



*Prima bozza per una proposta di
Piano Socio Sanitario Regionale*

Torino, 28 Dicembre 2005

INDICE

Premessa	
UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE	Pag. 1
Capitolo 1	
IL GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Pag. 3
Premessa	Pag. 3
1. L'ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEL GOVERNO DEL SSR	Pag. 5
2. L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI	Pag. 8
3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA	Pag. 10
4. IL SISTEMA DI OFFERTA	Pag. 12
5. IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE	Pag. 15
6. LA POLITICA DELLE RISORSE UMANE	Pag. 16
7. L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI "INTERMEDI"	Pag. 18
8. LA POLITICA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA	Pag. 20
9. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE	Pag. 21
10. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO	Pag. 23
Capitolo 2	
PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	Pag. 25
1. I PROBLEMI DELLA PREVENZIONE	Pag. 25
2. QUALE PREVENZIONE	Pag. 26
2.1. Politiche per la salute	Pag. 27
2.2. Gli interventi di prevenzione	Pag. 28
3. PIÙ FORZA ALLA PREVENZIONE	Pag. 30
4. ORGANIZZARE LA PREVENZIONE	Pag. 31
5. LA RETE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE	Pag. 32

5.1. Organizzazione regionale	Pag. 32
5.2. Presidi e servizi di riferimento e di supporto	Pag. 32
5.3. Rete locale	Pag. 33
6. VIGILANZA E PREVENZIONE	Pag. 33
7. FINANZIARE LA PREVENZIONE	Pag. 34
8. FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI	Pag. 34
9. INFORMARE PER LA PREVENZIONE	Pag. 35
10. OBIETTIVI PRINCIPALI PER LA PREVENZIONE	Pag. 35
10.1. Progetti regionali in attuazione del Piano Nazionale della prevenzione	Pag. 36
10.2. Sicurezza alimentare	Pag. 36
10.3. Prevenzione nutrizionale	Pag. 36
10.4. Alcuni obiettivi innovativi di rilievo per la prevenzione veterinaria	Pag. 37
10.5. Salute e ambiente	Pag. 38
10.6. Screening oncologici	Pag. 38
10.7. Salute e sicurezza in ambienti di vita	Pag. 39
10.8. Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	Pag. 39
Capitolo 3	
CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE TERRITORIALE	Pag. 41
1. LE CURE PRIMARIE E LA SANITÀ DEL TERRITORIO	Pag. 41
1.1 La presa in carico del cittadino e la continuità dell'assistenza	Pag. 41
1.2 L'integrazione socio-sanitaria	Pag. 42
1.3 Le attività del territorio	Pag. 42
1.4 Le cure primarie	Pag. 43
1.5 I percorsi assistenziali dei cittadini	Pag. 44
1.5.1 La persona/il cittadino/il paziente	Pag. 45
1.5.2 La medicina generale e la pediatria di libera scelta: dal singolo al gruppo	Pag. 46
1.5.3 I servizi del territorio di supporto	Pag. 48
1.5.4 I servizi del territorio ad accesso diretto	Pag. 50
1.5.5. I servizi sanitari di cure non primarie	Pag. 50

1.5.6. I servizi per la popolazione	Pag. 51
1.5.7 I servizi a domanda individuale	Pag. 51
1.6 I sistemi di valutazione	Pag. 52
2. IL GOVERNO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE TERRITORIALI	Pag. 52
2.1 Le maggiori criticità presenti nei distretti piemontesi	Pag. 52
2.2 Elementi organizzativi per il governo del territorio	Pag. 54
Capitolo 4	
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE	Pag. 57
Premessa	Pag. 57
1. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE	Pag. 59
2. DIRITTI ED OPPORTUNITA'	Pag. 62
3. L'OFFERTA DI INTERVENTI INTEGRATI SOCIO-SANITARI	Pag. 65
4. LA COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA ED I MODELLI DI INTEGRAZIONE	Pag. 67
Capitolo 5	
LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE	Pag. 71
Premessa	Pag. 71
1. LA SITUAZIONE ATTUALE E GLI OBIETTIVI DELL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 23 MARZO 2005	Pag. 72
2. LA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO	Pag. 75
3. LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO	Pag. 76
4. LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ	Pag. 78
a. Le liste di attesa	Pag. 79
b. Punti nascita e rete delle attività pediatriche	Pag. 80
c. I servizi diagnostici	Pag. 82
d. Cardiologia e cardiocirurgia	Pag. 83
e. Salute mentale	Pag. 84
f. La rete oncologica	Pag. 85

g. L'attività di post acuzie	Pag. 85
h. Le case di cure	Pag. 86
5. REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE	Pag. 87
Premessa	Pag. 87
a. Metodologia	Pag. 88
b. Identificazione del fabbisogno	Pag. 89
c. La situazione della rete dei presidi ospedalieri e la sua revisione	Pag. 90
d. I problemi della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Torino	Pag. 91
e. Le principali criticità nella rete ospedaliera	Pag. 92
- Unità funzionale sovrazonale di Torino	Pag. 92
- Unità funzionale sovrazonale di Novara	Pag. 94
- Unità funzionale sovrazonale di Cuneo	Pag. 95
- Unità funzionale sovrazonale di Alessandria-Asti	Pag. 96
Capitolo 6 PROGETTI SPECIALI	Pag. 100

PREMESSA

UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

Il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2006-2008 rappresenta un documento fondamentale per delineare le politiche di tutela della salute della collettività piemontese. La mancanza dal 1999 di indicazioni programmatiche che indicassero obiettivi strategici, scelte organizzative, modalità di lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie, ha sfavorevolmente condizionato la sanità regionale. Inoltre la mancata integrazione con le politiche sociali, spesso più efficaci nel tutelare la salute degli stessi interventi sanitari, ha determinato una serie di squilibri difficilmente sanabili con interventi a valle del sistema.

Con il nuovo documento programmatico la Giunta Regionale si propone di riannodare le fila dell'organizzazione sanitaria regionale e il quadro della programmazione sulla base di una puntuale analisi dello stato di salute e dei bisogni della popolazione. Questo approccio, di deciso orientamento alla salute come riferimento principale per le scelte politiche e di gestione, segna un'inversione del percorso, finora prevalentemente orientato sul versante dell'offerta dei servizi piuttosto che incentrato sui bisogni e sulle fragilità di chi ha problemi di salute.

Principi ispiratori del Piano riguardano pertanto:

- la centralità della salute, intesa come diritto fondamentale che viene garantito non solo attraverso un razionale sistema di assistenza e cura, ma anche agendo sui fattori socio-economici ed ambientali che la condizionano;
- il governo della sanità, affrontando i temi dell'efficace amministrazione del comparto e della gestione delle risorse a disposizione per garantire un sistema sanitario pubblico che assicuri a tutti i cittadini parità di accesso in base ai bisogni, senza discriminazioni;
- l'attenzione centrale al paziente, attraverso un'accoglienza che ne rispetti i diritti e ponga l'umanizzazione dei servizi come valore fondamentale di ogni percorso di assistenza e cura;
- il potenziamento della prevenzione, che consiste soprattutto nel controllo e nella rimozione dei fattori di nocività e di rischio, mantenendo nel contempo tutte le condizioni favorevoli alla conservazione del benessere;
- l'organizzazione della rete ospedaliera, per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie;
- una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che fornisca ai cittadini una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
- l'integrazione con i distretti socio-assistenziali per attivare una rete di protezione sociale, indispensabile per gli interventi di prevenzione, sostegno e riabilitazione per tutte le persone che si trovano in difficoltà economiche e sociali;
- un deciso e responsabile coinvolgimento degli Enti locali nella programmazione delle azioni di promozione e tutela della salute, ma anche

nella valutazione della qualità dei servizi e della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione;

- un sistema sanitario sobrio, che consenta, attraverso le valutazioni e i controlli di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni, di migliorare la salute, aumentare la soddisfazione degli assistiti e contenere la spesa. In questo ambito ricerca e innovazione, sia nel settore organizzativo, sia di metodi e strumenti anche tecnologici, saranno stimulate e governate, per evitare che interessi economici facciano crescere prestazioni non appropriate e aspettative ingiustificate.

Sulla scorta di questi impegnativi valori e principi è stata disegnata l'architettura generale del Piano che ispirerà l'impostazione organizzativa e la concreta gestione di tutto il sistema sanitario regionale. A partire dal 2006 si svilupperanno una serie di azioni settoriali da definire più compiutamente con protocolli di dettaglio redatti in base alle situazioni concrete e alla specificità di ogni singolo ambito di intervento.

A scadenze periodiche, sulla base dello stato di attuazione e dell'evoluzione della situazione, saranno apportate le indispensabili modifiche e variazioni correttive. Il Piano impone infatti una forte partecipazione per la sua continua modulazione e l'adeguamento progressivo alle esigenze rilevate della quale vanno costantemente informati e resi consapevoli sia gli operatori dei servizi sia i cittadini.

L'articolazione del piano socio-sanitario

La prima bozza di proposta del Piano si articola in sei capitoli:

- 1) Il governo del servizio sanitario regionale, che affronta i temi della amministrazione del comparto e della gestione delle risorse a disposizione;
- 2) La promozione della salute e la prevenzione sanitaria con riferimento ai servizi della prevenzione territoriale, alle politiche della salute e a tutte le pratiche mediche, veterinarie, individuali e sociali che favoriscono la salute e evitano le malattie;
- 3) Le cure primarie e l'integrazione territoriale con le attività che risolvono i problemi di salute al di fuori dell'ospedale, che devono essere potenziate e integrate con il comparto assistenziale;
- 4) Integrazione socio-sanitaria: salute e benessere sociale
- 5) La rete ospedaliera, con una proposta di razionalizzazione che tiene conto dei vincoli strutturali imposti dall'accordo Stato/Regioni 23/3/2005 e affronta le principali questioni sul tappeto;
- 6) I progetti speciali, una sintesi di alcuni progetti di particolare rilievo che si propongono all'approfondimento e alla discussione.

Il Piano è infine accompagnato dalla proposta di disegno di legge "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", la cui emanazione rappresenta l'atto preliminare del processo di approvazione del Piano.

E' allegata la relazione sullo stato di salute della popolazione piemontese.

CAPITOLO 1

IL GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

PREMESSA

Gli effetti del federalismo in sanità

La responsabilizzazione delle Regioni in ordine al perseguimento dei LEA ed al rispetto dell'equilibrio della gestione prevista dal d.lgs. 56/2000 è stata puntualmente regolata nelle successive leggi finanziarie e nelle intese Stato – Regioni del 3.8.2000 e del 8.8.2001. La regolazione ha infine avuto una nuova e incisiva definizione nell'Intesa del 23.3.2005 relativa al triennio 2005 - 2007.

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

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

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

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

I limiti del mercato in sanità

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

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

della doppia funzione dei medici "agenti" e "fornitori" e di controllo della appropriatezza delle prescrizioni;

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

Il rafforzamento del ruolo delle Regioni

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

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

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

Il ripensamento del processo di aziendalizzazione

Il processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche deve essere:

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

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

Il quadro di riferimento

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

Le principali tendenze evolutive che si riscontrano sono:

- la tendenziale riduzione del numero delle aziende sanitarie;
- lo sviluppo di aggregazioni sovra-aziendali, in forma più o meno strutturata;
- lo sviluppo del coinvolgimento degli enti locali, con varie modalità;
- lo sviluppo delle sperimentazioni gestionali.

I problemi

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

- l'azione della Regione è condizionata dai limiti organizzativi (il modello organizzativo regionale non tiene ancora conto della dimensione funzionale ed economica del SSR), da un approccio talora burocratico (nella prospettiva del *government* invece che della *governance*) e dal numero delle aziende sanitarie (che rende problematico il rapporto con la singola azienda);
- l'azione delle aziende sanitarie presenta evidenti ambivalenze, tra ricerca dell'autonomia (nelle scelte organizzative) e ricerca della "copertura" regionale (nelle conseguenze economiche delle scelte organizzative);

- i rapporti tra le aziende sanitarie sono poco strutturati e sviluppati; il sistema del coordinamento di quadrante ha prodotto risultati inferiori alle attese: i rapporti convenzionali tra le aziende sono occasionali e non organici;
- i rapporti tra le aziende sanitarie e i soggetti erogatori privati sono poco strutturati e, pertanto, con limitate forme di collaborazione programmata;
- l'azione delle aziende sanitarie presenta talora limiti qualitativi sia nel governo clinico, con conseguente demotivazione degli operatori, sia nel governo economico;
- l'azione degli enti locali sembra più orientata verso la configurazione della rete dell'offerta che verso la garanzia del perseguimento dei bisogni attraverso i livelli essenziali di assistenza, a prescindere dalla rete dell'offerta e dalla mobilità dei cittadini;
- complessivamente occorre migliorare la capacità di esercitare il governo del SSR e di dare conto (*accountability*) delle funzioni svolte e dell'equilibrio tra risorse destinate al SSR e risultati conseguiti.

Le azioni

A livello regionale:

- riorganizzazione dell'Assessorato e dell'AReSS, in particolare per quanto riguarda i rapporti con le aziende sanitarie regionali e con i soggetti erogatori privati, in coerenza con il ruolo di capogruppo;
- potenziamento del rapporto con gli enti locali nelle scelte di piano, in termini di perseguimento dei LEA e di rete delle strutture di offerta necessaria per garantire il perseguimento dei LEA e compatibile con le risorse disponibili. Ciò può avvenire organizzando la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria per aree sub-regionali, evitando di scaricare sul livello aziendale le scelte di rete che competono alla capo-gruppo.

A livello sovra-aziendale:

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

A livello aziendale:

- nelle ASL:

- distinzione della funzione di tutela e di committenza dalla funzione di produzione ed erogazione, perseguendo l'equilibrio economico gestionale di entrambe le funzioni;
- rafforzamento della funzione di tutela e di committenza, a livello aziendale e distrettuale;
- articolazione del collegio di direzione su due livelli: 1° livello: DG, DS, DA, il direttore della prevenzione, il direttore per le attività territoriali e il direttore per le attività ospedaliere; 2° livello: come sopra, con la presenza dei direttori dei dipartimenti, dei direttori dei presidi ospedalieri e dei direttori dei distretti;
- in tutte le aziende sanitarie, rafforzamento degli strumenti di integrazione del governo sanitario e di quello economico:
 - previsione nell'ambito degli uffici di staff della direzione della prevenzione, accanto alle attuali funzioni (organizzazione e sviluppo delle risorse umane, programmazione e controllo, ecc.), della promozione della salute e del coordinamento delle politiche per la salute (epidemiologia, profili di salute e piani per la salute);
 - previsione del coinvolgimento del collegio di direzione nel governo complessivo dell'azienda, in particolare con riferimento agli strumenti di programmazione e controllo (bilancio e piano di attività, preventivi e consuntivi, piano di rientro ecc.).

A livello di sistema:

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

- sviluppare la politica dell'innovazione tecnologica, al fine di governare il suo impatto sulla gestione dei servizi;
- riordinare le attività sanitarie, nella logica della organizzazione per processi;
- riordinare le attività amministrative e strumentali non sanitarie, nella logica del fornitore interno anche sovraziendale, ricercando livelli di esercizio che consentano lo sviluppo delle professionalità e le economie di scala.

2. L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI

Il quadro di riferimento

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

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

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

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

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

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

L'allocazione funzionale deve essere:

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

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

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

I problemi

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

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

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

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

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

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

Le azioni

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

- ponga a base del processo gli obiettivi assistenziali: livelli assistenziali attesi (prestazioni definite in termini quali-quantitativi), medi e con il relativo intervallo di variabilità in base a due criteri:
 - variabilità attesa di domanda, in base ai determinanti ritenuti degni di apprezzamento positivo;
 - variabilità di sistema di risposta al bisogno (ad esempio, con riferimento alle politiche rivolte alla popolazione anziana, considerando in modo integrato quelle domiciliari, semi-residenziali e residenziali, la cui composizione può variare nei diversi contesti territoriali);
- stimi i costi relativi mediante il sistema di remunerazione in vigore e, ove non disponibile, mediante idonee misure proxy;
- stimi i maggiori costi che possono derivare da variabili di sistema (caratteristiche del territorio servito, diseconomie di scala necessarie e programmate ecc.);
- garantisca l'equilibrio complessivo del sistema; ciò comporta di adottare la logica della compensazione (la crescita di una funzione deve essere compensata dalla riduzione di un'altra funzione);
- preveda la gestione del sistema rispetto ai vincoli posti dalla spesa storica, che possono essere superati in un arco temporale pluriennale;
- preveda i maggiori costi delle fasi di trasformazione, che registrano ancora i costi dei servizi in riduzione insieme con i costi dei nuovi servizi.

A livello aziendale costituisce obiettivo di piano:

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

3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Il quadro di riferimento

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

- gli utenti, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso diretto alle prestazioni (nei casi in cui l'accesso non è mediato dal medico prescrittore). All'opposto in taluni casi vi è una domanda inferiore al livello

desiderato, per effetto della carenza di offerta (l'assenza di servizi o la presenza di liste di attesa riduce in modo non appropriato la domanda di prestazioni);

- i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza. Anche per i medici prescrittori vale la considerazione sui limiti del sistema di offerta. In merito si rinvia alle politiche del personale;
- i soggetti erogatori. Lo sviluppo di una capacità produttiva in esubero rispetto al bisogno non produce la selezione del migliore produttore (in termini di qualità e di efficienza) ma l'induzione di domanda inappropriata. Tale situazione è comprovata dalla variabilità nel ricorso alle prestazioni correlata alla rete di offerta. Tale situazione comporta il ridimensionamento della capacità produttiva nella dimensione necessaria per rispondere alla domanda appropriata. In merito si rinvia a: "Il sistema di offerta", paragrafo 4.

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

I problemi

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

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

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

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

Infine la domanda risente di due carenze organizzative di sistema:

- rapporto con i mmg/pls da migliorare, specialmente nelle aree urbane;
- scarso sviluppo di percorsi assistenziali condivisi;

- scarso sviluppo dei rapporti tra i soggetti erogatori finalizzati a garantire la continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente dei vari segmenti per percorso assistenziale.

Le azioni

A livello regionale:

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

A livello aziendale:

- contrattazione relativa al personale dipendente e convenzionato coerente con gli obiettivi di controllo del livello quali-quantitativo della domanda e di sviluppo dei percorsi assistenziali;
- assegnazione ai direttori delle articolazioni organizzative di obiettivi coerenti con quelli aziendali;
- contrattazione con i soggetti erogatori per garantire la continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente di ogni segmento del percorso assistenziale;
- sviluppo dei servizi di accoglienza, ascolto e accompagnamento dei pazienti nei percorsi di diagnosi e cura.

4. IL SISTEMA DI OFFERTA

Il quadro di riferimento

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

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

I problemi

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

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

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

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

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali il sistema attuale prevede:

- la definizione a livello regionale, nell'ambito degli accordi contrattuali con le associazioni di categoria, del fabbisogno di assistenza specialistica ed ospedaliera tendenziale complessiva fornita dai soggetti erogatori privati. Tale definizione non è peraltro stata percepita dai soggetti erogatori come tetto quantitativo per l'acquisto di tali prestazioni;
- la definizione del fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da parte delle singole ASL, con l'articolazione del fabbisogno per singolo soggetto erogatore, pubblico e privato. Tale determinazione è avvenuta

talora in termini non realistici, creando una tensione tra previsione ed effettivo ricorso ai servizi;

- la successiva negoziazione a livello di quadrante, che non si è sviluppata in modo completo e che, in ogni caso, non ha portato ad accordi contrattuali con i soggetti erogatori;
- un processo di negoziazione degli accordi contrattuali con le strutture socio-sanitarie da riesaminare.

Le azioni

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

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

- il perdurare dei requisiti richiesti;
- l'attività svolta e i risultati conseguiti;
- la funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

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

A tale fine la Regione, nell'arco del 2006, svilupperà una verifica di tutti i soggetti erogatori privati:

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

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

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

- definizione a livello regionale e sub-regionale del fabbisogno per tipologia di prestazioni, con la relativa articolazione per area sub-regionale e tra rete pubblica e privata, in base al principio della integrazione e cooperazione, al fine di evitare eccessi di capacità produttiva;

- negoziazione tra la Regione, le ASL e le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, a livello di area sub-regionale, di accordi quadro tesi a definire il livello quali-quantitativo delle prestazioni necessarie e l'eventuale articolazione tra i soggetti erogatori;
- negoziazione integrativa tra le ASL e i singoli soggetti erogatori, nel quadro dell'accordo regionale, per garantire la continuità assistenziale.

5. IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE

Il quadro di riferimento

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

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

I problemi

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

- si colloca nella fascia alta, con tariffe sovente superiori alla tariffa unica convenzionale utilizzata per la regolazione economica della mobilità sanitaria interregionale; ciò comporta che la tariffa pagata ai soggetti erogatori è superiore a quella riconosciuta nella compensazione della mobilità;
- risulta remunerativa non solo per i soggetti erogatori privati ma anche con riferimento ai soggetti erogatori pubblici più efficienti;
- non risulta compiutamente adeguato per le aziende ospedaliere di maggiore complessità e/o specializzate;
- è squilibrato verso la componente tariffaria, con un limitato sviluppo del finanziamento per funzioni;
- in alcune aree non tiene conto del fatto che lo sviluppo della tecnologia sta comportando economie di gestione significative.

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

Le azioni

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

- sviluppare i percorsi assistenziali, evitando che il sistema tariffario induca comportamenti inappropriati nei singoli segmenti del percorso;
- indirizzare la produzione dei soggetti erogatori verso gli obiettivi assistenziali attesi;
- garantire l'equilibrio economico del sistema regionale;
- evitare che la regolazione del sistema regionale induca i soggetti erogatori a sviluppare la mobilità passiva, che deve essere negoziata tra le Regioni.

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

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

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

6. LA POLITICA DELLE RISORSE UMANE

Il quadro di riferimento

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

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

- l'elevata incidenza del fattore lavoro sul costo complessivo.

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

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

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

- il programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), ora in fase di ripensamento e con il graduale passaggio della gestione alle Regioni;
- il "Piano Nazionale 2005-2007", allegato all'intesa Stato – Regioni del 23.3.2005 ma non ancora entrato nella fase operativa.

I problemi

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

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

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

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

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

Le azioni

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

- valorizzazione del ruolo dei dirigenti, anche attraverso il loro apporto negli organi di governo regionali ed aziendali;
- utilizzo degli accordi contrattuali nazionali e regionali per valorizzare l'apporto di tutti gli operatori al miglioramento del SSR, a partire dall'utilizzo più razionale della retribuzione di risultato. In tale prospettiva costituisce obiettivo di piano il coordinamento regionale dell'utilizzo degli istituti contrattuali ed il riordino dell'organizzazione dei servizi di controllo interno/nuclei di valutazione;
- monitoraggio dell'organizzazione del lavoro e del "clima" aziendale e sviluppo di azioni tese a ridurre il fenomeno dell'assenteismo e altre distorsioni che si ripercuotono negativamente sulla qualità del servizio;
- controllo delle dotazioni organiche in rapporto allo sviluppo delle attività a gestione diretta ed alle esternalizzazioni;
- programmazione regionale delle attività di formazione ed aggiornamento del personale, con programmi articolati su base regionale, sub-regionale ed aziendale in base alle diverse esigenze;
- assunzione della gestione diretta a livello regionale del programma ECM;
- sviluppo dell'AReSS, in collaborazione con le ASL, le Università, le istituzioni scientifiche e con agenzie formative, per la progettazione e lo sviluppo di programmi di aggiornamento di rilievo regionale.

7. L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI "INTERMEDI"

Il quadro di riferimento

La spesa per l'acquisto di beni e servizi, anche se inferiore a quella relativa al personale, è molto rilevante e presenta a livello nazionale ritmi di crescita superiori all'inflazione ed al tasso programmato a livello nazionale (+ 2%).

Ciò deriva da più fattori:

- la caratteristica dei beni e dei servizi acquistati, che registrano uno sviluppo tecnologico significativo che non rende comparabili nel tempo i beni acquistati anche se della stessa tipologia;
- i crescenti processi di esternalizzazione delle attività di supporto.

I problemi

I principali problemi che il SSR registra nell'acquisto di beni e servizi sono:

- il tasso di crescita superiore a quello atteso e alla media nazionale;
- le condizioni di fornitura molto differenziate sul territorio regionale;
- i rilevanti costi relativi al processo di acquisizione dei beni e dei servizi, per effetto dell'elevato numero di aziende sanitarie;
- il ridotto ricorso al mercato elettronico;
- i problemi organizzativi, connessi ai rapporti tra utilizzatori dei beni e dei servizi (competenti per determinare le specifiche tecniche dei beni e servizi da acquisire) e i responsabili delle procedure di acquisizione;
- il mancato ricorso ad acquisti consortili che consentirebbero economie nelle procedure di acquisizione e nei prezzi di acquisto;
- una valutazione dei costi e dei benefici dei processi di esternalizzazione che non tiene conto della dimensione regionale (ovvero di valutazioni comparative con i risultati di altre aziende).

Le azioni

Per porre rimedio ai problemi evidenziati costituisce obiettivo di piano lo sviluppo delle seguenti azioni:

- sviluppare il governo regionale del settore, affidandolo all'AReSS e prevedendo in tale ambito:
 - l'attivazione di un apposito gruppo di lavoro permanente costituito da funzionari dell'AReSS, dell'Assessorato e delle aziende sanitarie, con il compito di elaborare e sviluppare un progetto in merito;
 - l'attivazione di gruppi di lavoro settoriali, per la definizione delle specifiche tecniche di beni e servizi di rilevante impatto organizzativo ed economico;
 - il rilancio dell'Osservatorio regionale dei prezzi, al fine di rendere disponibile una banca dati di riferimento per le aziende sanitarie;
 - il monitoraggio dei processi di esternalizzazione;
- sviluppare il commercio elettronico, con un ruolo regionale di coordinamento, tramite l'AReSS, e con l'affidamento operativo, per conto di tutto il sistema, alle

aziende sanitarie regionali di volta in volta individuate in base alle specifiche competenze professionali ed esperienze nel settore;

- incentivare l'aggregazione delle aziende per lo sviluppo di acquisti consortili e di servizi economici e logistici consortili (si veda il successivo punto 10).

8. LA POLITICA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Il quadro di riferimento

Lo sviluppo delle tecnologie nella sanità, intese in senso lato (farmaci, attrezzature ecc.), sta registrando una accelerazione molto significativa che richiede un attento governo regionale, al fine di evitare:

- un atteggiamento culturale acritico nei confronti dell'innovazione tecnologica;
- la posizione di dominanza dell'offerta rispetto alla domanda;
- la diffusione non programmata di tecnologie innovative ad alto costo, non distribuita in modo omogeneo e con il rischio di dotazioni superiori ai fabbisogni (con conseguente sottoutilizzo o induzione di domanda a rischio di inappropriatezza).

Per rispondere a tali problemi stanno sorgendo nel mondo agenzie di valutazione delle tecnologie (*technology assessment*) con l'obiettivo di:

- sviluppare studi e predisporre repertori della letteratura sugli effetti delle tecnologie sanitarie (efficacia, sicurezza, efficienza, organizzazione, accessibilità);
- predisporre raccomandazioni d'uso appropriato.

I problemi

I principali problemi che il SSR registra nell'innovazione tecnologica sono:

- la presenza dei problemi generali sopra evidenziati;
- la presenza di competenze nel campo della ricerca, sia nel campo delle tecnologie sanitarie sia della loro valutazione, sia presso le Università sia presso le società che operano nel settore, non legate in rete e senza spazi di sviluppo;
- la presenza di competenze nel campo dell'assistenza sanitaria idonee a sviluppare l'innovazione tecnologica, ma non supportate dalle istituzioni preposte alla ricerca;
- lo sviluppo dell'innovazione tecnologica non programmato e pertanto disomogeneo sul territorio regionale;
- lo sviluppo dell'innovazione tecnologica non collegato alla eventuale revisione organizzativa necessaria per sfruttare compiutamente i benefici potenziali dell'innovazione tecnologica.

Le azioni

Per porre rimedio ai problemi evidenziati costituisce obiettivo di piano lo sviluppo delle seguenti azioni:

- attivare presso l'AReSS la funzione di valutazione delle tecnologie, con i seguenti compiti:
 - coordinare le iniziative di valutazione delle tecnologie già sviluppate in ambito regionale;
 - creare un collegamento con le principali agenzie di valutazione delle tecnologie operanti in Italia e nel mondo;
 - creare un collegamento con i centri di ricerca operanti nella Regione;
 - creare un collegamento con le aziende sanitarie regionali al fine di favorire il contatto con i portatori di fabbisogno di innovazione tecnologica ed i centri di ricerca;
 - sviluppare un repertorio delle informazioni disponibili sia sulle tecnologie già in uso sia sulle nuove proposte;
 - predisporre linee guida relative all'utilizzo delle tecnologie già in uso e per le quali sussistono dubbi sull'appropriatezza dell'utilizzo ed all'introduzione di nuove tecnologie;
- costituire presso l'Assessorato una Commissione sulla politica del farmaco, con il compito di elaborare proposte per linee guida nei confronti delle aziende sanitarie e dei medici prescrittori;
- elaborare linee guida idonee ad evidenziare e limitare la presenza di conflitti di interesse in tutte le attività del servizio sanitario regionale;
- avviare il progetto relativo alla "Città della salute", intesa come luogo, fisico e/o virtuale, in cui sviluppare in modo integrato ricerca ed assistenza.

9. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Il quadro di riferimento

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

Relativamente alle attività sanitarie le principali linee di tendenza prevedono:

- lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale;
- lo sviluppo dell'organizzazione per processi;
- l'articolazione dei servizi in rete;

- la prosecuzione di progetti di sperimentazioni gestionali ex art. 9-bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- l'attivazione di sperimentazioni gestionali diverse da quelle ex art. 9-bis.

I problemi

In questo campo i principali problemi riguardano:

- la valutazione delle attività, a causa della mancanza di organici progetti applicativi di medicina basata su prove di efficacia, della carenza di valutazioni sistematiche sulla appropriatezza e il grado di priorità delle attività sanitarie e dell'insufficiente raccordo della struttura organizzativa con gli obiettivi della programmazione sanitaria;
- i sistemi di valutazione della qualità sviluppati in un'ottica burocratica e formale, spesso eccessivamente ridondanti e afinalistici;
- il sistema informativo, frammentato e scarsamente integrato, conseguenza di una ancora superficiale cultura della documentazione sanitaria delle attività e dell'uso dei dati nella programmazione;
- i temi dell'umanizzazione dei servizi, per la scarsa attenzione dedicata e la incapacità a coglierne l'importanza sotto il profilo della qualità, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale;
- l'organizzazione integrata dei servizi, anche su base dipartimentale, che è stata sviluppata in modo non completo, ovvero sfruttandone solo in parte le potenzialità;
- l'organizzazione per processi, sviluppata prevalentemente solo in modo sperimentale;
- l'organizzazione delle reti, che presenta ancora problemi in alcune aree territoriali e carenze per alcune funzioni;
- le sperimentazioni gestionali ex art. 9-bis che sono in fase di valutazione regionale.

Le azioni

Per rispondere ai problemi indicati costituisce obiettivo di piano:

- costruire un sistema organizzativo che sia funzionale all'adozione diffusa del metodo della programmazione, della scelta delle priorità sulla base dell'evidenza scientifica e della valutazione sistematica dell'appropriatezza;
- revisione degli scopi e delle modalità dei sistemi di valutazione della qualità, finalizzandoli al raggiungimento dei risultati assegnati dalla programmazione;
- integrazione e sviluppo del sistema informativo, con la finalità di supportare la programmazione e documentare le attività svolte;

- diffusione della cultura dell'umanizzazione dei servizi e dei diritti, anche di partecipazione, degli utenti realizzando sistemi organici di promozione e verifica di applicazione;
- lo sviluppo dell'organizzazione integrata dei servizi, anche su base dipartimentale, al fine di sfruttare in modo completo le potenzialità dello strumento;
- lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività;
- il monitoraggio delle reti esistenti e l'estensione di tale modello organizzativo in altri ambiti identificati dalla programmazione regionale, sulla base delle evidenze epidemiologiche;
- il monitoraggio delle sperimentazioni gestionali avviate e, ove valutate positivamente, la messa a regime e l'estensione in altre realtà;
- lo studio e l'avvio di nuove sperimentazioni gestionali, con particolare riferimento a forme innovative di organizzazione delle attività distrettuali e di integrazione delle prestazioni.

10. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO

Il quadro di riferimento

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

Le principali linee di tendenza prevedono:

- crescenti processi di esternalizzazione;
- gestioni sovra -aziendali.

I problemi

In questo campo i problemi sono di vario genere:

- i processi di esternalizzazione sono attivati per difficoltà nella gestione diretta e non per migliorare l'efficienza e la qualità dei processi stessi;
- i processi di esternalizzazione sono valutati in modo parziale, con prevalente riferimento al rispetto delle clausole contrattuali, a prescindere dall'impatto sulla gestione delle attività sanitarie;
- le gestioni sovra -aziendali sono limitate;
- le rendicontazioni amministrative non consentono di valutare il rapporto tra risorse investite e risultati raggiunti;
- l'incapacità a risolvere i problemi connessi al formalismo burocratico appesantisce le procedure e la gestione.

Le azioni

Per rispondere ai problemi indicati costituisce obiettivo di piano:

- la realizzazione di un sistema di rendicontazioni amministrative finalizzato a documentare, all'insegna della trasparenza, i rapporti tra risorse, obiettivi e risultati;
- promuovere la logica dell'obiettivo e adottare modelli di lavoro che richiedano la costante integrazione tra funzioni sanitarie e amministrative;
- lo sviluppo della valutazione ex ante ed ex post dei processi di esternalizzazione attraverso le seguenti azioni:
 - predisporre un repertorio delle esternalizzazioni in corso, nell'ambito dell'Osservatorio prezzi;
 - valutare le esternalizzazioni in corso più significative;
 - elaborare indirizzi e avvertenze per le aziende che intendono attivare nuovi processi di esternalizzazione;
- lo sviluppo delle gestioni sovra-aziendali sia in campo amministrativo sia delle attività di supporto.

CAPITOLO 2

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

1. I PROBLEMI DELLA PREVENZIONE

Le attività di prevenzione primaria nel sistema sanitario del nostro Paese non godono, in generale, di buona salute e manifestano, in alcuni settori, preoccupanti segnali di crisi.

Il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione presentano numerosi aspetti problematici:

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

soprattutto quelle di prevenzione primaria e collettiva. Questo corrisponde ad una più generale situazione culturale in cui in nome del presunto rispetto della libera determinazione dei singoli e della tutela di valori limitati alla sfera della vita privata, si ignora la promozione dei comportamenti che mantengono e proteggono la salute come fondamentale diritto collettivo. La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; richiede di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita: tutte scelte da riportare di attualità;

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

2. QUALE PREVENZIONE

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

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

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

1. le politiche per la salute
2. gli interventi di prevenzione

2.1 Politiche per la salute

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

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

Si tratta di sviluppare, anche in Piemonte, un'iniziativa di promozione della salute basata sul principio che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento 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 sanitari. Richiede però una forte azione locale e il sostegno, autorevole e qualificato, dei servizi socio-sanitari territoriali e dei servizi di prevenzione.

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

I profili e piani per la salute :

- sono costruiti a livello locale, anche attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli Enti Locali, con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali (istituzionali e non), con il supporto tecnico delle ASL e dei

consorzi socio-assistenziali. Il processo va avviato con la necessaria gradualità nel contesto piemontese, nel quale modelli e forme di partecipazione devono contribuire a superare i limiti della frammentazione territoriale, potenziando le forme di aggregazione e di integrazione attualmente esistenti;

- rappresentano lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, per l'identificazione di obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l'attuazione di politiche di salute e vedranno i servizi socio-sanitari impegnati soprattutto su alcuni fronti;
- garantire l'accesso alle informazioni necessarie, rendendole disponibili e fruibili (documentazione e comunicazione);
- costruire i profili di salute della popolazione (per identificare e analizzare i rischi, gli obiettivi di salute e le priorità);
- sviluppare politiche di integrazione tra servizi diversi (sanitari e non) e favorire alleanze tra soggetti diversi.

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

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

2.2 Gli interventi di prevenzione

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

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

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

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è articolata su tre settori di intervento:

- programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro);

- attività di informazione e comunicazione del rischio.

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

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
- il problema di salute che ne può derivare deve essere importante per gravità e/o diffusione;
- sotto il profilo dell'efficacia devono essere considerati non solo gli effetti preventivi specifici (riduzione di uno specifico rischio sanitario) ma anche quelli di salvaguardia della piena capacità di mantenimento della salute (effetti protettivi con effetto preventivo aspecifico);
- deve esistere un modo per riconoscere il rischio/il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
- i vantaggi a lungo termine devono superare gli svantaggi;
- devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento.

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

Il complesso delle azioni in atto sarà verificato in modo esplicito al fine di valutare:

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

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

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

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

- la promozione della salute e la prevenzione giocano un ruolo centrale nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie. È però necessario distinguere l'approccio cui si ispira la cura dei singoli rispetto a quello che guida la prevenzione nei gruppi di popolazione, che richiede di limitare la discrezionalità clinica. Infatti gli interventi di prevenzione devono rispondere a criteri generali di efficacia e di sicurezza e produrre effetti positivi che si possano misurare solo nei gruppi e non nei singoli pazienti. Ne consegue la necessità di introdurre nella pratica clinica solo gli interventi di prevenzione identificati come prioritari dai programmi regionali e di dar corso a prescrizioni coerenti con i percorsi di diagnosi e cura previsti da tali programmi;
- la crescente disponibilità di test diagnostici capaci di anticipare la diagnosi di numerose condizioni cliniche fa sorgere l'esigenza di pianificarne l'uso. Anche in questo caso l'approccio di sanità pubblica suggerisce di limitare l'impiego di questi test ai casi in cui la conoscenza precoce è dimostratamente in grado di migliorare significativamente la prognosi della malattia.

3. PIÙ FORZA ALLA PREVENZIONE

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

Nelle Aziende Sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unicità organizzativa e metodologica.

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

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

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

A tali principi e a tale unicità metodologica dovranno essere ri-orientate anche le attività tradizionalmente svolte dagli attuali servizi che svolgono attività di prevenzione. Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente e di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o

controllarli, le Aziende Sanitarie dovranno in primo luogo dotarsi di adeguate capacità che comportano lo sviluppo di alcune funzioni considerate strategiche:

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

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili, ma è condizionato anche dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti. Occorre quindi che il servizio sanitario e i servizi di prevenzione in particolare, nel promuovere la difesa della salute, facilitino l'accesso all'informazione e creino le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra i soggetti interessati, sviluppando le competenze necessarie.

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

4. ORGANIZZARE LA PREVENZIONE

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

Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione è prevista la costituzione di una direzione unica per la prevenzione, parte della nuova direzione sanitaria collegiale della ASL, cui partecipano con pari dignità e poteri, le direzioni territoriale e ospedaliera. Da tale nuova direzione della prevenzione dipenderanno direttamente gli attuali servizi del Dipartimento di Prevenzione e le altre unità organizzative che svolgono prevalentemente attività di prevenzione, mentre il coordinamento delle azioni di prevenzione, svolte da altri servizi dipendenti dalle altre direzioni, sarà realizzato nell'ambito dei piani di attività aziendali.

5. LA RETE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

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

5.1 Organizzazione regionale

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

5.2 Presidi e servizi di riferimento e di supporto

A livello intermedio è istituita una rete di servizi di riferimento e di supporto che coordina tra loro le varie entità che attualmente svolgono, a vario titolo, tali funzioni:

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

Per ricondurre ad unitarietà gestionale le attività di prevenzione, la futura rete dei servizi di prevenzione comprenderà anche un nuovo presidio cui saranno assegnate le funzioni propriamente sanitarie attualmente svolte dall'ARPA e che sarà affidato alla gestione di un'azienda sanitaria regionale, eventualmente articolandolo in più poli territoriali. Dovrà inoltre essere realizzato un maggior raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela e protezione dell'ambiente e quelle di promozione della salute e in questo quadro sarà necessario procedere ad una revisione complessiva dei rapporti tra il sistema dei servizi sanitari e l'ARPA.

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

La rete dei servizi di supporto sarà in seguito arricchita e articolata con l'individuazione di servizi di riferimento, dedicati al sostegno dei progetti di prevenzione prioritari regionali, tramite la identificazione dei servizi di eccellenza esistenti nella rete dei servizi regionali di prevenzione.

Sono infine previsti progetti specifici, da realizzarsi non tramite nuovi servizi bensì attraverso il coordinamento e l'orientamento della rete dei servizi di supporto, integrata da interventi di studio e di ricerca realizzati con il concorso delle università e di istituzioni sanitarie e scientifiche, dedicati in particolare alla conoscenza dei rischi

chimici e biologici presenti sul territorio piemontese ed al fine di possibili interventi di prevenzione primaria.

5.3 Rete locale

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

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

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

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

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

In particolare i servizi veterinari:

- fanno riferimento nel dimensionamento e nell'erogazione delle prestazioni anche alle popolazioni animali e alle attività produttive collegate (zootecnia, industria alimentare, commercio di animali e loro prodotti);
- rappresentano:
 - una componente fondamentale della prevenzione primaria a tutela della salute dell'uomo, con l'obiettivo della individuazione dei pericoli e della riduzione dei rischi di natura biologica, chimica ed ecologica collegati all'allevamento di animali, al loro utilizzo e alle produzioni di alimenti derivati;
 - uno strumento di intervento pubblico per la difesa sanitaria, la salute e il benessere degli animali allevati per qualsiasi finalità, per un equilibrato rapporto uomo-animale-ambiente, e per l'orientamento delle attività produttive collegate (zootecnia e industria alimentare) alla qualità sanitaria e alla compatibilità ecologica delle produzioni di origine animale. In questo specifico settore va valorizzato e maggiormente integrato il contributo determinante della componente veterinaria alla sicurezza alimentare e agli obiettivi di difesa, orientamento e controllo ufficiale delle produzioni di origine animale, anche in collegamento con le politiche agricole, industriali ed ambientali collegate alla filiera.

6. VIGILANZA E PREVENZIONE

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

indipendenza, è uno degli elementi indispensabili all'efficacia della prevenzione primaria. L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere tuttavia rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi, sulla cui base programmare e valutare le azioni intraprese.

Occorre inoltre ridefinire ambiti e priorità, in modo da conseguire equilibrio e integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione. Alcune criticità presenti nell'attuale svolgimento delle funzioni di vigilanza possono essere così affrontate:

- il rapporto con la magistratura: ricerca di un'intesa organica con la magistratura, valida su tutto il territorio regionale e per tutti i servizi sanitari, ispirata al rispetto e alla complementarità che devono esistere tra le funzioni di tutela della salute e quelle di identificazione e repressione dei reati;
- le nuove funzioni di vigilanza: l'applicazione di nuove norme e regolamenti comunitari richiede l'adozione di modalità di vigilanza e il possesso di competenze che non sempre sono sufficientemente consolidate nella rete dei servizi di prevenzione. Il rafforzamento e l'adeguamento di tali capacità devono avvenire sulla base di precise indicazioni di priorità (ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi), e della chiara distinzione tra i ruoli e le responsabilità di controllo ufficiale e di autocontrollo.

Per quanto riguarda il modello organizzativo occorre procedere a una revisione dell'attuale normativa regionale al fine di:

- definire criteri uniformi di programmazione e gestione;
- istituire alle dipendenze funzionali dell'assessorato tutela della salute e sanità il coordinamento regionale delle attività di vigilanza.

7. FINANZIARE LA PREVENZIONE

L'esigenza dell'equilibrio di bilancio non consente nell'immediato la riconversione di ingenti risorse finanziarie da destinare alla prevenzione. Nel 2006, oltre alla ricerca di nuovi, più specifici, indicatori per il riparto delle risorse economiche, la Regione identifica specifici obiettivi di attività dei servizi di prevenzione, da realizzare attraverso il riparto finalizzato delle risorse complessivamente disponibili. Su questa base è possibile orientare le risorse verso il raggiungimento di comuni obiettivi e finanziare le ASL in base ai risultati ottenuti e non unicamente alle prestazioni erogate.

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

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

8. FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di

prevenzione. Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è tuttavia assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno realizzato progetti di lavoro coordinato, la partecipazione a iniziative di ricerca, la creazione di centri di riferimento, lo sviluppo di reti: occorre proseguire su questa strada, in modo che l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente. In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi. Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

9. INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE

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

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

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

10. OBIETTIVI PRINCIPALI PER LA PREVENZIONE

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

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

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

10.1 Progetti regionali in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007 (Intesa Stato/Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005) individua una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute. Gli ambiti di azione sono la prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete), gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti. Alcune di queste attività sono già presenti nei programmi di prevenzione in corso nella Regione mentre altre devono essere ancora sviluppate su base regionale.

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

10.2 Sicurezza alimentare

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

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

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

10.3 Prevenzione nutrizionale

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

Per valutare, anche a livello regionale, dimensioni e gravità del problema sanitario legato ai comportamenti alimentari, è necessaria l'acquisizione e l'organizzazione dei

dati relativi allo stato nutrizionale, ai comportamenti alimentari oltre che ai determinati socio-economici ed ambientali.

Il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e sorveglianza nutrizionale prevede:

- la progettazione e organizzazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale su sovrappeso, obesità, modelli nutrizionali e di attività fisica nella popolazione;
- l'attivazione e potenziamento di centri di accoglienza e programmi di informazione/indirizzo/orientamento in integrazione tra Servizi di igiene alimenti e nutrizione, Servizi di dietetica e nutrizione clinica, Diabetologie, Pediatrie, Neuropsichiatrie infantili, Medicina sportiva, Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, per favorire l'integrazione tra percorsi di prevenzione e promozione della salute e percorsi diagnostico terapeutici in soggetti e gruppi a rischio;
- la promozione dell'allattamento al seno;
- l'attivazione di progetti per il miglioramento della qualità nutrizionale delle offerte alimentari da parte delle industrie produttrici;
- il coordinamento delle attività di promozione della salute riguardanti abitudini alimentari e motorie.

10.4 Alcuni obiettivi innovativi di rilievo per la prevenzione veterinaria

Nel settore veterinario sono stati raggiunti obiettivi di buon consolidamento dei livelli ordinari di attività in tutti i settori di intervento tradizionale. Molti degli obiettivi rientrano quindi nel mantenimento di risultati raggiunti, per alcuni dei quali le attività necessarie possono risultare anche in calo rispetto al decennio precedente, proprio in virtù della migliore situazione sanitaria conseguita. Attività tradizionali possono in parte essere sostituite con progetti innovativi di più ampia portata preventiva, suscettibili di realizzazioni importanti nel prossimo decennio.

In particolare si evidenziano per importanza alcuni progetti :

A. Area di sanità animale

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

B. Area di igiene degli alimenti di origine animale

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

C. Area di igiene delle produzioni zootecniche

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

Nella fase di attuazione, va considerata con attenzione la debolezza strutturale dei Servizi veterinari di Area C, i cui organici, almeno nelle ASL ad elevata densità zootecnica, possono risultare inadeguati. Nella prospettiva della integrazione dei servizi che hanno come destinatari gli allevatori la realizzazione di programmi comuni tra le aree A e C dei Servizi veterinari delle ASL può portare notevoli benefici in termini di efficacia e riduzione dei costi.

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

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

10.5 Salute e ambiente

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

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

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

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

10.6 Screening oncologici

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

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

- assicurare la continuità dei programmi di screening in atto;
- estensione e consolidamento del programma di screening nella popolazione maschile e femminile per la prevenzione dei tumori del colon-retto;
- formazione degli operatori finalizzata a garantire migliore qualità professionale, tecnica ed organizzativa, integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e valutazione dell'impatto di questi programmi sul livello di salute specifico e complessivo della popolazione della Regione Piemonte;
- aumento dell'adesione in modo da garantire gli obiettivi di copertura previsti dalle indicazioni regionali per superare le disomogeneità di offerta.

10.7 Salute e sicurezza in ambiente di vita

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

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

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

In particolare la programmazione delle attività prevede:

- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli ambienti di vita collettiva (strutture per anziani, minori disabili, immigrati, scuole, ecc);
- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli insediamenti urbani;
- sviluppo di progetti di valutazione dell'inquinamento indoor;
- interventi per l'individuazione e la prevenzione di patologie correlate a stili di vita;
- sviluppo di progetti di sorveglianza e di prevenzione degli incidenti domestici e stradali;
- raccordo e integrazione con le attività dell'ARPA per la costruzione di profili di rischio territoriale.

10.8 Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

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

soggetti pubblici coinvolti e l'attribuzione al Servizio Pubblico di un ruolo attivo di promozione della cultura della salute ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo.

Questa situazione richiede la definizione di nuove strategie di intervento basate sul coinvolgimento di una pluralità di soggetti (parti sociali e pubblica amministrazione).

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

- la definizione delle priorità di intervento in relazione alla frequenza, gravità e prevenibilità degli infortuni e delle malattie professionali;
- la valutazione di efficacia delle azioni intraprese e dei metodi di intervento adottati;
- il potenziamento delle attività di promozione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro (progetto scuola sicura, lavoratori migranti, lavoratori autonomi, lavoratori atipici).

CAPITOLO 3

CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE TERRITORIALE

1 . LE CURE PRIMARIE E LA SANITA' DEL TERRITORIO

1.1 La presa in carico del cittadino e la continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza può essere definita come l'erogazione delle migliori cure disponibili per le diverse fasi della malattia, appropriate, coordinate, costanti e compatibili con l'economicità del sistema.

Non è più possibile oggi sottrarsi alla responsabilità di progettare, programmare, organizzare e verificare un sistema integrato che preveda per ogni cittadino modelli leggeri e non burocratici di accompagnamento nelle diverse fasi del bisogno. La logica della continuità dell'assistenza, che deve trovare i propri percorsi per garantire al cittadino un'impostazione adeguata dell'assistenza e, quindi, il massimo dei risultati possibili, diviene ancor più un obbligo imprescindibile quando il cittadino è caricato del peso di una malattia complessa di lunga durata ed è povero sul piano economico, culturale e relazionale.

Nell'ottica di cambiamento che ha pervaso sistemi sanitari in tutto il mondo nell'ultimo trentennio si è sviluppato, parallelamente alla necessità di utilizzare razionalmente le risorse, il concetto di qualità delle cure. Esso è indirizzato a recuperare alcuni valori come l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza, con una molteplicità di azioni nei confronti di vari destinatari (utenza, professionisti, management) al fine di qualificare la domanda, le prestazioni e l'organizzazione.

Il modo più corretto per governare il "sistema", in un panorama epidemiologico che vede la crescita esponenziale delle patologie croniche a lungo andamento, non è il controllo delle prestazioni o delle strutture erogatrici (funzioni di vigilanza e di passivo monitoraggio della funzione di produzione, attualmente prevalente nelle attività distrettuali) ma la gestione coordinata del percorso delle singole malattie (funzione proattiva di committenza e di tutela della salute), che va sottoposta a monitoraggio e costante revisione.

Tutto ciò prevede un cambiamento radicale rispetto ad un sistema focalizzato su erogatori di prestazioni per approdare ad un sistema centrato sulla promozione, prevenzione, tutela e cura della salute dei cittadini. In tal modo il servizio sanitario, sia esso nazionale, regionale o locale, diviene effettivamente sistema con la capacità di raccogliere e rispondere in modo flessibile e tempestivo e, soprattutto, continuativo ai bisogni rilevati e alle domande espresse.

Lo sviluppo dei programmi (profili di assistenza) deve necessariamente realizzarsi nell'ottica del superamento dell'attuale logica dei servizi basata sull'organizzazione dei fattori di produzione, sostituendola con una basata sulla connessione di funzioni, competenze e servizi.

È ovvio che tale ruolo ed il relativo modello organizzativo gestionale che esso sottende, affidato al livello distrettuale, ha lo scopo di permettere al cittadino di

muoversi all'interno del servizio sanitario regionale sempre strettamente legato al suo programma ed in contatto con il Distretto che ne è responsabile, e con un tutore che non può essere individuato se non nel medico di medicina generale o nel pediatra di libera scelta.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria

In molti casi i problemi posti dai cittadini ai sistemi sociali e sanitari trovano adeguata risposta autonoma da parte dei due sistemi; in altri casi tali capacità autonome non possono adeguatamente rispondere alle necessità dei cittadini.

L'invecchiamento della popolazione e la modifica della struttura familiare rappresentano due dei molteplici fattori che influenzano l'emergere sempre più frequente di problematiche a carattere sanitario (aumento delle malattie ad andamento cronico -degenerativo) o a carattere sociale (diminuzione della "protezione" familiare).

A fronte dell'incapacità dei sistemi di rispondere autonomamente diviene improrogabile procedere verso l'integrazione. A livello aziendale è indispensabile che tra la Direzione Generale e il/gli Enti gestori si individuino congiuntamente gli indirizzi generali da attuare a livello distrettuale, attraverso la predisposizione dei Piani di zona e dei Piani di attività territoriale.

Il sistema sociale ha maturato un'iniziale esperienza di costruzione dei Piani di zona coinvolgendo gli operatori dei Distretti nell'analisi della condizione della popolazione, nella definizione delle necessità e delle scelte di priorità, mentre il percorso di costruzione dei Piani di attività territoriali è stato avviato e concluso in poche realtà distrettuali.

Emerge nel contesto di costruzione di questi atti di programmazione l'utilità di percorsi comuni e, nello stesso tempo, si evidenzia anche la necessità di ricercare modalità di costruzione di atti programmatori maggiormente unitari, che evitino percorsi paralleli in parte sovrapponibili e che concentrino forze e risorse in un unico percorso. La volontà dell'integrazione non deve solo dichiararsi ma deve trovare nel campo delle scelte operative la messa in comune (tra sociale e sanitario) di risorse e l'individuazione di responsabilità che permetta ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione dell'integrazione. Il terreno di confronto operativo può essere rappresentato dal livello più decentrato, dal livello più vicino alla popolazione che viene descritto nei paragrafi successivi ed è rappresentato dal Gruppo delle Cure Primarie. E' il luogo dove operatori sociali e sanitari mettono insieme conoscenze e professionalità per individuare le opzioni assistenziali più opportune.

Nella descrizione che segue verranno presi in considerazione i percorsi dei cittadini all'interno del sistema sanitario, cercando di individuare i momenti di incontro dei due sistemi.

1.3 Le attività del territorio

Sul territorio si sviluppano le aree di offerta per l'integrazione dei percorsi

assistenziali, per rispondere non solo ai problemi portati dalle patologie più diffuse, ma anche alle condizioni dei soggetti più fragili (anziani non autosufficienti, disabili, portatori di malattie croniche, indigenti), che prevedono una condivisione di responsabilità tra servizi sanitari e sociali.

Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio, che trovano la più recente e dettagliata articolazione all'interno del dpcm 29.11.2001, istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza, comprendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali prefigurate nel dpcm 29.11.2001

Assistenza sanitaria di base: medicina di base e continuità assistenziale

Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali: fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici

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

Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

Assistenza programmata a domicilio

Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale alle donne, le coppie e le famiglie

Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale

- alle persone anziane non autosufficienti
- alle persone con problemi psichiatrici
- alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope
- a pazienti nella fase terminale,
- alle persone con infezione da HIV

Assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio

Assistenza termale

Emergenza sanitaria

1.4 Le cure primarie

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

Tre elementi caratterizzano quindi le cure primarie:

- esse rappresentano una parte rilevante delle attività territoriali;
- sono caratterizzate dall'accesso diretto ai servizi;
- assumono in carico l'aspetto globale della salute della persona ed indirizzano, quando opportuno, a vari livelli di approfondimento, per garantire risposte più

appropriate al bisogno di salute.

Le cure primarie, che assicurano promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto, si configurano come una rete organizzata di attività attraverso le quali il distretto può garantire le risposte più articolate agli utenti, all'interno di processi di integrazione professionale tra gli operatori presenti nel territorio e nell'ospedale e con la componente socio-assistenziale.

All'interno del sistema delle cure primarie i servizi organizzati per l'assunzione in carico di settori di popolazione (salute mentale, tossicodipendenze, consultori, neuropsichiatria infantile) sono caratterizzati da un loro ruolo specifico ma non vanno considerati sistemi autonomi e indipendenti: al contrario, proprio per la loro specificità, devono essere inseriti nelle relazioni operative più generali all'interno del contesto distrettuale ed in particolare con i mmg/pls (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

1.5 I percorsi assistenziali dei cittadini

I cittadini che esprimono un bisogno di salute trovano nel distretto la porta di ingresso al "sistema sanità" nelle sue varie articolazioni, luogo dove avviene la sua "presa in carico reale".

Il distretto, titolare del percorso integrato di promozione, prevenzione, cura, assistenza del cittadino, è il luogo della "clinical governance", il governo clinico, inteso come coordinamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, al fine di ricondurre ad unitarietà la frammentazione delle risposte che vengono date ai problemi di salute del singolo e della comunità.

I soggetti ed i passaggi presenti nei percorsi assistenziali che i cittadini affrontano nel contatto con l'organizzazione si articolano, conformandosi ai bisogni ed alle scelte assistenziali, in più livelli di intensità e capacità di cura:

- la figura dell'interlocutore professionale più diretto, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, che rappresenta la figura professionale a maggior contatto diretto e che fornisce una multiforme varietà di risposte di grado più semplice;
- gli operatori (infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali) che, in stretta collaborazione con il mmg/pls, organizzano, partecipando, i livelli di maggiore complessità assistenziale sia al domicilio sia nelle residenze;
- il gruppo di cure primarie (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali), che in un contesto organizzativo sviluppa ed esalta gli specifici ruoli degli operatori e, con il supporto amministrativo, offre accompagnamento ai percorsi e alle relazioni con altri servizi;
- i livelli di assistenza (farmaceutica, integrativa, protesica) che hanno una forte relazione di supporto con le decisioni assunte dal gruppo di cure primarie;
- i livelli di assistenza (SerT, Dipartimenti di salute mentale, Consultori, Neuropsichiatrie infantili) che, per le loro caratteristiche di accesso diretto,

impongono la realizzazione di una stabile reazione biunivoca con il gruppo di cure primarie per corrispondere al meglio alle esigenze delle persone;

- i livelli di assistenza (specialistica, ospedale) che, per il contenuto professionale, tecnologico ed organizzativo, partecipano con intensità diversa allo sviluppo del percorso assistenziale;
- i livelli di assistenza (dipartimento di prevenzione) che sono relazionati per specifici interventi sulla popolazione (vaccinazione antinfluenzale, screening....) che richiedono il coinvolgimento dei mmg/pls affinché si possano realizzare in modo completo e diffuso;
- i livelli di assistenza (medicina legale) che sono relazionati a soddisfare domande individuali (invalidità civile...), necessari all'accesso a prestazioni particolari di natura privata che richiedono la partecipazione informativa del mmg/pls;
- i livelli di interrelazione con il sistema socio-assistenziale.

In questo quadro definito dei punti della rete assistenziale si concretizza il ruolo del Distretto quale stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che debbono unire i nodi della rete, affinché si possa realizzare l'individuazione del bisogno assistenziale e la sua risposta.

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

1.5.1 La persona/ il cittadino/ il paziente

Il singolo individuo nel contesto del sistema sanitario assume rilevanza e ruoli differenti:

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

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

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

partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini. La stessa evoluzione della medicina rispecchia nella trasformazione del rapporto medico/paziente questo effetto che attribuisce maggior peso al paziente (empowerment). Dal paternalismo direttivo che in passato connotava questo rapporto, attraverso la fase del consenso informato quale trasmissione di informazioni e assunzione di responsabilità del soggetto, si deve arrivare alla fase della negoziazione tra un cittadino protagonista che possiede le proprie informazioni ed è consapevole dei propri bisogni e il professionista che, non rinunciando agli aspetti di specifica responsabilità in merito alle proprie competenze tecniche, si propone come consulente al fianco del cittadino; l'oggetto della loro relazione non è più la malattia ma la soggettività del paziente stesso e la sua autonomia, rispetto alla quale inserire le decisioni del percorso assistenziale.

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

1.5.2 La medicina generale e la pediatria di libera scelta: dal singolo al gruppo

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

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

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

Una seconda modalità di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta riguarda l'erogazione di cure primarie da parte di associazioni (medicina in associazione, di gruppo, in rete), all'interno delle quali il mmg/pls non lavora più in un contesto isolato, ma condivide alcuni aspetti (minimi nell'organizzazione, più pregnanti nel gruppo) organizzativi e funzionali del proprio lavoro con i propri colleghi ed altre figure che operano all'interno del servizio sanitario nazionale. Oggi in ambito regionale la medicina in associazione coinvolge il 60% dei

mmg/pls, mentre sono coinvolti quasi il 10% di questi per ciascuna delle altre due forme: medicina in rete e di gruppo.

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

Questo è il passaggio non più rinviabile: organizzare l'assistenza territoriale attraverso gruppi di cure primarie (GCP) che, in una porzione di territorio che aggrega dai 10 ai 15.000 abitanti, abbiano le seguenti caratteristiche

- della presenza pluriprofessionale,
- della condivisione di impostazioni di lavoro,
- della relazione operativa con gli altri livelli del sistema di erogazione delle prestazioni,
- della "visibilità" al cittadino.

In ogni caso va sottolineato con forza che il lavoro del singolo mmg/pls ha in sé, affrontando e risolvendo bisogni specifici, una connotazione di individualità nel rapporto con il paziente che va garantito e mantenuto; sarà demandata alla capacità ed alla scelta del professionista e del gruppo, nel caso se ne individuasse la necessità, la collocazione del bisogno specifico in un contesto di risposta più complesso e pluriprofessionale. Il lavoro del mmg/pls mantiene, in sostanza, la relazione individuale come cardine del proprio lavoro che non deve essere dispersa né abbandonata, sottolineando che il lavoro congiunto con altri fornisce risposte più adeguate ai livelli più problematici ma non sostituisce il livello del rapporto individuale. Qualsiasi forma di aggregazione operativa deve, inoltre, salvaguardare due aspetti fondamentali del lavoro del mmg/pls:

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

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

Le professionalità che in linea indicativa debbono trovare collocazione all'interno del GCP sono, oltre ai mmg/pls ed ai medici di continuità assistenziale, gli infermieri, gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali (questi ultimi in un rapporto funzionale), con il sostegno ed il supporto di un'unica forte azione amministrativa. Questo livello di organizzazione integrata potenzia e garantisce meglio i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base:
 - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare;
 - continuità assistenziale notturna e festiva;
- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale).

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

Il contesto delle diverse aree territoriali e della valutazione delle "risorse" necessarie e da riconvertire dovranno scandire i tempi di realizzazione e di trasformazione dell'attuale realtà territoriale. Il GCP è responsabilizzato rispetto al contesto del territorio e della popolazione di riferimento a garantire i livelli assistenziali anzidetti, adottando le misure possibili ed utilizzando le opportunità all'interno di un quadro operativo concordato con la Direzione distrettuale.

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

Nei più frequenti percorsi assistenziali (ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza respiratoria) emerge la necessità di attivare iniziative di monitoraggio non solo di parametri biologici, ma anche di modalità e scelte inerenti gli aspetti del proprio stile di "vita" quali camminare, assumere terapie, diete, etc. che possono in un quadro di condivisione paziente-professionisti essere maggiormente garantiti in un sistema organizzato nel quale i professionisti sono costantemente a contatto.

L'organizzazione della presenza ambulatoriale in una sede di riferimento da parte di tutti i mmg/pls facenti parte del GCP permette, infine, la possibilità di divenire riferimento anche per quegli interventi caratterizzati da urgenza di complessità limitata (codici bianchi) che è possibile gestire in un contesto ambulatoriale che dispone di tecnologie di base.

1.5.3 I servizi del territorio di supporto

Alcuni livelli di assistenza sono strettamente connessi alle scelte assistenziali fatte nel GCP, che richiedono, per essere messe in atto, la fornitura di un bene (farmaco,

materiale, protesi, ausili) ben definito o di supporto di servizio quali un trasporto sanitario.

a) Assistenza farmaceutica

La fornitura diretta di prodotti farmaceutici (secondo le modalità e gli accordi predeterminati) ha assunto negli ultimi anni un rilievo particolare con un significativo impatto economico, con il fine di migliorare il controllo dell'utilizzo del farmaco e del consumo di prodotti ad elevato costo.

Appare evidente che disporre di un punto decentrato che assiste 10-15.000 cittadini può divenire nel quadro organizzativo dell'Azienda un buon riferimento per garantire ai pazienti la distribuzione di quelle specialità farmaceutiche che è possibile o obbligatorio fornire direttamente.

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

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

Questo livello assistenziale ha assunto una forte rilevanza economica e può essere maggiormente garantito sia nella fase prescrittiva sia in quella di monitoraggio se diviene un elemento facente parte della gestione assistenziale diretta da parte dei professionisti che hanno in cura il paziente e non una fornitura del bene o del servizio fine a se stessa.

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

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

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

1.5.4 I servizi del territorio ad accesso diretto

L'attuale organizzazione dei servizi nel territorio prevede l'accesso diretto ad alcuni di essi: salute mentale, tossicodipendenze, consultori, neuropsichiatria infantile.

Assumendo la definizione di cure primarie illustrata nel precedente punto 1.4, in questi contesti la persona viene presa in carico non solo per lo specifico problema di cui è portatrice ma anche per aspetti connessi alle relazioni familiari e sociali, al fine di individuare il terreno di intervento più appropriato. Questi stessi livelli di servizio garantiscono una risposta che prevede la multiformalità dei luoghi di cura (ambulatori, centri diurni, residenzialità, ricovero), di cui è necessario disporre per poter garantire la condizione assistenziale più opportuna.

E' indispensabile individuare le modalità e le forme di relazione dei GCP con questi servizi, che si fanno carico di una specifica condizione di una parte della popolazione, onde permettere, da un lato, ai mmg/pls di far riferimento a competenze e professionalità utili per individuare precocemente condizioni critiche e, d'altro lato, ai servizi di relazionarsi con quei professionisti che, conoscendo nel tempo le realtà familiari e comunitarie, possono contribuire alla realizzazione di percorsi di cura che richiedono molte volte l'intervento non solo nei riguardi del singolo paziente ma della famiglia e della Comunità.

Il pericolo che l'organizzazione territoriale deve evitare di percorrere è quello di costruire percorsi assistenziali separati, conflittuali, con entità organizzative tendenti ad atomizzarsi. E' necessario al contrario costruire relazioni, confronti per permettere ai sistemi di erogazione di utilizzarsi a vicenda in un contesto di condivisione professionale.

1.5.5 I Servizi sanitari di cure non primarie

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

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

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

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

Una buona base di relazione tra ospedale e territorio garantisce l'espressione di un buon livello assistenziale: mettere in relazione gruppi di specialisti con i GCP permette di assicurare il livello di gestione della patologia più adeguato alle specifiche condizioni di vita del paziente, conosciute dal mmg/pls.

I terreni di confronto tra territorio e ospedale sono molteplici:

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

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

1.5.6 I servizi per la popolazione

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

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

Sviluppare nel territorio un sistema organizzato (GCP) può offrire, attraverso le sedi di riferimento, l'articolazione necessaria affinché alcuni aspetti critici degli interventi sulla popolazione connessi alla prevenzione sanitaria, promozione della salute e all'informazione ed all'accessibilità possano, se non superati, essere almeno riaffrontati.

1.5.7 I servizi a domanda individuale

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

1.6 I sistemi di valutazione

Nell'ambito delle relazioni tra i servizi, nelle condizioni di particolare complessità, è necessario individuare sistemi di valutazione multiprofessionali che tengano conto dei molteplici aspetti che stanno alla base dell'espressione di un bisogno ed individuino la risposta assistenziale più appropriata. Il sistema di valutazione non può riferirsi ad una singola struttura operativa né tantomeno può rappresentare un sistema autonomo di erogazione di prestazione. Il sistema di valutazione multidimensionale si riferisce per gli aspetti organizzativi alla funzione di Direzione distrettuale e vi contribuisce, nell'espressione della valutazione, la professionalità più adeguata al problema da valutare. La componente professionale assume il carico della valutazione mentre la componente di gestione del Distretto si assume il carico di garantire al paziente l'ambito assistenziale individuato.

2. IL GOVERNO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE TERRITORIALI

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

2.1 Le maggiori criticità presenti nei distretti piemontesi

In Piemonte, benché la dgr 80 del 2000 attribuisca al distretto un ruolo di centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle risposte disponibili da parte del Servizio sanitario nazionale (nel quale la responsabilità è attribuita sulla globalità della presa in carico dell'utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere), il distretto si configura ancora oggi più come luogo di gestione di alcuni dei servizi territoriali che come centro di responsabilità della tutela della salute del cittadino/utente.

Le maggiori criticità evidenziate dagli operatori dei servizi territoriali piemontesi si concentrano su alcune tipologie di questioni, delineate nel riquadro che segue.

Le maggiori criticità nei distretti piemontesi

Questioni di contesto/generali

- Difficoltà a definire un modello di distretto senza un modello di riferimento definito

Scarsità di risorse

- Scarsa autonomia economico finanziaria dei distretti
- Carenza di risorse per svolgere sia la funzione di produzione sia quella di

governo della domanda

Burocrazia e ruoli confusi dei/nei distretti

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

Programmazione regionale/aziendale

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

Il quadro dei distretti piemontesi si presenta diversificato per numero di abitanti, configurazione geomorfologica e numero di comuni: si evidenziano almeno 5-6 macrotipologie di distretti, in relazione alle dimensioni ed al numero di comuni facenti parte di un Distretto. Dei 65 Distretti piemontesi, 6 hanno un territorio compreso nella zona di montagna e 17 in un capoluogo di provincia (uno per ogni capoluogo e 10 distretti a Torino). Il range degli assistibili afferenti ai singoli distretti varia da meno di 20.000 abitanti del distretto di Perosa Argentina ai 130.000 abitanti dei Distretti San Paolo di Torino e di Novara.

La dimensione degli attuali distretti piemontesi è da considerarsi in alcuni casi inadeguata a garantire le funzioni delineate nel precedente capitolo 1. Il Distretto, nel rispetto delle caratteristiche tipiche dei diversi territori, necessita infatti di ambiti territoriali tali da garantire un equilibrio ottimale dei servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di assicurare i principali percorsi terapeutici all'interno dell'ambito territoriale.

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

- una funzione progettuale, con funzione di rilevazione dei bisogni e di governo della domanda;
- una funzione produttiva, per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi su base integrata.

2.2 Elementi organizzativi per il governo del territorio

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali, la Direzione distrettuale esercita le seguenti funzioni:

- nei processi assistenziali rappresenta il garante delle relazioni che si instaurano tra i singoli medici, o meglio, tra i GCP e i servizi di supporto, gli altri livelli assistenziali presenti nel territorio, il sistema ospedaliero, i servizi di prevenzione;
- nei processi organizzativi rappresenta nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario (Dipartimento, strutture semplici e complesse delle ASL e delle ASO), ed esterni (soggetti istituzionali, volontariato, scuola), il riferimento locale per le attività territoriali;
- nei processi gestionali rappresenta il riferimento della Direzione sanitaria del territorio per:
 - l' identificazione delle risorse;
 - la distribuzione delle risorse;
 - il controllo gestionale sulle attività erogate direttamente;
 - il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni nonché alla definizione degli obiettivi della programmazione dell'ASL.
- nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le Amministrazioni locali e per i Consorzi per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi;
- nelle relazioni esterne è anche il riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

Distretti delle ASL piemontesi/residenti anno 2004

ASL	DISTRETTO	N. COMUNI	RESIDENTI - 2004	AB/KMQ	
TO1	1 Centro	-	79.685	6.931	
	8 - S. Salvario		58.864		
	9 - N. Millef.		76.614		
	10 - Mir. Sud	-	39.767		
TO2	1 Santa Rita	-	105.725		
	2 S. Paolo	-	130.133		
TO3	1 Parella	-	94.926		
	2 B. Vittoria	-	121.634		
TO4	1 Barriera Mi.	-	104.735		
	2 L. D. Savona	-	88.389		
5 COLLEGNO	1 Collegno	2	87.961		2.816
	2 Rivoli	5	78.084		800
	3 Orbassano	6	90.997		755
	4 Giaveno	6	27.877		167
	5 Susa	37	87.758		80
6 CIRIE'	1 Lanzo	21	26.442		37
	2 Ciriè	13	72.341	531	
	3 Venaria	1	35.128	1.731	
	4 Caselle	4	42.153	558	
	5 Pianezza	5	26.534	341	
7 CHIVASSO	1 Chivasso	20	75.089	190	
	2 Settimo	4	78.756	659	
	3 San Mauro	7	39.357	454	
8 CHERI	1 Chieri	25	96.708	232	
	2 Moncalieri	3	72.987	1.003	
	3 Nichelino	4	75.111	1.003	
	4 Carmagnola	8	48.502	210	
9 IVREA	1 Ivrea	65	110.008	164	
	2 Cuorgnè	42	76.609	82	
10 PINEROLO	1 T. Pellice	9	22.958	78	
	2 Perosa A.	17	19.995	35	
	3 Pinerolo	21	88.616	190	
11 VERCELLI	1 Vercelli	30	66.126	121	
	2 Santhià - Gattinara	25	66.655	102	
	4 Borgosesia	36	42.616	50	
12 BIELLA	1 Biella	45	118.930	233	
	2 Cossato	29	59.802	192	
13 NOVARA	1 Borgomanero	26	70.508	216	
	2 Arona	20	75.609	143	
	3 Galliate	6	54.735	321	
	4 Novara	25	130.557	275	
14 OMEGNA	1 Omeogna	20	42.635	156	
	2 Domodossola	37	65.509	41	
15 CUNEO	3 Verbania	27	64.227	134	
	1 Cuneo	8	71.415	164	
	2 Dronero	23	39.512	45	
	3 B. S. Dalmazzo	22	45.335	34	
16 MONDOVI	1 Mondovì	30	62.641	86	
	2 Ceva	34	23.951	31	

ASL	DISTRETTO	N. COMUNI	RESIDENTI - 2004	AB/KMQ
17 SAVIGLIANO	1 Saluzzo	39	79.085	67
	2 Savigliano	19	85.276	130
18 ALBA	1 Alba	65	101.031	129
	2 Bra	11	61.863	186
19 ASTI	1 Asti Centro	3	76.501	444
	2 Asti Sud	40	57.335	115
	3 Asti Nord	63	67.579	96
20 ALESSANDRIA	1 Alessandria	27	124.335	177
	2 Tortona	40	61.260	100
21 CASALE	1 Casale	27	59.622	150
	2 Valenza	4	28.239	233
	3 Trino	21	26.717	78
22 NOVI	1 Novi Ligure	8	39.647	247
	2 A. Scrivia	23	32.059	55
	3 Ovada	16	27.378	107
	4 A. Terme	29	42.852	94

CAPITOLO 4

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE

PREMESSA

La questione dell'integrazione socio – sanitaria si appoggia su alcuni elementi di fatto:

- lo stato di salute e la sua evoluzione nel tempo sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone, delle famiglie e dei gruppi sociali. A sua volta, la condizione sociale è fortemente condizionata dallo stato di salute;
- l'evoluzione epidemiologica evidenzia la costante crescita di situazioni complesse che esprimono bisogni assistenziali sia sociali che sanitari (patologie croniche);
- gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e talora concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse economiche e operative, autorevolezza scientifica e professionale, e quindi anche di potere;
- le persone che si rivolgono ai punti di accesso del sistema di servizi sociali o di quelli sanitari incontrano notevoli difficoltà a vedere considerato il loro bisogno nel suo insieme, senza doversi far carico di ricomporre le valutazioni e i conseguenti interventi offerti dai due sistemi;
- la mancata interazione tra i due sistemi produce disservizi e sprechi e, talora, mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato;
- la distinzione e la specializzazione delle conoscenze professionali e delle attività produttive è componente essenziale dei processi di cura ma, quando l'oggetto di analisi e di intervento è la persona umana – che vive unitariamente tanto i problemi che le varie risposte - è necessario che vi siano momenti di confronto, di raccolta, di integrazione.

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

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

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

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

L'impostazione tuttora prevalente nelle politiche sanitarie presenta forti limiti nella misura in cui essa risulta fondamentalmente impostata nella direzione di un miglioramento dell'efficienza e del controllo della domanda dal punto di vista quantitativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allora deve essere a tutti chiaro che la Programmazione strategica Regionale e Territoriale deve orientare il Sistema Socio-Sanitario ad erogare prestazioni efficaci ed

appropriate che rispondano a criteri di economicità all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

Questi ultimi dovranno però ispirarsi a criteri di necessità strutturale della domanda tali da non renderli più facilmente identificabili come livelli "minimi".

La programmazione dovrà allora dare risposte al bisogno di salute del cittadino/utente, preoccupandosi della sostenibilità e dell'appropriatezza degli interventi che va a realizzare.

Per quanto attiene il significato che attribuiamo al termine "appropriatezza" rispetto al concetto di salute, può essere utile la definizione riportata nel PSR della Toscana:

"Si intende per appropriatezza in ambito socio sanitario la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dell'utenza, e di non erogare prestazioni inefficaci e/o dannose.

Per efficacia si intende la capacità, erogando un'attività o una prestazione, di modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute obiettivo e soggettivo dell'utente che si rivolge al servizio.

Per adeguatezza si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per la persona e con tempi congrui rispetto al bisogno. L'articolazione in due dimensioni del concetto di appropriatezza, ancorché riduttiva, introduce due diversi ambiti di applicazione, clinico ed organizzativo, e risulta particolarmente utile dal punto di vista operativo e della ricerca sui metodi di valutazione".

Occorre rilevare come questa definizione di appropriatezza faccia riferimento non solo alla malattia o alle condizioni di salute obiettive, ma anche a quelle soggettive.

L'influenza dei fattori soggettivi o, comunque, di quelli non standardizzabili e prevedibili, si farà sentire soprattutto nel territorio, dove il peso delle variabili non sanitarie è prevalente, le tecnologie non sempre utilizzabili, le procedure spesso carenti e dove molti degli interventi risentono -positivamente o negativamente- degli aspetti relazionali "forti" intercorrenti fra gli attori del processo di cura.

1. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SOCIO- SANITARIE

Definire la domanda di prestazioni socio sanitarie comporta approfondire la complessità delle problematiche, che la costruzione di un Sistema Integrato di interventi e di servizi sociali, vuole e deve affrontare.

Ciò ci costringe a pensare che il sistema territorio e le problematiche vissute da soggetti individuali o collettivi al suo interno, non siano conoscibili attraverso eccessive disaggregazioni e semplificazioni.

La semplice conoscenza delle singole componenti delle situazioni problematiche non implica la comprensione delle situazioni problematiche nella loro complessità. Da qui la scelta metodologica di proporre un percorso di analisi capace di coinvolgere il maggior numero di soggetti possibili nella rilevazione dei problemi percepiti all'interno dei diversi attori del contesto sociale.

L'individuazione e l'analisi dei problemi permette infatti, nell'ottica indicata, di valorizzare l'apporto dei diversi soggetti sociali, visti come portatori di conoscenze e, dall'altro, di collocare il percorso d'analisi all'interno delle interazioni che sul territorio si strutturano tra bisogni e risorse, diritti e doveri, cittadini e istituzioni.

Nel far questo la questione che si pone riguarda il come ci si rappresenta la realtà sociale. I problemi, a differenza dei bisogni, non sono fenomeni che riguardano solo i singoli soggetti, sono fenomeni relazionali che si determinano nelle relazioni tra soggetti; sono quindi delle costruzioni sociali che favoriscono anche il riconoscimento degli stati di bisogno.

Schematicamente la differenza ed il confronto fra i due concetti "bisogno" e "problema" può essere rappresentata come segue:

BISOGNO	PROBLEMA
Esprime una necessità particolare, una mancanza specifica, pur se talora scomponibile in una varietà di sotto-bisogni tendenzialmente omogenei e aggregabili	E' una situazione che determina stati di sofferenza e/o disagio complessi, legati a una plurifattorialità di cause determinanti e di bisogni specifici, percepita come discrepante e limitativa rispetto a una condizione desiderata.
E' la conseguenza di una condizione critica (situazione problematica) precisamente definita	E' una situazione in cui sono presenti criticità e risorse molteplici determinate dalla relazione tra il soggetto e la realtà in cui esso vive
E' individuato attraverso l'utilizzazione delle tradizionali categorie di analisi socio-economica o diagnostico-clinica o, comunque, settoriali, in genere secondo un rapporto conosciuto di causa-effetto, capace di definire con precisione la natura elementare delle cause che lo determinano	È individuato in modo non automatico, secondo un rapporto biunivoco di causa - effetto, potendo, infatti, più cause originare effetti simili o una pluralità di effetti dipendere da una sola causa, non conoscibile aprioristicamente. Occorre integrare diverse prospettive di osservazione
Appartiene al soggetto o alla comunità che lo manifesta, e richiede competenze in genere definite e specialistiche	Appartiene al soggetto che lo manifesta e alle competenze pluridisciplinari capaci di riconoscerne la natura complessa
E' UNA QUESTIONE DI NATURA OMOGENEA, SELETTIVAMENTE SODDISFACIBILE, SPIEGABILE TRAMITE INDICATORI PREVALENTEMENTE QUANTITATIVI (DIMENSIONE DEL BISOGNO) (Disease management, assistenza)	E' UNA QUESTIONE COMPLESSA, PLURIFATTORIALE, MULTISETTORIALE, NECESSITA' DI UN APPROCCIO PLURIDISCIPLINARE, SODDISFACIBILE CON APPROCCI INTEGRATI E SECONDO UN'ANALISI QUALI-QUANTITATIVA CAPACE DI METTERE IN EVIDENZA LE CONNESSIONI ESISTENTI ALL'INTERNO DELLA PLURALITÀ DI CAUSE E EFFETTI

Se i BISOGNI, così caratterizzati, evidenziano stati di necessità, mancanze, la loro comparsa autorizza gli individui ad affermare il diritto di essere assistiti. Da qui l'idea che il sistema dei servizi debba garantire a tutti, indipendentemente dalle specifiche condizioni, l'accesso alle prestazioni. Se i PROBLEMI, rappresentano situazioni di

sofferenza socialmente riconosciute in ambiti definiti della popolazione, si può sviluppare l'aspettativa che la comunità, attraverso l'attivazione di vari soggetti (compresi i servizi istituzionali preposti), si faccia carico di quel problema, valorizzando in particolare le stesse risorse in possesso di coloro che sono in situazione di difficoltà.

Il sistema integrato dei servizi e degli interventi dovrà fornire delle risposte complessive attraverso una decodifica dei bisogni espressi e non espressi e permettere di identificare la domanda di cura e di assistenza espressa dalla persona.

Il problema dell'appropriatezza della domanda espressa ai servizi è criticità centrale per l'organizzazione della risposta dei servizi:

I bisogni percepiti dalle persone sono determinati da difficoltà legati alla persona stessa o al suo nucleo microsociale di riferimento, ma sono anche indotti e/o condizionati da fattori: socio-economici, ambientali e di appartenenza culturale:

a) fattori socio-economici ed ambientali:

- differenze tra aree metropolitana e non metropolitana;
- deprivazione socio-economica;
- disuguaglianze sociali e nella distribuzione delle risorse economiche aggravate dalla precarizzazione dei rapporti di lavoro.

b) fattori culturali:

- modificazione dei valori culturali dominanti di normalità;
- multiculturalità legata ai processi migratori;
- effetti collaterali da media;
- rottura delle reti sociali ed istituzionali (famiglie allargate, deficiarietà della scuola, competizione sui luoghi di lavoro);
- non sostenibilità della vita quotidiana;
- diffusione/legittimazione dell'abuso di sostanze che drogano o dopano.

Attualmente, i bisogni espressi dalle persone in maniera socialmente prevalente, e quindi, la richiesta d'interventi socio sanitari integrati, si collocano nelle seguenti aree:

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

Oltre a questo tipo di domanda, facilmente individuabile nell'ambito dell'analisi dei bisogni, una lettura più approfondita delle nuove problematiche di salute, fa emergere criticità nell'ambito delle quali si generano bisogni complessi in cui è difficile

discriminare il sociale dal sanitario e che inducono l'esistenza di aree grigie di domanda come per esempio:

- a. Adolescenti e dei giovani adulti (14 -24 anni) dove ci sono abusi di sostanze di tipo diverso ma anche comportamenti a rischio
- b. Persone con disturbi depressivi (sia quelli relativi all'infanzia che non sono stati riconosciuti e che si aggravano a causa della deprivazione e della solitudine nell'età adulta sia quelli legati alle problematiche lavorative)
- c. Adulti con problemi di dipendenza (non solo da sostanze) che si aggiungono a disturbi mentali gravi che evidenziano problemi di comportamento
- d. Persone in esecuzione penale (con particolare attenzione a chi è portatore di disturbi mentali o di dipendenze patologiche)
- e. Persone senza fissa dimora o in stato di estrema povertà
- f. Popolazione nomade
- g. Immigrati (con particolare attenzione alle vittime della tratta, ai minori soli, ai rifugiati e richiedenti asilo)
- h. Minori e donne vittime di abusi e violenze
- i. Persone con disturbi del comportamento alimentare (che hanno esordio nell'età adolescenziale e che si sviluppano con gravità nell'età adulta)
- j. Persone immigrate, la cui presenza ha assunto un carattere di stabilità di cui non si può non tenere conto. Questa presenza non porta solo alla crescita della domanda di servizi sanitari e sociali ma introduce l'esigenza di tener conto delle caratteristiche e delle peculiarità di persone con culture e modi di vita diversi e individuare adeguate è politiche di accoglienza e integrazione.

2. DIRITTI ED OPPORTUNITA'

Accanto ai concetti di "bisogno" e "problema" giova trattare – ragionando in termini di risposta - anche la questione relativa al rapporto che deve intercorrere – nel sistema integrato – tra *tutela dei diritti ed offerta di opportunità*.

Secondo una impostazione ormai consolidata – almeno dal punto di vista concettuale - l'attività sviluppata nell'ambito dei servizi sociali e sanitari deve essere svolta a beneficio della comunità locale nel suo complesso ed a tal fine deve concretizzarsi nella fornitura di prestazioni e servizi – gratuiti o con compartecipazione delle spesa – a tutti le persone *in condizioni di difficoltà* personale o familiare.

Tutela dei diritti ed offerta di opportunità sono dunque gli elementi sui quali si deve incentrare l'attenzione delle istituzioni preposte alla gestione del sistema integrato.

Diritti esigibili per le persone in condizioni di grave disagio sociale e/o sanitario ed *opportunità* per i cittadini (potenzialmente "tutti") che, pur essendo in difficoltà personale o familiare, sono in grado di "mettere in campo" anche risorse proprie.

Ai minori privi delle cure familiari, ai disabili intellettivi, agli anziani non in grado di provvedere alle proprie esigenze, alle gestanti e madri in difficoltà ed a tutte le persone in condizioni di fragilità sociale e/o sanitaria che necessitano di prestazioni

specifiche per uscire dalla schiavitù dell'emarginazione, non basta infatti assicurare che *non verranno esclusi* e che *non saranno ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi*¹.

L'accesso alle prestazioni sociali

La legge 8 gennaio 2004 n. 1 della Regione Piemonte - che detta le *"Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"* - pur ribadendo, all'articolo 22, il concetto di *"accesso prioritario"* per le fasce più deboli, riconosce, *"a ciascun cittadino il diritto di esigere, secondo le modalità previste dall'ente gestore istituzionale, le prestazioni sociali di livello essenziale di cui all'articolo 18"*.

Nonostante la mancata definizione degli standard delle prestazioni da garantire (l'articolo 18 si limita infatti ad elencare le prestazioni di livello essenziale) è dunque opportuno che gli Enti gestori - in attesa di una opportuna definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali - siano impegnati ad assicurare, alle persone in condizione di maggiore debolezza, il diritto all'assistenza, non in via prioritaria, ma in regime di certezza.

La programmazione regionale e locale - e soprattutto il quadro regolamentare che disciplina l'accesso ai servizi ed alle prestazioni - devono pertanto prevedere che a queste persone vengano, in ogni caso, garantite le prestazioni necessarie. A tal fine occorre che si provveda alla *puntuale quantificazione delle risorse finanziarie, umane e patrimoniali destinate alla realizzazione dei servizi preposti ad erogare le prestazioni di livello essenziale* elencate nella legge regionale 1/2004.

L'accesso alle prestazioni socio sanitarie

Il Piano sanitario nazionale 2003 - 2005² individua - tra gli obiettivi generali di salute assegnati al sistema sanitario - quello relativo alla *"La salute nel sociale"*. Il target di tale obiettivo è rappresentato dai poveri ed emarginati; dai minori in generale, e da quelli vittime di maltrattamento ed abuso in particolare; dalle persone con problemi di salute mentale; dai tossicodipendenti; dalle persone detenute; dagli immigrati.

A fronte di tale *"popolazione obiettivo"* non sorprende che, prima di declinare l'obiettivo generale nei sub obiettivi specifici, si precisi che *"Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio - sanitaria"*.

I *"doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"* - sanciti dall'articolo 2 della nostra Costituzione - devono dunque tradursi in diritti esigibili alle prestazioni, in particolare per le fasce più deboli della popolazione. Anche perché - in materia di integrazione socio sanitaria - le *"questioni di principio"* hanno una immediata ricaduta in termini *di sostanza*. Non è infatti indifferente - per la persona - se una determinata prestazione compete istituzionalmente al sistema sanitario o a quello socio assistenziale. Nel primo caso si può parlare di *diritto soggettivo* a beneficiare di prestazioni erogate nell'ambito di livelli essenziali di assistenza definiti, nel secondo caso no (almeno sino a quando non verranno definiti i livelli essenziali di assistenza relativamente al comparto sociale).

¹ Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001 *"Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003"*, parte 1 *"Le radici delle nuove politiche sociali"*.

² Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 *"Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003 - 2005"*

Per quanto attiene alla esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali di assistenza afferenti all'area socio sanitaria è dunque importante ribadire che la normativa della Regione Piemonte sancisce che:

*le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria – di competenza degli Enti gestori - si sostanziano nella messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale - necessarie per la realizzazione dei percorsi integrati socio sanitari - e nell'assolvimento della funzione di sostegno economico nei confronti degli utenti che - a causa del basso livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri degli interventi; le aziende sanitarie locali sono invece tenute ad assicurare l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie, attraverso modalità organizzative che consentano la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.*³

Dunque, per sintetizzare, si può affermare che: 1) sono esigibili per legge i diritti alle prestazioni sanitarie e a quelle socio sanitarie pur con contribuzione da parte degli utenti; 2) qualora detti utenti non siano in condizione di pagare il dovuto, spetta ai Comuni integrare la spesa attingendo ai fondi propri, a quelli regionali ed alle quote del Fondo nazionale per le politiche sociali che – tramite le Regioni – viene ripartito tra gli Enti gestori dei servizi sociali.

La "presa in carico" come relazione di aiuto.

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

Ai soggetti di governo e di gestione del sistema integrato spetta dunque il compito di produrre *politiche di inclusione* che promuovano azioni globali di sviluppo dell'impegno civile ed allarghino a nuove forme di partecipazione i tradizionali processi di informazione, consultazione e gestione. Ciò richiede la capacità di definire e di attuare programmi di miglioramento della salute intesa come "qualità del vivere quotidiano" anche sui temi della forma della città e di uso del territorio; della difesa civile dai rischi e dal degrado; dei servizi formativi ed educativi; della sicurezza di vita.

Alla Regione ed ai Comuni in particolare, è richiesto, in sostanza, di *trasformare le politiche di settore in politiche di comunità* ed alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori di operare, all'interno di tale orizzonte, promuovendo e realizzando servizi sanitari e sociali di comunità, lavoro di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione.

Una operatività – da sviluppare in ambito distrettuale – che non deve farsi permeare dagli aspetti deteriori di una male intesa "cultura aziendale". Bisogna cioè evitare di porre al centro l'organizzazione e non i destinatari; di standardizzare le risposte invece di personalizzarle; di perdere la cultura dell'accoglienza e dell'ascolto; di pensare al cittadino in condizioni di bisogno non come ad una persona con dei diritti e dei doveri ma come ad un "cliente" al quale vendere servizi.

E' perciò importante che l'attività del distretto socio sanitario si sviluppi nell'ambito di alcuni principi fondamentali:

- i servizi sanitari e sociali hanno al centro le persone e le famiglie, e fra queste in primo luogo quelle con maggiori difficoltà;

³ Così come stabilito dal DPCM 29.11.2001 che, all'allegato 1.C, definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria. Giova inoltre ricordare che il decreto ha assunto forza di legge dello Stato con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003 nel quale si precisa che "Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del Decreto del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001...".

- la risposta ai bisogni è “personale”;
- l'intervento sanitario e sociale è rispettoso dei diritti della persona ed è dialogante, cerca le risorse da mobilitare e non i “mali” da curare;
- la funzione pubblica nei servizi alle persone in difficoltà si concretizza nella promozione, nel controllo, nella garanzia della risposta, salva ogni forma di autogestione da parte della società;
- il coinvolgimento della comunità locale è garanzia della non estraneità ambientale della risposta;
- non si possono abbandonare al mercato - e quindi alla logica “del più forte” – proprio le persone più deboli.

3. L'OFFERTA DI INTERVENTI INTEGRATI SOCIO-SANITARI

La *gestione integrata dei processi assistenziali socio – sanitari* implica, in primo luogo, la chiara definizione dei soggetti istituzionali chiamati a garantire i servizi ed a erogare, tramite questi, le diverse prestazioni. In tal modo potrà essere efficacemente affrontato il problema - a tutt'oggi non felicemente risolto - dell'orientamento delle azioni alle persone.

Le attività socio sanitarie - così come si sono definite progressivamente nella legislazione nazionale, dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. fino al decreto attuativo dei LEA (DPCM 29.11.2001), sono rappresentate da:

1. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le “attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute”.

Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semi residenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

2. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite";

"Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali".

3. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attingono prevalentemente alle aree materno – infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative".

Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post - acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza".

Il complesso di queste prestazioni (alle quali abbiamo per forza di cose limitato il nostro punto di osservazione) presenta , ad oggi nella realtà piemontese, una applicazione non omogenea.

Innanzitutto occorre rilevare che il complesso delle prestazioni risulta regolamentato solo in parte. essendosi espressa la normativa regionale relativamente alle tipologie di intervento in ambito residenziale per gli anziani non autosufficienti e i disabili e nell'ambito delle cure domiciliari anche queste fondamentalmente posizionate sull'area della non autosufficienza.

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

Per quanto riguarda nello specifico le cure domiciliari, ci preme sottolineare come nell'attuale realtà piemontese, la quasi totalità delle ADI risulta essere un intervento di cosiddetta integrazione intrasistemica fra unità operative sanitarie e come quindi spesso essa non intervenga anche in termini di assistenza tutelare, mentre risultano ancora da ratificare in gran parte del Piemonte accordi territoriali che recepiscano le cosiddette assistenze domiciliari "in lungoassistenza" che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste attualmente una regolamentazione regionale.

Infine rispetto al tema dell'abitare e della qualità ambientale assume importanza primaria, in un concetto della "qualità della vita" inteso in senso più ampio poter mantenere gli anziani nelle proprie abitazioni, corredare gli alloggi destinati alle persone diversamente abili di adeguate tecnologie, garantire una maggiore sicurezza nelle città e sviluppare una diversa cultura dell'alimentazione.

Occorrerà anche procedere ad un'attenta verifica del patrimonio di strutture socio-sanitarie (residenziali e non) per una loro distribuzione e destinazione coerente con i fabbisogni attuali ed emergenti. Dovrà - altresì - essere previsto il riutilizzo delle strutture in esubero mediante un loro adeguamento strutturale in riferimento alle tipologie emergenti dalle nuove patologie mediche.

4. LA COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA ED I MODELLI DI INTEGRAZIONE

Dallo scenario configurato e dal complesso normativo sin qui esaminato, si evince chiaramente l'assoluta necessità di disciplinare i criteri e le modalità mediante i quali aziende sanitarie e comuni garantiscono l'integrazione delle prestazioni socio sanitarie di rispettiva competenza. E' indubbio che il distretto dovrà essere il "motore" dell'apparato sanitario a livello locale e che la Regione Piemonte, con la ridefinizione territoriale della A.S.R. e all'interno di esse dei distretti, (già realizzata a suo tempo) dovrà fornire lo stesso di poteri reali. Diversamente gli EE.GG., secondo la vigente normativa, esercitano poteri "delegati" dalle amministrazioni comunali.

Per la reale integrazione di due comparti oggi diversi occorre dotarsi di assetti istituzionali coerenti con lo scopo, anche, se del caso, modificando l'impianto organizzativo della A.S.R. e degli EE.GG., nonché riordinando le normative regionali riferite all'argomento.

La proposta di configurazione del futuro distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela - dovrà dunque assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio - sanitarie nonché il coordinamento delle

proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, e dei servizi e delle prestazioni sociali oggi affidate agli EE.GG.

Va inoltre sostenuto e valorizzato il ruolo delle Province in ordine al coordinamento e alla promozione del sistema integrato dei servizi sociali con particolare riferimento alla programmazione zonale.

A tal fine, al distretto devono essere attribuite *risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute* della popolazione di riferimento e – nell'ambito delle risorse assegnate – al distretto deve essere riconosciuta la necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria con obbligo di tenere una contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda Sanitaria Locale.

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

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

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

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

Qualsiasi modello organizzativo verrà realizzato dovrà affrontare con chiarezza la questione della coincidenza territoriale o meno degli attuali ambiti tra Enti Gestori e Distretti Sanitari. Inoltre a seconda del modello individuato dovrà definire la posizione degli organi elettivi all'interno del distretto e degli Enti Gestori, la presenza di strumenti programmatori (PdZ/PAT) e l'allocazione e la disponibilità di risorse nonché la corresponsabilità in senso economico/politico delle comunità locali.

Le proposte che possono essere articolate, rispetto alla necessità di perseguire l'obiettivo dell'integrazione istituzionale, gestionale e professionale delle prestazioni, sono traducibili fondamentalmente in tre opzioni organizzativi:

1. la creazione di un "*consorzio socio sanitario distrettuale*" (sul modello delle cd. Società della Salute, in sperimentazione nella Regione Toscana) che

collocherebbe gli interventi in capo ad un unico nuovo gestore e consentirebbe alla struttura di superare la settorialità e la specializzazione degli interventi mediante l'aggregazione delle prestazioni in capo ad unità polivalenti, collocate in ambito distrettuale. In questa formula organizzativa, il soggetto che ha la responsabilità funzionale dell'unità operativa, assume anche la responsabilità della gestione del personale assegnato, che può, in ogni caso, mantenere riferimenti diversi per quanto attiene agli aspetti amministrativi relativi all'inquadramento contrattuale .

Il modello tende essenzialmente ad una struttura operativa che indirizzi puntualmente gli operatori ad organizzare gli interventi in modo da garantire la *centralità dell'utente* assistito. A tal fine va dedicata particolare attenzione alle caratteristiche tecnico-operative: *l'unità della persona presa in carico* può essere infatti perseguita più o meno efficacemente in relazione alle modalità con le quali si realizzano i processi decisionali, di comunicazione e di controllo.

2. la creazione di una "Struttura distrettuale funzionale per le attività integrate" cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio -sanitari, anche in termini di budget e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari. La gestione sarebbe congiunta tra il Direttore di Distretto e il Direttore dei Servizi sociali e garantita dalla formulazione di appositi accordi per la definizione delle procedure operative.
3. il mantenimento della situazione attuale, che può avvenire prendendo in considerazione *l'integrazione come obiettivo perseguibile attraverso il coordinamento funzionale delle prestazioni* tra il sistema sanitario e quello sociale, intesi come due entità ben distinte e facenti capo a due enti gestori dotati di strutture organizzative differenti. In questo caso i meccanismi dell'integrazione sono basati sulle unità organizzative. Queste perseguono, come specifico del loro ruolo, un obiettivo di integrazione e coordinamento, da realizzare attraverso l'obbligatoria definizione -concordata e formalizzata- di appositi accordi di programma per le procedure operative coerenti allo scopo ed un costante ed efficace 'meccanismo di comunicazione' tra gli operatori dei due comparti. Tali meccanismi, che possono essere applicati a tutto l'insieme degli interventi dei due sistemi, oppure essere sviluppati in relazione ad aree specifiche (ambiti distrettuali, tipologie di utenze e problematiche), dovrebbero essere oggetto di reale valutazione da parte della Regione.

Il modello organizzativo dovrà tener conto dell'aspetto relativo all'accesso della persona al sistema integrato dei servizi e degli interventi.

In tal senso, rispetto a quelle individuate come aree grigie, qualsiasi sia il Modello organizzativo individuato, sarà necessario, con un percorso sperimentale e graduale, organizzare Gruppi di lavoro socio-sanitari orientati per problemi che, a partire dai LEA ed interpretandoli alla luce di quanto detto, siano in grado di gestire problemi complessi e di natura multifattoriale. A questo scopo si potranno individuare sperimentalmente modelli operativi cosiddetti a matrice in cui le competenze dei singoli servizi o agenzie interessati si intersechino con il problema di cui è portatore il cittadino nella sua interezza.

In ogni caso quindi appare premessa indispensabile e condizione necessaria la configurazione del distretto sociosanitario (indipendentemente dalla forma organizzativa scelta) come punto di accesso ai servizi della rete generale, sperimentando, ad esempio, l'attivazione di "sportelli socio sanitari distrettuali" – gestiti da operatori sociali e sanitari - che forniscano alla persona una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria. Lo sportello dovrebbe porsi – in sostanza - come tramite tra la persona e la rete dei "case manager" e dei "care giver" offrendo inoltre consulenza alle persone ed alle famiglie al fine di agevolare la fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale. In questo senso competerebbe allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili.

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

Infine si ritiene indispensabile procedere ad una valorizzazione degli operatori del sistema sanitario e sociale con particolare attenzione a percorsi formativi favorenti la cultura della intersectorialità.

Per quanto riguarda la formazione di base sarebbe decisamente innovativo introdurre nei corsi di laurea di area sanitaria gli aspetti inerenti la salute nella sua complessità con particolare riferimento alla dimensione relazionale, sociale e assistenziale collegati all'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda invece gli operatori dei servizi sociali e sanitari già in servizio, nell'ambito della formazione post-laurea e permanente, è indispensabile siano aggiornati in merito alle reciproche competenze orientate alla multidisciplinarietà e intersectorialità capace di produrre innovazione, generare benessere, garantire coesione, assicurare equità.

CAPITOLO 5

LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE

Premessa

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

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

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

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

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

Sulla base dei principi su elencati ed in linea sia con il Piano Sanitario nazionale 2003 – 2005, che prevede tra gli obiettivi prioritari il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale con l'inserimento dello stesso nella più ampia rete dei servizi sul territorio, sia con l'Accordo Stato – Regioni del 23.03.2005, che ridefinisce i parametri di posti letto per abitante ed il tasso di ospedalizzazione limitando l'uso dell'ospedale, il piano di riordino della rete ospedaliera piemontese si pone come obiettivo da

raggiungere l' "eccellenza diffusa e l'alta specializzazione in rete" dove per "eccellenza" si intende il pieno possesso dei requisiti di qualità.

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

A questi obiettivi possono cooperare le istituzioni scientifiche e di ricerca presenti nella Regione (Politecnico, Università, parchi tecnologici, ecc.) con il bagaglio di risorse in know how che li caratterizzano, oltre che gli enti e le associazioni che svolgono attività in campo sanitario. Fondamentale sarà il contributo che potranno fornire gli operatori del servizio sanitario, in particolare attraverso le forme di organizzazione sindacale, professionale e scientifica.

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

Il riferimento normativo per le valutazioni circa le previsioni di fabbisogno di assistenza ospedaliera è l'accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005, che fissa tra gli obiettivi da attuare entro il 2007 il contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180‰ abitanti, di cui il 20% in degenza diurna, e il rapporto di posti letto per abitante pari al 4,5 ‰. I dati Piemontesi non pongono la Regione molto distante dai valori di riferimento, assestandosi al 185,14‰ di tasso di ospedalizzazione per il 2004 e al 4,6‰ posti letto (di cui lo 0,9‰ di post-acuzie) al 1.7.2005, permettendo di fare valutazioni programmatiche legate soprattutto a redistribuzione di funzioni in relazione ai reali bisogni assistenziali, che in questi anni non sono stati correttamente soddisfatti, ed all'uso efficiente delle risorse ospedaliere. A tale proposito l'azione di revisione e redistribuzione di funzioni, mira anche al corretto regime assistenziale cui indirizzare i ricoveri.

Le valutazioni sono effettuate utilizzando la popolazione piemontese al 31.12.2004 secondo le rilevazioni ISTAT e considerando tale valore costante al 2007 (tenendo conto del dato medio delle stesse proiezioni ISTAT per gli anni futuri).

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

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

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

Area funzionale sovrazonale	Posti letto medi 2004	Popolazione al 31.12.2004	P.L. ‰/‰ 2004	ipotesi 2007 4,5 pesato P.L. ‰/‰
1 (provincia di TO)	10.156	2.236.941	4,54	10.272
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	3954	880.795	4,48	3.748
3 (provincia di CN)	2.689	569.987	4,71	2.552
4 (province di AT e AL)	2.829	642.449	4,40	2915
Regione	19.629	4.330.172	4,53	19.487

Per il raggiungimento degli obiettivi così stabiliti, entro il 2007 occorre ridurre i ricoveri di circa 22.000 casi e il numero di posti letto di 141 rispetto alla situazione 2004. Tali risultati paiono peraltro in linea con il trend evidenziatosi negli ultimi anni per effetto del miglioramento complessivo delle possibilità di diagnosi e cura e per un contemporaneo uso più appropriato dell'attività di ricovero.

Va però considerato che nel corso dell'ultima parte del 2004 e dei primi mesi del 2005 i posti letto sono complessivamente aumentati, anche con l'accREDITAMENTO di ulteriori 171 p.l. nelle case di cura. Pertanto la situazione al 1.7.2005 si è modificata e quindi la diminuzione dei posti letto attesa è in realtà maggiore rispetto al 2004 e le differenze che si possono prospettare nella previsione futura delle dotazioni di letti sono un'eccedenza di posti letto per acuti pari a 906 ed una carenza di postacuzie di 417.

Tab. 2bis: Previsione posti letto secondo accordo Stato -Regioni del 23.03.2005 e confronto con la situazione attuale

Tipologia reparti	Letti totali al 1.7.2005	Popolazione al 31.12.2004	P.L. ‰/‰ abitanti	Ipotesi teorica acuzie 3,5 ‰/‰ e postacuzione 1 ‰/‰	
				P.L. prevedibili	Differenza P.L. da 1.7.2005 a previsione
Acuzie	16.062	4.330.172	3,7	15.155	-906
Postacuzie	3.913	4.330.172	0,9	4.332	418
Totale	19.927	4.330.172	4,6	19.487	-488

Formattato

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

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

ASL di residenza	Popolazione		Anno 2003				Anno 2004				Anno 2003		Anno 2004	
	al 31.12.2003	al 31.12.2004	Produzione Regionale		Produzione Extraregionale		Produzione Regionale		Produzione Extraregionale		Totale		Totale	
			casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp	casi	tasso osp
101	247.679	256.879	49.695	200,64	2.018	8,15	50.557	196,81	1.814	7,06	51.713	208,79	52.371	203,87
102	227.576	235.872	39.344	172,88	1.655	7,27	39.400	167,04	1.516	6,43	40.999	180,16	40.916	173,47
103	207.973	216.505	38.483	185,04	1.416	6,81	39.097	180,58	1.316	6,08	39.899	191,85	40.413	186,66
104	184.629	192.999	35.458	192,05	1.360	7,37	36.061	186,85	1.215	6,30	36.818	199,42	37.276	193,14
105	368.725	372.677	60.004	162,73	1.861	5,05	61.905	166,11	2.000	5,37	61.865	167,78	63.905	171,48
106	176.297	177.447	30.401	172,44	834	4,73	30.964	174,50	820	4,62	31.235	177,17	31.784	179,12
107	191.946	193.202	31.403	163,60	1.103	5,75	31.822	164,71	1.154	5,97	32.506	169,35	32.976	170,68
108	290.520	293.308	47.972	165,12	1.438	4,95	50.119	170,87	1.371	4,67	49.410	170,07	51.490	175,55
109	187.597	188.172	28.473	151,78	1.803	9,61	29.399	156,23	1.684	8,95	30.276	161,39	31.083	165,18
110	130.447	131.569	20.286	155,51	506	3,88	20.501	155,82	572	4,35	20.792	159,39	21.073	160,17
111	175.447	175.397	31.317	178,50	3.781	21,55	31.120	177,43	3.828	21,82	35.098	200,05	34.948	199,25
112	178.892	178.732	25.136	140,51	3.518	19,67	25.507	142,71	3.722	20,82	28.654	160,17	29.229	163,54
113	328.320	331.409	50.331	153,30	11.662	35,52	51.571	155,61	11.669	35,21	61.993	188,82	63.240	190,82
114	171.487	172.371	27.959	163,04	5.778	33,69	28.499	165,34	5.806	33,68	33.737	196,74	34.305	199,02
115	155.273	156.262	26.391	169,97	1.164	7,50	28.069	179,63	1.196	7,65	27.555	177,46	29.265	187,28
116	86.295	86.592	15.269	176,94	1.408	16,32	15.527	179,31	1.497	17,29	16.677	193,26	17.024	196,60
117	163.155	164.361	26.070	159,79	868	5,32	26.959	164,02	768	4,67	26.938	165,11	27.727	168,70
118	161.464	162.894	28.261	175,03	1.160	7,18	28.248	173,41	1.214	7,45	29.421	182,21	29.462	180,87
119	200.387	201.415	35.139	175,36	2.289	11,42	35.317	175,34	2.339	11,61	37.428	186,78	37.656	186,96
120	180.677	185.595	31.598	174,89	8.251	45,67	32.585	175,57	8.097	43,63	39.849	220,56	40.682	219,20
121	114.545	114.578	22.079	192,75	2.618	22,86	21.534	187,94	2.482	21,66	24.697	215,61	24.016	209,60
122	140.902	141.936	22.895	162,49	5.702	40,47	23.683	166,86	5.923	41,73	28.597	202,96	29.606	208,59
non ident					1.152				1.223		1.152		1.223	
TOTALE	4.270.215	4.330.172	723.964	169,54	63.345	14,83	738.444	170,53	63.226	14,60	787.309	184,37	801.670	185,14

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*GGDD=giorni di degenza

**T.U. = tasso di utilizzo

2. LA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO

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

L'insieme di tali valutazioni fa ritenere che la previsione di un minor fabbisogno di posti letto (in particolare per acuti) nei prossimi anni sia ben fondata. Tale tendenza sarà accompagnata da un potenziamento e adeguamento delle cure domiciliari e di quelle in altre strutture residenziali.

Pertanto la progettazione della rete ospedaliera del Piemonte tiene conto di tali tendenze, prevedendo strutture ospedaliere adeguate alle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Inoltre, in linea generale, si delinea uno sviluppo dell'area dei servizi e dell'attività "di giorno" (ambulatoriale e di ricovero diurno) e una riduzione dell'attività di degenza tradizionale.

3. LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO

Esiste peraltro ancora, in quasi tutte le unità funzionali sovrazionali (ex quadranti), uno squilibrio tra attività di acuzie e di postacuzie che va corretto, anche se occorre tener conto del fatto che in Regione ci sono oltre 550 posti letto delle case di cura che sono codificati come acuzie ma che, in effetti, per l'attività svolta e per le modalità di remunerazione, dovranno essere ricondotti almeno in parte a postacuzie (discipline 40 - neuropsichiatria e 68 - pneumologia). La redistribuzione dei posti letto che il presente Piano prevede per le due tipologie di ricovero tiene conto della popolazione distribuita per fascia di età (considerando che gli anziani usufruiscono maggiormente dei reparti di postacuzie) e della presenza di altre strutture non di ricovero che possono essere di ausilio al trattamento postacuto (hospice, RSA). In tal senso il valore dell'1‰ per le postacuzie sarà ulteriormente ridotto nel tempo in relazione alla proporzionale crescita di forme di assistenza territoriale (domiciliare, semiresidenziale o residenziale quali le RAF, RSA) e attraverso un miglioramento dell'utilizzazione delle dimissioni protette.

Tab. 6: Mobilità tra Unità funzionali sovrazionali – ricoveri anno 2004

Unità funzionale sovrazionale residenza	Unità funzionale sovrazionale erogante				totale ricoveri regionali extraunità sovrazionale	ricoveri extraregionali	totale
	1	2	3	4			
1 (provincia di TO)	374.690 (92,6%)	4.122	7.382	3.631	15.135 (3,7%)	14.657 (3,6%)	404.482
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	6.899	127.188 (78,6%)	162	2.448	9.509 (5,9%)	25.025 (15,5%)	161.722
3 (provincia di CN)	9.051	217	88.075 (85,1%)	1.460	10.728 (10,4%)	4.675 (4,5%)	103.478
4 (province di AT e AL)	7.085	2.078	1.771	102.185 (77,4%)	10.934 (8,3%)	18.841 (14,3%)	131.960
totale produzione unità sovrazionale	374.690 (89,6%)	127.188 (84,6%)	88.075 (86,0%)	102.185 (84,1%)			
totale produzione extraunità funzionale sovrazionale	23.035 (5,5%)	6.417 (4,3%)	9.315 (9,1%)	7.539 (6,2%)			46.306
totale produzione extraregione (inclusi stranieri)	20.519 (4,9%)	16.719 (11,1%)	5.079 (4,9%)	11.786 (9,7%)			54.103
totale produzione extraregione (esclusi stranieri)	16.161 (3,9%)	16.379 (10,9%)	4.728 (4,6%)	11.088 (9,1%)			48.356
Non assegnati						28	28
totale	418.244	150.324	102.469	121.510	46.306	63.198	855.745

Tab. 7: mobilità extraregionale – trend ricoveri anni 2000 – 2004

MOBILITA	ANNO				
	2000	2001	2002	2003	2004
Attiva	49.504	49.889	48.110	48.513	48.356
Passiva	62.504	65.996	64.370	63.532	63.198
<i>di cui Lombardia</i>	<i>35.913 (57,5%)</i>	<i>39.465 (59,8%)</i>	<i>38.390 (59,6%)</i>	<i>37.515 (59,0%)</i>	<i>37.656 (59,6%)</i>
Saldo	-13.000	-16.107	-16.260	-15.019	-14.842

Si evidenzia anche un saldo negativo per la mobilità extraregionale di 14.842 ricoveri pari alla differenza fra 63.198 Piemontesi che migrano e 48.356 non Piemontesi che scelgono le strutture piemontesi. Inoltre per quello che concerne l'analisi dei dati per Unità funzionale sovrazonale, si evidenzia che l'Area di Torino ha un saldo attivo tra prestazioni erogate (418.244) e prestazioni consumate dai propri residenti (404.482), seguita da quella di Cuneo che ha un lievissimo saldo negativo (102.469 erogate e 103.478 consumate) mentre quelle di Novara ed Alessandria hanno un saldo negativo di oltre 10.000 ricoveri caduno, in particolare anche per una notevole mobilità passiva extraregionale.

Gli elementi fondamentali che possono in parte spiegare le differenze di dotazione di posti letto sono la percentuale di ricoveri per residenti fuori Regione (in particolare per l'attività di postacuzie nell'Unità funzionale sovrazonale 2 di Novara) o il basso tasso di occupazione complessivo dei posti letto (in particolare per l'Unità funzionale sovrazonale 3 di Cuneo).

Tab. 8: casistica di ricovero e tasso di utilizzo per Unità funzionale sovrazonale – ricoveri anno 2004

Unità funzionale sovrazonale	letti medi Deg. Ord.	casi	giorni	Tasso Utilizzo
1 (provincia di TO)	9.028	267.975	2.643.080	79,99%
2 (province di NO, VC, BI, VCO)	3.661	106.409	1.033.464	77,13%
3 (provincia di CN)	2.466	69.967	685.758	75,98%
4 (province di AT e AL)	2.530	81.858	715.257	77,24%
Totale	17.685	526.209	5.077.559	78,45%

Pertanto la riorganizzazione della rete ospedaliera rivede, più che il numero complessivo dei posti letto, le dotazioni degli stessi in relazione al possibile riequilibrio tra postacuzie ed acuzie ed a quello territoriale tra Unità funzionali sovrazonali e tra le ASL, tenendo conto delle necessità delle diverse discipline.

Nell'immediato futuro (fino al 2007), si dispone quindi il blocco dell'istituzione di nuovi posti letto e gli eventuali aumenti per specifiche modificazioni e integrazioni di attività prevederanno una contemporanea riduzione di altri posti.

Va tenuto nel dovuto conto che l'area di Torino svolge anche funzioni sovrazonali a carattere regionale: pertanto è previsto un maggiore tasso di posti letto rispetto al resto della Regione. Peraltro, analizzando la mobilità extraregionale passiva ed attiva, la città di Torino riesce a compensare il deficit di mobilità passiva con una buona capacità di attrazione di pazienti.

La previsione delle dotazioni di posti letto è correlata anche alla modalità di distribuzione delle strutture di ricovero e alla ramificazione della rete ospedaliera. Sono stati quindi individuati, per ogni attività di ricovero, criteri per definire standard minimi di attività che garantiscano adeguata capacità di attività ed efficienza dell'uso delle risorse impiegate. L'organizzazione dipartimentale è assunta come obiettivo prioritario per gli aspetti gestionali dell'attività di ricovero ed il governo clinico è assunto come obiettivo fondamentale per migliorare il coinvolgimento professionale dei sanitari nelle attività gestionali.

Va tenuto in considerazione che l'esperienza regionale di questi anni ha portato a soluzioni assai differenziate, che non sempre hanno fornito i risultati sperati. Una chiara scelta per l'organizzazione dipartimentale può permettere una forte

integrazione organizzativa, con la razionalizzazione dell'uso delle risorse, modalità comuni di gestione dei percorsi clinici e la costruzione di percorsi terapeutici interdisciplinari. La gestione dei ricoveri subirà pertanto una forte innovazione, permettendo l'uso comune delle risorse e quindi anche dei posti letto (lasciando ad ogni disciplina le proprie caratterizzazioni cliniche) avendo sufficienti garanzie di una gestione assistenziale e infermieristica adeguata.

In questo quadro è possibile anche sviluppare forme di gestione di alcune attività specialistiche in più presidi da parte della stessa struttura complessa. Questa, per essere costituita, dovrà effettuare un'attività con standard qualitativi definiti corrispondenti anche a livelli quantitativi che garantiscano il mantenimento e il miglioramento continuo delle professionalità necessarie.

Le proposte di stima delle necessità di unità operative per le varie discipline a livello regionale e le previsioni di distribuzione territoriale sono calcolate sulla base dei tassi di ospedalizzazione specifici per disciplina, rapportati al tasso di ospedalizzazione atteso nel 2007. Si è inoltre fatto riferimento alla previsione di valori adeguati di degenza media e di tassi di utilizzo dei posti letto, tenendo conto delle caratteristiche fondamentali di tipo funzionale ed organizzativo delle varie tipologie di unità operative per il conseguimento di standard qualitativi coerenti alle attività esaminate. Tali caratteristiche sono state considerate anche alla luce di altri parametri distributivi delle diverse tipologie di attività in relazione a indicazioni della programmazione nazionale o regionale o a standard desumibili dalla letteratura scientifica o da indicazioni di altri organismi internazionali.

4. LE ATTIVITÀ IN RETE E ALCUNE CRITICITÀ

La distribuzione dei posti letto nelle Aziende Sanitarie è prevista in relazione ai fabbisogni della popolazione, ipotizzando la trasformazione di una parte dell'attività più tradizionale di ricovero in altre forme di assistenza meno rigide e più attente alla necessità di ridurre al massimo la separazione dagli ambiti famigliari e sociali di riferimento. A partire dall'obiettivo "eccellenza diffusa e alte specializzazioni in rete" (in cui "eccellenza" significa il pieno possesso dei requisiti di qualità prefissati) è stato disegnato un modello di rete ospedaliera che coniuga i servizi di base indispensabili ai cittadini, con ospedali ad elevato contenuto specialistico e tecnologico.

La nuova organizzazione della rete ospedaliera si ispira ad un modello, già ampiamente sperimentato in altre Regioni, con alcune variazioni relative alle specificità locali. Il modello pone come punto di riferimento di un territorio omogeneo ("centrale" dal punto di vista funzionale e non solo geografico), un presidio ospedaliero (o talora più presidi) destinati alla diagnosi e cura di alta specializzazione e complessità per acuti, emergenza intensiva, patologie rare. Tali presidi svolgono le prestazioni di più elevata complessità con i necessari supporti tecnologici, rispondendo ad idonei parametri di qualità. Essi sono sede di ricerca e didattica e servono bacini di utenza di livello regionale e nazionale (in prospettiva, anche internazionale). Anche tramite sistemi di Information & Communication Technology (ICT), questi presidi svolgono inoltre funzioni di supporto di altre strutture operanti nel territorio omogeneo quali ospedali con minore complessità operativa, ospedali di prossimità, strutture di lungodegenza, RSA, fino al domicilio dei pazienti. I casi di emergenza e/o di complessità diagnostica e terapeutica particolarmente elevata fanno riferimento al

presidio ospedaliero di riferimento centrale, o tramite i sistemi di monitoraggio informatico oppure con il trasporto assistito.

Con il supporto di una rete informatica di buone prestazioni e diffusa, il sistema può garantire ai cittadini il miglior livello di cure distribuito, secondo la gravità e/o la rarità della patologia, permettendo nel contempo un confortevole livello di assistenza nelle migliori condizioni di facilità di accesso.

All'interno del sistema così configurato viene riorganizzata la rete dell'emergenza ospedaliera, stabilendo una gerarchia di afferenza fra i DEA di secondo livello e i Dea di primo livello e gli altri punti di pronto e primo soccorso. Sarà successivamente stabilito quale sia il grado di risposta che i presidi devono garantire in caso di emergenza, secondo la necessaria graduazione che deve essere dichiarata e garantita e posta chiaramente a conoscenza dei cittadini.

a. Le liste di attesa

Elemento fondamentale che deve essere tenuto in considerazione per la progettazione della rete ospedaliera è l'analisi dei tempi di attesa per il ricovero, che va inteso come uno degli elementi della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione. Molti studi sui sistemi sanitari universalistici basati sul finanziamento pubblico presentano le liste di attesa come un fenomeno strutturale; occorre tuttavia operare sul piano della domanda, agendo sui possibili determinanti del suo governo (appropriatezza, priorità clinica, coinvolgimento di tutto il sistema nella gestione del problema). Il problema delle liste di attesa necessita infatti di un'attenzione particolare e può essere considerato uno dei pilastri della strategia programmatica regionale.

In questi ultimi anni una serie di indicazioni regionali e ministeriali hanno preso in esame e prospettato indirizzi di comportamento nell'organizzazione delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero. La riduzione di invasività e complessità di molti interventi e lo sviluppo del day surgery hanno favorito un utilizzo più efficiente delle risorse ospedaliere disponibili, permettendo una certa diminuzione delle attese. Inoltre l'organizzazione e la distribuzione delle attività chirurgiche ha permesso il sostanziale azzeramento dei tempi di attesa per interventi connessi alle patologie coronariche e una riduzione per quelli oncologici: per quanto riguarda questi ultimi, le liste sono inferiori al mese, anche se esistono ancora alcune problematiche in campo urologico. Inoltre esistono ancora problemi, in alcuni presidi, per la chirurgia relativa ai tumori colon rettali e della mammella. Problemi più complessi si registrano per gli interventi ortopedici (soprattutto per la chirurgia protesica), urologici (adenoma prostatico) e per alcune prestazioni che fanno riferimento alle Chirurgie generali. Inoltre, anche se non riguardano direttamente le attività di ricovero, vi sono ancora difficoltà a garantire, nei tempi indicati dalle raccomandazioni cliniche e dalle linee guida, l'effettuazione della radioterapia in alcune zone del Piemonte; tale difficoltà può incidere significativamente nell'organizzazione delle cure. Gli interventi di cataratta, che negli anni scorsi trovavano tempi di attesa molto lunghi, sono stati ricondotti ad attese accettabili, anche se vi sono ancora punti con attese superiori ai sei mesi.

Sia per questa tipologia di intervento sia per altre di significativa diffusione, l'Assessorato avvierà studi che portino alla formulazione di indicazioni circa l'appropriatezza delle prescrizioni. Infatti la "relativa facilità" all'accesso delle

prestazioni induce in alcuni casi un allargamento improprio delle indicazioni all'intervento. Com'è rilevabile dalla letteratura sull'argomento, l'aumento dell'offerta può indurre ad una selezione meno accurata all'indicazione dell'intervento, soprattutto per quelli di più semplice esecuzione. Ma il problema dell'appropriatezza della prescrizione attraversa tutta l'attività clinica e quindi è necessario sviluppare l'uso di protocolli o linee guida per la gestione dei diversi percorsi terapeutici.

La programmazione degli interventi per tipologia di priorità è uno strumento molto utile per la gestione delle liste, soprattutto nei casi in cui il rapporto domanda e offerta è critico. Anche su questo punto si definiranno con gli specialisti di settore i criteri omogenei per tutte le aziende.

Parallelamente si pianificheranno tutte le iniziative che possono portare ad un più ampio utilizzo delle risorse e delle strutture disponibili. Infatti in molti casi le sale operatorie non sono occupate a pieno regime e gli interventi in elezione subiscono di fatto l'interruzione delle prenotazioni durante alcuni periodi dell'anno.

Un aspetto decisivo della regolazione dei "flussi" all'entrata è l'uso di un sistema di prenotazione in rete dove possano essere integrati i sistemi pubblici e privati e dove i criteri di accesso siano trasparenti e verificabili. E' previsto un sistema di prenotazione in rete, a partire dall'area metropolitana, per collegare tutti i punti di erogazione.

b. Punti nascita e rete delle attività pediatriche

L'impostazione generale che prevede una rete diffusa sul territorio per la preparazione e l'aiuto alla gestione del percorso nascita, si basa sul sistema di servizi che devono garantire il buon esito del percorso e sulla gestione corretta ed efficiente delle situazioni problematiche, il cui contenimento dipende anche dal coordinamento di tali fasi e, ovviamente, dalla formazione ed organizzazione del personale dedicato. Questo aspetto particolare della rete ospedaliera non può pertanto prescindere dalle necessarie indicazioni per i servizi territoriali. I punti nascita, per garantire i necessari livelli di assistenza, debbono effettuare almeno 500 parti all'anno secondo lo standard minimo del Progetto obiettivo materno infantile nazionale (POMI) anche se quello minimo individuato dall'OMS è di 650. Nel periodo di vigenza del piano è necessario ricondurre a standard appropriati almeno le situazioni illustrate in tabella.

Tab. 9: Numero parti anno 2004, specifico per presidio con meno di 500 parti/anno

Presidio	Numero parti
CEVA	294
MONDOVI'	301
SUSA	324
ACQUI TERME	326
BRA	407
DOMODOSSOLA	412
BORGOSIESIA	442
NOVI	476

Peraltro, dall'analisi dei dati di attività risulta che proprio nei centri con basso numero di parti, il tasso di taglio cesareo è in molti casi più elevato rispetto ai centri con alto numero di parti, a parità di condizioni cliniche del neonato.

Tab. 10: Tasso di parti cesarei anno 2004, specifico per presidio

Azienda	Struttura	DRG 370 – 375 parto	DRG 370 – 371 parto cesareo	% parti cesarei	Livello attuale Punto nascita
102	Ospedale Martini	975	352	36,1%	2
103	Ospedale Maria Vittoria	1163	260	22,4%	3
105	Ospedale degli Infermi	1293	445	34,4%	2
105	Ospedale Civile di Susa	324	94	29,6%	1
106	Presidio Osped. Riunito Sede di Cirie'	1112	217	19,5%	2
107	Ospedale Civico Chivasso	765	284	37,1%	1
108	Ospedale Maggiore	764	223	29,2%	1
108	Ospedale Santa Croce	1305	440	33,7%	3
108	Ospedale San Lorenzo	704	208	29,5%	1
109	Ospedale Civile di Ivrea	550	197	35,8%	2
109	Ospedale Civile di Cuorgne'	547	151	27,6%	1
110	Ospedale Civile "E. Agnelli"	1214	365	30,1%	2
111	Ospedale Sant'Andrea	621	230	37,0%	2
111	Ospedale Ss. Pietro e Paolo	442	127	30,5%	1
112	Osp. degli Infermi di Biella	1098	355	32,3%	2
113	Istituto S. S. Trinità - Borgomanero	1191	316	26,5%	2
114	Ospedale San Biagio	412	144	34,6%	1
114	Stabilimento Ospedaliero Castelli	624	175	28,0%	2
116	Ospedale di Mondovì	301	127	41,1%	1
116	Nuovo Ospedale Ceva	294	99	34,0%	1
117	Osp. Maggiore SS. Annunziata	1174	262	22,3%	2
118	Ospedale Civico di San Lazzaro - Alba	764	138	18,1%	2
118	Ospedale Santo Spirito Bra	407	130	32,1%	1
119	Ospedale Civile di Asti	1326	352	26,5%	2
120	Ospedale SS Antonio e Margherita	519	162	31,8%	2
121	Ospedale S. Spirito	554	225	40,6%	1
122	Ospedale San Giacomo	476	161	34,3%	1
122	Ospedale Civile Acqui Terme	326	111	33,7%	1
903	Osp. Ostetr. Ginecolog. Sant'Anna	8550	2916	34,1%	3
905	Osp. Maggiore della Carità'	1585	569	35,9%	3
906	Az. Ospedal. S. Croce e Carle	1719	408	23,7%	3
907	Osp. Civile SS. Antonio e Biagio	1098	328	29,9%	3
985	Ospedale Mauriziano - Torino	925	280	30,3%	2
Totale Strutt. Pubbliche		35085	10851	30,9%	
121	Casa di Cura Sant'Anna	80	43	53,8%	1
Totale		35165	10894	31,0%	

L'obiettivo fondamentale rispetto alla programmazione delle attività connesse al Progetto Obiettivo Materno Infantile di cui al DM 24 aprile 2000 è quello di ricondurre l'assistenza del livello ospedaliero entro i principi di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, partendo dal presupposto dell'efficacia della prestazione.

I parametri principali di attività che rispondono a tali indicazioni sono in sintesi:

1. Strutturazione dei Punti Nascita (PN) in 3 livelli :
 - a. 1° livello >500 parti /anno
 - b. 2° livello > 800 parti/anno
 - c. 3° livello per un bacino di utenza di 5000 parti/anno

(Quando sono presenti solo letti (= culle) in cod. di disciplina 31 (nido) si ha corrispondenza a PN di 1° livello; se associato a letti di cod. 62 (neonatologia) si ha corrispondenza a PN di 2° livello; se associato a letti con cod 62 e 73 (terapia intensiva neonatale) si ha corrispondenza a PN di 3° livello);

2. Organizzazione delle Pediatrie su tre livelli:
 - a. Ospedale pediatrico di 3° livello (assimilabile a Regina Margherita o Cesare Arrigo)
 - b. Pediatrie con PL in degenza ordinaria di area pediatrica
 - c. Pediatrie senza PL di degenza ordinaria ed eventualmente solo di ciclo diurno;
3. Realizzazione dell'obiettivo "Area pediatrica" del Piano nazionale (POMI) che prevede che tutti i ricoveri di minori, per qualsiasi patologia, purché compatibile, avvengano presso i reparti di pediatria, con spazi appositi dedicati agli adolescenti;
4. Emergenza pediatrica di 3° livello (con reparto di terapia intensiva per minori cod 49): fabbisogno di 1-2 centri ogni 3.000.000 di abitanti;
5. Una struttura dedicata ogni 7.000.000 di abitanti per i bambini gravemente ustionati.

In questo quadro, la razionalizzazione della rete dei punti nascita deve garantire in ogni caso in ognuno di essi la presenza continuativa ostetrica e pediatrica.

Per facilitare l'assistenza alle donne prossime al parto con residenza lontana ai nuovi punti nascita potenziati si prevede un'azione di promozione da parte dell'ASL con messa a disposizione di alloggi vicino all'Ospedale sede del punto nascita nei quali garantire l'ospitalità alla famiglia a partire da una certa età gestazionale, con assistenza al travaglio a domicilio da parte delle ostetriche dell'ospedale.

c. I servizi diagnostici

Le modalità di riorganizzazione della rete ospedaliera comportano una conseguente rivisitazione della attuale strutturazione ed organizzazione dei servizi diagnostici. In particolare la futura articolazione dei servizi diagnostici a medio e lungo termine, dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

Ubicazione e funzione che corrisponda alle prevalenti necessità di trattamento dell'acuzie e/o della casistica complessa osservata in ambiente ospedaliero. Questo dovrà comportare una contemporanea revisione e riorganizzazione dell'offerta di natura ambulatoriale sul territorio, sia erogata da strutture pubbliche sia da strutture private accreditate.

1. Ragionevole riferimento ad un bacino di utenza che abbia caratteristiche congrue in termini di rapporto domanda/offerta (es. numero di abitanti/servizio), in termini di quantità e complessità della casistica esaminata, problema nodale per svolgere politiche di appropriatezza e qualità delle prestazioni.
2. Trend internazionale a forti concentrazioni delle attività, soprattutto per quanto concerne la medicina di laboratorio (nascita dei c.d. HUB di laboratorio: non meno di 10 milioni di esami/anno, 24 h su 24, sistema di invio campioni da punti remoti e decentrati, risposte in via elettronica a paziente, MMG, istituto ospedaliero). Attività "classica" ospedaliera limitata alle effettive urgenze e ad esami a componente fortemente specialistica .
3. Trend internazionale ad adottare, nella diagnostica per immagini, soluzioni tipo PACS (Picture Archiving and Communicating Systems) che si sostanzia in: introduzione di immagini digitali con conseguente residualità della classica lastra radiografica (sistema filmless), archiviazione elettronica delle immagini con possibilità di recupero della "storia radiologica" di un paziente, incremento della possibilità di trasmissione a distanza.

Nello specifico, per la diagnostica per immagini, sono da tenere in considerazione anche i seguenti aspetti:

- a) forte sostegno alle azioni che migliorano l'appropriatezza, utilizzando l'unico strumento legislativo attualmente disponibile, e cioè le linee guida nazionali, frutto di accordo della conferenza permanente Stato-Regioni, pubblicate sulla G.U. il 2 maggio 2005.
- b) le prospettive offerte dalla teleradiologia nelle sue diverse forme che la tecnologia consente (teleconsulto e telegestione), devono essere approfondite in un contesto tecnico, anche sulla scorta della documentazione già disponibile, per esplorare le possibilità che può offrire nella direzione di un miglioramento dell'efficienza del sistema.

Alla luce di quanto espresso, dal punto di vista operativo a breve termine, e sul medio-lungo periodo, non si profila la necessità di creazione di nuovi servizi che vadano a sommarsi a quelli già esistenti. La ragione di tale scelta non è prevalentemente o esclusivamente di tipo economico, ma in linea con la necessità di garantire un reale governo clinico del sistema. Infatti, una ulteriore espansione dei servizi potrebbe avere un impatto negativo sulla necessità di garantire da un lato appropriatezza e qualità delle prestazioni per i pazienti e dall'altro una complessità casistica che possa favorire la crescita e la soddisfazione professionale degli operatori.

d. Cardiologia e cardiocirurgia

L'attività di cardiocirurgia e di emodinamica che si è fortemente sviluppata negli anni

passati, anche per gli accordi intercorsi tra i diversi produttori pubblici e privati e per le indicazioni emerse nei provvedimenti di attuazione del PSSR, non necessita di ulteriori sviluppi in quanto pare soddisfatto il fabbisogno prevedibile in base alla letteratura in argomento e per confronto con la situazione di altre Regioni. Peraltro, da un lato l'evoluzione delle tecniche interventistiche (aumento dell'uso dell'angioplastica e di posizionamento degli stent per le coronarie) e dall'altro quelle diagnostiche (sviluppo di nuove metodiche non invasive) non consigliano l'aumento dell'attività nel settore: le eventuali modificazioni dovranno essere valutate alla luce di esigenze di redistribuzione territoriale con corrispondenti riduzioni di altre sedi. Tutti i reparti di cardiologia devono inoltre disporre di unità coronaria, composta da almeno 4 posti letto, per garantire standard minimi di affidabilità.

Le procedure di emodinamica hanno carattere invasivo e possono comportare complicanze anche gravi per i pazienti, per cui sono stati definiti precisi standard qualitativi e quantitativi per garantire sicurezza ed efficacia delle prestazioni. Peraltro oltre alla garanzia di una casistica elevata va assicurata un'adeguata formazione degli operatori in linea con gli standard ed i requisiti previsti dai provvedimenti regionali (D.G.R. n. 26 – 29928 del 13.4.2000 e D.G.R. n. 29 – 8203 del 13.1.2003). Gli sviluppi più recenti relativi alla attività di emodinamica vanno nella direzione di concentrare l'attività sia diagnostica sia interventistica (coronarografie e angioplastiche) in pochi Centri funzionalmente collegati in rete; in questo senso i Centri individuati nella D.G.R. citata del 2003, sedi di attività sia diagnostica sia interventistica, forniscono al paziente una prestazione che non è scissa in due momenti temporalmente diversi: il paziente per il quale dalla coronarografia si evidenzia la necessità della angioplastica effettua quest'ultima prestazione nella stessa seduta, con minori costi e disagi. Per questi motivi l'attività diagnostica che, in deroga alle linee programmatiche regionali, si sta sviluppando in ospedali, soprattutto della cintura torinese, non è in linea con tali indicazioni.

Il fabbisogno stimato di coronarografie è di circa 3.900 procedure diagnostiche e di 1.300 interventistiche all'anno per milione di abitanti (per un totale rispettivamente di poco meno di 17.000 e 5.600 per l'intera Regione). Tali quantità possono essere garantite dalla rete regionale riconosciuta dalle DGR sopraccitate. Si consideri che nel 2004 sono state prodotte quasi 19.000 diagnostiche e 8.400 interventistiche di cui circa il 7% per residenti fuori Regione.

Analoghi standard sono stati definiti per l'attività di cardiocirurgia in circolazione extracorporea (C.E.C.) il cui fabbisogno è stimato attorno a 800/1000 interventi per milione di abitanti all'anno, in diminuzione per l'estendersi delle procedure di angioplastica coronaria ed oggi soddisfatto dalle strutture di cardiocirurgia pubbliche e private già attive (poco meno di 5.000 interventi all'anno compresa l'attività per i residenti fuori regione).

e. Salute mentale

Pur considerando che qualsiasi decisione in ordine all'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale dovrà essere esaminata alla luce delle nuove indicazioni relative allo specifico progetto speciale regionale (vedi capitolo 5), il presente Piano individua alcune linee concernenti la rete ospedaliera.

I dati di attività (e di ricovero) rientrano negli standard previsti dalla normativa

nazionale, in particolare dal relativo progetto obiettivo. Il numero dei posti letto dei Servizi di diagnosi e cura è al di sotto dello standard nazionale (0,8 invece di 1 ogni 10.000 abitanti per un totale di 343 posti letto a livello regionale contro i 294 attuali di degenza ordinaria e i 14 di D.H.) e, anche per l'estendersi del fabbisogno registrato in questi anni, si prevede l'attuazione in modo completo dell'indicazione del PSSR 1997-99 che prevedeva la presenza di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) per ogni Dipartimento di Salute Mentale. Tali servizi devono essere ancora attivati nelle ASL di Chivasso e Biella. Inoltre in molti servizi attivi il numero di letti è significativamente al di sotto degli standard massimi previsti (15 p.l.); il presente Piano prevede l'aumento dei posti letto fino al limite massimo, coerentemente con i bisogni locali e gli investimenti strutturali necessari per la qualità dell'ambiente di ricovero.

Accanto a tale indicazione emerge quindi la necessità di analizzare l'effettiva e corretta utilizzazione delle attuali strutture di neuropsichiatria gestite dalle Case di Cura (646 posti letto). A fronte del potenziamento dell'attività degli SPDC è prevista una riduzione dell'attività accreditata e della sua trasformazione, almeno in parte, in attività dichiaratamente di postacuzie (si tratta in particolare di quella già identificata come "estensiva" che in realtà ha carattere di lungodegenza).

Il fabbisogno di posti letto è strettamente collegato alla capacità di risposta che i dipartimenti di salute mentale possono offrire alla popolazione che si compone di un insieme di servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, nonché alle altre attività che possono essere di supporto e di accompagnamento a quelle del servizio sanitario (attività socioassistenziale, volontariato, ecc.)

f. La rete oncologica

La rete oncologica regionale in questi ultimi anni si è sufficientemente consolidata e necessita oggi solo di un aggiornamento della sua organizzazione soprattutto in relazione alla diffusione dei servizi oncologici e alla messa a disposizione delle necessarie tecnologie per un corretto approccio diagnostico e terapeutico. A questo proposito sarà definito il fabbisogno di attrezzature per la diagnostica (ad esempio CT-PET) e per le terapie (quali gli acceleratori lineari, IORT)

Quindi l'impianto attuale viene riconfermato nel suo insieme e si procederà con successivi provvedimenti a rivedere nello specifico i fabbisogni di unità operative e le articolazioni dei poli, soprattutto per la provincia di Torino.

g. L'attività di post acuzie

L'analisi delle attività attualmente svolte (peraltro in maggioranza dalle strutture private) copre in modo quasi soddisfacente i bisogni assistenziali, anche se con alcune problematiche territoriali. Ciononostante, in considerazione delle attese per il trasferimento dei pazienti dal regime di acuzie a quelle di postacuzie, si ritiene indispensabile effettuare gli opportuni ulteriori approfondimenti soprattutto in relazione all'attività di riabilitazione. L'analisi dovrà tener conto del reale fabbisogno di posti letto, della tipologia di attività (livelli di riabilitazione) e di funzioni svolte, non potendo prescindere da un'integrazione con le strutture residenziali (RSA, Hospice, ...). Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante anche in relazione allo studio dei percorsi di cura e alle modalità con le quali si può garantire la continuità

assistenziale, con i necessari interventi assistenziali esterni (medico di base, assistenza territoriale, domiciliare, integrazione con i servizi socio-assistenziali).

La "dimissione protetta" assume quindi il compito dell'organizzazione della continuità assistenziale in accordo con i servizi dell'ASL di residenza dell'assistito. La continuità assistenziale si concreta anche nella possibilità di mantenere i necessari rapporti consulenziali e nei casi previsti, anche di sostegno ai percorsi di cura che vengono svolti al di fuori del presidio ospedaliero. Tale modalità operativa sarà favorita da un'adeguata organizzazione sia della struttura di ricovero sia dei servizi territoriali di ASL che, soprattutto attraverso il medico di base, devono garantire un'adeguata "presa in carico" del paziente.

I servizi ospedalieri di postacuzie devono garantire, quando necessario, la prosecuzione dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei casi di malattie croniche o a lungo decorso. Un'efficiente rete assistenziale territoriale può far diminuire significativamente tale necessità, soprattutto nell'ambito dell'attività di riabilitazione. I percorsi di cura sono lo strumento che permette di individuare necessità, modalità di intervento, risorse necessarie. A questo proposito saranno ulteriormente esplorate le possibilità date dallo sviluppo delle attività territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali, le quali devono essere integrate maggiormente con quelle ospedaliere.

h. Le case di cura

Le case di cura accreditate e provvisoriamente accreditate rappresentano circa il 20% dei posti letto complessivi della rete regionale e nel corso del 2004 hanno effettuato circa il 12 % dei ricoveri a livello regionale.

Tab. 11 differenza casistica anni 2000 – 2004 – case di cura

	Casi 2000	Importi 2000 (€)	Casi 2004	Importi 2004 (€)	diff casi	diff % casi	diff importo (€)	diff % importo
Acuzie	35.746	153.550.805.000	70.209	187.077.685	34.463	96,41%	107.775.312	135,90%
Postacuzie	23.224	199.476.785.180	27.252	143.268.627	4.028	17,34%	40.247.465	39,07%
Totale	58.970	353.027.590.180	97.461	330.346.310	38.491	65,27%	148.022.775	81,19%

L'analisi fin qui svolta non evidenzia la necessità di prevedere un ulteriore incremento dell'attività delle case di cura. Gli aumenti prevedibili nei volumi degli edifici in corso di costruzione o di progettazione o disponibili in tempi brevi da parte delle ASR o dei presidi equiparabili al pubblico fanno al contrario prevedere una diminuzione del fabbisogno di ricoveri da parte delle strutture private.

La situazione in dettaglio relativamente allo stato dei rapporti con il SSN delle case di cura è quello descritto nella tabella successiva (sono stati anche evidenziati i posti letto privati senza alcuna forma di convenzionamento).

Tab. 12: situazione posti letto case di cura al 1.7.2005

Tipo di rapporto col SSN	RO*	DS**	RO+DS
Posti letto provvisoriamente accreditati	1.905	54	1.959
Posti letto accreditati in fascia A	1.877	121	1.998
Posti letto accreditati in fascia B	0	0	0
Posti letto accreditati in fascia C	100	3	103
Totale posti letto accreditati	1.977	124	2.101
Totale posti letto provv. accr + definitivamente accreditati	3.882	178	4.060
Posti letto privati al 2005 non accreditati neanche provvisoriamente	331	0	331

*RO = ricovero ordinario - **DS = day surgery

5. REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE

Premessa

L'analisi ha l'obiettivo di definire il fabbisogno di posti letto complessivi nei presidi della rete ospedaliera piemontese.

La revisione della rete proposta parte dall'analisi della situazione al 31 dicembre 2004, considerando i presidi presenti nelle Aziende attuali.

Il fabbisogno di posti letto nei presidi della rete ospedaliera piemontese è determinato partendo dalla logica di superamento della suddivisione degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline e con un orientamento all'organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni. La struttura del nuovo ospedale che viene così disegnato supera il concetto del reparto tradizionale, inteso come spazio fisico: le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline ma sono disegnate in settori di "aree assistenziali" il più possibile comuni. I processi di diagnosi e cura del malato devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi diagnostici dovranno essere il più possibile centralizzati ed utilizzabili dalle molteplici professionalità, fatte salve le situazioni per le quali specifiche necessità indichino di riservare una particolare risorsa ad una specifica branca specialistica.

Partendo da questi concetti, in linea con la DGR n° 2 – 944 del 27.09.2005, all'interno delle Aziende Sanitarie saranno presenti discipline organizzate come strutture complesse (in quanto il fabbisogno di posti letto previsti supera la soglia minima di efficienza/qualità predefinita) e discipline con dignità di strutture complesse e/o semplici che utilizzeranno posti letto di ricovero in aree assistenziali comuni dipartimentalizzate. Allo stesso tempo ne consegue che nell'ambito della stessa Azienda, salvo quando indicato diversamente, non sono più previste di norma duplicazioni di strutture complesse nella medesima disciplina, ma una organizzazione che prevede l'erogazione delle prestazioni su più presidi, coordinate sempre dalla medesima struttura complessa. Analogamente sono previste alcune discipline con attività sovraziendale su un livello organizzativo di unità funzionale sovrazonale o regionale, organizzate in modo tale da soddisfare il fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione residente nell'area interessata.

La revisione della rete, nell'analisi delle singole discipline, ha tenuto conto anche degli aspetti qualitativi, in considerazione di livelli minimi di prestazioni erogate: tale

considerazione ha portato in alcuni casi all'accorpamento di discipline tra varie Aziende così da garantire il fabbisogno assistenziale.

a. Metodologia

Per il calcolo del fabbisogno si sono tenuti in considerazioni i seguenti parametri:

1. Tasso di ospedalizzazione regionale per disciplina e per regime di ricovero dell'anno 2004 (considerando anche i casi di ricoveri di residenti in Piemonte effettuati fuori Regione), riparametrato secondo le indicazioni dell'accordo Stato/Regioni del 23.03.2005 che prevedono entro il 2007 un tasso di ospedalizzazione complessivo del 180‰.
2. Fabbisogno di posti letto in linea con le indicazioni dell'accordo Stato/Regioni del 23.03.2005, che pone un limite di 4.5 posti letto per 1.000 abitanti. Si è mantenuta l'indicazione di 1 letto per 1.000 abitanti in regime di post-acute.
3. Tasso di utilizzo dei posti letto in linea con le indicazioni nazionali.
4. Degenza media specifica per disciplina quale osservata in ambito regionale nel 2004.
5. Popolazione al 31.12.2004 per ASL di residenza pesata per fasce d'età.
6. Mobilità attiva extraregionale per disciplina e per quadrante.
7. Patologia realmente trattata per singolo presidio, pubblico e privato, analizzata secondo il metodo ACC (sistema di classificazione di patologie utilizzato dal Ministero della Salute per analisi di attività).

Dall'analisi di tali parametri è stato stimato il fabbisogno di posti letto per regime assistenziale delle singole ASL e quindi delle unità funzionali sovrazionali e dell'intera Regione. Per determinare la stima è stata anche effettuata un'analisi della tipologia di casistica trattata all'interno della singola disciplina e del singolo presidio, pubblico e privato accreditato, così da ricondurre a discipline più appropriate le patologie veramente trattate.

Il numero di posti letto del 2004 considerato per i confronti ed i calcoli di tassi di occupazione e degenza media è quello medio annuale, che considera tutte le variazioni avvenute per fattori diversi in corso d'anno.

Per l'attività del settore materno infantile, la previsione di fabbisogno è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni del "progetto obiettivo materno infantile" (POMI), progetto nazionale, che dà indicazioni relativamente alle discipline ostetriche, pediatriche e quelle ad esse collegate in relazione al numero di parti o di minori residenti.

I casi della psichiatria (disciplina 40) sono stati ridistribuiti tenendo conto delle indicazioni del progetto obiettivo nazionale relativamente al numero di posti letto prevedibili di SDC per 1.000 abitanti. Pertanto i posti letto sono stati aumentati rispetto alla dotazione attuale prevedendo a regime in tutte le ASL il relativo reparto e la saturazione a 15 p.l. degli attuali già in funzione, con una contemporanea razionalizzazione di quelli delle strutture accreditate di tipo intensivo, considerando anche le differenze in tassi di occupazione e di degenza media. Per la razionalizzazione si è considerato un rapporto di 1:2 posti letto tra pubblico e privato. Inoltre l'attività

dei 161 p.l. di trattamento estensivo delle case di cura private è stata trasformata in attività di lungodegenza (postacuzie cod 60).

Il calcolo del fabbisogno di recupero e riabilitazione funzionale (disciplina 56) è stato ridistribuito nelle ASL secondo lo standard di ospedalizzazione a livello regionale. Non si è provveduto in questo documento alla suddivisione del fabbisogno fra attività di primo e secondo livello.

La disciplina 02 (day hospital multispecialistico) è stata azzerata nel calcolo di fabbisogno dei posti letto e la casistica trattata è stata distribuita all'interno delle varie discipline a cui afferivano i singoli casi. Ovviamente la disciplina come tale non è esclusa come previsione ma non dà luogo a struttura complessa ed è quindi da considerarsi come una modalità organizzativa. Ne consegue che i letti di D.H. di altre discipline, quando viene utilizzata questa modalità organizzativa, vengono ricompresi in tale dotazione di posti letto.

E' stata ridisegnata la funzione dell'Oncologia con la presenza di un'UO in tutte le Aziende.

Infine alcune discipline sono state ritenute a valenza regionale o sovrazonali prevedendo la presenza di un'UO in un'unica sede regionale o una per ogni unità funzionale sovrazonale, con il compito di assolvere al fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione del territorio di riferimento.

b. Identificazione del fabbisogno

Complessivamente la metodologia utilizzata ha reso possibile giungere ad una previsione di 19.487 posti letto.

Il fabbisogno di posti è di 4.5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui il 3.47‰ per acuzie e 1.03‰ per post-acuzie, con una variabilità tra aree.

Tabella13: posti letto per UNITA' FUNZIONALE SOVRAZIONALE

	TORINO	NOVARA	CUNEO	ALESSANDRIA	totale
Posti letto	10.272	3.748	2.552	2.915	19.487
totale acuzie	7.984	2.792	1.948	2.317	15041
totale post - acuzie	2.288	956	604	598	4.446
posti letto per 1.000 abitanti	4,55	4,37	4,48	4,53	4,50
acuzie	3,53	3,26	3,42	3,60	3,47
postacuzie	1,01	1,11	1,06	0,93	1,03

Sul territorio regionale la proposta prevede quindi una diminuzione di 141 posti letto complessivi, con una riduzione di 731 posti letto per acuzie ed un aumento di 590 posti letto per post-acuzie.

Il presente documento comprende già i posti letto di cui è già prevista l'apertura (55 al CTO, 75 a Candiolo, 60 di post acuzie a Settimo e altri 60 a Castellamonte, 104 al Borsalino di Alessandria).

La disciplina 97 (detenuti) non è stata presa in considerazione nel calcolo a previsione dei fabbisogni, considerandola costante in relazione alle esigenze di dare attuazione alla normativa specifica.

A seguito della identificazione della casistica minima che garantisca la miglior qualità dell'assistenza ed il miglior utilizzo di risorse, alcune discipline a larga diffusione sono

state accorpate con altre Aziende, così da garantirne comunque il fabbisogno assistenziale: in particolare quelle di urologia, ORL ed Oculistica. Allo stesso modo, per effetto delle verifiche effettuate sulle attività minime, nelle case di cura vengono eliminati molti posti letto di discipline per acuti. Oltre al numero di pazienti medi presenti in ogni singola UO, si è tenuto conto anche del reale tasso di occupazione osservato.

Le unità operative di Neonatologia (62), Nido (31) e Terapia Intensiva neonatale (73) in alcuni casi sono state aggregate alla relativa Divisione di Pediatria. Le Terapie intensive neonatali con attività rilevante sono state previste come struttura complessa: di regola una S.C. per area sovrazonale. Il punto nascita prevede la contemporanea presenza delle UO di Ostetricia Ginecologia e Pediatria con Nido senza la neonatologia.

Nell'ambito della disciplina di psichiatria si è proceduto alla riconversione dei posti letto di estensiva in attività di lungodegenza.

c. La situazione della rete dei presidi ospedalieri e la sua revisione

In relazione ai fabbisogni di attività di ricovero e allo stato delle strutture ospedaliere, vengono qui identificati gli interventi per la ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri del Piemonte, anche per poter definire le priorità, in relazione alle risorse effettivamente disponibili. Tali valutazioni non possono prescindere dall'analisi delle attuali condizioni impiantistiche e strutturali degli stabilimenti ospedalieri e dell'opportunità delle relative possibili ristrutturazioni o eventualmente dell'edificazione di nuovi.

Pare opportuno che siano affrontati, in via prioritaria, i problemi che riguardano i nodi centrali della rete ospedaliera che presentano particolari problematiche, come l'area metropolitana di Torino (anche in relazione alle proposte inerenti la progettazione della "Città della salute"), le A.S.O. di Novara e Alessandria (quest'ultima anche in relazione alle necessità di adeguamento della rete dei presidi delle ASL 20 e 22). Inoltre sono state considerate quelle situazioni che possono prevedere una razionalizzazione delle attuali attività, con la riunificazione in un unico presidio di più stabilimenti ospedalieri.

Ovviamente, in coerenza con il presente piano e con le risorse finanziarie disponibili, proseguirà l'opera di ammodernamento e ristrutturazione delle strutture ospedaliere, con particolare attenzione alla messa a norma di impianti e locali operativi secondo gli standard esistenti.

Occorre ancora tener conto del fatto che sono disponibili, nei nuovi presidi di Asti e Mondovì, spazi che corrispondono rispettivamente ad un incremento di 150 e di 100 letti circa, rispetto alle strutture in funzione nelle stesse sedi. Anche per i progettati (appaltati o in via di costruzione) ospedali di Verduno (Alba Bra), Biella e Borgosesia sono disponibili spazi maggiori rispetto alle attuali esigenze di attività di ricovero. Pertanto si rende necessario che le ASR rendano coerenti la progettazione, la realizzazione o i piani di utilizzo con la presente programmazione regionale. E' evidente che non andranno proseguite attività di ricovero negli edifici che si sono liberati o che si libereranno al momento del termine della costruzione.

Nella distribuzione dei posti letto nella rete dei presidi si è tenuto conto anche della ormai prossima disponibilità del nuovo presidio dell'ex Borsalino di Alessandria (per

104 letti di postacuzie) e degli ampliamenti delle strutture del C.T.O. (con la contemporanea chiusura del C.R.F.), dell' I.R.C.C. di Candiolo (75 letti) e dell'ampliamento dell'ospedale di Castellamonte (60 letti), che comporteranno la disponibilità di circa 260 nuovi posti letto, la cui utilizzazione va calibrata con le necessità di redistribuzione dei posti letto già identificate.

Conseguentemente alle valutazioni circa le possibili previsioni sui fabbisogni di posti letto, prima di autorizzare l'accreditamento di nuove strutture, si verificheranno gli effettivi bisogni, anche a carattere zonale, e le corrispondenti trasformazioni o riduzioni di altre attività esistenti. Per evitare in futuro la costruzione o ristrutturazione di edifici in modo non economico e funzionale la Regione elaborerà criteri generali strutturali, urbanistici, sanitari a cui le ASR dovranno attenersi per le future progettazioni e costruzioni, partendo dagli studi già disponibili in materia.

d. I problemi della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Torino

Premesso che non si evidenzia la necessità di disporre in futuro di un aumento dei posti letto, occorre verificare piuttosto le necessità di investimenti nella rete dei presidi, sia per innovazioni che permettano un miglioramento degli aspetti gestionali, sia per l'adeguamento e l'ammodernamento di quelle situazioni strutturali che possono essere considerate più critiche o che lo possono diventare in un futuro prossimo.

Per l'unità funzionale sovrazonale di Torino si è affrontato il problema della modernizzazione del sistema dei presidi di ricovero, anche in relazione ad una redistribuzione dei letti nell'ambito della città e della sua cintura. E' noto come nella parte sud di Torino vi sia una concentrazione quantitativa e qualitativa di attività ospedaliere molto elevata, mentre nella zona Nord la densità è minore (circa 3100 p.l. contro circa 1450, senza contare i presidi dell'ASL 2). Inoltre i cittadini delle ASL della prima cintura utilizzano per i propri ricoveri soprattutto le ASO della città compreso l'ospedale Mauriziano (particolarmente numerosi sono i ricoveri di cittadini dell'ASL 8, dell'ASL 5 e dell'ASL 7). Tali considerazioni portano a prevedere un potenziamento delle attività di ricovero nella zona NordOvest (o prima cintura NordOvest di Torino) anche con la costruzione di un nuovo nosocomio in quell'area, che ora vede disponibili, in ambiti territoriali più prossimi, solo i presidi pubblici Martini, San Giovanni Bosco e Maria Vittoria, oltre a case di cura di piccola dimensione e il presidio Gradenigo in città, con una mobilità dei residenti in queste zone verso la parte Sud di Torino.

Va anche considerata la situazione complessiva dell'ospedale Maria Vittoria che, pur effettuando un'attività significativa e distribuita in molte discipline, è sita in locali in parte vetusti, con una caratterizzazione sempre più difficilmente compatibile con le attuali esigenze organizzative sanitarie e, per la quale occorre prevedere profonde revisioni.

Anche il presidio Amedeo di Savoia (presidio specialistico per le malattie infettive) necessita di imponenti interventi strutturali per i quali da anni è previsto un investimento significativo non ancora realizzato. Occorre quindi procedere per la realizzazione del progetto e garantire il supporto specialistico della funzione di malattie infettive per la rete ospedaliera cittadina.

Inoltre è necessario potenziare la capacità produttiva dell'ASL 8, anche con la

previsione della costruzione di un nuovo presidio, tenendo conto del fatto che le attuali previsioni di una sopraelevazione della struttura di Moncalieri hanno carattere di provvisorietà, non soddisfacendo completamente i fabbisogni.

Sempre per ridurre la "mobilità" verso Torino è necessario potenziare l'attività di ricovero dell'ospedale di Rivoli, per garantire le attività per le quali sono riscontrate particolari carenze.

Nella revisione della rete ospedaliera di Torino si interviene anche sugli altri presidi specialistici con lo scopo di ridistribuire le competenze sul territorio della provincia di Torino (con particolare riferimento all'Ospedale Oftalmico). Va considerato che con l'attivazione del nuovo edificio del CTO saranno dismesse le attività ora site nel CRF. Occorre inoltre programmare l'inserimento funzionale ed istituzionale dell'ospedale Valdese all'interno della rete ospedaliera cittadina, tenuto anche conto delle condizioni dell'edificio, per il quale occorre un investimento per la messa a regime. Inoltre si prevede il pieno utilizzo dell'ampliamento della struttura di Candiolo (sono disponibili e non ancora utilizzati 75 posti letto). L'ipotesi della costruzione di un nuovo presidio ospedaliero per rilocalizzare attività delle Molinette in relazione al cosiddetto progetto "Città della Salute" verrà valutato da una Commissione allo scopo costituita. Il progetto è complesso, sia per la necessità di migliorare le possibilità di accesso alle prestazioni da parte dei residenti e di riorganizzare conseguentemente la rete ospedaliera dell'area metropolitana (con i suoi effetti sull'"impatto urbanistico" della città) sia per gli aspetti finanziari (sono previsti finanziamenti specifici da parte dello Stato, ma comunque largamente insufficienti). Inoltre è necessario collegare all'attività sanitaria in modo organico anche lo sviluppo della ricerca di base e applicata. Tali scelte sono ovviamente condizionate da decisioni di carattere programmatico e strategico sull'assetto territoriale della città nonché di altri istituzioni, quali l'Università, il Politecnico, il Comune e la Provincia. Non appare superfluo precisare che in ambito nazionale non sono presenti esperienze di riorganizzazione che prevedano il trasferimento di presidi ospedalieri delle dimensioni delle Molinette (attualmente circa 1400 letti senza contare S. Giovanni Antica sede e San Vito) e che gli attuali orientamenti, anche a livello internazionale, prevedono progettazione e costruzione di nuovi presidi con una capacità massima di 600/700 letti.

e. Le principali criticità nella rete ospedaliera

UNITA' FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI TORINO

ASR Città di Torino

Per la città di Torino va preso in esame il complesso dei problemi dei presidi oggi operanti. L'analisi specifica è tracciata nel precedente paragrafo.

In sintesi:

- a) "Molinette 2": l'apposita Commissione formulerà proposte in merito. In base alle decisioni prese potranno esservi diverse conseguenze sulla distribuzione dei posti letto nell'area metropolitana.
- b) In attesa delle decisioni in merito al punto a) da un punto di vista dei bisogni di assistenza ospedaliera, la necessità che si evidenzia non è di un aumento di posti letto ma di una loro redistribuzione, anche per evitare inutili dispersioni di attività e

limitare la mobilità urbana verso la parte sud di Torino. In base a tali considerazioni si prevede un nuovo nosocomio nella zona Nord Ovest di Torino ed il potenziamento del San Giovanni Bosco. Ciò permetterà di rivedere la previsione di un nuovo ospedale "distrettuale" a Venaria. Per contro è prevista la riduzione di posti letto alle Molinette e, in maniera più consistente all'OIRM – S. Anna, compensando un utilizzo dei posti letto attualmente utilizzati in proporzione inferiore agli standard e consentendo di trasferire alcune attività di base ai presidi della zona nord e della prima cintura torinese.

Peraltro le previsioni di p.l. per i presidi della Città di Torino richiedono ancora ulteriori valutazioni di opportunità sulla base delle caratteristiche particolari dell'area metropolitana ed anche in relazione alle proposte di costruzione di nuovi presidi in fase di analisi istruttoria (vedi anche Commissione per la "Città della Salute").

- c) Saranno dismessi due dei presidi "minori" della città: il CRF che trasferirà la sua attività nella nuova sede del CTO e l'Oftalmico, che trasferirà le sue attività nei presidi che oggi non hanno la Divisione di Oculistica, quali Molinette, CTO, San Giovanni Bosco e altre sedi della prima cintura (oggi sono presenti nel presidio Oftalmico solo 73 P.L.).

Chivasso (ASL 7)

Il problema principale attualmente riguarda la utilizzazione della struttura di Settimo (Hopital du Piemont) per la quale il primo progetto prevedeva ben 120 p.l. di postacuzie, in particolare di riabilitazione. In questo triennio si prevede un'utilizzazione di 60 dei 120 p.l.

Moncalieri (ASL 8)

La progettata sopraelevazione dell'ospedale di Moncalieri (peraltro già finanziata) non è una risolutiva per i problemi dell'ASL ed è prevista la programmazione di un nuovo investimento (utilizzando anche i finanziamenti già disponibili) per la costruzione di un nuovo nosocomio nella zona di pianura tra Moncalieri e Nichelino di 300 letti circa (oggi a Moncalieri ne sono presenti 190), che potrà parzialmente riassorbire in futuro le attività di Carmagnola e alcune di quelle che oggi vengono effettuate nelle ASO di Torino.

Ivrea (Castellamonte) (ASL 9)

Il progetto della passata amministrazione di costruire un nuovo Ospedale unico del canavese appare oggi più un'ipotesi che non un programma a tempi brevi. Sarà invece utilizzata la nuova parte dell'ospedale di Castellamonte che può ospitare ulteriori 60 p.l. oltre ai già presenti 53.

UNITA' FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI NOVARA

Novara (ASO 905)

Si prevede (compatibilmente con le risorse disponibili) una nuova struttura ospedaliera, in considerazione dell'importanza dell' Ospedale e della sua vetustà e delle caratteristiche di presidio di riferimento sovrazonale con attività universitaria.

Novara (ASL 13)

Anche in questo caso la presenza di un numero consistente di posti letto ripartito su più presidi (Borgomanero, Arona, Galliate) crea alcune difficoltà nel gestire in efficienza tale realtà, anche per la presenza dell'offerta di più soggetti erogatori: l'ASO, i privati, gli erogatori extraregionali. Quindi i tre presidi di ASL, nonché gli altri erogatori, devono riorientare la propria offerta alla luce dei fabbisogni identificati per area e per disciplina dal presente piano.

Vercelli (ASL 11)

Il limitato numero di abitanti, con una conformazione del territorio particolarmente allungata, non consente un efficiente utilizzo dei presidi ospedalieri, che presentano molte sovrapposizioni da ridefinirsi in particolare per le discipline a minore diffusione . Si prevede quindi di concentrare le funzioni per acuti prevalentemente a Vercelli e Borgosesia, procedendo ad una graduale ridefinizione delle funzioni per l'ospedale di Gattinara. Le strutture di Santhià e Varallo (quest'ultima previa puntuale verifica delle condizioni, anche in considerazione dei rapporti con l'IRCCS Fondazione Maugeri) vanno collocate nel settore della postacuzie, con una dotazione di posti letto definita dall'ASL 11 sulla base degli effettivi bisogni, oltre che a funzioni ambulatoriali e di servizio. Anche nell'ASL 11 occorre quindi una differenziazione più consistente dell'offerta degli attuali presidi, in coerenza con gli effettivi bisogni delle popolazioni, secondo le indicazioni sui fabbisogni di posti letto per disciplina del presente documento.

Va ancora ricordato che è in costruzione un nuovo presidio a Borgosesia che potrebbe contenere fino a 216 posti letto, che sono circa il doppio di quelli in funzione attualmente. Pertanto l'Azienda deve riprogrammare le attività dello stesso presidio, prevedendo l'attivazione di un numero di posti letto minore.

Biella (ASL 12)

Il nuovo ospedale appare notevolmente sovradimensionato rispetto ai fabbisogni della popolazione di riferimento anche per la presenza di una struttura privata per acuti sul proprio territorio. Occorre ridefinire l'offerta di posti letto che alla luce dei nuovi parametri di riferimento della programmazione nazionale e regionale si attesta sui 500 p.l.

VCO (ASL 14)

Il limitato numero di abitanti, in relazione alla vastità del territorio, non consente un efficiente utilizzo dei tre presidi ospedalieri, che presentano alcune sovrapposizioni che vanno ridefinite, in particolare per le discipline a minore diffusione .

L'ipotesi di un nuovo ospedale a Piedimulera non sembra funzionale nella collocazione geografica per consentire una effettiva razionalizzazione dell'offerta. Si prevede quindi di procedere ad una differenziazione più consistente dell'offerta dei tre attuali presidi, con particolare riferimento alle discipline presenti all'Ospedale di Domodossola e di Verbania.

Va inoltre sottolineato che i precedenti accordi stipulati con l'IRCCS di Piancavallo per un ulteriore ampliamento delle attività di riabilitazione nello stesso presidio di Verbania, sono oggi in contrasto con gli obiettivi generali della razionalizzazione della rete ospedaliera, considerando in particolare che nella zona è presente un'offerta eccessiva di attività di postacuzie (oltre 1,3 posti letto per mille abitanti senza considerare la possibile riconduzione delle discipline 68 e 40 delle case di cura accreditate da acuzie a postacuzie)

UNITA' FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI CUNEO

Cuneo (ASL 15)

Nell'ASL non esistono posti letto per acuti ma solo alcuni letti a Caraglio per lungodegenza e Riabilitazione gestiti in collaborazione con l'ASO S. Croce e Carle. Inoltre presso Caraglio sono presenti provvisoriamente i letti di 3° livello di riabilitazione per tutta la provincia, che saranno trasferiti a Fossano.

Mondovì (ASL 16)

La conclusione dei lavori di costruzione a Mondovì del nuovo ospedale entro il 2006, con l'incremento di circa 100 posti letto rispetto all'attuale presidio, ed il contemporaneo mantenimento dell'ospedale di Ceva pongono notevoli problemi gestionali, che saranno risolti prevedendo un diverso assetto istituzionale per i due presidi ed una riduzione dell'offerta.

Savigliano (ASL 17)

L'articolazione dei posti letto su tre presidi (Savigliano, Saluzzo, Fossano) pone alcuni problemi gestionali, ma è condiviso un intervento di ristrutturazione/riconversione dell'attuale presidio di Fossano che si trasformerà da ospedale per acuti in ospedale di riabilitazione.

Alba (ASL 18)

Il nuovo presidio, quando entrerà in funzione avrà una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nei vecchi Ospedali di Bra e Alba (oltre un centinaio di posti). L'ASL, in fase di realizzazione, dovrà ridefinire la struttura per adeguarla alle previsioni del presente piano.

Asti (ASL 19)

Il nuovo presidio entrato in funzione, dopo l'estate ha una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nel vecchio (oltre un centinaio di posti).

Nell'ASL esistono inoltre i problemi relativi all'ospedale di Canelli e a quello di Nizza. A Canelli in considerazione di un accordo con l'INAIL verrà costruito un nuovo nosocomio a carattere riabilitativo con 80 posti letto. L'accordo prevede, tra l'altro, la gestione della struttura da parte della casa di cura Sant' Anna, che riassorbirà i p.l. attualmente attivi nella stessa casa di cura (53).

Per quanto riguarda l'ospedale di Nizza, collocato in un vecchio convento del centro urbano, manifestatamente inadeguato, vanno mantenute le attività di Medicina Generale, Chirurgia generale e di primo intervento sulle 24 ore, supportate dalle correlate attività diagnostiche. La possibilità della costruzione di una nuova struttura con la stessa tipologia di funzioni e collocata in posizione intermedia tra Nizza e Canelli, può rappresentare una soluzione fattibile, in relazione alle disponibilità finanziarie.

Alessandria (ASO 907)

Gli edifici dell'ASO hanno problemi di diverso tipo ed è previsto con il concorso di importanti investimenti, la realizzazione in altra sede di un nuovo nosocomio.

Tale soluzione consentirà anche una revisione più completa della rete ospedaliera della zona: in particolare non sarà più perseguita l'opzione già contenuta negli atti programmatori regionali di un nuovo presidio collocato tra Tortona e Novi.

Va ricordato che è stato costruito nell'area ex Borsalino un nuovo presidio di riabilitazione per il quale sono previsti 104 letti di cui una decina per l'unità spinale.

L'edificio sarà operativo a breve ed il presente documento ne prevede il pieno utilizzo.

A completamento di quanto descritto, si riportano i dati complessivi (pubblico e privato accreditato) del numero di posti letto previsti per area sovrazonale la situazione dei posti letto al 31/12/2004 ed infine la differenza tra la nuova previsione ed il 31/12/2004. Sono inoltre riportati i fabbisogni di posti letto per disciplina e per Unità funzionale sovrazonale.

Tabella 14:: PROPOSTA POSTI LETTO

UNITA' FUNZIONALE SOVRAZONALE	AZIENDA	PROPOSTE			POSTI LETTO AL 31.12.2004			DIFFERENZA		
		P.L.	P.L. POST-ACUZIE	P.L. TOTALI	P.L.	P.L. POST-ACUZIE	P.L. TOTALI	P.L.	P.L. POST-ACUZIE	P.L. TOTALI
		ACUZIE			ACUZIE			ACUZIE		
1 - TORINO		7984	2288	10272	8306	1850	10156	-322	438	116
	ASL 101 - TORINO 1	141	24	165	240	0	240	-99	24	-75
	ASL 102 - TORINO 2	298	56	354	290	56	346	8	0	8
	ASL 103 - TORINO 3	545	62	607	620	6	626	-75	56	-19
	ASL 104 - TORINO 4	661	134	795	637	135	772	24	-1	23
	ASL 105 - RIVOLI	494	172	666	534	151	685	-40	21	-19
	ASL 106 - CIRIE'	498	678	1176	534	692	1226	-36	-14	-50
	ASL 107 - CHIVASSO	269	60	329	198	0	198	71	60	131
	ASL 108 - CHIERI	573	246	819	637	153	790	-64	93	29
	ASL 109 - IVREA	437	142	579	479	73	552	-42	69	27
	ASL 110 - PINEROLO	324	94	418	306	89	395	18	5	23
	ASO 901 - S. GIOVANNI BATTISTA- TORINO	1511	23	1534	1554	0	1554	-43	23	-20
	ASO 902 - CTO - TORINO	351	138	489	375	73	448	-24	65	41
	ASO 903 - OIRM S. ANNA- TORINO (*)	632	0	632	895	0	895	-263	0	-263
	ASO 904 - S. LUIGI - ORBASSANO	519	24	543	395	3	398	124	21	145
	ASO 908 - MAURIZIANO- UMBERTO I° - TORINO	425	28	453	383	22	405	42	6	48
	ASO 908 - MAURIZIANO- I.R.C.C. - CANDIOLO	150	0	150	75	0	75	75	0	75
	PRES. 990- AUSILIATRICE- TORINO	0	50	50	0	50	50	0	0	0
	PRES. 991- BEATA VERGINE CONSOLATA- S. MAURIZIO C.	0	220	220	0	220	220	0	0	0
	PRESIDIO 992 - GRADENIGO- TORINO	156	30	186	154	20	174	2	10	12
	PRESIDIO 993 - S. CAMILLO - TORINO	0	107	107	0	107	107	0	0	0
2 - NOVARA -	VERCELLI - BIELLA - VCO	2792	956	3748	2888	1066	3954	-96	-110	-206
	ASL 111 - VERCELLI	532	96	628	546	96	642	-14	0	-14
	ASL 112 - BIELLA	446	52	498	474	28	502	-28	24	-4
	ASL 113 - NOVARA	434	109	543	487	105	592	-53	4	-49
	ASL 114 - VCO	441	173	614	496	185	681	-55	-12	-67
	ASO 905 - NOVARA	802	60	862	737	36	773	65	24	89
	IRCCS 920 - AUXOLOGICO - OGGEBBIO (**)	74	145	219	83	282	365	-9	-137	-146
	IRCCS 921 - MAUGERI - VERUNO	0	297	297	0	315	315	0	-18	-18
	996 - COO - OMEGNA	63	24	87	65	19	84	-2	5	3
3 - CUNEO		1948	604	2552	2153	536	2689	-205	68	-137
	ASL 115 - CUNEO	12	340	352	28	322	350	-16	18	2
	ASL 116 - MONDOVI'	259	32	291	285	32	317	-26	0	-26
	ASL 117 - SAVIGLIANO	446	71	517	475	43	518	-29	28	-1
	ASL 118 - ALBA	525	161	686	664	139	803	-139	22	-117
	ASO 906 - CUNEO	706	0	706	701	0	701	5	0	5
4 - ASTI -	ALESSANDRIA	2317	598	2915	2425	404	2829	-108	194	86
	ASL 119 - ASTI	518	201	719	617	138	755	-99	63	-36
	ASL 120 - ALESSANDRIA	296	83	379	354	94	448	-58	-11	-69
	ASL 121 - CASALE	335	100	435	328	75	403	7	25	32
	ASL 122 - NOVI	451	110	561	468	83	551	-17	27	10
	ASO 907 ALESSANDRIA	717	104	821	658	14	672	59	90	149
REGIONE	TOTALE	15041	4446	19487	15772	3856	19628	-731	590	-141

(*) Da rivedere alla luce da quanto previsto a pag. 93

(**) La previsione di p.l. tiene conto esclusivamente del fabbisogno per i residenti piemontesi

**Tabella 15:: PROPOSTA POSTI LETTO, SPECIFICO PER DISCIPLINE
ACUZIE – UNITA' MEDICA**

disciplina	PROPOSTA					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA					
	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	
01 allergologia	8	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
02 day hospital (multispecialistico)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 angiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15	0	0	0	-15	-15	
08 cardiologia	282	124	60	102	568	277	128	54	100	559	5	-4	6	2	9	
18 ematologia	136	16	18	20	190	117	0	21	21	159	19	16	-3	-1	31	
19 malattie endocrine	32	12	14	12	70	77	9	15	12	113	-45	3	-1	0	-43	
19 malattie endocrine (diabetologia)	28	0	0	0	28	0	0	0	0	0	28	0	0	0	28	
19 malattie endocrine (nutrizione clinica)	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10	
20 immunologia	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	-2	0	0	0	-2	
21 geriatria	185	44	30	64	323	149	25	12	56	242	36	19	18	8	81	
24 malattie infettive e tropicali	108	80	23	69	280	107	51	23	59	240	1	29	0	10	40	
25 medicina del lavoro	21	0	0	0	21	26	0	0	0	26	-5	0	0	0	-5	
26 medicina generale	1437	512	392	468	2809	1322	509	390	478	2699	115	3	2	-10	110	
29 nefrologia	127	88	28	20	263	112	85	30	18	245	15	3	-2	2	18	
31 nido	290	90	72	64	516	253	97	90	54	494	37	-7	-18	10	22	
32 neurologia	270	134	67	135	606	259	127	53	120	559	11	7	14	15	47	
33 neuropsichiatria infantile	20	0	10	10	40	26	2	3	10	41	-6	-2	7	0	-1	
39 pediatria	196	64	52	50	362	203	74	64	51	392	-7	-10	-12	-1	-30	
40 psichiatria	408	75	133	75	691	619	82	172	81	954	-211	-7	-39	-6	-263	
46 grandi ustioni pediatriche	8	0	0	0	8	4	0	0	0	4	4	0	0	0	4	
47 grandi ustionati	9	0	0	0	9	9	0	0	0	9	0	0	0	0	0	
48 nefrologia (abilitato al trapianto di rene)	24	8	0	0	32	24	4	0	0	28	0	4	0	0	4	
52 dermatologia	56	34	12	12	114	84	33	2	11	130	-28	1	10	1	-16	
58 gastroenterologia	84	16	20	16	136	100	12	24	11	147	-16	4	-4	5	-11	
61 medicina nucleare	8	4	4	4	20	4	0	0	2	6	4	4	4	2	14	
62 neonatologia	85	28	19	17	149	134	26	14	12	186	-49	2	5	5	-37	
64 oncologia	387	109	62	61	619	333	89	60	53	535	54	20	2	8	84	
67 pensionanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
68 pneumologia	140	134	44	37	355	136	178	60	39	413	4	-44	-16	-2	-58	
70 radioterapia	8	4	4	4	20	21	19	1	0	41	-13	-15	3	4	-21	
71 reumatologia	16	16	0	0	32	7	10	0	0	17	9	6	0	0	15	
74 radioterapia oncologica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	-1	0	0	0	-1	
97 detenuti	34	0	4	7	45	34	0	4	7	45	0	0	0	0	0	
totale	4417	1592	1068	1247	8324	4440	1560	1092	1210	8302	-23	32	-24	37	22	

**Tabella 15:: PROPOSTA POSTI LETTO, SPECIFICO PER DISCIPLINE
ACUZIE – UNITA' CRITICA**

disciplina	PROPOSTA					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE
50 unita' coronarica	102	45	30	35	212	97	44	27	21	189	5	1	3	14	23
49 terapia intensiva	197	55	43	63	358	176	54	43	56	329	21	1	0	7	29
51 astanteria	0	0	0	0	0	18	10	2	0	30	-18	-10	-2	0	-30
73 terapia intensiva neonatale	78	24	24	24	150	36	15	8	8	67	42	9	16	16	83
totale	377	124	97	122	720	327	123	80	85	615	50	1	17	37	105

ACUZIE – UNITA' CHIRURGICA

disciplina	PROPOSTA					POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA				
	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE
06 cardiocirurgia infantile	10	0	0	0	10	12	0	0	0	12	-2	0	0	0	-2
07 cardiocirurgia	96	29	16	26	167	119	31	16	23	189	-23	-2	0	3	-22
09 chirurgia generale	886	326	203	246	1661	955	346	249	358	1908	-69	-20	-46	-112	-247
10 chirurgia maxillo facciale	19	7	6	13	45	20	7	0	12	39	-1	0	6	1	6
35 odontoiatria e stomatologia	18	6	8	6	38	14	2	10	0	26	4	4	-2	6	12
11 chirurgia pediatrica	20	12	0	14	46	25	13	0	22	60	-5	-1	0	-8	-14
12 chirurgia plastica	62	12	12	12	98	72	0	0	18	90	-10	12	12	-6	8
13 chirurgia toracica	35	10	12	10	67	50	7	13	4	74	-15	3	-1	6	-8
14 chirurgia vascolare	76	32	19	32	159	94	36	32	20	182	-18	-4	-13	12	-23
30 neurochirurgia	83	27	22	23	155	92	43	24	26	185	-9	-16	-2	-3	-30
34 oculistica	195	72	46	65	378	202	77	67	82	428	-7	-5	-21	-17	-50
36 ortopedia e traumatologia	665	235	208	235	1343	680	282	249	269	1480	-15	-47	-41	-34	-137
37 ostetricia e ginecologia	584	168	138	134	1024	634	182	168	155	1139	-50	-14	-30	-21	-115
38 otorinolaringoiatria	173	51	33	49	306	226	75	67	46	414	-53	-24	-34	3	-108
43 urologia	252	89	60	83	484	324	104	86	95	609	-72	-15	-26	-12	-125
76 neurochirurgia pediatrica	8	0	0	0	8	8	0	0	0	8	0	0	0	0	0
78 urologia pediatrica	8	0	0	0	8	12	0	0	0	12	-4	0	0	0	-4
totale	3190	1076	783	948	5997	3539	1205	981	1130	6855	-349	-129	-198	-182	-858

POST - ACUZIE

disciplina	PROPOSTA				POSTI LETTO AL 31.12.2004					DIFFERENZA					
	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE	U.F.S. 1	U.F.S. 2	U.F.S. 3	U.F.S. 4	TOTALE
28 unita' spinale	80	16	0	16	112	33	6	0	0	39	47	10	0	16	73
56 recupero e riabilitazione funzionale	1367	720	362	363	2812	1128	869	338	227	2562	239	-149	24	136	250
60 lungodegenti	775	190	222	196	1383	634	177	196	143	1150	141	13	26	53	233
75 neuroriabilitazione	66	30	20	23	139	55	14	2	34	105	11	16	18	-11	34
totale	2288	956	604	598	4446	1850	1066	536	404	3856	438	-110	68	194	590

CAPITOLO 6

PROGETTI SPECIALI

I progetti speciali di seguito sinteticamente descritti, rappresentano alcuni fra quelli che dovranno essere sviluppati, selezionati per la presentazione poiché l'analisi istruttoria, sebbene in forme parziali e non ancora definitive, è già stata avviata.

Si tratta di spunti di discussione, suscettibili di ridefinizioni, che potranno essere confermati, integrati o modificati.

L'elenco non è esaustivo, in quanto la complessità o la specificità di altri ambiti, sicuramente da considerare nell'emanazione di indicazioni programmatiche regionali, non ha ancora consentito i livelli di approfondimento necessari.

1. TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Criticità

Il Piemonte è una delle regioni nelle quali il processo di invecchiamento della popolazione è particolarmente accentuato: l'allungamento della vita, una conquista rilevante oltre che una sfida per la società della nostra Regione, non ha allungato allo stesso modo la fase critica delle persone.

Strategie previste

Il principio che deve ispirare il modello organizzativo è rappresentato dalla continuità delle cure per le persone malate e non autosufficienti. Occorre ottimizzare l'assistenza agli anziani lavorando sui percorsi dei pazienti e favorendo la loro permanenza nei singoli nodi della rete assistenziale, considerando prioritario il ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione.

2. TUTELA MATERNO INFANTILE

Criticità

La scarsa conoscenza dei bisogni ha comportato un eccesso di medicalizzazione delle cure alle donne a fronte di carenze o assenze di risposta per certe fasce di popolazione (es. donne extracomunitarie) ed un eccesso di medicalizzazione delle cure all'infanzia (ricoveri inappropriati, eccessive prescrizioni di farmaci ed esami...).

Strategie previste

E' importante avere come riferimento, per le strategie future, l'Area di presa in carico dei problemi di salute dei minori e delle donne in età fertile all'interno di una visione più ampia, di Welfare di comunità materno-infantile.

3. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Criticità

Gli assistiti dai 25 DSM regionali sono circa 43.000, che, tenuto conto della popolazione censita di circa 4.330.000 unità, risulta, in difetto, pari a circa l'1% della

popolazione. Esiste pertanto un sommerso non trascurabile, sconosciuto ai servizi pubblici, probabilmente per lo più ascrivibile ai disturbi psichiatrici lievi, ma non solo, di cui tenere conto.

Strategie previste

La consapevolezza della centralità dei bisogni della persona rappresenta il punto di riferimento per l'organizzazione dei servizi. Si ritiene che il modello organizzativo dipartimentale sia il modello più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi, e che vada restituita al territorio, e quindi ai CSM la centralità dei percorsi di cura delle persone, la garanzia della continuità terapeutica e l'integrazione socio-sanitaria, restituendo valore a termini quali accoglienza, persona, domiciliarità.

4. TUTELA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Considerazioni sul fenomeno

La disabilità diventa elemento di emarginazione o svantaggio (quindi di handicap) non di per se stessa ma solo in funzione degli impedimenti fisici (vedi le barriere architettoniche) o culturali (vedi le discriminazioni) che vengono frapposti tra il disabile e l'ambiente che lo circonda.

Le strategie previste

Occorre abbandonare l'idea che le persone disabili siano da considerare sotto perenne tutela affermando la pienezza dei loro diritti di cittadino. Occorre inoltre prendere coscienza delle loro capacità, e fornire i mezzi di sostegno appropriati, abbandonare le segregazioni inutili nell'ambito educativo, lavorativo e nelle altre sfere della vita.

5. DIPENDENZE

Criticità

La programmazione regionale non ha dato risposte esaustive ai problemi legati alle dipendenze patologiche e ai profondi cambiamenti verificatisi. Soprattutto carenti sono stati gli interventi di prevenzione e le azioni di contrasto all'abuso di alcool. Insufficiente attenzione è stata dedicata al sostegno dei trattamenti di dimostrata efficacia.

Strategie previste

Sviluppo delle azioni di dimostrata efficacia e di integrazione con la rete dei servizi sia pubblici sia privati. Potenziamento degli interventi di prevenzione. Consolidamento organizzativo della rete dei servizi tramite forme di integrazione dipartimentale.

6. LOTTA ALLE MALATTIE INFETTIVE

Criticità

Negli ultimi anni sono stati avviati numerosi interventi e attivate molte iniziative ma restano alcuni fattori problematici. Tra i più rilevanti l'insufficiente impatto della prevenzione primaria e della comunicazione dei rischi, lo scarso orientamento operativo dei sistemi di sorveglianza, la molteplicità di interventi e servizi, di solito

dedicati a singoli problemi, non coordinati, l'incompleta copertura della rete dei servizi di infettivologia, la difficoltà a promuovere le vaccinazioni prioritarie.

Strategie previste

Tra le azioni più rilevanti: consolidare e sviluppare la sorveglianza epidemiologica, migliorare piani di intervento per malattie rilevanti, promuovere le vaccinazioni, migliorare il controllo delle infezioni ospedaliere dentro e fuori l'ospedale, avviare un'azione di lotta all'antibiotico-resistenza estesa a tutti gli ambiti (allevamento, alimentazione, diagnostica, terapia, ecc.)

7. L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA-URGENZA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERA

Criticità

L'organizzazione dell'attività di emergenza vede il Piemonte come una delle Regioni più avanzate nel panorama nazionale: occorre tuttavia sviluppare una maggiore integrazione tra il settore intra ospedaliero e quello territoriale.

Strategie previste

Si procederà ad uno sviluppo dell'integrazione organizzativa all'interno dei Presidi Ospedalieri tra la medicina e chirurgia d'emergenza, la medicina generale, i servizi di anestesia e rianimazione; inoltre tale organizzazione all'interno dei Presidi Ospedalieri va resa più coerente con l'organizzazione extraospedaliera.

8 LOTTA ALLA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE E DELL'HIV/AIDS

Criticità

I dati disponibili dimostrano che l'HIV/AIDS e la diffusione delle IST sono un problema reale e attuale: gli interventi attuati fino ad oggi sono stati insufficienti per ridurre i nuovi casi di infezione ed è necessario un investimento maggiore per il prossimo futuro, soprattutto in prevenzione.

Strategie previste

Tra le azioni più rilevanti: rendere possibile e favorire la riduzione delle infezioni sessualmente trasmesse e dell'infezione da hiv, garantire a tutte le persone colpite dall'hiv/aids l'accesso ai servizi di cura, assistenza, consulenza, informazione e che coloro che sono colpiti dall'hiv/aids siano trattati secondo il principio di uguaglianza dei diritti della persona in tutti i settori della vita e si sentano integrate ed accettate nella società.

9. MALATTIE RARE

Criticità

Pur essendo singolarmente poco diffuse si stima che le malattie rare rappresentino circa il 10% delle patologie umane. Circa un terzo delle malattie censite (poco meno della metà delle malattie rare dell'età evolutiva) sono di origine malformativa.

Strategie previste

Tra le azioni più rilevanti si prevede l'organizzazione di una Rete diffusa, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, che deve comportare una buona integrazione tra presidi diversi e, dove possibile, la presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare nelle strutture territoriali.

RELAZIONE AL DDL "NORME PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E IL RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il presente disegno di legge riguarda le norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del Servizio sanitario regionale.

La norma prevede che il Piano socio-sanitario e la definizione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende sanitarie siano approvati dal Consiglio regionale.

I contenuti della proposta concernono i livelli e gli strumenti della programmazione (regionale e locale) e individuano gli strumenti di valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi.

Viene delineata la partecipazione dei soggetti istituzionali ai processi di programmazione, contestualmente alla definizione dei livelli di consultazione e partecipazione dei rappresentanti dei cittadini, degli operatori del settore socio-sanitario, di altri enti ed istituzioni, organizzazioni sindacali, ecc.

Vengono poi definiti i contenuti, e le modalità ed i termini di presentazione degli atti di programmazione regionale e locale, nonché dei successivi documenti di valutazione dei risultati ottenuti

Nell'ambito dei processi programmatori vengono introdotti i Profili e piani di salute (PEPS, art.9). Si tratta di uno strumento innovativo che – a livello distrettuale – attribuisce ai Sindaci la definizione degli obiettivi prioritari di salute della popolazione.

Trattandosi di obiettivi di salute, le risposte abbracciano la quasi totalità delle competenze locali (istruzione, urbanistica, servizi sociali, circolazione stradale, ecologia, ecc.); la parte di risposte da erogarsi dal Servizio sanitario viene inserita nel Piano attuativo locale aziendale.

La parte finale del ddl è dedicata al riassetto del Servizio sanitario regionale: i criteri per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL, dei relativi distretti ed una nuova configurazione dei servizi amministrativi, logistici e di supporto, anche sanitario, nell'ambito di una strategia generale di maggior efficienza ed efficacia del Servizio sanitario.

NORME PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E IL RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ARTICOLO 1 (Oggetto e finalità)

1. La legge definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale, nel contesto del piano regionale di sviluppo, e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni sanitarie.
2. La Regione persegue gli obiettivi di salute tramite il metodo della valutazione dell'impatto sulla salute stessa di tutte le decisioni e scelte strategiche.
3. La presente legge stabilisce altresì i criteri per il riassetto del servizio sanitario regionale.

TITOLO II

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Capo I Strumenti di Programmazione

ARTICOLO 2 (I livelli e gli strumenti di programmazione)

1. La programmazione socio-sanitaria della Regione assicura, in coerenza con il piano sanitario nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione.
3. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale:
 - a) i profili e piani di salute di cui all'articolo 9;
 - b) i piani attuativi delle aziende sanitarie locali di cui all'articolo 10;
 - c) i piani attuativi delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 11.
4. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio, con cadenza triennale, della programmazione socio-sanitaria regionale:
 - a) la relazione sullo stato del servizio sanitario regionale;
 - b) le relazioni sanitarie aziendali.

Capo II
**Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie locali alla
programmazione sanitaria.**

ARTICOLO 3
(Regione)

1. Il Consiglio regionale approva il piano socio-sanitario regionale, che ha durata triennale, ed i suoi aggiornamenti.
2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo anche tecnico e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, in conformità alle disposizioni del piano socio-sanitario regionale.
3. La Giunta regionale esercita attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie.

ARTICOLO 4
(Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria)

1. La conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di seguito denominata conferenza, è l'organo attraverso cui gli enti locali territoriali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria.
2. La conferenza esprime parere, entro sessanta giorni dalla richiesta:
 - a) sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
 - b) sulla proposta di piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
 - c) sulla relazione triennale sullo stato del servizio sanitario regionale.
3. La conferenza può formulare proposte sui documenti di cui al comma 2, lett. a) e b).
4. La conferenza valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla conferenza permanente i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.
5. La conferenza è presieduta dai competenti componenti della Giunta regionale ed è così composta:
 - a) dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie locali;
 - b) dai presidenti delle province piemontesi;
 - c) da quattro rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);
 - d) da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità enti montani (UNCHEM).
6. I membri della conferenza di cui al comma 5, lettere c) e d) sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale.

7. Le modalità di funzionamento della conferenza e delle sue eventuali articolazioni sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti.

ARTICOLO 5 (Partecipazione alla programmazione)

1. La Regione promuove la partecipazione delle Università degli Studi di Torino e del Piemonte orientale Amedeo Avogadro, del Politecnico di Torino, degli assistiti, 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 al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione.
2. In particolare, è compito della Giunta regionale:
 - a. definire i criteri e le modalità di partecipazione autonoma e collaborativa e di consultazione degli assistiti, delle loro organizzazioni, nonché degli organismi di volontariato e di tutela, alle fasi di impostazione della programmazione e di verifica della qualità dei servizi, sia a livello regionale che a quello delle aziende sanitarie e dei distretti;
 - b. definire i contenuti obbligatori dei protocolli d'intesa tra aziende sanitarie e le organizzazioni sindacali e di quelle: rappresentative degli assistiti.

Capo III Gli strumenti della programmazione sanitaria

ARTICOLO 6 (Piano socio-sanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione del servizio sanitario in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, rilevati attraverso gli strumenti di cui all'art. 2 e idonei indicatori dello stato di salute della popolazione.
2. Il piano socio-sanitario regionale è approvato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale di cui all'art. 4, nell'anno di inizio del triennio al quale si riferisce la programmazione.

ARTICOLO 7
(Contenuti del piano socio-sanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale individua per il triennio di riferimento gli obiettivi generali di salute da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale, indicando almeno:
 - a. i principi e il sistema dei valori cui si ispira la programmazione socio sanitaria;
 - b. lo stato di salute della popolazione regionale e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione;
 - c. le eventuali criticità presenti nel sistema dei servizi socio sanitari regionali cui è necessario porre rimedio;
 - d. i criteri generali per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi socio sanitari;
 - e. i criteri generali per l'attivazione di forme innovative di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie;
 - f. i criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali;
 - g. i metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali.
2. Il piano socio-sanitario regionale si attua attraverso gli strumenti di programmazione cui all'articolo 2.

ARTICOLO 8
(Relazione sanitaria e documenti informativi periodici)

1. La relazione sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali, le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale.
2. La Giunta regionale, ai fini dell'elaborazione del piano socio-sanitario, presenta ogni tre anni la relazione sanitaria e la trasmette al Consiglio regionale e alla conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
3. La Giunta regionale presenta ogni anno un documento di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito a specifici settori e obiettivi di salute.
4. Il Consiglio regionale, in relazione ai risultati di salute della programmazione socio-sanitaria regionale, emergenti dalla relazione sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta medesima anche al fine dell'adeguamento degli strumenti di programmazione socio-sanitaria regionale.

ARTICOLO 9

(Profili e piani di salute)

1. I profili e piani di salute, di seguito denominati PEPS, costituiscono lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello distrettuale, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di salute della popolazione.
2. E' compito del PEPS:
 - a) definire gli obiettivi prioritari di salute coerentemente con le risorse disponibili;
 - b) identificare tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici;
 - c) attivare gli strumenti per valutare il raggiungimento degli obiettivi.
3. Il Comitato dei Sindaci dei Comuni afferenti al Distretto, sentiti i soggetti interessati, predispone il PEPS e lo approva a maggioranza.
4. Al Comitato partecipano, oltre ai Sindaci dei Comuni afferenti al Distretto, :
 - a) di diritto, il Presidente della Provincia ed il Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente;
 - b) senza diritto di voto, il Direttore del Distretto ASL ed il Direttore dell'Ente gestore dei Servizi Sociali.
5. Gli obiettivi di salute previsti dal PEPS che rendono necessari specifici interventi da parte della rete dei servizi sanitari sono oggetto di appositi accordi con le Direzioni aziendali e i relativi programmi operativi confluiscono nei piani attuativi locali di cui al successivo art. 10.
Gli obiettivi di salute previsti dai PEPS e ricompresi nei piani attuativi locali costituiranno elemento per la valutazione sull'operato del Direttore Generale di ASL da parte della Conferenza dei Sindaci.
6. Le ASL forniscono l'assistenza necessaria e assicurano la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS, garantendo la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del Distretto.
7. Ai fini di cui al comma 2, il procedimento di formazione del PEPS tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali. Attiva inoltre gli indispensabili raccordi con altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il terzo settore; la Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PEPS.
8. Il PEPS ha durata triennale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

ARTICOLO 10

(Piani attuativi locali)

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi impartiti dalle conferenze dei sindaci, le aziende sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, gli accordi relativi ai PEPS di distretto; il piano attuativo locale ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali.
2. La conferenza dei sindaci determina indirizzi e definisce criteri alle aziende sanitarie locali per la elaborazione del piano attuativo locale.
3. Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza dei sindaci, per acquisirne il parere.
4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato, corredato del parere della conferenza dei sindaci, alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale.
5. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per distretti.
6. Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla conferenza dei sindaci e all'assessorato regionale alla tutela della salute e sanità.
7. La Giunta regionale approva specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi annuali di attività.

ARTICOLO 11

(Piani attuativi ospedalieri)

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi e valutazioni della conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria locale nel cui territorio è ubicata l'azienda ospedaliera, la stessa programma le attività di propria competenza.
2. Il piano attuativo ospedaliero ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali.
3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera adotta il piano attuativo ospedaliero e lo trasmette alla conferenza dei sindaci di cui al comma 1 per l'acquisizione del parere di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla programmazione sanitaria regionale, lo approva entro quaranta

giorni dal ricevimento.

4. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività.
5. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera locale adotta il programma annuale di attività di cui al comma 4 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla conferenza dei sindaci e all'assessorato regionale alla tutela della salute e sanità.
6. La Giunta regionale approva specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi annuali di attività.

ARTICOLO 12 (Relazione sanitaria aziendale)

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di valutazione e di monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale.
2. La relazione sanitaria aziendale è predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.
3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa:
 - a) dalle aziende sanitarie locali alla Giunta regionale e alla conferenza dei sindaci;
 - b) dalle aziende ospedaliere alla Giunta regionale e alla conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria locale nel cui territorio sono ubicate.
4. Le conferenze dei sindaci esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale anche ai fini della valutazione sull'operato del Direttore generale.

TITOLO III

RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ARTICOLO 13 (Nuovi ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali)

1. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e sentita la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, sono individuati le nuove Aziende sanitarie locali ed i relativi ambiti territoriali.
2. Gli ambiti territoriali delle nuove Aziende dovranno, di norma corrispondere ai territori delle Province e avere una popolazione residente non inferiore a

500.000 abitanti, fatti salvi gli ambiti corrispondenti ai territori delle Province.

3. Le nuove Aziende sanitarie, individuate dal Consiglio regionale, sono costituite in azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con decreti del Presidente della Giunta regionale, con i quali è altresì dichiarata l'estinzione delle ASL preesistenti.

ARTICOLO 14 **(Articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie locali)**

1. Le Aziende sanitarie locali articolano il proprio ambito territoriale in distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 80.000 abitanti. Per le aree montane e le zone a scarsa densità abitativa il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, individua criteri specifici per il dimensionamento ottimale dell'ambito distrettuale.
2. L'articolazione distrettuale viene effettuata al fine di:
 - a) valutare i bisogni sanitari e sociali della comunità e definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
 - a) assicurare l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni;
 - b) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;
 - d) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulla prevenzione sanitaria e sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;
 - e) garantire l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
 - f) assicurare il coordinamento fra le attività territoriali, di prevenzione e quelle ospedaliere.
3. La definizione degli ambiti territoriali distrettuali viene effettuata dal Direttore generale, sulla base dei criteri di cui al comma 1 e delle finalità indicate al comma 2, previo parere della Giunta regionale e della Conferenza dei Sindaci. Si prescinde dal parere se lo stesso non è reso entro trenta giorni dalla richiesta.
4. L'atto aziendale può prevedere la gestione associata di più ambiti distrettuali finalizzata ad una efficace ed efficiente erogazione dei servizi.

ARTICOLO 15
(Gestioni sovraziendali)

1. Con riferimento ai servizi amministrativi, logistici e di supporto, la Giunta regionale individua le Aziende sanitarie che espletano le relative funzioni anche per conto e a favore di altre Aziende.
2. I criteri per l'individuazione delle modalità gestionali di cui al comma 1 sono improntati al conseguimento del miglior livello di economicità dell'azione amministrativa, quale supporto dell'attività socio-sanitaria.
3. La Giunta regionale individua inoltre le Aziende Sanitarie incaricate di svolgere specifiche funzioni sanitarie che, secondo un'organizzazione in rete, supportano, integrano o sostituiscono i relativi servizi di altre Aziende Sanitarie.