secondo obiettivi e priorità quali la risposta ai bisogni dei pazienti gravi (compresi i pazienti "non collaboranti") e la risposta all'urgenza, con particolare riferimento alle azioni congiunte con i servizi sociali, i medici di medicina generale, le associazioni dei familiari e degli utenti e il volontariato,
- il miglioramento dell'efficienza della rete ospedaliera e della risposta alle necessità di ricovero sia adeguando il numero dei posti letto dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che aumentando l'appropriatezza dei ricoveri,
- la promozione di azioni formative e organizzative volte ad evitare l'uso della contenzione fisica,
- la programmazione di posti letto da parte dei servizi di salute mentale, per la gestione delle acuzie e delle post-acuzie, alternativi al ricovero ospedaliero sia pubblico che privato,
- l'implementazione della capacità di risposta dei servizi territoriali alle forme di grave disagio psichico giovanile, a rischio di disabilità, prevedendo percorsi di cura con azioni congiunte, in particolare tra servizi di salute mentale e servizi di neuropsichiatria-infantile e di sostegno alle famiglie oltre che strategie mirate a mantenere il più possibile il legame con il contesto di provenienza,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale – ove possibile - a livello aziendale e distrettuale tra il servizio di neuropsichiatria infantile, il dipartimento di salute mentale ed il servizio socio-assistenziale per la gestione degli esiti di patologie neuro-psichiatriche dell'età evolutiva,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale – ove possibile - a livello aziendale e distrettuale, tra servizio per le dipendenze, DSM e servizio socio-assistenziale per la gestione dei problemi correlati ai quadri complessi di concomitanza tra dipendenze e altri disturbi mentali,
- i DSM devono farsi carico in integrazione col servizio socio-assistenziale dei disturbi psichiatrici delle persone anziane,

- la promozione di azioni per far fronte ai disturbi psichici legati all'immigrazione, al disagio connesso alle periferie urbane, alle persone senza fissa dimora, agli ospiti dei centri di permanenza temporanea,
- la revisione della rete residenziale pubblica e privata con l'obiettivo di promuovere progetti di ricollocazione dei pazienti in "case supportate" dai servizi di salute mentale, in collaborazione con ATC e comuni,
- la valorizzazione dell'esperienza delle imprese sociali e degli inserimenti lavorativi quali strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione,
- la messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale che coinvolgano la comunità locale, scuole, luoghi di lavoro e di aggregazione, in collaborazione con i servizi di educazione sanitaria e i medici di medicina generale, che contemplino azioni di contrasto contro lo stigma e l'esclusione,
- la valorizzazione e riconoscimento delle esperienze di associazionismo degli utenti quale risorsa per la programmazione e lo sviluppo dei servizi di salute mentale,
- l'istituzione della Consulta regionale per la salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni di familiari ed utenti, con la funzione di esprimere pareri in materia di salute mentale e vigilare sull'attuazione del Piano socio-sanitario,
- la promozione di azioni per garantire adeguati livelli di intervento alle persone detenute promuovendo e rafforzando gli interventi dei servizi di salute mentale nonché sviluppando rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare e favorire programmi di cura in alternativa alla detenzione in carcere o negli ospedali psichiatrici giudiziari,
- la costituzione di un osservatorio epidemiologico sulla salute mentale integrato con la rete epidemiologica regionale sia a sostegno della programmazione regionale che per la valutazione dei risultati delle sperimentazioni da mettere in atto,
- la promozione di accordi tra università e ASL per ampliarne l'esperienza di lavoro territoriale e per implementare progetti di formazione e ricerca,
- il potenziamento delle strutture di day hospital, al fine di evitare l'ingresso del paziente in un ciclo di strutture di ricovero dai costi molto alti,
- un monitoraggio clinico sull'efficacia dei farmaci,
- un ripensamento dei rapporti tra ASL, case di cura e altre soluzioni residenziali (come ad esempio le "case supportate"), per individuare, laddove la soluzione residenziale è necessaria, le strutture più adeguate e costi compatibili,
- collegamenti con i servizi che si occupano di patologie che confinano con il disagio mentale (dipendenze, disabilità, minori, anziani), con gli enti locali, con il terzo settore, con l'amministrazione della giustizia,

- in generale appare strategico investire su "infrastrutture relazionali" piuttosto che su servizi specialistici,
- la valorizzazione di esperienze di coinvolgimento delle famiglie nei progetti terapeutici e riabilitativi.

4.5.3.5. Patologie delle dipendenze

Quadro di riferimento

L'utenza dei SERT piemontesi, si mostra stabile con 18.935 soggetti in carico nel 2005 (13.108 per droghe, 4764 per alcol e 1063 per altre dipendenze); il tasso è superiore a quello medio italiano, con 2.000 nuovi utenti per anno ed un rapporto tra i sessi di 5 a 1 (maschi/femmine). Nel 2005 sono state erogate 399.992 giornate di presenza in comunità terapeutica, strutture semiresidenziali e case alloggio per malati di AIDS.

La distribuzione regionale mostra variabilità con aree, soprattutto quelle metropolitane, che presentano, in rapporto alla popolazione, oltre il doppio degli utenti rispetto alla media regionale. Il profilo delle sostanze per le quali i soggetti richiedono il trattamento sta cambiando con una diminuzione relativa del ruolo dell'eroina che rimane, comunque, il problema principale riportato dall'80% degli utenti, e con un aumento della cocaina (il più significativo), dei cannabinoidi e delle altre droghe.

Rispetto alla ripercussione delle sostanze sulla salute dei consumatori, si evidenzia da un lato il ridursi della prevalenza dell'HIV tra chi predilige la via iniettiva, d'altro lato la alta prevalenza delle epatiti B e C; secondo l'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze (OEDT) il tasso di infezione da HCV tra i consumatori di droga per via parenterale risulta essere in Italia di circa il 60% e il numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti permane a livelli storicamente alti, seppur siano apprezzabili segni di inversione di tendenza.

L'impatto sulla salute dell'abuso di alcol in Piemonte è stimabile attraverso il numero di morti direttamente correlate all'alcol: 1.503 annue nel triennio 1998-2000, pari al 3% della mortalità generale, con una distribuzione geografica che colpisce soprattutto i residenti nelle zone montane.

Negli anni più recenti un sempre maggiore allarme sociale ha caratterizzato il tema delle dipendenze patologiche da comportamenti; in primo luogo, per impatto sociale, economico e di salute, il gioco d'azzardo patologico (GAP).

Si tratta di fenomeni la cui conoscenza epidemiologica in termini sia di frequenza che caratteristiche della popolazione colpita, non è nota in Italia; negli USA la prevalenza del GAP è stimata superare l'1% della popolazione generale, in Svizzera lo 0,8%.

Per ciò che riguarda i giovani, lo studio HBSC (Health Behaviours in School-aged Children) riporta che in Piemonte, nel 2004, il 33% dei quindicenni maschi e il 28%

delle femmine riferiscono di avere usato cannabis nella loro vita ed il 10% e 5% rispettivamente di averlo fatto più di 40 volte. L'8% dei maschi e il 4% delle femmine ha usato almeno una volta nella vita una sostanza tra: ecstasy, amfetamine, oppiacei, cocaina, solventi, LSD.

Il NIDA (l'Ente Federale USA per l'abuso di droghe) definisce la patologia delle dipendenze una malattia "del cervello" ("brain disease"), correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali, ad un incremento patologico degli "appetiti" fisiologici (sovralimentazione, dipendenza da sesso, dipendenza affettiva) ed alle dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico, nuove tecnologie, acquisto compulsivo ed altri).

E' confermata dalla comunità scientifica internazionale, inoltre, la natura olistica, sul piano biologico e fenomenologico, delle diverse manifestazioni della patologia delle dipendenze.

I fattori di svantaggio sociale preesistenti e concomitanti hanno il ruolo di determinanti nell'aumentare il rischio di malattia, di morbilità per patologie correlate, di mortalità, di perdita di competenze sociali e nel ridurre drasticamente le possibilità di remissione, favorendo la recidività e/o la cronicizzazione del sintomo; è ora quindi condivisa una visione ampia del problema, non "riduzionistica" ed orientata esclusivamente in senso biologico. Tale lettura, centrata anche sulla rilevanza della soggettività della persona che consuma sostanze, cerca di coniugare i principi etici dell'autonomia e dell'autodeterminazione nella prospettiva dell'alleanza terapeutica con il sistema di cura.

Criticità

- La legge 49/2006 (che, tra l'altro, "equipara" servizi pubblici e privati facendo confusione di ruoli e competenze) è l'esempio più recente e rilevante della mancanza di condivisione in merito sia ai modelli teorici che sottostanno alla lettura delle dipendenze, sia alle metodologie di intervento ed all'importanza dei problemi, da parte dell'opinione pubblica, dei decisori e di alcuni erogatori di trattamenti.
- Persiste ancora, in parte, nell'opinione pubblica e nel mondo dei decisori politici una visione dicotomica, semplificata ed arretrata, della contrapposizione sviluppatasi in anni passati: trattamento farmacologico o invio presso comunità, SERT o privato, riduzione del danno o avvio di percorsi di cura e reinserimento sociale e così via.
- Vi è scarsa consapevolezza sul fatto che spendere nella prevenzione e nel contrasto alle dipendenze conviene, alla collettività ed alla sanità, perché contribuisce ad evitare o contenere i costi sociali ed economici che le dipendenze determinano.
- I servizi pubblici e privati sono prevalentemente orientati ad occuparsi dei problemi in proporzione all'allarme sociale suscitato piuttosto che alla loro

rilevanza in termini di salute individuale e pubblica (nell'ordine: tabacco prima che sovralimentazione e alcool, prima che droghe e gioco d'azzardo patologico).

- Il ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza non è unitariamente attribuito al sistema integrato di settore, nel quale servizi pubblici per la patologia delle dipendenze lavorano insieme ai servizi del privato sociale e con gli altri servizi interessati per le patologie associate e/o correlate.
- Il personale operante nei SERT e nelle realtà del privato sociale va costantemente diminuendo, con una crescente precarizzazione degli addetti. Ciò ha reso precaria l'esigibilità dei diritti ad un'assistenza omogenea ed equa in tutto la Regione.
- La concezione economicista che si è andata affermando nelle politiche socio-sanitarie ha prodotto distorsioni anche nell'ambito delle dipendenze in termini sia di adeguatezza che di efficacia degli interventi.
- Per i consumatori problematici di sostanze illegali, tutta l'assistenza sanitaria e sociale è spesso delegata indistintamente ai servizi specialistici.
- I servizi pubblici e del privato no-profit peraltro sono calibrati prevalentemente sulla dipendenza da eroina e faticano a sviluppare interventi per le altre patologie da dipendenza.
- Sono in aumento i quadri complessi di polidipendenza, con consumi contemporanei o alternati di varie sostanze psicoattive assieme a comportamenti di dipendenza senza sostanze; in questi casi vi è una maggiore probabilità di evoluzione sfavorevole e di sviluppo di importanti disabilità psichiche e sociali.
- Le persone con dipendenze non da "droghe" spesso non percepiscono di avere un problema di salute, si rivolgono poco ai servizi né ne conoscono l'esistenza.
- Pur essendosi già molto ridotto, l'eccesso di mortalità acuta e di morbosità infettiva tra i tossicodipendenti è ancora molto elevato rispetto alla popolazione generale; cresce inoltre il manifestarsi di comorbilità psichiatrica e/o di compromissione psichiatrica e di altre forme di disabilità.
- Nonostante si mantenga elevata la spesa per fronteggiare le patologie alcol-correlate, la mortalità alcol-attribuibile, seppur in calo, si mantiene più elevata in Piemonte rispetto alla media nazionale.
- Non esistono forme strutturate di coordinamento fra i servizi che, a vario titolo si occupano di problematiche alcol-correlate e, quindi, neppure un sistema di valutazione della appropriatezza dei trattamenti.
- La prevenzione primaria, della quale è stata dimostrata l'efficacia solo per ben dettagliati interventi di incremento delle abilità sociali, è ancora affidata ad iniziative sporadiche, "creative", disomogeneamente distribuite sul territorio.
- Molti progetti innovativi sono stati caratterizzati da discontinuità e da una sorta di "cronicizzazione della sperimentazione" in quanto raramente sono stati incorporati nel sistema dei servizi; ciò si è verificato particolarmente nelle aree della riduzione del danno e del reinserimento socio lavorativo.

- Il sistema di sorveglianza poggia ancora principalmente su flussi costituenti il debito informativo nazionale, insufficienti all' azione di governo regionale.
- Gli interventi per i minori e le famiglie sono insufficienti; è incompleta l'integrazione tra i servizi coinvolti, anche nelle situazioni di minori figli di persone con dipendenza.
- Si risente ancora della incompleta applicazione della riforma dell'assistenza sanitaria in carcere e della mancanza di uno specifico strumento normativo regionale.
- L'assistenza alla popolazione dipendente immigrata è condizionata dalle differenti applicazioni della normativa vigente.

Strategie generali di sviluppo

Principi:

- 1) Nessuno dovrà essere escluso dai percorsi di trattamento in base alla propria minore o maggiore motivazione o propensione ad intraprendere percorsi di riduzione/cessazione del proprio comportamento additivo.

Nella pratica l'unico approccio legittimato è stato a lungo quello ai trattamenti "drug-free" e l'unico outcome "legittimo" l'astensione totale dal comportamento dipendente.

Da alcuni anni vi è l'evidenza scientifica che l'astensione totale è un esito perseguibile stabilmente solo in una parte di soggetti. Altri outcome (riduzione di mortalità e patologie associate, incremento delle abilità sociali, inclusione, benessere soggettivo) misurano efficacemente il miglioramento della salute.

- 2) L'evidenza di efficacia come criterio ordinante.

I trattamenti offerti dal sistema dei servizi dovranno poggiare sui criteri dell'evidenza scientifica di efficacia; in questa logica pubblico e privato sociale concorreranno al sistema complessivo, nella salvaguardia e valorizzazione delle differenze, non in competizione ma in integrazione.

Le linee di sviluppo individuate sono:

- Il posizionamento come elemento centrale di riferimento per la patologia delle dipendenze, del sistema ad alta integrazione tra i servizi pubblici e quelli del privato sociale per quel che concerne le aree di prevenzione primaria e secondaria, trattamento e reinserimento. Una forte programmazione regionale che coinvolga servizi pubblici e privati può contribuire a ridurre la precarietà di entrambi i versanti, completando anche il percorso culturale e istituzionale che deve portare al riconoscimento di un ruolo di primo piano di tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore. Per migliorare l'appropriatezza dell'offerta, va garantita ai cittadini utenti la libertà di scelta tra i trattamenti a parità di efficacia, protezione dai rischi, e condizioni, dopo adeguata valutazione diagnostica multidisciplinare che il servizio pubblico deve assicurare. In questa

cornice diventa indispensabile il potenziamento del servizio pubblico e assicurare, nell'appropriatezza, la pluralità e l'articolazione dei percorsi di trattamento.

- In ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza.
- Verrà conservata l'attuale definizione delle strutture complesse SERT. Il sistema di rete dovrà inoltre garantire un'efficiente integrazione con le strutture sanitarie che si occupano di patologie correlate e confinanti con la patologia delle dipendenze.
- Considerata l'ampia diffusione dei disturbi della patologia delle dipendenze, la riorganizzazione dell'erogazione degli interventi trattamentali e di riabilitazione/reinserimento dovrà avvenire razionalmente su 2 livelli:
 - a) i servizi per la patologia delle dipendenze pubblici e privati, nell'ambito delle rispettive competenze, erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza ed alta complessità (sostanze illegali, gioco d'azzardo, nuovi comportamenti di dipendenza) e gli interventi complessi sui fenomeni ad alta prevalenza (alcol, tabacco);
 - b) tutti i servizi interessati alle problematiche delle dipendenze per le patologie associate e/o correlate (medicina di base, gastroenterologie, pneumologie e così via) erogheranno gli interventi di base sui fenomeni ad alta prevalenza (alcol e tabacco), capillarmente, secondo linee guida e nel quadro di un coordinamento tra i trattamenti.

L'orizzonte strategico è costituito dalla maggiore restituzione possibile della gestione di tali problematiche ai servizi di territorio.

- L'adeguamento dell'offerta dei trattamenti per l'alcolismo, da parte dei servizi per le dipendenze e degli altri soggetti pubblici e privati e del volontariato. Fondamentale risulterà coordinare e rendere più precoce il trattamento della dipendenza e dell'abuso di alcol, per ridurre le conseguenze sanitarie ed i costi personali, familiari e sociali.
- L'erogazione di interventi di riduzione del danno (RDD) che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie, in tutte le ASL.
- La restituzione della funzione di "laboratorio" al Fondo regionalizzato della d.p.r. 309/1990; dovrà consentire sperimentazioni a seguito delle quali identificare e dare stabilità a ciò che si dimostra valido e interrompere gli interventi meno efficaci.
- La promozione degli interventi basati su rapporti di mutuo-aiuto e sul coinvolgimento delle famiglie; questi interventi coinvolgono i genitori come risorsa per i propri figli e li rendono al tempo stesso risorsa per altri genitori con il medesimo problema.

- La regolamentazione attraverso protocolli operativi:
 - a livello aziendale e distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze e della salute mentale;
 - a livello distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze ed i servizi socio-assistenziali.

A livello regionale sarà:

- perseguita l'attività di sperimentazione tramite azioni straordinarie, con progetti speciali, locali e di interesse regionale, in particolare per la riduzione di rischi e dei danni,
- costituito un tavolo tecnico di coordinamento regionale, con esperti di patologia delle dipendenze del settore pubblico e del privato sociale, al fine di rendere partecipata e diffusa l'attuazione del presente Piano,
- previsto lo studio di forme di partecipazione attiva e diretta dei cittadini-utenti,
- predisposto il Piano regionale della prevenzione primaria dei comportamenti di dipendenza, per l'omogenea attuazione degli interventi dimostratisi efficaci, che si attuerà nei piani locali e un programma di formazione regionale integrato per gli operatori pubblici e privati,
- fortemente integrata e successivamente unificata l'attività dei servizi che si occupano di analisi epidemiologica (OED) e valutazione (Centro valutazione),
- promossa una serie di iniziative di comunicazione sanitaria volte alla divulgazione di informazioni corrette sul fenomeno, fondate su criteri scientifici, alla popolazione generale, ai media ed ai decisori.

4.5.3.6 La salute degli immigrati e delle immigrate

Quadro di riferimento

In Piemonte al 31 dicembre 2004 risiedevano 208.538 stranieri regolarmente presenti, provenienti da paesi extra UE (il 7,1% del totale nazionale), pari al 4,9% della popolazione piemontese, con leggera prevalenza di uomini rispetto alle donne. A questi occorre aggiungere la quota dei cittadini non regolarmente presenti, ossia coloro che non hanno più o non hanno mai avuto un permesso di soggiorno, a diverso titolo, e che si stima siano circa il 30% rispetto ai regolarmente presenti, vale a dire circa 70.000 persone. I dati sanitari descrivono il progressivo depauperamento del cosiddetto "effetto migrante sano". Infatti nella gran parte dei casi gli immigrati sono persone che fondano il loro progetto migratorio sul proprio patrimonio di salute (l'effetto "migrante sano") e che, in seguito a condizioni di vita non ottimali (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima), malattie importate dal

paese d'origine, barriere culturali e linguistiche e mancanza di supporto familiare, subiscono un progressivo declino della loro salute e ricorrono all'assistenza sanitaria. I ricoveri ospedalieri di stranieri in Piemonte sono in costante e progressivo aumento (da 14.190 del 1997 a 27.331 del 2001), pur continuando a rappresentare un'esigua percentuale del totale (circa il 4%). Nel 2003, dei circa 800.000 ricoveri in Piemonte, 32.000 riguardano i cittadini stranieri (regolari e non regolari).

Criticità

Le principali criticità sono le seguenti:

- problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito;
- accade spesso che stranieri regolarmente presenti e quindi pienamente cittadini non si iscrivano al SSN, pur avendone pieno diritto. Esiste quindi un problema di informazione e di consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati;
- molti cittadini migranti, sia iscritti al SSN che STP (straniero temporaneamente presente) non iscrivibili, non trovano adeguata presa in carico da parte di servizi territoriali ed ospedalieri, in relazione a perduranti difficoltà a garantire accoglienza e supporto per la continuità delle cure. In particolare, vi sono problemi per la continuità delle cure riabilitative, ad esempio, fisioterapiche e logopediche;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Centri Informazione Salute Immigrati, attivati in 11 ASL in attuazione dell'allegato B, capitolo 12 del Piano sanitario 1997-1999);
- rilevante maggiore frequenza di IVG tra le donne immigrate rispetto alle donne italiane; maggiori difficoltà incontrate da donne immigrate in gravidanza ad accedere a prestazioni preventive ed ai corsi di preparazione al parto;
- nel caso di minori stranieri 'non accompagnati' in carico ai servizi sociali, vengono denunciate difficoltà ad attribuire ad ASL territorialmente competenti la copertura della quota sanitaria (nel caso di interventi a carattere continuativo comportante una presa in carico integrata: interventi di educativa territoriale, interventi di semiresidenzialità o di residenzialità a valenza sanitaria). Inoltre, non è sempre facile e tempestiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali di neuropsichiatria infantile della ASL;
- nel caso di adulti, si osservano forti difficoltà da parte dei servizi dei DSM a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che STP. L'offerta garantita spesso è il ricovero presso gli SPDC, mentre non viene garantita la possibilità di fruire di prestazioni di riabilitazione semiresidenziali o residenziali;
- disposizioni ancora vigenti limitano ai solo cittadini residenti la possibilità di fruire di alcune tipologie di prestazioni sanitarie integrative (presidi per diabetici,

alimenti per celiaci e per altre patologie, materiale per medicazione, ed altri). Ciò impedisce, di fatto, la possibilità di erogare importanti prestazioni di assistenza a cittadini stranieri STP domiciliati ma non residenti. Stranieri irregolari divenuti disabili essendo STP, non possono essere riconosciuti né invalidi civili né handicappati in condizioni di gravità ai sensi delle leggi vigenti; inoltre, non vengono presi incarico dai servizi sociali e, conseguentemente, sono costretti a prolungare impropriamente la degenza presso strutture ospedaliere specializzate anche per anni, pur avendo terminato l'iter riabilitativo in degenza.

Strategie generali di sviluppo

- Facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri. E' inoltre indispensabile coinvolgere le amministrazioni provinciali nel lavoro di programmazione integrata.
- Prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari.
- Rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili.
- Sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento di accoglimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico in particolare di questi pazienti.
- Formulare indicazioni alle ASL affinché si facciano carico in modo competente delle problematiche dei minori stranieri 'non accompagnati' individuati nel loro territorio.
- Definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale. Individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali sia presso servizi diurni.
- E' necessario, infine, affrontare il problema della tutela della salute dei cittadini stranieri nel CPT di Torino, non essendovi precise indicazioni operative, concordate tra le diverse istituzioni competenti, in merito alla sorveglianza sulle condizioni di vivibilità e sicurezza ed in merito alla necessità di garantire accettabili livelli assistenziali all'interno del centro.

4.5.3.7. Medicina Penitenziaria

Quadro di riferimento

La riforma del sistema sanitario penitenziario, dettata dal decreto legislativo 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute

all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Il processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Gennaio 2000, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché, in forma sperimentale, il graduale trasferimento, in alcune regioni, delle restanti funzioni sanitarie. Il decreto prevede di estendere il trasferimento, al termine della sperimentazione, all'intero territorio nazionale.

Vi è una forte differenza nel territorio regionale nei rapporti tra aziende sanitarie ed istituti di pena che vede comunque l'assistenza medica di base garantita dalle strutture interne delle carceri mentre sono state assunte in maniera disomogenea iniziative nei settori specialistici ritenuti più problematici: patologie infettive (epatiti croniche e soprattutto sindromi AIDS-correlate, tossicodipendenze, disturbi psichiatrici).

Allo stato per il settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è stato attivato a livello regionale un tavolo tecnico, dove, attraverso un lavoro di confronto con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), si è prodotto un protocollo d'intesa, con la finalità di avviare forme concrete di collaborazione tra le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari.

Sul territorio piemontese sono presenti 14 istituti penitenziari di cui uno minorile (Ferrante Aporti), fortemente variegati per dimensioni e tipologia.

La popolazione carceraria nel territorio piemontese, secondo i dati forniti dal PRAP e aggiornati al 29 dicembre 2005, è la seguente: 4856 detenuti di cui 2592 cittadini italiani, 2265 stranieri e 198 donne .

Criticità

I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano da elementi di criticità che possono ricondursi al sovraffollamento, a problemi infettivologici e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali e alla carenza del personale.

In Piemonte non esistono ospedali psichiatrici giudiziari ma, all'ultimo rilevamento (2003), risultano circa 50 cittadini piemontesi collocati nei diversi OPG e 150 persone sia indagate che condannate collocate in presidi sanitarie socio-assistenziali, con costi a carico del servizio sanitario regionale.

Strategie generali di sviluppo

In ossequio al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute, la Regione Piemonte persegue, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- indicare i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse e legate alla condizione detentiva;
- intervenire, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche, nelle aree di maggiore criticità, dove sono presenti i problemi di salute mentale e di natura infettivologica, e dove è richiesta un'azione di tutela della salute delle donne, dei minori e degli stranieri;
- sostenere le forme di collaborazioni tra aziende sanitarie locali e istituti penitenziari per la messa a punto di protocolli operativi e regolamentazione di rapporti tra aziende sanitarie e istituti penitenziari alla luce delle normative nazionali e regionali al fine di garantire eguaglianza di diritti alle cure della popolazione detenuta;
- assicurare la presenza attiva dei servizi delle aziende sanitarie locali nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri;
- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del d.lgs 230 del 1999;
- promuovere di concerto con l'Assessorato alle politiche sociali e l'Assessorato al lavoro regionali e con gli enti locali del territorio piemontese iniziative volte al reinserimento sociale e lavorativo (con opportunità dentro e fuori gli istituti penitenziari) di detenuti con posizione giuridica compatibile;
- sviluppare le linee programmatiche in costante coordinamento con l'amministrazione penitenziaria, ipotizzando la costituzione di un tavolo regionale, al fine di favorire e migliorare le condizioni di salute della popolazione carceraria, attraverso il confronto e la concertazione tra le parti;
- sviluppare rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare programmi di cure alternative alla detenzione in carcere o all'ospedale psichiatrico giudiziario per soggetti autori di reato portatori di disturbi mentali.

CAPITOLO 5

LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE

Premessa

La salute è un bene primario che a livello collettivo deve essere tutelato con la massima efficacia con politiche e strategie mirate alla prevenzione e alla promozione della salute. A livello individuale tuttavia, per la diagnosi e la terapia delle patologie clinicamente conclamate, si rende necessario ricorrere alle cure ospedaliere, anche se nel tempo, grazie soprattutto allo sviluppo tecnologico, risulta sempre più limitato il ricorso a trattamenti che comportano prolungate degenze. La disponibilità di tecniche diagnostico/terapeutiche ha fornito risposte alla crescente esigenza manifestata dai cittadini di restare il più possibile al proprio domicilio e di mantenere inalterata la propria capacità lavorativa anche in caso di malattie gravi e croniche.

Nel programmare la rete ospedaliera è oggi necessario prevedere un sistema integrato per fornire risposte adeguate anche alle aspettative attuali in termini di diagnosi, terapia, riabilitazione e assistenza ad una popolazione che vede innalzata l'età media e la prevalenza di malattie croniche. Risulta necessario riorganizzare il sistema sanitario, in modo che ogni soggetto erogatore si faccia carico di specifiche prestazioni in un'ottica di sistema e di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori. Occorre, da un lato, concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro potenziare le altre strutture per la diagnosi, la prevenzione, il follow-up e la cronicità con particolare attenzione per le strutture pubbliche.

Pertanto, il modello dell'ospedale che si deve prevedere si configura come componente di un sistema di assistenza, complesso e integrato, che dovrebbe sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per realizzare un'organizzazione a rete di servizi. L'ospedale deve essere concepito come un nodo primario di questa rete sanitaria, in un sistema che mette al centro il "cittadino" e non l'ospedale.

In quest'ottica, la valutazione delle performance sanitarie prodotta dalle revisioni sistematiche della casistica mostra che, per garantire i necessari requisiti di qualità, in linea coi parametri internazionali, occorre concentrare quanto più possibile i trattamenti ad elevata complessità in pochi centri, dotati di alta tecnologia ed elevata professionalità specialistica.

L'assistenza per interventi riabilitativi dedicati alla postacuzie, soprattutto nelle fasce più fragili di popolazione, deve invece essere collocata più opportunamente in strutture sanitarie diffuse sul territorio, che non prevedono necessariamente la disponibilità di alte tecnologie ma che, pur garantendo gli idonei parametri assistenziali, non privino il paziente della vicinanza logistica ai familiari.

Sulla base dei principi su elencati ed in linea sia con il Piano sanitario nazionale 2003 – 2005, che prevede tra gli obiettivi prioritari il cambiamento strategico del ruolo

dell'ospedale con l'inserimento dello stesso nella più ampia rete dei servizi sul territorio, sia con l'Accordo Stato – regioni del 23 marzo 2005, che ridefinisce i parametri di posti letto per abitante ed il tasso di ospedalizzazione limitando l'uso dell'ospedale, il piano di riordino della rete ospedaliera piemontese si pone come obiettivo da raggiungere l'“eccellenza diffusa e l'alta specializzazione in rete” dove per “eccellenza” si intende il pieno possesso dei requisiti di qualità.

Appare infatti ormai indifferibile offrire ai cittadini piemontesi una rete ospedaliera che tenga conto di tutte le riflessioni più avanzate in termini di qualità e di appropriatezza delle prestazioni, facendo ricorso da un lato alle risorse tecnologiche disponibili e di comprovata efficacia e dall'altro dimensionando le strutture ospedaliere agli effettivi fabbisogni della popolazione. Parimenti importante è l'esigenza emergente di forme di assistenza più flessibile e più attenta alla necessità di ridurre al minimo i tempi di separazione dagli ambiti famigliari e sociali di riferimento. In questo ambito è cruciale l'opera svolta dalle associazioni di volontariato che operano nelle strutture ospedaliere del Piemonte contribuendo alla loro umanizzazione.

A questi obiettivi possono cooperare le istituzioni scientifiche e di ricerca presenti nella Regione (Politecnico, università, parchi tecnologici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed altri) con il bagaglio di risorse in know-how che li caratterizzano, oltre che gli enti e le associazioni che svolgono attività in campo sanitario. Fondamentale sarà il contributo che potranno fornire gli operatori del servizio sanitario, in particolare attraverso le forme di organizzazione sindacale, professionale e scientifica. Va altresì garantita a ciascun ricoverato che lo richieda l'assistenza religiosa e spirituale secondo il proprio credo.

Il possibile “modello piemontese” di organizzazione della rete ospedaliera si caratterizza per varie forme di integrazione: tra ospedali di area funzionale sovrazonale e tra ospedali della Regione (in particolare tra le ASO) per programmare e calibrare l'offerta di prestazioni sul territorio regionale.

Il modello proposto prevede che venga individuato il bacino di utenza di ciascun presidio, indipendentemente dall'appartenenza del presidio ad una azienda ospedaliera oppure territoriale, non necessariamente limitandolo al territorio dell'azienda sanitaria sede dell'ospedale ma estendendolo anche alle aree geografiche dalle quali l'ospedale è facilmente raggiungibile attraverso le vie di comunicazione stradali e ferroviarie (Ospedale sussidiario). In questo quadro si dovrà anche tener conto del ruolo che possono svolgere gli IRCCS presenti sul territorio regionale.

L'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, sulla base di valutazioni epidemiologiche e sulla scorta dei dati di attività attuali e prevedibili, in collaborazione con l'ARESS, programmerà lo sviluppo e il riordino organizzativo della rete ospedaliera del Piemonte in attuazione del predetto modello e considerando anche la possibilità di realizzare integrazioni e sinergie con le reti ospedaliere delle regioni limitrofe, in particolare con la Valle d'Aosta.

5.1. LA SITUAZIONE ATTUALE E GLI OBIETTIVI DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

Il riferimento normativo per le valutazioni circa le previsioni di fabbisogno di assistenza ospedaliera è l'accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005, che fissa tra gli obiettivi da attuare entro il 2007 il contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180‰ abitanti, di cui il 20% in degenza diurna, e il rapporto di posti letto per abitante pari al 4,5 ‰. I dati Piemontesi non pongono la Regione molto distante dai valori di riferimento, assestandosi al 185,14‰ di tasso di ospedalizzazione per il 2004 e al 4,6‰ posti letto (di cui lo 0,9‰ di post-acuzie) al 1 luglio 2005, permettendo di fare valutazioni programmatiche legate soprattutto a redistribuzione di funzioni in relazione ai reali bisogni assistenziali, che in questi anni non sono stati correttamente soddisfatti, ed all'uso efficiente delle risorse ospedaliere. A tale proposito l'azione di revisione e redistribuzione di funzioni, mira anche al corretto regime assistenziale cui indirizzare i ricoveri.

Le valutazioni sono effettuate utilizzando la popolazione piemontese al 31 dicembre 2004 secondo le rilevazioni ISTAT e considerando tale valore costante al 2007 (tenendo conto del dato medio delle stesse proiezioni ISTAT per gli anni futuri).

Tab. 1: Previsione al 2007 di ricoveri secondo accordo Stato-Regioni del 23.03.2005 e confronto con la situazione attuale

Anno	Popolazione di riferimento	Popolazione	Ricoveri Totali	T.O.
2004	al 1.1.2004	4.270.215	801.670	187,74
2004	Valori utilizzati per accordo su finanziamento regionale SSN	4.296.822	801.670	186,57
2004	al 31.12.2004	4.330.172	801.670	185,14
2007 (previsione)	a popolazione costante	4.330.172	779.431	180.00
differenza			-22.239	

Tab. 2: Confronto posti letto per area funzionale sovrazonale secondo accordo Stato-Regioni del 23.03.2005 con la situazione all'anno 2004 (dalla tabella sono esclusi i posti letto pensionanti cod. disciplina 67)

Area funzionale sovrazonale	Posti letto medi 2004	Popolazione al 31.12.2004	P.L. °/°° 2004	ipotesi 2007 4,5 pesato P.L. °/°°
1 (provincia di TO)	10.156	2.236.941	4,54	10.259
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	3.954	880.795	4,48	3.765
3 (provincia di CN)	2.689	569.987	4,71	2.566
4 (province di AT e AL)	2.829	642.449	4,40	2.897
Regione	19.628	4.330.172	4,53	19.487

Il raggiungimento degli obiettivi così stabiliti, entro il 2007, richiederà soprattutto una intensa opera di riconversione in quanto il numero totale di posti letto nei primi mesi del 2006 risulta molto vicino a quello attesi per il 2007.

Se si considerano i tassi grezzi di ospedalizzazione di ogni ASL si osservano differenze significative. Alcune di queste possono trovare parziale giustificazione in una diversa composizione per classi di età della popolazione, ma altre paiono influenzate piuttosto dalla composizione e dall'organizzazione dell'offerta dei servizi.

Tab. 3: Confronto tassi grezzi di ospedalizzazione anni 2003 e 2004 con popolazione al 31.12

ASL di residenza	Popolazione		Anno 2003				Anno 2004				Anno 2003		Anno 2004	
	al 31.12.2003	al 31.12.2004	Produzione Regionale		Produzione Extraregionale		Produzione Regionale		Produzione Extraregionale		Totale		Totale	
			casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp
101	247.679	256.879	49.695	200,64	2.018	8,15	50.557	196,81	1.814	7,06	51.713	208,79	52.371	203,87
102	227.576	235.872	39.344	172,88	1.655	7,27	39.400	167,04	1.516	6,43	40.999	180,16	40.916	173,47
103	207.973	216.505	38.483	185,04	1.416	6,81	39.097	180,58	1.316	6,08	39.899	191,85	40.413	186,66
104	184.629	192.999	35.458	192,05	1.360	7,37	36.061	186,85	1.215	6,30	36.818	199,42	37.276	193,14
105	368.725	372.677	60.004	162,73	1.861	5,05	61.905	166,11	2.000	5,37	61.865	167,78	63.905	171,48
106	176.297	177.447	30.401	172,44	834	4,73	30.964	174,50	820	4,62	31.235	177,17	31.784	179,12
107	191.946	193.202	31.403	163,60	1.103	5,75	31.822	164,71	1.154	5,97	32.506	169,35	32.976	170,68
108	290.520	293.308	47.972	165,12	1.438	4,95	50.119	170,87	1.371	4,67	49.410	170,07	51.490	175,55
109	187.591	188.172	28.473	151,78	1.803	9,61	29.399	156,23	1.684	8,95	30.276	161,39	31.083	165,18
110	130.447	131.569	20.286	155,51	506	3,88	20.501	155,82	572	4,35	20.792	159,39	21.073	160,17
111	175.447	175.397	31.317	178,50	3.781	21,55	31.120	177,43	3.828	21,82	35.098	200,05	34.948	199,25
112	178.892	178.732	25.136	140,51	3.518	19,67	25.507	142,71	3.722	20,82	28.654	160,17	29.229	163,54
113	328.320	331.409	50.331	153,30	11.662	35,52	51.571	155,61	11.669	35,21	61.993	188,82	63.240	190,82
114	171.481	172.371	27.959	163,04	5.778	33,69	28.499	165,34	5.806	33,68	33.737	196,74	34.305	199,02
115	155.273	156.262	26.391	169,97	1.164	7,50	28.069	179,63	1.196	7,65	27.555	177,46	29.265	187,28
116	86.295	86.592	15.269	176,94	1.408	16,32	15.527	179,31	1.497	17,29	16.677	193,26	17.024	196,60
117	163.155	164.361	26.070	159,79	868	5,32	26.959	164,02	768	4,67	26.938	165,11	27.727	168,70
118	161.464	162.894	28.261	175,03	1.160	7,18	28.248	173,41	1.214	7,45	29.421	182,21	29.462	180,87
119	200.387	201.415	35.139	175,36	2.289	11,42	35.317	175,34	2.339	11,61	37.428	186,78	37.656	186,96
120	180.671	185.595	31.598	174,89	8.251	45,67	32.585	175,57	8.097	43,63	39.849	220,56	40.682	219,20
121	114.545	114.578	22.079	192,75	2.618	22,86	21.534	187,94	2.482	21,66	24.697	215,61	24.016	209,60
122	140.902	141.936	22.895	162,49	5.702	40,47	23.683	166,86	5.923	41,73	28.597	202,96	29.606	208,59
Non ident					1.152				1.223		1.152		1.223	
TOTALE	4.270.215	4.330.172	723.964	169,54	63.345	14,83	738.444	170,53	63.226	14,60	787.309	184,37	801.670	185,14

In prospettiva i valori dei tassi di ospedalizzazione potrebbero ulteriormente abbassarsi per effetto di nuove indicazioni sulle modalità di trattamento alternative al ricovero per alcune patologie e con l'eventuale identificazione delle tipologie di ricovero da ritenersi a rischio di inappropriatazza (ad esempio con l'aggiornamento dell'elenco dei DRG di cui all'allegato C del d.p.c.m. del 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza").

E' da sottolineare che, per la prima volta dopo molti anni, nel 2004 si osserva un aumento dei ricoveri effettuati per i residenti del Piemonte rispetto all'anno precedente. Tale evoluzione pare imputabile all'aumento particolarmente sensibile dell'offerta di attività sanitarie presso le strutture accreditate.

Tab. 4a: Casistica di ricovero delle case di cura private, anni 2003 e 2004

Anno	Ricoveri ordinari			D.H.			TOTALE		
	letti medi	casi	giorni	letti medi	casi	giorni	letti medi	casi	giorni
2003	3.688	77.152	1082543	147	12.967	26.139	3.835	90.119	1.108.682
2004	3.755	77.768	1114846	167	19.693	32.937	3.922	97.461	1.147.783

Tab. 4b: Casistica di ricovero delle strutture pubbliche ed equiparate, anni 2003 e 2004

Anno	Ricoveri ordinari			D.H.			TOTALE		
	letti medi	casi	giorni	letti medi	casi	giorni	letti medi	casi	giorni
2003	14.242	456.359	3.974.406	1.924	235.849	642.020	16.166	692.208	4.616.426
2004	13.930	448.441	3.962.713	1.945	246.645	678.273	15.875	695.086	4.640.986

L'aumento dei dimessi nell'ultimo anno è dovuto essenzialmente ai ricoveri per attività chirurgica, mentre la mobilità passiva (ricoveri presso altre Regioni) è praticamente costante (-119 casi). L'aumento della casistica chirurgica è in linea con la tendenza riscontrata anche in ambito nazionale e con le indicazioni programmatiche regionali che hanno stimolato, in questi ultimi anni, l'utilizzo del day surgery.

Tab. 5 : casistica di ricovero, specifica per tipologia di DRG, anni 2003 e 2004

Tot. Regione	DRG CHIRURGICI			DRG MED (non chirurgici)		
	Casi	GGDD*	T.U.**	casi	GGDD	T.U.
Totale 2003	309.158	1.519.589	73,06	414.806	3.741.604	98,03
Totale 2004	330.856	1.567.816	77,48	407.588	3.761.328	95,45
Differenza 2004 / 2003	21.698	48.227		-7.218	19.724	

*GGDD=giorni di degenza

**T.U. = tasso di utilizzo

5.2. LA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO

Le previsioni possibili circa i fabbisogni di attività di ricovero orientano verso una riduzione, sia pur lieve, dei posti letto per la rete ospedaliera, considerando che, da un lato, secondo le proiezioni dell'ISTAT, la popolazione non dovrebbe più aumentare e dall'altro che lo sviluppo delle modalità di cura e il miglioramento dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'uso del ricovero ospedaliero inducono ad un ulteriore abbassamento dei tassi di ospedalizzazione e delle giornate di ricovero. Inoltre va considerato che, realizzando l'obiettivo di un miglioramento complessivo dell'uso razionale delle risorse ospedaliere e consolidando i buoni risultati di performance già raggiunti in alcune aziende in tutto il territorio regionale, a parità di ricoveri effettuati si determinerà una dotazione di posti letto per la rete regionale sensibilmente più bassa. L'evoluzione dell'attività sanitaria, sia in termini di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie, sia di miglioramento dell'attività diagnostica e terapeutica, con particolare riferimento alle modificazioni delle tecniche chirurgiche (meno invasive e demolitive) e all'evoluzione dei farmaci, fa ritenere che nei prossimi anni sia possibile prevedere tassi di ospedalizzazione più bassi. Gli

standard di posti letto dell'accordo Stato/Regioni saranno pertanto facilmente ridotti, a condizione che anche la medicina territoriale sviluppi appieno le sue potenzialità.

L'insieme di tali valutazioni fa ritenere che la previsione di un minor fabbisogno di posti letto (in particolare per acuti) nei prossimi anni sia ben fondata. Tale tendenza sarà accompagnata da un potenziamento e adeguamento delle cure domiciliari e di quelle in altre strutture residenziali.

Pertanto la progettazione della rete ospedaliera del Piemonte tiene conto di tali tendenze, prevedendo strutture ospedaliere adeguate alle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Inoltre, in linea generale, si delinea uno sviluppo dell'area dei servizi e dell'attività "di giorno" (ambulatoriale e di ricovero diurno) e una riduzione dell'attività di degenza tradizionale.

5.3. LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO

Esiste peraltro ancora, in quasi tutte le aree funzionali sovrazionali (ex quadranti), uno squilibrio tra attività di acuzie e di postacuzie che va corretto, anche se occorre tener conto del fatto che in Regione ci sono oltre 550 posti letto delle case di cura che sono codificati come acuzie ma che, in effetti, per l'attività svolta e per le modalità di remunerazione, dovranno essere ricondotti almeno in parte a postacuzie (discipline 40 - neuropsichiatria e 68 - pneumologia). La redistribuzione dei posti letto che il presente Piano prevede per le due tipologie di ricovero tiene conto della popolazione distribuita per fascia di età (considerando che gli anziani usufruiscono maggiormente dei reparti di postacuzie) e della presenza di altre strutture non di ricovero che possono essere di ausilio al trattamento postacuto (hospice, RSA, ospedali di comunità). In tal senso il valore dell'1‰ per le postacuzie sarà ulteriormente ridotto nel tempo in relazione alla proporzionale crescita di forme di assistenza territoriale (domiciliare, semiresidenziale o residenziale quali le RAF, RSA) e attraverso un miglioramento dell'utilizzazione delle dimissioni protette.

Tab.6: Mobilità tra Aree funzionali sovrazionali – ricoveri anno 2004

Area funzionale sovrazonale di residenza	Area funzionale sovrazonale erogante				totale ricoveri regionali extra Area funzionale	ricoveri extraregionali	totale
	1	2	3	4			
1 (provincia di TO)	374.690 (92,6%)	4.122	7.382	3.631	15.135 (3,7%)	14.755 (3,6%)	404.580
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	6.899	127.188 (78,6%)	162	2.448	9.509 (5,9%)	25.052 (15,5%)	161.749
3 (provincia di CN)	9.051	217	88.075 (85,1%)	1.460	10.728 (10,4%)	4.686 (4,5%)	103.489
4 (province di AT e AL)	7.085	2.078	1.771	102.185 (77,4%)	10.934 (8,3%)	18.872 (14,3%)	131.991
Totale	397.725	133.605	97.390	109.724	46.306	63.365	801.809
totale produzione Area funzionale sovrazonale	374.690 (89,2%)	127.188 (84,4%)	88.075 (85,7%)	102.185 (83,8%)			692.138
totale produzione extra Area funzionale sovrazonale	23.035 (5,5%)	6.417 (4,3%)	9.315 (9,1%)	7.539 (6,2%)			46.306
totale produzione extraregione (inclusi stranieri)	22.245 (5,3%)	17.129 (11,4%)	5.345 (5,2%)	12.216 (10,0%)			56.935
Totale	419.970	150.734	102.735	121.940			795.383
di cui totale produzione extraregione (esclusi stranieri)	16.704 (4,0%)	16.559 (11,0%)	4.736 (4,6%)	11.200 (9,2%)			49.199

Tab. 7: mobilità extraregionale –trend ricoveri anni 2000 – 2004

MOBILITÀ	ANNO				
	2000	2001	2002	2003	2004
Attiva	49.504	49.889	48.110	48.513	49.199
Passiva	62.504	65.996	64.370	63.532	63.365
<i>di cui Lombardia</i>	<i>35.913 (57,5%)</i>	<i>39.465 (59,8%)</i>	<i>38.390 (59,6%)</i>	<i>37.515 (59,0%)</i>	<i>37.656 (59,4%)</i>
Saldo	-13.000	-16.107	-16.260	-15.019	-14.166

Si evidenzia anche un saldo negativo per la mobilità extraregionale di 14.166 ricoveri pari alla differenza fra 63.365 Piemontesi che migrano e 49.199 non Piemontesi che scelgono le strutture della Regione Piemonte. Inoltre per quello che concerne l'analisi dei dati per area funzionale sovrazonale, si evidenzia che l'area di Torino ha un saldo attivo tra prestazioni erogate (418.244) e prestazioni consumate dai propri residenti (404.482), seguita da quella di Cuneo che ha un lievissimo saldo negativo (102.469 erogate e 103.478 consumate) mentre quelle di Novara ed Alessandria hanno un saldo negativo di oltre 10.000 ricoveri cadauno, in particolare anche per una notevole

mobilità passiva extraregionale.

Gli elementi fondamentali che possono in parte spiegare le differenze di dotazione di posti letto sono la percentuale di ricoveri per residenti fuori Regione (in particolare per l'attività di postacuzie nell'area funzionale sovrazonale 2 di Novara) o il basso tasso di occupazione complessivo dei posti letto (in particolare per l'area funzionale sovrazonale 3 di Cuneo).

Tab. 8: Casistica di ricovero e tasso di utilizzo per Area funzionale sovrazonale– ricoveri anno 2004

Area funzionale sovrazonale	letti medi Deg. Ord.	casi	giorni	Tasso Utilizzo
1 (provincia di TO)	9.028	267.975	2.643.080	79,99%
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	3.661	106.409	1.033.464	77,13%
3 (provincia di CN)	2.466	69.967	685.758	75,98%
4 (province di AT e AL)	2.530	81.858	715.257	77,24%
Totale	17.685	526.209	5.077.559	78,45%

Pertanto la riorganizzazione della rete ospedaliera rivede, più che il numero complessivo dei posti letto, le dotazioni degli stessi in relazione al possibile riequilibrio tra postacuzie ed acuzie ed a quello territoriale tra aree funzionali sovrazonali e tra le ASL, tenendo conto delle necessità delle diverse discipline.

Nell'immediato futuro, si dispone quindi il blocco dell'istituzione di nuovi posti letto e gli eventuali aumenti per specifiche modificazioni e integrazioni di attività prevederanno una contemporanea riduzione di altri posti.

Va tenuto nel dovuto conto che l'area di Torino svolge anche funzioni sovrazonali a carattere regionale: pertanto è previsto un maggiore tasso di posti letto rispetto al resto della Regione che tiene conto delle discipline di riferimento regionale (unità per trapianti, grandi ustioni, attività pediatriche di terzo livello, ed altro). Peraltro, analizzando la mobilità extraregionale passiva ed attiva, la città di Torino riesce a compensare il deficit di mobilità passiva con una buona capacità di attrazione di pazienti.

La previsione delle dotazioni di posti letto è correlata anche alla modalità di distribuzione delle strutture di ricovero e alla ramificazione della rete ospedaliera. Sono stati quindi individuati, per ogni attività di ricovero, criteri per definire standard minimi di attività che garantiscano adeguata capacità di attività ed efficienza dell'uso delle risorse impiegate. L'organizzazione dipartimentale è assunta come obiettivo prioritario per gli aspetti gestionali dell'attività di ricovero ed il governo clinico è assunto come obiettivo fondamentale per migliorare il coinvolgimento professionale dei sanitari nelle attività gestionali.

Va tenuto in considerazione che l'esperienza regionale di questi anni ha portato a soluzioni assai differenziate, che non sempre hanno fornito i risultati sperati. Una

chiara scelta per l'organizzazione dipartimentale può permettere una forte integrazione organizzativa, con la razionalizzazione dell'uso delle risorse, modalità comuni di gestione dei percorsi clinici e la costruzione di percorsi terapeutici interdisciplinari. La gestione dei ricoveri subirà pertanto una forte innovazione, permettendo l'uso comune delle risorse e quindi anche dei posti letto (lasciando ad ogni disciplina le proprie caratterizzazioni cliniche) avendo sufficienti garanzie di una gestione assistenziale e infermieristica adeguata.

In questo quadro è possibile anche sviluppare forme di gestione di alcune attività specialistiche in più presidi da parte della stessa struttura complessa. Questa, per essere costituita, dovrà effettuare un'attività con standard qualitativi definiti corrispondenti anche a livelli quantitativi che garantiscano il mantenimento e il miglioramento continuo delle professionalità necessarie.

In particolare le attività di day surgery potranno essere organizzate con "antenne" delle discipline anche non presenti con attività ordinaria nella stessa sede, ma ricorrendo alle necessarie integrazioni con quelle presenti in altri presidi.

Le proposte di stima delle necessità di unità operative per le varie discipline a livello regionale e le previsioni di distribuzione territoriale sono calcolate sulla base dei tassi di ospedalizzazione specifici per disciplina, rapportati al tasso di ospedalizzazione atteso nel 2007. Si è inoltre fatto riferimento alla previsione di valori adeguati di degenza media e di tassi di utilizzo dei posti letto, tenendo conto delle caratteristiche fondamentali di tipo funzionale ed organizzativo delle varie tipologie di unità operative per il conseguimento di standard qualitativi coerenti alle attività esaminate. Tali caratteristiche sono state considerate anche alla luce di altri parametri distributivi delle diverse tipologie di attività in relazione a indicazioni della programmazione nazionale o regionale o a standard desumibili dalla letteratura scientifica o da indicazioni di altri organismi internazionali.

5.4. LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ

La distribuzione dei posti letto nelle aziende sanitarie è prevista in relazione ai fabbisogni della popolazione, ipotizzando la trasformazione di una parte dell'attività più tradizionale di ricovero in altre forme di assistenza meno rigide e più attente alla necessità di ridurre al massimo la separazione dagli ambiti familiari e sociali di riferimento. A partire dall'obiettivo "eccellenza diffusa e alte specializzazioni in rete" (in cui "eccellenza" significa il pieno possesso dei requisiti di qualità prefissati) è stato disegnato un modello di rete ospedaliera che coniuga i servizi di base indispensabili ai cittadini, con ospedali ad elevato contenuto specialistico e tecnologico.

La nuova organizzazione della rete ospedaliera si ispira ad un modello, già ampiamente sperimentato in altre regioni, con alcune variazioni relative alle specificità locali. Il modello pone come punto di riferimento di un territorio omogeneo ("centrale"

dal punto di vista funzionale e non solo geografico), un presidio ospedaliero (o talora più presidi) destinati alla diagnosi e cura di alta specializzazione e complessità per acuti, emergenza intensiva, patologie rare. Tali presidi svolgono le prestazioni di più elevata complessità con i necessari supporti tecnologici, rispondendo ad idonei parametri di qualità. Essi sono sede di ricerca e didattica e servono bacini di utenza di livello regionale e nazionale (in prospettiva, anche internazionale). Anche tramite sistemi di Information & Communication Technology (ICT), questi presidi svolgono inoltre funzioni di supporto di altre strutture operanti nel territorio omogeneo quali ospedali con minore complessità operativa, ospedali di prossimità, strutture di lungodegenza, RSA, fino al domicilio dei pazienti. I casi di emergenza e/o di complessità diagnostica e terapeutica particolarmente elevata fanno riferimento al presidio ospedaliero di riferimento centrale, o tramite i sistemi di monitoraggio informatico oppure con il trasporto assistito.

Con il supporto di una rete informatica di buone prestazioni e diffusa, il sistema può garantire ai cittadini il miglior livello di cure distribuito, secondo la gravità e/o la rarità della patologia, permettendo nel contempo un confortevole livello di assistenza nelle migliori condizioni di facilità di accesso.

All'interno del sistema così configurato viene riorganizzata la rete dell'emergenza ospedaliera, stabilendo una gerarchia di afferenza fra i DEA di secondo livello e i DEA di primo livello e gli altri punti di pronto e primo soccorso. Sarà successivamente stabilito quale sia il grado di risposta che i presidi devono garantire in caso di emergenza, secondo la necessaria graduazione che deve essere dichiarata e garantita e posta chiaramente a conoscenza dei cittadini.

Analogamente andranno riorganizzate secondo modelli di integrazione in rete le principali attività specialistiche sulla base delle indicazioni del presente piano, in particolare quelle di elevata complessità e specializzazione compresa l'offerta di interventi di medicina iperbarica.

a. Le liste di attesa

Elemento fondamentale che deve essere tenuto in considerazione per la progettazione della rete ospedaliera è l'analisi dei tempi di attesa per il ricovero, che va inteso come uno degli elementi della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione. Molti studi sui sistemi sanitari universalistici basati sul finanziamento pubblico presentano le liste di attesa come un fenomeno strutturale; occorre tuttavia operare sul piano della domanda, agendo sui possibili determinanti del suo governo (appropriatezza, priorità clinica, coinvolgimento di tutto il sistema nella gestione del problema). Il problema delle liste di attesa necessita infatti di un'attenzione particolare e può essere considerato uno dei pilastri della strategia programmatica regionale.

In questi ultimi anni una serie di indicazioni regionali e ministeriali hanno preso in esame e prospettato indirizzi di comportamento nell'organizzazione delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero.

Attese per i ricoveri

La riduzione di invasività e complessità di molti interventi e lo sviluppo del day surgery hanno favorito un utilizzo più efficiente delle risorse ospedaliere disponibili, permettendo una certa diminuzione delle attese. Inoltre l'organizzazione e la distribuzione delle attività chirurgiche ha permesso il sostanziale azzeramento dei tempi di attesa per interventi connessi alle patologie coronariche e una riduzione per quelli oncologici: per quanto riguarda questi ultimi, le liste sono inferiori al mese, anche se esistono ancora alcune problematiche in campo urologico. Inoltre esistono ancora problemi, in alcuni presidi, per la chirurgia relativa ai tumori colon rettali e della mammella. Problemi più complessi si registrano per gli interventi ortopedici (soprattutto per la chirurgia protesica), urologici (adenoma prostatico) e per alcune prestazioni che fanno riferimento alle chirurgie generali. Inoltre, anche se non riguardano direttamente le attività di ricovero, vi sono ancora difficoltà a garantire, nei tempi indicati dalle raccomandazioni cliniche e dalle linee guida, l'effettuazione della radioterapia in alcune zone del Piemonte; tale difficoltà può incidere significativamente nell'organizzazione delle cure. Gli interventi di cataratta, che negli anni scorsi trovavano tempi di attesa molto lunghi, sono stati ricondotti ad attese accettabili, anche se vi sono ancora punti con attese superiori ai sei mesi. Sia per questa tipologia di intervento sia per altre di significativa diffusione, l'Assessorato avvierà studi che portino alla formulazione di indicazioni circa l'appropriatezza delle prescrizioni. Infatti la "relativa facilità" all'accesso delle prestazioni induce in alcuni casi un allargamento improprio delle indicazioni all'intervento. Com'è rilevabile dalla letteratura sull'argomento, l'aumento dell'offerta può indurre ad una selezione meno accurata all'indicazione dell'intervento, soprattutto per quelli di più semplice esecuzione. Ma il problema dell'appropriatezza della prescrizione attraversa tutta l'attività clinica e quindi è necessario sviluppare l'uso di protocolli o linee guida per la gestione dei diversi percorsi terapeutici.

La programmazione degli interventi per tipologia di priorità è uno strumento molto utile per la gestione delle liste, soprattutto nei casi in cui il rapporto domanda e offerta è critico. Anche su questo punto si definiranno con gli specialisti di settore i criteri omogenei per tutte le aziende.

Parallelamente si pianificheranno tutte le iniziative che possono portare ad un più ampio utilizzo delle risorse e delle strutture disponibili. Infatti in molti casi le sale operatorie non sono occupate a pieno regime e gli interventi in elezione subiscono di fatto l'interruzione delle prenotazioni durante alcuni periodi dell'anno.

Un aspetto decisivo della regolazione dei "flussi" all'entrata è l'uso di un sistema di prenotazione in rete dove possano essere integrati i sistemi pubblici e privati e dove i criteri di accesso siano trasparenti e verificabili. E' previsto un sistema di prenotazione in rete, a partire dall'area metropolitana, per collegare tutti i punti di erogazione, che potrà essere attivato successivamente a quello che riguarda le prenotazioni per le

attività ambulatoriali.

Attese per le attività ambulatoriali

E' obiettivo della Regione operare in sanità con equità e razionalità, migliorare l'assistenza pubblica e ridurre i tempi di attesa delle visita ambulatoriali.

Le liste d'attesa sono il terreno elettivo per il governo clinico, inteso come definizione di politiche di governo della domanda orientate ad affrontare il tema dell'appropriatezza clinica dell'uso degli interventi e delle prestazioni sanitarie e all'introduzione di modalità operative di gestione il più possibile basate su una robusta razionalità clinica.

È strategico adottare modalità di governo degli accessi alle prestazioni che consentano di discriminare, secondo criteri professionali condivisi e basati sulle conoscenze scientifiche disponibili, le domande appropriate da quelle inappropriate e, relativamente alle prime, regolare i tempi di erogazione in funzione degli effettivi bisogni assistenziali, mantenendoli sempre entro i limiti della accettabilità clinica e sociale.

La programmazione degli interventi per tipologia di priorità rappresenta uno strumento utile per la gestione delle liste, soprattutto nei casi in cui il rapporto domanda e offerta sia critico.

Un altro importante obiettivo è la messa a completo regime di un sistema di prenotazione in rete (CUP) a carattere interaziendale, a partire dall'area metropolitana, per collegare tutti i punti di erogazione, prevedendo l'inserimento graduale delle strutture private convenzionate al fine di ampliare l'offerta dei servizi, e per consentire la gestione, da parte dei medici di base, in collegamento con ASL e centri convenzionati, della prenotazione e del ricevimento degli esiti on-line.

Andranno infine valutate attentamente tutte le azioni che possono permettere l'uso corretto delle attrezzature e una loro maggior saturazione.

La programmazione regionale, oltre a stimare il fabbisogno di attività ambulatoriale per le principali specialità, si occuperà di stabilire e verificare i requisiti minimi strutturali, organizzativi di personale e tecnologici degli ambulatori.

Saranno applicati sistemi di controllo delle singole attività ambulatoriali utilizzando i flussi di dati provenienti dalle singole aziende sanitarie.

Parallelamente, sulla base degli studi già disponibili ed attivando eventualmente interventi innovativi, dovranno essere promosse iniziative, anche a carattere sperimentale, finalizzate a migliorare la gestione delle attese comprendendo:

- il potenziamento della comunicazione diretta tra operatori sanitari, in particolare tra medico di base e medico specialista,
- la organizzazione di ambulatori nominali che permettano una presa in cura del paziente continuativa da parte dello stesso medico,
- la programmazione di percorsi assistenziali che permettano, alla prima visita, che il medico abbia già la disponibilità degli elementi per formulare ipotesi diagnostiche, ulteriori indagini, terapia successivi,
- la attivazione di ambulatori infermieristici, basati sull'autonomia professionale e corresponsabilità medica, per le medicazioni, i controlli post intervento, ed altro.

b. Professioni sanitarie e la gestione del personale

Sviluppare una coerente politica di gestione delle risorse umane significa, in primo luogo, valorizzare adeguatamente le professioni sanitarie. Accanto ai medici e ai dirigenti sanitari, compresi gli psicologi, il cui ruolo è certamente cruciale, vanno considerati gli infermieri e gli altri operatori socio-sanitari, il cui ruolo va valorizzato in particolare nelle aree assistenziali più critiche, nei servizi territoriali e nelle cure domiciliari, nel supporto ai malati terminali e ai loro parenti e nell'assistenza psichiatrica.

Vi sono poi figure tecnico-sanitarie specifiche che occorre particolarmente tutelare e valorizzare tramite iniziative mirate di formazione permanente e attraverso un maggior coinvolgimento nei processi decisionali.

Il personale costituisce anche il maggior capitolo di spesa nel bilancio della sanità e pertanto possono essere promosse azioni di sviluppo e riassetto organizzativo che, in costante confronto con le organizzazioni sindacali, permettano la piena valorizzazione delle risorse umane impiegate.

Tra queste particolare rilevanza assumono la programmazione delle reti assistenziali integrate e delle forme organizzative dipartimentali per ottimizzare la copertura di personale nelle varie unità organizzative, la gestione oculata degli istituti contrattuali (in particolare quelli riguardanti la mobilità e la flessibilità), il superamento delle forme di lavoro precario e l'utilizzo appropriato delle figure di supporto alle professioni sanitarie, anche sviluppando politiche di reclutamento adeguate.

In questo quadro saranno avviati gli interventi necessari affinché l'esercizio delle attività connesse all'istituto contrattuale della libera professione intramurale sia facilitata e avvenga prioritariamente all'interno delle strutture pubbliche e sia finalizzato al conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale.

La qualità delle risorse umane, e la loro organizzazione, costituisce il fattore chiave per una sanità di qualità nella Regione. La situazione attuale presenta alcuni nodi problematici quali:

- La mancanza di alcune figure professionali, come evidenzia anche l'accordo Stato-Regioni sul fabbisogno delle professioni sanitarie, stipulato in occasione della Conferenza del 14 luglio 2005; tale accordo fotografa l'esigenza di formazione di figure professionali in ambito sanitario per l'anno 2005 e al tempo stesso rivela le principali carenze esistenti. Circa i tre quarti delle figure professionali previste riguardano la professione infermieristica (43%) e quella degli operatori socio-sanitari (33%).
- L'esigenza di organizzare in modo più funzionale le risorse esistenti, nel rispetto dei diritti dei lavoratori e degli utenti.

Quella dell'esigenze formative è però solo una spia di un problema più complesso.

Attualmente vi è una insufficienza di infermieri che in alcune aree non consente l'ottimale gestione delle attività assistenziali. Tale insufficienza può essere anche dovuta alla poca attrattività della professione infermieristica in considerazione del rapporto tra la formazione richiesta (laurea infermieristica) e gli effettivi carichi di lavoro espletati.

E' possibile invece ipotizzare una copertura adeguata prevedendo un numero minore di reparti ed eliminando le duplicazioni attraverso lo sviluppo delle organizzazioni dipartimentali e di forme di coordinamento. Infatti, un adeguato coordinamento comporta, a fronte di un limitato disagio per il cittadino, un notevole beneficio in termini di qualità delle cure erogate.

Inoltre occorre promuovere un uso razionale della mobilità degli infermieri, procedere alla verifica di eventuali situazioni disfunzionali che vedano gli infermieri occupati in modo non ottimale all'interno di specifiche strutture.

Rispetto agli operatori socio-sanitari va prevista una politica di reclutamento che non si limiti solo alla riqualificazione del personale con basse qualifiche e molti anni di anzianità di servizio ma valorizzi anche le competenze formative acquisite.

Sia per gli infermieri, che per gli operatori socio-sanitari, una specifica attenzione va dedicata ai lavoratori provenienti da paesi stranieri. Essi rappresentano una risorsa preziosa ma va assicurata una adeguata conoscenza della lingua, anche concordando percorsi di formazione specifica di base da effettuarsi nei paesi di provenienza.

c. Punti nascita e rete delle attività pediatriche

L'impostazione generale che prevede una rete diffusa sul territorio per la preparazione e l'aiuto alla gestione del percorso nascita, si basa sul sistema di servizi che devono garantire il buon esito del percorso e sulla gestione corretta ed efficiente delle situazioni problematiche, il cui contenimento dipende anche dal coordinamento di tali fasi e, ovviamente, dalla formazione ed organizzazione del personale dedicato. Questo aspetto particolare della rete ospedaliera non può pertanto prescindere dalle necessarie indicazioni per i servizi territoriali. I punti nascita, per garantire i necessari

livelli di assistenza, debbono effettuare almeno 500 parti all'anno secondo lo standard minimo del Progetto obiettivo materno-infantile nazionale (POMI) anche se quello minimo individuato dall'OMS è di 650. Nel periodo di vigenza del piano è necessario ricondurre a standard appropriati almeno le situazioni illustrate in tabella.

Tab. 9: Numero parti anno 2004, specifico per presidio con meno di 500 parti/anno

Presidio	Numero parti
CEVA	294
MONDOVI'	301
SUSA	324
ACQUI TERME	326
BRA	407
DOMODOSSOLA	412
BORGOSIESIA	442
NOVI	476

Peraltro, dall'analisi dei dati di attività risulta che proprio nei centri con basso numero di parti, il tasso di taglio cesareo è in molti casi più elevato rispetto ai centri con alto numero di parti, a parità di condizioni cliniche del neonato.

Tab. 10: Tasso di parti cesarei anno 2004, specifico per presidio

Azienda	Struttura	DRG 370 – 375 parto	DRG 370 – 371 parto cesareo	% parti cesarei	Livello attuale Punto nascita
102	Ospedale Martini	975	352	36,1%	2
103	Ospedale Maria Vittoria	1163	260	22,4%	3
105	Ospedale degli Infermi	1293	445	34,4%	2
105	Ospedale Civile di Susa	324	94	29,6%	1
106	Presidio Osped. Riunito Sede di Cirie'	1112	217	19,5%	2
107	Ospedale Civico Chivasso	765	284	37,1%	1
108	Ospedale Maggiore	764	223	29,2%	1
108	Ospedale Santa Croce	1305	440	33,7%	3
108	Ospedale San Lorenzo	704	208	29,5%	1
109	Ospedale Civile di Ivrea	550	197	35,8%	2
109	Ospedale Civile di Cuorgne'	547	151	27,6%	1
110	Ospedale Civile "E. Agnelli"	1214	365	30,1%	2
111	Ospedale Sant'Andrea	621	230	37,0%	2
111	Ospedale Ss. Pietro e Paolo	442	127	30,5%	1
112	Osp. degli Infermi di Biella	1098	355	32,3%	2
113	Istituto S.S. Trinità - Borgomanero	1191	316	26,5%	2
114	Ospedale San Biagio	412	144	34,6%	1
114	Stabilimento Ospedaliero Castelli	624	175	28,0%	2
116	Ospedale di Mondovi'	301	127	41,1%	1
116	Nuovo Ospedale Ceva	294	99	34,0%	1

117	Osp. Maggiore SS. Annunziata	1174	262	22,3%	2
118	Ospedale Civico di San Lazzaro - Alba	764	138	18,1%	2
118	Ospedale Santo Spirito Bra	407	130	32,1%	1
119	Ospedale Civile di Asti	1326	352	26,5%	2
120	Ospedale SS Antonio e Margherita	519	162	31,8%	2
121	Ospedale S. Spirito	554	225	40,6%	1
122	Ospedale San Giacomo	476	161	34,3%	1
122	Ospedale Civile Acqui Terme	326	111	33,7%	1
903	Osp. Ostetr. Ginecolog. Sant'Anna	8550	2916	34,1%	3
905	Osp. Maggiore della Carita'	1585	569	35,9%	3
906	Az. Ospedal. S. Croce e Carle	1719	408	23,7%	3
907	Osp.Civile SS .Antonio e Biagio	1098	328	29,9%	3
985	Ospedale Mauriziano - Torino	925	280	30,3%	2
Totale Strutt.Pubbliche		35085	10851	30,9%	
121	Casa di Cura Sant'Anna	80	43	53,8%	1
Totale		35165	10894	31,0%	

L'obiettivo fondamentale rispetto alla programmazione delle attività connesse al Progetto obiettivo materno-infantile di cui al DM 24 aprile 2000 è quello di ricondurre l'assistenza del livello ospedaliero entro i principi di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, partendo dal presupposto dell'efficacia della prestazione.

Costituisce uno degli obiettivi del PSSR la riduzione dei parti cesarei secondo le indicazioni programmatiche nazionali: in questo quadro saranno predisposte le opportune iniziative organizzative, formative ed informative per il conseguimento del primo obiettivo di ridurre la percentuale di parti cesarei sotto la soglia del 25% del totale dei parti.

La razionalizzazione della rete dei punti nascita avverrà in modo progressivo, avvalendosi anche di forme organizzative a contenuto innovativo e sperimentale realizzate allo scopo di meglio corrispondere alle esigenze assistenziali specifiche presenti nel territorio piemontese qualora queste motivino l'impossibilità di rispettare gli standard quantitativi indicati.

In ogni caso la riorganizzazione deve prevedere modelli che garantiscano l'assistenza continuativa ostetrica e pediatrica.

Per facilitare l'assistenza alle donne prossime al parto con residenza lontana dai nuovi punti nascita potenziati si potranno prevedere azioni specifiche da parte delle aziende sanitarie che permettano una corretta assistenza anche nella fase gestazionale prossima al parto e in quella immediatamente successiva all'evento.

Priorità assoluta, ai fini di limitare esiti invalidanti in neonati critici, dovrà essere quella di organizzare il servizio di trasporto neonatale (STEN) articolato in riferimento

ai punti nascita di 3° livello, con particolare riferimento a quelle aree, prima fra tutte quella di Torino, che attualmente ne sono sprovviste.

Riguardo all'organizzazione dell'attività ostetrica all'interno dei punti nascita occorrerà prevedere l'organizzazione di aree per la gestione della gravidanza fisiologica agevolando la possibilità di dimissione precoce e caratterizzata dal rispetto dell'intimità di coppia e del rapporto col bambino.

Saranno inoltre programmate le iniziative atte a favorire la diffusione della partoanalgesia in relazione alle indicazioni nazionali ed internazionali in materia.

Per favorire un'appropriata utilizzazione dell'attività di ricovero pediatrica è opportuno che nelle sedi di DEA, sia organizzata l'attività di osservazione breve, anche con i necessari letti tecnici di supporto per la popolazione infantile.

E' necessario, inoltre che la popolazione pediatrica per qualsiasi tipo di patologia trattata e per quanto compatibile con le specifiche esigenze di cura, sia assistita nelle aree di degenza specificatamente dedicate che si riferiscono alle discipline pediatriche.

d. I servizi diagnostici

Le modalità di riorganizzazione della rete ospedaliera comportano una conseguente rivisitazione della attuale strutturazione ed organizzazione dei servizi diagnostici. In particolare la futura articolazione dei servizi diagnostici a medio e lungo termine, dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

1. Ubicazione e funzione che corrisponda alle prevalenti necessità di trattamento dell'acuzie e/o della casistica complessa osservata in ambiente ospedaliero. Questo dovrà comportare una contemporanea revisione e riorganizzazione dell'offerta di natura ambulatoriale sul territorio, sia erogata da strutture pubbliche sia da strutture private accreditate.
2. Ragionevole riferimento ad un bacino di utenza che abbia caratteristiche congrue in termini di rapporto domanda/offerta (ad esempio numero di abitanti/servizio), in termini di quantità e complessità della casistica esaminata, problema nodale per svolgere politiche di appropriatezza e qualità delle prestazioni.
3. Indicazioni scientifiche internazionali e recenti disposizioni di legge suggeriscono forti concentrazioni delle attività, soprattutto per quanto concerne la medicina di laboratorio, limitando l'attività "classica" ospedaliera alle effettive urgenze e ad esami a componente fortemente specialistica .
4. Trend internazionale ad adottare, nella diagnostica per immagini, soluzioni tipo PACS (Picture Archiving and Communicating Systems) che si sostanzia in: introduzione di immagini digitali con conseguente residualità della classica lastra radiografica (sistema filmless), archiviazione elettronica delle immagini con possibilità di recupero della "storia radiologica" di un paziente, incremento della possibilità di trasmissione a distanza.

Nello specifico, per la diagnostica per immagini, sono da tenere in considerazione anche i seguenti aspetti:

- a) forte sostegno alle azioni che migliorano l'appropriatezza, utilizzando l'unico strumento legislativo attualmente disponibile, e cioè le linee guida nazionali, frutto di accordo della conferenza permanente Stato-regioni, pubblicate sulla Gazzetta ufficiale il 2 maggio 2005;
- b) le prospettive offerte dalla teleradiologia nelle sue diverse forme che la tecnologia consente (teleconsulto e telegestione), devono essere approfondite in un contesto tecnico, anche sulla scorta della documentazione già disponibile, per esplorare le possibilità che può offrire nella direzione di un miglioramento dell'efficienza del sistema.

Alla luce di quanto espresso, dal punto di vista operativo a breve termine, e sul medio-lungo periodo, non si profila la necessità di creazione di nuovi servizi che vadano a sommarsi a quelli già esistenti. La ragione di tale scelta non è prevalentemente o esclusivamente di tipo economico, ma in linea con la necessità di garantire un reale governo clinico del sistema. Infatti, una ulteriore espansione dei servizi potrebbe avere un impatto negativo sulla necessità di garantire da un lato appropriatezza e qualità delle prestazioni per i pazienti e dall'altro una complessità casistica che possa favorire la crescita e la soddisfazione professionale degli operatori.

e. Cardiologia e cardiocirurgia

L'attività di cardiocirurgia e di emodinamica si è fortemente sviluppata negli anni passati, anche per gli accordi intercorsi tra i diversi produttori pubblici e privati e per le indicazioni emerse nei provvedimenti di attuazione del PSSR.

In particolare per la cardiocirurgia il fabbisogno è stabile e per l'emodinamica il tasso di crescita evidenzia tendenze, osservate in Italia ed Europa, ad una decelerazione nell'aumento delle procedure. Peraltro, l'evoluzione delle tecniche interventistiche (aumento dell'uso dell'angioplastica e di posizionamento degli stent per le coronarie) e di quelle diagnostiche (sviluppo di nuove metodiche non invasive) presuppongono, da una parte, una maggiore specializzazione degli operatori di emodinamica con una sempre maggiore concentrazione dell'attività a distribuzione sovraaziendale e, dall'altra, un'ulteriore riduzione del tasso di crescita delle attività nel settore. La capacità produttiva dei centri autorizzati è al momento in grado di garantire il fabbisogno prevedibile in base alla letteratura in argomento e per confronto con la situazione di altre regioni; la razionalità della distribuzione territoriale di tali centri e di talune procedure specifiche (in particolare l'angioplastica primaria) dovrà essere esplorata tramite valutazioni di natura epidemiologica e attraverso l'esame delle potenzialità offerte da sistemi di integrazione tra i centri e da soluzioni di supporto logistico considerando anche la possibilità di sinergie con il servizio sanitario della Valle d'Aosta.

f. Salute mentale

Pur considerando che qualsiasi decisione in ordine all'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale dovrà essere esaminata alla luce delle nuove indicazioni relative allo specifico progetto settoriale, il presente Piano individua alcune linee concernenti la

rete ospedaliera.

I dati di attività (e di ricovero) rientrano negli standard previsti dalla normativa nazionale, in particolare dal relativo progetto obiettivo. Il numero dei posti letto dei servizi di diagnosi e cura è al di sotto dello standard nazionale (0,8 invece di 1 ogni 10.000 abitanti per un totale di 343 posti letto a livello regionale contro i 294 attuali di degenza ordinaria e i 14 di D.H. con attività di ricovero, considerando che in psichiatria i letti di ricovero diurno possono essere di supporto a terapie attuabili territorialmente) e, anche per l'estendersi del fabbisogno registrato in questi anni, si prevede l'attuazione in modo completo dell'indicazione del PSSR 1997-99 che prevedeva la presenza di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) per ogni dipartimento di salute mentale. Tali servizi devono essere ancora attivati nelle ASL di Chivasso e Biella. Inoltre in molti servizi attivi il numero di letti è significativamente al di sotto degli standard massimi previsti (15 posti letto); il presente Piano prevede l'aumento dei posti letto fino al limite massimo, coerentemente con i bisogni locali e gli investimenti strutturali necessari per la qualità dell'ambiente di ricovero.

Accanto a tale indicazione emerge quindi la necessità di analizzare l'effettiva e corretta utilizzazione delle attuali strutture di neuropsichiatria gestite dalle case di cura (646 posti letto). A fronte del potenziamento dell'attività degli SPDC è prevista una riduzione dell'attività accreditata e della sua trasformazione, almeno in parte, in attività dichiaratamente di postacuzie (si tratta in particolare di quella già identificata come "estensiva" che in realtà ha carattere di riabilitazione-lungodegenza).

Il fabbisogno di posti letto è strettamente collegato alla capacità di risposta che i dipartimenti di salute mentale possono offrire alla popolazione che si compone di un insieme di servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, nonché alle altre attività che possono essere di supporto e di accompagnamento a quelle del servizio sanitario (attività socioassistenziale, volontariato, ed altro). Si dovrà promuovere lo sviluppo dell'assistenza psicologica nelle aree a elevato carico assistenziale ed invalidante, con attenzione alla qualità dell'assistenza e dei percorsi di cura anche utilizzando le risorse professionali presenti nei servizi stessi.

g. La rete oncologica

La rete oncologica regionale in questi ultimi anni si è sufficientemente consolidata, anche se rimangono criticità rispetto alla presa in carico del paziente e alla corretta osservazione delle linee guida in tutte le strutture, e necessita oggi di un aggiornamento della sua organizzazione soprattutto in relazione alla diffusione dei servizi oncologici e alla messa a disposizione delle necessarie tecnologie per un corretto approccio diagnostico e terapeutico che richiedono una maggiore concentrazione dei volumi di attività nelle strutture di adeguata specializzazione.

Quindi l'impianto attuale viene riconfermato nel suo insieme e si procederà con successivi provvedimenti a rivedere nello specifico i fabbisogni di unità operative e le articolazioni dei poli, soprattutto per la provincia di Torino.

Le attività di assistenza ai malati oncologici richiedono inoltre il completamento della rete degli interventi di cure palliative, il potenziamento della funzione di valutazione delle tecnologie, la diffusione di attività di ricerca multicentrica, ed un maggior collegamento tra ospedali e territorio. In questo ambito particolare rilievo rivestono le iniziative della Rete ospedale senza dolore di cui è prevista la graduale estensione, sia sul piano organizzativo che su quello degli interventi formativi e promozionali, anche alla rete dei servizi territoriali.

h. Il sistema trasfusionale

Con appositi provvedimenti il sistema trasfusionale dovrà essere adeguato alla nuova rete ospedaliera derivante dal PSSR ponendosi come obiettivi prioritari il mantenimento dell'autosufficienza regionale e il concorso all'autosufficienza nazionale di emocomponenti e emoderivati mediante reclutamento di donatori volontari e periodici, la valorizzazione del ruolo svolto dalle associazioni e federazioni dei donatori volontari, il miglioramento della sicurezza e della qualità delle prestazioni trasfusionali, la razionalizzazione delle attività produttive e dei consumi.

i. L'attività di post acuzie

L'analisi delle attività attualmente svolte (peraltro in maggioranza dalle strutture private) copre in modo quasi soddisfacente i bisogni assistenziali, anche se con alcune problematicità territoriali. Ciononostante, in considerazione delle attese per il trasferimento dei pazienti dal regime di acuzie a quelle di postacuzie, si ritiene indispensabile effettuare gli opportuni ulteriori approfondimenti soprattutto in relazione all'attività di riabilitazione. L'analisi dovrà tener conto del reale fabbisogno di posti letto, della tipologia di attività (livelli di riabilitazione) e di funzioni svolte, non potendo prescindere da un'integrazione con le strutture residenziali (RSA, Hospice, ecc.). Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante anche in relazione allo studio dei percorsi di cura e alle modalità con le quali si può garantire la continuità assistenziale, con i necessari interventi assistenziali esterni (medico di base, assistenza territoriale, domiciliare, integrazione con i servizi socio-assistenziali).

L'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo e assistenziale del paziente comporta una stretta integrazione e comunicazione tra i reparti per acuti, postacuzie e i servizi territoriali. La fase del ricovero in regime di postacuzie riguarda quei pazienti che, superate la fase acuta dell'evento patologico, non possono rientrare o continuare a stare al proprio domicilio, ma necessitano di una fase di ricovero prolungato per motivi riabilitativi o terapeutico assistenziali legati alla situazione patologica ancora in fase evolutiva. Il momento di ricovero in regime di postacuzie non può quindi essere visto come un evento sé stante ma è strettamente legato all'evento acuto e alla rete assistenziale territoriale; ciò comporta quindi una presa in carico del paziente con organizzazione di un percorso di cura e di riabilitazione in cui siano stabilite e organizzate le forme assistenziali e degenziali più opportune.

La "dimissione protetta" assume quindi il compito dell'organizzazione della continuità assistenziale in accordo con i servizi dell'ASL di residenza dell'assistito. La continuità assistenziale si concreta anche nella possibilità di mantenere i necessari rapporti consulenziali e nei casi previsti, anche di sostegno ai percorsi di cura che vengono svolti al di fuori del presidio ospedaliero. Tale modalità operativa sarà favorita da un'adeguata organizzazione sia della struttura di ricovero sia dei servizi territoriali di ASL che, soprattutto attraverso il medico di base, devono garantire un'adeguata "presa in carico" del paziente.

I servizi ospedalieri di postacuzie devono garantire, quando necessario, la prosecuzione dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei casi di malattie croniche o a lungo decorso, consentendo quindi ai reparti per acuti un'attività appropriata con un innalzamento del turnover. Ciò può comportare una maggiore specificità degli indirizzi di attività di degenza con le conseguenti possibili differenziazioni delle valorizzazioni delle attività svolte, in considerazione del tipo di patologie trattate e del differente impegno di risorse utilizzate. La presenza di un'efficiente rete assistenziale territoriale che si integra con quella di degenza può far diminuire significativamente tale necessità, soprattutto nell'ambito dell'attività di riabilitazione. I percorsi di cura sono lo strumento che permette di individuare necessità, modalità di intervento, risorse necessarie. A questo proposito saranno ulteriormente esplorate le possibilità date dallo sviluppo delle attività territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali, le quali devono essere integrate maggiormente con quelle ospedaliere.

I. Le case di cura

Le strutture private accreditate svolgono una parte significativa dell'attività di ricovero della rete piemontese ed esplicano la loro attività integrando quella a carattere pubblico su un piano di pariteticità e collaborazione. Tale collaborazione deve ulteriormente svilupparsi con particolare attenzione alle strutture no profit in linea con le indicazioni del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche.

L'integrazione si realizza in particolare attraverso la condivisione delle indicazioni regionali in materia di regolazione delle attività sanitarie, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi di appropriatezza organizzativa e/o clinica che vengono individuati e di costruzione dei percorsi diagnostici e terapeutici. A questo proposito il sistema delle case di cura svolge la propria attività nel rispetto dei limiti e degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale attraverso specifici accordi quali-quantitativi sulle produzioni di prestazioni sanitarie determinate in base alle specifiche esigenze evidenziate dal sistema delle ASR e attraverso protocolli operativi tra strutture pubbliche e private.

Le case di cura accreditate e provvisoriamente accreditate rappresentano circa il 20% dei posti letto complessivi della rete regionale e nel corso del 2004 hanno effettuato circa il 12 % dei ricoveri a livello regionale.

Tab. 11 differenza casistica anni 2000 – 2004 – case di cura

	Casi 2000	Importi 2000 (€)	Casi 2004	Importi 2004 (€)	diff casi	diff % casi	diff importo (€)	diff % importo
Acuzie	35.746	153.550.805.000	70.209	187.077.685	34.463	96,41%	107.775.312	135,90%
Postacuzie	23.224	199.476.785.180	27.252	143.268.627	4.028	17,34%	40.247.465	39,07%
Totale	58.970	353.027.590.180	97.461	330.346.310	38.491	65,27%	148.022.775	81,19%

L'analisi fin qui svolta non evidenzia la necessità di prevedere un ulteriore incremento dell'attività delle case di cura. Gli aumenti prevedibili nei volumi degli edifici in corso di costruzione o di progettazione o disponibili in tempi brevi da parte delle ASR o dei presidi equiparabili al pubblico fanno al contrario prevedere una diminuzione del fabbisogno di ricoveri da parte delle strutture private.

La situazione in dettaglio relativamente allo stato dei rapporti con il SSN delle case di cura è quello descritto nella tabella successiva (sono stati anche evidenziati i posti letto privati senza alcuna forma di convenzionamento).

Tab. 12: situazione posti letto case di cura al 1.7.2005

Tipo di rapporto col SSN	RO*	DS**	RO+DS
Posti letto provvisoriamente accreditati	1.905	54	1.959
Posti letto accreditati in fascia A	1.877	121	1.998
Posti letto accreditati in fascia B	0	0	0
Posti letto accreditati in fascia C	100	3	103
Totale posti letto accreditati	1.977	124	2.101
Totale posti letto provv.accr+definitivamente accreditati	3.882	178	4.060
Posti letto privati al 2005 non accreditati neanche provvisoriamente	331	0	331

*RO = ricovero ordinario - **DS = day surgery

5.5. REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE

Premessa

L'analisi ha l'obiettivo di definire il fabbisogno di posti letto complessivi nei presidi della rete ospedaliera piemontese.

La revisione della rete proposta parte dall'analisi della situazione al 31 dicembre 2004, considerando i presidi presenti nelle aziende attuali.

Il fabbisogno di posti letto nei presidi della rete ospedaliera piemontese è determinato partendo dalla logica di superamento della suddivisione degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline e con un orientamento all'organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni. La struttura del nuovo ospedale che viene così disegnato supera il concetto del reparto tradizionale, inteso come spazio fisico: le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline ma sono disegnate in settori di "aree assistenziali" il più possibile comuni. I processi di diagnosi

e cura del malato devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi diagnostici dovranno essere il più possibile centralizzati ed utilizzabili dalle molteplici professionalità, fatte salve le situazioni per le quali specifiche necessità indichino di riservare una particolare risorsa ad una specifica branca specialistica.

Partendo da questi concetti, in linea con la DGR n° 2-944 del 27 settembre 2005, all'interno delle aziende sanitarie saranno presenti discipline organizzate come strutture complesse (in quanto il fabbisogno di posti letto previsti supera la soglia minima di efficienza/qualità predefinita) e discipline con dignità di strutture complesse e/o semplici che utilizzeranno posti letto di ricovero in aree assistenziali comuni dipartimentalizzate. In ogni caso va sviluppata sempre più l'interdisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire ai pazienti il massimo delle competenze.

Allo stesso tempo ne consegue che nell'ambito della stessa azienda, salvo quando indicato diversamente, non sono più previste di norma duplicazioni di strutture complesse nella medesima disciplina, ma una organizzazione che prevede l'erogazione delle prestazioni su più presidi, coordinate sempre dalla medesima struttura complessa. Analogamente sono previste alcune discipline con attività sovraziendale su un livello organizzativo di area funzionale sovrazonale regionale, organizzate in modo tale da soddisfare il fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione residente nell'area interessata.

La revisione della rete, nell'analisi delle singole discipline, ha tenuto conto anche degli aspetti qualitativi, in considerazione di livelli minimi di prestazioni erogate: tale considerazione ha portato in alcuni casi all'accorpamento di discipline tra varie aziende così da garantire il fabbisogno assistenziale.

a. Metodologia

Per il calcolo del fabbisogno si sono tenuti in considerazione i seguenti parametri:

1. Tasso di ospedalizzazione regionale per disciplina e per regime di ricovero dell'anno 2004 (considerando anche i casi di ricoveri di residenti in Piemonte effettuati fuori Regione), riparametrato secondo le indicazioni dell'accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005 che prevedono entro il 2007 un tasso di ospedalizzazione complessivo del 180‰.
2. Fabbisogno di posti letto in linea con le indicazioni dell'accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005, che pone un limite di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti. Si è mantenuta l'indicazione di 1 letto per 1.000 abitanti in regime di post-acuzie.
3. Tasso di utilizzo dei posti letto in linea con le indicazioni nazionali.
4. Degenza media specifica per disciplina quale osservata in ambito regionale nel 2004.
5. Popolazione al 31 dicembre 2004 per ASL di residenza pesata per fasce d'età.

6. Mobilità attiva extraregionale per disciplina e per area funzionale sovrazonale.
7. Patologia realmente trattata per singolo presidio, pubblico e privato, analizzata secondo il metodo ACC (sistema di classificazione di patologie utilizzato dal Ministero della Salute per analisi di attività).

Dall'analisi di tali parametri è stato stimato il fabbisogno di posti letto per regime assistenziale delle singole ASL e quindi delle aree funzionali sovrazonali e dell'intera Regione. Per determinare la stima è stata anche effettuata un'analisi della tipologia di casistica trattata all'interno della singola disciplina e del singolo presidio, pubblico e privato accreditato, così da ricondurre a discipline più appropriate le patologie veramente trattate.

La proposta complessiva di distribuzione dei posti-letto per A.F.S. è stata fatta sulla base dei tassi di ospedalizzazione standardizzati per fasce di età e poi riparametrati in relazione alle indicazioni del citato accordo Stato-regioni al valore del 180 per mille.

Il numero di posti letto del 2004 considerato per i confronti ed i calcoli di tassi di occupazione e degenza media è quello medio annuale, che considera tutte le variazioni avvenute per fattori diversi in corso d'anno.

Per l'attività del settore materno infantile, la previsione di fabbisogno è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni del "progetto obiettivo materno infantile" (POMI), progetto nazionale, che dà indicazioni relativamente alle discipline ostetriche, pediatriche e quelle ad esse collegate in relazione al numero di parti o di minori residenti, riconducendole a standard compatibili con l'evoluzione organizzativa avvenuta negli ultimi anni.

I casi della psichiatria (disciplina 40) sono stati ridistribuiti tenendo conto delle indicazioni del progetto obiettivo nazionale relativamente al numero di posti letto prevedibili di SPDC per 1.000 abitanti. Pertanto i posti letto sono stati aumentati rispetto alla dotazione attuale prevedendo a regime in tutte le ASL il relativo reparto e la saturazione a 15 p.l. di degenza ordinaria degli attuali già in funzione, con una contemporanea razionalizzazione di quelli delle strutture accreditate di tipo intensivo, considerando anche le differenze in tassi di occupazione e di degenza media. Inoltre l'attività dei 161 p.l. di trattamento estensivo delle case di cura private è stata trasformata in attività di lungodegenza (postacuzie codice 60).

Il calcolo del fabbisogno di recupero e riabilitazione funzionale (disciplina 56) è stato ridistribuito nelle ASL secondo lo standard di ospedalizzazione a livello regionale. Non si è provveduto in questo documento alla suddivisione del fabbisogno fra attività di primo e secondo livello.

La disciplina 02 (day hospital multispecialistico) è stata azzerata nel calcolo di fabbisogno dei posti letto e la casistica trattata è stata distribuita all'interno delle varie discipline a cui afferivano i singoli casi. Ovviamente la disciplina come tale non è

esclusa come previsione ma non dà luogo a struttura complessa ed è quindi da considerarsi come una modalità organizzativa. Ne consegue che i letti di D.H. di altre discipline, quando viene utilizzata questa modalità organizzativa, vengono ricompresi in tale dotazione di posti letto.

E' stata ridisegnata la funzione dell'oncologia con la presenza di un'UO in tutte le ASL.

Infine alcune discipline sono state ritenute a valenza regionale o sovrazonali prevedendo la presenza di un'UO in un'unica sede regionale o una per ogni unità funzionale sovrazonale, con il compito di assolvere al fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione del territorio di riferimento.

Al fine di garantire il fabbisogno di posti-letto e la continuità di assistenza ai pazienti, le strutture per attività riabilitative per i soggetti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite post-coma (codice 75) sono di norma collocate all'interno degli ospedali sede di DEA di secondo livello.

b. Identificazione del fabbisogno

Complessivamente la metodologia utilizzata ha reso possibile giungere ad una previsione di 19.487 posti letto.

Il fabbisogno di posti è di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui il 3,47‰ per acuzie e 1,03‰ per post-acuzie, con una variabilità tra le aree dovuta anche agli effetti della mobilità sanitaria che non è risolvibile nel breve periodo.

Tabella13: posti letto per AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE

	TORINO	NOVARA	CUNEO	ALESSANDRIA	TOT
Posti letto	10.259	3.765	2.566	2.897	19.487
Totale acuzie	7.968	2.805	1.981	2.277	15.031
Totale post - acuzie	2.291	960	585	620	4.456
posti letto per 1.000 abitanti	4,54	4,39	4,50	4,50	4,50
acuzie	3,53	3,27	3,47	3,54	3,47
postacuzie	1,01	1,12	1,03	0,96	1,03

La disciplina 97 (detenuti) non è stata presa in considerazione nel calcolo a previsione dei fabbisogni, considerandola costante in relazione alle esigenze di dare attuazione alla normativa specifica.

A seguito della identificazione della casistica minima che garantisca la miglior qualità dell'assistenza ed il miglior utilizzo di risorse, alcune discipline a larga diffusione sono state accorpate con altre aziende, così da garantirne comunque il fabbisogno assistenziale: in particolare quelle di diabetologia, urologia, ORL ed oculistica. Per quelle di odontostomatologia vanno previsti posti letto di appoggio, in particolare per l'attività rivolta a pazienti non collaboranti o affetti da particolari patologie per i quali è

necessario l'intervento in sedazione. Allo stesso modo, per effetto delle verifiche effettuate sulle attività minime, nelle case di cura vengono eliminati molti posti letto di discipline per acuti. Oltre al numero di pazienti medi presenti in ogni singola UO, si è tenuto conto anche del reale tasso di occupazione osservato.

Le unità operative di neonatologia (62), nido (31) e terapia intensiva neonatale (73) in alcuni casi sono state aggregate alla relativa divisione di pediatria. Le Terapie intensive neonatali con attività rilevante sono state previste come struttura complessa: di regola una S.C. per area sovrazonale. Il punto nascita prevede la contemporanea presenza delle UO di ostetricia ginecologia e pediatria con nido senza la neonatologia.

Nell'ambito della disciplina di psichiatria si è proceduto alla riconversione dei posti letto di estensiva in attività di lungodegenza.

c. La situazione della rete dei presidi ospedalieri e la sua revisione

In relazione ai fabbisogni di attività di ricovero e allo stato delle strutture ospedaliere, vengono qui identificati gli interventi per la ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri del Piemonte, anche per poter definire le priorità, in relazione alle risorse effettivamente disponibili. Tali valutazioni non possono prescindere dall'analisi delle attuali condizioni impiantistiche e strutturali degli stabilimenti ospedalieri e dell'opportunità delle relative possibili ristrutturazioni o eventualmente dell'edificazione di nuovi.

Pare opportuno che siano affrontati, in via prioritaria, i problemi che riguardano i nodi centrali della rete ospedaliera che presentano particolari problematicità, come l'area metropolitana di Torino (anche in relazione alle proposte inerenti la progettazione della "Città della salute"), le ASO di Novara e Alessandria (quest'ultima anche in relazione alle necessità di adeguamento della rete dei presidi delle ASL 20 e 22). Inoltre sono state considerate quelle situazioni che possono prevedere una razionalizzazione delle attuali attività, con la riunificazione in un unico presidio di più stabilimenti ospedalieri.

Ovviamente, in coerenza con il presente piano e con le risorse finanziarie disponibili, proseguirà l'opera di ammodernamento e ristrutturazione delle strutture ospedaliere, con particolare attenzione alla messa a norma di impianti e locali operativi secondo gli standard esistenti.

Occorre ancora tener conto del fatto che sono disponibili, nei nuovi presidi di Asti e Mondovì, spazi che corrispondono rispettivamente ad un incremento di 150 e di 100 letti circa, rispetto alle strutture in funzione nelle stesse sedi. Anche per i progettati (appaltati o in via di costruzione) ospedali di Verduno (Alba Bra), Biella e Borgosesia sono disponibili spazi maggiori rispetto alle attuali esigenze di attività di ricovero. Pertanto si rende necessario che le ASR rendano coerenti la progettazione, la realizzazione o i piani di utilizzo con la presente programmazione regionale. E' evidente che non andranno proseguite attività di ricovero negli edifici che si sono liberati o che si libereranno al momento del termine della costruzione.

Nella distribuzione dei posti letto nella rete dei presidi si è tenuto conto anche della ormai prossima disponibilità del nuovo presidio dell' ex Borsalino di Alessandria (per 104 letti di postacuzie) e degli ampliamenti delle strutture del C.T.O. (con la contemporanea chiusura del C.R.F.), dell' I.R.C.C. di Candiolo (75 letti) e dell'ampliamento dell'ospedale di Castellamonte (60 letti), che comporteranno la disponibilità di circa 260 nuovi posti letto, la cui utilizzazione va calibrata con le necessità di redistribuzione dei posti letto già identificate.

Conseguentemente alle valutazioni circa le possibili previsioni sui fabbisogni di posti letto, prima di autorizzare l'accreditamento di nuove strutture, si verificheranno gli effettivi bisogni, anche a carattere zonale, e le corrispondenti trasformazioni o riduzioni di altre attività esistenti. Per evitare in futuro la costruzione o ristrutturazione di edifici in modo non economico e funzionale la Regione elaborerà criteri generali strutturali, urbanistici, sanitari a cui le ASR dovranno attenersi per le future progettazioni e costruzioni, partendo dagli studi già disponibili in materia.

d. Le principali criticità nella rete ospedaliera

AREA FUNZIONALE SOVRAZONALE DI TORINO

I problemi della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Torino

Premesso che non si evidenzia la necessità di disporre in futuro di un aumento dei posti letto, occorre verificare piuttosto le necessità di investimenti nella rete dei presidi, sia per innovazioni che permettano un miglioramento degli aspetti gestionali, sia per l'adeguamento e l'ammodernamento di quelle situazioni strutturali che possono essere considerate più critiche o che lo possono diventare in un futuro prossimo.

Per l'area funzionale sovrazonale di Torino si è affrontato il problema della modernizzazione del sistema dei presidi di ricovero, anche in relazione ad una redistribuzione dei letti nell'ambito della città e della sua cintura. E' noto come nella parte sud di Torino vi sia una concentrazione quantitativa e qualitativa di attività ospedaliere molto elevata, mentre nella zona Nord la densità è minore (circa 3100 posti letto contro circa 1450, senza contare i presidi dell'ASL 2). Inoltre i cittadini delle ASL della prima cintura utilizzano per i propri ricoveri soprattutto le ASO della

città compreso l'ospedale Mauriziano e i presidi ospedalieri delle ASL 3 e 4 (particolarmente numerosi sono i ricoveri di cittadini dell'ASL 8, dell'ASL 5, dell'ASL 6 e dell'ASL 7). Tali considerazioni portano a prevedere un potenziamento delle attività di ricovero nella zona Nord-Ovest (o prima cintura Nord-Ovest di Torino) anche con la costruzione di un nuovo nosocomio in quell'area, che ora vede disponibili, in ambiti territoriali più prossimi, solo i presidi pubblici Martini, San Giovanni Bosco e Maria Vittoria, oltre a case di cura di piccola dimensione e il presidio Gradenigo in città, con una mobilità dei residenti in queste zone verso la parte Sud di Torino.

Inoltre è necessario potenziare la capacità produttiva dell'ASL 8, anche con la previsione della costruzione di un nuovo presidio, tenendo conto del fatto che le attuali previsioni di un ampliamento della struttura di Moncalieri hanno carattere di provvisorietà, non soddisfacendo completamente i fabbisogni.

Sempre per ridurre la "mobilità" verso Torino è necessario potenziare l'attività di ricovero dell'ospedale di Rivoli, per garantire le attività per le quali sono riscontrate particolari carenze.

Occorre inoltre programmare l'inserimento funzionale dell'Ospedale Valdese all'interno della rete ospedaliera cittadina anche in coerenza con le previsioni della legge regionale 11 maggio 2004, n. 20 in base alla quale la Regione, considerato l'alto valore della attività svolta, garantisce il mantenimento dei livelli di prestazioni erogati dal presidio ospedaliero della Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi, e ne promuove l'integrazione nel sistema delle aziende sanitarie regionali.

L'attività di Candiolo (attualmente presidio dell'ASO Ordine Mauriziano) dovrà essere potenziata e orientata al percorso di creazione, in Piemonte, di un Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico per il quale l'amministrazione regionale ha inoltrato la domanda al competente Ministero della Salute in accordo con la Fondazione per la ricerca sul cancro ONLUS. A tal fine è in corso la predisposizione, da parte dell'ARESS, di un dettagliato piano di attività sulla cui base saranno definite le caratteristiche organizzative del costituendo istituto che opererà in piena integrazione con le attività di assistenza e di ricerca della rete oncologica regionale e delle università piemontesi.

ASR della Città di Torino

La riorganizzazione e l'ammodernamento della rete ospedaliera metropolitana si prefigge i seguenti obiettivi:

- a) Favorire la redistribuzione dei posti letto nelle diverse aree della città (in particolare nella zona nord) e nella cintura torinese per le discipline e i servizi a più alta diffusione (ad esempio medicina e chirurgia generale, ostetricia e pediatria) per consentire un più facile accesso ai cittadini alle prestazioni di ricovero più comuni evitando l'accentuarsi della mobilità nell'area metropolitana che, per alcuni percorsi, richiede tempi molto lunghi (più di quelli necessari per gli spostamenti tra comuni più distanti fuori dell'area metropolitana) e per permettere una migliore integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri.

- b) Accentuare il grado di specializzazione delle strutture ospedaliere che effettuano prestazioni ad alta complessità (Molinette, CTO, OIRM Sant'Anna in particolare, il costituendo IRCCS di Candiolo, ASO San Luigi di Orbassano, l'ASO Mauriziano) e concentrare in queste sedi le attività di riferimento regionale della rete ospedaliera (trapianti, attività di terzo livello ostetriche e pediatriche, ed altro). La distribuzione delle funzioni specialistiche nella rete ospedaliera cittadina verrà così progressivamente riorganizzata decentrando le attività a minore livello di complessità. Il riordino richiederà opportuni investimenti atti a mantenere e ad aumentare il livello tecnologico necessario. I presidi ad alta specializzazione svolgeranno ruoli specifici anche nel rapporto con la ricerca e per l'insegnamento universitario. Ruoli complementari e a rete potranno essere svolti dagli altri grandi presidi della rete metropolitana quali il San Giovanni Bosco e il Maria Vittoria. In particolare per l'ASO San Luigi di Orbassano si prevede un suo ampliamento, ammodernamento e innalzamento del livello di complessità in relazione anche allo sviluppo dell'attività di insegnamento della facoltà di Medicina dell'Università di Torino.
- c) Il trasferimento di attività comporterà inoltre, in particolare, il potenziamento, anche strutturale, del San Giovanni Bosco e del Mauriziano, l'ammodernamento e l'ampliamento dell'ospedale Martini, il potenziamento dell'attività chirurgica a carattere oncologico presso il presidio dell'IRCC di Candiolo.
- d) L'esigenza di realizzare un nuovo presidio ospedaliero nella zona Nord-Ovest della città potrà essere garantita tramite il potenziamento e la costruzione di una nuova sede per l'Ospedale Maria Vittoria collocandolo nell'area dell'Ospedale Amedeo di Savoia che presenta le caratteristiche logistiche necessarie. Tale realizzazione corrisponde pienamente alle esigenze di razionale distribuzione dei presidi ospedalieri entro l'area cittadina. La presenza in quest'area di un nuovo nosocomio ad alta qualificazione consentirà anche il funzionamento ottimale dell'Ospedale Amedeo di Savoia al quale spetta il compito di garantire il supporto specialistico della funzione di malattie infettive per la rete ospedaliera cittadina e regionale.
- e) Premessa la funzione dell'ospedale Oftalmico nell'ambito della rete oculistica regionale per le caratteristiche di eccellenza in campo oftalmologico e di centro di riferimento regionale per oftalmologia infantile, glaucomi, retinopatia, maculopatia, patologie corneali, ipovisione, oftalmologia plastica, traumatologia, oncologia, l'attività attualmente svolta nell'ospedale Oftalmico dovrà essere riorganizzata, compatibilmente con lo sviluppo dei necessari adeguamenti strutturali e organizzativi della rete dei presidi dell'area metropolitana, prevedendo lo sviluppo delle attività di oculistica negli altri presidi della rete ospedaliera in particolare in quella sede di D.E.A., per consentire la necessaria integrazione con altre discipline e per il trattamento dei traumi oculari.
- f) Infine le positive esperienze di coordinamento tra i servizi e le istituzioni realizzate anche tramite l'organismo di coordinamento nella città di Torino vanno consolidate adattandole al mutato quadro organizzativo ed ai nuovi scenari socio-sanitari.

Collegno (ASL 5)

Il progetto denominato "Clinica della Memoria" sarà portato a compimento realizzando un centro, in collaborazione con l'Università, per la cura, la ricerca e la didattica in tema di malattie dementi di varia natura e origine, organizzato secondo un modello innovativo volto a migliorare l'efficacia e la continuità dell'assistenza.

Venaria (ASL 6)

L'attuale presidio ospedaliero presenta problemi organizzativi e strutturali che potranno essere superati attraverso una sua riconversione ricollocandolo in una nuova sede polifunzionale che ospiterà, riunificandoli, anche le sedi dei servizi territoriali presenti nell'area.

Chivasso (ASL 7)

La struttura di Settimo (Hopital du Piemont), pressoché ultimata, si avvierà non appena definiti gli assetti gestionali. Il fabbisogno determinato in base ai parametri stabiliti dall'Accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005 per l'attività di postacuzie in questa area territoriale, per il triennio, è di 60 posti letto; nella struttura potranno anche trovare sede attività di specialistica ambulatoriale a livello distrettuale.

Moncalieri (ASL 8)

Il progettato ampliamento dell'ospedale di Moncalieri non è ancora risolutivo dei problemi dell'ASL ed è necessaria la programmazione di un investimento per la costruzione di un nuovo nosocomio di 300 letti circa (oggi a Moncalieri ne sono presenti 190), che potrà parzialmente riassorbire in futuro le attività di Carmagnola e alcune di quelle che oggi vengono effettuate nelle ASO di Torino. La localizzazione del nuovo ospedale sarà definita, previa verifica del possesso dei necessari requisiti tecnici, esaminando le proposte già avanzate dalle amministrazioni comunali.

Ivrea e Castellamonte (ASL 9)

La necessità di prevedere un ammodernamento ed una riorganizzazione dell'attività di ricovero nel canavese va rivista alla luce della previsione dei fabbisogni dei posti letto evidenziati nella presente proposta e dei mutamenti organizzativi dei presidi oggi esistenti, come l'avvio della nuova parte dell'ospedale di Castellamonte, che può ospitare ulteriori 60 p.l. (oltre ai 50 già presenti) per attività di postacuzie.

Resta confermata come esigenza strategica la previsione di progettare e costruire un nuovo presidio del canavese la cui necessità appare evidente anche in considerazione delle condizioni strutturali del presidio di Ivrea.

AREA FUNZIONALE SOVRAZONALE DEL PIEMONTE NORD

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Novara.

Novara (ASO 905)

Si prevede una nuova struttura ospedaliera, con le adeguate risorse, in considerazione dell'importanza dell'ospedale e della sua vetustà e delle caratteristiche di presidio di riferimento sovrazonale con attività universitaria.

L'ASO comprenderà oltre che il presidio di Novara, anche quello di Galliate, che ospiterà attività ospedaliera tra cui il reparto di oculistica.

Vercelli (ASL 11)

Il limitato numero di abitanti, con una conformazione del territorio particolarmente allungata, non consente un efficiente utilizzo dei presidi ospedalieri, che presentano molte sovrapposizioni da ridefinirsi in particolare per le discipline a minore diffusione.

Occorre quindi prevedere una differenziazione più consistente dell'offerta degli attuali presidi, in coerenza con gli effettivi bisogni delle popolazioni, secondo le indicazioni sui fabbisogni di posti letto per disciplina del presente documento.

Si prevede perciò di concentrare le funzioni per acuti a Vercelli e a Borgosesia, procedendo ad una ridefinizione delle funzioni degli ospedali di Gattinara e Santhià da trasformarsi in presidi sanitari polifunzionali che dovranno garantire assistenza residenziale, prestazioni sanitarie ambulatoriali, nonché la presenza di hospice e di prestazioni chirurgiche ambulatoriali nella sede di Gattinara e di dialisi in quello di Santhià. Considerate la situazione di degrado e il sovradimensionamento dell'ospedale di Vercelli, due condizioni che impediscono una gestione economica efficace dell'attività sanitaria del nosocomio, emerge l'opportunità di costruire una nuova struttura piuttosto che investire ingenti somme sulla messa in sicurezza dell'edificio esistente. Nel presidio di Varallo sarà realizzata una innovativa struttura per le cure primarie, interpretando il modello prototipale della "casa della salute" in cui saranno realizzate attività specialistiche di diagnosi e cura nonché le funzioni di degenza compatibili.

Il completamento della costruzione del nuovo presidio a Borgosesia, che potrebbe contenere fino a 216 posti letto, che sono circa il doppio di quelli in funzione attualmente, dovrà avvenire riprogrammando le attività dello stesso presidio e prevedendo l'attivazione di un numero di posti letto minore.

Biella (ASL 12)

L'Azienda deve rivedere la progettazione del nuovo ospedale in modo da attestarne il dimensionamento degenziale a 550 posti letto aggiornando l'impostazione progettuale, per molti aspetti datata e superata rispetto all'attuale assetto.

Novara (ASL 13)

Anche in questo caso la presenza di un numero consistente di posti letto ripartito su due presidi (Borgomanero, Arona) crea alcune difficoltà nel gestire in efficienza tale realtà, anche per la presenza dell'offerta di più soggetti erogatori: l'ASO, i privati accreditati, gli erogatori extraregionali. Quindi i due presidi di ASL, nonché gli altri erogatori, devono riorientare la propria offerta alla luce dei fabbisogni identificati per area e per disciplina dal presente Piano.

VCO (ASL 14)

Il limitato numero di abitanti, in relazione alla vastità del territorio, non consente un efficiente utilizzo dei tre presidi ospedalieri, che presentano alcune sovrapposizioni che vanno ridefinite, in particolare per le discipline a minore diffusione.

L'ipotesi di un nuovo ospedale a Piedimulera non è funzionale nella collocazione geografica per consentire una effettiva razionalizzazione dell'offerta. Si prevede quindi di procedere ad una differenziazione più consistente dell'offerta dei tre attuali presidi, con particolare riferimento alle discipline presenti negli ospedali di Domodossola e di Verbania, tenendo conto delle attività che la programmazione regionale assegnerà al centro ortopedico di quadrante di Omegna.

I due ospedali generali manterranno le funzioni dell'emergenza (DEA) con la necessaria riorganizzazione dipartimentale delle attività, armonizzando la dotazione dei posti letto e delle relative discipline alle esigenze di un corretto funzionamento dell'attività ospedaliera sia nell'area intensiva e di acuzie che in quella di postacuzie.

In tale ambito è da prevedere la collocazione delle attività del polo-oncologico provinciale in rete con il polo-oncologico sovrazonale di Novara.

Va inoltre sottolineato che i precedenti accordi stipulati con l'IRCCS di Piancavallo per un ulteriore ampliamento delle attività di riabilitazione nello stesso presidio di Verbania, sono oggi in contrasto con gli obiettivi generali della razionalizzazione della rete ospedaliera, considerando in particolare che nella zona è presente un'offerta eccessiva di attività di postacuzie (oltre 1,3 posti letto per mille abitanti senza considerare l'attività delle discipline 68 (pneumologia) e 40 (psichiatria) delle case di cura accreditate che sono attualmente formalmente considerate come acuzie dalle indicazioni ministeriali in materia ma che in realtà svolgono attività di postacuzie e che quindi dovranno essere correttamente riclassificate nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera. Dovrà quindi prevedersi una riorganizzazione funzionale delle attività di riabilitazione con la costruzione di una rete che includa tutte le strutture pubbliche, del privato accreditato e l'IRCCS di Piancavallo per offrire un completo setting riabilitativo alla popolazione residente.

AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI CUNEO

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Cuneo.

Cuneo (ASL 15)

Nell'ASL non esistono posti letto per acuti ma solo alcuni letti a Caraglio per lungodegenza e riabilitazione gestiti in collaborazione con l'ASO S. Croce e Carle. Inoltre presso Caraglio sono presenti provvisoriamente i letti di riabilitazione di 3° per tutta la provincia, che saranno trasferiti a Fossano.

Mondovì (ASL 16)

La conclusione dei lavori di costruzione a Mondovì del nuovo ospedale con l'incremento di circa 100 posti letto rispetto all'attuale presidio, ed il contemporaneo mantenimento dell'ospedale di Ceva pongono problemi gestionali, che dovranno essere risolti prevedendo un riassetto organizzativo all'interno della rete ospedaliera dell'area funzionale sovrazonale. Occorre garantire il DEA di primo livello di Mondovì con le discipline ritenute essenziali ai bisogni del territorio e, per il presidio di Ceva, un miglioramento della gestione dell'emergenza per mantenere un adeguato servizio.

Savigliano (ASL 17)

L'articolazione dei posti letto su tre presidi (Savigliano, Saluzzo, Fossano) pone alcuni problemi gestionali, ma è condiviso un intervento di ristrutturazione/riconversione dell'attuale presidio di Fossano che si trasformerà in ospedale di riabilitazione.

Alba (ASL 18)

Il nuovo presidio, quando entrerà in funzione avrà una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nei vecchi Ospedali di Bra e Alba (oltre un centinaio di posti). Fino al suo completamento sarà mantenuto il livello di prestazioni attualmente garantito dai presidi esistenti.

AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI ALESSANDRIA-ASTI

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Alessandria.

L'ospedale nuovo di Asti svolge attività ad alta specializzazione, con dotazioni strumentali nuove e di alto contenuto tecnologico il cui utilizzo deve essere oggetto di ulteriori accordi gestionali tra i due presidi, coerenti con il riordino della rete della A. F. S. realizzando ulteriori sinergie e maggiore integrazione, anche per le funzioni a carattere sovrazonale.

Asti (ASL 19)

Il nuovo presidio, entrato in funzione, ha una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nel vecchio il cui utilizzo dovrà essere oggetto di opportuni accordi gestionali all'interno dei fabbisogni della rete dell'A. F. S.

A Canelli verrà realizzata una nuova struttura, nell'area dell'attuale ospedale, destinata alla erogazione di prestazioni specialistiche e di cure primarie.

Per quanto riguarda l'ospedale di Nizza, collocato in un vecchio convento del centro urbano, manifestatamente inadeguato, saranno temporaneamente mantenute le attività di medicina generale, chirurgia generale e di primo intervento sulle 24 ore, supportate dalle correlate attività diagnostiche.

E' prevista la costruzione di una nuova struttura ospedaliera in posizione intermedia tra Nizza e Canelli con la stessa tipologia di funzioni dei due ospedali esistenti.

Alessandria (ASO 907)

Gli edifici dell'ASO hanno problemi di diverso tipo ed è previsto, con il concorso di importanti investimenti, la realizzazione di un nuovo nosocomio.

Tale soluzione consentirà anche una revisione più completa della rete ospedaliera della zona: in particolare non sarà più perseguita l'opzione già contenuta negli atti programmatori regionali di un nuovo presidio collocato tra Tortona e Novi.

In fase transitoria, fino alla definizione di un progetto di massima e all'individuazione del sito di edificazione, sarà mantenuta l'attività negli edifici attuali e saranno attuati gli interventi necessari per la messa a norma e per il mantenimento di un corretto funzionamento degli impianti e delle tecnologie.

Va ricordato che è stato costruito nell'area ex Borsalino un nuovo presidio di riabilitazione per il quale sono previsti 104 letti, di cui una parte per l'unità spinale per la riabilitazione dei pazienti medullolesi stabilizzati (codice 28), che dovrà essere reso operativo a breve per il suo pieno utilizzo.

Nel triennio di validità del Piano saranno reperiti, previa individuazione delle rispettive aree di insediamento, le risorse necessarie a finanziare gli studi di fattibilità dei nuovi ospedali previsti dalla delibera di Consiglio regionale n. 131-23049 del 19 giugno 2007, come ad esempio Alessandria, Canavese, Moncalieri.

A completamento di quanto descritto, si riportano i dati complessivi (pubblico e privato accreditato) del numero di posti letto massimo previsti per area sovrazonale, la situazione dei posti letto al 31 dicembre 2004 ed infine la differenza tra la nuova previsione ed il 31 dicembre 2004. Sono inoltre riportati i fabbisogni di posti letto per disciplina e per Unità funzionale sovrazonale.

Tabella 14.: PROPOSTA POSTI LETTO PER DISCIPLINA CALCOLATI SULLA BASE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE SPECIFICI

ACUZIE – DISC. MEDICHE															
disciplina	PREVISIONE					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE
01 allergologia	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
05 angiologia (*)	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15	0	0	0	-15	-15
08 cardiologia	266	127	63	96	552	277	128	54	100	559	-11	-1	9	-4	-7
18 ematologia	143	16	20	25	204	117	0	21	21	159	26	16	-1	4	45
19 malattie endocrine	31	12	15	12	70	77	9	15	12	113	-46	3	0	0	-43
19 malattie endocrine (diabetologia)	30	0	0	0	30	0	0	0	0	0	30	0	0	0	30
19 malattie endocrine (nutrizione clinica)	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
20 immunologia	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	-2	0	0	0	-2
21 geriatria	188	46	30	36	300	149	25	12	56	242	39	21	18	-20	58
24 malattie infettive e tropicali	108	76	23	59	266	107	51	23	59	240	1	25	0	0	26
25 medicina del lavoro	16	0	0	0	16	26	0	0	0	26	-10	0	0	0	-10
26 medicina generale	1434	490	390	477	2791	1322	509	390	478	2699	112	-19	0	-1	92
29 nefrologia	128	63	30	20	241	112	85	30	18	245	16	-22	0	2	-4
31 nido	286	90	65	60	501	253	97	90	54	494	33	-7	-25	6	7
32 neurologia	249	136	67	130	582	259	127	53	120	559	-10	9	14	10	23
33 neuropsichiatria infantile	20	0	0	10	30	26	2	3	10	41	-6	-2	-3	0	-11
39 pediatria	197	70	51	46	364	203	74	64	51	392	-6	-4	-13	-5	-28
40 psichiatria	419	77	136	63	695	619	82	172	81	954	-200	-5	-36	-18	-259
46 grandi ustioni pediatriche	4	0	0	0	4	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0
47 grandi ustionati	9	0	0	0	9	9	0	0	0	9	0	0	0	0	0
48 nefrologia (abilitato al trapianto di rene)	24	8	0	0	32	24	4	0	0	28	0	4	0	0	4
51 astanteria (*)	0	0	0	0	0	18	10	2	0	30	-18	-10	-2	0	-30
52 dermatologia	62	34	4	10	110	84	33	2	11	130	-22	1	2	-1	-20
58 gastroenterologia	77	16	21	16	130	100	12	24	11	147	-23	4	-3	5	-17
61 medicina nucleare	8	4	4	4	20	4	0	0	2	6	4	4	4	2	14
62 neonatologia	85	29	19	19	152	134	26	14	12	186	-49	3	5	7	-34
64 oncologia	353	119	69	56	597	333	89	60	53	535	20	30	9	3	62
68 pneumologia	127	135	44	37	343	136	178	60	39	413	-9	-43	-16	-2	-70
70 radioterapia	8	4	4	4	20	21	19	1	0	41	-13	-15	3	4	-21
71 reumatologia	14	10	5	5	34	7	10	0	0	17	7	0	5	5	17
74 radioterapia oncologica (**)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	-1	0	0	0	-1
97 detenuti (***)	31	0	4	7	42	34	0	4	7	45	-3	0	0	0	-3
totale	4331	1562	1064	1192	8149	4458	1570	1094	1210	8332	-127	-8	-30	-18	-183

(*) I posti letto di Astanteria e di Angiologia sono stati ricompresi nella previsione in quelli di Medicina generale

(**) I posti letto di Radioterapia oncologica sono ricondotti a quelli di Radioterapia

(***) I posti letto di Detenuti sono stati lasciati secondo quanto previsto nel corso del 2005 dalle ASR

I posti letto per Pensionanti non sono stati considerati

Tabella 14.: PROPOSTA POSTI LETTO PER DISCIPLINA CALCOLATI SULLA BASE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE SPECIFICI

ACUZIE – DISC. EMERGENZA															
disciplina	PREVISIONE					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE
50 unita' coronarica	95	45	30	33	203	97	44	27	21	189	-2	1	3	12	14
49 terapia intensiva	197	55	45	59	356	176	54	43	56	329	21	1	2	3	27
73 terapia intensiva neonatale (*)	68	12	12	12	104	36	15	8	8	67	32	-3	4	4	37
totale	360	112	87	104	663	309	113	78	85	585	51	-1	9	19	78
ACUZIE – DISC. CHIRURGICHE															
disciplina	PREVISIONE					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE
06 cardiocirurgia infantile	10	0	0	0	10	12	0	0	0	12	-2	0	0	0	-2
07 cardiocirurgia	84	29	16	26	155	119	31	16	23	189	-35	-2	0	3	-34
09 chirurgia generale	893	327	210	269	1701	955	346	249	358	1908	-62	-19	-39	-89	-207
10 chirurgia maxillo facciale	16	6	4	13	39	20	7	0	12	39	-4	-1	4	1	0
35 odontoiatria e stomatologia	25	9	8	9	51	14	2	10	0	26	11	7	-2	9	25
11 chirurgia pediatrica	24	12	0	12	48	25	13	0	22	60	-1	-1	0	-10	-12
12 chirurgia plastica	69	12	12	12	97	72	0	0	18	90	-3	12	12	-6	7
13 chirurgia toracica	35	10	13	10	68	50	7	13	4	74	-15	3	0	6	-6
14 chirurgia vascolare	72	32	20	32	156	94	36	32	20	182	-22	-4	-12	12	-26
30 neurochirurgia	77	31	24	28	160	92	43	24	26	185	-15	-12	0	2	-25
34 oculistica	179	80	58	70	387	202	77	67	82	428	-23	3	-9	-12	-41
36 ortopedia e traumatologia	716	261	220	239	1436	680	282	249	269	1480	36	-21	-29	-30	-44
37 ostetricia e ginecologia	585	168	140	133	1027	634	182	168	155	1139	-49	-14	-28	-22	-112
38 otorinolaringoiatria	176	56	42	47	321	226	75	67	46	414	-50	-19	-25	1	-93
43 urologia	298	98	63	81	540	324	104	86	95	609	-26	-6	-23	-14	-69
76 neurochirurgia pediatrica	10	0	0	0	10	8	0	0	0	8	2	0	0	0	2
78 urologia pediatrica	8	0	0	0	8	12	0	0	0	12	-4	0	0	0	-4
totale	3277	1131	830	981	6214	3539	1205	981	1130	6855	-262	-74	-151	-149	-641
POST - ACUZIE															
disciplina	PREVISIONE					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE	A.F.S. 1	A.F.S. 2	A.F.S. 3	A.F.S. 4	TOTALE
28 unita' spinale (**)	82	16	0	16	114	33	6	0	0	39	49	10	0	16	75
56 recupero e riabilitazione funzionale	1393	715	361	353	2822	1128	869	338	227	2562	265	-154	23	126	260
60 lungodegenti	750	197	204	207	1358	634	177	196	143	1150	116	20	8	64	208
75 neuroriabilitazione	66	32	20	44	162	55	14	2	34	105	11	18	18	10	57
totale	2291	960	585	620	4456	1850	1066	536	404	3856	441	-106	49	216	600

(*) Nelle dotazioni di P.L. di terapia intensiva neonatale vengono compresi anche i letti di attività subintensiva come prevede il Progetto Obiettivo materno infantile (POMI)

(**) La descrizione non corrisponde all' unità spinale unipolare la quale invece è una struttura a carattere dipartimentale che comprende anche la presenza di altre discipline specialistiche. Con tale indicazione si fa riferimento alla normativa nazionale di codifica delle attività di ricovero in cui si può intendere l'attività di riabilitazione per medullosei.

ATTENZIONE: I posti letto di Day hospital multispecialistico (COD. 02) sono stati ricompresi nelle relative discipline specialistiche

(o m i s s i s)

IL PRESIDENTE
(Davide GARIGLIO)

IL VICE PRESIDENTE
(Gilberto PICHETTO FRATIN)

I CONSIGLIERI SEGRETARI
(Vincenzo CHIEPPA)
(Agostino GHIGLIA)
(Mariacristina SPINOSA)

IL FUNZIONARIO VERBALIZZANTE
(Ornella GALLIERO)

OG/bc