



PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE
2011-2015

PREMESSA.....	4
Parte I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PSSR 2011-2015	7
1. Lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione	7
1.1 Mutamenti demografici	7
1.2 Mutamenti epidemiologici.....	8
1.3 I maggiori problemi di salute	10
2. Le criticità del sistema	17
2.1 La Programmazione	18
2.2 L'appropriatezza	19
2.3 La qualità percepita	20
2.4 La presa in carico del cittadino	20
2.5 Le metamorfosi nei luoghi delle cure.....	21
2.6 Gli edifici ospedalieri	22
2.7 I modelli di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria	23
2.8 La sanità come impresa economica: un'occasione ancora non colta	24
2.9 Il sistema informativo sanitario regionale (SISR)	26
3. Le scelte prioritarie	29
3.1 La garanzia dei diritti.....	30
3.2 Gli obiettivi di fondo	31
3.3 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie ed i costi standard	33
3.4 Le risorse umane	42
3.5 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti	44
PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SSR PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO.....	47
4. I presupposti logici dello sviluppo e riconfigurazione del SSR.....	47
4.1 Gli assunti guida	48
5. Principi e criteri per la riconfigurazione, dimensionamento ottimale, distribuzione territoriale ed articolazione in rete dei servizi.....	50
5.1 I cardini del riordino della rete di offerta	50
5.2 La specializzazione istituzionale e l'individuazione delle aziende sanitarie	51
6. Missione e competenza delle aziende sanitarie del SSR.....	51
6.1 Le aziende sanitarie locali	51
6.2 Le Aziende sanitarie ospedaliere	52
PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SSR.....	54
7. La governance di sistema: attori, luoghi e processi decisionali	54
7.1 La programmazione di sistema ed aziendale	55
8. I criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali	56
8.1 L'atto aziendale	56
8.2 L'organizzazione della ASL	57
8.3 L'organizzazione e governance dell'azienda ospedaliera (AO) e dell'azienda ospedaliero-universitaria (AOU)	61
8.4 Le funzioni amministrative e le piattaforme logistiche integrate.....	65
8.5 Le reti cliniche	65
8.6 Disposizioni finali	66
Parte IV: ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE	67
9. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi	67
10. La valutazione del PSSR e del sistema sanitario piemontese	68
ALLEGATO "A"	70
PROGETTI SPECIALI.....	70
1. La Prevenzione	70
1.1 I principi ispiratori	70
1.2 Strumenti e metodi per la prevenzione	74
1.3 L'organizzazione della prevenzione	75
1.4 Gli obiettivi di salute per singole aree	76
1.5 Sanità Pubblica Veterinaria	83
2. Piano Regionale Piemontese sulle Dipendenze: linee strategiche	83
2.1 La prevenzione.....	84
2.2 La cura e diagnosi delle tossicodipendenze e la prevenzione delle patologie correlate	85
2.3 La riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo	85
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	86
3. Le malattie neurologiche croniche degenerative e i disturbi neurologici cronici gravemente debilitanti.....	86
3.1 Organizzazione	87
4. La rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile	88
4.1 Organizzazione	89
5. La rete integrata dei servizi per l'assistenza e la cura degli anziani e dei malati cronici.....	90
6. L'area della post-acuzie	92
7. Riorganizzazione funzionale delle strutture di emodinamica e di cardiologia interventistica	95

8. Trasporto Secondario Protetto di paziente critico e Trasporto Neonatale	96
9. Progetto R.I.C.R.E.O.	97

PREMESSA

Il piano sanitario regionale, secondo le previsioni dell'art.1, comma 13 del d.lgs. n.502/1992 e s.m.i., 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.

Il Piano socio sanitario regionale, come disciplinato dalle norme regionali (art. 11, legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale"), è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del piano regionale di sviluppo e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, rilevati attraverso gli strumenti di cui all'articolo 2 della stessa legge nonché attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2011-2015 si basa sui seguenti principi:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni;
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità della copertura assistenziale come definito dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il PSSR si inserisce in un quadro istituzionale e normativo, nazionale ed internazionale, altamente complesso ed articolato che vede la necessità di armonizzare il servizio sanitario rispetto sia ai principi della Comunità Europea sia ad un contesto nazionale che si connota per una progressiva evoluzione verso la devoluzione, improntata alla sussidiarietà, di poteri dallo Stato alle Regioni.

Tale processo è stato avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha posto in capo allo Stato la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza ed alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione nel proprio territorio, e vede, nella fase corrente, l'attuazione delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'articolo 119 della Costituzione, in conformità a quanto sancito dal Patto di stabilità tra Stato e Regioni.

La modifica del quadro costituzionale ha inoltre generato significativi cambiamenti del sistema di *governance*, sempre più orientato verso un approccio di concertazione tra Stato e Regioni che si concretizza principalmente attraverso l'utilizzo dello strumento "pattizio".

Con l'approvazione del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2010 si è chiusa una complessa fase di programmazione economico-finanziaria e di regolazione del SSN che si era aperta con le previsioni del decreto legge 25 giugno 2008 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito con modificazioni con la legge 6 agosto 2008, che all'art. 79, comma 1 bis, prevede che "per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni (...) ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, da sottoscrivere entro il 31 ottobre (...) che contempli (...)":

- a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;
- b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:

- 1) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
- 2) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1);
- c) l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa.”.

Proprio con la finalità di giungere alla stipulazione dell'accordo di cui all'art. 14 dell'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 la Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1- 415 del 2.8.2010, ha approvato il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro), redatto ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e s.m.i. e dell'art. 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010) e sottoscritto il 29 luglio 2010 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il 30 settembre 2010, come previsto dall'art. 5, comma 1.b.ii del citato accordo, è stato poi presentato il conseguente programma attuativo. Successivamente, la Giunta Regionale, in seguito alla verifica dei conti per la prima parte del 2010 e nel rispetto delle indicazioni e strategie politiche del nuovo Governo regionale, insediatosi ad aprile 2010, ha ritenuto, con la deliberazione n. 48-1615 del 28 febbraio 2011, di proporre un addendum, coerente con il Piano di Rientro e con il programma attuativo del 30 settembre 2010, ma che prevede nuovi obiettivi e nuove azioni ad essi collegate, con l'intenzione di sviluppare anche interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012.

Come previsto dall'art. 5 dell'accordo del 29 luglio 2010 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n.296/2006 e dell'articolo 2, comma 95 della legge 191/2009, per la Regione e le determinazioni in esso previste comportano anche effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Piemonte in materia di programmazione sanitaria.

In virtù della suddetta previsione la DGR 48-1615 del 28 febbraio 2011 "Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191" si è occupata anche di definire il raccordo tra le previsioni dell'accordo e del relativo piano attuativo con gli strumenti regionali della programmazione. Rilevato che ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. b), punto ii dell'Accordo siglato il 29 luglio 2010, l'Addendum costituisce il programma analitico degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano di rientro, tenuto conto della necessità di garantire l'efficacia della manovra precisa che le disposizioni in esso contenute si armonizzeranno con le previsioni del Piano Socio-sanitario regionale di prossima adozione.

Lo sviluppo del percorso amministrativo sopra riassunto si è infatti determinato a ridosso del periodo in cui veniva a cessare la validità temporale del PSSR di cui alla DCR 137-40212 del 24 ottobre 2007 (31 dicembre 2010); tutto ciò unito all'incertezza del quadro finanziario in materia sanitaria, conseguenza delle vicende sopra esposte, ha suggerito di definire la proposta del nuovo Piano socio sanitario regionale al Consiglio regionale in un momento immediatamente successivo all'approvazione dell'addendum al programma attuativo relativo al Piano di rientro, ampliandone il periodo di validità fino al 2015, anche in considerazione degli effetti derivanti dagli interventi strutturali che lo stesso "addendum" prevede così da soddisfare anche il criterio di

“armonizzazione” che la Giunta regionale ha posto a fondamento dell’approvazione del provvedimento stesso.

All’interno dello scenario sopra descritto il PSSR 2011-2015 pone come obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Piemontese non solo quello della promozione “della salute dei cittadini”, bensì quello della promozione del “benessere e della salute dei cittadini e delle comunità”, nella consapevolezza che “la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini”.

In questo ambito occorre che il SSR assuma anche il ruolo di facilitatore di una strategia di coordinamento tra le diverse istituzioni e di integrazione degli indirizzi delle politiche intersettoriali, al fine di orientare positivamente ed in maniera sinergica i determinanti della salute e del benessere, in conformità alle direttive della Carta di Tallinn (2008). L’efficacia del piano, pertanto, è strettamente correlata alla capacità dei diversi soggetti istituzionali, tra i quali gli enti locali, di cooperare e di trasformare operativamente gli indirizzi in esso riportati.

Le grandi sfide assistenziali che caratterizzano la programmazione regionale – primi tra tutti i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l’elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo indirizzate a specifiche coorti di assistiti – oltre a richiedere un’efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del *welfare*, necessitano anche di un sistema coeso che porti alla convergenza dei finanziamenti, provenienti dai diversi settori coinvolti, su obiettivi ed ambiti tematici condivisi e delineati.

In considerazione dell’elevata crescita di risorse assorbite, derivante soprattutto dalle suddette sfide assistenziali, la sostenibilità economica del SSR deve essere garantita attraverso un sistema di *governance* multilivello (regionale ed aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti. Tale equilibrio deve temperare i requisiti di efficacia con quelli di efficienza, attraverso il rispetto di costi definiti nell’ambito dei rapporti Stato-Regioni (costi standard). La sostenibilità del sistema risulta pertanto direttamente collegata ad azioni di *governance* volte al recupero di efficienza e di appropriatezza nell’erogazione degli attuali LEA, al livello di coerenza degli indirizzi nazionali di politica sanitaria con il quadro delle risorse economiche rese disponibili, al grado di collegamento delle azioni di integrazione delle strategie a tutela della salute attraverso i corrispettivi finanziamenti da parte dei vari soggetti coinvolti.

Obiettivi specifici, che rappresentano anche la sfida del PSSR, sono da un lato, quelli di valorizzare gli elementi di eccellenza del Servizio Sanitario e di investire in settori strategici quali la prevenzione, le nuove tecnologie, i sistemi informatici ed informativi, la *clinical governance* e la sicurezza delle cure, la ricerca e le innovazioni mediche; dall’altro, quelli di affrontare le criticità del sistema, con particolare attenzione al recupero di efficienze e di appropriatezza e al miglioramento della qualità percepita da parte dei cittadini, il tutto in un quadro di sostenibilità.

In considerazione di quanto sopra, e dell’importanza crescente che stanno assumendo altri strumenti di programmazione, quali Accordi ed Intese definiti nella Conferenza Stato-Regioni, è necessario compiere una riflessione sul ruolo da assegnare al PSSR.

In uno scenario che si connota per la presenza di una molteplicità di soggetti e di strumenti di programmazione, il piano socio-sanitario regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio-sanitari regionali e rappresenta lo strumento di definizione delle macro linee di indirizzo della programmazione sanitaria.

Esso, pertanto, costituisce una cornice di sintesi, all’interno della quale vanno ricondotti i diversi Accordi, piani e programmi, con evidenza degli elementi di coordinamento, integrazione e sinergia tra di essi, nonché l’elemento di garanzia dell’uniforme applicazione degli obiettivi e dei LEA in maniera coerente con le analisi dei bisogni e delle risorse di ciascun contesto locale.

Parte I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PSSR 2011-2015

1. Lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione

1.1 Mutamenti demografici

La popolazione residente in Piemonte ammonta a poco più di 4.453.000 persone (di cui il 48,5% uomini e il 51,5% donne). Nel trentennio 1950-1980, congiuntamente al rapido sviluppo industriale, la popolazione ha subito un rapido aumento; la crisi della produzione industriale, che ha segnato i decenni successivi, ha avuto come effetto il rallentamento dei flussi migratori, che, accompagnato dal contemporaneo declino della fecondità hanno portato ad una progressiva contrazione della popolazione - in particolare delle forze di lavoro più giovani – e all'acceleramento del suo processo d'invecchiamento. La ripresa dei flussi migratori, in particolare dall'estero, dalla fine degli anni '90, ha ridotto l'entità di questi processi, senza però modificare significativamente il saldo naturale. Oggi il 18,5% degli uomini e il 25% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana. Le previsioni elaborate dall'ISTAT per il Piemonte ipotizzano una perdita di popolazione di oltre un milione di abitanti nell'arco del prossimo cinquantennio, dove gli ultra sessantacinquenni arriverebbero a costituire oltre il 40% della popolazione.

La geografia del Piemonte è caratterizzata dalla preponderanza di aree montane e collinari rispetto a quelle di pianura. La popolazione si concentra nelle aree più urbanizzate di pianura e di collina vicine ai capoluoghi di provincia - in particolare, in quelle prossime a Torino e al confine con la Lombardia - e nelle Langhe. Di converso, le zone montane sono a bassa densità abitativa e soggette ad un fenomeno di spopolamento iniziato nel secondo dopoguerra. Le aree di montagna oltre alla città di Torino corrispondono anche a quelle in cui maggiore è la presenza degli anziani. L'esposizione degli anziani ai rischi di salute legati all'isolamento sociale è confermata anche dall'elevata concentrazione delle famiglie monocomponente nelle aree montane e pedemontane rispetto a quelle di pianura e di collina. Riguardo a queste ultime, Torino costituisce un caso particolare in cui, probabilmente, si sovrappongono due differenti fenomeni: la presenza di anziani soli e di "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani.

La geografia della demografia piemontese appare quindi chiara: la popolazione anziana si concentra nelle zone di montagna (e a Torino) ed è particolarmente esposta all'isolamento e alle difficoltà di accesso ai servizi. La maggior densità della popolazione in generale - quella più giovane in particolare - risiede nelle aree di pianura più urbanizzate, ed in quelle collinari.

1.1.1 La natalità

Nel 2010 si sono registrati poco più di 37.300 parti; dopo un lungo periodo di stabilità della natalità in Piemonte (e di lieve calo nel resto d'Italia), negli ultimi anni si registra un lieve aumento della natalità nella nostra regione. Nel 2010, il tasso di natalità si è attestato a 8,4 per mille abitanti, inferiore sia al dato nazionale (9,2 per mille), sia a quello del Nord-Ovest (9,2 per mille). Il numero medio di figli per donna è pari a 1,36, decisamente inferiore rispetto al dato nazionale (1,40) ed a quello del Nord-Ovest (1,43). L'età media delle donne che partoriscono in Piemonte è aumentata nel corso degli anni, passando dai 27,2 anni del 1980 ai 31 attuali, valore leggermente superiore rispetto alla media nazionale di 30,6. E' consolidata abitudine, tra le piemontesi, partorire presso strutture pubbliche. Anche in Piemonte, come nel resto d'Italia, il ricorso al taglio cesareo è in aumento: la percentuale è passata dal 14,1% del 1980 al 32% del 2010, pur restando al di sotto

del valore medio italiano. Per quanto riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), a partire dall'approvazione della legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", si è osservato un incremento del ricorso legato alla regolarizzazione delle registrazioni, seguito, a partire dal 1982, da un costante e progressivo calo; il tasso di abortività appare più stabile che in passato a causa del contributo numerico delle donne straniere: tra le donne italiane, infatti, si conferma la diminuzione, mentre è sempre più rilevante la quota di IVG a carico di donne straniere, che rappresentano un quarto dei poco più di 11.000 interventi effettuati ogni anno. Tra le province è Torino quella in cui vi è un ricorso maggiore, verosimilmente per una presenza più elevata di donne giovani e tra queste molte straniere.

1.1.2 La mortalità

Ogni anno, in Piemonte, muoiono circa 49.000 persone (51% donne e 49% uomini), determinando un tasso di mortalità pari a 11 per 1.000 abitanti, superiore sia rispetto al dato del Paese (9,7 per mille), sia a quello del Nord-Ovest (10 per mille). A partire dal 1990 la mortalità in Piemonte si è ridotta del 22,6% in entrambi i sessi, al netto dell'invecchiamento della popolazione registrato nello stesso periodo. La mortalità negli uomini è superiore del 3,3% rispetto all'Italia, ma uguale a quella dell'Italia Nord- Occidentale, mentre tra le donne è superiore del 3,4% sia rispetto all'Italia che rispetto al Nord-Ovest. Se la mortalità della popolazione piemontese raggiungesse, in ogni fascia di età, i corrispondenti valori della popolazione italiana, si potrebbero evitare ogni anno circa 750 decessi tra gli uomini e 1600 tra le donne. Le differenze rispetto all'Italia riguardano in modo differente le diverse fasce di età. Tra gli uomini, le maggiori differenze interessano soprattutto i giovani tra i 15 e i 34 anni, tra le donne, le fasce 15-24 anni e 45-54. In entrambi i sessi la popolazione anziana, oltre i 75 anni, ha una mortalità superiore al valore medio nazionale. All'interno del territorio piemontese, il rischio di morte si distribuisce in maniera disomogenea. Tra gli uomini, la mortalità è, in generale, più elevata nei comuni montani. I rischi maggiori si riscontrano in ampie zone del VCO, nei comuni montani della provincia di Vercelli, nell'alto Canavese e nelle Valli di Lanzo e in tutti i comuni alpini del Cuneese. Tra i grandi centri sono da segnalare gli eccessi a carico di Vercelli e Biella. Al contrario, Torino e cintura si presentano come aree a basso rischio. Tra le donne le aree a rischio elevato sono distribuite in maniera più disomogenea; anche in questo caso, tuttavia, si riconosce una mortalità più elevata in numerose aree montane, anche se in maniera meno netta di quanto appaia tra gli uomini; le aree a rischio, in questo caso, coinvolgono anche le zone di pianura e collinari del Vercellese e del Biellese e meno il VCO. Anche nelle donne, tra i grandi centri, Torino e cintura si caratterizzano come aree a basso rischio, mentre Vercelli ha un rischio più elevato.

1.2 Mutamenti epidemiologici

Nel nostro Paese, come nel resto dell'occidente industrializzato, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita tra gli uomini è passata dai 43 anni del 1900 ai 76,5 del 2000 con un guadagno di quasi 34 anni; mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, circa 40 anni, con la creazione della ben nota supermortalità maschile che dà luogo a sei anni di speranza di vita di svantaggio per gli uomini, uno svantaggio prevalentemente spiegato da eccessi della mortalità giovanile (quattro volte maggiore tra i maschi) e adulta (tre volte maggiore quella per malattie circolatorie). Di questi 34 anni guadagnati in un secolo ben 7,5 sono ancora stati ottenuti nell'ultimo trentennio. Il miglioramento fino agli anni sessanta era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia quasi non più migliorabile del 5 per mille all'inizio del duemila), e le età adulte e anziane. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto a causa dell'incremento delle morti correlate all'uso della droga. Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni

sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite del 45% tra gli uomini e del 55% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni del 34%, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe del 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni, e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali). Mentre per i tumori la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire solo per quelle adulte (con una diminuzione media del 6% tra gli uomini e del 12% tra le donne). Un aumento si registra anche sulle malattie del sistema nervoso tra i più anziani, in particolare per le demenze. Per i tumori, l'incidenza aumenta per quasi tutte le sedi (eccezioni più importanti il tumore dello stomaco e quelli dell'esofago e della laringe); questo aumento è dovuto probabilmente al miglioramento delle tecniche diagnostiche che consentono di anticipare l'identificazione del tumore prima che esso diventi sintomatico (tumori prostata e grosso intestino), per l'attivazione di programmi di screening (mammella), e, in alcune sedi, per l'impatto ancora in crescita della esposizione a molti fattori di rischio ambientali e comportamentali (è il caso soprattutto del tumore del polmone che aumenta tra le donne e diminuisce tra gli uomini in modo parallelo al diverso profilo epidemico dell'abitudine al fumo nei due sessi di due decenni fa). Viceversa si divarica la forbice con la mortalità, che come abbiamo visto comincia a diminuire grazie al miglioramento progressivo della sopravvivenza relativa, che in Italia è del 45% a 5 anni tra gli uomini e del 57 % tra le donne (differenza attribuibile alla migliore sopravvivenza del tumore della mammella e a quella peggiore del polmone prevalente tra gli uomini). Va tuttavia segnalato che in alcune nazioni (USA, Finlandia, Svizzera) l'incidenza ha iniziato a ridursi; è possibile attendersi che, pur con uno sfasamento di alcuni anni, questa inversione di tendenza coinvolga anche altri Paesi ricchi, fra i quali l'Italia. Per quanto riguarda la grande diminuzione di mortalità per malattie ischemiche di cuore (e più in generale per malattie circolatorie), in assenza di una diffusione di registri di patologia come nel caso dei tumori, è più complesso individuare il contributo relativo della riduzione di incidenza o del miglioramento della sopravvivenza. I risultati dello studio MONICA, a cui hanno partecipato centri di 21 nazioni diverse, portano a concludere che il forte calo della mortalità sia attribuibile per i due terzi alla riduzione di incidenza e per un terzo al miglioramento delle terapie e che il principale determinante del declino nella mortalità è ciò che determina il declino dei tassi di incidenza. Nel caso dell'Italia (rappresentata da due soli centri, entrambi nell'Italia settentrionale: Brianza e Friuli) questo rapporto sembra meno sbilanciato, essendo circa del 50% per ognuna delle due componenti. E' probabile che questo dipenda dalla minore esposizione (rispetto a Nord Europa o USA) ad alcuni fattori di rischio (per esempio la dieta aterogena), tipica delle popolazioni mediterranee. Partendo da valori bassi la riduzione relativa è stata inferiore a quella ottenuta in Paesi in cui la prevalenza era (e spesso rimane) più elevata di quella italiana. L'evidenza scientifica ad oggi disponibile conferma l'importanza sia di tutto quanto porta a ridurre l'incidenza di cardiopatia ischemica, sia del miglioramento delle terapie. In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75 enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%). Alcune di queste condizioni potranno essere oggetto nel futuro di una compressione della incidenza della morbosità, grazie agli effetti dilazionati del miglioramento già avvenuto delle condizioni e delle abitudini di vita delle nuove generazioni che entreranno prossimamente nelle fasce di età anziane, e anche in forza delle politiche di "active aging" che verranno eventualmente intraprese. Andrebbe studiato se questo andamento sarà in grado di contrastare gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione sull'aumento della prevalenza della morbosità cronica e della disabilità. Per gran parte di questi fenomeni non sono disponibili stime affidabili sulle previsioni di andamento temporale nei prossimi anni. Molti altri andamenti epidemiologici favorevoli che sono stati osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un

aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la deindustrializzazione), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure). Tra gli andamenti sfavorevoli si potrebbero ricordare la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità aria, emergenze di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Tra gli anziani andamenti sfavorevoli sono attesi per l'aumento della demenza, delle cadute, dell'abuso o dell'uso scorretto di farmaci, della solitudine, e dell'impatto delle barriere architettoniche in casa e nella città. Oltre alle incertezze di previsione già segnalate nel campo della salute straniera ed anziana, sono da segnalare altre lacune conoscitive importanti. Una parte significativa della salute mentale sfugge all'osservazione epidemiologica: solo i pazienti con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori sono trattati dai servizi di salute mentale e ne viene misurata l'occorrenza nei sistemi di osservazione corrente; rimane da capire in quale misura la gestione del disturbo sia, negli altri casi, affidata ad altri referenti, quale assistenza ricevano e quale quota rimanga non gestita. Le stime dell'OMS assegnano alla depressione un ruolo di primo piano nel causare disabilità nell'adulto e nell'anziano. In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota del bisogno che si trasforma in domanda, e, persino anche su questa quota non si dispone di adeguati sistemi informativi sul piano regionale; non è invece nota la prevalenza e la distribuzione di questi problemi nella popolazione generale, inclusiva della quota di bisogno che non trova espressione in una domanda di servizi. Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato il tema della violenza fisica psicologica e sessuale a sfavore delle donne e il tema delle varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze; dall'altro rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio dei maschi per i comportamenti pericolosi (abuso di alcool, droghe e gioco d'azzardo). Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può apportare opportunità (ad esempio nuova forza lavoro più sana con le immigrazioni), ma può anche introdurre nuove minacce, ad esempio nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

Se dunque questo è il quadro italiano, quanto di questo profilo epidemiologico è condiviso dai piemontesi? Per quanto riguarda gli stili di vita i piemontesi sono meno in soprappeso rispetto alla media italiana e delle regioni del Nord, consumano più vino, fumano come la media degli Italiani. Le donne fanno diagnosi precoce con una frequenza leggermente inferiore delle donne del Nord e di più della media italiana. Dal punto di vista della salute valutano negativamente la propria salute un po' più spesso che in Italia e nelle regioni del Nord; riferiscono almeno una malattia cronica in proporzione lievemente inferiore a quella del Nord e dell'Italia e riportano almeno una disabilità in misura leggermente superiore rispetto alle altre regioni del Nord, ma meno della media italiana. Infine, nel 2010, la speranza di vita alla nascita è di 78,7 anni per i maschi (79,1 anni la media nazionale, pari al dato del Nord-Ovest) e di 84,1 anni per le femmine (84,3 anni la media nazionale e 84,4 anni quella del Nord-Ovest).

1.3 I maggiori problemi di salute

Il PSSR 2011-2015 individua 11 problemi di salute considerati prioritari ai sensi dell'art12, comma1, lett.a), della l.r. n. 18/2007. Le azioni finalizzate al loro contrasto vengono definite, sentite le Università degli Studi, gli Ordini e i Collegi Professionali, le Società Scientifiche e tutte le Istituzioni in grado di fornire utili contributi, da specifiche deliberazioni di Giunta regionale che costituiscono gli obiettivi di salute per le ASR piemontesi, da realizzarsi nel periodo di validità del PSSR stesso.

1.3.1 Malattie ischemiche del cuore

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 5.000 decessi (54% tra gli uomini e 46% tra le donne) per malattie ischemiche del cuore, pari all'11% del totale, e oltre 18.000 persone subiscono un ricovero. La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata del 29% tra gli uomini e del 33% tra le donne, superiore a quella registrata nel resto dell'Italia, in modo particolare tra le donne. Nel 2002, il Piemonte era la regione italiana con i più bassi tassi di mortalità tra le donne, ed una delle regioni a più bassa mortalità tra gli uomini. Nell'ambito di questa situazione favorevole, il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea all'interno del territorio piemontese. Sia tra gli uomini che tra le donne il Piemonte settentrionale rappresenta un'area a mortalità più elevata rispetto al resto della regione, mentre il Centro-Sud ed in particolare il Cuneese e il basso Alessandrino rappresentano aree a basso rischio. La prevalenza di ricoveri per cardiopatia ischemica ripropone, in parte, la geografia della mortalità. Il Piemonte settentrionale rappresenta un'area ad alto rischio, così come il Piemonte centrale e meridionale sono aree a basso rischio. Differente il caso dei comuni montani della provincia di Torino dove, a fronte di un'elevata mortalità, corrisponde un basso rischio di ricovero; questa combinazione suggerisce la possibile esistenza di difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere per i residenti in queste aree. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità nei residenti in comuni montani è superiore a quella tra i residenti dei comuni di pianura del 10%; questa differenza è invece assente nel caso delle donne. I residenti in montagna presentano, in entrambi i sessi, un ricorso al ricovero del 13% inferiore rispetto ai residenti in pianura. Questa discrepanza tra mortalità e ricoveri diventa molto evidente, in entrambi i sessi, considerando solo gli eventi acuti (infarto miocardico acuto), quelli che più si avvantaggiano di un ricovero tempestivo.

1.3.2 Malattie cerebrovascolari

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 6.300 decessi (37% tra gli uomini e 63% tra le donne) per malattie cerebrovascolari, pari al 13% di tutti i decessi, e oltre 15.000 persone vengono ricoverate per un evento maggiore (escludendo cioè gli attacchi ischemici transitori). La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata del 37% sia tra gli uomini che tra le donne. Nonostante ciò, la mortalità risulta superiore al valore medio italiano (di circa il 10%) e, ancora di più, a quello del Nord-Ovest (di circa il 15%). Questa differenza coinvolge tutte le classi di età, essendo evidente sia nella popolazione al di sotto dei 65 anni, sia nella popolazione anziana. All'interno del Piemonte, il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, con alcune differenze anche tra uomini e donne. In entrambi i sessi il Piemonte settentrionale, in particolare il Verbano Cusio Ossola (VCO), il Vercellese e l'Astigiano (in modo più marcato tra gli uomini) si caratterizzano come aree con mortalità più elevata. A queste aree, tra gli uomini, si aggiungono anche i comuni montani del Piemonte occidentale e della Valle Po, tra le donne, l'alto Canavese e le Valli di Lanzo. La prevalenza di ricoveri per eventi cerebrovascolari maggiori suggerisce una geografia solo in parte sovrapponibile a quella della mortalità; in analogia con questa ed in entrambi i sessi, l'alto VCO e l'Astigiano sono ad alto rischio di ricovero, così come il Vercellese negli uomini e le Valli di Lanzo nelle donne. Differente, invece, il comportamento della parte orientale della provincia di Alessandria e della città di Torino, che si presenta come un'area ad alto rischio di ricovero e a bassa mortalità. Situazione opposta per il Cuneese, che appare come un'area a bassa ospedalizzazione, ma a mortalità più elevata della media. Queste differenze tra ricovero e mortalità potrebbero essere causate da differenze nell'accesso alle strutture di ricovero: alti ricoveri e bassa mortalità suggeriscono facilità di accesso, bassa ospedalizzazione e alta mortalità suggeriscono difficoltà di accesso. Le altre combinazioni suggeriscono situazioni altamente favorevoli (bassa ospedalizzazione e bassa mortalità come, per esempio il Novarese) o altamente sfavorevoli (alta ospedalizzazione e alta mortalità, come il VCO). Aggregando i comuni piemontesi sulla base dell'altimetria del comune di residenza, i residenti in

montagna presentano una mortalità più elevata e un minor ricorso al ricovero, a conferma di difficoltà nell'accesso alle strutture ospedaliere dei residenti in aree più distanti dai grandi centri. Questo fenomeno, inoltre, è più evidente nelle donne.

1.3.3 Malattie oncologiche

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 13.500 decessi (56% tra gli uomini e 44% tra le donne) per tumori maligni, pari al 28% del totale, e 40.000 persone subiscono un ricovero. La mortalità è in continuo declino; dal 1990 la riduzione è stata del 13% tra gli uomini e del 7,5% tra le donne, analoga a quella registrata nel resto dell'Italia nel caso degli uomini e leggermente inferiore nel caso delle donne. La mortalità è superiore a quella media italiana, in particolare tra le donne, ma inferiore al valore medio delle regioni settentrionali. I dati del Registro Tumori Piemonte (RTP) evidenziano un fenomeno comune ad altri registri italiani: la riduzione di mortalità di questi anni si affianca ad un aumento dell'incidenza: cioè aumentano i tumori riconosciuti, ma diminuiscono i decessi; le ragioni di questo fenomeno sono molteplici e includono il miglioramento delle tecniche diagnostiche, l'attivazione dei programmi di screening, il miglioramento delle terapie e del trattamento oncologico, ma probabilmente anche, per alcuni tumori, l'aumentata esposizione a fattori di rischio. All'interno del Piemonte il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, soprattutto negli uomini. Il Piemonte settentrionale e orientale si presenta come un'area a rischio più elevato (probabilmente per una differente esposizione a stili di vita a rischio, come il fumo di sigaretta), area che, per gli uomini, si estende anche lungo tutto l'arco alpino della provincia di Torino. Il Piemonte meridionale e la pianura della provincia di Torino (Torino inclusa) si presentano come aree a basso rischio (è probabile che in questo caso giochi un ruolo importante la forte presenza di popolazione di origine meridionale, che presenta profili di rischio più bassi). Tra le donne, invece, la variabilità è quasi del tutto assente. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità dei residenti in comuni montani è superiore a quella dei residenti dei comuni di pianura di circa l'8%, differenza assente nelle donne. La geografia dei ricoverati (cioè dei Piemontesi che hanno subito almeno un ricovero per tumori maligni) ripropone in parte la geografia della mortalità. Tra gli uomini, l'intero Piemonte orientale, ma anche Torino, presentano un maggior rischio di ricovero, mentre il Cuneese si conferma un'area a basso rischio. Tra le donne, a differenza della mortalità, si evidenzia una certa variabilità nel ricovero ospedaliero, con una distribuzione simile a quella degli uomini. Le stime di incidenza prodotte dal RTP confermano queste immagini: le aree a incidenza più elevata sono quelle urbane e del Nord del Piemonte. I tumori più frequenti sia in termini di incidenza che di mortalità sono quello del polmone negli uomini (29% di tutti i decessi per tumore) e della mammella nelle donne (18% del totale).

1.3.4 Malattie dell'apparato respiratorio

Le patologie dell'apparato respiratorio sono caratterizzate da una grande eterogeneità, comprendendo forme infiammatorie acute completamente reversibili, l'asma bronchiale (la più diffusa patologia cronica dell'infanzia) e forme croniche dell'adulto progressivamente ingravescenti. In Piemonte, si registrano, ogni anno, circa 3.400 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (56% uomini e 44% donne), la metà delle quali per broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). Nel complesso la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, pur con alcune fluttuazioni è in diminuzione, anche se il Piemonte presenta un tasso di mortalità superiore sia al valore italiano che al Nord Ovest. All'interno del Piemonte, larga parte dell'arco alpino del Piemonte occidentale e l'intero Cuneese sono le aree a mortalità più elevata, mentre le province di Asti, Alessandria e Novara, così come l'Ossola sono le aree a rischio più basso. Dalla fonte ISTAT si stima, in Piemonte, la presenza di poco meno di 170.000 persone con BPCO, pari a circa il 4% della popolazione (4,3% degli uomini, e 3,7% delle donne). La prevalenza aumenta con l'età, sino a raggiungere quasi il 15% degli uomini oltre i 65 anni (il 9% delle donne). Inoltre, la BPCO, soprattutto negli uomini, è fortemente associata

alla posizione sociale: la frequenza è più elevata nei soggetti socialmente più svantaggiati. Queste differenze di genere, età e posizione sociale testimoniano delle differenze nell'esposizione a fumo di tabacco, inquinamento atmosferico, esposizione professionale a sostanze nocive, fumo passivo e inquinamento domestico in genere. L'asma bronchiale, invece, interessa poco meno di 125.000 Piemontesi, con una prevalenza di circa il 2,6% tra gli uomini e del 3,2% tra le donne, valori sostanzialmente simili alla media italiana. Le classi più giovani sono quelle più interessate e i ricoveri per asma sono molto più frequenti nell'età pediatrica.

1.3.5 Diabete mellito

Il diabete mellito è una patologia cronica, con una prevalenza stimata nella popolazione generale di circa il 3,5 - 4%. Questo valore è molto basso nei giovani (il diabete di tipo I, insulino dipendente, tipico dei bambini ed adolescenti rappresenta, solo l'8% dei casi di diabete in Italia) e cresce con l'età, interessando circa il 10% della popolazione anziana (il 60% dei diabetici ha più di 65 anni). Il progressivo invecchiamento della popolazione avrà come conseguenza la presenza di un numero sempre più elevato di persone con diabete. Il diabete mellito causa un carico rilevante per i sistemi sanitari sia per la numerosità della popolazione affetta, sia per le conseguenze che provoca nel tempo, favorendo l'insorgenza di patologie cardiovascolari (i diabetici, rispetto alla popolazione generale, hanno un rischio aumentato di 1,5 - 3 volte di manifestare un infarto miocardico, e di 1,4 volte di morire per un incidente cardiovascolare), di insufficienza renale cronica (i diabetici all'interno della popolazione dei dializzati costituiscono una coorte di rilevante numerosità), di cecità in età lavorativa e rappresentando la seconda causa, dopo i traumatismi, di amputazioni agli arti inferiori. I soggetti diabetici ricorrono al ricovero ospedaliero in misura quasi doppia rispetto alla restante popolazione e hanno una degenza media significativamente superiore. In particolare, rispetto alla popolazione generale, i diabetici presentano un rischio di ricovero superiore di 1,9 volte per neoplasia, di 4,3 volte per malattia coronarica, di 3,4 volte per malattia cerebrovascolare e di 7,8 volte per insufficienza renale cronica. In Piemonte risiedono circa 180.000 diabetici, con una prevalenza stimata di circa il 3,9%, in linea con quella nazionale. Alcune stime che hanno utilizzato modelli cattura-ricattura riportano, nella città di Torino, valori più elevati (4,5%). Anche grazie all'accresciuta attenzione verso la malattia diabetica e alla prevenzione delle sue complicanze, la mortalità per questa causa si sta progressivamente riducendo in entrambi i sessi e la nostra regione è in una situazione avvantaggiata rispetto al resto del Paese, avendo tassi di mortalità negli uomini e nelle donne rispettivamente del 25% e del 35% inferiori. Non sembrano invece esserci differenze significative con la media italiana per quanto riguarda la presenza di complicanze: circa il 30% dei diabetici piemontesi con meno di 65 anni ha almeno una complicanza legata alla malattia.

1.3.6 Salute mentale

Depressione e schizofrenia insieme al disturbo da uso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa. Dai dati disponibili, risulta che sono ricoverati in Piemonte, ogni anno, con una diagnosi di disturbo psichico oltre 8.500 soggetti per un totale di più di 20.000 ricoveri con una distribuzione ineguale tra i vari distretti: da un tasso di 114 per 100.000 abitanti nel distretto di Ivrea ad un tasso di 270,5 per 100.000 abitanti in quello di Alessandria. Il tasso del Piemonte si situa al 13° posto tra le regioni italiane. Si ha un eccesso di ricoveri tra i maschi per le diagnosi di disturbo psicotico, da uso di sostanze, da uso di alcol e per disturbo psico-organico; tra le donne per le diagnosi di disturbo dell'umore, disturbo d'ansia/nevrosi e disturbo di personalità. Si osserva una tendenza ad un minore utilizzo dei ricoveri

per alcuni gruppi diagnostici nei comuni di collina e di montagna e in quelli semi-urbani e rurali. Unica eccezione sono i ricoveri per disturbo da uso di alcol che sono più frequenti nei residenti in comuni montani. Solo per questo gruppo diagnostico si osserva un eccesso di ricoveri nei residenti in comuni deprivati. In un anno, circa 41.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di neurolettici per un totale di quasi 400.000 prescrizioni con una distribuzione ineguale tra i distretti: da un tasso di 616 per 100.000 abitanti nel distretto di Novara ad un tasso di 7.204 per 100.000 abitanti in quello di Aquir Terme. La prescrizione è più frequente nelle donne e nei soggetti residenti nei comuni più deprivati. È meno frequente nei soggetti residenti in comuni montani. Nello stesso anno più di 240.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.700.000 prescrizioni con una distribuzione ineguale tra i distretti: da un tasso di 4.698 per 100.000 abitanti nel distretto di Novara ad un tasso di 1.370 per 100.000 abitanti in quello di Alba. La prescrizione di antidepressivi è più frequente nelle donne e nei soggetti residenti nei comuni con indice di deprivazione medio, meno frequente nel contesto semi-urbano e rurale e nei residenti nei comuni di montagna. Il Piemonte è una delle regioni italiane con i valori più elevati di mortalità per suicidio. Ogni anno si registrano circa 400 suicidi all'anno, con un rapporto uomini/donne di 3 a 1 e con una frequenza più elevata nelle classi di età anziane. La distribuzione sul territorio regionale è disomogenea: tra gli uomini è chiaramente riconoscibile un eccesso di rischio in corrispondenza di tutto l'arco alpino, mentre tra le donne l'eccesso di rischio riguarda soprattutto il Cuneese, l'Eporediese e il Biellese.

1.3.7 Incidenti stradali

La mortalità per incidente stradale da veicolo a motore è particolarmente accentuata nelle fasce di età giovanili, facendo registrare in Piemonte il 34% di tutti i morti, con il tasso di mortalità più alto nella fascia 20-24 anni tra i ragazzi e nella fascia 15-19 tra le ragazze. Nella fascia di età 15-29 anni, la quota di mortalità dovuta ad incidenti stradali ha raggiunto nelle femmine il 41% e nei maschi il 49%. Un indicatore che mette bene in rilievo la dimensione giovanile della mortalità da incidenti da trasporto sono gli anni di vita potenziale persi: in Piemonte, negli ultimi 5 anni, i traumi stradali hanno causato una perdita teorica di vita potenziale di 96.080 anni negli uomini e di 29.063 anni nelle donne. In un contesto nazionale che presenta una flessione della mortalità da incidenti stradali (in linea con la media europea ma minore rispetto ai paesi più sviluppati dell'Europa occidentale), il Piemonte risulta tra le regioni italiane a più elevato rischio di morte da incidenti stradali. Il tasso di mortalità regionale basato sui dati delle schede di rilevazione Istat-Aci (12,6/100.000 abitanti) è più elevato rispetto alla media nazionale (tasso di mortalità 10,4/100.000), pur con un livello di incidentalità (tasso di 351,5 incidenti/100.000 abitanti) inferiore (tasso di 388,9 incidenti/100.000 dell'intera Italia). La gravità del fenomeno in Piemonte è confermata dall'elevato indice di mortalità (numero di decessi ogni 100 incidenti in un anno), che risulta pari a 3,64, notevolmente superiore al valore nazionale di 2,62. La variabilità di mortalità tra le diverse aree provinciali conferma la non omogeneità territoriale della gravità del fenomeno: i sinistri occorsi sulle strade del cuneese (indice di mortalità di 6,25) e vercellese (indice di 5,92) risultano con conseguenze più gravi. Valori chiaramente inferiori alla media regionale (indice di 3,64) sono registrati per le province di Torino (indice di 2,80) e Biella (1,86), che è anche l'unica provincia del Piemonte ad essere al di sotto del valore nazionale.

1.3.8 Dipendenze patologiche

1.3.8.1 Abuso di alcol

Il numero di utenti alcolodipendenti in carico ai servizi è aumentato negli anni fino a circa 5.000. L'aumento è dovuto principalmente agli utenti già in carico (circa 3.000) ed in minore misura ai nuovi utenti (circa 2.000). Il tasso regionale per 100.000 abitanti è 109,72 utenti, con una notevole variabilità (16 volte) intra-regionale: da 18,81 (Torino) a 310,20 (Lanzo Torinese), a fronte di un tasso nazionale pari a 80,2 per 100.000 abitanti. La

classe di età 40-49 anni concentra il maggior numero di utenti sia tra quelli già in carico (33% tra i maschi e 38% tra le femmine) sia tra i nuovi (30% tra i maschi e 35% tra le femmine). Tra i nuovi, il 36% dei maschi e il 34% delle femmine ha più di 50 anni. Nel 2010 sono stati ricoverati in Piemonte più di 1.000 soggetti con una diagnosi di disturbo da uso di alcol, nuovamente, con una distribuzione eterogenea tra le ASL; il 22% di costoro è stato inviato dai SerT.

1.3.8.2 Tossicodipendenze

Il numero totale di utenti, dopo essere progressivamente aumentato dal 1991 al 2001, si è mantenuto stabile intorno ai 14.000 con un rapporto maschi/femmine di 5 a 1. I nuovi utenti, in costante diminuzione a partire dal 1999, sono circa 2.000. Il tasso di utenti SerT nella fascia di età 15-54 anni è 598,63 per 100.000 abitanti, con un'importante variabilità del valore tra le diverse sedi, da un massimo di 1.321,67 utenti per 100.000 in un SerT torinese, ad un minimo di 259,74 utenti per 100.000 ad Ovada. Anche a livello nazionale la variabilità tra le regioni è importante: il Piemonte si colloca su valori leggermente superiori a quelli nazionali e tratta l'8,5% dell'utenza nazionale. Applicando le stime elaborate per l'Italia, in Piemonte vi sarebbero tra 20.000 e 23.000 soggetti dipendenti da eroina ed i SerT ne avrebbero in trattamento tra il 52% e il 60%. L'età media stimata è aumentata sia tra i nuovi utenti (da 25 a 30 anni) che tra quelli già in carico (da 28 a 34 anni) e in entrambi i sessi (in linea con i dati nazionali). Tra gli utenti già in carico, la classe di età più numerosa è quella sopra i 39 anni per i maschi (25,5%) e quella 30-34 (23,2%) per le femmine. Il 76% dei maschi e il 69% delle femmine già in carico ha almeno 30 anni. Tra i nuovi utenti maschi è maggiormente rappresentata la classe 25-29 (22,4%) e tra le femmine la classe 20-24 (24,5%). Il 6,3% dei maschi e il 9,2% delle femmine tra i nuovi utenti e lo 0,8% dei maschi e l'1,7% delle femmine tra gli utenti già in carico ha un'età inferiore ai 20 anni. Nel corso degli anni si è assistito ad una modificazione, simile a quella nazionale, nel profilo delle sostanze per cui i soggetti richiedono il trattamento. Diminuisce la proporzione di utenti trattati per eroina mentre aumentano i soggetti trattati per cocaina. Sono in aumento gli utenti trattati per cannabinoidi, costituiti quasi esclusivamente da soggetti inviati dalle Prefetture in alternativa alle sanzioni. Il numero di soggetti deceduti per overdose, stabile intorno a 20 all'anno fino al 1985 è andato aumentando con due picchi nel 1990 e nel 1996 (157 e 169 decessi) diminuendo quindi progressivamente e stabilizzandosi dal 2002 intorno a 40 decessi l'anno. Tra le province, Torino ha il valore più elevato (4,4 per 100.000) seguita da Vercelli e Biella (4,3 e 3,8 per 100.000). L'andamento piemontese ricalca quello nazionale, ma, a partire dalla seconda metà degli anni ottanta con livelli considerevolmente più elevati (circa il doppio in occasione dei due picchi).

1.3.9 Malattie infettive

In Piemonte ogni anno vengono notificate circa 15.000 casi di malattia infettiva, attraverso i vari sistemi di sorveglianza epidemiologica. Se si escludono le malattie esantematiche e pediatriche, è la salmonellosi non tifoidea, sia come numero assoluto di casi che come tasso, la malattia infettiva più frequente; seguono diarrea infettiva, tubercolosi polmonare, epatite virale A e sifilide. Le notifiche di tubercolosi polmonare, confrontate con quelle degli anni precedenti, aumentano lievemente, mentre l'andamento delle forme con coinvolgimento extrapolmonare mostra una leggera diminuzione dell'incidenza della malattia. Tra le fasce di popolazione a rischio (anziani, stranieri immigrati e persone con infezione da HIV) tende ad aumentare la quota degli immigrati e degli anziani, mentre si riduce ulteriormente quella delle persone con HIV. Tra i focolai di malattie infettive quelli maggiormente notificati riguardano la pediculosi. Tra le tossinfezioni alimentari l'agente eziologico più frequente è la Salmonella di gruppo D. L'andamento dei casi di legionellosi, oggetto nel 2004 di uno studio nazionale di stima della sottonotifica, appare in linea con gli standard europei, rivelando un buon livello di attenzione nei confronti di questo problema. Dalla fine degli anni '90 il numero di casi di malaria, pur in presenza di alcune fluttuazioni, risulta sostanzialmente stabile, così come il rapporto tra casi in cittadini stranieri e in cittadini italiani. Negli ultimi cinque anni i tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da

HIV ripartiti per sesso non mostrano una significativa variazione. Si registra invece un aumento della percentuale dei soggetti che hanno contratto l'infezione tramite contatti eterosessuali. Elevata è la percentuale dei soggetti arrivati alla prima diagnosi di infezione da HIV o con una concomitante diagnosi di AIDS o con una già grave compromissione del sistema immunitario. La prevalenza di soggetti sieropositivi al risulta pari a 1,6 persone su 1000. I dati di attività dei centri IST piemontesi, rivelano un aumento di casi di infezioni sessualmente trasmesse negli ultimi anni: in particolare è raddoppiato il numero di casi di diagnosi di sifilide e gonorrea.

1.3.10 Malattie rare

Nel novembre 2008 è stata pubblicata la Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio e al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni sulle Malattie Rare: Sfide Europee, e l'8 giugno 2009 è stata approvata la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea n.2009/C 151/02, su un'azione nel settore delle malattie rare che ricorda ancora una volta che "Le malattie rare costituiscono una minaccia per la salute dei cittadini europei in quanto si tratta di patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Nonostante la loro scarsa frequenza, esistono numerosi tipi di malattie rare che colpiscono milioni di persone".

I documenti europei hanno messo in evidenza la generale carenza di iniziative e di politiche sanitarie specificamente indirizzate alle Malattie rare, invitando gli Stati membri a dotarsi di strumenti di pianificazione e di programmazione. L'adozione di specifici piani e strategie è vista dalla Comunicazione della Commissione e dalla Raccomandazione del Consiglio come un intervento essenziale.

Un ulteriore elemento è l'alto grado di complessità che contraddistingue molte delle Malattie Rare che, pur condividendo nel loro insieme problematiche comuni da un punto di vista di sanità pubblica, richiedono competenze mediche esperte, ciascuna per le specifiche caratteristiche cliniche e patogenetiche; l'aspetto più critico consiste ancora oggi nell'insufficiente esperienza e nella scarsa conoscenza delle singole malattie da parte dei professionisti medici, causa del frequente ritardo nella diagnosi e nel corretto trattamento, anche quando esiste.

Occorre, pertanto, concentrarsi a riconoscere singolarmente i bisogni dei malati ed è necessario un salto qualitativo sulla strada della conoscenza e della ricerca sulle singole malattie o gruppi, anche rivolgendosi oltre i confini nazionali. Per realizzare questo obiettivo, è fondamentale perseguire la realizzazione di una vera rete di collaborazione tra specialisti delle singole entità nosologiche o di gruppi di malattie che condividono, o per le quali la ricerca suggerisce che condividano, meccanismi eziopatogenetici e caratteristiche cliniche. E' indispensabile che anche il Piemonte si impegni a rilevare dettagliatamente le potenzialità cliniche nel proprio territorio e adotti misure condivise per fare emergere le migliori pratiche già in uso, rendendole disponibili oltre i propri confini ed acquisendo quelle di cui sono carenti. Ciò deve essere fatto con uno sguardo più attento anche all'ambito internazionale, perché un approccio nazionale globale e specifico ed una collaborazione Europea, così come l'adozione di soluzioni comuni, sono gli elementi chiave per migliorare l'assistenza sanitaria e sociale dei pazienti con Malattie rare.

1.3.11 Pazienti ad alto grado di tutela

Rilevare il numero preciso di persone con disabilità non è semplice: la definizione di disabilità non è universale, le disabilità mentali/cognitive sono più difficili da rilevare (a volte "resistenze e pregiudizi culturali" limitano l'accesso delle persone interessate e dei loro familiari ai servizi), stimare il numero di bambini disabili è complesso (soprattutto nella fascia di età prescolare il dato è di solito sottostimato) e, infine, le stime dei disabili istituzionalizzati presentano ancora problemi di qualità e confrontabilità importanti. Secondo l'ISTAT, in Piemonte, le persone disabili di età superiore ai 5 anni, non istituzionalizzate, sono circa 180.000, il 65% delle

quali costituito da donne. In entrambi i sessi, il Piemonte mostra una minore frequenza di disabilità rispetto al dato nazionale e una maggiore frequenza nei confronti del Nord Ovest. A livello sub regionale sono presenti lievi differenze, con una distribuzione del fenomeno diversa nei due sessi. Si tratta in ogni caso di differenze che non raggiungono mai la significatività statistica. L'ordine di importanza delle diverse tipologie di disabilità è uguale tra uomini e donne: le più rappresentate sono le difficoltà nelle funzioni, seguite da quelle di movimento, mentre meno presenti sono quelle sensoriali. La prevalenza di disabilità cresce con l'aumentare dell'età: si passa da valori attorno al 2% nella popolazione adulta (fra 45 e 64 anni), a valori di circa il 12% negli uomini e di 20% nelle donne oltre i 65 anni di età. La popolazione anziana presenta un quadro di maggior gravità in tutte le tipologie di disabilità. Il confinamento a letto (o in carrozzina) interessa oltre il 45% dei disabili anziani (quasi 1 anziano disabile su 2), poco più di 62.000 individui in Piemonte, con grave disagio per le persone in termini di perdita di autonomia e importanti conseguenze in termini di pressione sulla rete familiare e sul sistema sanitario e sociale. Va sottolineata la diversa prevalenza delle forme di limitazione delle funzioni nei due sessi a svantaggio delle donne, dovuta in larga misura alla maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. In particolare fra le donne disabili è più elevata la percentuale di quelle costrette a letto o impossibilitate ad uscire di casa, se non con l'aiuto di altre persone (49,7% delle donne, rispetto al 38,5% degli uomini). Lo svantaggio delle donne non si spiega completamente con il fatto di essere maggiormente rappresentate nelle fasce di età più anziane, nelle quali è più frequente il fenomeno della disabilità nelle sue forme più gravi. Le differenze tra sessi sono presenti in tutte le fasce di età: diventano più consistenti dopo i 55 anni, si acuiscono dopo i 70 anni, in particolare nella fascia degli/delle ultraottantenni. È quindi possibile che le donne siano effettivamente più predisposte alla disabilità, condizione che troverebbe nella maggior presenza di donne nelle età avanzate un elemento sinergico.

2. Le criticità del sistema

Il sistema sanitario piemontese si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie nazionali circa la tutela della salute della popolazione, la qualità complessiva delle prestazioni ed il livello di spesa in rapporto alle caratteristiche demografiche della popolazione.

Accanto a questa valutazione favorevole, in termini di rapporto costo-benefici del servizio sanitario piemontese, non si può nascondere che esso presenti seri elementi di criticità, quali:

- l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata;
- le lunghe liste di attesa;
- l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Province;
- un livello qualitativo dei servizi sanitari molto differenziato, che spinge ancora molti cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di alcuni fattori di fondo che la rendono poco flessibile e sensibile alle congiunture economiche strutturali: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche; il progresso della medicina che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario piemontese.

La diversa spinta delle Aziende Sanitarie Regionali alla deospedalizzazione è una delle cause del differente tasso di ospedalizzazione registrato sul territorio. Altra causa è lo sviluppo differenziato sul territorio regionale delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare che consentono un contenimento del ricorso all'ospedale. L'analisi del tasso di ospedalizzazione in ricovero diurno evidenzia infine una forte disomogeneità imputabile a non corretto uso del day hospital ed all'attivazione differenziata sul territorio regionale della modalità di day service.

L'avvento delle nuove tecnologie ha generato, in taluni casi, un incremento nell'erogazione delle nuove prestazioni ad esse connesse, con un'estrema variabilità a livello del territorio regionale in termini di quantità di prestazioni erogate per 1.000 abitanti, non compensato da un'equivalente riduzione delle prestazioni "obsoleto" ad esse assimilabili; la maggior consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva ha contribuito anche alla crescita differenziata della domanda di prestazioni di carattere prettamente diagnostico.

A questo proposito la valutazione preliminarmente condivisa è che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute. È dunque possibile mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica.

Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, legata comunque alla qualità dei servizi erogati, è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico di forma essenziale di investimento nel capitale umano; ruolo ancor più essenziale in una fase di crisi finanziaria e sociale in cui tende ad aumentare la domanda di servizi e tende a ridursi la disponibilità finanziaria delle famiglie.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, Regioni e PP.AA. hanno sancito un nuovo Patto per la Salute che, in continuità con quello precedente, sia volto a sollecitare e sostenere le azioni necessarie ad elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, in attesa dell'entrata in vigore del federalismo fiscale di cui alla legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria. In Piemonte si evidenzia la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione al deficit ed alla modalità della sua copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi del deficit medesimo, nel rispetto della piena erogazione dei LEA, con la consapevolezza, condivisa con il Governo, che il vero problema da affrontare e su cui il Piemonte intende impegnarsi è la razionalizzazione del sistema, attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività.

In un contesto federalista che rafforza i poteri e le responsabilità delle Regioni occorre individuare e sancire nel Piano Socio Sanitario 2011-2015, in modo condiviso ed in attuazione dello spirito di leale collaborazione istituzionale, regole e procedure di verifica e controllo delle attività delle ASR per garantire i LEA su tutto il territorio piemontese. Occorre rafforzare il sistema di monitoraggio della Regione sulla erogazione effettiva dei LEA e sulla valutazione condivisa del rispetto degli obiettivi assegnati a ciascuna ASR del Piemonte.

2.1 La Programmazione

Le scelte più rilevanti di programmazione sanitaria sono state intraprese sulla scorta delle necessità di contenimento della spesa sanitaria. Inoltre molti indirizzi di pianificazione nazionale, promossi dall'iniziativa congiunta del ministero e delle regioni, sono stati messi in opera anche nella nostra regione, garantendo un livello di funzionamento paragonabile al resto delle regioni del nord. Questo ha portato all'avvio ed alla realizzazione di interventi per la costruzione di nuovi presidi, che hanno a volte capienze superiori ai fabbisogni stimabili o che possono risultare anche non coerenti con le necessità di una redistribuzione più equa delle attività di ricovero. Dal punto di vista territoriale l'organizzazione dei distretti è stata poco presidiata, con carenze di programmazione e controllo, con poche risorse, e qualche rischio di burocratizzazione della struttura e di confusione di ruoli. E così si è sviluppata una discreta variabilità di modelli applicativi di distretti a livello piemontese. Inoltre si osserva una notevole disomogeneità dimensionale, legata alle caratteristiche del territorio, e spesso sottodimensionata rispetto all'insieme di servizi che

dovrebbero essere resi disponibili in modo integrato per gestire i principali percorsi assistenziali. Per quanto riguarda l'integrazione socio assistenziale, le Unità di valutazione geriatrica (UVG) forniscono risposte di tipo prevalentemente istituzionalizzante e gli anziani vengono inseriti in liste d'attesa per le RAF o le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), con l'integrazione di eventuali interventi di sollievo e temporanei in ospedale o in centri diurni, mentre i servizi di cure domiciliari forniscono il proprio contributo ai pazienti in casa propria. L'assistenza economica e le altre forme di interventi sociali viene erogata ai residenti sotto una soglia di reddito, indipendentemente dalla presenza di interventi sanitari. Negli ultimi anni sono state avviate, ma non sufficientemente sviluppate e potenziate, una serie di iniziative, in applicazione ai LEA dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, che stanno faticosamente dando forma al concetto di lungoassistenza, a cui si aggiungono le misure per assicurare continuità assistenziale attraverso l'integrazione di interventi a partire dall'ospedale di dimissione, e attraverso le formule che mirano a ridurre le liste d'attesa dell'istituzionalizzazione. Occorre prevedere un ruolo centrale delle UVG nella gestione del percorso assistenziale nella transizione da acuzie a lungo assistenza, sia per quel che riguarda gli interventi di domiciliarità (sanitari e sociali), sia per quel che riguarda la residenzialità. L'obiettivo è quello di ricondurre ad un unico soggetto, che integri in sé diverse professionalità dei settori sociali e sanitari, la gestione del percorso assistenziale (valutazione del bisogno, definizione del Piano Assistenziale Individualizzato, monitoraggio degli interventi), senza soluzione di continuità fra i diversi settori di intervento e di intensità (sociale e sanitaria) delle cure.

Uno dei principali problemi riguarda oggi la riconduzione a questo modello di intervento di diverse figure e culture professionali coinvolte in questo processo, che operano in ambiti organizzativi molte volte frammentati sul territorio e con scarsa esperienza di lavoro integrato. Un investimento importante a questo proposito va fatto nella formazione di una cultura di valutazione multidimensionale e multiprofessionale, condivisa e integrata (fra sociale e sanitario, ma anche fra pubblico, terzo settore e soggetti privati), supportata da strumenti validati e da un sistema informativo che permetta una valorizzazione reciproca delle informazioni raccolte.

2.2 L'appropriatezza

Il livello di assistenza della specialistica ambulatoriale registra una crescita continua in termini di quantità di prestazioni erogate. L'erogazione di nuove prestazioni in regime ambulatoriale, con il contestuale incremento della quantità di prestazioni disponibili, rappresenta la principale determinante di tale fenomeno.

In particolare, l'erogazione di nuove prestazioni in regime ambulatoriale è legata all'introduzione di nuove tecnologie e nuove metodiche diagnostiche, soprattutto nella branca relativa alla diagnostica per immagini. A ciò si aggiunge la promozione dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, e quindi il passaggio di nuove prestazioni dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale.

L'invecchiamento della popolazione e la conseguente maggiore diffusione di malattie croniche tra gli assistiti rappresentano, invece, una delle principali cause dell'incremento della domanda soddisfatta di prestazioni ambulatoriali. A questo fenomeno si aggiunge una diffusione non ancora adeguata di assistenza domiciliare e residenziale sul territorio regionale che comporta, quale conseguenza, l'erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente terapeutiche, che invece potrebbero essere erogate in "setting" assistenziali più appropriati.

L'avvento delle nuove tecnologie, inoltre, ha generato, in taluni casi, un incremento nell'erogazione delle nuove prestazioni ad esse connesse, con un'estrema variabilità a livello territoriale in termini di quantità di prestazioni erogate per 1.000 abitanti, non compensato da un'equivalente riduzione delle prestazioni "obsolete" ad esse assimilabili. Infine, la maggior consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva ha contribuito alla crescita della domanda di prestazioni di carattere prettamente diagnostico.

Valutazioni in merito alla quantità ed all'elevato tasso di crescita delle prestazioni rese possibili dalle nuove tecnologie inducono a ritenere sempre più necessaria, a livello regionale, un'azione sistematica di *"Technology assessment"* nella sua accezione più ampia, che includa i processi di pianificazione, acquisito e gestione delle apparecchiature biomediche e che sia prioritariamente orientata, da un lato, all'armonizzazione della distribuzione delle tecnologie a livello regionale e, dall'altro, a perseguirne l'appropriato utilizzo.

Per quanto attiene più in generale, alla crescita del volume di attività di assistenza specialistica ambulatoriale, ed al conseguente diretto impatto che ne deriva in termini sia di costi sostenuti dai SSR che di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, si rende necessaria da parte della Regione la realizzazione di adeguati strumenti di supporto alla programmazione sanitaria, che consentano di misurare l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale e, conseguentemente, di mettere in atto opportuni piani di governo della domanda che agiscano direttamente sul comportamento prescrittivo.

In questo ambito, il patrimonio informativo disponibile nell'ambito del NSIS risulta di fondamentale importanza ai fini sia dell'identificazione di standard di riferimento, sia della stima del fabbisogno appropriato di prestazioni a livello regionale. Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Aziende sanitarie sul territorio regionale, consente di descrivere e seguire nel tempo le evidenti differenze che sussistono fra le realtà territoriali e sottolinea costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali.

2.3 La qualità percepita

Sebbene la Sanità piemontese abbia numerose punte di eccellenza, risponda ai bisogni sanitari dei cittadini e sia un sistema complessivamente a bassa compartecipazione di spesa, non viene sempre percepito dai cittadini come un sistema di qualità. Un punto critico è legato alla difficoltà di accesso ai servizi anche rispetto ai fenomeni di iper - afflusso al Pronto soccorso, alla efficacia e alla chiarezza dei percorsi di attivazione della risposta assistenziale, in particolare per quanto attiene ai servizi territoriali, alla gestione delle liste di attesa.

Il perdurare in alcune realtà della funzione centrale dell'ospedale nella risposta assistenziale e il conseguente maggior utilizzo inappropriato delle risorse in questo settore non hanno consentito e non consentono lo sviluppo del territorio, luogo di riferimento prioritario per la gestione dei quadri patologici degenerativi e cronici che caratterizzano la fascia di utenza in crescita. E' da incrementare il collegamento funzionale tra la risposta territoriale ed ospedaliera per la gestione dei pazienti cronici multiproblematici.

2.4 La presa in carico del cittadino

Lo sviluppo degli interventi rivolti al controllo dell'appropriatezza non può essere sganciato da un miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico dei cittadini, per non cadere nei rischi connessi con una mera logica di "tagli": occorre pertanto intercettare anche quella domanda potenziale che non sempre trova la capacità di esprimersi o non riesce ad essere adeguatamente rilevata, col rischio di determinare interventi tardivi e conseguentemente inappropriati.

Si determina quindi un nuovo modello assistenziale per la presa in carico che consente, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità e di sviluppo della sanità di iniziativa. Questa si basa su un nuovo approccio culturale, orientato alla presa in carico "proattiva" dei cittadini, e su un nuovo approccio organizzativo, che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi compromettendo lo stato di salute, che organizza in via preventiva risposte assistenziali adeguate.

Tale nuovo approccio al processo assistenziale si rivolge in maniera integrata ai percorsi ospedalieri ed a quelli di prima presa in carico del cittadino da parte del territorio, ed interessa l'integrazione multidisciplinare dei professionisti del servizio socio-sanitario regionale e la valutazione multidimensionale del bisogno.

In questa ottica assume una particolare valenza la “capacità” del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l’adozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento all’esercizio della attività fisica e di corrette abitudini alimentari; tali iniziative preventive devono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.

Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell’ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l’ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello operativo del “*Chronic Care Model*” è un significativo riferimento al riguardo in quanto è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al “*self-management*” e al “*follow-up*”, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

2.5 Le metamorfosi nei luoghi delle cure

La storia della sanità testimonia come i luoghi delle cure siano profondamente evoluti nelle funzioni e nella struttura, insieme con le trasformazioni dei bisogni e i relativi interventi di riforma del sistema assistenziale.

Dagli ospedali e dagli ospizi per i poveri degli Stati sardi, che configuravano una vera e propria rete ospedaliera “ante litteram”, agli edifici per la segregazione prima e la cura poi dei “pazzerelli”, ai primi ospedali specializzati, come i sanatori, vere e proprie città della guarigione della tubercolosi o agli ospedali per le malattie infettive che sorgono con le nuove scoperte della microbiologia, alla nascita degli “*hospice*” come risposte innovative per necessità non di cura della malattia, ma di promozione della qualità della vita nelle fasi terminali dell’AIDS e dei tumori.

Nel Piemonte i luoghi delle cure negli ultimi decenni si sono diversificati prima e più che altrove: si pensi al trattamento delle dipendenze che ha identificato occasioni di intervento anche in strada, alla salute mentale dove il superamento del manicomio ha portato ad articolare una multiforme offerta semiresidenziale, comunitaria e domiciliare di assistenza; alle formule di assistenza utilizzate per la medicina palliativa; alla dialisi e al parto a domicilio; alla distribuzione dei farmaci in ospedale; alla prevenzione e alla promozione della salute nei luoghi di lavoro e di vita.

La tradizionale demarcazione tra assistenza primaria e assistenza di secondo o terzo livello va scomparendo. E’ verosimile che nel futuro gli sviluppi tecnologici e i cambiamenti di ruolo professionale renderanno necessaria solo più una assistenza specialistica e tecnologica nei pochi grandi ospedali, mentre molta assistenza potrà essere delocalizzata seguendo le esigenze del paziente piuttosto che quelle dell’organizzazione.

Il concetto della continuità dell’assistenza si sta ormai affermando a tutti i livelli, quello clinico, quello organizzativo e gestionale, quello informativo e quello della remunerazione. Questo comporterà una transizione da un sistema centrato sugli erogatori di prestazioni, ad un sistema centrato sul paziente e sui percorsi delle singole malattie, con nuove necessità di “*governance*”, che riformulino il sistema di responsabilità di tutela del caso, le modalità per garantire interdisciplinarietà degli interventi e dei livelli di assistenza, e la regia del distretto nella promozione, regolazione e monitoraggio dei processi assistenziali sottostanti. Per questo scopo, nell’esperienza piemontese, si sono realizzate importanti innovazioni nell’organizzazione dell’assistenza secondo formule a rete in alcuni percorsi assistenziali (salute mentale, screening, oncologia etc.), nella logistica (emergenza e trapianti), nell’informazione (traumi cranici, epidemiologia). Queste esperienze offrono un modello utile per mettere insieme le responsabilità di più soggetti professionali e sociali a più livelli organizzativi, con una adeguata infrastruttura informatica, con

investimenti dedicati all'avvio, con adeguati percorsi di formazione e comunicazione e con un buon grado di "project management", per creare più valore in termini di più risultati di salute e qualità dell'assistenza a minor costo. Il rischio è che questi modelli rimangano esterni e non si integrino nel corpo della struttura e dell'organizzazione del servizio sanitario regionale.

Sul versante della riduzione della centralità ospedaliera, le politiche sanitarie degli ultimi anni hanno già cercato di anticipare questa tendenza, con gli obiettivi di contrazione dell'uso degli ospedali e con un allargamento dell'assistenza sanitaria di base e specialistica territoriale, da raggiungere con politiche di controllo dell'appropriatezza (organizzativa) dei ricoveri. Tuttavia un piano di sviluppo della rete ospedaliera richiede una maggiore conoscenza delle economie che si possono realizzare nell'assistenza ospedaliera con un nuovo piano di sviluppo della rete ospedaliera, per dimostrare la relazione che esiste tra la qualità dei risultati e il volume delle prestazioni e per sviluppare buoni modelli gestionali di ospedali più specializzati.

2.6 Gli edifici ospedalieri

Il quadro regionale delinea una situazione di senescenza e soprattutto di obsolescenza tecnologico - strutturale degli edifici ospedalieri, con particolare riferimento al livello di vetustà, in molti casi corrispondente alla fase di vita utile tardiva prossima alla fase di usura delle strutture. Considerando che la vetustà è concettualmente una funzione inversa della qualità, e che tale rapporto è influenzato in misura più che proporzionale dal livello di complessità tecnologica delle strutture, ne consegue che l'età avanzata, in corrispondenza di una qualità medio/alta, possa essere ricondotta non solo a condizioni di degrado e senescenza attribuibili al normale e fisiologico decadimento prestazionale dovuto all'uso ed al trascorrere del tempo, ma soprattutto a condizioni di forte inadeguatezza tecnologico - strutturale degli edifici in esame. Tali condizioni, riconducibili non solo alle caratteristiche dei singoli elementi costitutivi i sistemi tecnologici, ma anche a limiti intrinseci dovuti a concezioni strutturali e morfologiche particolarmente rigide o comunque inappropriate rispetto alle funzioni ed alle relazioni, possono determinare condizioni di inadeguatezza difficilmente sanabili ed indurre quindi l'innalzamento dell'indice di età convenzionale attribuito ai presidi.

Ne consegue dunque che l'esecuzione di interventi di adeguamento delle strutture sia tanto più onerosa ed inefficace tanto più è elevata l'età convenzionale degli edifici, ovvero tanto più l'edificio si approssima alle fasi finali della propria vita utile.

Nonostante l'eterogeneità riscontrabile a livello di dimensionamento dei presidi (sia strutturale che di offerta sanitaria), ad oggi non riconducibile ad una chiara strutturazione funzionale della rete ospedaliera, è tuttavia possibile osservare che la metà delle strutture caratterizzate da una elevata vetustà e bassa efficacia degli interventi di adeguamento, corrispondono a piccole strutture dotate di un numero limitato di posti letto. Per tali strutture, inoltre, l'incidenza dei costi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali per l'accreditamento rispetto al valore di sostituzione della struttura è molto al di sopra della media regionale, ovvero per adeguare tali strutture occorre investire risorse pari a quelle necessarie a ricostruire a nuovo ben più della metà delle strutture stesse.

Le strutture che possono consentire di raggiungere nel breve periodo i maggiori benefici in termini di razionalizzazione della spesa ed ottimizzazione funzionale sono quelle più onerose e inefficienti rispetto alle attuali condizioni d'uso, corrispondenti agli edifici che hanno maggiore età convenzionale (e dunque minore efficacia degli interventi di adeguamento) e minor numero di posti letto.

La Giunta regionale, con apposito provvedimento, individua i presidi ospedalieri che, presentando tali caratteristiche, sono oggetto di riconversione in strutture intermedie.

In seguito al riordino funzionale, tali edifici potranno dunque erogare prestazioni appropriate, in termini di qualità e quantità dell'offerta, alle esigenze del territorio di riferimento, all'interno di edifici strutturalmente e tecnologicamente adeguati ed in condizioni operative di sicurezza.

2.7 I modelli di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria

Le principali raccomandazioni dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e per i sistemi sanitari hanno promosso l'affermazione di sistemi di *"managed care"*, che tendono a separare chi tutela da chi eroga; a dare una crescente importanza alle funzioni di tutela per regolare dall'esterno i livelli di assistenza sulla base dei bisogni; ad aumentare l'influenza degli stili e dei modelli organizzativi tipici dell'impresa ed a far crescere le opportunità di cooperazione ed integrazione tra pubblico e privato. Attualmente l'iniziale spinta verso i modelli competitivi tra erogatori sembra essersi trasformata in formule di intesa tra soggetti erogatori ed ordinatori, più cooperative e meno commerciali. Mentre un maggiore equilibrio nella programmazione e nell'organizzazione sanitaria, tra gli obiettivi di efficienza e flessibilità e gli obiettivi di salute, sembra ancora lontano.

In effetti gli ultimi anni della programmazione sanitaria regionale e nazionale hanno visto, dapprima, l'affermazione delle parole d'ordine del liberismo e della competizione, nella speranza che il mercato avrebbe risolto i difficili problemi di gestione del sistema. Tuttavia, di fronte alle criticità di organizzazione e di bilancio è ritornata prevalente una tendenza a centralizzare il governo del sistema, almeno per gli obiettivi congiunturali di controllo, ed una maggiore attenzione ai problemi di *"governance clinica"*, come soluzione più stabile sul lungo periodo.

Dal punto di vista organizzativo si è passati dal mito dell'autosufficienza delle aziende sanitarie all'idea dell'autonomia e della responsabilità aziendale, che, per l'esercizio delle proprie funzioni, può aver bisogno di un supporto esterno proveniente dall'area sovrazonale di appartenenza; fino all'affermazione della necessità di una maggiore articolazione funzionale della tutela nei distretti, vero e proprio livello di esercizio del ruolo aziendale col territorio, e non solo articolazione organizzativa di particolari livelli di assistenza.

Queste nuove responsabilità riaprono la riflessione su quali debbano essere i criteri costitutivi per la definizione degli ambiti territoriali, delle aree di coordinamento sovrazonale delle aziende e dei distretti.

Infine il processo di aziendalizzazione sta ulteriormente evolvendo dalla sua prima enunciazione, quella contenuta nel d.lgs. 30-12-1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", con aperture successive, dapprima al ruolo degli enti locali con il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" e, negli ultimi anni, al ruolo delle professioni. Senza contare il ritorno di fiamma per l'integrazione socio-sanitaria, che da interesse comune, di buon vicinato, ritorna ad essere oggetto di integrazione tra strumenti di governo, come i piani e i programmi operativi o la gestione dei fondi per la non autosufficienza. Dal punto di vista del controllo della spesa, nei primi tempi gli interventi di razionalizzazione hanno riguardato prevalentemente i margini di efficienza che erano ricavabili da aggiustamenti dell'organizzazione e del controllo dell'assistenza.

Le principali dimensioni del finanziamento del servizio sanitario riguardano la determinazione del fabbisogno ed il reperimento delle risorse, il riparto fra aree di intervento e fra Regioni, il riparto fra aziende sanitarie regionali, la remunerazione dei soggetti erogatori, il finanziamento degli investimenti. Sulla determinazione del fabbisogno e sul reperimento delle risorse è in gioco una delicata partita tra le Regioni e lo Stato, per il riallineamento della responsabilità del finanziamento e della spesa, per il rispetto del vincolo di bilancio in un contesto in cui la spesa ha un'evoluzione controllata ma con disavanzi correnti in tutte le regioni, e in uno scenario in cui il mercato preme per un'evoluzione della spesa, ad esempio, di quella farmaceutica. In questo contesto la disciplina dei LEA è solo un punto di partenza per chiarire la coerenza tra obiettivi e risorse; ma le altalenanti vicende delle intese in Conferenza Stato Regioni non lasciano intravedere facili convergenze sul contenuto dei livelli di assistenza, soprattutto alla luce della dinamica spontanea della spesa sanitaria e di una valutazione della sua sostenibilità.

Anche la determinazione del fabbisogno delle singole Regioni presenta contraddizioni difficili da superare, dato che l'allocazione fra macro livelli di assistenza serve solo per la stima del fabbisogno di ogni regione, ma

non può introdurre vincoli di destinazione, che sarebbero in contrasto con l'autonomia regionale; e i pesi per la ponderazione della popolazione al fine dell'allocazione delle risorse elaborati in sede tecnica vengono poi sopravanzati in sede politica da altri argomenti di valutazione.

A proposito di riparto del fondo sanitario a livello regionale tra le ASL, le principali criticità rimangono quella della responsabilizzazione delle ASL per la doppia e distinta responsabilità di tutela della salute e quindi di equilibrio tra livello atteso ed effettivo di domanda di prestazioni da un lato e di acquisto e produzione di servizi e prestazioni con il rapporto tra tariffe teoriche e costi di produzione dall'altro; senza compromettere gli obiettivi dell'equità, cioè mettendo le ASL nelle stesse condizioni a parità di bisogni, stimolando comportamenti efficienti ed appropriati; e tenendo conto delle differenze nei bisogni che crescono al diminuire della dimensione geografica e delle differenze nei costi di produzione che sono variabili in base alla tipologia delle popolazioni servite.

A proposito di remunerazione dei soggetti erogatori le questioni aperte sono le necessità costanti di manutenzione del sistema di remunerazione nelle due componenti tariffarie ed extra tariffarie; un sistema di governo complesso, con chiare relazioni tra accreditamento e sistema di remunerazione, accordi contrattuali, e controlli sull'appropriatezza delle prestazioni; un sistema che sembra richiedere una più puntuale considerazione delle differenze tra i soggetti erogatori all'interno delle strutture che li compongono e anche tra le diverse prestazioni, in modo da introdurre sistemi di incentivi e disincentivi per il livello di appropriatezza delle prestazioni stesse.

Quanto al finanziamento degli investimenti le principali criticità sono che lo sviluppo delle forme di *"partnership"* tra pubblico e privato e di *"project financing"* non può essere l'unica gamba su cui si regge la capacità di investimento; occorre perseguire anche obiettivi di miglioramento dell'efficienza produttiva. Senza contare che il sistema fiscale penalizza le forme di *"project financing"* e di esternalizzazione, che devono essere adeguate per questi fini. Inoltre la strumentazione utilizzata finora non sembra adeguata per governare queste formule nella fase pre- e anche post- intervento. A questo proposito un pericolo è quello dell'indebitamento "cronico" che rischia di creare un peso sulle generazioni future che sarà di difficile sostenibilità, soprattutto se non si tiene conto degli effetti sulla gestione post-investimento.

2.8 La sanità come impresa economica: un'occasione ancora non colta

La relazione tra sanità e sviluppo economico è provata da alcuni essenziali indicatori che ne connotano la rilevanza. Le risorse assorbite (oltre il 7% del PIL) ne testimoniano la rilevanza tra tutti gli altri settori nel panorama nazionale; la sua posizione è superiore a quella dell'intera agricoltura (3%), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2%) e dell'auto (1,3%). La spesa per i soli acquisti del sistema sanitario nazionale rappresenta un valore complessivo di oltre 20.000 milioni di euro con un incremento su base annua dell' 8%. Le imprese operanti nel settore sono più di ottomila in Piemonte con un totale di circa 80.000 addetti, di cui 58.000 nel solo servizio sanitario regionale pubblico.

La sanità, in forza di queste caratteristiche, rappresenta un soggetto economico "creatore" di sviluppo attraverso i suoi stessi fondamenti, che necessiterebbero di un monitoraggio più accurato e di un coordinamento più esplicito allo scopo di garantire un loro andamento coerente con le altre politiche della regione in materia di sviluppo.

In termini di scenario si possono riconoscere tre dimensioni di sviluppo che hanno rilievo per l'economia regionale: i livelli di assistenza, la tecnologia e i sistemi informativi.

Nel futuro è prevedibile un potenziamento dei livelli di assistenza (LEA); ma questo processo incrementale viene a rimorchio dello sviluppo economico (come coefficiente passivo di elasticità al PIL) o non può diventare esso stesso un motore di sviluppo? In effetti, da un lato gli squilibri geografici e sociali che sono ancora osservabili nell'offerta e nell'uso dell'assistenza dovranno essere superati con opportuni investimenti sui LEA. Dall'altro lato i LEA sono degli standard di assistenza minimi che ogni regione può incrementare per promuovere maggiore salute e maggiore soddisfazione dei bisogni di assistenza, e quindi anche sviluppo. Nel

campo dell'integrazione socio-sanitaria la sanità potrebbe innescare una nuova relazione positiva tra politiche sociali e sviluppo economico. Infatti l'integrazione sociosanitaria sarebbe in grado di liberare risorse umane per l'impiego nei settori a maggiore domanda di lavoro, soprattutto per quanto riguarda quella parte di potenziale occupazione femminile che finora è rimasta inibita dagli obblighi di assistenza ai non autosufficienti in famiglia. Del resto l'integrazione sociosanitaria stessa permetterebbe di creare nuove imprese impegnate nell'erogazione di servizi sociosanitari. Quest'ultima evoluzione naturalmente richiederebbe una rinnovata attenzione al controllo sugli standard minimi autorizzativi per le nuove imprese e alle regole di finanziamento di questa nuova spesa.

Sul versante tecnologico, l'attività clinica in questi ultimi anni è stata attraversata da notevoli evoluzioni che hanno reso più "trasparente" l'uomo attraverso la diagnostica per immagini; che ha reso meno invasiva e più controllata la chirurgia attraverso la robotica negli ospedali e nell'università, in particolare con il "Telementoring", la "Computer Assisted Surgery", e la telechirurgia; e che hanno introdotto processi più efficienti per il percorso di cura dopo la fase acuta con la telemedicina anche oltre l'ospedale, come nel caso della dimissione precoce assistita. Quale sarà l'impatto di queste evoluzioni sul futuro delle sale operatorie, degli ospedali e dell'organizzazione dei percorsi assistenziali? E' difficile fare previsioni sulla velocità di penetrazione di queste tecnologie nell'organizzazione sanitaria. Infatti se esse sono inizialmente estremamente costose, poi rapidamente diminuiscono di prezzo, e trovano le indicazioni cliniche più disparate e multidisciplinari. Tra l'altro la loro introduzione può rendere obsoleti gli aspetti architettonici e strutturali degli ospedali, soprattutto delle camere operatorie. Alcuni settori più di punta, invece, come la chirurgia robotica, rivestono un ruolo essenzialmente di ricerca e quindi il loro uso viene ancora limitato in strutture universitarie. Inoltre questi stessi strumenti permettono già ora la possibilità di interventi simulati e quindi la possibilità, per lo meno nel campo della manualità, di fare un addestramento su simulatori sempre più simili alla realtà. Questo fatto richiama l'attenzione sulle potenzialità del "web" come modo di informazione e di aggiornamento anche in medicina, dove la teledidattica e la tele consultazione può contribuire a rendere più efficace l'aggiornamento delle competenze, a progettare nuove forme di accreditamento periodico dei professionisti, riducendo in questo modo l'impatto negativo della curva dell'apprendimento che non riesce ad adeguarsi al progresso tecnologico e all'aggiornamento delle conoscenze. Su un piano analogo si pongono i cambiamenti in atto e a venire nella ricerca biotecnologica, che ha visto sviluppi farmaceutici importanti già fin dagli anni '80 (l'insulina da DNA ricombinante, l'ormone della crescita, l'interferone...) con un impatto importante sulla salute. Gli ulteriori elementi che hanno generato aspettative sono la realizzazione del progetto genoma umano, per individuare "drugable target" cioè i bersagli sui quali i farmaci vanno ad agire (un caso che già sta traendo beneficio da questo tipo di risultati è quello dell'oncologia), e individualizzare terapie per le quali il numero di "responder" sia il più vicino al 100% (ad es. i farmaci antipsicotici). Tuttavia il livello di complessità, di variabilità, di difficoltà di riconoscimento di ruolo e funzioni di questi target si è rivelato tale da creare più difficoltà che vantaggi, e questo campo si sta rivelando fonte di frustrazioni più che di nuove terapie. Inoltre l'eventuale terapia individuale farebbe sì che un nuovo farmaco non vada su una popolazione ampia ma su singoli gruppi affetti da quella malattia, quindi produrrebbe una riduzione della "quota di mercato" per farmaco, e rendendone meno interessante la ricerca e la produzione o aumentandone a dismisura il costo unitario. Per ovviare a questi problemi sul fronte della ricerca, la scienza biotecnologica si sta orientando a modelli di ciclo cellulare più semplici. C'è poi un grande fermento negli sviluppi di nuovi strumenti informatici per le attività di tipo biotecnologico, e della corrispettiva bioinformatica per trattarne i dati.

Per la promozione di questi sviluppi tecnologici è evidente che gli ospedali, soprattutto quelli di riferimento, non sono solo luoghi di cura ma sono luoghi di generazione di conoscenza e anche molto sofisticata. Purtroppo, spesso manca la consapevolezza della rilevanza di questa conoscenza e la capacità di trasferirla, di valorizzarla al di là della pubblicazione scientifica, verso le successive applicazioni in chiave industriale. E anche quando si ha la visione di un prodotto potenzialmente interessante per l'impresa, il momento in cui nascono i cosiddetti "spin off", la distanza tra l'innovazione e la produzione è ancora lunga e va colmata con capacità di iniettare competenze diverse e complementari sul piano scientifico, tecnico e manageriale in tempi ragionevoli. Occorre una capacità di integrazione tra attività di assistenza, di didattica e di ricerca in

dipartimenti clinico scientifici organizzati in contesti strutturali e logistici unitari, supportato da un'organizzazione orientata ad attrarre investimenti e trasferire idee in brevetti, condizioni che finora si sono realizzate molto raramente nella nostra regione.

Proprio su questo terreno l'impatto della conoscenza sviluppata nelle strutture di ricerca e di assistenza del settore sanitario e del territorio può rappresentare una delle leve delle politiche per lo sviluppo economico, tecnologico e dell'innovazione: la ricerca e la sperimentazione delle più efficaci modalità di collaborazione tra industria, università, centri di ricerca e strutture del settore sanitario rappresenta un aspetto di rilevante interesse per i futuri programmi di intervento.

L'attuale situazione, con riferimento al trasferimento dei risultati della ricerca in sanità, è caratterizzata da una sostanziale scarsità di strutture organizzative e di risorse dedicate a tale funzione. Il progetto del parco della salute di cui si sta discutendo su molti tavoli di programmazione, unitamente al progetto di un nuovo ospedale (d'insegnamento) a Torino testimonia dell'attualità di questa necessità. Sul versante dei sistemi informativi, se si monitorassero i carichi di lavoro del personale nell'organizzazione sanitaria si scoprirebbe che molto del tempo di lavoro viene speso nella raccolta e nell'uso delle informazioni, sia nel campo della comunicazione di tipo organizzativo sia in quello col paziente e col pubblico. L'aumento atteso nelle necessità di monitoraggio e controllo regionale, nelle responsabilità aziendali sia di tipo gestionale sia di tipo clinico, e l'aumento delle aspettative di maggiore trasparenza da parte del pubblico non potranno che allargare questo impegno. Del resto lo sviluppo tecnologico ha fatto passi da gigante in questi anni, ma è stato valorizzato in modo insoddisfacente nel mondo sanitario: da un lato tecnologie che diventano sempre più rapidamente obsolete e non danno adeguate garanzie alle amministrazioni sanitarie per investimenti di lungo impegno, dall'altro le organizzazioni sanitarie regionali e aziendali che non sanno esplicitare le funzionalità strategiche e quelle specifiche a cui i sistemi informativi dovrebbero rispondere in contesti organizzativi spesso troppo volubili.

Nella regione importanti passi avanti si sono fatti per quanto riguarda sistemi informativi circoscritti nelle finalità e sostenuti da ben giustificati motivazioni gestionali, ad esempio le schede di dimissione ospedaliera, le prescrizioni farmaceutiche, l'assistenza specialistica. Viceversa importanti funzionalità come quelle della prenotazione o quella dell'anagrafe, o intere aree del bisogno e dell'assistenza come quelle della non autosufficienza o ancora quelle di "record-linkage" tra i diversi sistemi informativi sanitari, anche a livello aggregato, o la georeferenziazione dei fenomeni, ad un livello geografico più fine di quello troppo eterogeneo dei comuni come quello delle sezioni di censimento, sono tutti sviluppi che stentano ancora a manifestarsi pienamente.

2.9 Il sistema informativo sanitario regionale (SISR)

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) è una risorsa strategica del SSR, in quanto, essendo lo strumento su cui si fondano le attività sia cliniche sia amministrative, le sue performance condizionano fortemente tanto la capacità di governo del sistema quanto la qualità dei servizi erogati.

Le moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT's) rendono oggi possibile l'implementazione di un SISR capace di massimizzare le performance del sistema a favore degli operatori del SSR, facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini ed, infine, indurre notevoli razionalizzazioni della spesa.

Per conseguire tutto ciò occorre realizzare una piattaforma regionale integrata di sanità elettronica che, sviluppando servizi centralizzati "ad hoc" ed il dialogo informatico tra il sistema informativo regionale ed i sistemi informativi delle singole aziende sanitarie regionali, consenta:

- l'interoperabilità del dato clinico;
- la dematerializzazione delle impegnative, dei referti di specialistica ambulatoriale, delle cartelle cliniche e delle varie modulistiche;

- l'accesso anche per via telematica a tutti i servizi amministrativi (pagamento on line dei ticket, teleprenotazione della prestazione sanitaria, consultazione ed acquisizione on line dei referti, etc.);

È di tutta evidenza come l'interoperabilità del dato clinico, che si consegue realizzando il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), possa facilitare l'operatività del personale sanitario, riducendo i tempi di intervento e l'inutile duplicazione di esami, con ricadute positive sia sulla qualità del servizio erogato sia sui relativi costi da sostenere.

La dematerializzazione dei referti di specialistica ambulatoriale, delle cartelle cliniche e delle varie modulistiche, resa possibile dalle norme nazionali che determinano il valore giuridico dei documenti in formato elettronico e la cui attuazione nel prossimo triennio è determinata dal nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD – D.L.vo 235/2010) entrato in vigore il 25 gennaio 2011, consentirà di ridurre notevolmente i costi correntemente sostenuti dalle ASR per la produzione e l'archiviazione legale dei documenti (materiali di consumo, quali carta e toner, stampanti, magazzini ed archivisti), recuperando risorse da reinvestire nel settore ICT.

La possibilità di accesso per via telematica ai servizi amministrativi faciliterà i cittadini riducendo allo stretto necessario la loro mobilità sul territorio per fruire della prestazione sanitaria, migliorando così la percezione sulla qualità dei servizi, oltre ad indurre positive ricadute sul sistema in termini di riduzione della pressione sugli sportelli aperti al pubblico e di omogeneizzazione delle liste di attesa.

Nel periodo di vigenza del piano la Regione Piemonte dovrà pertanto:

- progettare l'evoluzione del SISR per conseguire l'interoperabilità del dato clinico, la dematerializzazione dei vari documenti utilizzati (impegnative, referti di specialistica ambulatoriale, cartelle cliniche e modulistiche varie) e l'accesso anche per via telematica a tutti i servizi amministrativi (pagamento on line dei ticket, teleprenotazione della prestazione sanitaria, consultazione ed acquisizione on line dei referti, etc.);
- programmare la sua attuazione nel rispetto delle previsioni del CAD (D.L.vo 235/2010), favorendo, laddove economicamente vantaggioso, il ricorso alle tecnologie Open Source ed a quelle acquisibili con la formula del Riuso;
- varare iniziative volte alla riduzione della complessità architetture dell'ICT aziendale (oltre 700 applicazioni informatiche in uso presso le ASR) ed alla razionalizzazione dei relativi costi di gestione, coordinando le ASR nell'individuazione e nell'avvio di processi di omogeneizzazione delle soluzioni informatiche, ricorrendo ove possibile al riuso e privilegiando, in ossequio alle previsioni della L.R. n. 9 del 26 marzo 2009, le tecnologie Open Source.

Nel perseguire i succitati obiettivi, la Regione Piemonte dovrà considerare prioritariamente l'attuazione dei seguenti progetti, per la cui realizzazione si avvarrà del CSI Piemonte:

2.9.1 Piattaforma di Sanità Elettronica

Realizzazione di una piattaforma infotelematica attraverso cui, a regime, le singole Aziende Sanitarie gestiranno in maniera omogenea tutti i processi dell'area clinico-sanitaria; le ASR, a fronte dei relativi recuperi di efficienza certificati, dovranno programmare la progressiva dismissione dei propri gestionali in uso ed il contestuale ricorso agli omologhi servizi resi accessibili attraverso la succitata piattaforma di Sanità Elettronica, concordando con la Regione Piemonte un percorso di durata massima triennale, che evidenzii le riduzioni di costo attese e che, in attuazione delle previsioni del CAD (D.L.vo 235/2010), ne preveda il rivestimento nell'area ICT aziendale.

La piattaforma dovrà essere realizzata entro tre anni, rendendo disponibile alle Asr un sistema informativo integrato in grado di supportare il S.I.O. (sistema informativo ospedaliero: ADT, Pronto Soccorso, Cartella clinica generale e di specialità, Blocco operatorio, Dossier clinico aziendale) ed il S.I.T. (sistema informativo territoriale).

2.9.2 Immagini radiologiche in rete

Il servizio, già sperimentato positivamente negli ospedali dell' Asl 1 e dell'Asl 2 della città di Torino, che rende disponibile un archivio digitale centralizzato delle immagini radiologiche e dei relativi referti validati, alimentato costantemente dai sistemi di archiviazione e trasmissione delle Asr interconnesse. Questo sistema rende disponibile ai medici di medicina generale, ai pediatri ed ai medici ospedalieri (in particolare ai radiologi) l'accesso per via telematica (sia da una postazione sulla rete aziendale sia da una postazione collegata ad Internet) ad un servizio on-line che consente la consultazione per i propri pazienti delle bio-immagini e dei relativi referti, prodotti in differenti strutture sanitarie, o il teleconsulto, ovvero la condivisione a distanza tra professionisti.

L'estensione su scala regionale di questo servizio, oltre a facilitare l'operatività del personale sanitario, indurrà razionalizzazioni dei costi attualmente sostenuti per la stampa ed il trasporto della documentazione, oltre a facilitare il paziente che potrà essere esonerato dalla conservazione dei documenti.

2.9.3 Ricetta elettronica

Implementazione di una soluzione in grado di supportare la dematerializzazione di tutte le ricette di prescrizione (emesse sia da medici del territorio sia da medici ospedalieri) e l'invio al Ministero delle Finanze dei flussi come previsto dalla normativa vigente, per consentire alla Regione di disporre del controllo completo delle prescrizioni, potenziando così la propria capacità di svolgere indagini sulla spesa sanitaria, di effettuare proiezioni basate su serie storiche e, in generale, di predisporre accurate pianificazioni della spesa.

I pazienti potranno ottenere la prestazione prescritta (farmaco o prestazione specialistica) presentando solamente la propria tessera sanitaria e i dati potranno alimentare la base dati informativa del Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

2.9.4 Rete dei medici di medicina generale

Implementazione di un portale di servizi, integrato con il Sistema Informativo Sanitario regionale, attraverso cui i MMG ed i PLS potranno gestire le informazioni cliniche dei propri pazienti (cartella clinica informatizzata), gestire le comunicazioni di tipo amministrativo con le ASL di competenza (lista assistiti, normativa), condividere le informazioni prodotte attraverso la cartella con gli operatori del Sistema Socio - Sanitario regionale (prescrizione elettronica di farmaci, prestazioni specialistiche, produzione dei certificati di malattia per invio telematico all'INPS, alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente), consultare le informazioni prodotte dal Sistema Socio - Sanitario regionale (storia clinica del paziente, referti, allerta in caso di eventi che interessano i propri assistiti) ed accedere a servizi interattivi (prenotazione di prestazioni specialistiche per i propri assistiti, presa in carico di un assistito nell'ambito di un percorso diagnostico – terapeutico – assistenziale, accedere alla reportistica sul proprio profilo prescrittivo (farmaci e prestazioni).

2.9.5 Tessera sanitaria

I cittadini e gli operatori del Ssr dovranno essere dotati di uno strumento atto a garantire l'accesso, con controllo di identità sicura, ai servizi on-line che saranno progressivamente resi disponibili. In

particolare, per i cittadini si valuterà l'utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi, attualmente loro rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, e, per gli operatori delle strutture sanitarie, di una chiave crittografata in grado di fornire l'autenticazione e la firma digitale, rilasciata da certificatori accreditati a norma di legge.

2.9.6 Sistema informativo amministrativo contabile

Il Ssr verrà dotato di un sistema informativo amministrativo contabile unificato, al fine di rendere disponibile alla Regione Piemonte la fruizione, già a partire dal 2012, di un impianto contabile unico ed armonizzato, con l'obiettivo finale di addivenire alla disponibilità di un bilancio consolidato a livello regionale ottenibile in forma automatica ed in tempo reale.

Per realizzare i succitati progetti, la Regione Piemonte identificherà modalità attuative che, per quanto attiene ai relativi finanziamenti, prevedano l'utilizzo del recupero di risorse atteso rispetto alle correnti modalità di gestione (quali ad esempio il "project financing").

3. Le scelte prioritarie

Alla fine degli anni sessanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità prometteva "*Health for all in year 2000*". Il ventunesimo secolo è arrivato ma non è ancora stato raggiunto l'ambizioso e ottimistico obiettivo; questo non solo in aree del mondo meno fortunate. Gli ultimi della fila, i paesi più poveri del mondo, sono forse precipitati da allora verso situazioni di maggiore emarginazione e povertà, in direzioni opposte all'obiettivo di salute, con mortalità e morbidità per cause che, nel resto del mondo si riescono invece a controllare e contenere.

Ma l'obiettivo è lontano anche in realtà collocate ai primi posti della fila, come gli Stati Uniti e altri Paesi che ricoprono posizioni di assoluto rilievo per ricchezza e sviluppo tecnologico e scientifico; per essi l'obiettivo "salute per tutti" sembrerebbe a portata di mano: ma non è così, perché il modello sociale penalizza l'accesso alla sanità di ampie fasce di popolazione.

Sotto questo profilo, sta certamente meglio la vecchia Europa occidentale, che in qualche modo è riuscita, nonostante il ribollire ideologico e sociale che l'ha travagliata nell'ultimo secolo e anche se non in maniera omogenea, a declinare un grado avanzato di sviluppo economico con un modello sociale che considera la tutela della salute diritto di tutti i cittadini.

Anche nella vecchia Europa si è comunque lontani dal raggiungere l'obiettivo della "salute per tutti": mentre la medicina continua a sviluppare capacità, conoscenze e tecnologie per la diagnosi e la cura, il traguardo si sposta continuamente sempre più avanti. La criticità nel raggiungimento dell'obiettivo non è legata solo alla continua emersione di nuove problematiche e patologie – non è difficile ricercare negli ultimi anni esempi recenti e drammatici – ma è soprattutto effetto indotto dal miglioramento della medicina e conseguenza della continua evoluzione del concetto di salute e del modo di percepirla da parte della società.

Il progresso della medicina infatti assicura la sopravvivenza, ma raramente la completa guarigione, da malattie in precedenza letali, aumentando la consistenza della fascia di soggetti che richiedono cure continue e complesse per periodi di lunga durata se non per il resto della vita. Questi effetti indotti dai successi della medicina non sono evidenti solo per eventi o casistiche particolari, come trapianti e terapie sostitutive di organi o apparati, ma accompagnano spesso le nuove acquisizioni della maggior parte delle specialità e delle tecnologie mediche e chirurgiche più avanzate, dalla cardiologia all'oncologia.

A questa parte della "domanda di salute", che si accompagna allo sviluppo dell'offerta di servizi sanitari e determina una crescita esponenziale di costi sociali ed economici, si somma un fenomeno che nasce direttamente dalla società civile come evoluzione del concetto di stato di salute e diversa percezione da parte del singolo del proprio livello di benessere psicofisico.

Questo fenomeno assume peso progressivamente crescente essendo legato a fattori evolutivi ed intimamente connesso ad elementi in espansione, quali:

1. l'invecchiamento progressivo della popolazione, che comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio sanitari, legata alla complessità crescente delle patologie e dei fattori di comorbidità che accompagnano i processi degenerativi e di cronicizzazione della malattia ed alla necessità di sviluppare i connessi percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale dell'individuo;
2. la graduale destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale, rappresentato dalla famiglia e dagli altri strumenti tipici di socializzazione;
3. la crescita del livello e della complessità degli stimoli negli ambienti relazionali e personali, che inducono sollecitazioni e stress, incompatibili con le capacità individuali di adattamento e determinano stati di disagio e di malessere sociale, specialmente nei più giovani e negli anziani;
4. la ricerca di prestazioni e servizi che intervengano a sedare gli stati di malessere e a porre rimedio al disagio e alle difficoltà di fronteggiare il quotidiano, con crescita del ricorso anche a settori innovativi e ad offerte delle medicine alternative;
5. lo sviluppo di attese sul versante del miglioramento della percezione di sé e dell'accettazione delle proprie imperfezioni, vere o presunte, ma sentite come tali rispetto ai livelli mediatici di salute, bellezza, successo e appagamento.

In tale contesto, si confermano anche nel periodo di validità del Piano Socio Sanitario del Piemonte, le due grandi sfide assistenziali che hanno caratterizzato gli ultimi cicli della programmazione nazionale e regionale.

La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio - sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSR il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.

La seconda è legata all'incremento dei costi legato allo sviluppo della tecnologia e ai nuovi farmaci. Questi due sottoinsiemi di tematiche assistenziali di fatto segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà una ampia parte delle risorse aggiuntive.

3.1 La garanzia dei diritti

Il difficile compromesso tra fabbisogni crescenti di salute - intrinseci al sistema di sviluppo delle competenze e conoscenze o legati a fattori strutturali di crescita della domanda di prestazioni - e risorse limitate mediante le quali assicurare l'erogazione delle prestazioni, determina l'effettiva sostenibilità di un sistema universalistico di erogazione dei servizi.

Garantire il diritto alla salute significa concretamente offrire i servizi, le attività e le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità ma, contemporaneamente, assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi congrui per le effettive necessità della popolazione. Alla dimensione che valuta "quali" servizi sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, si affianca con evidenza la dimensione che analizza "come" questi servizi sono forniti, ponendo la questione se modalità insufficienti di erogazione, sotto il profilo della competenza professionale, della dotazione tecnologica, della diffusione del servizio e della sua organizzazione, e in ultimo della tempestività della risposta, non vanifichino, alla radice, la stessa garanzia del diritto. Analogamente, ma da un diverso punto di vista, anche un uso inefficiente delle risorse disponibili compromette o rischia di compromettere la possibilità per tutti cittadini di usufruire del Servizio sanitario regionale. Ciascuno di questi temi merita una riflessione specifica alla ricerca di soluzioni efficaci.

3.2 Gli obiettivi di fondo

E' fondamentale, se si vuole garantire la sostenibilità del sistema, accompagnare le misure di periodica rivalutazione delle risorse finanziarie, con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, in modo che le nuove risorse rese disponibili restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio Sanitario. In questo senso, per razionalizzare l'offerta sanitaria e renderla omogenea quali - quantitativamente in tutte le aree del Piemonte, è necessario realizzare una riorganizzazione dei processi di cura centralizzandoli sul cittadino ed i suoi bisogni sanitari: la promozione dell'attuazione dei livelli essenziali, con particolare riguardo alla assistenza sociosanitaria e alla rete della non autosufficienza, la prevenzione attiva, la riorganizzazione delle cure primarie, la riabilitazione, la promozione di un reale governo clinico che veda i vari attori del sistema direttamente coinvolti e responsabilizzati.

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di "sistema" e viene realizzata tramite l'integrazione di numerosi fattori tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'*audit*, la medicina basata sull'Evidenza, le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei Reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale.

Le scelte strategiche della politica sanitaria piemontese per il prossimo quinquennio, in termini di opportunità e di vincoli, si caratterizzeranno fortemente verso:

- il miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- la promozione e la diffusione nei servizi sanitari del governo clinico, della qualità e della sicurezza dei pazienti;
- la diffusione e il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria;
- la promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario;
- il miglioramento e la qualificazione del personale dei servizi sanitari.

Nell'ambito di queste scelte dovranno essere conseguiti obiettivi prioritari come:

- l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, tramite la massima semplificazione burocratico - amministrativa e privilegiando modalità di accesso unificate;
- la tutela e la cura delle persone più deboli: dai disabili agli anziani non autosufficienti, ai portatori di patologie psichiatriche, alle persone con dipendenza, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- la diffusione delle cure palliative e della terapia per alleviare il dolore;
- la rivalutazione dei percorsi di cura delle gravi cerebrolesioni acquisite e il sostegno alle loro famiglie;
- una gestione più efficiente dei servizi sanitari, eliminando liste di attesa, anche attraverso la predisposizione di "percorsi facilitati" per le cronicità.

3.2.1 La riduzione dei tempi di attesa

Le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere complementari.

Su questo tema sono da tempo in corso molte azioni, anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale, che hanno interessato, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza. Sono state individuate le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale ed i relativi standard di riferimento. Tali azioni hanno prodotto piani attuativi aziendali sui quali le singole ASR hanno

definito le modalità organizzative di attuazione e le relative tempistiche, con risultati ancora non sufficienti a dare una soluzione alla questione. L'appropriatezza, nel caso delle prescrizioni mediche, è una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema in quanto l'inappropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. Per affrontare in maniera concreta la "questione" tempi di attesa viene costituito un gruppo di lavoro regionale per la piena attuazione del sistema "RAO", sperimentato con successo nella Regione Trentino Alto Adige, con la quale opera in stretto contatto. Il sistema RAO (raggruppamenti attesa omogenei), attraverso la stesura e l'applicazione di protocolli condivisi d'intesa tra prescrittori ed erogatori di prestazioni, fa in modo che ai pazienti vengano attribuiti correttamente i criteri di priorità alle prestazioni che devono effettuare; questa collaborazione tra erogatori e prescrittori permette inoltre di monitorare e riclassificare a posteriori le prestazioni erogate, al fine di evitare e ridurre le prescrizioni che si sono rivelate inappropriate. L'incompleta integrazione tra le diverse figure professionali (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG/PLS) spesso determina la ripetizione di visite ed esami, a volte effettuati da poco tempo, in quanto non ritenuti attendibili o soddisfacenti dallo specialista che si trova a dover affrontare in ultima analisi il quesito diagnostico. Questo genera, oltre all'ovvio allungarsi dei tempi d'attesa, un accentramento verso l'ospedale anche di problematiche che potrebbero essere risolte a livello di poliambulatorio distrettuale o addirittura, con una maggiore attenzione di tipo clinico, dal MMG. Sotto questo aspetto i diversi livelli d'intervento sul paziente devono essere maggiormente organizzati, prevedendo una reale integrazione MMG-PLS/territorio/ospedale, in modo che la comunicazione reciproca sia continua e che generi un circolo virtuoso tra i diversi professionisti. La verifica della corretta erogazione delle prestazioni secondo le priorità richieste determina anche un'importante opera di positivo coinvolgimento del paziente nel processo di prenotazione, facendo in modo che accetti più serenamente l'eventuale tempo d'attesa proposto, avendo la certezza che in caso di maggiore urgenza la sua richiesta di salute verrà tempestivamente risolta. Nei mesi scorsi è stato approvato a livello nazionale il nuovo Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012, la cui applicazione impegna la Regione Piemonte sia in termini di appropriatezza prescrittiva (rispetto delle classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico), che di organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni. A tale proposito, il piano d'intesa citato afferma che "individuazione di strumenti e modi di collaborazione di tutti gli operatori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture..." ed anche che "La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prescrizioni". L'accordo siglato impegna la Regione Piemonte al rispetto delle priorità nelle prestazioni al 90% degli utenti, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni. E' in fase d'avvio il Sovracup web, che permetterà ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa ed è in fase di studio l'implementazione di un CUP unico regionale (finalizzato all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto che consenta la combinazione del sintomo con la classe di priorità da assegnare al paziente) e l'accesso alle prenotazioni attraverso altri canali quali ad esempio le farmacie o il contact center (già in uso per il SOVRACUP della provincia di Torino) in grado di far dialogare rapidamente i cittadini con le ASR attraverso la semplice compilazione di una pagina web dove, lasciando i propri dati personali, si viene ricontattati da operatori della propria ASL o del call center Sovracup nel caso della provincia di Torino. Il Piano 2010-2012 prevede di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP" ed in tal senso la commissione regionale proporrà l'estensione del CUP aziendale dell'ASL cittadina anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali in modo tale che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire) che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate. Con questa operazione i centri accreditati diventano realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed allo stesso tempo l'offerta delle prestazioni può essere

monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti. Un'altra innovazione tecnologica da introdurre è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permette di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuisce ad abbattere il fenomeno del drop out (pazienti che "dimenticano" di disdire la prenotazione). Un'altra innovazione da introdurre nel sistema è quella che riguarda il Contact Center, ovvero il sistema per la richiesta di prenotazioni on-line che si rivolge a tutti i cittadini che desiderano prenotare prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aderenti al sistema sovracup e che non desiderano utilizzare gli sportelli di prenotazione ovvero il telefono con cui chiamare il numero verde messo a disposizione dalla Regione Piemonte (in collaborazione con l'ASL TO1); questo sistema, che sta incontrando un successo crescente (circa 60.000 contatti/anno) verrà esteso a tutte le Aziende sanitarie piemontesi.

Inoltre è previsto l'utilizzo di questo applicativo nelle farmacie, inizialmente in quelle ubicate in territori meno raggiunti dai tradizionali sistemi di prenotazione, in modo tale da favorirne una maggiore integrazione nella rete complessiva dei servizi ai cittadini e sfruttandone la capillare distribuzione sul territorio regionale; i benefici di questo sistema per i cittadini saranno sostanziali ed eviteranno, soprattutto alle fasce più deboli o anziane della popolazione, la necessità di sobbarcarsi trasferte ed attese inutili e potranno attendere tranquillamente a casa la chiamata di un operatore del servizio di prenotazione che fisserà l'appuntamento richiesto.

3.3 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie ed i costi standard

La Sanità è il primo vero banco di prova del federalismo fiscale e di applicazione dei LEA, anche in considerazione della specifica esperienza maturata nel tempo in materia nella gestione della sanità (definizione, quantificazione e verifica dei LEA, procedure per controllo, monitoraggio della spesa e meccanismi sanzionatori).

L'introduzione del costo standard dovrà tendere al superamento delle differenze che oggi ci sono tra le diverse Regioni e tra le ASR, evitando sprechi e rendendo uniformi le erogazioni dei LEA. L'esperienza registrata in questi ultimi anni ha dimostrato che le Regioni che più spendono non necessariamente sono risultate più efficienti ed appropriate nell'erogazione dell'assistenza sanitaria (è l'esempio delle regioni che sono sottoposte ai Piani di rientro). Il federalismo fiscale ha l'ambizione di garantire l'effetto sinergico tra azioni tese ad implementare la qualità e quelle tese alla razionalizzazione della spesa.

In termini teorici il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o un servizio in condizioni di efficienza ottimali, valutando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo standard. Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno standard, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che gli outcome per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produzione siano omogenei.

Valutati i costi, nella definizione del fabbisogno finanziario delle singole regioni occorre tenere conto, oltre che delle caratteristiche della popolazione, anche delle caratteristiche del territorio (contesto socio-economico e morfologia del territorio) e delle connesse peculiarità dei servizi offerti.

Il sistema di finanziamento attualmente applicato prescinde dal riferimento della spesa storica atteso che, già con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica (in cui lo Stato è intervenuto ripianando la spesa a piè di lista) ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al PIL.

Con l'Accordo del 2001 è stato inoltre sancito un ulteriore principio che, nel tempo si è rivelato di assoluta efficacia. Cioè il fatto che nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole regioni, una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5% e poi fissata al 3%) viene considerata premiale e quindi effettivamente erogata

solo a seguito di una verifica annuale che attiene sia il mantenimento dell'equilibrio di bilancio che l'erogazione effettiva dei Livelli essenziali di assistenza.

In un contesto che si caratterizza con l'insufficienza di risorse finanziarie da destinare alle esigenze del sistema sanitario e con l'incremento, anche qualitativo, della domanda di prestazioni, in un quadro di necessità di assicurazione dei LEA, diventano pertanto essenziali interventi strutturali di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario regionale.

Le modificazioni intervenute anche in ambito normativo hanno progressivamente determinato, negli ultimi anni, anche un cambiamento nei ruoli istituzionali; accanto alle Regioni divenute responsabili della pianificazione e del governo della sanità, si è rafforzato il ruolo dell'amministrazione centrale in termini di "garanzia della salute". In questo processo si sono, via via, parallelamente evoluti, gli strumenti di finanziamento e le regole del controllo improntate ora ad una estrema austerità contemplando anche l'eventualità di interventi sostitutivi centrali nel caso di sostanziali disequilibri di bilancio.

Così anche il percorso che ha portato all'approvazione dei "Patti per la Salute" ha posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il SSR su un arco pluriennale, confermando un trend di crescita del finanziamento compatibile con la programmazione finanziaria del Paese. Ne consegue che Governo e Regioni hanno ritenuto necessario negoziare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei LEA e compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica. Ciò anche nell'ottica di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

Il conto economico tendenziale costruito partendo dal consuntivo 2010, parzialmente integrato con gli effetti del d. lgs. n.78/2010, evidenzia i seguenti dati:

IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010-2012

	Pre- consuntivo 2010	Tendenziale variata 2011	Tendenziale variata 2012
Aggregati di voce	2010	2011	2012
Contributi indistinti	7.752.167	7.881.791	8.053.023
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
Totale entrate	8.447.077	8.403.573	8.522.805
Personale	(2.976.277)	(3.018.145)	(3.033.564)
Irap	(213.960)	(215.695)	(216.775)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(289.090)	(298.236)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(623.281)	(635.747)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.439.295)	(1.487.306)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(748.537)	(748.537)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(296.771)	(311.609)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(139.951)	(146.947)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(206.198)	(206.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(579.194)	(590.090)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(485.812)	(510.132)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(154.343)	(163.827)

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2011 – 2015

Mobilità passiva intraregionale	-		
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(13.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
Totale uscite	(8.453.090)	(8.703.625)	(8.859.461)
Saldo	(6.013)	(300.052)	(336.656)

IL CONTO ECONOMICO PROGRAMMATO PER IL MEDESIMO PERIODO

	Pre-Consuntivo	Programmato	Programmato
Aggregati di voci	2010	2011	2012
Contributi indistinti	7.752.167	7.818.791	7.990.023
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (5/12) già finanziata.		26.250	26.250
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (7/12) da finanziare.		36.750	36.750
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
Totale entrate	8.447.077	8.403.573	8.522.805
Personale	(2.976.277)	(2.944.331)	(2.923.155)
Irap	(213.960)	(209.587)	(208.001)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(263.250)	(272.396)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(608.841)	(607.047)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.354.351)	(1.426.606)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(742.637)	(740.837)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(273.205)	(273.205)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(136.000)	(137.997)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(186.198)	(176.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(534.378)	(534.378)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(483.412)	(490.986)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(143.863)	(145.500)
Mobilità passiva intraregionale	-	-	-
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(33.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
Totale uscite	(8.453.090)	(8.387.366)	(8.466.799)
Saldo	(6.013)	16.207	56.006

I dati di costo del preconsuntivo 2010 e tendenziale 2011 e 2012 del SSR, suddivisi per i tre livelli assistenziali (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera) evidenziano i seguenti andamenti :

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Tendenziale 2011		Tendenziale 2012	
Collettiva	384	4,3%	377	4,1%	377	4,0%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.835	52,8%	4.925	52,9%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.944	43,1%	4.010	43,1%
Totale	8.992	100%	9.156	100%	9.312	100%

Con lo sviluppo programmato delle attività i valori attesi diventano:

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Programmatico 2011		Programmatico 2012	
Collettiva	384 (*)	4,3%	365	4,1%	370	4,1%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.691	53,1%	4.737	53,1%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.784	42,8%	3.811	42,7%
Totale	8.992	100%	8.840	100%	8.918	100%

Una ulteriore riduzione della spesa del livello assistenziale ospedaliero è attesa dopo il 2012 a seguito degli interventi di riordino della rete sanitaria regionale a seguito dei quali verranno spostati a favore degli interventi distrettuali con riduzione di quella ospedaliera.

L'Italia è come noto afflitta da una peculiare e determinante criticità: un debito pubblico che per dimensioni relative (in termini di incidenza sul prodotto interno lordo) e assolute (l'entità complessiva del debito ammonta, secondo il dato ad oggi consolidato, a 1879,9 miliardi di euro) non può non condizionare in maniera determinante le scelte di politica economica.

Infatti le dimensioni del debito impongono un equilibrio stabile tra spesa pubblica complessiva e risorse disponibili, per evitare involuzioni che appaiono al momento paradossalmente scongiurate proprio dalla crisi economica da cui si cerca di uscire, che ha determinato tra gli altri effetti una sensibile riduzione del costo del denaro, ed una conseguente riduzione degli interessi passivi sul debito stesso.

Poiché è impensabile aumentare la pressione fiscale, che risulta nel nostro Paese a livelli per molti aspetti incompatibili con lo stesso sviluppo economico, l'unica strada percorribile è quella di una riduzione della spesa pubblica, riduzione che non può peraltro essere generalizzata e diffusa, ma deve essere selettivamente basata su valutazioni da un lato della rilevanza sociale dei settori interessati, dall'altro di possibili spazi di razionalizzazione che consentano di ridurre la spesa complessiva senza compromettere quei risultati, in termini di qualità ed accessibilità dei servizi sanitari e sociali, che collochino la nostra Nazione in posizioni di assoluto rilievo.

In questo scenario la spesa sanitaria rappresenta senza dubbio un settore che merita particolare attenzione per la crescita che essa presenta, in termini relativi e assoluti, e per il persistere di differenze inaccettabili tra le diverse realtà in termini di qualità, accessibilità e sostenibilità economica.

Il modello di programmazione razionale ipotizzato nella legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, e ribadito nella normativa di riordino (che trova nel decreto legislativo 502/1992 come successivamente modificato dai decreti 517/1993 e 229/1999 la sua compiuta formulazione normativa) prevedeva che la determinazione del fondo sanitario nazionale fosse effettuata contestualmente con il Piano Sanitario Nazionale, che avrebbe dovuto fissare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché la quota capitaria di finanziamento disaggregata per livelli di assistenza.

In realtà quel modello di programmazione razionale non ha mai avuto concreta applicazione, ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale è stato definito annualmente dalla legge finanziaria.

Attualmente il sistema di finanziamento applicato prescinde dal riferimento della spesa storica in quanto, già con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica (in cui lo Stato ripianava la spesa a piè di lista) ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al Pil.

Con l'Accordo del 2001 è stato inoltre sancito un ulteriore principio che, nel tempo si è rivelato di assoluta efficacia. Cioè il fatto che nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole regioni, una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5% e poi fissata al 3%) venga considerata premiale e quindi effettivamente erogata solo a seguito di una verifica annuale che attiene sia il mantenimento dell'equilibrio di bilancio che l'erogazione effettiva dei Livelli essenziali di assistenza.

Da ultimo anche i Patti per la Salute (il più recente del 3 dicembre 2009) hanno posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, confermando da un lato un trend di crescita del finanziamento compatibile con la programmazione finanziaria del Paese e dall'altro la separazione dei diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

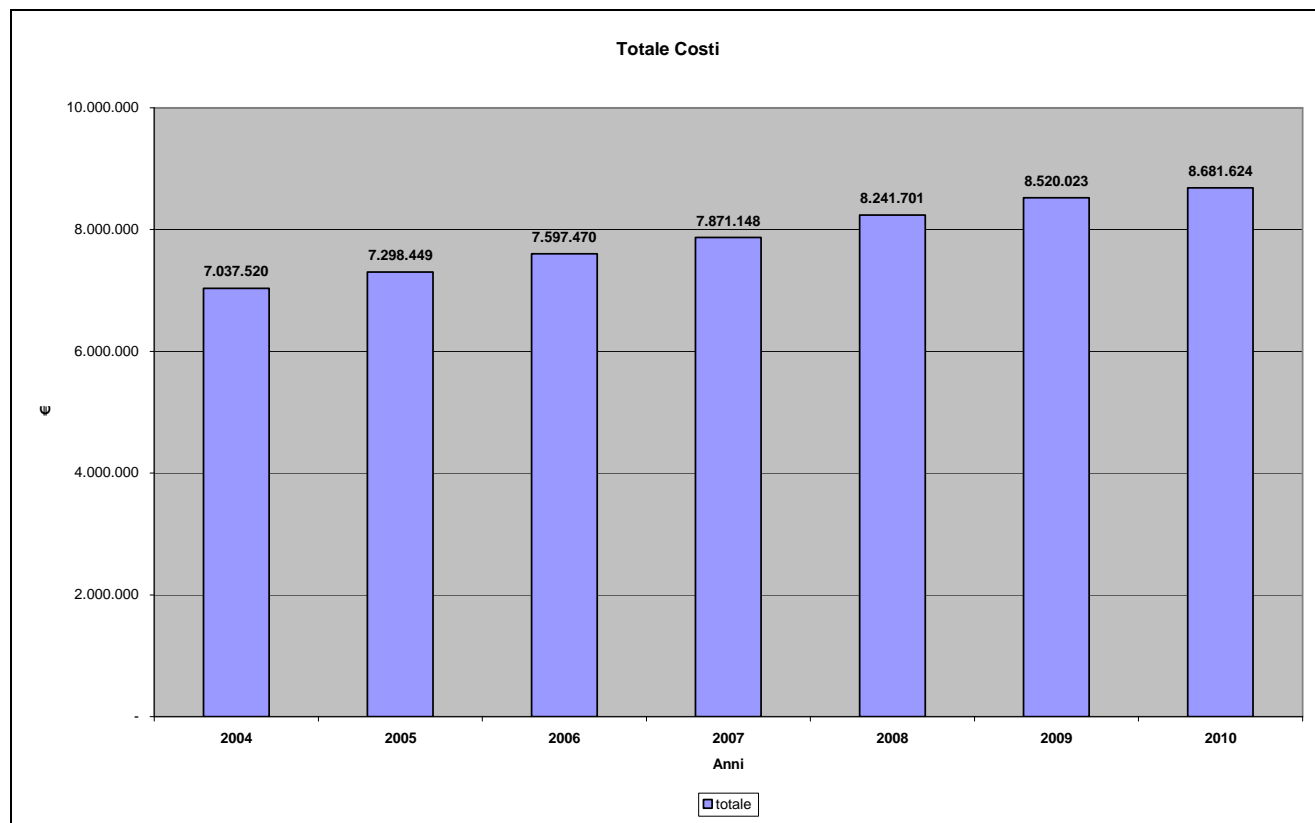
SPESA E FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO PIEMONTESE

I costi del SSR, nel periodo dal 2004 al 2010 sono passati da € 7.037.520 a € 8.681.624, con un incremento del 23,36% contro un tasso inflativo del 11,5%.

I costi hanno avuto nel periodo 2004-2010 l'evoluzione rilevabile dalle seguenti tabelle:

(euro/1000)

COSTI	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata	versione rettificata
acquisto di beni	989.851	1.068.907	1.132.872	1.179.759	1.253.861	1.327.561	1.393.887
assist.sanit.di base	400.302	408.579	428.703	451.424	470.730	469.626	470.691
assist.farmaceutica	751.686	758.709	803.836	796.610	826.787	832.874	812.569
assist.specialistica	134.442	180.252	197.112	219.039	252.348	260.887	282.477
assist.riabilitativa	89.470	102.271	112.888	135.572	150.633	165.219	176.809
assist.integrativa	153.570	167.547	177.693	190.849	203.932	204.590	200.517
assist.ospedaliera	457.504	480.642	495.761	514.708	536.795	538.047	561.209
altra assistenza	394.366	429.170	449.851	478.482	538.249	586.328	637.267
altri servizi	185.578	185.579	180.027	193.880	202.415	208.889	183.659
godimento di beni	67.062	66.269	72.725	79.112	84.242	86.197	89.462
personale	2.681.059	2.697.702	2.743.200	2.805.048	2.867.399	2.995.505	3.010.515
spese amministrative e generali	164.895	180.161	193.585	181.905	184.915	179.440	175.216
servizi appaltati	230.637	248.228	256.365	266.288	284.604	299.161	320.466
accantonamenti tipici	36.262	14.593	11.985	9.315	7.886	7.624	11.102
imposte e tasse	189.300	196.892	207.471	221.819	226.529	229.758	231.692
oneri finanziari	6.182	8.895	21.717	32.952	39.177	19.632	18.609
compartec.personale	105.354	104.052	111.679	114.386	111.199	108.685	105.477
totale	7.037.520	7.298.449	7.597.470	7.871.148	8.241.701	8.520.023	8.681.624

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2011 – 2015


Il costo del SSR nel periodo 2006 –2010 ha creato un disavanzo, al netto degli ulteriori trasferimenti regionali, tra i più alti d'Italia ,come risulta dalla tabella seguente per il periodo 2007/2009.

INDICATORE 4 - SERIE STORICA DISAVANZI 2007-2009 (Tavolo verifica adempimenti)

	2007	2008	2009
REGIONE	<i>consuntivo</i>	<i>consuntivo</i>	<i>consuntivo (**)</i>
PIEMONTE	-170.753	-360.576	-387.523
VAL.D'AOSTA (*)	-56.630	-61.532	-38.445
LOMBARDIA	45	96	12.712
PR.A.BOLZANO (*)	-261.515	-262.926	-185.596
PR.A.TRENTO (*)	-150.415	-163.744	-202.228
VENETO	-134.670	-148.512	-103.012
FRIULI V.G. (*)	-44.445	-42.125	-67.892
LIGURIA	-102.288	-109.311	-97.457
EMILIA ROM.	-91.204	-42.204	-118.360
TOSCANA	42.788	-2.445	9.872
UMBRIA	11.456	4.199	8.379
MARCHE	15.879	34.304	12.788
LAZIO	-1.696.481	-1.693.342	-1.419.449
ABRUZZO	-163.506	-107.656	-42.632
MOLISE	-78.971	-82.527	-63.806
CAMPANIA	-862.177	-826.736	-773.853
PUGLIA	-265.742	-219.575	-350.329
BASILICATA	-19.868	-34.749	-23.692
CALABRIA	-277.059	-189.924	-243.470
SICILIA	-641.451	-352.004	-196.127
SARDEGNA (*)	-115.437	-184.926	-258.860
ITALIA	-5.062.446	-4.846.213	-4.528.979

I disavanzi sono calcolati: (a) tenendo conto delle entrate proprie effettive; (b) prima delle coperture e (c) sono comprensivi di rischi. come da verbali del Tavolo Adempimenti

Detti disavanzi sono stati coperti da ulteriori trasferimenti a carico del bilancio regionale che, come si può osservare dalla tabella sottostante per il periodo 2006/2009, risultano essere tra i più elevati tra le Regioni a statuto ordinario.

Ulteriori Trasferimenti dal Settore Pubblico e Privato
Anni 2006 – 2009
(milioni di euro)

	2006	2007	2008	2009
PIEMONTE	441,925	377,547	417,362	444,592
V. AOSTA	145,752	142,922	153,800	151,558
LOMBARDIA	128,122	154,497	138,431	83,986
PA BOLZANO	577,317	618,656	647,815	649,708
PA TRENTO	505,441	547,642	587,591	690,621
VENETO	265,218	268,232	258,986	145,990
FRIULI	1.042,126	1.195,067	1.321,512	1.443,246
LIGURIA	7,260	36,801	29,785	80,702
E. ROMAGNA	288,179	111,562	77,928	162,422
TOSCANA	10,979	14,759	13,776	15,452
UMBRIA	0,313	0,553	2,066	3,097
MARCHE	1,820	1,283	7,006	29,874
LAZIO	324,718	314,765	130,961	139,141
ABRUZZO	0,621	37,002	35,047	12,386
MOLISE	0,539	0,988	0,086	1,789
CAMPANIA	75,523	63,882	44,669	45,815
PUGLIA	66,320	124,218	162,623	119,378
BASILICATA	1,651	2,341	3,073	7,358
CALABRIA	69,161	187,181	144,865	7,777
SICILIA	3.238,747	3.453,389	3.856,829	4.115,664
SARDEGNA	742,543	1.953,030	2.035,748	2.110,962
TOTALE	7.934,275	9.606,317	10.069,958	10.461,518

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

I costi sono inoltre stati in parte finanziati da ricavi straordinari che come si evince dalla tabella sottostante sono stati tra i più alti delle Regioni italiane.

RICAVI DEL SSN

Ricavi Straordinari delle Aziende Sanitarie
Anni 2006 – 2009
(milioni di euro)

	2006	2007	2008	2009
PIEMONTE	58,734	40,969	78,238	70,389
V. AOSTA	0,400	0,614	0,252	1,226
LOMBARDIA	0,000	0,000	17,272	0,000
PA BOLZANO	16,750	4,104	8,039	32,565
PA TRENTO	20,923	23,250	9,651	0,450
VENETO	46,892	215,080	139,428	97,924
FRIULI	25,950	11,583	24,876	11,708
LIGURIA	14,782	10,639	11,227	3,748
E. ROMAGNA	71,025	55,681	64,585	44,755
TOSCANA	69,697	116,652	92,678	68,261
UMBRIA	13,414	7,999	5,539	5,863
MARCHE	4,713	11,044	26,161	16,599
LAZIO	210,002	169,265	84,037	74,537
ABRUZZO	59,541	36,943	18,659	20,166
MOLISE	0,000	10,873	3,757	5,479
CAMPANIA	145,716	115,437	162,284	39,386
PUGLIA	154,145	73,533	72,583	30,123
BASILICATA	5,725	14,411	6,951	0,983
CALABRIA	104,443	20,418	43,053	14,188
SICILIA	963,705	94,662	58,656	52,990
SARDEGNA	12,353	13,757	23,875	34,243
TOTALE	1.998,910	1.046,914	951,801	625,583

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

Detti ricavi derivano principalmente da insussistenze di debiti iscritti a bilancio dalle ASR negli anni precedenti e ovviamente non è ipotizzabile nel futuro una ripetizione nei termini accertati nel 2008 e 2009.

Come previsto dall'articolo uno del patto per la salute 2010-2012 obiettivo della regione Piemonte per gli anni di validità del presente PSR è quello di assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza diminuendo progressivamente il ricorso ad ulteriori trasferimenti regionali sino al totale azzeramento degli stessi. L'applicazione dei costi standard dovrebbe favorire la convergenza dei costi e dei fabbisogni dei vari livelli di governo.

L'intervento di riforma che l'Amministrazione attuale si è proposta di fare, ha come obiettivo la ridefinizione della struttura del sistema della rete sanitaria, perché solo così si ritiene possibile mantenere nel tempo sotto controllo il costo complessivo del sistema: in altre parole, senza questo intervento, il costo anche se pesantemente limitato da interventi drastici migliorerebbe solo nel breve periodo (e magari con qualche rischio sulla qualità delle prestazioni) e avrebbe rapidamente una nuova deriva di crescita se e quando i controlli fossero anche brevemente rilasciati.

L'intervento strutturale ipotizzato dalla DGR del 29/12/2010 e la programmazione prevista dal presente Piano che ha come obiettivo la centralità del paziente, da garantire con la qualità e sicurezza dell'assistenza e con precisi processi di presa in carico e di continuità assistenziale, dovrebbe creare le condizioni per eliminare quelle stratificazioni e duplicazioni di servizi che hanno comportato ingiustificati aggravii dei costi.

La parte centrale della riforma investe infatti il sistema ospedaliero distribuendo correttamente ruoli e missioni evitando le duplicazioni di impegno di risorse finanziarie ed umane che hanno influito negativamente su risultati d'esercizio.

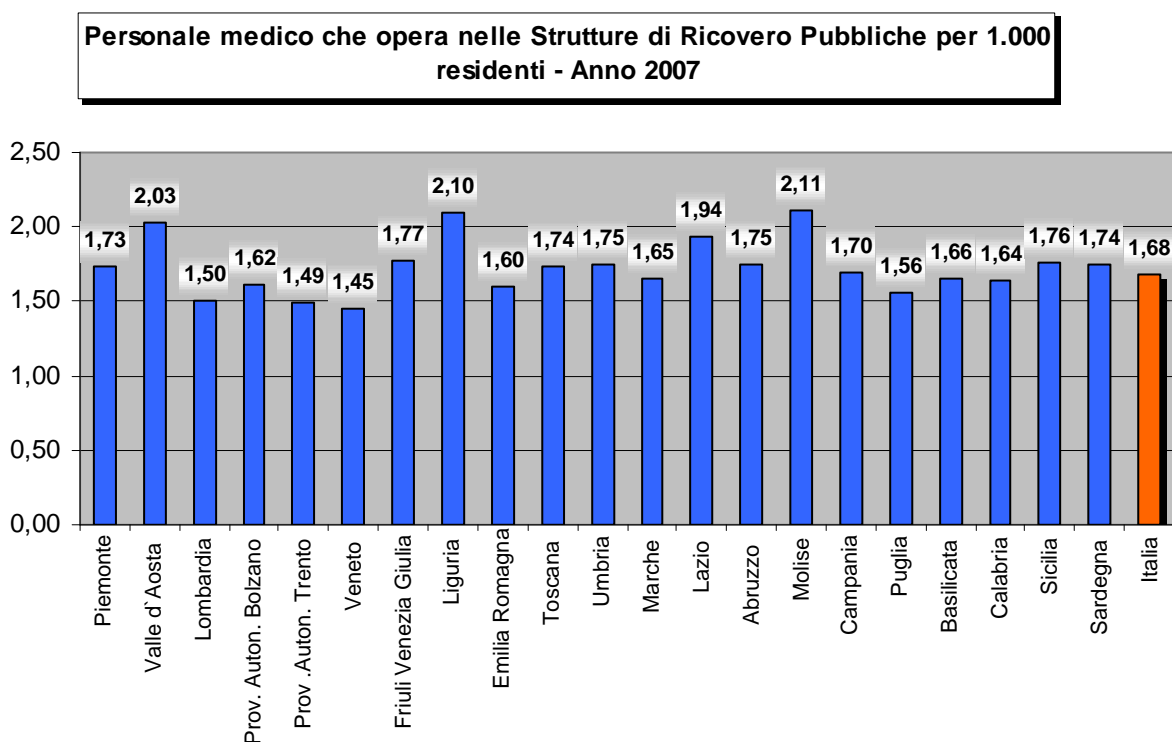
3.4 Le risorse umane

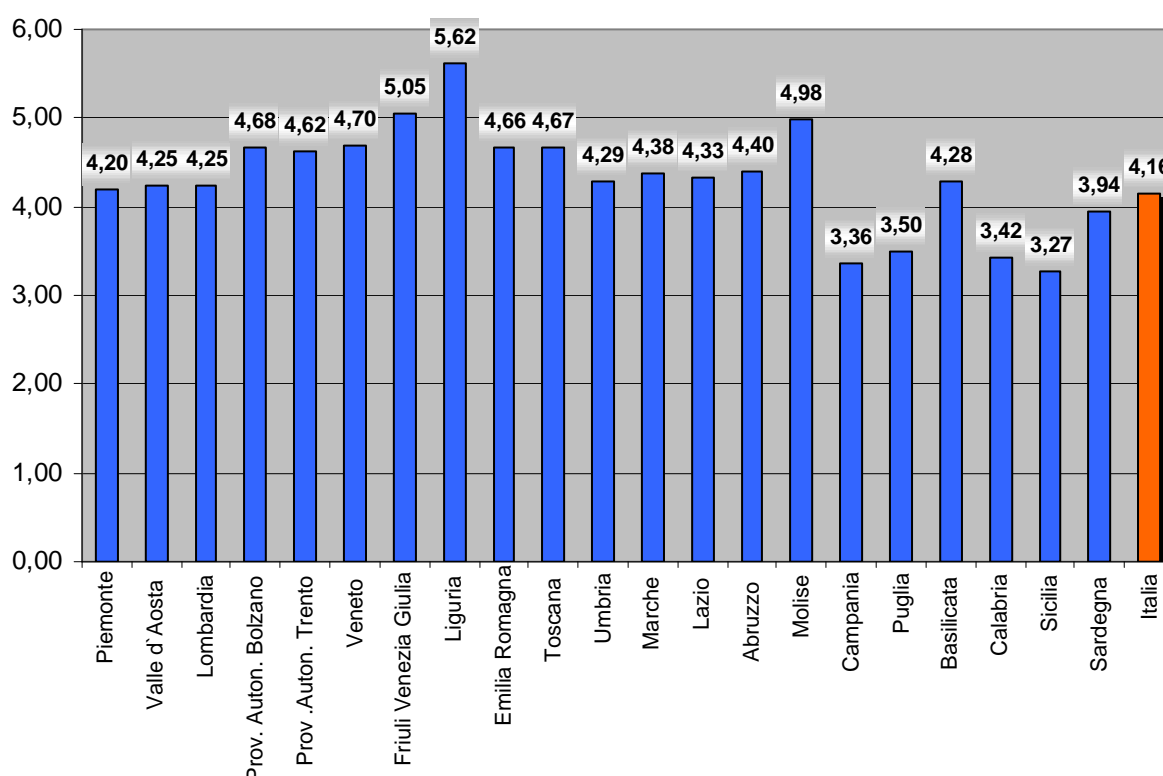
Gli interventi per la riconduzione delle dinamiche legate allo sviluppo della spesa sanitaria sia a livello nazionale e regionale hanno tra i riferimenti principali quelli legati al contenimento della spesa per il personale.

Proprio la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e per il conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali, costituisce parte degli impegni che le Regioni hanno assunto con l'amministrazione centrale, ai sensi del già citato decreto legge 25 giugno 2008 112, accanto agli interventi che, con riferimento alla manovra più generale, parallelamente devono disporre in materia di appropriatezza dei ricoveri, di riduzione dello standard di posti letto e di definizione degli standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse

I dati desumibili dalle banche dati nazionali (fonte Ministero della salute) evidenziano come la consistenza del personale delle aziende sanitarie regionali, complessivamente considerata, sia sostanzialmente in linea con le medie nazionali con alcune differenze anche per il personale medico e per quello infermieristico.

Tab. 1 Ministero della salute



Tab. 2 Ministero della salute
**Personale infermieristico che opera nelle Strutture di Ricovero Pubbliche per
1.000 residenti - Anno 2007**


Come previsto dall'art. 2, comma 71, della legge 23.12.2009, n. 191, gli Enti del Servizio Sanitario devono adottare nel triennio 2010/2012 le misure necessarie per garantire che le spese del personale, nelle varie forme contrattualmente previste, non superino per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito del 1,4%.

Nel periodo di vigenza del PSSR 2011-2015 si dovrà pertanto pervenire alla riduzione stabile dei costi complessivi del personale senza che questo determini effetti negativi nella qualità dei servizi erogati ma al contrario sia accompagnato dal miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una efficace presa in carico dei cittadini attraverso una migliore allocazione delle risorse umane e l'ottimizzazione dei carichi di lavoro.

L'obiettivo si sostanzia attraverso la revisione degli assetti organizzativi aziendali e delle dotazioni organiche ed è realizzabile attraverso lo sviluppo delle azioni previste nel PSSR; dalle azioni di specializzazione istituzionale delle aziende a quelle di governo della domanda di servizi, dallo sviluppo degli interventi sulla

“Governance” al potenziamento dell’assistenza primaria in ambito distrettuale, sino allo sviluppo delle aree sovrazionali e delle piattaforme logistiche integrate.

Accanto alla revisione delle dotazioni organiche, in vista proprio delle azioni di riordino del SSR che si intendono realizzare ad esempio in tema di aggregazione dei presidi ospedalieri, occorrerà prevedere anche interventi per la omogeneizzazione degli istituti legati alla gestione dei fondi contrattuali che determinano oggi sperequazioni retributive, anche importanti, tra i dipendenti delle aziende sanitarie regionali.

Nell’ambito delle politiche per il personale un ruolo fondamentale dovrà infine essere svolto da quelle legate alla formazione di base e specialistica in raccordo con le Istituzioni universitarie con le quali dovranno essere aggiornati i protocolli d’intesa attualmente vigenti, e da quelle legate alla formazione continua da realizzarsi in accordo e con gli Ordini e Collegi professionali gli Atenei e le Società scientifiche.

Il d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. evidenzia il ruolo dei processi di formazione per il personale del servizio sanitario regionale, lo stesso decreto enfatizza il ruolo delle regioni che, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua e concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 5 novembre 2009, ha siglato un’intesa recante indicazioni su “Il nuovo sistema di formazione continua in medicina: accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all’estero, liberi professionisti”, indicazioni poi dettagliate nel successivo “Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all’Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 e per l’accreditamento”, approvato dalla Commissione Nazionale per la formazione continua in data 13 gennaio 2010.

In questo contesto occorre intervenire per superare la fase transitoria avviata con la DGR 34-1219 del 17 dicembre 2010 e giungere alla definizione del nuovo programma per la formazione continua in sanità.

3.5 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti

3.5.1 La valutazione del grado di soddisfazione del cittadino

La valutazione del grado di soddisfazione dell’utente sull’assistenza di cui ha usufruito, rappresenta un elemento che il SSR deve poter utilizzare, insieme ai sistemi di oggettivazione del grado di efficienza ed efficacia dei servizi, per acquisire evidenza delle opinioni dei cittadini in relazione ai servizi offerti, alla loro fruibilità ed agli aspetti relazionali con gli operatori sanitari. E’ inoltre necessario disporre di una conoscenza nel tempo delle aspettative dei cittadini anche al fine di valutare l’efficacia delle azioni correttive adottate. Tali conoscenze richiedono l’applicazione di una adeguata metodologia scientifica per promuovere gli opportuni interventi di programmazione e miglioramento.

Vi è poi la progressiva sensibilizzazione sul tema della componente professionale, medica e infermieristica, che dopo aver per lungo tempo concentrato le proprie azioni sulla ricerca di un miglioramento della qualità dal punto di vista professionale stanno acquistando sensibilità e consapevolezza al rilievo che la ricerca della soddisfazione dei pazienti può garantire al miglioramento dell’immagine del servizio.

Infine è sempre più presente l’accresciuta sensibilità dell’utente, che, individualmente o attraverso forme associative, contribuisce a mantenere alta la tensione rispetto alla necessità di ascoltare l’utenza e rilevare le sue esigenze in modo sistematico, ferma restando l’indispensabile valutazione della congruità della domanda con le necessità di assistenza (cittadino giustamente soddisfatto).

Le iniziative devono pertanto avere un respiro strategico, non configurarsi come risposte di breve periodo a fronte di una esigenza/emergenza, ma devono contenere gli strumenti di “gestione del cambiamento”. In particolare gli strumenti di valutazione della soddisfazione dei pazienti costituiscono uno degli elementi alla base del processo di miglioramento della qualità percepita e delle conseguenti scelte di comunicazione finalizzate ad orientare le aspettative degli utenti, sia da parte delle aziende sanitarie che delle istituzioni interessate.

3.5.2 L'empowerment

L'“empowerment” è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita. Sono disponibili, da alcuni anni, numerosi documenti programmatici che prevedono varie forme di partecipazione dei cittadini, ma in realtà tali interventi sono ancora carenti ed a macchia di leopardo. In aggiunta, accanto alle iniziative istituzionali, è necessario anche che ogni operatore del SSR sia consapevole che lo sviluppo della partecipazione e dell'“empowerment” dei cittadini deve rappresentare un proprio impegno.

Tra gli strumenti per il coinvolgimento, vi è oramai dal 1995, la Carta dei servizi sanitari, importante strumento di partecipazione dei cittadini, che oggi necessita di un monitoraggio sistematico ai fini dell'utilizzo e dell'aggiornamento.

Il coinvolgimento del paziente nella propria cura, riabilitazione e reintegrazione, che è alla base del processo di “empowerment”, richiede l'individuazione di opportune strategie che tengano conto dell'efficacia, della sicurezza, della sostenibilità e dell'equità delle cure, oltre che delle caratteristiche demografiche e culturali del paziente, della sua storia e personalità.

Pertanto vengono individuati tre ambiti prioritari da implementare nel quinquennio di vigenza del PSSR:

- sviluppare, adottare e promuovere strumenti di coinvolgimento dei cittadini e pazienti,
- assicurare la partecipazione sostenibile dei pazienti e delle loro associazioni negli organismi e nei processi decisionali,
- migliorare l'efficacia della Carta dei servizi, attraverso l'aggiornamento delle Linee guida per la carta dei servizi sanitari, strumento per il cittadino ai fini della conoscenza, valutazione e scelta dei servizi sanitari.

3.5.3 La comunicazione e l'informazione al cittadino

I temi di fondo delineati nel PSSR individuano un quadro di scelte in gran parte ineludibili ai fini della sostenibilità complessiva del sistema: l'assistenza socio sanitaria connessa alla non autosufficienza, i processi di chiusura/riconversione dei piccoli ospedali, la razionalizzazione dei posti letto, la necessità di contenimento degli afflussi in Pronto Soccorso, l'ulteriore ampliamento delle iniziative finalizzate alla prevenzione primaria, rappresentano temi di fondamentale rilevanza che necessitano, quindi, di una capillare informazione nonché di momenti di confronto ai fini di un'adequata comprensione da parte dei cittadini.

3.5.4 Il volontariato

Il mondo del volontariato e del terzo settore è costituito da una pluralità di enti ed organizzazioni, che pur essendo molto diverse tra loro, sono accomunate dalla finalità di contribuire alla realizzazione del pubblico interesse, la tutela della salute nel suo significato più ampio. Nell'area sanitaria e sociosanitaria si passa da gruppi formati da cittadini o parenti dei malati a forme maggiormente strutturate, quali le Croci rosse e Pubbliche Assistenze.

Il ruolo svolto dai soggetti della società civile nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali è di straordinaria importanza, in particolare per l'umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore, con effetti innovativi sul SSR. Il volontariato contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo fondamentale nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza.

Di fronte all'innalzamento dell'età media di vita e alle correlate caratteristiche di fragilità, cronicità e non autosufficienza, il SSR dovrà promuovere e sostenere una presenza sempre più attiva della comunità locale per poter soddisfare un bisogno di salute complesso (*"welfare community"*). In questa prospettiva il volontariato, nelle sue diverse espressioni, diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà, così come previsto dall'art. 118 della Costituzione, secondo cui il cittadino deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più prossime.

Il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato nei percorsi sanitari è elemento essenziale per sviluppare l'*"empowerment"* del paziente mettendolo in condizione di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi erogati. In questo senso, va promossa la reciproca conoscenza e la collaborazione mirata, aumentando l'efficacia e l'efficienza degli interventi. Occorre consentire al mondo del volontariato e del terzo settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni.

Nell'ambito di una valorizzazione dell'apporto del volontariato al SSR, non si potrà non tener conto di quanto stabilito nel Patto per la Salute 2010-2012. L'art. 7 del Patto fa riferimento ad una revisione normativa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, anche al fine di tener conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati. In tal senso, la finalità della Regione Piemonte è quella di valorizzare la dimensione no-profit di queste strutture, in quanto concorrono alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, in attuazione del pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona.

PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SSR PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO

4. I presupposti logici dello sviluppo e riconfigurazione del SSR

Il SSR è un sistema progettato, organizzato e governato per il fine ultimo e fondamentale di garantire le migliori condizioni per la costante conservazione e miglioramento della salute del cittadino, nella sua accezione più ampia di benessere psicofisico e di contributo al suo sviluppo sociale.

I suoi punti cardinali sono la risposta esaustiva al bisogno di salute della collettività, la qualità, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, la soddisfazione e crescita dei professionisti, lo sviluppo socio-economico del territorio, la sostenibilità e la compatibilità economica con il sistema istituzionale di appartenenza

Per conseguire questa missione istituzionale il SSR Piemontese deve organizzarsi per rispondere alle attese delle sua collettività, riconducibili in prima approssimazione a:

- una concreta presa in carico dei problemi di salute, attraverso il funzionamento di reti integrate di professionisti e strutture - dalle cure primarie all'ospedalizzazione ed alla residenzialità e riabilitazione - e con l'utilizzo di percorsi di cura ed assistenziali capaci di garantire la continuità e la migliore efficacia del servizio reso;
- rispondenza alle crescenti priorità e desideri del cittadino di poter scegliere dove e come farsi assistere e curare, od almeno di poter contribuire attivamente alla scelta attraverso forme di "empowerment" vero, a partire dall'informazione-educazione fino alla trasparenza ed "accountability" che il sistema garantisce;
- equità nell'accesso ai servizi e nei contenuti delle prestazioni, a tutte le latitudini e longitudini del SSR. Equità intesa non come medesima disponibilità di risorse e strutture in ogni punto del SSR, ma come possibilità di accedere, in forme e modi diversi ma ugualmente efficaci, alle stesse risorse e strutture da ogni punto del SSR.
- efficienza ed appropriatezza produttiva. Il "valore" che produce il SSR è sinteticamente rappresentato dall'equazione spesa/risultati di salute. La massimizzazione di questa equazione è il punto focale di attenzione. Di fronte ad un sistema inevitabilmente sotto tensione economica, per le spinte di spesa crescente determinate dalle dinamiche demografiche e tecnologiche, è un imperativo morale oltretutto istituzionale azzerare ogni forma di spreco e mal gestione delle risorse economiche della sanità. Oltre ad un'attenzione particolare alla micro-gestione delle risorse a livello del singolo professionista o manager, assume particolare rilevanza aggredire rapidamente con una visione sistemica le problematiche poste dalle ridondanze, duplicazioni, sovra-capacità e posizionamento irrazionale delle strutture e risorse del SSR. Al tempo stesso è altrettanto forte il dovere di trovare i modi per aumentare la produttività delle risorse completando i processi di aziendalizzazione, lavorando sullo snellimento, re-ingegnerizzazione, standardizzazione dei processi clinici, assistenziali, amministrativi.

Organizzare il SSR attorno alla "centralità" del cittadino implica la capacità di coniugare il riconoscimento delle dinamiche fisiologiche di consumo dei servizi del sistema, determinate dalla propensione dei cittadini ad utilizzare determinati snodi dell'offerta di servizi in relazione alla prossimità, reputazione, passaparola, esistenza di reti cliniche-organizzative formale ed informali, con l'esigenza di indirizzare gli stessi consumi verso una rete di offerta riprogettata e più concentrata per garantire una più facile ed equa accessibilità per tutti e la massima appropriatezza clinica ed organizzativa accompagnata da una migliore efficienza produttiva.

Lo sviluppo di un SSR al servizio del cittadino implica quindi il superamento delle tradizionali dinamiche del localismo e del professionalismo, con le conseguenze penalizzanti di autoreferenzialità e autarchia che ne scaturiscono.

Un processo di riordino del SSR deve porre le basi di governance ed organizzative per costruire un progetto ambizioso di sviluppo che incroci la missione e gli obiettivi di miglioramento del sistema con le legittime attese dei professionisti che vi operano e con le identità geopolitiche del territorio. Il riordino del SSR deve anche essere l'occasione per dare ulteriore impulso alle politiche di collegamento tra il sistema socio-sanitario e lo sviluppo economico-sociale della Regione. Un impulso orientato a governare efficacemente il ruolo di "volano" economico per la società e per l'industria che il settore può svolgere, attraverso il migliore collegamento della filiera SSR-università-imprese. In questa prospettiva il SSR e le sue aziende possono e devono diventare incubatori di innovazione e motori dello sviluppo economico e competitivo dei territori regionali e del sistema Regione nel complesso, attraverso l'identificazione di apposite strategie e politiche di governo che superino e/o rafforzino le situazioni di spontaneità e casualità che si sono manifestate nel passato.

4.1 Gli assunti guida

Il cittadino e la sua salute sono l'obiettivo. Come ribadito nelle premesse il riordino del SSR non può prescindere dall'analisi di come oggi il cittadino si relaziona il sistema. Accanto all'educazione all'uso appropriato del sistema occorre riconoscere la volontà espressa dal cittadino in quanto "cliente" del SSR come un punto di partenza per valutare l'attuale rispondenza del sistema in termini organizzativi. I pazienti si spostano in base alle possibilità di mobilità, alla cultura, all'apprezzamento delle strutture. Gli spostamenti sono solo parzialmente governabili dai sistemi regionali. I flussi di mobilità/attrattività indicano anche l'esistenza di probabili reti cliniche tra i professionisti operanti nelle diverse strutture attorno alle quali si muove la popolazione.

Partendo dal dato della mobilità, che individua i potenziali "perimetri" per l'organizzazione di sotto-sistemi di offerta di servizi socio-sanitari coerenti con una collettività che esprime una domanda territorialmente definita, è possibile valutare l'attuale rispondenza dell'organizzazione della SSR nella sua configurazione geografica - numero e perimetri di responsabilità delle ASL - e scelta di assetto di *governance* - natura delle responsabilità delle ASL, scelte di identificazione di AO, meccanismi di governo centrali e strumenti di integrazione operativi. Assieme all'analisi delle criticità esistenti - riportata nel paragrafo 2 - la scelta di un diverso assetto di *governance* del SSR a cui tendere non può che correlarsi alle priorità ed agli obiettivi che il sistema vuole conseguire.

In questa prospettiva, lo scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL può rispondere efficacemente a due obiettivi che sono prioritari per il SSR Piemontese: da un lato chiarire i contenuti delle responsabilità gestionali dei diversi attori del SSR, dall'altro creare le condizioni per riconfigurare la rete ospedaliera cogliendo le opportunità di sinergie e di razionalizzazione.

In particolare, rispetto ai due obiettivi sopra richiamati, assumono rilevanza le seguenti considerazioni:

1. Nello sviluppo delle funzioni di produzione e controllo nello stesso soggetto possono insorgere conflitti di interessi. La divisione favorisce una migliore identificazione della missione aziendale. In questo modo l'ASL può concentrarsi sulla missione prioritaria di sviluppo dei servizi territoriali. Inoltre, vi sono evidenze nel contesto internazionale e nazionale che l'esposizione ad una qualche forma di veri "quasi-mercati" - dove il soggetto programmatore-controllore si specializza e svolge concretamente la propria funzione di finanziamento a tariffa prospettica - incentiva e velocizza l'innovazione organizzativa interna all'ospedale. Come conseguenza della necessità da parte del management di aumentare i gradi di governo e controllo sulla dinamiche organizzative e professionali e come risposta da parte dei professionisti alla necessità di mantenere alta l'attrattività attraverso innovazione, il presidio di competenze/tecnologie ed efficienza produttiva.
2. Ci sono anche chiare evidenze che dimostrano come una appartenenza giuridica ad un unico soggetto aziendale faciliti le integrazioni tra strutture ospedaliere. Tali evidenze sostengono le ragioni per accorpare diversi presidi ospedalieri, dai quali si attendono processi di integrazione e

- riconfigurazione, in un'unica AO. Integrazione e riconfigurazione che deve avvenire con particolare attenzione alle motivazioni specifiche/risultati attesi (accessibilità, equità, qualità diffusa ed omogenea, appropriatezza organizzativa, presa in carico, ecc.) che dovrebbero essere il vero driver degli accorpamenti, oltre alla generale attesa di governare meglio le dinamiche di spesa;
3. Dall'altra parte sono altrettanto conosciuti i fenomeni di difficoltà di integrazione con il territorio e le problematiche di continuità assistenziale che possono insorgere in sistemi che si organizzano con una separazione tra attori prevalentemente produttori – le AO - ed attori a funzione mista - acquirenti e produttori, le ASL. Tali problematiche devono essere attentamente presidiate e governate. L'esperienza ormai decennale di altri servizi sanitari regionali lascia comunque una traccia importante a cui è possibile ispirare interventi correttivi che minimizzino questi rischi ed al contrario contribuiscano a sviluppare e consolidare ulteriormente la continuità assistenziale rispetto alla situazione attuale.

Come principio guida, per favorire la massima governabilità di sistema e la migliore integrazione tra le aziende occorre quindi ricercare la massima coerenza possibile tra il perimetro geografico delle responsabilità sulla produzione per acuti-specialistica di prevalenza di una AO e la programmazione territoriale gestita da una ASL di riferimento, al fine di ridurre il numero di interlocutori responsabili di definire programmare e governare l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari.

Inoltre, la rete dell'emergenza rappresenta la struttura portante del sistema su cui appoggiare l'impianto organizzativo-istituzionale del SSR. Qualsiasi riconfigurazione del sistema di offerta del SSR deve favorire lo sviluppo e consolidamento di una rete dell'emergenza moderna, capace di dare risposte tempestive ed efficaci, integrate tra i diversi livelli di servizio – territoriale ed ospedaliero, 118 e guardia medica. Peraltro, la riconfigurazione del SSR deve promuovere e legarsi all'evoluzione dei modelli di gestione dell'emergenza, sempre di più orientati verso lo *"Stay & play"* (ovvero un modello organizzativo che privilegia le manovre per la stabilizzazione del paziente prima dell'invio verso l'ospedale) in sostituzione della logica storica dello *"Scoop & run"* (ossia un modello organizzativo che privilegia manovre essenziali e rapido invio verso l'ospedale). Questa svolta nella filosofia fondante la risposta all'emergenza rende meno vincolante la vicinanza fisica dell'ospedale come elemento progettuale delle reti ospedaliere, che possono essere quindi pensate più concentrate, qualitativamente più sicure e più efficienti nell'uso della capacità produttiva.

Pertanto, le funzioni dell'emergenza-urgenza sono assicurate sul territorio regionale da una rete graduata per complessità che include punti di primo intervento funzionanti in orario diurno o per 24 ore, pronti soccorso diurni od attivi sulle ventiquattro ore, dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di primo livello e DEA di secondo livello nei principali ospedali. Tale rete si avvale di un sistema 118 capace di canalizzare in modo appropriato il paziente, anche grazie allo sviluppo di un sistema trauma organizzato a livello regionale che individua i DEA adeguati al trattamento del paziente politraumatizzato e persegue il loro invio immediato in tali sedi. Inoltre, tutte le sedi dell'emergenza-urgenza saranno in rete con il completamento della informatizzazione della rete per la trasmissione, lo scambio e la condivisione di alcuni dati fondamentali fra tutti i servizi e la conseguente estensione delle possibilità di teleconsulto specialistico.

Tra i criteri guida lo sviluppo del SSR una considerazione particolare merita il tema della specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, che presenta forti fabbisogni di integrazione con le reti dell'offerta specialistica gestita dalle AO e dalle AOU. Da tale concreta integrazione ne conseguirebbero miglioramenti nella professionalità, creazione di sinergie/economie di scala, sviluppo di percorsi assistenziali condivisi.

Infine, l'organizzazione dell'offerta delle cure primarie sul territorio non può prescindere dallo sviluppo di forme integrate di offerta, nelle quali favorire il lavoro in equipe funzionalmente o logisticamente integrate di medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo. Tali forme dovrebbero anche favorire l'integrazione fisica ed organizzativa tra specialisti ospedalieri e territoriali e MMG creando i presupposti migliori per una gestione efficace dei problemi di continuità dell'assistenza e per lo sviluppo di approcci alla cura primarie concretamente ispirati alle moderne visioni della medicina di iniziativa ed ai principi dei migliori modelli di gestione della cronicità.

5. Principi e criteri per la riconfigurazione, dimensionamento ottimale, distribuzione territoriale ed articolazione in rete dei servizi

5.1 I cardini del riordino della rete di offerta

Il SSR piemontese è stato soggetto nel corso degli anni a numerosi interventi di “ingegneria istituzionale” che hanno prodotto accorpamenti ed enucleazione di nuove aziende. Ciò ha determinato una situazione spesso di grande incertezza e, non avendo conseguito in pieno i risultati attesi, ha prodotto instabilità e sfiducia negli interventi “dall’alto”. La riconfigurazione del sistema di offerta necessaria per conseguire gli obiettivi posti dal presente PSSR si basa quindi su presupposti e scelte che la qualificano come ad alto tasso di stabilità nel tempo. Eventuali aggiustamenti saranno comunque possibili e necessari nel tempo alla luce dei ritorni di funzionalità che l’impianto organizzativo mostra nella sua implementazione e per garantirne sempre la sua massima aderenza al mutare delle condizioni di contesto.

Il punto focale è mettere il sistema nelle migliori condizioni organizzative per affrontare quello sforzo gestionale eccezionale, esteso, continuo e prolungato nel tempo che può determinare un futuro di maggiore sostenibilità del SSR Piemontese. L’azione sulla dimensione strutturale del SSR, sulla riconfigurazione del sistema di offerta, è propedeutica per intervenire successivamente sui singoli processi produttivi migliorandone l’efficienza ed efficacia e riorganizzandoli secondo le logiche più recenti, dall’intensità di cura ed assistenza negli ospedali alla gestione d’iniziativa della cronicità sul territorio.

In questa prospettiva, il modello organizzativo del SSR Piemontese si fonda:

- a) sulla distinzione tra la funzione di tutela e quella di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- b) sulla ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle aziende sanitarie locali (ASL) per l’area geografica di loro competenza;
- c) sulla differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza delle ASL, da quelle proprie dell’assistenza sanitaria specialistica, di competenza delle aziende sanitarie ospedaliere (AO), delle aziende ospedaliere universitarie (AOU) e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il SSR nell’ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell’assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi compresi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e le strutture private accreditate;
- d) sulla articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare l’assistenza sanitaria specialistica, di maggiore complessità clinica e tecnologica, è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale.
- e) sulla ricerca dell’equilibrio tra l’accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell’assistenza.

La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da parte delle singole aziende sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso l’esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

Lo sviluppo ed il potenziamento delle attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle ASL o mediante l’attivazione di programmi speciali finalizzati.

5.2 La specializzazione istituzionale e l'individuazione delle aziende sanitarie

La riconfigurazione del SSR sia attua tramite una maggiore specializzazione istituzionale delle aziende del sistema. Alle ASL compete una funzione preminente di tutela della salute. Alle altre aziende del SSR spetta una funzione preminente di erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari.

La specializzazione istituzionale, che consente di individuare chiare responsabilità nel governo del sistema, si fonda sulle seguenti azioni:

- a. Scorporo dalle ASL ed aggregazione delle strutture ospedaliere a forte possibilità di integrazione, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali. Ogni AO include quindi diversi ospedali, messi in rete tra di loro al fine di integrare i processi di cura ed assistenza al servizio del cittadino, la programmazione delle risorse, lo sviluppo strategico delle attività, l'uso delle tecnologie e la logistica.
- b. Ridefinizione dei perimetri delle ASL sui territori a forte possibilità di integrazione, allo scopo di ricercare i confini più adeguati per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- c. Assegnazione alle ASL di una funzione centrale nello sviluppo delle cure primarie, della prevenzione, della salute mentale e dell'integrazione socio-sanitaria. Le ASL mantengono la funzione di produzione diretta in tutte le precedenti aree di intervento;
- d. Consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso la creazione un apposito dipartimento a livello di ASL;
- e. Coordinamento dei privati e delle strutture ex art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" tramite accordi definiti tra la ASL e le strutture che insistono sul proprio territorio. A questo proposito viene creato un apposito tavolo quale cabina di regia per ogni ASL attorno al quale viene concertata la programmazione tra ASL ed AO e privati accreditati e strutture parificate.

Alla individuazione ed alla costituzione delle aziende sanitarie regionali si provvede nei termini e con le modalità di cui agli articoli 18, 20 e 21 della l.r. n.18/2007.

6. Missione e competenza delle aziende sanitarie del SSR

6.1 Le aziende sanitarie locali

Nell'impianto di *governance* ed organizzativo conseguente al riordino del SSR Piemontese, le ASL hanno la missione di promuovere e tutelare il benessere della popolazione di riferimento. Esercitano tale funzione attraverso l'erogazione diretta di servizi e la programmazione, indirizzo, committenza e valutazione di servizi resi dalle altre aziende sanitarie regionali e dalle strutture accreditate pubbliche e private.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed intervento esteso non solo ai bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta di servizi presente nel settore sanitario e socio-sanitario e pagata in via privata dai cittadini. Le ASL esercitano la propria missione attraverso l'erogazione diretta di servizi e la programmazione, selezione e valutazione di servizi resi dalle strutture erogatrici accreditate pubbliche e private.

Le ASL esercitano la funzione di erogazione con riferimento alla promozione della salute, alla prevenzione ed al trattamento delle malattie e degli infortuni di maggiore diffusione, di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e/o tecnologica. Compete ancora alle ASL l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare,

semi residenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti nonché programmi, attività e prestazioni di particolare caratterizzazione specialistica prevalentemente, o esclusivamente, territoriali.

Le ASL esercitano la funzione di promozione e tutela rilevando i fabbisogni di servizi, attività e prestazioni, della collettività di riferimento e progettando e realizzando, per quanto di competenza, lo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali. Garantiscono, direttamente, le attività di assistenza sanitaria primaria, di salute mentale e di prevenzione, nonché, indirettamente, l'assistenza specialistica attraverso una funzione di committenza attuata tramite accordi contrattuali con le AO/AOU e con le altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogatore.

Gli accordi contrattuali sono definiti ai sensi dell'8-quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

In particolare gli accordi:

- a) sono stipulati sulla base della programmazione delle ASL con le AO, le AOU, le strutture ex art. 43 legge n. 833/1978 e con tutti i restanti soggetti accreditati erogatori di assistenza sanitaria.
- b) è un accordo di fornitura che indica gli obiettivi di produzione, qualità ed il correlato finanziamento che le aziende riconoscono al soggetto erogatore. L'accordo può prevedere anche formule di finanziamento variabile in relazione ai risultati raggiunti dall'erogatore di assistenza sanitaria specialistica.
- c) viene elaborato a partire da uno schema tipo approvato dalla Giunta Regionale ;

Presso ogni ASL è istituito un apposito "Tavolo di regia" al quale partecipano le AO, le AOU, le strutture ex art. 43 legge n.833/1978 e tutti i restanti soggetti accreditati erogatori di assistenza sanitaria. Il Tavolo di regia definisce la programmazione complessiva e determina le condizioni per la successiva stipulazione dell'accordo tra le aziende e le singole istituzioni.

L'assessorato alla salute partecipa al tavolo di regia e verifica che le attività finalizzate alla stipulazione degli accordi contrattuali siano coerenti con le indicazioni fornite dalla Regione. Gli accordi contrattuali sono soggetti ad approvazione da parte della Giunta regionale.

La programmazione delle ASL si avvale delle competenze e conoscenze maturate nella dimensione distrettuale, ambito privilegiato di organizzazione della rete di offerta dei servizi del territorio, di integrazione socio-sanitaria e di ricognizione dei bisogni da soddisfare tramite il ricorso alla committenza espressa negli accordi contrattuali.

L'assolvimento di queste funzioni da parte del distretto socio-sanitario impone una dimensione territoriale rilevante dal punto istituzionale, demografico, epidemiologico, operativo.

Le ASL nell'ambito delle rispettive competenze esercitano il controllo sui soggetti erogatori di prestazioni sia attraverso la verifica dei requisiti formali di accreditamento sia attraverso il controllo sulle prestazioni rese.

Tale attività di controllo implica una crescente funzione di indirizzo e "governo clinico" nei confronti dei soggetti erogatori che trova riscontro negli accordi contrattuali e che viene presidiata attraverso la costituzione all'interno dell'ASL di una apposita struttura organizzativa denominata "Nucleo di programmazione, committenza, sorveglianza ed audit clinico".

La sorveglianza sulle residenze sanitarie assistenziali e sulle strutture socio-sanitarie del territorio può essere esercitata dalle strutture organizzative distrettuali.

6.2 Le Aziende sanitarie ospedaliere

Le AO esercitano la funzione di erogazione assicurando le prestazioni di assistenza sanitaria specialistica di particolare complessità clinica e tecnologica relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione avvalendosi degli presidi ospedalieri per acuti organizzati secondo la complessità delle prestazioni nonché di altre strutture specialistiche di ricovero ed ambulatoriali.

Le AO raggruppano diversi presidi ospedalieri a rilevante necessità di integrazione. Una più forte *governance* unitaria consente gli interventi di integrazione nella rete ospedaliera-specialistica fondamentali per garantire la dovuta tutela del cittadino attraverso:

1. punti di offerta con volumi e mix produttivi tali da garantire soglie adeguate per il mantenimento e lo sviluppo delle professionalità;
2. la migliore gestione delle possibili sovrapposizioni di competenza tra specialità che insistono sui medesimi problemi di salute;
3. una efficace rete di offerta con la migliore accessibilità tempestiva e guidata verso la struttura/competenza adeguata al livello di complessità/gravità del problema di salute.

Le AO, assicurano l'integrazione tra i presidi ospedalieri e tra i professionisti ivi operanti, l'esecuzione di prestazioni secondo i principi delle "curve di apprendimento", nonché la massima equità di accesso alle cure attraverso una razionale organizzazione del sistema di offerta.

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SSR

7. La governance di sistema: attori, luoghi e processi decisionali

Costruire un assetto di governance robusto ed efficiente è condizione essenziale per governare in modo finalizzato il SSR. Il sistema di governance del SSR piemontese si fonda sui seguenti elementi costitutivi di base:

- a) Il ruolo guida della Giunta regionale e dell'Assessorato regionale alla tutela della salute e sanità sulle politiche di sistema. La Giunta regionale svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo, di coordinamento, di controllo, vigilanza, promozione e supporto (art. 3 l.r. n.18/2007);
- b) Il ruolo di supporto tecnico-scientifico dell'ARESS, ente strumentale della Regione Piemonte, soggetto deputato ad operare a supporto dei processi decisionali dell'assessorato e delle ASR. L'ARESS svolge la propria attività in base agli obiettivi posti dalla Giunta regionale o nell'ambito delle ulteriori priorità di lavoro individuate nel piano annuale di attività e spesa approvato dalla Giunta regionale (art.11 l.r. 16 marzo 1998, n.10 "Costituzione dell'Agenzia regionale per i servizi sanitari");
- c) La costituzione delle aree di coordinamento sovrazonale delle ASR, previste dall'art. 23 della l.r. n.18/2007, che si rapportano con l'Assessorato regionale che individua criteri e modalità gestionali per la loro attività. La funzione ed il ruolo dei coordinamenti si collega all'obiettivo di disegnare una rete di offerta quanto più completa e razionale rispetto ai bisogni della popolazione servita, ricercando sinergie sia sul fronte assistenziale che gestionale. Nell'ambito dei coordinamenti potrà essere prevista la partecipazione dei soggetti privati accreditati per quanto di loro interesse.
- d) La costituzione di "Comunità di pratiche" a livello di area di coordinamento sovrazonale e a livello regionale allo scopo di individuare in ciascuna azienda sanitaria regionale dei referenti di materia/funzione che supportino stabilmente l'Assessorato regionale. Le "Comunità di pratiche" rispondono alla necessità di studiare e presidiare in modo diffuso ed omogeneo nelle aziende sanitarie regionali le diverse tematiche oggetto del governo regionale (es. ottimizzazione delle risorse disponibili, risk management, organizzazione dei servizi sanitari, ecc.). Ogni "Comunità di pratiche" vede al suo interno l'individuazione specifica di componenti che per l'esperienza maturata nelle aziende svolgano per il resto della comunità e per tutto il SSR, ruoli di "mentoring" e "coaching" nel facilitare la diffusione ed adozione delle "best practice".
- e) Le Aziende sanitarie locali, quali soggetti cui è affidata la tutela e promozione della salute sul territorio. In questa prospettiva, il consolidamento della governance di sistema, al livello regionale, non implica una riduzione dell'autonomia gestionale delle direzioni generali aziendali. Tale autonomia, corrispondente ad una precisa responsabilità, si esercita tuttavia all'interno di uno spazio strategico che trova una sua delimitazione negli indirizzi di sistema. Ogni direzione di ASL assume quindi un mandato che implica il perseguimento degli obiettivi di sistema – del SSR – e di quelli specifici, attraverso la ricerca di soluzioni/azioni efficaci in quanto appropriatamente contestualizzate. In questa prospettiva tutte le aziende sanitarie regionali, ivi incluse le AO e le AOU, rispondono ai bisogni del contesto locale in cui operano e perseguono la realizzazione dei propri obiettivi, con spirito di collaborazione con le altre aziende, nella logica di appartenenza ad un unico gruppo regionale.

Ai sensi del precedente punto c) la Regione individua le seguenti aree di coordinamento sovrazonale:

- Area di coordinamento sovrazonale Sud Ovest ;
- Area di coordinamento sovrazonale Sud Est ;
- Area di coordinamento sovrazonale Nord Ovest ;
- Area di coordinamento sovrazonale Nord Est .

La Giunta regionale individua le aziende sanitarie regionali afferenti alle diverse aree sovrazionali di coordinamento. I coordinamenti di area diventano anche il luogo dove vengono condivise e concertate le principali scelte strategiche, in materia di:

- a) politiche di approvvigionamento dei beni;
- b) gestione dei magazzini e logistica;
- c) sviluppo e gestione delle reti informative;
- d) organizzazione e gestione delle reti di programmazione degli accessi ai servizi da parte degli utenti;
- e) funzioni sanitarie in rete;
- f) investimenti tecnologici ed infrastrutturali;
- g) avvio o potenziamento di nuovi servizi e/o attività;

In relazione ai precedenti punti il coordinamento di area sviluppa piani pluriennali soggetti all'approvazione della Giunta regionale.

Obiettivo del coordinamento di area è anche quello di costruire un sistema integrato di offerta e tutela della salute capace di garantire una copertura estesa della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari caratterizzata da una forte valenza territoriale e determinata sulla base di puntuali analisi epidemiologiche (l'art 23 della l.r. n.18/2007).

Come prevede la l.r. n.18/2007, le aree di coordinamento sovrazonale sono anche la dimensione geografica nella quale si sviluppano le azioni di integrazione delle funzioni amministrative logistiche, tecnico-economiche e di supporto delle aziende sanitarie, secondo quanto riportato nel successivo paragrafo 8.4.

7.1 La programmazione di sistema ed aziendale

La programmazione del SSR piemontese avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati.

In particolare, le autonomie locali concorrono alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria ed alla valutazione dei risultati conseguiti partecipando direttamente o tramite rappresentanze nei modi e limiti previsti dalla normativa vigente.

Le modalità di istituzione e funzionamento della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale sono disciplinate dalla legge regionale 15 marzo 2001, n. 5 (Modificazioni ed integrazioni alla 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") come modificata dall'art. 6 della l.r. n.18/2007. Inoltre, le autonomie locali, impegnando risorse proprie, compatibilmente con la programmazione socio-sanitaria possono assicurare, attraverso il servizio sanitario regionale, livelli di assistenza aggiuntivi a quelli garantiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Le funzioni di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria sono esercitate dalle Conferenze dei sindaci ovvero per le aziende della Città di Torino dalla Conferenza dei Presidenti di circoscrizione, mentre a livello distrettuale la partecipazione alla programmazione socio-sanitaria è esercitata dai comitati dei sindaci di distretto o dei presidenti di circoscrizione con le modalità previste dalle norme vigenti.

Il processo di programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie integrate in ambito regionale e locale si realizza anche attraverso la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, anche nell'ambito delle apposite Conferenze partecipative aziendali e con il contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate. Le Università partecipano al processo di programmazione con le modalità stabilite negli accordi sottoscritti ai sensi dell'art. 9 della l.r. n.18/2007.

8. I criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali

8.1 L'atto aziendale

L'organizzazione ed il funzionamento delle ASR sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

L'atto aziendale è soggetto all'approvazione della Giunta. L'atto aziendale può rinviare la disciplina di specifiche attività a regolamenti adottati anch'essi dal direttore generale, ma rimane lo strumento essenziale per definire gli elementi identificativi e i principi ispiratori delle aziende, l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa e i meccanismi operativi.

L'atto aziendale deve ispirarsi ai principi di efficienza, economicità e semplificazione e determina in particolare:

- a) Gli elementi identificativi, i principi ispiratori e il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale. ;
- b) L'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali. Particolare rilevanza assume nell'assetto istituzionale il collegio di direzione, quale organo di riferimento per l'esercizio collegiale del governo strategico aziendale;
- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e la disciplina dell'organizzazione delle ASR secondo il modello dipartimentale;
- d) l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

8.1.1. Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali

L'organizzazione dipartimentale quale aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti, è il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie di competenza dell'azienda. L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solamente nei casi previsti dalla legge. L'atto aziendale individua i dipartimenti e le strutture organizzative afferenti, sulla base dei principi e dei criteri definiti dalla Giunta regionale, basati sulla definizione di alcuni standard, quali il numero minimo di strutture organizzative afferenti, la dotazione organica minima, la valorizzazione economica, costituente soglia minima, delle prestazioni erogate.

Il modello organizzativo, le competenze e le regole di funzionamento dei dipartimenti, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale, devono essere definiti nell'atto aziendale in modo da garantire:

- a) un miglior governo aziendale, tramite la delega di responsabilità e il decentramento decisionale coordinato;
- b) l'attribuzione di responsabilità su aree strategiche di attività aziendali;

Le AO cui afferiscono più presidi adottano il modello dipartimentale strutturale di tipo inter ospedaliero che raggruppa strutture ospedaliere anche afferenti diversi presidi ospedalieri. Per l'integrazione con il territorio si possono costituire dipartimenti funzionali denominati trans-murali.

Al direttore del dipartimento sono attribuite le competenze previste dalle norme vigenti e dai provvedimenti di Giunta regionale, è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione e favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse unità operative, valuta le performance delle strutture afferenti al dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

Presso ogni dipartimento è istituito il Comitato di dipartimento di cui all'art. 17 bis del d.lgs. n.502/1992 e s.m.i. che partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali. Le competenze e le funzioni del Comitato di dipartimento sono disciplinate nell'Atto aziendale sulla base delle previsioni normative e delle disposizioni della Giunta regionale.

8.2 L'organizzazione della ASL

8.2.1 Il distretto, il CAP e le cure primarie

Il distretto è l'articolazione territoriale dell'ASL preposta all'esercizio della funzione di tutela del percorso clinico assistenziale nonché il punto di riferimento socio-sanitario per le persone assistite.

Nell'ambito degli indirizzi assegnati dalla direzione aziendale, il distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Le attività del distretto sono prioritariamente dirette alla valorizzazione delle risorse territoriali della comunità locale, garantendo alla popolazione risposte sanitarie coordinate ed integrate con caratteri di continuità ed appropriatezza rispetto ai bisogni rilevati ed ai corrispondenti percorsi clinico assistenziali.

Il Distretto garantisce:

- a) Il governo della domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari e la valutazione dell'efficacia degli interventi;
- b) la libera scelta, consapevole ed informata, del luogo di cura , nell'ambito dei percorsi clinico-assistenziali;
- c) equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
- d) l'assistenza sanitaria primaria, compresa la prevenzione individuale, l'assistenza farmaceutica e l'attività specialistica individuata con il provvedimento di cui all'articolo 6, comma 5 ed assicura la continuità assistenziale e l'organizzazione ed il coordinamento del percorso clinico assistenziale attraverso una funzione di programmazione esercitata nei confronti del Dipartimento della Continuità;
- e) il ricorso alle prestazioni di maggiore complessità clinica e/o tecnologica rese dalla rete di presidi e strutture pubbliche e private accreditate, mediante gli accordi contrattuali denominati patti per la salute;
- f) il coordinamento e la gestione dei rapporti convenzionali con i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, i farmacisti convenzionati ed i medici della continuità assistenziale;
- g) il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;
- h) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione;
- i) le cure domiciliari nei confronti dei pazienti presso il proprio domicilio o presso strutture non a carattere sanitario all'interno delle quali sono ospitati, in coordinamento con il personale dei servizi sociali, con il personale sanitario non laureato del distretto, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati interni, i farmacisti convenzionati ed eventuali altre figure professionali, con la possibilità di acquisire i servizi logistici e le prestazioni specialistiche da strutture di erogazione pubbliche e private accreditate;
- j) l'assistenza socio-sanitaria nelle strutture semiresidenziali e nelle residenze sanitarie assistenziali di base per soggetti disabili e anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza;
- k) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- l) l'informazione e l'orientamento degli assistiti rispetto alla rete di servizi sanitari e socio-sanitari locali e regionali;

- m) gli adempimenti amministrativi e di supporto alle attività sanitarie nonché all'attività di direzione e di funzionamento dell'ufficio di coordinamento.

Nel garantire le proprie funzioni il distretto sviluppa:

- a) un sistema di offerta integrato basato sui Centri di Assistenza Primaria (CAP);
- b) una politica di medicina di iniziativa fondata sull'empowerment del cittadino e sulle logiche di lavoro ispirate al chronic care model, in stretta cooperazione con il dipartimento della Continuità;
- c) l'assunzione di un ruolo centrale nel governo clinico, organizzativo ed economico delle grandi componenti di spesa sul territorio: farmaceutica, protesica, ausili.

Fatte salve le previsioni di cui all'art. 19 della l.r. n. 18/2007 le ASL articoleranno il proprio territorio in distretti, comprendenti ciascuno una popolazione di almeno centocinquantamila abitanti. Per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali si applicano le procedure di cui al medesimo articolo.

La definizione dei distretti viene effettuata dal direttore generale, in ossequio al principio della massima accessibilità ai servizi di assistenza primaria e della massima integrazione con i servizi socio assistenziali territoriali con le modalità di cui all'art. 19, comma 3, della l.r. n. 18/2007.

L'erogazione dell'assistenza primaria sul territorio distrettuale si avvale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Nei CAP lavorano in equipe funzionalmente o logisticamente integrate, medici di famiglia, personale infermieristico, medici specialisti ambulatoriali, assistenti sociali e personale tecnico, sanitario, di supporto e amministrativo.

Nei CAP, di norma, sono attivi anche un centro prelievi e prenotazioni, un ambulatorio per le urgenze (punto di primo intervento PPI – in relazione alla distanza dai PS ed in collegamento con la rete 118), il servizio di guardia medica, strutture riabilitative e fisioterapiche e gli uffici dedicati all'educazione sanitaria, ai servizi sociali e all'amministrazione.

Il personale assistenziale ed amministrativo di supporto è fornito dall'ASL. La progettazione del numero dei CAP e la loro collocazione logistica è determinata in relazione alla variabilità territoriale e dalla rete della viabilità distrettuale sulla base delle indicazioni della Giunta regionale. Il Direttore di Distretto è responsabile per lo sviluppo della rete dei CAP, con la partecipazione propositiva dei rappresentanti della medicina generale e si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali di cui alla DGR 80-1700 dell'11 dicembre 2000.

8.2.2 Gli specialisti del territorio e la medicina generale

I professionisti convenzionati con il SSR concorrono al perseguimento degli obiettivi di assistenza programmati dal SSR per il potenziamento dell'assistenza primaria erogata in ambito distrettuale.

Per il raggiungimento degli obiettivi la Regione incentiva:

- a) lo sviluppo di forme organizzative integrate ed il potenziamento dei collegamenti informatici;
- b) la piena realizzazione della continuità assistenziale;
- c) l'assunzione, da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), del ruolo di "gestori della salute" dei propri assistiti anche al fine di rendere il diritto alla libera scelta consapevole e informato;

Per favorirne l'integrazione in coerenza con il riassetto del SSR gli specialisti ambulatoriali afferiscono funzionalmente alle strutture organizzative ospedaliere territoriali di riferimento per la specialità di appartenenza come individuate nell'atto aziendale.

Nell'ambito delle forme organizzative integrate la medicina generale si struttura in gruppi di cure primarie (GCP), in base ad ambiti territoriali definiti nell'atto aziendale dalle ASL di riferimento, sulla base delle indicazioni fornite dalla Giunta regionale.

Ciascun gruppo di cure primarie individua un coordinatore che si rapporta con l'ASL nel definire il percorso di progressiva strutturazione del gruppo, di norma, in un'unica sede; in relazione alle caratteristiche del territorio di riferimento, ivi comprese le caratteristiche geomorfologiche, di viabilità e della rete dei trasporti pubblici, può

essere valutata la possibilità di attivare sedi decentrate. Nei gruppi di cure primarie si raccorda l'attività dei medici e dei pediatri di famiglia, quella dei servizi a gestione diretta del distretto, degli specialisti ambulatoriali e delle altre professioni sanitarie e sociali. Ove possibile i gruppi di cure primarie si strutturano all'interno dei centri di assistenza primaria.

8.2.3 I dipartimenti territoriali

Ferma restando l'autonomia aziendale presso ogni ASL, sono comunque istituiti i dipartimenti strutturali previsti da specifiche norme statali e regionali.

Tra i dipartimenti funzionali, particolare rilevanza assume il dipartimento materno infantile, stante la necessità di dare unitarietà tra ospedale e territorio al percorso parto ed a tutti i temi legati al progetto obiettivo materno infantile.

Con provvedimento della Giunta regionale vengono disciplinati i rapporti tra i dipartimenti di prevenzione e l'Istituto zooprofilattico sperimentale per il Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta per il coordinamento dell'attività di sanità pubblica veterinaria.

8.2.4 Il dipartimento della continuità assistenziale

In ogni ASL viene costituito un dipartimento della continuità assistenziale. Il dipartimento, di tipo interaziendale, ha natura transmurale (ospedale – territorio) e gestisce direttamente il personale assistenziale delle aree ospedaliere post-acuzie di lungodegenza. Le aziende sanitarie coinvolte, sulla base anche delle indicazioni fornite dalla Giunta regionale, stipulano tra loro specifici accordi contrattuali, secondo le vigenti disposizioni, disciplinando le modalità di gestione coordinata delle aree di attività interessate.

Al dipartimento possono afferire funzionalmente strutture organizzative ospedaliere coinvolte in modo significativo nei problemi della continuità assistenziale (medicines generali, pneumologie, cardiologie, stroke units, ecc). Il modello a cui tendere è quello dello sviluppo negli ospedali di un'area post-acuzie che velocizzi il recupero del paziente, liberi spazi e risorse per la fase acuta, faciliti la transizione verso il domicilio o verso altri percorsi assistenziali extra-ospedalieri.

Il dipartimento sviluppa sistemi multidimensionali e multiprofessionali di valutazione del bisogno, elabora nuovi modelli di funzionamento e ruoli nella prospettiva di una migliore gestione di tutto il ciclo della continuità. In particolare il dipartimento adotta il metodo di lavoro per percorsi, sviluppa nuovi ruoli – ad esempio il “*discharge specialist*” e processi di cura ed assistenza standardizzati verso le “*best practice*” e si dota della “scheda di percorso di dimissione” con l'indicazione del setting appropriato.

Al dipartimento afferiscono non solo le problematiche della popolazione anziana ma quelle di tutte le età che presentano quadri di complessità clinica e di disabilità in particolare.

Nel dipartimento si sviluppano gli strumenti necessari a favorire l'integrazione, dalle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVG), al ruolo dell'infermiere di famiglia, al possibile ruolo da hospitalist per il MMG - coordinatore o co-decisore delle cure specialistiche sul proprio paziente fragile - agli strumenti operativi ed informatici. Le relazioni con i MMG sono quindi sviluppate dal direttore del dipartimento in accordo con i direttori di distretto.

Al dipartimento fanno capo le seguenti attività:

- a) l'assistenza domiciliare;
- b) la gestione delle strutture assistenziali, riabilitative e socio-assistenziali della ASL, dedicate alla post-acuzie ed alla lungodegenza;
- c) lo sviluppo delle attività di programmazione, indirizzo e committenza verso le strutture socio-sanitarie private accreditate. Nello svolgere questa funzione il dipartimento della continuità si coordina con le direzioni dei distretti.

Il dipartimento collabora inoltre con il distretto per migliorare la gestione dei presidi ed ausili sanitari.

La direzione del dipartimento si pone quindi come riferimento per tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nell'attività del settore socio-sanitario. Verso l'esterno dell'azienda svolge quindi un ruolo di gestione

delle relazioni con le autonomie locali, le strutture accreditate e altri soggetti istituzionali (organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore, dell'imprenditoria sociale ecc.) che interagiscono nel sistema di erogazione dei servizi socio-sanitari.

Al dipartimento spetta anche il compito di realizzare una efficace integrazione socio-sanitaria con gli enti gestori per i servizi socio assistenziali che, in tal modo, hanno un interlocutore unico (il Responsabile del Dipartimento) in grado di gestire, d'intesa con gli enti gestori stessi, l'intero percorso assistenziale dei soggetti a cui sono destinati gli interventi. Inoltre, il dipartimento rappresenta l'interlocutore unico per i soggetti pubblici e privati accreditati che erogano le prestazioni sociali e socio-sanitarie.

Per favorire l'omogeneo sviluppo delle attività in ambito regionale viene istituito un Coordinamento regionale cui partecipano i Direttori dei Dipartimenti della continuità assistenziale con la finalità, tra le altre, di collegare in rete i Dipartimenti per la gestione delle richieste e delle disponibilità.

Strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzano un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare. Le cure domiciliari sono articolate in tre differenti livelli di intensità:

- cure domiciliari a bassa intensità di assistenza sanitaria, in cui l'intervento del medico è eventuale e può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa è necessaria con periodicità programmata;
- cure domiciliari a media intensità di assistenza sanitaria, in cui l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa;
- cure domiciliari ad alta intensità di assistenza sanitaria, che richiedono un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali, nonché l'apporto infermieristico e/o di altri operatori sanitari, in un quadro di pronta disponibilità diurna sia medica sia infermieristica, assicurando uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento.

8.2.5 Il rapporto con il privato e la funzione di sorveglianza

In ogni ASL viene costituita l'unità organizzativa "Nucleo di programmazione, committenza, sorveglianza ed audit clinico".

L'unità di programmazione, committenza, sorveglianza ed audit clinico svolge le funzioni necessarie allo sviluppo delle attività di programmazione, acquisto di prestazioni e controllo delle prestazioni di ricovero ospedaliero, di medicina specialistica ambulatoriale, di residenzialità e semi-residenzialità psichiatrica che vengono discusse al "Tavolo di regia" e formalizzate nell'ambito degli accordi contrattuali. In collaborazione con le altre strutture aziendali interessate, istruisce i processi di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, svolge l'attività di vigilanza sulla qualità delle prestazioni, nonché sulla loro corretta codifica e sulla regolarità dei relativi flussi informativi di rendicontazione.

L'unità di programmazione, committenza, sorveglianza ed audit clinico si organizza attorno alle seguenti funzioni principali:

- a) Programmazione e committenza;
- b) Accreditamento;
- c) Sorveglianza e controllo operativo dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, in collaborazione con i Distretti e con il Dipartimento della continuità;
- c) Vigilanza sul mantenimento/miglioramento dei requisiti delle strutture accreditate;

c) Audit clinico.

8.3 L'organizzazione e governance dell'azienda ospedaliera (AO) e dell'azienda ospedaliero-universitaria (AOU)

8.3.1 Assetto dei dipartimenti

Al fine di garantire l'integrazione e omogeneità di risposta ai bisogni dei cittadini su tutto il territorio, si individua nei dipartimenti strutturali inter-ospedalieri il modello organizzativo preferibile per l'organizzazione dell'AO.

Il modello organizzativo, le competenze e le regole di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri si ispirano ai principi del precedente punto 8.1.1 ed a quelli contenuti nelle norme vigenti e nei provvedimenti regionali di organizzazione.

In relazione alle funzioni di pertinenza, l'individuazione dei dipartimenti può basarsi sui seguenti criteri di aggregazione delle strutture operative:

- a) per organo o apparato nosologico: si raggruppano specifiche unità operative per garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica o all'organo oggetto di patologia, al fine di coordinare il momento diagnostico-medico con quello interventistico-chirurgico;
- b) per grandi aree specialistiche: si raggruppano le strutture organizzative che sviluppano attività simili per garantire sia una migliore distribuzione dei casi mix produttivi (sulla base della vocazione della UO), sia la condivisione di know how, conoscenze e buone pratiche;
- c) aggregazione per momento di intervento sanitario: si aggregano le unità operative per garantire una risposta coordinata, appropriata e strutturata per la gestione di specifiche fasi del trattamento sanitario;
- d) aggregazione per cluster di utenti: si aggregano unità operative al fine di garantire un intervento multidisciplinare e la presa in carico globale di determinate tipologie di utenti.

8.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza

La strutturazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

In presenza di:

- a) livelli di gravità o instabilità clinica diversi - associata alla alterazione di determinati parametri fisiologici come frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, ecc.;
- b) gradi di complessità assistenziale sia medica che infermieristica diversi - associata al livello di monitoraggio ed intervento richiesto;

la risposta a tali diversità deve essere graduata per intensità di cura, in aree omogenee per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell'intensità di cure richieste superando il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Alle aree differenziate di norma corrisponde una responsabilità organizzativa. Ciò configura uno sviluppo dell'ospedale lungo due direttrici di responsabilità gestionale:

- a) sui processi di cura;
- b) sull'organizzazione delle risorse.

Tali responsabilità possono convergere sulla dimensione dipartimentale, in relazione alle potenziali sinergie sull'uso dedicato di risorse per i processi di cura presidiati dal dipartimento, oppure svilupparsi su livelli aziendali diversi.

8.3.3 I presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri della rete pubblica, afferenti alle AO, vengono classificati, in attuazione al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla diversa complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli:

a) Ospedali di contiguità.

Sono ospedali di contiguità gli ospedali di primo livello, in cui vengono effettuate prestazioni diagnostiche e terapeutiche prevalentemente di medicina interna, di chirurgia generale e di ortopedia-traumatologia e prevalentemente di tipo diurno, ma con la possibilità di avere aree limitate per ricoveri ordinari a bassa gravità clinica. Gli ospedali di contiguità sono antenne a presidio di territori complessi dal punto di vista geomorfologico e/o delle vie di comunicazione, che devono integrarsi strutturalmente con il sistema di offerta delle cure primarie;

b) Ospedali cardine.

Sono ospedali cardine gli ospedali di secondo livello, in cui vengono effettuate prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che necessitano di ricovero ordinario, anche in relazione alle funzioni di emergenza urgenza da espletare in quanto usualmente sede di un dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) di primo livello. Gli ospedali cardine sono i nodi fondamentali dell'offerta per acuti, trattando prevalentemente casi a media ed alta gravità clinica ed alta diffusione;

c) Ospedali di riferimento.

Sono ospedali di riferimento gli ospedali di terzo livello, in cui vengono effettuate prestazioni di alta specialità mediche e chirurgiche. Gli ospedali di terzo livello trattano i casi ad alta gravità/instabilità clinica. Possono essere sede di attività didattica e di ricerca, e formazione anche attraverso l'apporto delle Università. Le funzioni di emergenza-urgenza di un ospedale di riferimento sono assicurate da un DEA di secondo livello.

La rete dell'emergenza urgenza ospedaliera è articolata in tre livelli:

- Punto di Primo Intervento (PPI).

Sono denominati Punti di Primo Intervento quelle strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità;

- Pronto Soccorso (PS).

Presso tali strutture sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi più complessi sono garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa.

- Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA).

Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di Strutture Organizzative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Strutture Organizzative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello. Il DEA di I livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e

traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali. Il DEA di II livello assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali, sono collocati nei DEA di II livello, garantendone in tal modo una equilibrata distribuzione sul territorio regionale.

La Giunta Regionale, con apposito provvedimento, individua la tipologia di Struttura dedicata all'emergenza-urgenza ospedaliera per ciascuno dei presidi, sulla base sia della classificazione degli stessi, sia dello specifico contesto demografico e territoriale di riferimento.

Nelle AO la direzione sanitaria dei presidi ospedalieri, anche unificata, è affidata, ad un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui all'art. 21, comma 9, della legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10 " Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali.". Il direttore di presidio ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale. Il direttore di presidio ospedaliero, in particolare:

- a) è responsabile delle attività igienico-organizzative della struttura ospedaliera;
- b) coordina in collaborazione con i responsabili della gestione operativa dipartimentali il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto) al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per la produzione dei servizi sanitari, di garantire l'unitarietà funzionale della stessa e di realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali;
- c) gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza.

8.3.4 Il collegamento con il territorio

Per favorire il collegamento con le ASL ed i dipartimenti della continuità, nei presidi ospedalieri viene individuata una funzione di responsabilità della continuità per la gestione delle dimissioni, ed il miglioramento dell'organizzazione e del funzionamento, in collaborazione con i dipartimento della continuità. Negli ospedali di riferimento può essere prevista una unità organizzativa quale centrale della continuità integrata con i dipartimenti della continuità. L'atto aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, disciplina l'organizzazione della funzione.

8.3.5 Elementi caratterizzanti l'AOU e la Ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema

La l.r. n.18/2007 ha apportato innovazioni alla materia dei rapporti tra Regione ed Università, prevedendo all'articolo 21, comma 3, che l'attivazione operativa delle Aziende ospedaliero - universitarie sia definita dalla Giunta regionale d'intesa con gli "Atenei piemontesi" e che questi ultimi - siano chiamati, a partecipare al processo di programmazione socio-sanitaria regionale nell'ambito di principi dettati convenzionalmente.

La convenzione sottoscritta con le Università, a norma dell'articolo 9, comma 3, della legge regionale l.r. n.18/2007, a seguito della D.G.R. n. 3-8303 del 3.3.2008, regola le modalità di partecipazione delle Università al processo di programmazione socio-sanitaria regionale e definisce le modalità di realizzazione dei percorsi amministrativi per l'acquisizione delle necessarie intese.

La convenzione generale risponde all'esigenza di rafforzare i processi di integrazione tra Università e SSR, sviluppando metodi e strumenti di collaborazione tali da rispecchiare la comune volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità, efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del personale medico e sanitario ed al potenziamento della ricerca biomedica, clinica, epidemiologica ed organizzativa. L'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca svolte dal Servizio sanitario

regionale e dalle Università ha come scopo principale il miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, la crescita qualitativa dei processi formativi e lo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del Servizio sanitario regionale.

In questo contesto le aziende ospedaliero-universitarie sono pertanto una componente fondamentale del SSR piemontese, stante la triplice missione di didattica, ricerca ed assistenza che svolgono a beneficio di tutto il sistema.

Con l'Università del Piemonte orientale, ai sensi degli artt. 9 e 21 della l.r. n. 18/2007 è già stata raggiunta l'intesa per disciplinare l'integrazione tra le attività istituzionali dei due Enti e definire il funzionamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento (Maggiore della Carità di Novara).

Fatte salve le previsioni scaturenti dai protocolli di intesa di cui all'articolo 1, comma 1 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419" e di cui agli artt. 9 e 21 della l.r. n. 18/2007, l'organizzazione delle AOU deve essere coerente con quella delle aziende ospedaliere e deve perseguire tre principi guida facilitanti l'integrazione nel SSR Piemontese

- 1) Articolazione dipartimentale integrata di tutte le strutture aziendali aggregando le strutture stesse con logiche inter-ospedaliere ;
- 2) implementare sistemi di misurazione delle performance multidimensionali capaci di rappresentare ai fini gestionali le tre funzioni di cui si compone la loro missione;
- 3) promuovere nella rete degli ospedali direttamente gestiti o con collaborazioni nelle altre aziende sanitarie regionali, attività di ricerca e didattica diffuse nel SSR, per contribuire alla crescita collettiva delle competenze nel sistema.

Nelle AOU, nel rispetto dei principi desumibili dall'ordinamento vigente ed in accordo con gli Atenei, potranno essere sperimentate modalità organizzative innovative che tengano conto sia delle specificità aziendali che dei livelli di complessità organizzativa che devono essere presidiati. Le modalità organizzative saranno disciplinate negli atti aziendali sulla base delle indicazioni regionali.

L'attività di ricerca e innovazione costituisce condizione essenziale per lo sviluppo e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. In questa prospettiva, il SSR piemontese svilupperà con le Università e le AOU un programma organico di promozione e sostegno delle attività di ricerca e innovazione nell'intero sistema.

Nell'ambito delle previsioni normative, ed in coerenza con il percorso delineato dal PSSR 2011-2015, sarà completato il percorso per la stipulazione dei previsti protocolli di intesa tra la Regione e le Università per regolamentare l'apporto delle facoltà di Medicina e chirurgia e Medicina veterinaria alle attività assistenziali del SSR e l'apporto del servizio stesso alle attività didattiche nel rispetto delle finalità istituzionali proprie delle Università e del SSR opportunamente adeguando, nel caso, gli accordi già sottoscritti.

8.3.6 Le Città della Salute

La ricerca è un volano di crescita economica e gli ospedali di "alta complessità" rappresentano una risorsa internazionale che sinora il Piemonte non ha saputo concretizzare, nonostante l'eccellenza riconosciuta dei professionisti che operano nel mondo sanitario ed universitario regionale. Le Città della Salute di Torino e di Novara saranno strutture ospedaliere "mission oriented", realizzate intorno ad un progetto di ricerca. Saranno anche sede della Scuola Superiore di Medicina in collegamento con altre Facoltà Universitarie italiane ed estere, con lo scopo di formare Medici ad alta specializzazione e principalmente medici ricercatori nei campi di punta della ricerca di base e della ricerca clinica. La Scuola Superiore di Medicina vedrà il concorso delle Facoltà di Torino, della Facoltà di Novara e del Politecnico di Torino, per la competenza in Ingegneria Biomedica. Sarà organizzata sul modello delle Scuole di ricerca anglosassoni, con un biennio in lingua inglese, protocolli di insegnamento comuni ad altre analoghe scuole nazionali ed internazionali, con una forte propensione alla ricerca con trasferimento tecnologico e ricaduta produttiva territoriale. Le Città della Salute

saranno costruite e gestite con particolare attenzione all'aspetto della ricerca biotecnologica e della Tecnologia Medica, in stretto collegamento con le industrie piemontesi interessate. Tutte le fasi relative alla progettazione, realizzazione e gestione delle Città della Salute vedranno il coinvolgimento attivo delle Università piemontesi e del Politecnico di Torino. Le Città della Salute saranno i principali strumenti per la realizzazione di quanto previsto dal precedente punto 2.8 “La sanità come impresa economica: un’occasione ancora non colta”.

8.4 Le funzioni amministrative e le piattaforme logistiche integrate

Nell’ambito del suo riordino, il SSR piemontese persegue anche, ai diversi livelli istituzionali le azioni:

- tese a sviluppare economie di scala, cioè economie di costo rese possibili dal crescere della struttura produttiva aziendale ;
- da sistema o rete intelligente, che si concentrano sui vantaggi ascrivibili alle economie di apprendimento od esperienza.

Nel primo insieme di azioni, la realizzazione delle economie di scala si concentra su due fronti: quello degli acquisti centralizzati di beni e servizi e quello della riduzione e ripartizione di alcuni costi fissi connessi alla riorganizzazione delle strutture organizzative e contestualmente alla ridistribuzione delle risorse, umane, strutturali e tecnologiche che oggi si presentano duplicate o con funzioni sovrapposte.

In questo insieme si possono anche ricomprendere:

- a) le azioni da svolgere per il coordinamento e lo sviluppo dell’attività negoziale aziendale ;
- b) il consolidamento delle funzioni di supporto, che riguarda le possibili sinergie che si verificano tra le strutture presenti nelle diverse aziende anche attraverso la gestione unificata di specifiche funzioni amministrative.

Alla complessità del sistema sanitario regionale si accompagna la complessità legata alla rete della gestione dei materiali. In questo contesto la gestione della logistica aziendale assume un ruolo fondamentale sia in termini di ottimizzazione delle scorte e controllo/riduzione dei costi di gestione da realizzarsi anche attraverso la ottimizzazione dell’organizzazione delle risorse umane e strumentali impiegate, sia in termini di miglioramento della qualità del servizio offerto agli assistiti attraverso, ad esempio, la collaborazione alla gestione del rischio clinico con il controllo sui rischi da somministrazione, il monitoraggio delle terapie e delle attrezzature utilizzate. In altri termini gli interventi sulla logistica aziendale costituiscono pertanto uno strumento strategico verso l’obiettivo di coniugare una maggiore efficienza/economicità con il miglioramento della qualità del servizio

Il tema della reingegnerizzazione della rete logistica aziendale con la contestuale unificazione dei procedimenti di acquisizione e gestione dei beni e lo sviluppo dell’*e-procurement* trova peraltro riferimento nell’attuale dettato normativo proprio con riferimento alle aggregazioni di area sovrazonale di cui all’art 23 della l.r. n. 18/2007 che verranno individuate dalle Giunta regionale.

Alla medesima logica di concentrazione e razionalizzazione dei servizi occorre fare riferimento anche per quanto attiene alle funzioni di supporto tipicamente oggetto di esternalizzazione (o non ancora esternalizzati), quali le lavanderie, le pulizie, la ristorazione, per i quali occorre prevedere una modalità di gestione sempre a livello di area di coordinamento sovrazonale così come per i servizi amministrativi.

8.5 Le reti cliniche

Le reti cliniche non sono costituite su base gerarchica, ma hanno una struttura che aiuta l'organizzazione collaborativa e condivisa del lavoro di chi ne fa parte. I livelli di supporto possono essere diversi, variando dal coordinamento a livello infraziendale/locale (ad esempio la rete clinica interna ad un dipartimento/distretto o tra unità operative di diversi distretti e dipartimenti, tra specialisti ed MMG della stessa ASL, ecc.), al livello regionale (un esempio potrebbe essere la rete dei trapianti, la rete oncologica ecc.).

Le reti cliniche, partendo da questa dimensione di base – quella della rete tra professionisti - possono avere “semplici” legami relazionali fino a forme di organizzazione complesse:

a) quando i professionisti sono uniti da collegamenti “deboli”, basati sulla conoscenza, sulla estemporaneità delle richieste di collaborazione, si parla di “enclave” od “*individualistic*” networks, o reti professionali in senso stretto;

b) quando la collaborazione si fonda su pratiche e routine organizzative, supportate da riferimenti ed azioni istituzionali e da tecnologie facilitanti (ed incentivanti), allora si può parlare di reti cliniche (“*managed clinical networks*”);

c) quando le reti cliniche forniscono quel “micro-contesto” in cui si sviluppano i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) che “cementificano” la rete ospedaliera e l'integrazione di questa con i servizi del territorio (fino a prospettare forme di centralizzazione delle piattaforme produttive) si prospettano i cosiddetti “*managed care networks*”. In questo caso la rete evolve verso una forma a elevata complessità, distinguibile quando i professionisti e le strutture all'interno delle quali operano (ad esempio i nefrologi e le unità operative di nefrologia) intercettano e si integrano con i professionisti o i servizi di specialità complementari (facendo seguito all'esempio precedente, si pensi ai cardiologi, ai diabetologi ed ai medici di medicina generale per la gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica, piuttosto che agli urologi per i trapianti di rene). Il “*managed care network*” rappresenta il punto di arrivo del processo evolutivo delle reti cliniche.

8.6 Disposizioni finali

La Giunta Regionale, con apposite deliberazioni, provvede ad emanare disposizioni attuative relativamente a quanto definito al Capitolo 8 “I criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali” proponendo, nel caso, anche le opportune integrazioni alle vigenti disposizioni normative.

Parte IV: ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE

9. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi

A distanza di anni dall'avvio del sistema di accreditamento si può osservare una notevole diversificazione dei quadri normativi presenti nelle diverse Regioni, in merito ai tempi, procedure e modalità di implementazione del sistema, con una effettiva difficoltà di identificare gli elementi essenziali di un sistema nazionale di accreditamento a tutela della qualità dei servizi per il cittadino.

L'evoluzione dell'accREDITAMENTO, seppure con rilevanti differenziazioni tra le Regioni, è stata caratterizzata da ritardi, difficoltà di attuazione e disomogeneo sviluppo sul territorio nazionale.

Nella fase attuale si rileva, in ossequio al principio di garantire il rispetto dell'equità nell'erogazione delle cure, la necessità di una più forte esigenza di condivisione delle linee di fondo del sistema, a fronte di una normativa europea in via di definizione sul tema della mobilità dei cittadini, che mira a identificare meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea.

Un confronto analitico dei modelli e dei percorsi delle diverse regioni, ha consentito di identificare punti di forza e criticità. Tra gli aspetti positivi, che hanno contraddistinto l'esperienza degli ultimi anni, si evidenziano:

- l'impegno dell'insieme degli operatori nella diffusione di logiche e procedure di miglioramento continuo della qualità, che costituisce un enorme patrimonio culturale ed operativo nella logica della clinical governance;
- la diffusione della cultura della trasparenza e dell'*accountability*, per superare la logica della autoreferenzialità delle organizzazioni e dei professionisti;
- l'attivazione di sistemi più essenziali e gestibili conseguenti alle criticità rilevate nelle sperimentazioni sul campo dei percorsi di accREDITAMENTO;
- la sperimentazione di modelli di accREDITAMENTO volontario professionale tra pari nell'ambito di diverse discipline, finalizzate alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria;
- la sperimentazione, attuata in alcune Regioni, di modelli internazionali di certificazione e di accREDITAMENTO, che hanno comportato anche una rilettura del sistema di accREDITAMENTO.

Il patrimonio culturale ed esperienziale maturato rappresenta un elemento di grande valore anche per la gestione e risoluzione delle criticità presenti in Piemonte nel sistema di accREDITAMENTO. Tra le più rilevanti problematicità, si nota :

- le difficoltà di adottare atti specifici di definizione del "fabbisogno" di strutture da accREDITARE, sia per i processi complessivi di riorganizzazione del sistema in atto, sia per la carenza di metodologie scientificamente validate nelle diverse aree di intervento;
- il reperimento delle risorse necessarie alla messa a norma delle strutture pubbliche rispetto ai requisiti autorizzativi;

L'analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema, unitamente alle riflessioni emerse nell'ambito dei gruppi di lavoro operanti a livello nazionale e alle esperienze maturate dalle Regioni, consente di avviare una riflessione metodologica più attenta e di formulare alcune indicazioni.

Obiettivo del PSSR 2011-2015 è quello di garantire l'effettiva applicazione del sistema, sia alle strutture pubbliche che a quelle private.

Il sistema richiede un nuovo punto di equilibrio tra le esigenze di semplificazione e quelle di mantenimento delle garanzie di sicurezza e qualità. In particolare l'accREDITAMENTO istituzionale deve essere rivisto in una logica di forte semplificazione, riduzione degli aspetti più formali, compressione del tentativo di applicare logiche da "burocrazia meccanica" in un contesto improprio, dove potrebbero produrre danni (elevati costi di adeguamento, impegno sugli aspetti formali, ecc.) con scarsi benefici (ovvero scarso impatto sulla qualità reale e sui servizi all'utenza).

Lo sviluppo tra i professionisti della sanità della cultura della valutazione e del miglioramento rappresenta finalità fondante i programmi di accREDITAMENTO. E' necessario che gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, dell'accREDITAMENTO e dell'accordo contrattuale costituiscano, nella prassi,

un'articolata sequenza, strettamente collegata e congruente, di livelli progressivi di garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie.

Nel periodo di validità del PSSR 2011-2015 occorre:

- individuare fattori/criteri di qualità delle organizzazioni sanitarie da condividere nei sistemi di autorizzazione/accreditamento della Regione, con particolare riferimento alla definizione dei volumi di attività annuali legati alla “curva di apprendimento”, quale soglia minima in grado di garantire sicurezza e qualità della prestazione e/o del Servizio;
- svolgere azioni di supporto alle politiche nazionali ed internazionali per gli aspetti relativi alla qualità e all'accreditamento delle strutture;
- predisporre modalità per monitorare periodicamente lo stato di attuazione del sistema, con individuazione di un set minimo di indicatori;
- predisporre documenti tecnici di riferimento per la determinazione del fabbisogno e per gli accordi contrattuali, al fine di garantire un maggior contenuto sugli aspetti qualitativi, specie nella fase pre-contrattuale di selezione dei possibili fornitori;
- definire modalità, sia nell'ambito del sistema di accreditamento che di remunerazione delle prestazioni sanitarie, per garantire che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- promuovere iniziative per la diffusione delle procedure di valutazione e miglioramento della qualità gestite dai professionisti sanitari (*audit, peer review* etc.).

10. La valutazione del PSSR e del sistema sanitario piemontese

Il PSSR 2011-2015, in coerenza con i principi ed i valori fondanti il Sistema Sanitario Nazionale e nell'ambito del contesto istituzionale, individua le linee strategiche di sviluppo del sistema stesso, condivise e concertate dai vari attori istituzionali, per governarne l'evoluzione in relazione al mutare dei vari contesti demografici, epidemiologici, tecnico-scientifici, istituzionali ed economici.

Accanto alle linee strategiche, che dispiegano i propri effetti nell'arco temporale di durata del PSSR, e che sono valutate ed integrate nei Piani successivi, il PSSR 2011-2015, prendendo atto delle criticità esistenti pone degli obiettivi da conseguire nel quinquennio; tali obiettivi delineano percorsi virtuosi di superamento delle problematiche esistenti e di sviluppo delle strategie condivise. Si realizza così la definizione di un percorso di cambiamento che prevede varie linee di intervento, per rispondere in maniera appropriata e coerente alla complessità del sistema.

Anche il PSSR 2011-2015, come ogni processo di pianificazione strategica e riferimento per la successiva programmazione attuativa, ha la necessità di prendere atto del conseguimento o meno dello sviluppo delle linee strategiche precedentemente individuate e del conseguimento dei relativi obiettivi, al fine di meglio identificare le criticità rimaste e migliorare la individuazione degli ulteriori interventi da compiere. Al contempo, e proprio per queste finalità, nella definizione degli obiettivi deve privilegiare quelli di cui è possibile misurare il conseguimento, per la presenza di specifiche fonti informative, interne al sistema informativo sanitario, o di carattere intersettoriale o più generale.

Gli strumenti di valutazione del Piano socio sanitario regionale sono in parte deducibili dalle vigenti previsioni normative ed in parte devono essere opportunamente individuati:

Tra i primi:

- la relazione socio-sanitaria regionale (art .13, commi 1 e 2 della l.r. n. 18/2007) che esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni socio-sanitarie aziendali e dell'apposito sistema di indicatori, le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale. La relazione socio-sanitaria è presentata ogni tre anni al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, dalla Giunta regionale;

- il documento di monitoraggio e valutazione (art. 13, comma 3 della l.r. n. 18/2007) relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito agli obiettivi di salute presentato annualmente dalla Giunta regionale al Consiglio regionale;

tra i secondi occorre prevedere,

- la Relazione sullo stato di salute della popolazione, necessaria per valutare come il Servizio Sanitario Regionale abbia modificato, a seguito della definizione delle linee strategiche e dei percorsi individuati, dalle deliberazioni di cui al capitolo 1.3, le condizioni di salute, l'accessibilità alle prestazioni, l'utilizzo delle strutture e la qualità professionale e percepita dei piemontesi;
- l'annuario statistico regionale, relativo ai dati statistici sanitari che vengono pubblicati annualmente, con particolare riferimento ai dati sulla struttura della rete dell'offerta di servizio ed i posti letto ospedalieri e privati accreditati che consente di registrare la rispondenza delle reti regionali ai parametri nazionali e di valutare lo sviluppo dell'assistenza sanitaria distrettuale, come previsto nelle linee strategiche nazionali;
- il rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero, che utilizza i dati rilevati dalla scheda di dimissione ospedaliera consentendo di valutare l'appropriatezza delle prestazioni, i processi di sviluppo della day surgery, il corretto utilizzo dei day hospital, la deospedalizzazione delle prestazioni appropriate per setting assistenziali diversi dal ricovero ospedaliero, consentendo di verificare le ricadute delle linee strategiche settoriali adottate dal Piemonte in termini di assistenza erogata;
- i dati rilevati con il certificato di assistenza al parto, che consentono di valutare l'evento nascita ed il miglioramento dell'umanizzazione del parto stesso, dando importanti indicazioni statistiche ed epidemiologiche;
- i dati epidemiologici dedotti dalla rilevazione periodica sulle malattie infettive, che consentono di valutare gli interventi in questo settore e la validità delle misure di prevenzione;
- una serie di rilevazioni previste dalla normativa e che consentono di disporre di dati molto indicativi di alcuni settori specifici, quali la relazione annuale sull'applicazione della legge 22 maggio 1978 n. 194, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", il rapporto sullo sviluppo delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Per quanto concerne la Valutazione di risultato vengono individuati due strumenti di verifica:

- la misurazione della capacità di miglioramento in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, sostenibilità economica e outcome del sistema sanitario regionale nel suo complesso. La misurazione della capacità di miglioramento dovrà riferirsi agli indicatori relativi agli obiettivi sui LEA condivisi tra le Regioni e il Ministero. Il grado di raggiungimento degli obiettivi condivisi conseguito dovrà essere reso pubblico ai cittadini.
- la misurazione della riduzione della variabilità della performance relativa agli obiettivi del punto precedente tra le ASR. In particolare, la riduzione della variabilità tra le Aziende dovrà essere considerata un obiettivo condiviso tra Regione e aziende stesse quale meccanismo di verifica dell'equità sostanziale e delle pari opportunità, in ambito socio sanitario, per tutti i cittadini piemontesi.

ALLEGATO “A”**PROGETTI SPECIALI****1. La Prevenzione**

Con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010 è stato approvato il nuovo Piano nazionale di Prevenzione (PNP) che presenta una impostazione culturale imperniata sulla promozione di un'azione preventiva sempre più multidisciplinare e intersettoriale, non più orientata sui soli Dipartimenti di Prevenzione, ma aperta a gran parte delle aree operative dell'organizzazione sanitaria coinvolte in attività di prevenzione.

Il Piano pone attenzione alla domanda, considerando al centro della programmazione e dell'azione la persona e non più i servizi, con una particolare enfasi sulla necessità di un uso sistematico dei dati, anche ai fini di una valutazione in continuo dei risultati raggiunti.

Le macroaree e gli ambiti di intervento sono notevolmente estesi rispetto al passato, e comprendono, in particolare:

- per la prevenzione universale: interventi di promozione della salute, interventi di sanità pubblica, interventi di tipo regolatorio ed interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro, alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico.
- per la medicina predittiva: ricerca negli individui sani, della fragilità o del difetto che conferiscono una certa predisposizione a sviluppare una malattia per modulare adeguatamente gli interventi;
- per la prevenzione della popolazione a rischio: programmi mirati a impedire l'insorgenza di malattia, a diagnosticare precocemente la malattia ed a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e di trattamento clinico;
- per la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia: programmi, rivolti a fasce di popolazione particolarmente fragili (come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.), volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e a promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali.

Seguendo le indicazioni e attuando le prescrizioni contenute nel Piano nazionale della Prevenzione la Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 37-1222 del 17/12/2010, l'aggiornamento al Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, che sostituisce e aggiorna il precedente Piano regionale, i cui contenuti si intendono integralmente confermati e del quale il PSSR 2011-2015 riprende i principi ispiratori generali e gli orientamenti strategici, rinviando agli specifici atti di programmazione sopra richiamati per le indicazioni di carattere organizzativo e per la progettazione attuativa del PNP.

1.1 I principi ispiratori

La programmazione sanitaria nazionale e regionale definiscono in modo molto chiaro in quale cornice di valori e principi si debba sviluppare la pianificazione della prevenzione: equità, dignità, umanizzazione, giustizia, pienezza di diritto, sobrietà, austerità, economia del dono, sostenibilità, accessibilità, continuità, democrazia, intersettorialità, corresponsabilità. Di seguito si evidenziano alcuni di tali valori più direttamente correlati ai principi e alle metodologie della sanità pubblica e che trovano particolare e concreta applicazione nel Piano regionale di prevenzione (PRP):

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie;
- l'equità sociale, che costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. Le uguali opportunità di salute per tutti possono essere rappresentate come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno e uguale qualità del servizio per tutti;
- il coinvolgimento degli enti locali che, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute attraverso la costruzione dei Piani e Profili di salute (PEPS);
- la comunicazione e l'ascolto, non solo per favorire lo scambio attivo di informazioni, ma anche per promuovere il coinvolgimento dei cittadini nella definizione di bisogni di salute non riconosciuti e nelle scelte strategiche di sanità pubblica;
- l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e, in particolare, l'integrazione con i distretti, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra attori interdipendenti (siano essi operatori di servizi omologhi, oppure enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute) è essenziale per evitare inutili duplicazioni e confusione operativa e per consentire di aumentare l'efficacia complessiva del sistema della prevenzione;
- l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione rigorosa della prevenzione basata su prove di efficacia (evidence based prevention, EBP) e, ove non possibile, la valutazione secondo il principio di precauzione, accettando la possibilità di incertezza del sapere scientifico;
- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi, in quanto la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa; in particolare, il diritto alla salute deve essere assicurato in modo armonico con gli altri diritti delle attuali e future generazioni e nel rispetto dell'ambiente, a livello locale e globale;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, momenti indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

Anche riguardo alle strategie la programmazione sanitaria offre indirizzi molto precisi:

- la programmazione locale deve essere centrata sull'impatto sulla salute come parametro qualificante delle decisioni;
- occorre intervenire sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali, produttive ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e tra queste e la comunità in cui vivono, definendo e attuando programmi 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;
- si deve tener conto delle strategie internazionali sul tema (normativa comunitaria, Agenda 21, Salute 21, Salute in Tutte le Politiche, Città Sane) che suggeriscono schemi concettuali, approcci, indicatori e strumenti che appunto ispirano questo PRP;
- la programmazione locale deve essere partecipativa e inclusiva, intersettoriale e funzionalmente integrata, non solo a livello settoriale ma anche istituzionale;
- deve essere centrata sul territorio, a livello distrettuale, incardinata sulla responsabilità degli enti locali e arricchita con il contributo dei portatori di interesse, promuovendo un passaggio dalle politiche di settore a quelle di comunità.

Questi criteri indicano inequivocabilmente l'orientamento strategico in cui collocare le azioni della prevenzione.

1.1.1 La salute in tutte le politiche

Il piano regionale di prevenzione prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in 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) e interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), messi in atto per risolvere specifici problemi.

Per quanto attiene alle politiche per la salute si tratta di sviluppare 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 sociosanitari ma, soprattutto i Servizi territoriali e preventivi, che possono tuttavia 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, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale. 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 sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi.

Pertanto il principio della "salute in tutte le politiche" è principio guida e ispiratore di tutte le azioni del PRP e per tutta la sua durata dovrà essere posta enfasi ad alcuni temi cruciali nei confronti dei quali si ritiene debba essere mantenuto un elevato livello di attenzione:

- attenzione alle disuguaglianze di salute;
- attenzione sia per la salute fisica sia per quella mentale. Gli stili di vita possono essere efficacemente influenzati ricercando alleanze tra le politiche sanitarie e quelle che incidono sui vari ambienti e le comunità in cui le persone vivono e lavorano, nonché sulle condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;
- attenzione a favorire negli amministratori e nei responsabili a livello regionale e locale la consapevolezza dell'impatto delle politiche sulla salute, stimolandoli a integrare le considerazioni attinenti la salute nell'ambito dei loro processi decisionali e operativi. Lo strumento dei Profili e Piani per la Salute (PePS) è particolarmente idoneo a promuovere tale integrazione;
- attenzione a promuovere e incoraggiare la valutazione dell'impatto sulla salute intesa come importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche. L'evidenza disponibile suggerisce, infatti, che la valutazione dell'impatto sulla salute può essere utilizzata con successo anche per mettere in evidenza le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute e va quindi presa in seria considerazione in numerosi processi decisionali; occorre presentare meglio il valore di tale strumento in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;
- attenzione a incoraggiare l'impegno a preparare rapporti analitici sui determinanti chiave della salute, nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e sugli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti.

1.1.2 Contrasto alle disuguaglianze

La popolazione del Piemonte in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Eppure le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Considerando che le disparità sistematiche di salute sono influenzate dal modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più

giusta. Per tali ragioni il piano regionale di prevenzione si propone di adottare interventi per ridurre le disparità nella salute e nella qualità sociale della vita.

Il piano riconosce che una più giusta distribuzione delle risorse è una buona politica di sanità pubblica, perché consente di aumentare i benefici di salute in una popolazione agendo sulla salute di quei gruppi sociali e di quelle persone che soffrono di maggiori svantaggi di salute.

Il piano ricorda che la prevenzione e la promozione della salute, basate su interventi di provata efficacia, hanno un ruolo determinante anche nel contrastare la vulnerabilità sociale e i rischi per la salute evidenziati dalle disuguaglianze.

Il PRP assume quindi il tema della riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni e, pur nella consapevolezza dell'importanza delle risorse economiche e materiali nel produrre disuguaglianza, individua quali assi di intervento prioritari:

- il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico per i gruppi e le aree geografiche e sociali più poveri di risorse: cibi sani, luoghi sicuri, abitazioni di qualità, lavoro stabile e sano, reti di aiuto più ricche e accoglienti;
- l'utilizzazione di leve anche economiche per permettere ai gruppi e alle aree sociali e geografiche più poveri di vivere in modo più sano (prezzi, incentivi, reddito, accessi gratuiti ai servizi...);
- l'intervento precoce nella vita per la prevenzione dei comportamenti pericolosi per la salute e delle malattie croniche (salute materna e infantile, comportamenti antisociali, dipendenze, competenze per stare in salute e curarsi), perché da questi dipende una parte significativa delle disuguaglianze di salute dell'adulto;
- la garanzia per tutta la popolazione di eguale possibilità di accesso ai servizi e agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, con una discriminazione positiva per i gruppi e le aree sociali e geografiche che mostrano difficoltà di accesso.

Inoltre, è necessaria una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i Servizi che operano per la salute mentale e per le tossicodipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

1.1.3 Governance

Si definisce clinical governance quella strategia mediante la quale "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (*NHS White Paper: A First Class Service*, 1998).

Gli strumenti metodologici sono quelli propri delle pratiche basate sull'evidenza:

- analisi dei dati e del contesto;
- utilizzo delle migliori prove di efficacia;
- monitoraggio dei risultati;
- definizione di linee guida e percorsi diagnostici, terapeutici e di prevenzione;
- technology assessment;
- integrazione delle risorse e collaborazione multidisciplinare;
- gestione del rischio;
- audit;
- formazione e coinvolgimento degli operatori;
- formazione e coinvolgimento del cittadino.

I piani di prevenzione 2005-2007 hanno già sperimentato e consolidato alcuni essenziali strumenti di programmazione: analisi del problema fondata attraverso le informazioni epidemiologiche e proposte operative supportate da prove di efficacia.

L'utilizzo di dati epidemiologici derivanti dai flussi informativi correnti (malattie infettive, infortuni, cause di morte, certificati di assistenza al parto, ecc.) è infatti importante per caratterizzare il profilo di salute di una

comunità, determinare la dimensione dei fenomeni e individuare priorità. L'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (sorveglianza PASSI, progetto OKkio alla Salute, mappe di rischio, epidemiosorveglianza veterinaria, ecc.) è altrettanto importante per individuare il peso delle diverse componenti di un problema di salute e valutare il grado di risolvibilità. Lo sforzo di individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative garantisce il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute.

La valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (ad esempio coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening, risultati dei controlli ufficiali, ecc.) costituisce strumento per la ri-calibrazione e la riprogrammazione degli interventi.

Occorre continuare la progressiva maturazione del sistema, applicando anche nella prevenzione i principi di governance già ampiamente utilizzati in clinica.

In Piemonte il percorso è stato ampiamente tracciato e gli obiettivi della governance ben si riconoscono fra i compiti che assegnati alla Direzione Integrata della Prevenzione: promuovere azioni di coordinamento fra il livello centrale regionale e le ASL, sostenere i progetti e le iniziative della programmazione centrale, sviluppare le attività di rete e di integrazione all'interno e all'esterno delle ASL, potenziare le attività di osservazione epidemiologica e di promozione della salute, recuperare efficienza ed efficacia, ricondurre problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità, sviluppare un adeguato sistema di comunicazione con la popolazione, garantire la gestione integrata delle emergenze: l'organizzazione che si è delineata durante la fase sperimentale conforta le potenzialità di questa scelta rispetto al buon governo di tutto il sistema.

1.2 Strumenti e metodi per la prevenzione

La prevenzione, per i propri interventi, si avvale frequentemente di strumenti e metodi propri, che spesso differiscono da quelli utilizzati in ambito clinico, sia per le caratteristiche delle prestazioni, sia per gli strumenti di misura, sia per i modelli organizzativi.

La prevenzione basata sulle prove di efficacia (EBP) è il paradigma di riferimento per la programmazione degli interventi preventivi nella regione; questi devono essere orientati in base a criteri di priorità, motivati in funzione dell'efficacia e valutati sulla base di risultati misurabili. Occorre dare grande rilievo alla valutazione dei risultati ottenuti piuttosto che alla sola valutazione di processo.

La costante interazione tra i professionisti delle strutture regionali e delle strutture locali garantisce la raccolta, l'aggiornamento e la disseminazione della documentazione scientifica e delle "buone pratiche" necessarie per attività di prevenzione evidence based.

L'epidemiologia contribuisce con le proprie competenze al consolidamento dell'EBP e facilita il monitoraggio e la valutazione dei programmi e delle attività preventive valorizzando i sistemi informativi, diffondendo i dati disponibili, promuovendo il metodo epidemiologico ai diversi livelli del sistema quale strumento per l'analisi dei bisogni e la valutazione dei risultati.

Le tradizionali attività di vigilanza e controllo saranno riorientate in modo da renderle più efficaci, più efficienti e da potenziarne l'utilità sociale. Questo è possibile se tali attività vengono progressivamente svuotate degli elementi negativi di ritualità che le indeboliscono e reimpostate secondo criteri che tengano conto della inderogabile necessità di differenziare gli ambiti di intervento in base al rischio, selezionare pratiche di vigilanza efficaci da sviluppare e di passare da un approccio per singoli atti fini a se stessi a una visione di sistema.

Gli interventi di prevenzione e rimozione dei rischi per la salute vanno affiancati a interventi di promozione della salute, che rappresentano un fondamento dell'azione di sanità pubblica. Le competenze sui metodi della promozione della salute devono consolidarsi come dimensione culturale all'interno delle ASL, che devono maturare un ruolo di facilitazione sulle politiche che hanno impatto sulla salute.

Porre la salute al centro di tutte le politiche presuppone mettere a disposizione e far utilizzare sistematicamente, in tutti i livelli decisionali e a ogni livello territoriale di governo, gli strumenti appropriati per valutare l'impatto che le decisioni adottate, o che si vogliono adottare, hanno sulla salute dei cittadini. Questi strumenti sono la valutazione di impatto ambientale (VIA), la valutazione ambientale strategica (VAS), la valutazione di impatto sulla salute (VIS) e il risk assessment, che consentono di valutare, soprattutto in termini preventivi, la ricaduta sulla salute delle varie opzioni possibili di un certo intervento, orientando la scelta verso quelle con un impatto più favorevole.

Il processo di costruzione sociale dei Profili e Piani per la Salute (PePS) rappresenta un momento privilegiato di applicazione degli strumenti e dei metodi del piano di prevenzione; è in questa sede che è possibile dare forma alla volontà di comprendere e capitalizzare il potenziale di salute connesso alle politiche non sanitarie nonché alla volontà di coinvolgere la comunità tutta nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie per raggiungere il miglior livello di salute. L'attivazione dei PePS, infatti, prende l'avvio dall'analisi dei bisogni di salute locali, individua le strategie di intervento sulla base delle migliori prove di efficacia disponibili, attiva le risorse locali professionali e non professionali e misura i risultati ottenuti.

La prevenzione deve trovare le occasioni "opportune" per sollecitare l'attenzione ai PePS e promuovere messaggi coerenti e univoci nella direzione della salute e nel contrasto dell'iniustizia, suo primo determinante.

Il processo di costruzione delle competenze necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano deve essere accompagnato da investimenti formativi sia "di base", rivolti a tutte le professioni sanitarie, sia di aggiornamento professionale continuo per tutti i profili professionali.

Per supportare le decisioni dei professionisti in un contesto di incremento costante della letteratura biomedica e di complessità degli strumenti di valutazione e selezione delle prove scientifiche è necessario garantire lo sviluppo di una solida funzione di documentazione scientifica che informi gli operatori della prevenzione sulle evidenze prodotte e assista la progettazione, la realizzazione e la valutazione degli interventi per la salute.

Le conoscenze e competenze sui temi della prevenzione devono essere sostenute da un'efficace azione di comunicazione pubblica rivolta alla popolazione, ai suoi rappresentanti e ai cittadini utenti del servizio sanitario.

I risultati provenienti dalla ricerca scientifica indipendente e la sperimentazione e lo sviluppo di modelli organizzativi efficienti contribuiscono a informare le scelte di programmazione dell'amministrazione e degli operatori. Inoltre, la partecipazione diffusa ad attività di ricerca contribuisce ad accrescere le competenze professionali degli operatori. Per queste ragioni, la Regione Piemonte continuerà a supportare e promuovere attività di ricerca e sviluppo nel campo della prevenzione all'interno delle istituzioni pubbliche.

1.3 L'organizzazione della prevenzione

L'architettura di governo della prevenzione stabilita con il Piano regionale ha il suo fulcro, a livello locale, nelle Direzioni Integrate della Prevenzione e, a livello regionale, nel Coordinamento della Prevenzione.

La Direzione Integrata della Prevenzione ha lo scopo di integrare, coordinare e armonizzare tra loro le numerose attività, assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione, favorire l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, superare gradualmente le barriere tutt'ora esistenti fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

Lavora in collaborazione con tutte le strutture sanitarie e non sanitarie dell'ASL di riferimento avvalendosi anche delle funzioni consultive e propositive proprie dei componenti locali dell'Assemblea dei servizi di prevenzione.

Il Coordinamento della prevenzione esercita funzioni chiave per la governance del sistema prevenzione. È il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione, attinenti alla prevenzione, trovano la necessaria condivisione, nei metodi e nei contenuti, e integrano i diversi ambiti di azione e professionalità. Costituisce la struttura univoca di interfaccia con altri settori regionali, agenzie, enti, amministrazioni e forze sociali per

promuovere azioni di prevenzione nel contesto clinico e nelle politiche di gestione del territorio. Rappresenta il tramite tra il governo centrale e quello locale, attraverso i Direttori della Prevenzione, assicurando che le azioni locali siano coerenti con le linee strategiche regionali.

Esso si articola in due organismi: il Coordinamento operativo regionale per la prevenzione (CORP) e l'Assemblea dei Servizi di prevenzione.

Il CORP rappresenta il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione attinenti alla prevenzione (atti di indirizzo, piani di attività, progetti...), prima della formale emissione, vengono sottoposti a supervisione metodologica (rispetto per esempio alle fasi di analisi dei bisogni, ricerca dell'efficacia degli strumenti proposti e monitoraggio dei risultati) e subiscono una verifica di coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione.

L'Assemblea dei Servizi di prevenzione rappresenta il luogo d'incontro, interrelazione e integrazione tra tutti i Servizi che erogano direttamente prestazioni di prevenzione o che concorrono (direttamente o indirettamente) a essa. È presieduta dal Direttore regionale della Sanità e ha una funzione consultiva e propositiva nei confronti del CORP.

A livello locale i membri componenti dell'Assemblea svolgono analoghe funzioni consultive e propositive nei confronti della Direzione Integrata della Prevenzione.

Le funzioni, le attività le modalità costitutive e organizzative dettagliate dell'architettura di governo della prevenzione sono state definite dal Piano regionale per la prevenzione 2010-2012 (DGR n. 37-1222 del 17/12/2010) che si intende qui integralmente richiamato e confermato.

1.4 Gli obiettivi di salute per singole aree

Vengono di seguito sintetizzati i profili fondamentali degli obiettivi di salute per singole aree che sono stati identificati dal Piano regionale di prevenzione (DGR n. 37-1222 del 17/12/2010) che ne contiene la descrizione analitica ed il relativo piano operativo che si intendono qui integralmente richiamati e confermati.

1.4.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

Il riconoscimento di persone a rischio clinico o di condizioni di fragilità può contribuire a ridurre gli effetti avversi sia nel breve che nel lungo periodo. In questo processo il medico di medicina generale riveste un ruolo centrale.

1.4.2 Stili di vita

Elementi di responsabilità sociale.

Comportamenti e stili di vita non sono ascrivibili solo a scelte e responsabilità individuali, ma anche e soprattutto a determinanti ambientali e a condizioni e pratiche sociali. Gli interventi previsti considerano l'agire in questi contesti condizione imprescindibile per meglio sostenere l'adozione da parte della collettività di comportamenti e stili di vita protettivi per la salute e per ridurre le disuguaglianze di salute.

Elementi di novità.

- Integrazione nella programmazione e gestione degli interventi sugli stili di vita da parte dei diversi attori.
- Promozione della ricerca attiva dei comportamenti a rischio e sostegno all'assunzione di stili di vita salutari da parte di medici di famiglia, pediatri di libera scelta e dei Servizi territoriali e ospedalieri nella propria popolazione di riferimento.

Strumenti di governo.

- Produzione partecipata di linee di indirizzo operative costruite a partire dalle evidenze per interventi multilivello che affrontino in maniera integrata l'approccio agli stili di vita sia a livello individuale sia di popolazione, permettendo di compiere la transizione dalla condizione di progetto alla condizione di messa a sistema degli interventi di prevenzione e promozione della salute.
- Definizione di percorsi, sulla stregua dei PDTA, orientati all'individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e all'assunzione di stili di vita salutari, che fissino azioni e impegni di tutti gli attori (medici di famiglia, pediatri, Servizi territoriali e ospedalieri, servizi socio-assistenziali e altre agenzie territoriali) e definiscano a livello di ASL le interrelazioni fra interventi individuali/ gruppi a rischio e interventi di setting e di popolazione.
- Disegno e realizzazione di un piano di comunicazione che ai diversi livelli, regionale e locale, offra un'immagine coordinata e sostenga tutte le azioni.

Monitoraggio e valutazione.

L'inclusione delle attività previste dal Piano all'interno della programmazione regionale e di ASL determinerà un'attribuzione a questi livelli di compiti di verifica e monitoraggio. L'utilizzo delle informazioni sui determinanti e rischi comportamentali, derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte, contribuirà alla valutazione di efficacia degli interventi adottati, integrando i sistemi di valutazione specifici previsti dalle singole azioni di Piano.

1.4.3 Sicurezza alimentare

Elementi di responsabilità sociale.

- Diritto del cittadino a un'alimentazione adeguata, completa ed esente da rischi.
- Supporto e indirizzo per lo svolgimento dei compiti di autocontrollo nel settore agro-alimentare improntati a criteri di efficacia e non di mero adempimento burocratico, migliorando la competitività e la crescita delle imprese e garantendo pratiche commerciali leali.
- Migliore protezione della salute mediante una maggiore efficacia dell'azione di controllo e il rafforzamento della responsabilizzazione dei produttori di alimenti.
- Trasparenza dell'informazione e della comunicazione anche in risposta alle crisi e condizioni di perdita di fiducia.
- Promozione della salute e del benessere degli animali mediante la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie ed il conseguente sostegno all'allevamento ed all'economia rurale;
- Promozione di un sistema di garanzia della sicurezza degli alimenti in cui sono documentati i controlli, programmati ed eseguiti, e i loro risultati, che sono messi a disposizione dei consumatori e dei produttori attraverso metodi di partecipazione e integrazione.
- Progettazione ed effettuazione di interventi, in tutte le fasi delle filiere alimentari: dal campo alla tavola, basati sull'analisi del rischio, finalizzati alla riduzione delle contaminazioni degli alimenti e quindi dei livelli di esposizione dei cittadini
- Progettazione ed effettuazione di interventi di controllo su alimenti importati per ridurre i fattori di rischio legati a realtà produttive extra nazionali
- Sperimentazione e applicazione di modelli di gestione della sicurezza alimentare appropriati per la piccola impresa
- Crescita della capacità dei cittadini di comprendere e gestire i rischi correlati alla sicurezza alimentare con riduzione delle ansie e aumento della fiducia nelle istituzioni
- Predisposizione, sulla base di standard predefiniti, di un programma di audit sui servizi di sicurezza alimentare orientato a valutare il livello di attuazione, uniformità ed efficacia dei controlli condividendone i risultati e le valutazioni con Associazioni di imprese e consumatori.

Obiettivi innovativi.

- Servizi di informazione per il cittadino in materia di salute alimentare.
- Sostegno alla microimpresa e alle piccole produzioni locali anche mediante pubblicazione di buone pratiche condivise per la produzione responsabile di alimenti sani e salubri.
- Attività di ricerca e approfondimento per la valutazione dei rischi alimentari.
- Politiche di promozione della qualità sanitaria ed ecologica delle produzioni, attuate con il concorso delle amministrazioni pubbliche e di associazioni ed enti interessati.
- Miglioramento della qualità e certificazione dei servizi e laboratori di controllo degli alimenti e degli animali produttori.

Metodi innovativi.

- Adozione di strumenti di ascolto per la valutazione della percezione del rischio e dei comportamenti dei cittadini
- Creazione di una rete di contatto con i cittadini e i produttori (punti informativi, sportelli) per una coordinata, corretta e sistematica informazione e per la raccolta di richieste e segnalazioni.
- Attivazione di gruppi di lavoro (anche con il contributo delle associazioni di categoria e di altre istituzioni interessate) per la produzione e divulgazione di linee guida.
- Accordi quadro nell'ambito di politiche per la salute in accordo con i PEPS.
- Individuazione di standard condivisi di funzionamento e coordinamento tra i differenti organi di controllo
- Audit per la verifica del miglioramento della qualità dei Servizi e del sistema di controlli.

Strumenti di governo e valutazione.

- Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

1.4.4 Prevenzione delle malattie trasmissibiliElementi di responsabilità sociale.

Le grandi vittorie della sanità pubblica sulle malattie infettive sono state conseguite grazie a interventi di popolazione: miglioramento delle infrastrutture, potabilità delle acque e igiene degli alimenti, vaccinazioni di massa, campagne veterinarie di eradicazione della brucellosi e tubercolosi, ecc. Oggi le malattie infettive rappresentano un problema di salute minore, pertanto la tentazione di puntare a obiettivi di prevenzione individuale è forte ed è incoraggiata anche da interessi commerciali. La inevitabile competizione delle risorse costringe così a limitare la visione collettiva e a selezionare i candidati degli interventi di prevenzione anche attraverso modalità di offerta discriminanti (es. co-pagamento di alcune prestazioni) che confliggono con il principio di equità. Le condizioni di emarginazione e clandestinità, che costituiscono fattori di rischio per molte malattie infettive, possono rendere intere fasce di popolazione "invisibili" alla sanità pubblica incrementando così la probabilità individuale di infezione ma anche quella di diffusione dell'agente infettivo alla comunità.

Elementi di novità.

- Introduzione di nuovi vaccini contro pneumococco, meningococco e HPV.
- Integrazione dei livelli ospedale – prevenzione – territorio – tessuto sociale (comunità) nella prevenzione delle malattie infettive.
- Rafforzamento del sistema di gestione in emergenza e urgenza delle malattie infettive.

Strumenti di governo.

- Definizione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Centralizzazione dei flussi informativi.
- Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio (report periodici, audit).

Monitoraggio e valutazione.

I risultati dei sistemi di sorveglianza consentiranno di valutare l'efficacia delle azioni:

- il sistema di sorveglianza attiva delle infezioni batteriche invasive consentirà di valutare l'impatto delle nuove campagne vaccinali;
- la sorveglianza della frequenza di infezione e dei tipi circolanti di papilloma virus umano stimerà l'effetto della vaccinazione sulla circolazione virale;
- attraverso l'archivio vaccinale centralizzato saranno valutati gli indicatori di copertura nelle diverse realtà.

1.4.5 Prevenzione dei rischi in ambiente di vita

Elementi di responsabilità sociale.

Diritto del cittadino alla salubrità dell'ambiente di vita e lavoro:

- maggiore efficacia della riduzione dei rischi derivanti da esposizione a sostanze chimiche e fisiche attraverso il superamento della frammentazione delle conoscenze e degli interventi;
- trasparenza dell'informazione e della comunicazione e maggior possibilità di incidere sulle decisioni e gli interventi da attuare a livello locale;
- maggiori garanzie di soluzione efficace delle situazioni di crisi.
- Dovere di ciascun cittadino di assumere comportamenti coerenti con il mantenimento della salubrità dell'ambiente di vita e lavoro:
- promozione di consapevolezza in merito ad atteggiamenti culturali e comportamenti nella direzione di ridurre i pericoli e prevenire i rischi.

Obiettivi innovativi.

- Rendere più efficace la raccolta delle informazioni relative al territorio e alla distribuzione dei pericoli considerando fonti di dati molteplici e integrandole.
- Orientare e calibrare gli interventi in base ai rischi.
- Affrontare problematiche emergenti (ricadute del regolamento REACH, diffusione degli allergeni, sostanze presenti nei cosmetici e nei pigmenti per tatuaggio, rischi legati alla pratica del piercing, ecc.).
- Associare alla formazione agli operatori una intensa attività di sensibilizzazione e di coinvolgimento dei cittadini.

Metodi innovativi.

- Approccio integrato e interdisciplinare alle problematiche relative ai rischi chimici e fisici presenti in ambienti di vita (integrazione dei sistemi informativi, ricorso a revisioni sistematiche, circolazione delle informazioni).
- Coinvolgimento di tutti gli enti deputati al controllo dell'ambiente e della salute, partecipazione delle comunità interessate e creazione di occasioni di scambio di informazioni e di confronto tra i differenti portatori di interesse.
- Costruzione di mappe di rischio territoriali, riferite a rischi sia ambientali sia occupazionali, per meglio definire e mirare le situazioni critiche su cui intervenire.
- Approccio integrato ai rischi emergenti.

Strumenti di governo e valutazione.

- Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Attività di controllo pianificate negli ambienti di vita.
- Attivazione dei Coordinamenti tecnici regionali dedicati a tematiche specifiche.
- Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

1.4.6 Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

Elementi di responsabilità sociale.

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi è certamente un fattore altamente qualificante di una società moderna ed evoluta. Gli interventi da mettere in campo dovranno tendere a:

- mantenere il trend in diminuzione degli infortuni sul lavoro;
- contrastare le disuguaglianze di salute correlate al lavoro;
- migliorare il quadro conoscitivo degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- migliorare le capacità locali di programmazione e valutazione delle attività;
- costruire alleanze sul territorio;
- diffondere e condividere le azioni strategiche con i soggetti sociali interessati (RLS, organizzazioni sindacali e datoriali, associazioni di categoria);
- programmare nuovi interventi di tipo comunicativo-formativo-informativo caratterizzati da sviluppo di sinergie tra gli enti istituzionali preposti.

Elementi di novità.

- Individuazione partecipata delle priorità, nell'ambito dei comitati di coordinamento, sulla base dei sistemi informativi correnti e di strumenti mirati di analisi della struttura produttiva del territorio e dei rischi correlati ("mappe di rischio").
- Definizione di un piano regionale coordinato nel comparto agricoltura.
- Attivazione di interventi integrati con gli altri enti competenti in materia di sicurezza sul lavoro.
- Programmazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione delle ASL sulla base delle mappe di rischio territoriali e valutazione dei risultati conseguiti in termini di cambiamenti effettivi prodotti nei luoghi di lavoro.

Strumenti di governo.

- Assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali delle ASL mirati all'attivazione delle azioni ritenute prioritarie.
- Promozione e condivisione delle attività pianificate con gli SPreSAL.
- Progettazione e realizzazione di un piano di comunicazione che offra ai diversi livelli un'immagine coordinata delle azioni messe in atto.
- Attivazione di percorsi formativi degli operatori.
- Definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione.

La valutazione dei risultati sarà effettuata attraverso la ricerca di prove di efficacia sulla base di informazioni derivanti dal monitoraggio dell'attività dei Servizi e dal sistema informativo Flussi (INAIL-ISPEL-Regioni). Il raggiungimento degli obiettivi generali di salute sarà inoltre monitorato mediante l'osservazione dei cambiamenti delle mappe di rischio territoriali.

1.4.7 Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico

Elementi di responsabilità sociale.

Le azioni del Piano consentiranno di:

- migliorare le conoscenze sulla frequenza e le dinamiche degli incidenti domestici;
- costruire una rete di alleanze tra enti e istituzioni che a vario titolo intervengono sugli aspetti dell'incidentalità domestica;
- attivare interventi di comunicazione mirata alle diverse fasce di popolazione per stimolare l'attenzione su questo aspetto dell'incidentalità ancora poco considerato;
- programmare interventi di formazione per il personale sanitario e scolastico perché possa efficacemente collaborare a progetti di prevenzione;
- sviluppare nei cittadini la consapevolezza del problema.

Elementi di novità.

- Sviluppo di una rete interdisciplinare regionale che lavora su progetti condivisi e con una metodologia comune.
- Integrazione tra le informazioni epidemiologiche e le attività di promozione della salute Lavoro articolato sui diversi target di popolazione interessati al problema (bambini, anziani, casalinghe).
- Sviluppo di più linee di azione che possono concorrere a uno stesso obiettivo (sistemi informativi, formazione, informazione, vigilanza).
- Continuità dell'azione attraverso la stabilizzazione delle attività nei programmi dei Servizi interessati.

Strumenti di governo.

Gli obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle ASL prevedranno:

- azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute con costruzione di alleanze, collaborazioni e reti tra gli attori attivi sul territorio di competenza;
- partecipazione del personale delle strutture sanitarie coinvolte alle attività pianificate.

Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione.

Nelle attività di promozione della salute è necessario prevedere un attento monitoraggio delle azioni che compongono il “percorso”; la valutazione di processo è, infatti, essenziale a far sì che il programma di attività resti costantemente sotto controllo.

Più difficile è una valutazione di risultato nel breve termine; certamente è necessario prevedere un sistema di indicatori che nel tempo sia in grado di evidenziare le differenze. Un lavoro condotto su un territorio ampio permette, comunque, di gestire una maggiore quantità di dati che rendono più “stabili” le eventuali differenze osservate.

1.4.8 Prevenzione incidenti stradali

Elementi di responsabilità sociale.

Gli incidenti stradali rappresentano un rilevante problema di salute, pur registrando negli ultimi anni una riduzione degli indici di mortalità come conseguenza dei migliorati sistemi di sicurezza stradale, dell'introduzione di normative più rigorose, dell'uso obbligatorio dei dispositivi di sicurezza, di una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Per ridurre ulteriormente la mortalità e gli esiti invalidanti certamente occorre programmare e attuare azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute con costruzione di alleanze e collaborazioni tra gli attori attivi sui territori di competenza.

Elementi di novità.

- Lavoro interdisciplinare a livello regionale tra i diversi Assessorati interessati al tema e altre Istituzioni.
- Lavoro integrato e di rete, intersettoriale e multi-interdisciplinare, a livello periferico tra i diversi servizi sanitari interessati al tema della prevenzione degli incidenti stradali e gli altri attori esterni al mondo della sanità.

Strumenti di governo.

Vengono definiti obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.

Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione.

La costruzione di un “sistema di sorveglianza integrata” a copertura regionale ha anche finalità correlate alla valutazione degli interventi stessi.

La valutazione dei risultati di processo e di impatto nei progetti di promozione della salute verrà effettuata ricorrendo a strumenti già sperimentati nel precedente piano e alla luce dei suggerimenti riscontrati in

letteratura. La valutazione dovrà diventare sistematica attraverso un sistema permanente di indicatori di processo e indicatori di esito.

1.4.9 Screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto

Elementi di responsabilità sociale.

Gli obiettivi enunciati consentiranno di:

- ridurre ulteriormente la incidenza (già molto bassa) di tumori invasivi della cervice uterina e di azzerare la mortalità per questa causa;
- ridurre ulteriormente la mortalità per tumori maligni della mammella femminile;
- ridurre l'incidenza e la mortalità per tumori del colon-retto.

Elementi di novità.

- Introduzione di nuove strategie e tecniche di screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto.
- Copertura regionale e intensa integrazione organizzativa multidisciplinare in tutte le fasi del programma.
- Forte integrazione delle attività di ricerca e sviluppo (in gran parte multicentrica e internazionale) entro il disegno organizzativo del programma: ciò rafforza gli aspetti intrinseci di qualità e assegna alla regione vantaggi (culturali, organizzativi, temporali) nell'aggiornamento dell'offerta del servizio alle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Strumenti di governo.

- Definizione di un programma generale per l'intera regione e per i tre specifici screening (cervice uterina, mammella, colon-retto).
- Coordinamento organizzativo e tecnico di livello regionale.
- Organizzazione periferica omogenea attraverso istituzione e attivazione dei Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei Tumori a livello delle Aziende locali.
- Multidisciplinarietà garantita sia a livello regionale sia a quello locale.

Monitoraggio e valutazione.

Le valutazioni, che poggiano sui dati prodotti dal sistema informativo del programma di screening, su quelli prodotti dal Registro Tumori Piemonte e dalla conduzione di studi ad hoc, consistono di:

- monitoraggio degli indicatori di processo;
- osservazione regolare degli andamenti dell'incidenza e della mortalità per tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto; osservazione del down-staging dei tumori della mammella e del colon-retto a livello di popolazione; osservazione della coerenza degli andamenti temporali dei dati di sopravvivenza; conduzione di studi di record linkage tra i sistemi informativi del programma di screening e il Registro Tumori.

1.4.10 Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Elementi di responsabilità sociale.

La disabilità è un concetto in evoluzione e il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di uguaglianza con gli altri. Ciò pone una sfida importante in prima istanza agli operatori e alle organizzazioni della società civile, ma anche ai responsabili dei sistemi di monitoraggio sulla popolazione generale, per la misura degli effetti degli interventi sociali e sanitari sulla disabilità. Infatti, il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche possono ridurre il grado di disabilità delle persone, soprattutto se associati a interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza alle persone.

Elementi di novità.

Tra i principali elementi di novità va annoverata l'accresciuta attenzione verso la valutazione dei bisogni di salute e di assistenza della popolazione anziana e della popolazione affetta da condizioni morbose croniche.

Valutazione.

L'utilizzo delle informazioni su cronicità e disabilità derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte e l'attivazione del sistema di sorveglianza "PASSI d'Argento" contribuiranno alla valutazione di efficacia degli interventi adottati, integrando i sistemi di valutazione specifici previsti dalle singole azioni di piano.

1.5 Sanità Pubblica Veterinaria

Vengono individuati i seguenti obiettivi:

Servizio Veterinario area A: Sanità animale

- Gestire i piani annuali e pluriennali di profilassi delle malattie animali comprese le attività dirette a prevenire ed eradicare specifiche malattie che colpiscono gli animali domestici;
- effettuare interventi per tutelare il benessere degli animali da compagnia e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo, anche implementando i percorsi formativi per i proprietari di cani;
- alimentare le anagrafi zootecniche e l'anagrafe canina e i sistemi informativi

Servizio Veterinario Area B: Ispezione e controllo degli alimenti di origine animale e dei loro derivati

- predisporre piani di controllo nelle fasi di macellazione, trasformazione, deposito, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale e dei loro derivati, basati sull'analisi del rischio e sulla valutazione di appropriatezza ed efficacia
- individuare modelli di gestione della sicurezza alimentare per le micro e piccole imprese da affiancare al sistema di controlli
- promuovere campagne di comunicazione, coordinate a livello regionale, per migliorare il livello di conoscenza dei cittadini sui prodotti di origine animale

Servizio Veterinario area C: igiene dell'allevamento e delle produzioni zootecniche

- potenziare ed ampliare i controlli sulla presenza di contaminanti ambientali tossici e persistenti, d'interesse emergente per le possibili ripercussioni sulla sicurezza alimentare, attraverso le verifiche sui mangimi e l'identificazione di bioindicatori zootecnici"
- contribuire ai piani di monitoraggio nazionali sui residui nelle produzioni zootecniche
- potenziare i controlli per la tutela del benessere animale in allevamento, durante il trasporto e la macellazione e la formazione degli operatori in attuazione del Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA)

2. Piano Regionale Piemontese sulle Dipendenze: linee strategiche

La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze patologiche si riconosce nelle strategie generali definite dall'UE e nel Piano di Azione Nazionale sulla droga 2010-2013 approvato dal Governo.

I punti fondamentali che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare nel seguente modo:

- in base alle nuove evidenze scientifiche, e prescindendo dai diversi effetti psicoattivi delle differenti sostanze stupefacenti, tutte le droghe sono egualmente dannose e pericolose per la salute delle persone;
- non è lecito drogarsi e perciò non esiste un diritto a consumare droga, neppure occasionalmente;
- Il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, deve essere sempre considerato recuperabile ad una condizione libera dalle droghe e dalla dipendenza patologica. In questa prospettiva anche i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate devono sempre collocarsi in un progetto terapeutico evolutivo.
- Occorre contrastare ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione rivolta ai soggetti con dipendenze patologiche, ai loro figli e alle loro famiglie.

Le aree di intervento principali sono:

1. La prevenzione - informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo;
2. La cura e diagnosi delle tossicodipendenze - contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
3. La riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo;
4. Il monitoraggio e la valutazione .

Il sistema dei Servizi per le dipendenze piemontese, in base alla politica fin qui realizzata non è bilanciato in modo equilibrato fra le aree sopra indicate.

E' necessario perciò prevedere, per i prossimi anni, maggiori investimenti e impegni nell'area della prevenzione, della riabilitazione e reinserimento sociale. Per riabilitazione si intende sia quella residenziale che ambulatoriale. E' necessario sviluppare programmi territoriali di riabilitazione e reinserimento che facilitino l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti e l'assistenza delle loro famiglie.

2.1 La prevenzione

La prevenzione è considerata fondamentale per la riduzione della domanda. Le azioni devono essere orientate ad aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni derivanti dall'uso e abuso di alcol e droghe e, proporre degli stili di vita alternativi. Lo stesso dicasi per le altre forme di dipendenza patologica senza sostanze, come il gioco d'azzardo.

Particolare attenzione e impegno del sistema nel suo complesso, dovrà essere rivolto alle giovani generazioni, che risultano maggiormente vulnerabili proprio per la maggiore sensibilità dello sviluppo neuropsichico agli eventuali danni da uso di droghe. Il messaggio educativo da rivolgere a loro e alle famiglie deve essere chiaramente orientato a considerare le droghe come un disvalore e, non, come una forma possibile di socializzazione o affermazione di sé .

Il ruolo della cannabis, considerata “droga leggera” e dell'alcol, come sostanze “gateway” per l'accesso all'addiction nei soggetti più vulnerabili, è ormai ampiamente conosciuto. La tossicofilia protratta o l'uso occasionale ma permanente di sostanze stupefacenti, senza che venga riconosciuto come problematico, da parte né degli adulti e né dei servizi, può esitare nella dipendenza patologica. In questo caso, l'intervento specialistico tardivo, oltre, a non proteggere il giovane dai danni sui processi cognitivi e motivazionali, risulterebbe molto più difficile, a causa della tipica scarsa compliance dell'adolescente.

Diventa quindi fondamentale promuovere azioni di riconoscimento precoce (early detection) dell'uso di sostanze stupefacenti nei minorenni o giovani adulti con programmi specificamente orientati.

Le attività di prevenzione scientificamente riconosciute come più efficaci sono rivolte in modo selettivo a:

- gruppi riconosciuti come più vulnerabili per lo sviluppo di comportamenti di addiction (disturbi del comportamento, marginalità sociali etc);
- contesti che inducono a comportamenti di primo contatto o abuso (rave party, discoteche, pub). E' inoltre importante sviluppare interventi integrati specifici, con gli altri servizi sanitari e sociali deputati, pubblici e privati, per la tutela dei figli minori di soggetti con dipendenze da droghe e alcol.

L'attivazione di programmi di prevenzione nei luoghi di lavoro riveste carattere prioritario in particolare per quanto riguarda i lavoratori che svolgono mansioni che possono comportare dei rischi per terze persone. Le azioni preventive, si realizzano attraverso la diffusione delle informazioni e attraverso accertamenti tossicologici standardizzati e di qualità, come previsto dalle normative vigenti.

La prevenzione degli incidenti stradali correlati all'uso di alcol e sostanze stupefacenti e le nuove normative in merito alla sicurezza stradale richiedono l'elaborazione immediata di procedure d'intervento standardizzate e condivise con i diversi soggetti istituzionali coinvolti (l'Assessorato Trasporti, l'Assessorato Sanità, le Prefetture, le Polizie Locali, l'Autorità Giudiziaria).

2.2 La cura e diagnosi delle tossicodipendenze e la prevenzione delle patologie correlate

La diagnosi e la cura delle tossicodipendenze sono caratterizzate storicamente da un approccio multidisciplinare che ha dimostrato la propria efficacia, nonché una notevole complessità. Inoltre il sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale e del volontariato, ha sviluppato forme di collaborazione che vanno mantenute e sviluppate.

Considerando la dipendenza come una malattia cronica, non si può prescindere, tuttavia dall'includerla in percorsi diagnostico terapeutici chiaramente identificabili, orientati all'evoluzione verso una condizione di vita libera da droghe. La maggiore trasparenza dei percorsi diagnostico terapeutici diventa fondamentale, inoltre, qualora sia necessario, per la salute dei soggetti, ricorrere ad interventi residenziali. Pratiche diagnostiche e terapeutiche guidate dai criteri di efficienza ed efficacia, e specifiche indicazioni per i differenti trattamenti, permettono, non solo una maggiore equità nell'accesso alle cure e libertà per il cittadino di scegliere, ma anche l'uso più razionale delle risorse. E' necessario perciò uscire dalle valutazioni soggettive e andare verso procedure riconoscibili e più attinenti a criteri condivisi dalla comunità scientifica, a maggior ragione qualora si tratti di trattamenti ad alta intensità assistenziale.

I trattamenti devono orientarsi ad una stabilizzazione del problema della dipendenza a breve, medio e lungo termine, considerando questo, anche un modo per ridurre la domanda di droghe.

La prevenzione delle patologie correlate all'uso abituale di sostanze va intesa in senso ampio e include una serie di obiettivi di tipo sociale (emarginazione, prostituzione, carcerazione), e di tipo sanitario (malattie infettive e quelle sessualmente trasmesse, malattie cardiologiche, internistiche e psichiatriche). Le pratiche di aggancio precoce, facilitazione nell'accesso alle cure, stabilizzazione della dipendenza e di sostegno lavorativo e sociale permettono nel loro complesso, di prevenire ulteriori patologie oltre alla dipendenza.

2.3 La riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo

La riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo costituiscono non solo le fasi finali del percorso di emancipazione dalla dipendenza, ma devono essere presenti già nel periodo della stabilizzazione del trattamento. La dipendenza è caratterizzata da cicli, spesso reiterati, che vedono numerosi passaggi dall'aggancio, compliance alla cura, emancipazione, crisi e nuovo coinvolgimento nel percorso terapeutico. I processi di cura, intesi, non come sequenziali, ma come reciprocamente incrementali, devono collocarsi chiaramente in un percorso evolutivo. La comprensione dell'itinerario che il paziente sta compiendo, è spesso possibile però, solo grazie alle competenze cliniche e "metacognitive" dell'operatore che le può riconoscere e

condividere con il paziente. Il riconoscimento di questo itinerario evolutivo, e la progressiva rielaborazione del progetto terapeutico e riabilitativo costituiscono il contenitore fondamentale nel quale si succedono gli interventi terapeutici differenziati. Da questa lettura, dovrebbe emergere, sia per il curante che per il paziente l'effettiva incrementalità delle varie azioni intraprese; e qualora non si verificasse, diventa necessaria la rivalutazione del progetto terapeutico. In questa prospettiva rientrano sia gli interventi ambulatoriali che residenziali. Il monitoraggio dei processi e la valutazione degli esiti deve, quindi, informare non solo, l'azione clinica, ma anche quella organizzativa dedicata alla gestione e pianificazione efficiente delle risorse a disposizione dei servizi.

2.4 Il monitoraggio e la valutazione

Il monitoraggio e la valutazione degli esiti sono processi trasversali a tutte le aree sopra indicate e risultano indispensabili per considerare le prestazioni sanitarie appropriate, efficaci e finanziabili. Gli interventi e i trattamenti realizzati dal Sistema regionale delle dipendenze piemontese devono seguire le Linee di Indirizzo contenute nel Piano di Azione Nazionale Antidroga, le Linee guida e i Protocolli clinici riconosciuti dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale. Si devono sviluppare percorsi diagnostico terapeutici standardizzati, almeno per quanto riguarda le patologie ad alta intensità assistenziale, che permettano una pianificazione efficiente delle risorse. Sarà inoltre necessario avviare percorsi di qualità ed accreditamento anche per i servizi pubblici.

L'integrazione socio-sanitaria degli interventi diventa improrogabile e va affrontata con l'adozione in tutto il territorio regionale di Protocolli d'Intervento interservizi per la migliore e più efficiente gestione dei casi ad alta complessità (i vari tipi di comorbidità, minori etc).

A livello regionale viene attivata la Consulta Regionale delle Dipendenze con esperti del settore pubblico, privato, dell'Università, delle Forze dell'Ordine, oltre a soggetti provenienti dal settore del volontariato. La Consulta avrà il compito di declinare in termini operativi le strategie sopra definite, promuovendo azioni che portino all'uniformità degli interventi sul territorio regionale piemontese. La Consulta ha la funzione di coordinare tutti i gruppi di lavoro in materia di dipendenze patologiche e HIV/AIDS fin qui deliberati o comunque attivi presso l'Assessorato alla tutela alla Salute regionale. Il Centro di Valutazione Regionale e l'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze collaborano alla realizzazione delle linee strategiche qui definite e concordano con la Consulta le modalità idonee a realizzarle. L'Ufficio Dipendenze /AIDS collabora, con le stesse finalità e per quanto di competenza amministrativa, ai lavori della Consulta. Inoltre, per rendere più efficace e sistemica l'azione regionale, è indispensabile il coordinamento con il Dipartimento Nazionale Antidroga.

3. Le malattie neurologiche croniche degenerative e i disturbi neurologici cronici gravemente debilitanti

Le malattie neurologiche croniche degenerative debilitanti (Demenze, Parkinson e disturbi del movimento, Epilessia, Sclerosi Multipla, Malattie Neuromuscolari, Sclerosi Laterale Amiotrofica) e i disturbi neurologici cronici gravemente debilitanti (Stati Vegetativi, Stati di Minima Coscienza, Locked-in Syndrome) sono causa di disabilità importante non solo negli anziani, ma anche nei giovani.

Parkinson

In Italia si hanno annualmente 5-10 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, ma data la natura cronica della malattia, la sua prevalenza è molto elevata (70-260/100000 abitanti). Da ciò si ricava una stima sul numero dei casi che va da 3.000 a 11.000 pazienti in Piemonte.

Il 50% dei casi presenta disturbi comportamentali, il 19% deterioramento cognitivo e il 13% disautonomia nel 13%. E' elevata la concomitanza di patologie infettive e di disturbi cerebro vascolari.

Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

L'incidenza della SLA in Piemonte è di circa 2,9 nuovi casi su 100.000 (circa 130 nuovi casi all'anno) e la prevalenza è di circa 8 casi/100.000 abitanti (circa 350 pazienti). La relativa vicinanza fra prevalenza ed incidenza indica che la patologia è sottoposta ad un elevato turn-over dei pazienti per elevata mortalità, indice di una patologia cronica, ma che può definirsi stabilmente critica con severe implicazioni nell'assistenza.

Sclerosi Multipla

Un profilo epidemiologico più prossimo a quello di una malattia cronica è quello della sclerosi multipla. A fronte di una incidenza in Italia di 3 soggetti su 100.000 abitanti si ha una prevalenza di 90 su 100.000.

Demenza

La demenza è una condizione che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia, successivamente, ogni quattro anni giungendo ad una percentuale circa del 30% all'età di 80 anni.

Epilessia

Fino al 5% della popolazione presenta almeno una crisi epilettica non febbrile nell'arco dell'esistenza, mentre la prevalenza dell'epilessia è dell'ordine di 5 – 10 casi ogni 1.000 persone. L'incidenza annuale di nuove crisi (incluse quelle sintomatiche acute) è dell'ordine di 100 casi per 100.000, mentre la frequenza si riduce a 80 casi per 100.000 considerando solo le crisi non provocate (criptogenetiche o sintomatiche remote, isolate o ripetute) ed è dell'ordine di 30 – 50 casi per 100.000 per l'epilessia.

Locked-in Syndrome (LIS)

" Per quanto riguarda la Locked-in Syndrome (LIS) non si registrano dati epidemiologici di sorta, né a livello nazionale italiano né piemontese. Pertanto, si assumono per inferenza i dati rilevati da un'indagine aggiornata al dicembre 2008 sul territorio francese su una popolazione complessiva di circa 65.520.000 abitanti, che evidenziano una prevalenza di 0,65 casi/100.000 abitanti.

3.1 Organizzazione

Al di là delle differenze epidemiologiche, tutte queste condizioni sono egualmente meritevoli di tutela, poiché rappresentano un problema di grande rilevanza medica e sociale in quanto:

- generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile ad andamento cronico di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né si dispone di mezzi terapeutici capaci di debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo;
- hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico di oneri anche economici inversamente proporzionali all'offerta assistenziale del servizio pubblico;
- sono responsabili di elevati costi complessivi di assistenza contenibili solo attraverso una risposta del sistema sanitario coordinata ed efficiente.

Si tratta evidentemente di patologie affatto diverse nella diagnosi e nella terapia, tutte però riconducibili alle caratteristiche sopra indicate e che per ciò stesso suggeriscono un approccio organizzativo e culturale analogo.

L'efficiente coordinamento delle tante figure professionali, coinvolte nel contrasto a queste patologie, è possibile solo realizzando una rete integrata di servizi sanitari e sociali che disegni percorsi assistenziali specifici mirati al singolo paziente ed alla sua famiglia. Preziosa in questo assetto è la figura del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere nel percorso, ma soprattutto nel suo fungere da interfaccia tra paziente, famiglie e strutture operative (Ospedale, Centri Esperti, Distretto), garante dell'efficacia, qualità, tempestività ed aggiornamento degli interventi prescritti nei confronti dei Pazienti presso il proprio domicilio.

E' imprescindibile in una logica di programmazione globale, basata su reti integrate di servizi, presidi ospedalieri di qualunque livello ed unità operative all'interno delle quali ogni singolo nodo risponda a criteri di efficienza complessiva in cui un adeguato coordinamento clinico sia affidato a Centri con specifica competenza nell'ambito di ogni singola patologia neurologica degenerativa.

L'attività di ogni tipologia di Centro si basa sull'esistenza di un gruppo multidisciplinare specifico, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, come si rileva dalla più recente letteratura inerente gli effetti positivi sugli esiti di salute dei Centri specializzati. I Centri possono predisporre convenzioni al fine di garantire la migliore assistenza possibile, avvalendosi ed ottimizzando le risorse professionali e le esperienze presenti sul territorio regionale.

Una delle priorità del Servizio Sanitario Nazionale è quella di costituire delle reti regionali, ospedaliere e territoriali, per offrire al paziente un modello di assistenza che garantisca appropriatezza terapeutica e continuità assistenziale.

Nel modello di rete regionale ogni Ospedale si configura come un sistema di cura che opera in modo sinergico con gli altri Ospedali della Regione e con gli altri erogatori di prestazioni sanitarie nei settori della gestione delle patologie croniche.

L'esigenza di un sistema assistenziale organizzato a rete è ancor più importante se si considera la prevalenza delle malattie neurodegenerative.

L'organizzazione della rete ospedaliera prevede uno o più presidi responsabili di interventi diagnostici e terapeutici di maggiore complessità e specializzazione.

I presidi ospedalieri, tramite adeguati supporti informatici, devono essere collegati ad altre strutture della Regione quali ospedali con minore complessità, ospedalizzazione a domicilio, ambulatori territoriali, strutture riabilitative, strutture di lungodegenza, cure domiciliari sanitarie, residenzialità e semiresidenzialità, fino al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

Il sistema organizzativo a rete può garantire ai pazienti un miglior livello di prestazioni terapeutiche e maggiore facilità di accesso alle singole tipologie di prestazione sanitaria. Altresì, questo modello permette una sistematica raccolta dati epidemiologici, che permettano un monitoraggio continuo e siano strumento per una programmazione "aderente alla realtà".

Per quanto attiene nello specifico a SV, SMC e LIS, in relazione alle difficoltà di definizione diagnostica e di corretta classificazione nosologica è necessario istituire un Nucleo di Valutazione Regionale, composto da medici con esperienza nella valutazione ed assistenza di pazienti in SV, SMC e LIS, al fine di garantire una valutazione qualificata e omogenea sul territorio regionale, effettuata inizialmente dal Nucleo di Valutazione Regionale, la cui attività terminerà quando la procedura si consoliderà quale strumento di lavoro, a seguito di idonei percorsi formativi.

4. La rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile

Alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) compete la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione della patologia neuropsichiatrica del bambino e dell'adolescente, nella fascia di età 0-18 anni.

La Neuropsichiatria Infantile è una disciplina medica specialistica a collocazione ospedaliera con forte integrazione operativa sul territorio.

La componente universitaria è costituita dalla Sezione di Neuropsichiatria Infantile annessa al Dipartimento Universitario di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza e dalla Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile.

In Piemonte la NPIA è composta da strutture specialistiche collocate all'interno del Dipartimento Materno Infantile e questo ha consentito una risposta specifica ed uniforme ai bisogni globali dei pazienti.

Inoltre la NPIA piemontese si è dotata, sin dal 2001, di un sistema di rilevazione epidemiologica "La rete di Assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica, Riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza", (NPI.net) unico su tutto il territorio nazionale, che con report annuali ne evidenzia il governo clinico, l'analisi dei percorsi e degli indici per il monitoraggio degli obiettivi regionali.

Tale sistema informativo, utilizzato da 133 strutture per la documentazione delle attività di 671 operatori, consente di illustrare le caratteristiche della popolazione che si rivolge ai servizi e le risposte offerte dagli operatori. Dal 2002 al 2009 sono stati registrati 166.084 pazienti, 231.852 diagnosi, 3.132.709 prestazioni.

Il rapporto NPI.net del 2009 rileva che i servizi sono stati contattati nel corso dell'anno da 46.141 minori, pari al 6,74% della popolazione in età 0/17 residente in Piemonte.

Dal confronto statistico dei dati NPI-net degli ultimi anni si evidenziano significativi incrementi del disagio e delle problematiche psichiatriche e psicologiche che esordiscono a età più precoci e con maggior gravità clinica ed evolutiva, un aumento del 24% dei ricoveri per disturbi della condotta, del controllo degli impulsi, della personalità e psicosi, una crescita dei minori disabili al senso della Legge 104 finalizzata al diritto allo studio e di alcune patologie, in particolare di quelle su cui sono state predisposte specifiche raccomandazioni regionali relative ai percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (Autismo, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Disturbi da deficit di Attenzione ed Iperattività ADHD, Disturbi della Condotta, Disturbi Oppositivo-Provocatori DOP).

Per l'Autismo è accertato un dato di prevalenza in età evolutiva di circa 1,9 casi su 1.000, omogeneo sul territorio regionale e in crescita. Ci si attende che tale trend si mantenga stabile e si sottolinea una generalizzata difficoltà nel garantire una continuità di presa in carico terapeutica soprattutto nei soggetti oltre gli 11 anni e fino alla maggiore età.

Sempre lo stesso report evidenzia che anche il dato di prevalenza è in netto aumento, per i minori con diagnosi di disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), pur registrando differenze più significative tra le diverse ASL., con una media regionale di 4,9 casi su 1.000.

L'intervento del neuropsichiatra infantile si configura come multi-professionale e pluri-istituzionale, in quanto accanto ad una presa in carico del giovane paziente e della sua famiglia prevede una sinergia tra Servizi di NPI di I, di II e di III livello e rapporti diretti con altri operatori sanitari, con la scuola, con i servizi sociali, l'associazionismo, gli ambienti di vita, l'autorità giudiziaria e talora le forze dell'ordine.

4.1 Organizzazione

Presso ogni Area di Coordinamento sovrazonale sono presenti almeno:

- Una struttura di III livello: per la gestione dell'emergenza /urgenza neurologica/psichiatrica, e per la gestione delle patologie a rara diffusione;
- Strutture di II livello presso ospedali cardine per la diagnosi e cura di patologie specifiche a medio/ampia diffusione (epilessie, disturbo da deficit di attenzione con iperattività ADHD, autismo);
- Servizi di NPIA di territorio presso le ASL provinciali o sub-provinciali per la gestione la presa in carico e il trattamento delle patologie ad ampia diffusione: disturbi dell'apprendimento, psicopatologia, riabilitazione, tutela, continuità delle cure, gestione delle cronicità.

Il modello organizzativo si connota per uno specifico percorso di cura dove:

- a) Le Strutture di I livello: costituite negli ambulatori di NPIA del territorio rappresentano il principale luogo di “screening” e di valutazione diagnostica così come il luogo di cura primario delle patologie neuro-psichiatriche a lieve media complessità, nonché il luogo della tutela in collaborazione con le scuole, i tribunali ed i servizi socio-assistenziali. Rappresentano inoltre il luogo più appropriato ove effettuare prese in carico continuative nel tempo e la riabilitazione neuropsichica in età evolutiva. Il neuropsichiatra infantile in questa sede rappresenta il case-manager, responsabile delle cure primarie e all’interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (U. V. M. D).
- b) Le Strutture di II livello: oltre a possedere le funzioni di cui sopra, costituiscono il riferimento per specifiche ed ulteriori indagini che richiedono una più complessa integrazione fra le varie discipline medico-specialistiche e possono disporre di posti letto per la degenza ordinaria nell’area pediatrica, garantiscono attività integrata con la terapia intensiva neonatale per la diagnosi, cura e follow up delle patologie neurologiche neonatali, assicurano un servizio di diagnosi e cura dell’epilessia in età evolutiva, utilizzando idonea strumentazione neuroradiologica ed elettrofisiologica;
- c) Le Strutture di III livello: rappresentano il riferimento per le strutture di NPIA territoriali e di II livello della zona di appartenenza. Qui afferiscono quelle patologie neurologiche e psichiatriche che necessitano di una specifica e dedicata ospedalizzazione – con letti propri - per l’effettuazione di indagini strumentali specialistiche complesse e per trattamenti terapeutici che necessitano un’elevata specificità, di un costante controllo clinico/strumentale e per la gestione dell’emergenza urgenza neuropsichiatrica ospedaliera.

Il funzionamento della rete viene garantito da una costante interazione tra i servizi di primo, di secondo e di terzo livello, in un network organizzativo gestionale per patologia e per aree geografiche di competenza.

L’intervento riabilitativo in età evolutiva infatti presenta alcune specificità in quanto è rivolto a pazienti portatori di danno neurologico precoce o a pazienti che presentano una patologia dello sviluppo, nei quali la finalità terapeutica/educativa si realizza, laddove funzioni ed abilità compaiono e si sviluppano, nonostante il danno subito.

Particolare attenzione si intende offrire nei percorsi riguardanti le seguenti patologie:

- Emergenza/urgenza psichiatrica e disturbi della condotta alimentare (DCA)
- Autismo
- ADHD (Sindrome da deficit di attenzione con iperattività) e disturbi della condotta
- Disturbi Specifici d’apprendimento
- Epilessie

Occorre proseguire la rilevazione epidemiologica NPI.net ed ampliare la stessa, provvedendo anche ad organizzare in via definitiva la rilevazione e il monitoraggio dei dati ospedalieri (casistica, diagnosi e prestazioni).

Occorre istituire un osservatorio regionale di psicofarmacologia per l’età evolutiva per il monitoraggio di tali farmaco-terapie in età evolutiva.

5. La rete integrata dei servizi per l’assistenza e la cura degli anziani e dei malati cronici

Nella riorganizzazione del SSR vanno previste strategie specifiche atte al miglioramento della cura degli anziani e dei malati cronici realizzando un’assistenza continuativa attraverso un’efficiente e corretta integrazione dei servizi sanitari e sociali.

Per quanto attiene la condizione di fragilità dei pazienti vanno promossi tutti gli interventi di prevenzione della disabilità, in particolare nell'età geriatrica, mirati a identificare i soggetti "a rischio" e a prevenire e contenere l'evoluzione della fragilità in disabilità.

In un panorama nazionale di carenza di una strategia generale di assistenza continuativa alle persone fragili e non autosufficienti di tutte le età, si rende necessario programmare a livello regionale un modello integrato di cure flessibili in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico-riabilitativo-assistenziali della popolazione, in particolare se fragile e anziana, con la possibilità di indirizzare il paziente verso i setting appropriati in termini di organizzazione e di risorse, garantendo una rete integrata di servizi fra ospedale e territorio con valorizzazione delle diverse figure professionali coinvolte.

Il percorso deve tenere conto di tutte le fasi dell'assistenza del paziente fragile e cronico, dalla prevenzione alla presa in carico, alla rivalutazione e agli esiti.

Il Distretto assume un ruolo peculiare in quanto luogo fisico della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa dell'intero percorso socio-assistenziale del paziente.

In esso l'UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare) e l'UVG (Unità Valutativa Geriatrica) coordinano l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di Assistenza ed operano tutte le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale con un ruolo consulenziale e/o di erogazione di prestazioni di competenza, a partire dal MMG (Medico di Medicina Generale) ai medici specialisti delle diverse branche indicate dal Piano di Assistenza ed ai professionisti identificati in base alle necessità cliniche, riabilitative e sociali del paziente.

Il Case Manager, abitualmente figura infermieristica, procede ad una valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari e sociali assumendo il compito di coordinare la realizzazione del Piano di assistenza e la successiva modulazione delle risposte.

Il MMG resta il primo responsabile della diagnosi, della cura e del follow-up medico, mentre i vari specialisti e professionisti sanitari e sociali collaboreranno per quanto di competenza ed il geriatra sarà lo specialista di riferimento per il coordinamento dei processi valutativi multidimensionali e per le situazioni di particolare complessità e fragilità del paziente anziano.

Nel Distretto vanno attivate valutazioni multidimensionali di primo livello (VM1) per i bisogni semplici soddisfatti da un solo operatore e valutazioni di secondo livello (VM2) per i bisogni complessi che prevedono l'integrazione fra il Case Manager, il MMG, i vari specialisti ed in particolare la geriatria dell'UVM di riferimento e l'assistente sociale.

La rete dei servizi territoriali prevede i diversi setting di risposta: i servizi sociali e/o sanitari (ADI, assistenza domiciliare, Centri Diurni) ed i servizi residenziali (Case di Riposo, RSA e Presidi Territoriali di prossimità).

In caso di un evento acuto che renda necessaria l'ospedalizzazione, l'anziano accederà al PS/DEA dove potrà anche essere definito nel triage, sulla base di uno specifico algoritmo, come "Codice Argento" con una VM1 che identifica una "fragilità/possibile non autosufficienza" con conseguente precoce allertamento del Distretto e l'eventuale necessità di assistenza continuativa alla dimissione.

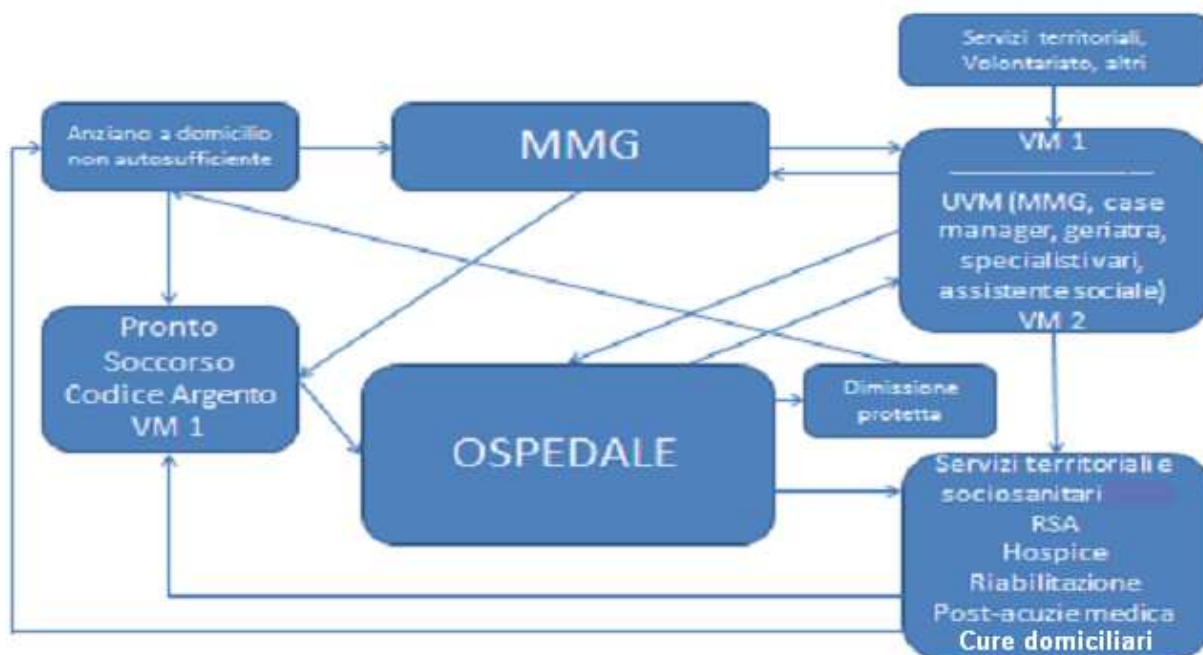
Il paziente dal PS/DEA verrà indirizzato al ricovero nella UO di Geriatria o in Medicina Interna o altri reparti specialistici di competenza (neurologia, ortopedia, cardiologia,...). Se necessario, in caso di problematiche socio-sanitarie da approfondire, nei reparti ci si potrà avvalere di una VM2 ai fini della dimissione protetta di cui verrà data preventiva segnalazione al MMG che verrà contestualmente coinvolto nella gestione del caso.

Il paziente alla dimissione potrà essere trasferito nel setting idoneo a diversa intensità di cure a partire dalla Lungodegenza, alle Strutture di Continuità Assistenziale, Hospice, RSA, Cure Domiciliari, etc.

Per gli anziani trasferiti nelle strutture residenziali la VM2 potrà effettuare periodiche rivalutazioni della congruità del setting con attivazione di una dimissione protetta con rientro al domicilio.

Nella gestione e monitoraggio del percorso del paziente il Distretto pertanto deve avvalersi di strumenti specifici validati e standardizzati che consentano la verifica dell'appropriatezza e dell'integrazione dei servizi.

PERCORSO PER L'ASSISTENZA E LA CURA DEI PAZIENTI ANZIANI E DEI MALATI CRONICI



6. L'area della post-acuzie

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie progettuali e attuative è un compito istituzionale della Regione finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare nel sistema socio-sanitario piemontese risposte, interventi e azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo e curativo, che siano coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità e le opportunità tecniche adeguate e sostenibili.

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione. L'impatto che le patologie cronico-degenerative, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica stanno determinando sulla domanda di salute, mette a rischio anche la sostenibilità economica di tutto il sistema salute.

Questo cambiamento di scenario ha ricadute importanti sul sistema delle cure che, rispettando i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza deve rispondere ai nuovi bisogni di salute con logiche di servizio innovative che tengano conto della necessità di una visione organica e integrata tra sanitario e sociale anche al fine di garantire gli interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse.

In questo contesto, in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità (acuzie, post-acuzie, cronicità), diventa elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative che all'interno di ciascuna, al fine di combinare le esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascuna struttura operativa con le ragioni della efficienza allocativa del sistema.

La programmazione secondo il concetto di "rete" è una logica di organizzazione che garantisce attraverso una rete di servizi, una completa presa in carico nelle varie fasi da quella ospedaliera a quelle territoriali-ambulatoriali, domiciliari, residenziali, assicurando continuità nelle cure.

L'attuazione di un siffatto modello di servizi ha delle profonde implicazioni:

- l'omogeneità dei servizi misurata prioritariamente sulla capacità degli stessi di garantire equità di accesso della popolazione ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato ,
- prevalenza dell'efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa del singolo servizio (la localizzazione del servizio è in funzione della esigenza della rete)
- caratteristiche che devono possedere i vari punti della rete al fine di garantire le funzioni assegnate nell'ambito della rete
- l'attuazione ed il funzionamento in rete ha come presupposto principale la collaborazione tra i servizi che costituiscono la rete, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento attribuiti ai medesimi.

Le criticità oggi particolarmente evidenti sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie , e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio.

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti a dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o di fragilità, insito ad esempio nell'invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane.

I pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di intervento;

- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriatazza delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica : riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti.

Realtà predittiva di una epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Una appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali, per rispondere ai bisogni di tali pazienti, deve rispondere ai seguenti criteri:

- coerenza tra i tempi utili all'Ospedale e quelli necessari per l'attivazione del setting successivo;
- funzionamento di tutti i punti della "rete" dei servizi interessati
- realizzazione di piani di assistenza post-dimissione condivisi tra Ospedale e territorio
- incentivazione dell'assistenza domiciliare e residenziale.

Un adeguato inquadramento dell'intensità dei bisogni dei pazienti in relazione all'aspetto clinico-internistico, assistenziale e riabilitativo, terminata la fase acuta, permette di realizzare azioni di sistema che garantiscano al cittadino il miglior livello di cure secondo il necessario livello di graduazione .

L'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale

La realizzazione della conseguente articolazione organizzativa permetterebbe di perseguire una maggiore appropriatezza di intervento dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia, di dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dell'anziano, in particolare di quello fragile, con la possibilità di indirizzare pazienti "gravi" verso setting diversi sia in termini di organizzazione che in termini di costi di risorse.

In questo contesto appare fondamentale il ruolo dei singoli Distretti delle ASL, in quanto deputati a svolgere le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta, attraverso lo sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione.

Premesso quanto sopra risulta evidente la necessità di ridefinire l'area di intervento che si occupa di quei pazienti che, superato l'evento critico, hanno ancora bisogno di continuità terapeutica-assistenziale e riabilitativa.

In merito alle attività riabilitative gli attuali indirizzi regionali di riorganizzazione permettono di assicurare una offerta sanitaria che tiene conto delle caratteristiche quali-quantitative della popolazione di riferimento di ciascuna Area Funzionale Sovrazonale (AFS) e dell'incidenza e prevalenza dei principali quadri di disabilità presenti all'interno di ogni Area Funzionale Sovrazonale (AFS). Permette altresì di qualificare la medesima offerta sanitaria dando una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità, individuando ed attivando in rete percorsi predefiniti di continuità assistenziale – disabilità dipendenti, assicurando la disponibilità di setting riabilitativi completi di tutte le fasi ospedaliere e territoriali a livello di AFS (3° livello 2° livello 1° livello, attività domiciliare) per la realizzazione del progetto riabilitativo individuale.

In questo settore, come in quello della lungodegenza ospedaliera che si occupa di pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni, è necessario individuare e realizzare azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale che portino a liberare risorse a favore della realizzazione di una nuova funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria per pazienti il cui bisogno assistenziale è prevalente rispetto alla parte clinico-internistica che pure è presente in modo significativo.

Tale funzione si porrebbe in modo intermedio tra la fase ospedaliera e quella residenziale territoriale ed il modello gestionale relativo deve prevedere una funzione specifica dell'Unità di Valutazione Multispecialistica da realizzarsi di concerto con il reparto ospedaliero, che procede alla dimissione del paziente, al fine di una appropriata immissione del paziente nel percorso e nel rispetto della presa in carico globale del paziente.

I pazienti destinatari del suddetto intervento sono:

- a. Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari –
- b. Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.-
- c. Pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari-
- d. Pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari
- e. Pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio- assistenziali
- f. Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari
- g. Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.-

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione prevede una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie, una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti.

7. Riorganizzazione funzionale delle strutture di emodinamica e di cardiologia interventistica

Nell'ambito di una ridefinizione funzionale delle strutture di Cardiologia dotate di laboratori in grado di trattare le sindromi coronariche acute, occorre riorganizzare le stesse in base ai differenti livelli di prestazioni. Tali livelli sono basati sulle caratteristiche organizzative della struttura.

Primo livello:

Strutture di Cardiologia con una sala di Cardiologia Interventistica che sono aperte per alcuni giorni della settimana per effettuare esami coronarografici ed angioplastiche coronariche in elezione o urgenze "differibili" (pazienti con sindrome coronarica che non necessitano un trattamento in urgenza ma che in ogni caso devono essere trattati in 24-48 ore).

Tali strutture devono essere collegate a strutture dotate di un'emodinamica h24 sia per il trattamento delle urgenze che per il mantenimento della competenza degli operatori. Il collegamento deve prevedere una rete, da creare in aree omogenee, con la presenza di un coordinatore di rete che ha il compito di definire percorsi e protocolli comuni di trattamento.

I giorni e gli orari di apertura devono essere definiti in rete in base alle necessità di trattamento dei pazienti ed alla disponibilità di operatori medici ed infermieristici.

Secondo livello:

Strutture di cardiologia dotate di un laboratorio di emodinamica h24. Deve essere garantita la presenza di personale medico ed infermieristico sufficiente per l'apertura h12 in orario di servizio ed in reperibilità notturna e festiva in modo da garantire sia il trattamento in elezione che il trattamento in urgenza.

Rappresentano in alcune circostanze la struttura di riferimento di una rete con strutture di primo livello. Il responsabile di tale struttura può essere quindi il coordinatore della rete.

E' necessaria la disponibilità di un centro di cardiocirurgia anche non in sede con percorsi e protocolli condivisi sia per il trasferimento in urgenza che per l'invio di pazienti che necessitano di rivascolarizzazione chirurgica.

Alta specializzazione

Strutture di cardiologia dotate di un laboratorio di emodinamica h24 con cardiocirurgia in sede. Deve essere garantita la presenza di personale medico ed infermieristico sufficiente per l'apertura h12 in orario di servizio ed in reperibilità notturna e festiva in modo da garantire sia il trattamento in elezione che il trattamento in urgenza.

La presenza della cardiocirurgia in sede deve essere in ogni caso supportata da protocolli condivisi. Al tempo stesso può essere prevista l'esecuzione di procedure interventistiche ad alta complessità (es. disostruzioni complesse).

La struttura di cardiocirurgia può essere il riferimento di altre strutture di secondo livello con le quali ha condiviso percorsi e protocolli.

Le dotazioni organiche delle strutture dei diversi livelli devono essere in grado di permettere l'attività prevista per ciascun livello. Al contrario le dotazioni strutturali devono essere le stesse per i 3 livelli così come previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali delle società scientifiche.

8. Trasporto Secondario Protetto di paziente critico e Trasporto Neonatale

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della complessa gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il trasporto secondario è un evento frequente che coinvolge la rete Ospedaliera e può rappresentare per il paziente un periodo di potenziale instabilità clinica in grado di aumentarne la morbilità.

La nuova configurazione operativa delle Centrali Operative 118 deve prevedere la gestione delle richieste di trasporto secondario protetto dei pazienti critici, al fine di definire, organizzare e standardizzare tale attività, raggiungendo comportamenti omogenei, modulabili secondo il livello di necessità a garanzia del percorso diagnostico terapeutico.

Dovranno essere condivisi protocolli con le strutture ospedaliere, in particolar modo con i DEA, coerenti con la rete delle patologie complesse.

Dovrà essere prevista un'organizzazione di struttura complessa a valenza regionale presso la Centrale Operativa 118 di Torino che permetta di ricevere e coordinare le attività connesse con i trasporti secondari protetti.

A tale proposito, è necessario prevedere lo sdoppiamento della struttura complessa della Centrale Operativa di Torino, in considerazione sia della complessità territoriale e di abitanti (il quintuplo rispetto alle altre centrali), sia delle funzioni sovrazionali ad essa attribuite, quali l'attività di coordinamento e di trasporto organi ed equipe dedicate ai trapianti.

Al fine di una presa in carico da parte del sistema dell'Emergenza Territoriale 118, graduale ma coerente con la riorganizzazione della nuova rete Ospedaliera, si prevede in un primo momento l'integrazione dei due sistemi basati sulla pronta disponibilità di personale delle Aziende Sanitarie Ospedaliere integrate dalle pronte disponibilità del sistema 118 e dall'utilizzo coordinato dalle Centrali Operative dei mezzi di Soccorso nelle diverse tipologie con l'obiettivo di razionalizzare le risorse precedentemente impegnate autonomamente dalle Aziende.

Successivamente, definito con maggior precisione il volume di attività relativo al Trasporto Secondario protetto di Paziente Critico, si prevede la totale presa in carico da parte del sistema di emergenza.

Un'analisi quantitativa relativa alla tipologia di trasporti in oggetto individua in circa 10.000 / anno gli eventi interessati. Per sostenere la prima parte del progetto, a decorrenza 1 maggio 2011, si prevede l'utilizzo di circa 18.000 ore assistenziali in pronta disponibilità per medico ed infermiere, calcolando 150 minuti di assistenza per ciascuno degli interventi previsti in numero di 7.200. Allo stesso modo dovrà essere organizzato l'utilizzo di mezzi di soccorso estemporaneo per lo stesso numero di ore assistenziali.

Numero interventi x : 150' = fabbisogno assistenziale

Fabbisogno assistenziale = 1 mezzo + 1 medico + 1 infermiere

Mezzo di soccorso estemporaneo = diritto di chiamata + indennità Km + indennità sosta oraria

Particolare rilevanza rivestono trasporti secondari di paziente critico di particolare complessità clinica-organizzativa, quali il paziente in ossigenazione extracorporea (ECMO) e il paziente bariatrico, per i quali il fabbisogno assistenziale non può essere preventivamente determinato con i parametri di cui sopra.

Gli oneri relativi alla esecuzione dei trasporti secondari protetti di paziente critico saranno a carico dell'Azienda richiedente la prestazione, oltre alla fornitura del materiale farmaceutico e dei presidi sanitari di diretto utilizzo per l'intervento.

L'utilizzo anche di mezzi in forma continuativa, già convenzionati per il soccorso in emergenza, verrà calcolato con lo stesso principio di quelli in estemporanea.

Al Sistema 118, nell'ambito della collaborazione tra i Servizi di Neonatologia indicati nella deliberazione della Giunta Regionale n. 3-6466 del 23 luglio 2007, spetta il compito di coordinamento generale del sistema di emergenza sanitaria e dell'organizzazione del trasporto stesso. Il 118 ha inoltre la responsabilità del coordinamento dei mezzi che vengono utilizzati per il trasferimento interospedaliero nella rete dell'emergenza con tipologie diverse che vanno dalla gestione di mezzi propri a quelli in convenzione.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove è previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

9. Progetto R.I.C.R.E.O.

(Rete Integrata per la Chirurgia Ricostruttiva Estetica Oncologica)

L'attuale situazione Piemontese del trattamento del Tumore della mammella non riesce a fornire un servizio pienamente competitivo rispetto ai centri di riferimento nazionali presenti nelle Regioni confinanti.

Ne consegue una mobilità passiva, specie verso la Lombardia, che può e deve essere evitata.

I protocolli diagnostico-terapeutici del carcinoma della mammella sia in campo oncologico, sia in campo chirurgico sono ormai validati a livello internazionale e vengono ubiquitariamente utilizzati. La percentuale di sopravvivenza risulta, dunque, conseguentemente sovrapponibile.

Ciò che diversifica l'attuale realtà piemontese da quella dei grandi centri nazionali è la tipologia di approccio globale al paziente.

L'atteggiamento che costituisce il gold-standard del trattamento, si basa sulla visione della malattia non solo come patologia che mette a rischio la vita della paziente, ma anche come esperienza demolitiva della integrità e femminilità della persona.

L'atto terapeutico che ne consegue, non solo pone sullo stesso piano la chirurgia demolitiva e quella ricostruttiva, ma identifica la seconda come atto fondamentale di completamento della prima. Senza la chirurgia ricostruttiva il trattamento non si può dire completo.

Il trattamento ricostruttivo assume elevato rilievo in quanto non solo risponde alla finalità anatomica di vera "restituito ad integrum della parte lesa", ma svolge anche una azione psicologica e sociale di restituzione della femminilità e dell'integrità della persona.

In questo contesto è necessaria la stretta collaborazione tra il Chirurgo plastico, il Chirurgo oncologo, il Radioterapista, l'Oncologo Medico, dal momento della diagnosi, fino alla scelta ed esecuzione dell'atto demolitivo che oltre ad avere la finalità di exeresi della malattia, deve avere anche una funzione di preparazione all'atto ricostruttivo.

Un efficace modello organizzativo, già in atto in diverse realtà internazionali, prevede di strutturare le "Breast Unit" all'interno di un Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva.

Breast Unit così concepite renderebbero naturali scelte chirurgiche che, a seconda della tipologia mammaria, delle varianti oncologiche e dei rischi di bilateralità suggeriscano alla donna, a parità di speranza di sopravvivenza, la via più cosmeticamente valida per il miglior ripristino delle condizioni della propria femminilità.

Il risultato prevedibile è di riportare al centro dell'attenzione terapeutica la donna e non il tumore, ricollocando il trattamento globale del tumore della mammella sui livelli dei principali centri di riferimento nazionale.

Tale scelta rappresenta un segnale forte, concreto e socialmente rilevante di evoluzione del trattamento globale della malattia tumorale della mammella nella direzione del rispetto della donna, del suo corpo, della sua femminilità fisica e psicologica.

La riorganizzazione delle Breast Unit secondo tale modello risulta inoltre propedeutica alla costruzione di una rete speculare e complementare alla rete Oncologica. Il ridotto numero di Strutture Complesse di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, presente sul territorio del Piemonte, costituisce un fattore facilitante la realizzazione ed integrazione della rete stessa. La definizione di protocolli condivisi, non solo diagnostico-terapeutici, ma anche comportamentali e di metodologia d'approccio alla malattia, risulterebbe obiettivo facilmente ottenibile.

Inoltre, l'esperienza acquisita con le Breast Unit potrà essere facilmente esportabile a tutto l'ambito ricostruttivo sia oncologico sia traumatico dove la restituzione della componente estetica costituisce parte integrante del trattamento.