

ALLEGATO A

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2015

PREMESSA	4
PARTE I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015	7
1. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA	7
1.1 La programmazione	8
1.2 L'appropriatezza	9
1.3 La qualità percepita	10
1.4 La presa in carico del cittadino	11
1.5 La metamorfosi nei luoghi delle cure	11
1.6 Qualità strutturale dei luoghi di cura	13
1.7 L'allocazione delle risorse finanziarie	14
1.8 La sanità come opportunità di crescita: un'occasione da non perdere	14
1.9 Il sistema informativo sanitario regionale	16
2. LE SCELTE PRIORITARIE	19
2.1 La garanzia dei diritti	19
2.1.1 Vulnerabilità sociale e salute	19
2.2 Gli obiettivi di fondo	20
2.2.1 La riduzione dei tempi di attesa	20
2.3 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie e i costi standard	22
2.4 Le risorse umane	24
2.5 La qualità e le professioni sanitarie	26
2.6 Le opportunità del welfare e il terzo settore	27
2.7 L'assistenza religiosa	27
2.8 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti	28
2.8.1 L'empowerment	28
2.8.2 La comunicazione in sanità	28
2.8.3 Il marketing in sanità	29
2.9 I servizi dell'area socio-sanitaria integrata	29
2.9.1 Sviluppo delle cure domiciliari	30
2.9.2 La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata	31
2.9.3 L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza	32
PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO	33
3. PRESUPPOSTI LOGICI DELLO SVILUPPO E RICONFIGURAZIONE DEL SSR	33
3.1 Gli assunti guida	33
3.2. Principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi	34
3.2.1 I cardini di riordino della rete di offerta	34
3.2.2 La specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie	35
3.3 Missione e competenza delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale	35
3.3.1 Le aziende sanitarie locali	36
3.3.2 La rete territoriale	36
3.3.3 Le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliero-universitarie	38

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	39
4. LA GOVERNANCE DI SISTEMA: ATTORI, LUOGHI E PROCESSI DECISIONALI	39
4.1 La programmazione di sistema ed aziendale	40
4.2 Qualità, rischio clinico e management assicurativo per la gestione sanitaria	40
4.2.1 Qualità	40
4.2.2 Rischio clinico	41
4.2.3 Management assicurativo per la gestione sanitaria	42
4.3 Valorizzare la professionalità del sistema sanitario	43
4.4 La formazione degli operatori	43
4.4.1 Sponsorizzazione di attività ed iniziative formative per il personale dipendente e convenzionato	45
5. CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI	46
5.1 L'atto aziendale	46
5.1.1. Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali	46
5.2 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale	47
5.2.1 I Centri di Assistenza Primaria	47
5.2.2 I dipartimenti territoriali	49
5.2.3 La funzione della continuità assistenziale	49
5.2.4 Lo sviluppo della medicina convenzionata	51
5.3 L'organizzazione e la governance del presidio ospedaliero dell'azienda sanitaria locale, dell'azienda ospedaliera e dell'azienda ospedaliero universitaria	52
5.3.1 Assetto dei dipartimenti	52
5.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza	53
5.3.3 I presidi ospedalieri	54
5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri	54
5.3.5 La rete ospedaliera	57
5.3.6 La rete ospedaliera programmata	58
5.3.7 Il collegamento con il territorio	62
5.3.8 La rete dell'emergenza- urgenza	62
5.3.9 Elementi caratterizzanti l'azienda ospedaliero universitaria e la ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema	66
5.4 Le funzioni tecnico-logistico-amministrative	69
PARTE IV – ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE	71
6. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi	71
7. La valutazione del PSSR e del sistema sanitario piemontese	73
ALLEGATO “I PROGETTI SPECIALI DI SALUTE”	76

1. PREMESSA

La salute è un diritto fondamentale dell'individuo, la cui tutela è garantita dalla Costituzione.

Da tale assunto discende il dovere, a livello istituzionale ed individuale, di promuovere azioni finalizzate alla sua conservazione.

A tal fine, è dovere della comunità organizzarsi per far fronte a problemi individuali e collettivi, spesso determinati o aggravati da carenze sociali.

L'organizzazione delle cure nei singoli paesi non è uniforme, riflettendosi, nelle strategie sanitarie, le condizioni sociali e politiche di ognuno di essi. I processi di globalizzazione economica tendono a rendere universali anche i problemi sanitari e sociali.

Con l'iniziativa "Salute 21" l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2000, ha preso atto che sensibili risultati nella tutela della salute esigono un impegno diretto delle istituzioni e del mondo politico. Le singole decisioni assunte in ambito socio-sanitario possono avere pesanti ripercussioni sul bene salute e condizionare il buon esito della tutela di tale diritto per l'intera comunità di riferimento.

Al fine di intraprendere percorsi virtuosi è, pertanto, essenziale partire da una visione generale delle problematiche socio-sanitarie per cercare le soluzioni più opportune allo scopo di tutelare la salute dei cittadini per giungere, infine, ad una gestione oculata dei costi che deve coinvolgere, in una consapevole condivisione degli obiettivi, tutti i livelli decisionali a ciò preposti. Conseguentemente, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015 pone come obiettivo prioritario del servizio sanitario piemontese non solo quello della promozione "della salute dei cittadini", ma, in un'accezione più lungimirante, quello della promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità".

Risulta opportuno, pertanto, che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) assuma anche il ruolo di facilitatore di una strategia di coordinamento tra le diverse istituzioni e di integrazione degli indirizzi delle politiche intersettoriali, al fine di orientare, positivamente ed in maniera sinergica, i determinanti della salute e del benessere, in conformità alle direttive della Carta di Tallinn (2008).

L'efficacia del Piano, pertanto, è strettamente correlata alla capacità dei diversi soggetti istituzionali, tra i quali gli enti locali, di cooperare e di trasformare operativamente gli indirizzi in esso riportati.

Sono molteplici le grandi sfide assistenziali che condizionano le scelte di programmazione regionale, prime tra tutte quelle riguardanti i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, la disponibilità di terapie e diagnosi ad alto costo indirizzate a specifici bacini di assistiti. Esse, oltre a richiedere un'efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, necessitano anche di un sistema coeso che porti alla convergenza dei finanziamenti, provenienti dai diversi settori coinvolti, su obiettivi ed ambiti tematici condivisi e ben definiti.

In considerazione dell'elevata crescita di risorse assorbite, derivante soprattutto dalle suddette sfide assistenziali, la sostenibilità economica del SSR deve essere garantita attraverso un sistema di governance multilivello, capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello delle risorse disponibili per il loro finanziamento. Tale equilibrio deve contemperare i requisiti di efficacia con quelli di efficienza, attraverso le risorse definite nell'ambito dei rapporti Stato-Regioni.

La sostenibilità del sistema risulta pertanto direttamente collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione degli attuali Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), alla coerenza degli indirizzi nazionali di politica sanitaria con il quadro delle risorse economiche rese disponibili, al grado di collegamento delle azioni di integrazione delle strategie a tutela della salute.

Obiettivi specifici, che rappresentano anche un'ulteriore sfida per il PSSR, sono, da un lato, quelli di valorizzare gli elementi di eccellenza del servizio sanitario e di orientare le risorse in settori strategici quali la prevenzione, le nuove tecnologie, i sistemi informatici ed informativi, la clinical governance e la sicurezza delle cure, la ricerca e le innovazioni mediche; dall'altro, quelli connessi alla necessità di affrontare le criticità del sistema, con particolare attenzione al recupero di efficienza e di appropriatezza e al miglioramento della qualità percepita da parte dei cittadini.

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

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

Il PSSR 2012-2015 si basa sui seguenti principi:

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

Il PSSR si inserisce in un complesso quadro istituzionale e normativo, che si connota per una progressiva devoluzione di poteri dallo Stato alle regioni. Tale processo è stato avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione.

Essa ha posto in capo allo Stato la garanzia dei LEA ed alle regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione nel proprio territorio, e vede, nella fase corrente, l'attuazione delle disposizioni in materia di federalismo fiscale, contenute nell'articolo 119 della Costituzione, in conformità a quanto sancito dal Patto di stabilità tra Stato e regioni.

Con l'approvazione del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'anno 2010, si è chiusa una complessa fase di programmazione economico-finanziaria e di regolazione del SSN che si era aperta con le previsioni del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito in legge con modificazioni dall'articolo 1 comma 1 della legge 6 agosto 2008 n.133, che all'articolo 79, comma 1 bis, dispone che "... per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ... è subordinato alla stipula di una specifica intesa, fra Stato e regioni ..." per la revisione degli standard dei posti letto, la razionalizzazione dell'efficienza della rete ospedaliera, la riduzione delle spese di personale degli enti del SSN e, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, per l'attivazione anche di forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Proprio con la finalità di giungere alla stipulazione dell'accordo di cui all'articolo 14 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, la Giunta regionale, con delibera 2 agosto 2010, n. 1- 415 ha approvato l'Accordo e l'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il conseguimento dell'equilibrio economico, sottoscritto il 29 luglio 2010 con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il 30 settembre 2010, come previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b), punto ii) del citato Accordo, è stato poi presentato il conseguente programma attuativo. Successivamente, la Giunta regionale, in seguito alla verifica dei conti per la prima parte del 2010 e nel rispetto delle indicazioni e strategie politiche del nuovo governo regionale, insediatosi ad aprile 2010, ha ritenuto di adottare un Addendum, coerente con il Piano di rientro e con il programma attuativo del 30 settembre 2010, ma che preveda nuovi obiettivi e nuove azioni ad essi collegate, con l'intenzione di sviluppare anche interventi sistematici che generino effetti anche successivi al 2012. Come previsto dall'articolo 5 dell'Accordo del 29 luglio 2010 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione e le determinazioni in esso contenute comportano anche effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Piemonte in materia di programmazione sanitaria. L'Addendum ha definito, in questa fase, il raccordo tra le previsioni dell'Accordo e del relativo Piano attuativo con gli strumenti regionali della programmazione, delineando il programma analitico degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano di rientro.

Il PSSR individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale e le linee di governo dei servizi socio-sanitari in coerenza con i principi che hanno ispirato la definizione degli obiettivi e delle azioni di cui al Piano di rientro e relativo Addendum.

Parte I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015

1. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA

Anche il sistema sanitario piemontese, pur potendosi considerare assolutamente in grado di garantire un buon livello di tutela della salute della popolazione e di qualità complessiva delle prestazioni in rapporto alle caratteristiche demografiche dei piemontesi, soffre di criticità comuni a molte altre regioni del Paese, quali la non appropriatezza di alcune prestazioni (ad esempio l'utilizzo improprio del pronto soccorso), le lunghe liste di attesa per alcune prestazioni, il ricorso a strutture di altre regioni.

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

Ad esse si aggiungono alcune situazioni che rendono la spesa sanitaria poco flessibile e sensibile alle congiunture economiche strutturali: da un lato l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche e, dall'altro, i progressi tecnologici della medicina che generano migliori cure ma, nel contempo, contribuiscono all'innalzamento dei costi. Se si esclude l'infanzia, le donne – come emerge dall'ultima indagine multiscopo dell'Istat – dichiaravano condizioni di salute buone in quote sempre inferiori ai maschi e, a partire dalla mezza età, le percentuali di donne che affermano di soffrire di due o più malattie croniche sono sistematicamente superiori. Le differenze di salute tra uomini e donne hanno una componente strutturale di tipo biologico legata al sesso, ma di esse concorrono altre dimensioni di genere, come la divisione dei ruoli sociali e dei rapporti di potere.

Il differente tasso di ospedalizzazione registrato sul territorio è generato, in parte, dai diversi atteggiamenti in proposito assunti dai presidi e dalle aziende ospedaliere e, in parte, dallo sviluppo differenziato, sul territorio regionale, delle cure primarie che possono contenere il ricorso al ricovero ospedaliero.

L'analisi del tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero diurno evidenzia, infine, una forte disomogeneità imputabile al non corretto uso del day hospital ed all'attivazione diversificata, sul territorio regionale, della modalità assistenziale di day service. E' da rilevare che, in assenza di normative per includere il genere quale variabile nelle raccolte di dati, tuttavia secondo lo studio ERA la degenza media è risultata di 6,9 giorni per i maschi e 6,8 per le femmine in regime ordinario. Su alcuni profili, tuttavia, nelle malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio, del sistema osteomuscolare e connettivo si rileva una degenza media più elevata nelle donne rispetto agli uomini.

In Piemonte si evidenzia la necessità e l'opportunità di operare una svolta che affianchi, all'attenzione al deficit ed alle modalità della sua copertura, la costruzione di strumenti e procedure che evitino il formarsi del disavanzo medesimo. Ciò deve avvenire nel rispetto della piena erogazione dei LEA, con la consapevolezza, condivisa con il Governo, che l'obiettivo prioritario, su cui il Piemonte intende impegnarsi, è la razionalizzazione del sistema, attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività.

In un contesto federalista che rafforza i poteri e le responsabilità delle regioni occorre individuare e sancire, nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015, in modo condiviso ed in coerenza allo spirito di leale collaborazione istituzionale, regole e procedure di verifica e controllo delle attività delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) per garantire, su tutto il territorio piemontese, un sistema di monitoraggio sull'erogazione effettiva dei LEA e sulla valutazione condivisa del rispetto degli obiettivi, anche economici, assegnati a ciascuna ASR.

1.1 La programmazione

Dal punto di vista organizzativo, si deve definitivamente passare dal mito dell'autosufficienza delle aziende sanitarie al riconoscimento della necessità di articolare alcune funzioni in ambiti sovrazonali, con lo sviluppo di processi produttivi di acquisto e di condivisione di servizi e funzioni amministrative e tecnico-logistiche.

Tale evoluzione si correla ad obiettivi di contenimento dei costi per garantire la sostenibilità dell'intero sistema e di conseguimento di maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse. In virtù di tali scelte si deve affermare anche la necessità di un maggiore sviluppo della funzione di tutela nei distretti, vero e proprio "sensore" nei confronti del territorio, e non solo articolazione organizzativa di particolari livelli di assistenza.

Queste nuove esigenze riaprono la riflessione su quali debbano essere i criteri per la definizione degli strumenti e degli ambiti territoriali relativi sia all'esercizio delle funzioni sovrazonali delle aziende sanitarie piemontesi, sia allo svolgimento delle attività dei distretti.

Se sul versante del livello assistenziale relativo ai servizi ospedalieri appare ormai ineludibile la necessità di "mettere in rete" le strutture di ricovero, articolandole per differenti livelli di complessità clinica delle malattie che vengono trattate, dal punto di vista territoriale si riscontrano, tra le principali criticità a livello distrettuale, le seguenti:

- cultura organizzativa e prassi gestionale dei distretti improntate ad una prevalente concezione di "produzione/erogazione di servizi-prestazioni" piuttosto che "di promozione di logiche di reti integrate". Solo lo svilupparsi di tali reti può consentire di fornirsi di un efficace strumento di governance atto ad integrare ed armonizzare i diversi aspetti (clinici, gestionali, finanziari, della comunicazione, della ricerca e della formazione) che, configurando a sistema i servizi sanitari e socio sanitari territoriali, concorrono a rafforzare in senso qualitativo il SSR;
- consolidata autoreferenzialità delle associazioni professionali che tendono a riconoscersi più nella loro identità etico-scientifica che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali;
- carente responsabilità di governo della domanda e del correlato ruolo di committenza (valutazione dei servizi necessari a rispondere ai bisogni che presuppone la negoziazione e rinegoziazione, la valutazione sull'appropriatezza ed efficienza delle prestazioni) nei confronti delle cure primarie, nonché verso le strutture dipartimentali del territorio (Dipartimento di salute mentale, Dipartimento delle dipendenze, Dipartimento di prevenzione) e dei presidi ospedalieri;
- dimensione territoriale e mancata coincidenza tra bacino di popolazione del distretto sanitario e dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali, con la conseguenza che la programmazione delle attività socio-sanitarie integrate non è basata sulla definizione di volumi di servizio correlati alla domanda del territorio, ma su una contrattazione tra Aziende Sanitarie Locali (ASL) ed enti locali;
- bacino di popolazione nella maggior parte delle realtà distrettuali inadeguato ad attivare economie di scala nell'utilizzo dei fattori produttivi e nell'erogazione dei servizi di cui il distretto è garante;

- scarsa autonomia economico-finanziaria e, di conseguenza, risorse umane e dotazioni strumentali insufficienti.

L'attribuzione a livello sovrazonale e interaziendale di alcune funzioni di tipo strumentale alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari garantirà il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dell'efficienza ed il recupero di risorse importanti, da investire, soprattutto, per l'abbattimento delle liste d'attesa e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale.

Quanto indicato comporta una fondamentale condivisione degli obiettivi con tutti gli operatori coinvolti nella realizzazione della nuova programmazione.

1.2 L'appropriatezza

Un obiettivo da confermare e ulteriormente perseguire è il superamento della inappropriatezza di alcune prestazioni e delle modalità con le quali vengono erogate. Il PSSR 2012-2015 impegna le ASR ad elaborare e porre in essere specifici "progetti di appropriatezza", le cui aree tematiche sono:

- area dei ricoveri ospedalieri per acuti;
- area della post-acuzie;
- area delle prestazioni specialistiche;
- area della farmaceutica.

I progetti di appropriatezza devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano di attività e correlati all'assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle ASR. Tali obiettivi devono poter essere valutati e monitorati al fine di raggiungere un maggiore stato di efficienza come previsto dal Piano di rientro siglato dalla Regione Piemonte con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia. In particolare, uno dei settori che, più degli altri, è in grado di rappresentare la criticità relativa alla non appropriatezza è quello dell'attività ambulatoriale, con particolare riferimento alla diagnostica di tipo strumentale. L'invecchiamento della popolazione e la conseguente maggiore diffusione di malattie croniche tra gli assistiti rappresentano una delle principali cause dell'incremento della domanda di prestazioni ambulatoriali. A questo fenomeno si aggiunge una diffusione non ancora adeguata di assistenza domiciliare e residenziale sul territorio regionale che comporta l'erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente di tipo terapeutico, che potrebbero essere erogate in setting assistenziali più appropriati.

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

Valutazioni in merito alla quantità ed all'elevato tasso di crescita delle prestazioni rese possibili dalle nuove tecnologie, inducono a ritenere sempre più necessaria, a livello sovrazonale e regionale, un'azione sistematica di coordinamento che includa i processi di pianificazione, acquisto e gestione delle apparecchiature biomediche e che sia prioritariamente orientata, da un lato, all'armonizzazione della distribuzione territoriale delle tecnologie e, dall'altro, a perseguirne l'appropriato utilizzo. Anche questo tipo di attività deve essere sottoposto a monitoraggio e valutazione costante. Queste tendenze si ritrovano anche nel movimento dell'Health Technology Assessment (HTA), molto diffuso in Canada e più recentemente in Europa, che studia le implicazioni mediche, sociali etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso di tecnologie sanitarie.

Per quanto attiene, più in generale, alla crescita del volume di attività di assistenza specialistica ambulatoriale, ed al conseguente diretto impatto che ne deriva in termini sia di costi sostenuti dal SSR, sia di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, si rende necessaria la realizzazione di adeguati strumenti di supporto alla programmazione e valutazione sanitaria, che consentano:

- di misurare l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- di mettere in atto opportuni piani di governo della domanda, in linea con le migliori pratiche già presenti sul territorio sia regionale che nazionale, che agiscano direttamente sul comportamento prescrittivo;
- di monitorare e di governare il trasferimento delle funzioni in regime di ricovero diurno alla più corretta modalità ambulatoriale, ove se ne dimostri la possibilità.

Il patrimonio informativo disponibile nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta di fondamentale importanza ai fini sia dell'identificazione di standard di riferimento, sia della stima del fabbisogno appropriato di prestazioni. Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, erogata dalle aziende sanitarie sul territorio regionale, consente di individuare e seguire nel tempo le evidenti differenze che sussistono fra le realtà territoriali e sottolinea costantemente l'esigenza di indagare e promuovere azioni correttive volte a garantire l'equità del sistema tramite un necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. Il recupero di appropriatezza nell'Area della post-acuzie potrà essere perseguito anche attraverso il completamento della riorganizzazione delle attività di riabilitazione in Piemonte, intrapresa con la deliberazione della Giunta regionale 2 aprile 2007, n. 10-5605 (Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali).

1.3 La qualità percepita

La qualità percepita dai cittadini è stata determinata con varie iniziative a livello delle ASR piemontesi. I risultati, anche se frammentari e raramente confrontabili, hanno dimostrato in generale una buona qualità percepita da parte dei cittadini.

Tra gli esempi di maggior rilievo, l'indagine condotta dal Laboratorio MES della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa sulla soddisfazione dei cittadini rivolta ai servizi sanitari territoriali, che, nel 2009, ha coinvolto 4.992 piemontesi. Dall'indagine si rileva che il Medico di Medicina Generale (MMG) è il professionista che gode di uno fra i più elevati livelli di fiducia da parte della popolazione piemontese (84%). Giudizi molto positivi sono stati forniti sulle capacità relazionali e di comunicazione del medico (ascolto, coinvolgimento, tempo dedicato, ecc.), a conferma dell'importanza del rapporto interpersonale fra professionista e paziente.

I dati sul Pediatra di Libera Scelta (PLS) indicano un livello di fiducia buono o ottimo nell'81% degli intervistati, solo lievemente inferiore a quello del medico di medicina generale. Buono anche il giudizio sulle capacità relazionali dei pediatri e sulle competenze.

Nel 2010, attraverso un questionario somministrato dall'Associazione "Cittadinanza Attiva" col supporto dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS), circa 3.000 cittadini piemontesi hanno avuto la possibilità di esprimersi, manifestando un consenso elevato. L'86,3% degli utenti intervistati ha, infatti, promosso l'associazionismo e, da un'analisi più approfondita dei dati, è emerso come più del 90% degli intervistati valuti "positiva" la presenza di tali forme. Per quanto riguarda, invece, "l'accesso" in termini di comodità per la fruizione dei servizi, gli utenti si sono espressi globalmente con una percentuale di estremo favore, che supera il 90% e che pare dimostrare che la distribuzione territoriale dei gruppi presi in esame risponda alle esigenze della cittadinanza. Anche dai dati inerenti l'umanizzazione è emersa una percentuale di valutazione positiva che supera il 70% dei

consensi. Si può quindi affermare che la risposta più che soddisfacente espressa dai cittadini intervistati sia la tangibile dimostrazione che l'offerta sanitaria è capace di soddisfare ampiamente le esigenze di salute dei cittadini.

L'indagine effettuata dal Laboratorio MES della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa ha anche valutato il grado di soddisfazione degli utenti in merito ai servizi di pronto soccorso. A tal scopo è stato utilizzato un campione, stratificato per punti di erogazione dei servizi d'emergenza e per codice colore, estratto da una popolazione di utenti maggiorenni che si sono serviti degli stessi nell'arco di tre settimane fra gennaio e marzo 2010. L'indagine ha rilevato, in tutto il Piemonte, un giudizio ottimo o buono sulla qualità dell'assistenza ricevuta da parte dell'83,9% del campione valutato, cui si deve aggiungere un altro 11% di intervistati che esprimono un giudizio di sufficienza. Il risultato globale appare estremamente lusinghiero per quanto concerne la cortesia, la disponibilità, il rispetto della persona, la competenza professionale, gli aspetti della comunicazione, riferiti agli operatori sanitari sia medici sia infermieristici. Sono invece risultati carenti gli aspetti legati al comfort, alla pulizia degli ambienti, all'accoglienza e all'umanizzazione, ai tempi di attesa, all'informazione (notizie sul codice assegnato) nel momento del primo impatto col pronto soccorso.

E' necessario, in prospettiva, un coordinamento, a livello centrale, delle iniziative di rilevamento della qualità percepita, con interventi organici a livello delle ASR, in modo da ottenere risultati che possano favorire il benchmarking, indispensabile per un miglioramento della qualità delle cure. Tale attività di benchmarking deve riguardare non solo il territorio regionale bensì quello nazionale ed internazionale.

1.4 La presa in carico del cittadino

Lo sviluppo degli interventi rivolti al controllo dell'appropriatezza non può eludere l'obiettivo di un miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico degli utenti del SSR, che consenta, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità e di sviluppo della "sanità di iniziativa".

La "sanità di iniziativa", intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, tendono a migliorare e a ricorrere in misura inferiore alle cure ospedaliere.

I Centri di Assistenza Primaria (CAP), dei quali è prevista l'attivazione in ciascun distretto delle ASL piemontesi, rappresenteranno il luogo deputato allo sviluppo della medicina di iniziativa all'interno del SSR.

1.5 La metamorfosi nei luoghi delle cure

La storia della sanità testimonia come i luoghi delle cure si siano profondamente trasformati, evolvendo nelle loro funzioni e nella loro struttura, di pari passo alla mutazione dei bisogni della popolazione e dei conseguenti interventi di riforma del sistema assistenziale.

In Piemonte, in particolare, i luoghi delle cure negli ultimi decenni, hanno subito una metamorfosi più rapida ed incisiva che altrove. Si pensi al trattamento delle dipendenze che ha identificato occasioni di intervento anche in strada; alla salute mentale dove il superamento del manicomio ha portato ad articolare una multiforme offerta

semiresidenziale, comunitaria e domiciliare di assistenza; allo sforzo di riorganizzazione della rete di riabilitazione piemontese, intrapresa per rispondere a bisogni riabilitativi sempre più complessi secondari all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore diffusione delle malattie croniche disabilitanti; alle formule di assistenza utilizzate per la medicina palliativa, alla dialisi e al parto a domicilio; alla distribuzione dei farmaci in ospedale; alla prevenzione e alla promozione della salute nei luoghi di lavoro e di vita.

La tradizionale demarcazione tra assistenza primaria e assistenza di secondo o terzo livello pare destinata, gradualmente, a scomparire.

E' verosimile che nel futuro gli sviluppi tecnologici e i cambiamenti di ruolo nell'ambito professionale renderanno necessaria solo più un'assistenza di tipo specialistico e tecnologico in pochi grandi ospedali, altamente qualificati, mentre gran parte dell'assistenza potrà essere delocalizzata adattandosi alle esigenze del paziente piuttosto che a quelle dell'organizzazione.

Di fatto, le tecnologie presenti negli ambiti domiciliari sono in piena espansione sia quantitativa sia qualitativa, per cui è di fondamentale importanza prevedere che queste siano sottoposte ad adeguate procedure di gestione, che ne garantiscano la sicurezza e la continuità di esercizio, la possibilità di riutilizzo e l'efficiente management, tenendo conto delle differenze che sussistono tra gli ambienti domiciliari/residenziali e quelli ospedalieri/ambulatoriali.

Il concetto della continuità dell'assistenza si sta ormai affermando a tutti i livelli, da quello clinico, organizzativo e gestionale, a quello informativo e della remunerazione. Questo comporterà una transizione da un sistema orientato sugli erogatori di prestazioni, ad un sistema centrato sul paziente e sui percorsi delle singole malattie. Tutto ciò richiederà nuove forme di governance, che riformulino il sistema di responsabilità di tutela del caso, le modalità per garantire l'interdisciplinarietà degli interventi e dei livelli di assistenza, e la regia del distretto nella promozione, regolazione e monitoraggio dei processi assistenziali sottostanti.

Per questo scopo, nell'esperienza piemontese, si sono realizzate importanti innovazioni nell'organizzazione dell'assistenza secondo formule a rete in alcuni percorsi assistenziali (salute mentale, riabilitazione, screening, oncologia etc.), nella logistica (emergenza e trapianti), nell'informazione (traumi cranici, epidemiologia). Queste esperienze costituiscono un modello utile per coniugare tra loro le responsabilità di più soggetti professionali e sociali, a vari livelli organizzativi, sia mediante un'adeguata infrastruttura informatica, sia con investimenti dedicati all'avvio, sia in virtù di opportuni percorsi di formazione e comunicazione ed un buon grado di project management, al fine di ottenere un valore aggiunto in termini di maggiori risultati di salute e, nel contempo, qualità dell'assistenza a minor costo. Il rischio è che questi modelli rimangano "esterni" e non si integrino nel corpo della struttura e dell'organizzazione del SSR.

Negli ultimi anni è emersa l'esigenza di riferirsi a modelli di organizzazione sanitaria che non riconoscano l'ospedale come riferimento di centralità del sistema ed unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità. A tal scopo si sono attuate politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero, per generare appropriatezza nelle attività di riabilitazione, per allargare l'offerta dei servizi sanitari di base e specialistici territoriali e per affinare le metodiche di controllo e verifica dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Occorre avviare una seconda fase in cui la rete ospedaliera, pur soddisfacendo alle reali esigenze del territorio di riferimento, si articoli mantenendo, o addirittura migliorando, i livelli di qualità delle prestazioni erogate, con ospedali più qualificati e specializzati solidamente collegati in rete alla post-acuzie e con volumi di attività che si modulino sulla complessità dei casi e consentano agli operatori di ottenere un'adeguata esperienza assistenziale.

Questa fase richiede un ulteriore rafforzamento della medicina territoriale, di base e specialistica, nonché della rete dell'emergenza (118) e della post-acuzie.

1.6 Qualità strutturale dei luoghi di cura

Lo stato strutturale dei presidi ospedalieri regionali è connotato dalle seguenti criticità riscontrabili su gran parte di essi:

- diffusa situazione di vetustà degli edifici, dovuta a condizioni di senescenza attribuibili sia al normale decadimento prestazionale dovuto all'uso ed al trascorrere del tempo, nonché a condizioni di obsolescenza ed inadeguatezza riconducibili a caratteri tecnologici, strutturali e morfologici inappropriati rispetto alle funzioni ed alle relazioni;
- conseguente necessità di interventi di adeguamento sulle strutture, i quali risultano essere tanto più onerosi ed inefficaci quanto più è elevato il grado di vetustà degli edifici;
- elevata incidenza dei costi di adeguamento delle strutture rispetto al loro valore di sostituzione;
- elevata incidenza delle criticità sopra esposte sulle strutture ospedaliere di piccole dimensioni (assumendo come riferimento il numero di posti letto);
- maggiore inefficienza gestionale delle strutture di piccole dimensioni;
- eterogeneità dimensionale e funzionale delle strutture per assenza di un disegno organizzativo della rete chiaramente individuabile rispetto a tipologia e complessità delle prestazioni e delle relazioni tra strutture.

Il quadro descritto evidenzia la necessità di implementare un piano di azione, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano di rientro di riorganizzazione e riqualificazione siglato con il Ministero della salute e dell'economia, rivolto agli edifici ospedalieri che, nell'ottica di supportare il processo di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria, preveda anche la rifunzionalizzazione/riconversione delle strutture verso modelli più sostenibili ed efficaci, sia in relazione alle caratteristiche edilizie attuali delle strutture sia al loro ruolo nella rete sanitaria regionale. In particolare, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie rende del tutto inappropriato individuare nell'ospedale la sede esclusiva delle attività riabilitative. Occorre sviluppare reti integrate di servizi, a valenza plurispecialistica, finalizzate alla continuità e all'efficacia dei percorsi assistenziali, nonché alla specifica differenziazione sulla base dei singoli problemi di salute.

La Giunta regionale, sulla base degli indicatori tecnologici-strutturali più idonei a descrivere i caratteri di adeguatezza funzionale delle strutture, individua, con apposito provvedimento, i presidi ospedalieri che potranno essere oggetto di riconversione e/o rifunzionalizzazione.

La programmazione in materia di edilizia sanitaria sarà supportata in particolare dalle procedure di analisi dell'ARESS basate sul debito informativo delle aziende sanitarie, ai fini di una valutazione coerente ed oggettiva:

degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie, secondo quanto previsto alle procedure definite a livello regionale, avviate con DGR n. 29-13683 del 29 marzo 2010 (Integrazioni e modifiche delle procedure amministrative e informatiche per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie di cui alla DGR n. 6-8817 del 26.05.2008);

delle opportunità di riconfigurazione della rete aziendale previste dalla DGR 48-1615 del 28 febbraio 2011 (Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al programma attuativo, commi da 93 a 97 della legge 23 dicembre 2009, n. 191) attraverso l'elaborazione di modelli organizzativi e distributivi dei presidi e delle relazioni tra gli stessi.

1.7 L'allocazione delle risorse finanziarie

Le principali dimensioni del finanziamento del servizio sanitario riguardano la determinazione del fabbisogno ed il reperimento delle risorse, il riparto fra aree di intervento, il riparto fra aziende sanitarie regionali, la remunerazione dei soggetti erogatori, il finanziamento degli investimenti, questi ultimi anche attraverso l'intervento di soggetti privati. Per l'effettuazione del riparto delle risorse a disposizione è necessario un continuo benchmarking con quanto avviene tra aziende sanitarie non solo a livello territoriale, ma anche nazionale.

Sulla determinazione del fabbisogno e sul reperimento delle risorse è in gioco una delicata partita tra le regioni e lo Stato, per il riallineamento della responsabilità del finanziamento e della spesa, per il rispetto del vincolo di bilancio in un contesto in cui la spesa ha un'evoluzione controllata ma con disavanzi correnti in tutte le regioni, e in uno scenario in cui il mercato preme per un'evoluzione della spesa.

Anche la determinazione del fabbisogno delle singole regioni a carico dello Stato, presenta contraddizioni difficili da superare, dato che l'allocazione fra macro livelli di assistenza serve solo per la stima del fabbisogno di ogni regione, ma non può introdurre vincoli di destinazione, che sarebbero in contrasto con l'autonomia regionale; e i pesi per la ponderazione della popolazione al fine dell'allocazione delle risorse elaborati in sede tecnica vengono poi sopravanzati in sede politica da altri argomenti di valutazione.

A proposito di riparto del fondo sanitario a livello regionale tra le ASR, la principale criticità rimane quella relativa al criterio della spesa storica; occorre superare tale metodologia, sostituendola, gradualmente con regole di finanziamento che tengano conto, oltre che delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione assistita, anche di indicatori di appropriatezza, qualità, efficienza e di efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati. Più in generale, l'attenzione deve spostarsi dal finanziamento e dalla sua incidenza sul risultato differenziale, al costo ed ai fattori che lo generano, per la produzione delle prestazioni e dei servizi, compresa la loro dimensione qualitativa e non solo quantitativa. Per fare questo è necessario un monitoraggio costante delle prestazioni economico-finanziario delle singole ASR.

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

1.8 La sanità come opportunità di crescita: un'occasione da non perdere

La relazione tra sanità e sviluppo economico è provata da alcuni essenziali indicatori che ne connotano la rilevanza. Le risorse assorbite (oltre il 7% del PIL) ne testimoniano la rilevanza tra tutti gli altri settori nel panorama nazionale; la sua posizione è superiore a quella dell'intera agricoltura (3%), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2%) e dell'auto (1.3%). La spesa per i soli acquisti del sistema sanitario nazionale rappresenta un valore complessivo di oltre 20.000 milioni di euro, con un incremento su base annua dell' 8%. Le imprese operanti nel settore hanno, in Piemonte, un totale di circa 80.000 addetti, di cui 58.000 nel solo servizio sanitario regionale pubblico.

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

I LEA sono degli standard di assistenza, stabiliti a livello centrale dallo Stato, che ogni regione può incrementare per promuovere maggiore salute e maggiore soddisfazione dei bisogni di assistenza, e quindi anche sviluppo. Nel campo dell'integrazione socio-sanitaria la sanità potrebbe innescare una nuova relazione positiva tra politiche sociali e sviluppo del territorio quanto più sarà in grado di cogliere le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica, ideale volano per un'economia regionale afflitta dalla crisi dell'industria manifatturiera, ma forte di un'esperienza e di una mai sopita vocazione nel campo della progettazione e produzione di tecnologia avanzata. Sul versante tecnologico, l'attività clinica in questi ultimi anni è stata caratterizzata da notevoli evoluzioni che hanno permesso di rendere più "trasparente" l'uomo attraverso la diagnostica per immagini, hanno fatto sì che la chirurgia fosse meno invasiva e più controllata attraverso la robotica e la telechirurgia e hanno introdotto processi più efficienti per il percorso di cura dopo la fase acuta con la telemedicina. La loro implementazione, tra l'altro, può far sì che gli interventi volti a contrastare l'obsolescenza degli ospedali non siano necessariamente solo quelli statici legati agli aspetti architettonici e strutturali.

Su un piano analogo si pongono i cambiamenti, in atto e a venire, nella ricerca biotecnologica, che ha visto sviluppi farmaceutici importanti già fin dagli anni '80 con un impatto importante sulla salute. Per la promozione di questi sviluppi tecnologici è evidente che gli ospedali, soprattutto quelli di riferimento, non sono solo luoghi di cura ma sono luoghi di generazione di conoscenza, attraverso la ricerca applicata.

Occorre una capacità di integrazione tra attività di assistenza, di didattica e di ricerca in dipartimenti clinico scientifici organizzati in contesti strutturali e logistici unitari e moderni, oltre che un'organizzazione orientata ad attrarre investimenti e trasferire idee in brevetti.

La ricerca e la sperimentazione delle più efficaci modalità di collaborazione tra industria, università, centri di ricerca e strutture del settore sanitario rappresenta un aspetto di rilevante interesse per i futuri programmi di intervento, oltre che una risposta alle esigenze di autofinanziamento proprie della ricerca industriale.

Per non proporre soluzioni velleitarie, l'operatore pubblico dovrebbe concepire, finanziare e monitorare progetti di innovazione nel settore della sanità, fissando in maniera esplicita i contenuti che si intendono perseguire e gli obiettivi che le tecnologie dovranno consentire operando affinché non venga alimentato il possibile fenomeno del "consumismo sanitario". Solo così, infatti, si potrebbe favorire la valorizzazione, a vantaggio del territorio, delle conoscenze sofisticate citate in precedenza: l'operatore pubblico individua nuove frontiere da raggiungere e chiede ai soggetti produttori, pubblici o privati, di individuare la combinazione di risorse più efficace, ma anche più economica.

I costituendi Parchi della salute saranno i luoghi di elezione per veder realizzato il progetto di una ricaduta economica della spesa sanitaria che superi il concetto tradizionale di investimento in acquisti per la normale attività assistenziale e possa, invece, sostenere anche la ricerca e lo sviluppo del mondo imprenditoriale, senza trascurare, naturalmente, l'importanza della creazione di impresa.

Analoghe considerazioni valgono anche per gli aspetti organizzativi e per i servizi, in analogia con quello che l'industria manifatturiera ha fatto negli ultimi anni: l'outsourcing di parti importanti del processo produttivo e l'adozione del concetto del "miglioramento continuo della qualità" si sono tradotti in recuperi di produttività e in migliori rapporti qualità/prezzo.

In termini generali la sfida è quella di innovare in maniera profonda gli aspetti organizzativi, strutturali e gestionali di un settore che, comunque, avrà aumenti inerziali dei costi e richieste di servizio crescenti.

Sul versante dei sistemi informativi, buona parte del tempo di lavoro viene spesa nella raccolta e nell'uso delle informazioni, nel campo sia della comunicazione di tipo organizzativo sia di quella riferita al paziente e al pubblico. L'aumento atteso derivante dalle necessità di monitoraggio e controllo regionale, nonché dall'aumento delle aspettative da parte del pubblico, non potranno che allargare questo impegno.

Nella regione importanti passi avanti si sono fatti per quanto riguarda i sistemi informativi circoscritti all'ambito sanitario e sostenuti da ben giustificate motivazioni gestionali, ad esempio le schede di dimissione ospedaliera, le prescrizioni farmaceutiche, l'assistenza specialistica.

Viceversa gli sviluppi di intere aree del bisogno e dell'assistenza, come quelle della non autosufficienza o ancora quelle di record-linkage tra i diversi sistemi informativi sanitari, anche a livello aggregato, stentano ancora a manifestarsi pienamente.

1.9 Il sistema informativo sanitario regionale

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) è una risorsa strategica del SSR, in quanto strumento su cui si fondano le attività cliniche e amministrative. Le sue performance, utili per un costante monitoraggio e valutazioni delle prestazioni, condizionano fortemente tanto la capacità di governo del sistema quanto la qualità dei servizi erogati.

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

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

- l'interoperabilità del dato clinico;
- la dematerializzazione delle impegnative, dei referti di specialistica ambulatoriale, delle cartelle cliniche e delle varie modulistiche;
- l'accesso anche per via telematica a tutti i servizi amministrativi (pagamento on line dei ticket, tele prenotazione della prestazione sanitaria, consultazione ed acquisizione on line dei referti).

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

La dematerializzazione dei referti di specialistica ambulatoriale, delle cartelle cliniche e delle varie modulistiche, resa possibile dalle norme nazionali che determinano il valore giuridico dei documenti in formato elettronico e la cui attuazione nel prossimo triennio è determinata dal nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD), di cui al decreto legislativo 30 dicembre 2010, n. 235 (Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, a norma dell'articolo 33 della legge 18 giugno 2009, n. 69) entrato in vigore il 25 gennaio 2011, consentirà di ridurre notevolmente i costi correntemente sostenuti dalle ASR per la produzione e l'archiviazione legale dei documenti (materiali di consumo, quali carta e toner, stampanti, magazzini ed archivisti), recuperando risorse da reinvestire nel settore ICT. L'Assessorato alla sanità predisporrà degli obiettivi da raggiungere per singole ASR.

La possibilità di accesso per via telematica ai servizi amministrativi faciliterà i cittadini riducendo allo stretto necessario la loro mobilità sul territorio per fruire della prestazione sanitaria, migliorando così la percezione sulla qualità dei servizi, oltre ad indurre positive ricadute sul sistema in termini di omogeneizzazione delle liste di attesa. Tale importante sistema di accesso ai servizi dovrà tenere sempre in considerazione il livello di alfabetizzazione informatica dei cittadini ed, in particolare, delle fasce più deboli della popolazione, prevedendo l'espletamento dei servizi anche attraverso metodi tradizionali.

Nel periodo di vigenza del Piano è necessario:

- progettare l'evoluzione del SISR per conseguire l'interoperabilità del dato clinico, la dematerializzazione dei vari documenti utilizzati (impegnative, referti di specialistica ambulatoriale, cartelle cliniche e modulistica) e l'accesso anche per via telematica a tutti i servizi amministrativi (pagamento on line dei ticket, tele prenotazione, consultazione ed acquisizione on line dei referti, etc.);
- programmare la sua attuazione nel rispetto delle previsioni del CAD, favorendo, laddove economicamente vantaggioso, il ricorso alle tecnologie open source ed a quelle acquisibili con la formula del riuso;
- varare iniziative volte alla riduzione della complessità architetture dell'ICT aziendale (oltre 700 applicazioni informatiche in uso presso le ASR) ed alla razionalizzazione dei relativi costi di gestione, coordinando le ASR nell'individuazione e nell'avvio di processi di omogeneizzazione delle soluzioni informatiche, ricorrendo ove possibile al riuso e privilegiando le tecnologie open source;
- verificare la possibilità del coinvolgimento di un partenariato pubblico-privato con la partecipazione del CSI, al fine di implementare la riorganizzazione del sistema sanitario regionale con un impianto di sanità elettronica che risponda ai continui avanzamenti nell'ambito dell'ICT, con ricadute nel territorio regionale.

Nel perseguire i succitati obiettivi, occorre considerare prioritariamente l'attuazione, a livello organizzativo sovrazonale, dei seguenti progetti.

- a) Piattaforma di Sanità Elettronica. Realizzazione di una piattaforma info-telematica attraverso cui, a regime, le singole aziende sanitarie gestiranno in maniera omogenea tutti i processi dell'area clinico-sanitaria. Le ASR, a fronte dei relativi recuperi di efficienza certificati, dovranno programmare la progressiva dismissione dei propri gestionali in uso ed il contestuale ricorso agli omologhi servizi resi accessibili attraverso la succitata piattaforma di sanità elettronica, definendo un percorso di durata massima triennale, che evidenzi le riduzioni di costo attese e che, in attuazione delle previsioni del CAD, ne preveda il reinvestimento nell'area ICT aziendale. La piattaforma dovrà essere realizzata entro tre anni, rendendo disponibile alle ASR un sistema informativo integrato in grado di supportare il Sistema Informativo Ospedaliero ((SIO): ADT, Pronto soccorso, Cartella clinica generale e di specialità, Blocco operatorio, Dossier clinico aziendale) ed il Sistema Informativo Territoriale (SIT).
- b) Immagini radiologiche in rete. Il servizio, già sperimentato positivamente negli ospedali dell'ASL TO 1 e dell'ASL TO 2 della Città di Torino, rende disponibile un archivio digitale centralizzato delle immagini radiologiche e dei relativi referti validati, alimentato costantemente dai sistemi di archiviazione e trasmissione delle ASR interconnesse. Questo sistema rende disponibile ai medici di medicina generale, ai pediatri ed ai medici ospedalieri (in particolare ai radiologi) l'accesso per via telematica (sia da una postazione sulla rete aziendale sia da una postazione collegata ad Internet) ad un servizio on-line che consente la consultazione per i propri pazienti delle bio-immagini e dei relativi referti, prodotti in differenti strutture sanitarie, o il teleconsulto, ovvero la condivisione a distanza tra professionisti.

L'estensione su scala regionale di questo servizio, oltre a facilitare l'operatività del personale sanitario, indurrà razionalizzazioni dei costi attualmente sostenuti per la stampa ed il trasporto della documentazione. Inoltre faciliterà il paziente, che non sarà più costretto a conservare la documentazione clinica.

- c) Ricetta elettronica. Implementazione di una soluzione in grado di supportare la dematerializzazione di tutte le ricette di prescrizione (emesse sia dai medici del territorio sia dai medici ospedalieri) e l'invio al Ministero delle finanze dei flussi come previsto dalla normativa vigente, per consentire alla Regione di disporre del controllo completo delle prescrizioni, potenziando così la propria capacità di svolgere le opportune verifiche sulla spesa sanitaria, di effettuare proiezioni basate su serie storiche e, in generale, di predisporre accurate pianificazioni della spesa. I pazienti potranno ottenere la prestazione (farmaceutica o specialistica) presentando solamente la propria tessera sanitaria e potranno contestualmente alimentare la base dati informativa del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FAS).
- d) Rete dei medici di medicina generale. Implementazione di un portale di servizi, integrato con il SISR, attraverso cui i MMG ed i PLS potranno:
 - gestire le informazioni cliniche dei propri pazienti (cartella clinica informatizzata),
 - gestire le comunicazioni di tipo amministrativo con le ASL di competenza (lista assistiti, normativa);
 - condividere le informazioni prodotte attraverso la cartella con gli operatori del SSR (prescrizione elettronica di farmaci, prestazioni specialistiche, produzione dei certificati di malattia per invio telematico all'INPS, alimentazione del FAS del paziente);
 - consultare le informazioni prodotte dal SSR (storia clinica del paziente, referti, allerta in caso di eventi che interessino i propri assistiti) ed accedere a servizi interattivi (prenotazione di prestazioni specialistiche per i propri assistiti, presa in carico di un assistito nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale);
 - accedere alla reportistica sul proprio profilo prescrittivo (farmaci e prestazioni).
- e) Tessera sanitaria. Accesso ai dati clinici. I cittadini e gli operatori del SSR dovranno essere dotati di uno strumento atto a garantire l'accesso, con controllo di identità sicura, ai servizi on-line che saranno progressivamente resi disponibili. Tale strumento, fatta salva la normativa in materia di privacy, dovrà garantire l'accessibilità ai dati dell'utente affinché possano essere erogati direttamente i servizi attraverso uno sportello unico. In particolare, per i cittadini si valuterà l'utilizzo della Carta nazionale dei servizi, attualmente loro rilasciata dal Ministero dell'economia e delle finanze, e, per gli operatori delle strutture sanitarie, di una chiave crittografata in grado di fornire l'autenticazione e la firma digitale, rilasciata da certificatori accreditati a norma di legge.
- f) Sistema informativo amministrativo contabile. Il SSR verrà dotato di un sistema informativo amministrativo contabile unificato, al fine di rendere disponibile alla Regione Piemonte la fruizione di un impianto contabile unico ed armonizzato, con l'obiettivo finale di addivenire alla disponibilità di un bilancio consolidato a livello regionale ottenibile in forma automatica ed in tempo reale.
- g) Sistema informativo per la "non autosufficienza". Il sistema informativo per la "non autosufficienza" dovrà disporre delle informazioni sugli interventi socio-assistenziali e integrati socio-sanitari a sostegno delle persone non autosufficienti e delle famiglie che se ne fanno carico, indipendentemente dal soggetto pubblico erogatore. Oggi infatti gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali e le ASL aprono

fascicoli elettronici sugli anziani non autosufficienti presi in carico dai servizi a propria gestione senza interoperabilità e regole condivise. La Regione, anche a livello organizzativo sovrazonale, procederà a rilevare, indipendentemente dal punto di accesso del cittadino alla rete di offerta, i casi di:

- lungo-assistenza;
- sostegno economico alla domiciliarità;
- interventi socio-assistenziali forniti a non autosufficienti (anziani e disabili).

Particolare attenzione verrà posta alle informazioni relative alla valutazione del soggetto non autosufficiente da cui si potrà evincere la condizione di autonomia, il grado di mobilità, i disturbi cognitivi e comportamentali, la condizione sociale.

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

2. LE SCELTE PRIORITARIE

2.1 La garanzia dei diritti

Garantire il diritto alla salute significa concretamente offrire i servizi, le attività e le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità ma, contemporaneamente, assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi congrui per le effettive necessità della popolazione. Per fare questo è necessaria la trasparenza delle informazioni rendendole disponibili, aggiornate e di facile lettura per i cittadini.

Alla dimensione che valuta "quali" servizi debbano essere inclusi nei LEA, si affianca con evidenza la dimensione che analizza "come" questi servizi debbano essere forniti, ponendo la questione se modalità insufficienti di erogazione, sotto il profilo della competenza professionale, della dotazione tecnologica, della diffusione del servizio e della sua organizzazione, della tempestività della risposta, non vanifichino, alla radice, la stessa garanzia del diritto.

Analogamente, ma da un diverso punto di vista, anche un uso inefficiente delle risorse disponibili compromette, o rischia di compromettere, la possibilità per tutti cittadini di usufruire del SSR. Ciascuno di questi temi merita una riflessione specifica in tempi certi, alla ricerca di soluzioni efficaci. Tali riflessioni devono essere rese note, monitorate e valutate con cadenza trimestrale da parte dell'Assessorato alla sanità.

2.1.1 Vulnerabilità sociale e salute

La crisi economico finanziaria di questi ultimi anni, che ha investito in particolare le economie dei paesi del sud Europa e la tenuta delle loro politiche pubbliche, ha accelerato i processi di caduta nella 'vulnerabilità' di fasce prima garantite, anche del ceto medio. Questo processo non sembra soltanto interessare la sfera economica delle persone, ma investe anche aspetti di 'cittadinanza', quali l'accesso alle prestazioni sanitarie, all'istruzione superiore ed universitaria, alla casa di proprietà, ad un lavoro adeguato e remunerativo e alla formazione professionale.

Inoltre carenze nella rete relazionale familiare, amicale e sociale della persona ed altre fragilità psico-sociali personali rischiano di aggravare le condizioni di salute di persone adulte oltre che degli anziani.

E' quindi opportuno che un sistema di welfare socio-sanitario integrato rinforzi le proprie funzioni di tutela nei confronti delle fasce più vulnerabili di popolazione, per consentirne l'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi ricompresi nei LEA.

Un ruolo attivo nel riconoscere precocemente i rischi può essere svolto dai professionisti. In particolare si ravvisa la necessità che, nella pratica del medico di famiglia, gli aspetti sanitari vengano ben integrati con informazioni di carattere sociale, per una valutazione multidimensionale delle risorse e, dunque, dei bisogni dei pazienti e delle famiglie, da condividere con la rete dei servizi sociali presenti a livello distrettuale.

2.2 Gli obiettivi di fondo

Le scelte strategiche della politica sanitaria piemontese per il prossimo quadriennio, in continuità con quanto previsto dal Piano di rientro di riorganizzazione e riqualificazione siglato con il Ministero della salute e dell'economia ed in termini di opportunità e di vincoli, si caratterizzeranno fortemente verso:

- il miglioramento della qualità dei servizi, assicurando l'innovazione nel perseguimento della salute;
- la compatibilità del sistema con le risorse finanziarie;
- la garanzia di un accesso equo dei cittadini al sistema;
- l'accompagnamento della trasformazione del sistema da modello di cura a modello di presa in carico, nel campo sanitario e socio-sanitario, in seguito all'aumento dell'età media della popolazione;
- il rilancio del SSR, anche come strumento di opportunità di crescita del territorio, passando dal concetto di spesa improduttiva a quello di spesa produttiva, al fine di arrivare ad un reale bilancio sociale del sistema.

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

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

2.2.1 La riduzione dei tempi di attesa

Le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario, nonché quanto previsto nel Piano di rientro di riorganizzazione e riqualificazione siglato con il Ministero della salute e dell'economia, anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale, e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere complementari.

Sono già state individuate da tempo le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

Un aspetto cruciale nel governo delle liste di attesa riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni mediche, una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema: la non appropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. All'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni conseguirebbe il soddisfacimento, equo ed uniforme, del fabbisogno nelle diverse realtà locali della Regione.

E' stato di recente approvato a livello nazionale il nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, la cui applicazione impegna la Regione Piemonte

sia in termini di appropriatezza prescrittiva (rispetto delle classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico), sia in termini di organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni. L'accordo siglato impegna la Regione Piemonte al rispetto delle priorità nelle prestazioni al 90% degli utenti, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni.

E' in fase di elaborazione il Sovracup web, che permetterà ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa ed è in fase di studio l'implementazione di un CUP unico regionale (finalizzato all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto che consenta la combinazione del sintomo con la classe di priorità da assegnare al paziente) e l'accesso alle prenotazioni attraverso altri canali quali ad esempio le farmacie, gli sportelli bancomat o il contact center (già in uso per il Sovracup della provincia di Torino) in grado di far dialogare rapidamente i cittadini con le ASR attraverso la semplice compilazione di una pagina web dove, lasciando i propri dati personali, si viene ricontattati da operatori della propria ASL o del Call Center- Sovracup nel caso della provincia di Torino.

Il Piano di governo delle liste d'attesa 2010-2012 prevede di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP" ed in tal senso la commissione regionale a ciò deputata ha proposto l'estensione del CUP aziendale dell'ASL cittadina anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali, evitando il problema generato dal fenomeno delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire), che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate.

Un'altra innovazione tecnologica da introdurre è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permette di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuisce ad abbattere il fenomeno del drop out (pazienti che "dimenticano" di disdire la prenotazione).

Ancora, un'innovazione importante riguarda il Contact Center, ovvero il sistema per la richiesta di prenotazioni on-line che si rivolge a tutti i cittadini che desiderano prenotare prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aderenti al sistema Sovracup in alternativa agli sportelli di prenotazione, ovvero al telefono con cui chiamare il numero verde messo a disposizione dalla Regione Piemonte (in collaborazione con l'ASL TO1); questo sistema verrà esteso a tutte le aziende sanitarie piemontesi. Inoltre è previsto l'utilizzo di questo applicativo nelle farmacie, inizialmente in quelle ubicate in territori meno raggiunti dai tradizionali sistemi di prenotazione, in modo tale da favorirne una maggiore integrazione nella rete complessiva dei servizi ai cittadini e sfruttandone la capillare distribuzione sul territorio regionale; i benefici di questo sistema per i cittadini saranno sostanziali ed eviteranno, soprattutto alle fasce più deboli o anziane della popolazione, la necessità di sobbarcarsi trasferte ed attese inutili. Un aspetto di maggiore efficienza e razionalizzazione da introdurre nel sistema riguarda la necessità di dividere i percorsi delle prime visite da quelli relativi alle visite di controllo.

Oltre all'implementazione delle reti informatiche sopra descritte tutte le ASL si impegnano a sperimentare l'accesso a tempo zero di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate.

Anche la riduzione dei tempi di attesa per il trasferimento in un setting riabilitativo appropriato dopo il ricovero ospedaliero potrà realizzarsi con la corretta gestione complessiva del percorso riabilitativo-assistenziale e con l'informatizzazione della rete della post-acuzie.

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

Il trend relativo all'incremento della spesa sanitaria nelle società avanzate e la profonda disparità non solo nell'outcome sanitario, ma anche nella distribuzione e nell'utilizzo delle risorse obbligano il sistema a prendere in considerazione l'introduzione dei costi standard come fattore per una maggiore efficacia, efficienza, trasparenza ed economicità del sistema, che difficilmente potrà reggere ad ulteriori crescite.

Il costo standard obbliga infatti a confrontare le singole realtà incentivando al miglioramento e, per avere successo, dovrà avere uno sviluppo in grado di coinvolgere tutti gli operatori del settore sia nella fase di rilevazione dei dati necessari alla realizzazione delle banche dati sia, soprattutto, nel momento della valutazione, in modo tale da coinvolgere tutte le conoscenze acquisite, evitando di creare delle diseconomie.

La definizione dei costi standard e le attività di benchmarking, attraverso anche l'individuazione di tempi certi per il monitoraggio e la valutazione, devono così dare attuazione al principio di trasparenza organizzativa, sviluppando un sistema tramite il quale, se si effettua una spesa, è perché questa risponde ad un miglioramento del servizio erogato. Tale obiettivo presuppone un alto livello di interdisciplinarietà, dove il costo standard non deve rappresentare un valore numerico, ma un riferimento la cui comprensione e chiarezza deve essere percepita e chiarita anche dal potenziale paziente. In quest'ottica il costo standard diventa la naturale maturazione di un processo che, partendo dal concetto che tutti hanno diritto alla salute, arriva al concetto che tale obiettivo non deve permettere sprechi o abusi, ma deve diventare lo stimolo per raggiungere appropriatezza ed efficienza. L'Assessorato prevede, con scadenza annuale, una benchmarking non solo territoriale, ma anche prendendo in considerazione tutte le iniziative su base nazionale.

Il servizio sanitario del Paese si basa infatti su un principio irrinunciabile: la Costituzione sancisce, all'articolo 32, "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti". La modifica al Titolo V della Costituzione valorizza inoltre le autonomie locali e pone in capo alla legislazione concorrente fra Stato e regioni la tutela della salute individuando la necessaria uniformità dei LEA, mentre affida agli enti locali la competenza e la responsabilità del governo e della determinazione autonoma del settore socio assistenziale.

La Regione Piemonte, in conformità all'impianto legislativo, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano di rientro di riorganizzazione e riqualificazione siglato con il Ministero della salute e dell'economia, intende procedere all'organizzazione delle proprie risorse con un'ottica di sistema, che ottimizzi l'efficacia, l'efficienza, la trasparenza e l'economicità migliorando la qualità dei servizi.

Questo impegno è reso ancor più necessario ed inderogabile alla luce della legge delega del 5 maggio 2009, n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) e del successivo decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario). Il compito che attende il governo regionale è quello di determinare un'efficace, efficiente, trasparente ed economico utilizzo delle risorse allocate per la "Spesa sanitaria", dal costo storico al costo standard, preservando i fabbisogni dei cittadini.

La sanità è il primo vero banco di prova del federalismo fiscale e di applicazione dei LEA. L'introduzione del costo standard dovrà tendere al superamento delle differenze oggi esistenti tra le diverse regioni e tra le ASR, evitando sprechi e rendendo uniformi le erogazioni dei LEA.

L'esperienza registrata in questi ultimi anni ha dimostrato che le regioni che più spendono non necessariamente sono risultate più efficienti ed appropriate nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Con la nuova normativa, i trasferimenti statali vengono cancellati e, al loro posto, secondo le prime indicazioni, le regioni godranno di un mix di tributi propri e di compartecipazioni, per finanziare il 100% dei livelli essenziali delle prestazioni a costi standard.

Il passaggio dalla spesa storica ai costi standard cui fare riferimento per il finanziamento dei servizi di base erogati dalle regioni prevede l'individuazione di indicatori condivisi tra regioni e Governo, per la misurazione e trasparenza delle prestazioni conseguite non solo a livello regionale, ma anche a livello locale. La riforma ha effetti anche in ambito infra-regionale, imponendo le stesse condizioni di misurazione alle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL) e alle Aziende Ospedaliere/ Aziende Ospedaliere Universitarie (AO/AOU), promuovendo e rinforzando di fatto un'attività costante di valutazione e di benchmarking al loro interno.

Il ritardo con cui la sanità, all'estero come in Italia, acquisisce e riordina i dati disponibili, ha obbligato a prevedere uno specifico progetto sulla necessità di individuare una soluzione metodologica affidabile e nel contempo pervenire tempestivamente a disporre di dati da fornire ai decision maker, tali da permettere un'azione di benchmarking tramite l'applicazione dei costi standard. Non è economicamente e razionalmente sostenibile pagare lo stesso servizio o la stessa prestazione in modo profondamente diverso in realtà sostanzialmente simili.

Le difficoltà di analisi socio economiche sono, in prima istanza, riconducibili ai seguenti aspetti:

1. differenziazione della tipologia produttiva/erogativa. La sanità opera in condizioni differenti ad altri settori industriali poiché, per quanto si possa teorizzare una catena produttiva ospedaliera, la sua trasposizione nella realtà finirà con l'essere influenzata dalle caratteristiche eterogenee dei servizi erogati, la cui complessità non è definibile a priori;
2. la produzione viene gestita da personale altamente qualificato sotto il profilo sanitario, ma con scarsa attenzione al reporting. La discrasia tra il servizio erogato e la messa a sistema delle informazioni economico gestionali determina inefficienza (l'attività effettuata e non rendicontata genera solo costi e non produzione) e incapacità di avere tempestivamente le informazioni necessarie al governo;
3. la non omogeneità delle strutture. Dovendosi adattare alle caratteristiche del luogo e della popolazione in cui si opera, la sanità ha sviluppato soluzioni profondamente diverse da zona a zona;
4. carenza di una cultura diffusa di tipo economico sanitaria fra gli operatori del settore. Il rapporto, spesso esaustivo, medico-paziente ha sovente portato ad escludere l'interesse di altre discipline a ricercare soluzioni efficaci in sanità.

Le dimensioni raggiunte in questi ultimi anni dalla sanità hanno però obbligato a procedere a rilevazioni maggiormente accurate, che, non potendo avvalersi di una cultura consolidata nel settore, si sono tramutate in una confusa programmazione dettata dal contingente. Si sono così effettuate un'infinità di rilevazioni e creati una moltitudine di indicatori, ma senza una visione completa del sistema. Le esigenze contingenti hanno infatti portato a rilevare dati e informazioni.

Per superare questa situazione si è reso necessario:

1. definire gli ambiti di applicazione dei costi standard sia a livello territoriale che ospedaliero;

2. cogliere le dinamiche del settore (obiettivo indiretto) in modo da indirizzare le risorse disponibili in modo efficace, permettendo così di raggiungere il risultato in tempi certi e confrontabili fra tutte le realtà del territorio;
3. individuare, coinvolgendo tutti gli operatori interessati, i soggetti cointeressati alla rilevazione creando opportunità di brainstorming, essendo la sanità un settore caratterizzato da un alto livello di interdisciplinarietà, per un'elaborazione di costi standard corretti, coerenti, efficaci, efficienti ed applicabili;
4. definire un rigoroso metodo scientifico con il quale procedere alla rilevazione;
5. sottoporre i dati esaminati ad un'azione di monitoraggio e verifica.

Si sono esaminate le banche dati attualmente disponibili, al fine di poter aggregare voci di costo o di produzione, verificando che queste dispongano di un sufficiente riscontro indipendentemente dalla fonte dati scelta.

Criteri di aggregazione dei dati

La necessità di rendere confrontabili realtà tra loro difformi, se non talvolta addirittura peculiari, secondo un metro unitario può essere perseguita mantenendo uno schema fisso di rilevazione da adeguare alle specifiche rilevazioni. Riprendendo la classica suddivisione proposta a livello ministeriale si è proceduto ad aggregare i dati in funzione

- della prevenzione
- del territorio
- dell'ospedale.

I costi standard devono quindi rappresentare il risultato di un'attività costante di benchmarking di unità organizzative simili, in particolare per quanto attiene il territorio, prevedendo:

- l'osservazione della variabilità nel costo unitario (per utente o per unità di output);
- la spiegazione della variabilità mediante relazioni causali fra variabili (con varie metodologie da semplici a complesse).

In un contesto che si caratterizza per l'insufficienza di risorse finanziarie da destinare al sistema socio sanitario, così come è attualmente configurato, e per l'incremento, anche qualitativo, della domanda di prestazioni, nella necessità di assicurare i LEA, diventano essenziali interventi strutturali di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario regionale.

Dall'attuazione degli interventi di riorganizzazione strutturale, successivamente delineati, ma che possono essere sintetizzati in due grandi tipologie, ovvero quelli relativi alla razionalizzazione della rete ospedaliera e quelli relativi alla gestione centralizzata di alcune funzioni di supporto tecnico-amministrativo, potrebbero derivare significative economie. Tali economie saranno indirizzate verso due principali settori, in grado di rispondere in maniera appropriata alle necessità assistenziali della popolazione piemontese, sempre più spesso affetta da malattie cronico-degenerative dovute all'invecchiamento, ovvero il settore delle cure primarie e quello relativo ai servizi dell'area socio-sanitaria integrata.

2.4 Le risorse umane

La risorsa umana, che nei servizi alla persona riveste una prioritaria importanza, rappresenta il capitale più rilevante del sistema socio sanitario piemontese. L'adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sia sotto l'aspetto professionale che motivazionale ed economico, è essenziale per il successo delle politiche sanitarie regionali e le spese per lo sviluppo di tali risorse non possono essere valutate solo come costi ma devono essere considerate a tutti gli effetti quali investimenti.

Pur essendo problematico individuare specificatamente le azioni che devono essere attuate nel periodo di validità del PSSR per la valorizzazione delle risorse umane, la

manovra sul personale deve tener conto dell'esigenza di semplificare l'accesso ai servizi e deve essere gestita in coerenza con il nuovo assetto istituzionale e con i modelli organizzativi/gestionali che devono essere ritirati e concretizzati in ambito aziendale, sulla base di intese tra le parti sindacali ed aziendali, tenendo conto dei vincoli stabiliti dalla Regione e dalla normativa statale vigente.

Per quanto concerne l'aspetto economico, gli interventi per la riconduzione delle dinamiche legate allo sviluppo della spesa sanitaria hanno, tra i riferimenti principali, a livello nazionale e regionale, quelli legati al contenimento della spesa per il personale.

Proprio la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio ed il conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali, costituiscono parte degli impegni che le regioni hanno assunto con l'amministrazione centrale, ai sensi del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria).

I dati desumibili dalle banche dati nazionali evidenziano come la consistenza del personale delle aziende sanitarie piemontesi, complessivamente considerata, sia sostanzialmente in linea con le medie nazionali, con alcune differenze, per il personale medico e per quello infermieristico, mentre risulta particolarmente elevata rispetto ai valori medi nazionali la dotazione di personale amministrativo (e il dato è presumibilmente sottostimato, poiché non tiene conto che in questi anni alcune figure del profilo sanitario sono state allocate in funzioni amministrative).

Come previsto dall'articolo 2, comma 71 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 2010) gli enti del servizio sanitario devono adottare nel triennio 2010/2012 le misure necessarie per garantire che le spese riferite al personale, nelle varie forme contrattualmente previste, non superino per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito del 1,4%.

Nel periodo di vigenza del PSSR 2012-2015 l'azione delle ASR, supportate dagli indirizzi regionali, sarà, pertanto, rivolta alla riduzione stabile dei costi complessivi del personale senza che questo determini effetti negativi sulla qualità dei servizi erogati, ma al contrario sia accompagnato dal miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie, attraverso una più razionale allocazione delle risorse umane e l'ottimizzazione dei carichi di lavoro.

L'obiettivo si sostanzia attraverso la revisione dei modelli organizzativi relativi alle diverse funzioni aziendali e delle dotazioni organiche ed è realizzabile attraverso lo sviluppo delle azioni previste nel PSSR, dalle azioni per la realizzazione delle reti ospedaliere interaziendali a quelle di governo della domanda di servizi, dallo sviluppo degli interventi sulla governance al potenziamento dell'assistenza primaria in ambito distrettuale, sino ad una più omogenea gestione dei contratti di lavoro relativi al personale dipendente della dirigenza e del comparto. Tale omogeneità deve comprendere anche i contratti dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta nonché degli specialisti ambulatoriali.

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

Nell'ambito delle politiche per il personale un ruolo fondamentale dovrà infine essere svolto da quelle legate alla formazione di base e specialistica, in raccordo con le istituzioni universitarie, con le quali dovranno essere aggiornati i protocolli d'intesa attualmente vigenti e da quelle legate alla formazione continua, da realizzarsi in accordo e con gli ordini ed i collegi professionali, gli atenei e le società scientifiche.

2.5 La qualità e le professioni sanitarie

In tutti i sistemi sanitari evoluti il tema della qualità, strettamente legato al cosiddetto “governo clinico”, è al centro del dibattito politico e professionale.

In particolare, il PSSR 2012-2015 intende affrontare la questione del governo clinico né come contrapposizione tra clinici e manager, né come semplice approccio alla medicina basata sulle evidenze, ma come revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro al ruolo di responsabilità che le professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali.

Quest'ultimo aspetto è ormai ineludibile in considerazione del fatto che, se è vero, come è vero, che il fine di ogni organizzazione sanitaria è quello di tutelare la salute dei cittadini, adempiere a tale compito al massimo livello qualitativo possibile significa fornire prestazioni e servizi efficaci ed appropriati in un contesto sempre più complesso, sia in termini organizzativi, sia sotto il profilo della continua evoluzione tecnologica, sia per quanto riguarda la sostenibilità del sistema, a fronte di risorse sempre meno consistenti.

Per fare ciò è necessario presidiare, con grande attenzione e con il coinvolgimento delle professioni sanitarie, alcuni aspetti del governo del sistema, quali l'utilizzo razionale delle risorse disponibili, le valutazioni relative alle continue innovazioni biomediche, le scelte diagnostiche e terapeutiche. Rispetto alla questione dell'integrazione tra professionisti sanitari, occorre rilevare come la complessità della moderna medicina non consenta più al singolo professionista di affrontare, da solo, la molteplicità dei problemi assistenziali posti da pazienti sempre più frequentemente affetti da patologie concomitanti e tra loro interconnesse, spesso di tipo cronico-degenerativo.

L'approccio non può che essere di tipo multispecialistico e multiprofessionale, coordinato ed integrato durante il percorso clinico assistenziale del paziente stesso.

In definitiva, la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari non dipende soltanto dalle norme che la definiscono, non è direttamente proporzionale alla quantità di risorse finanziarie riversate nel sistema, non è determinata soltanto dalla capacità tecnico-professionale del singolo operatore, ma è anche il risultato dell'organizzazione complessiva del sistema all'interno del quale le professioni sanitarie operano e si sviluppano.

Sulla base di tali premesse, il PSSR 2012-2015 considera necessario il pieno coinvolgimento dei professionisti sanitari nei processi decisionali aziendali, con particolare riferimento alle strategie ed alla valutazione dei risultati.

La Regione Piemonte intende promuovere, a livello delle aziende sanitarie, la partecipazione delle professioni sanitarie alla definizione degli strumenti per il governo dei servizi e per il miglioramento della loro qualità, compatibilmente con le risorse disponibili.

In particolare, tale coinvolgimento viene promosso:

- nell'individuazione delle priorità, in considerazione dei limiti posti alle risorse finanziarie;
- nella valutazione e pianificazione delle innovazioni tecnologiche e biomediche;
- nella gestione del trasferimento delle conoscenze dalla ricerca biomedica alla pratica clinica;
- nell'appropriatezza degli interventi sanitari, in base alle prove disponibili;
- nell'integrazione tra professionisti sanitari;
- nella gestione del percorso assistenziale del paziente;
- nel miglioramento derivante dall'analisi degli errori;
- nella comunicazione con il paziente e con i suoi familiari.

La Giunta regionale, con apposito provvedimento, emanerà linee di indirizzo alle aziende sanitarie in merito alla disponibilità di alcuni strumenti fondamentali per lo sviluppo della

qualità: dalla letteratura scientifica alle banche dati biomediche, dalle linee guida ai percorsi di cura multiprofessionali, dall'audit clinico alla gestione del rischio.

Inoltre, con lo stesso provvedimento, sarà disposto che le aziende sanitarie piemontesi definiscano gli obiettivi relativi al miglioramento della qualità contestualmente alla concertazione del budget di dipartimento e che le sedi per l'attuazione concreta della programmazione e della verifica della qualità siano il collegio di direzione ed i comitati di dipartimento.

2.6 Le opportunità del welfare e il terzo settore

Persona, famiglia e comunità devono essere i punti di riferimento di un nuovo sistema di welfare solidale, soggetti attivi nella cura e nella tutela della salute, prima ancora che destinatari di prestazioni.

L'attuale sistema sanitario necessita di una forte alleanza con il sistema socio-assistenziale che non solo può contribuire a migliorare il benessere delle persone, ma soprattutto valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti.

Si tratta di un nuovo modello di welfare, delle opportunità e delle responsabilità, che considera il cittadino come soggetto portatore di bisogni sanitari ed assistenziali, libero di scegliere i percorsi di salute e benessere, persona attiva e responsabile, che progetta e potenzia la propria libertà, anche nei momenti più complessi della fragilità sociale.

Il sistema di welfare pubblico deve offrire aiuto e sostegno attraverso risposte plurali, contribuendo a costruire associazioni ed altre forme di risposta ai bisogni organizzate, attraverso il terzo settore, che esprime nel modello sociale italiano e regionale un ruolo del tutto particolare nel produrre relazioni e tessere i fili della solidarietà sociale.

Occorre attuare pienamente il "principio di sussidiarietà", costituzionalmente garantito dall'articolo 118 della Carta Costituzionale della Repubblica Italiana.

Il terzo settore può costituire un punto di forza del modello sociale della Regione, cui indirizzare risorse specifiche, ampliandone le aree di impegno in rapporto al ruolo di coprogrammazione e coprogettazione esercitato nei luoghi della concertazione strategica, quali i profili e i piani di salute, i piani di zona, i piani locali della salute mentale e delle dipendenze. Il sistema dei servizi sanitari e sociosanitari deve trovare nelle imprese del terzo settore e nelle organizzazioni di volontariato, di cui è ricca la Regione, un soggetto promotore di iniziative ed erogatore di prestazioni, per garantire lo sviluppo e la crescita delle attività nell'area della cronicità, ove bisogno di salute e bisogno di senso e relazione umana si integrano nella prestazione, superando il semplice paradigma professionale.

La Giunta regionale definisce le modalità di collaborazione con le imprese del terzo settore, per istituire percorsi di collaborazione ed accompagnamento delle persone bisognose di relazioni umane con problemi di salute; in tale percorso si avrà cura di interloquire con le organizzazioni del terzo settore in grado di garantire la maggiore qualità, radicamento nel territorio ed effettiva coerenza con le finalità sociali.

Occorre attivare un sistema compiuto di accreditamento generale di tutte le organizzazioni che erogano servizi alla persona previsti nei progetti-obiettivo di area integrata sanitari e socio-sanitari (disabilità, non autosufficienze, salute mentale, dipendenze), siano essi residenziali, semiresidenziali o domiciliari, al fine di garantire alle imprese del terzo settore la più efficace ed efficiente espressione del proprio protagonismo imprenditoriale.

2.7 L'assistenza religiosa

In un contesto che considera la persona globalmente, si pone il bisogno dell'assistenza spirituale, che va garantita a tutti i cittadini, qualsiasi confessione essi professino, così

come previsto dalla leggi vigenti, sia per coloro che sono ricoverati negli ospedali e sia per coloro che sono ospiti nelle strutture socio assistenziali.

L'assistenza religiosa contribuisce a rendere efficace la presa in carico complessiva della persona del malato, dei suoi familiari, degli operatori sanitari, nello spirito del protocollo d'intesa vigente tra la Regione Piemonte e la Conferenza episcopale piemontese, i cui contenuti permangono validi ed efficaci.

2.8 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti

2.8.1 L' Empowerment

Attraverso l'empowerment, definito come "...processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente, per migliorare l'equità e la qualità di vita ..." (Julian Rappaport e Marc A. Zimmerman, ripresi da Agenas nel 2010) le persone, le organizzazioni e le comunità accrescono la capacità di controllare la propria vita.

L'applicazione del PSSR 2012- 2015 prevede l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali:

- il "controllo", riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza;
- la "consapevolezza critica", consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate;
- la "partecipazione", attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

Tale sviluppo verrà perseguito in relazione al contesto ed alla popolazione, assumendo caratteristiche differenti per persone diverse (età, fascia sociale, bisogni ecc.), in contesti diversi (differenze culturali, ...), senza "calare dall'alto" le azioni di promozione dell'empowerment, ma partendo da un' attenta analisi dell'esistente, dei vincoli e delle risorse disponibili, che permetta di costruire insieme alla persona/organizzazione/comunità a cui le azioni sono rivolte.

In Piemonte si sono sviluppate, negli ultimi anni, iniziative che ci si propone di rafforzare ulteriormente, quali il sistema di Audit Civico in collaborazione con CittadinanzAttiva, che monitorizza aspetti ambientali e organizzativi del SSR, per favorire una partecipazione attiva dei cittadini alla gestione del sistema.

In questo contesto lo sportello "Io scelgo la salute" installato presso l' ARESS Piemonte, progetto nato dalla collaborazione tra Regione e Associazioni di Volontariato, si prefigge l'obiettivo di fornire al cittadino la possibilità di sentirsi accolto, ascoltato e accompagnato ogni volta che avverte la necessità di confrontarsi con un problema, vero o presunto, inerente la sanità piemontese, la sua salute o quella di un suo familiare. Nei primi sei mesi di attività più di 40.000 persone hanno consultato il portale ARESS, soprattutto per avere informazioni sulle attività delle ASR, in termini di numero di interventi e procedure.

2.8.2 La comunicazione in sanità

La riorganizzazione dei servizi e la revisione dei processi prevista nei prossimi anni implica la definizione di un piano regionale di comunicazione integrata e coordinata, inteso quale documento di riferimento per l'integrazione degli strumenti e dei diversi tipi di comunicazione (interna e esterna, suddivisa a seconda dei vari settori), in modo che le varie azioni di comunicazione risultino coerenti .

La pianificazione delle diverse azioni con l'individuazione di responsabilità, ruoli e azioni moltiplicherà l'efficacia delle diverse iniziative a livello di ASR e la riconduzione delle

stesse a livello regionale evitando che le diverse iniziative siano, addirittura, in contrasto tra di loro.

La modifica delle attuali impostazioni comunicative deve prevedere un maggior governo metodologico che lasci agli uffici competenti presso le ASR l'opportunità di declinarla verso e per gli operatori e i cittadini rivisitando la capacità aziendale di implementare attività di marketing dei servizi sanitari sempre secondo modalità coordinate.

Si dovrà quindi perseguire congiuntamente la proposizione di contenuti e messaggi coordinati al fine di rafforzare la percezione che gli utenti hanno del SSR quale sistema unico. L'immagine coordinata sarà il mezzo attraverso il quale, a prescindere dal numero, dalla complessità e dalle dimensioni di questi fenomeni comunicativi, si otterrà il risultato di vedere i diversi fenomeni comunicativi percepiti all'esterno come provenienti dalla stessa entità rafforzando in questo modo anche il senso di presa in carico a prescindere dal luogo di erogazione delle prestazioni.

Al fine di assicurare un più elevato livello di coordinamento nella proposizione e nella diffusione dei contenuti oggetto di comunicazione, è prevista altresì la possibilità di realizzare, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 5.4, forme di integrazione, a livello sovrazonale, della funzione amministrativa attribuita ai singoli URP aziendali.

2.8.3 Il marketing in sanità

L'obiettivo del SSR di perseguire la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini, è perseguibile anche attraverso una maggior comprensione dei bisogni espressi e latenti.

La realizzazione di un modello di marketing sanitario regionale consentirà di promuovere la "razionalità" dell'utente consentendo al governo regionale e alle ASR, di riconoscere che le domande espresse non vanno accettate acriticamente e che necessitano di risposte volte alla razionalizzazione e ottimizzazione dei criteri di governance clinica.

La definizione prima e la conseguente corretta gestione di un piano di marketing sanitario regionale (in coerenza con il piano di comunicazione di cui al paragrafo precedente), necessita di una diffusa cultura presso gli operatori, a tutti i livelli, volta a gestire il l'offerta di servizi secondo i criteri condivisi. La definizione di obiettivi, format, canali e metodi non può però prescindere dal capillare coinvolgimento a tutti i livelli di tutti gli operatori (con progetti strutturati di formazione a partire dai MMG e dai PLS).

I modelli di "presa in carico" devono quindi prevedere il coinvolgimento degli operatori "di sportello", di corsia e di ambulatorio presso tutte le strutture che sappiano costruire la nuova proposta di servizio ai cittadini piemontesi contraddistinti da uno stato di debolezza e/o malattia.

Lo sviluppo della funzione marketing, a livello regionale e nelle aziende sanitarie, si ritiene possa consolidare la strategia volta a rendere la risposta ai bisogni "pro-attiva", ovvero una risposta di sistema in cui le aziende, e di esse gli uffici già oggi in parte preposti a tal fine, i professionisti e i tecnici, con la guida strategica regionale, assumano un ruolo più propositivo nei confronti dei bisogni degli utenti.

2.9 I servizi dell'area socio-sanitaria integrata

La Regione Piemonte ha sviluppato negli anni una rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili, malate di mente e tossicodipendenti, ancora insufficienti, nei volumi e nei modelli organizzativi, per soddisfare la crescita di una domanda di assistenza socio-sanitaria professionale ad integrazione delle risorse familiari nella lungo assistenza di questi cittadini nelle diverse fasi della vita.

La crescita delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni dell'area socio-sanitaria integrata è aumentata quantitativamente, ma con forti squilibri, che si ripercuotono sui

cittadini e sulle famiglie più deboli nella presa in carico dei propri congiunti più deboli (siano essi anziani, disabili, malati di mente o tossicodipendenti).

Il PSSR 2012-2015 intende dare sviluppo alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, soggetti psichiatrici e tossicodipendenti, abbattendo le liste d'attesa per l'accesso a queste prestazioni attraverso le seguenti azioni:

- sviluppo delle cure domiciliari ad integrazione delle risorse economiche e relazionali della persona e della sua famiglia, allo scopo di creare nuovi modelli di presa in carico congiunta tra servizi sanitari e socio-assistenziali a favore di anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti;
- revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate;
- incremento delle prestazioni erogate nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso un nuovo modello di gestione delle risorse finanziarie destinate in maniera vincolata all'area dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata, che trova il suo perno nella costituzione del Fondo regionale per le non autosufficienze, in cui confluiscono risorse del fondo sanitario regionale già impiegate per questi servizi, nuove risorse del Fondo sanitario regionale derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, risorse regionali proprie, risorse degli enti locali.

2.9.1 Sviluppo delle cure domiciliari

Strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse.

Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

Ai sensi della legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti), articolo 2 comma 3, sono definite "prestazioni domiciliari":

- a) le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;
- b) le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:
 - 1) prestazioni professionali;
 - 2) prestazioni di assistenza familiare;
 - 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
 - 4) affidamento diurno;
 - 5) telesoccorso;
 - 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

Va ricordato che l'esigenza di assicurare la possibilità di mantenere una persona non autosufficiente presso il domicilio passa per la capacità di offrire servizi che rendano sostenibili lo sforzo delle famiglie.

Malgrado le previsioni della citata legge regionale 10/2010 e i numerosi altri provvedimenti che hanno delineato e disciplinato le modalità con cui assicurare interventi a domicilio nei casi di post acuzie e di cronicità, si continuano ad evidenziare criticità in questi percorsi; da una parte, opportunamente, al fine di rendere più appropriato il percorso, sono definiti tempi massimi di permanenza nei percorsi riabilitativi e di lungodegenza ospedaliera; dall'altra le successive risposte presso il domicilio risultano carenti. Risulta quindi necessario sviluppare:

- strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a rilevanza sanitaria per molte tipologie di pazienti che non possono seguire un percorso di continuità di cure in residenzialità o domiciliarità;
- adeguate modalità di assistenza a domicilio.

Nell'immediato, in attesa di adeguare le due suddette modalità di intervento, anche considerando quanto previsto dall'articolo 5, comma 3 della legge regionale 10/2010 secondo cui "qualora il Piano assistenziale individuale non sia adottato entro sessanta giorni sono comunque assicurati primi interventi di cura", va previsto da tutte le aziende sanitarie che entro tale termine di 60 giorni dalla valutazione da parte dell'unità di valutazione, in assenza dell'attivazione di adeguati servizi, vadano comunque previsti prima interventi di cura.

Obiettivo del PSSR 2012-2015 è l'attuazione dei principi della legge regionale 10/2010 attraverso l'istituzione del "Fondo regionale per la non autosufficienza" definendo un modello operativo integrato tra servizi sanitari e socio-assistenziali per l'erogazione delle prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale in fase intensiva che delle prestazioni di lungo assistenza, attivo in tutti i distretti delle ASL piemontesi.

2.9.2 La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata

La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area integrata socio-sanitaria intende rispondere ai seguenti obiettivi:

- rimodulare, nell'ambito dei LEA, il complesso di attività erogate dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati con il SSR, articolandolo in un ventaglio più ampio e più specializzato di risposte e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai bisogni delle persone, che ne chiedono l'intervento;
- proseguire nel percorso di implementazione della dotazione di posti diurni e residenziali destinati a persone disabili e anziane non autosufficienti, disponibili a livello di distretti sanitari regionali;
- ottenere un più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie del livello assistenza ospedaliera, al fine di produrre un risparmio di risorse destinabili al livello assistenza territoriale per l'incremento delle attività e delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Tale revisione si esplicita nella definizione di nuovi standard organizzativo-gestionali per l'erogazione, da parte delle strutture di produzione, delle prestazioni diurne e residenziali per minori, anziani e disabili e nella contestuale precisazione della tariffa a carico del SSN, del cittadino e/o degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, compatibile con l'attuale quadro di riduzione delle risorse pubbliche e in piena applicazione della normativa vigente in materia.

2.9.3 L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza

Con apposita legge regionale, saranno definite le risorse afferenti al Fondo e la loro provenienza, le prestazioni ed i soggetti giuridici ai quali è destinato, nonché i criteri di riparto del Fondo stesso.

PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO

3. I PRESUPPOSTI LOGICI DELLO SVILUPPO E RICONFIGURAZIONE DEL SSR

3.1 Gli assunti guida

Il cittadino e la sua salute rappresentano l'obiettivo primario del servizio sanitario regionale. Come ribadito nelle premesse, il riordino del SSR non può prescindere dall'analisi di come oggi il cittadino si relazioni con il sistema. Occorre valutare con la dovuta attenzione la volontà espressa dall'utente del SSR in termini di mobilità, in quanto i pazienti si spostano in relazione alle potenzialità delle strutture sanitarie limitrofe, al loro grado culturale e di conoscenza dell'offerta assistenziale e al livello di apprezzamento del servizio sanitario locale. Gli spostamenti sono solo parzialmente governabili dai sistemi regionali. I flussi di mobilità/attrattività indicano anche l'esistenza di "reti cliniche" informali che collegano i professionisti operanti nelle diverse strutture attorno alle quali si muove la popolazione.

Partendo dal dato della mobilità, che individua i potenziali "perimetri" per l'organizzazione di sottosistemi di offerta di servizi socio-sanitari coerenti con una collettività che esprime una domanda territorialmente definita, è possibile valutare l'attuale rispondenza dell'organizzazione del SSR nella sua configurazione geografica - numero e perimetri di responsabilità delle ASL - e scelta di assetto di governance – natura delle responsabilità delle ASL e delle AO/AOU, meccanismi di governo centrali e strumenti di integrazione e di centralizzazione.

Contestualmente all'analisi delle criticità esistenti, la scelta di un diverso assetto di governance del SSR a cui tendere non può che correlarsi alle priorità ed agli obiettivi che il sistema vuole conseguire.

In questa prospettiva, la realizzazione di reti formali, costituite da ospedali a gestione diretta delle ASL e dall'AO/AOU di riferimento, può rispondere efficacemente a due obiettivi che sono prioritari per il SSR piemontese: da un lato chiarire i contenuti delle responsabilità gestionali dei diversi attori del SSR, dall'altro creare le condizioni per riconfigurare la rete ospedaliera cogliendo le opportunità di sinergie e di razionalizzazione. Quale principio guida, per favorire la massima governabilità di sistema e la migliore integrazione tra i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, la Giunta regionale individua, con apposito provvedimento, ambiti territoriali interaziendali, cui la programmazione regionale fornisce indirizzi programmatici specifici, al fine di inserire, in una visuale di area sovra zonale, la programmazione locale delle ASL relativa all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari.

Tra i criteri che debbono guidare lo sviluppo del SSR merita una considerazione particolare il ruolo da assegnare alla specialistica ambulatoriale interna. Essa, infatti, pur rimanendo risorsa delle ASL, deve integrarsi con la rete dell'offerta specialistica costituita dagli ospedali di ASL, dalle AO e dalle AOU. In tal modo si otterrebbero miglioramenti nella professionalità, si creerebbero sinergie/economie di scala e si svilupperebbero percorsi assistenziali condivisi. Per la realizzazione di quanto previsto si rende necessario un coordinamento delle strutture interessate al fine di raggiungere non solo un adeguato livello di coordinamento ma anche l'omogeneizzazione dei contratti.

Infine, l'organizzazione dell'offerta delle cure primarie sul territorio non può prescindere dallo sviluppo di forme integrate di offerta, nelle quali favorire il lavoro in equipe

funzionalmente o logisticamente integrate di medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo. Tali forme dovrebbero anche favorire l'integrazione fisica ed organizzativa tra specialisti ospedalieri, territoriali e MMG/PLS, creando i presupposti migliori per una gestione efficace dei problemi di continuità dell'assistenza e per lo sviluppo di approcci alla cura primarie concretamente ispirati alle moderne visioni della medicina di iniziativa ed ai principi dei più efficaci modelli di gestione della cronicità. Anche in questo caso, come per la specialistica ambulatoriale interna, è necessario il coordinamento delle strutture interessate.

3.2 Principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi

3.2.1 I cardini del riordino della rete di offerta

La riconfigurazione del sistema di offerta necessaria per conseguire gli obiettivi posti dal PSSR 2012-2015 si basa su presupposti e scelte che la qualificano per alto tasso di stabilità nel tempo. Nel lungo periodo saranno comunque possibili, se necessari, aggiustamenti alla luce dei ritorni di funzionalità che l'impianto organizzativo potrà evidenziare nel suo sviluppo e per garantirne sempre la sua massima aderenza al mutare delle dinamiche sociali.

L'azione sulla dimensione strutturale del SSR e sulla riconfigurazione del sistema di offerta, è propedeutica per intervenire successivamente sui singoli processi produttivi migliorandone l'efficienza e l'efficacia e riorganizzandoli secondo le logiche più recenti, dall'intensità di cura ed assistenza negli ospedali alla gestione della cronicità sul territorio.

In questa prospettiva, il modello organizzativo del servizio sanitario piemontese si fonda:

- a) sulla ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle ASL per l'area geografica di loro competenza;
- b) sulla differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza dei distretti delle ASL, da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica, di competenza dei presidi ospedalieri delle ASL, delle AO, delle AOU e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il SSR nell'ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi (strutture private accreditate);
- c) sull'articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare, l'assistenza sanitaria specialistica di maggiore complessità clinica e tecnologica è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale;
- d) sulla realizzazione di reti di servizi interaziendali sovrazionali, con particolare riferimento alle reti ospedaliere, in cui ciascun presidio, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa, svolge un ruolo preciso e integrato con gli altri presidi della rete a cui afferisce;
- e) sulla ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza, anche grazie alla centralizzazione di alcune funzioni tecnico-amministrative e di supporto.

La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da parte delle singole aziende sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso

l'esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

3.2.2 La specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie

Il riordino del SSR si attua sia tramite la realizzazione di reti ospedaliere integrate, sia attraverso una maggiore specializzazione istituzionale delle strutture del sistema.

Alle ASL compete la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria, tramite i distretti, e dei servizi assistenza specialistica, tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle ASL o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

Alle altre aziende del SSR spetta una funzione preminente di erogazione di servizi sanitari specialistici.

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

- istituzione di ambiti interaziendali sovrazionali, comprendenti AO/AOU e ASL di territori a forte possibilità di integrazione, allo scopo di ricercare i confini più adeguati per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- integrazione in rete delle strutture ospedaliere gestite dalle ASL, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali. Ogni rete include, oltre alle AO/AOU di riferimento territoriale, diversi ospedali al fine di integrarne i processi di cura ed assistenza al servizio del cittadino, la programmazione delle risorse, lo sviluppo strategico delle attività, l'uso delle tecnologie e la logistica;
- sviluppo, da parte delle ASL, di una funzione centrale nelle cure primarie, nella prevenzione e nell'integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso il rafforzamento dei rapporti tra presidi ospedalieri di ASL, AO/AOU e distretti;
- coordinamento degli erogatori privati e delle strutture ex articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) tramite accordi definiti a livello di ambiti interaziendali sovrazionali.

Per rendere effettivo quanto indicato la Giunta regionale emanerà una serie di provvedimenti con l'intento di individuare le responsabilità delle singole strutture.

3.3 Missione e competenza delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale

Nell'impianto di governance e di organizzazione conseguente al riordino del SSR Piemontese, la programmazione, una volta definiti a livello regionale gli orientamenti generali nonché la classificazione dei presidi ospedalieri, può anche essere decentrata per ambiti territoriali allo scopo di coordinare e rendere omogenei i servizi sanitari, attraverso l'indirizzo, il coordinamento dei piani di attività e la valutazione delle prestazioni rese dalle ASL e dalle strutture accreditate pubbliche e private del territorio di competenza, a servizio della popolazione di riferimento.

In particolare, la programmazione regionale, da esercitarsi anche in forma decentrata, dovrà garantire, in modo integrato, l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e la prevenzione attraverso la funzione di indirizzo nei confronti delle ASL e delle AO/AOU, nonché nei confronti delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogatore.

3.3.1 Le aziende sanitarie locali

Le ASL esercitano la funzione di tutela della salute della popolazione e promozione del benessere e garanzia dei percorsi di continuità assistenziale. Per ottenere tali obiettivi è intendimento della Giunta regionale far convergere tutte le competenze sanitarie e socio-assistenziali del territorio di competenza alle singole ASL, definendo con appositi provvedimenti i rapporti tra queste ultime e i vari enti erogatori di prestazioni.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed intervento estesi non solo ai bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta di servizi presente nel settore sanitario e sociosanitario.

Le ASL esercitano la funzione di erogazione con riferimento, oltre che all'assistenza ospedaliera erogata dai presidi afferenti alla rete interaziendale di riferimento, alla promozione della salute ed alla prevenzione ed al trattamento delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e/o tecnologica.

Compete ancora alle ASL l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti, nonché programmi, attività e prestazioni di particolare caratterizzazione specialistica prevalentemente, o esclusivamente, territoriali.

Le ASL esercitano la funzione di promozione e tutela rilevando i fabbisogni di servizi, attività e prestazioni, della collettività di riferimento e progettando e realizzando, per quanto di competenza, lo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali.

A tal fine, l'ASL si avvale delle competenze e conoscenze maturate nella dimensione distrettuale, ambito privilegiato di organizzazione della rete di offerta dei servizi del territorio, di integrazione socio-sanitaria e di ricognizione dei bisogni da soddisfare.

L'assolvimento di queste funzioni da parte del distretto socio-sanitario impone una dimensione territoriale rilevante dal punto di vista istituzionale, demografico, epidemiologico ed operativo. Sarà la Giunta regionale con apposito provvedimento ad indicare con precisione il perimetro nel quale il distretto socio-sanitario potrà attivarsi per l'espletamento delle funzioni di sua pertinenza.

3.3.2 La rete territoriale

La rete territoriale è costituita dai distretti. Ogni distretto:

- promuove e sviluppa la collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative (secondo il principio di sussidiarietà) per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali);
- valorizza le risorse territoriali della comunità locale, promuovendo e garantendo alla popolazione risposte sanitarie coordinate ed integrate con caratteri di continuità ed appropriatezza rispetto ai bisogni rilevati ed ai corrispondenti percorsi clinico assistenziali.

Il rafforzamento dei compiti richiede la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono lo svolgimento della funzione di governante, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative.

Le ASL articoleranno il proprio territorio in distretti, la cui dimensione ottimale viene quantificata secondo le previsioni dell'articolo 19 della legge regionale 6 agosto 2007,

n. 18 (Norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale).

Il territorio dei distretti, anche accorpati rispetto a quelli attuali, costituirà l'ambito strategico-istituzionale per rafforzare e rendere maggiormente efficaci ed efficienti non solo le singole funzioni, ma anche l'erogazione dei servizi diretti ai cittadini.

L'ambito territoriale del distretto deve, al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio assistenziali in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa.

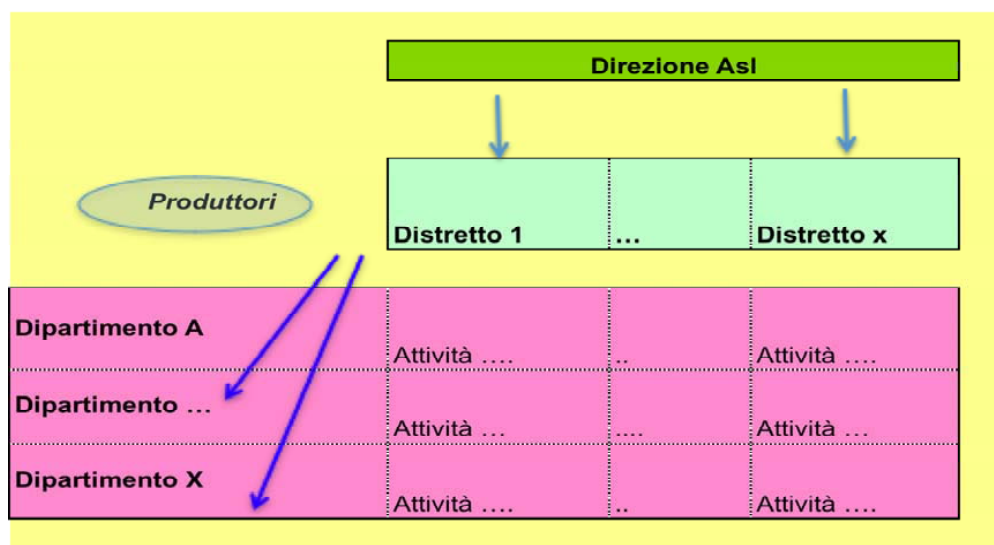
In questo quadro programmatico generale si inserisce la normativa nazionale introdotta in materia di riforma delle Autonomie locali, che impegna ad una revisione dei modelli organizzativi adottati in Piemonte dai comuni per l'esercizio della funzione servizi sociali, entro cui si colloca la programmazione e la gestione delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio sanitaria.

Gli adempimenti previsti dalla normativa statale sono complessi e differiscono, a secondo del numero di abitanti di ciascun comune. Il recente decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 (Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo), convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, prevede che i comuni fino a 1.000 abitanti esercitino tutte le funzioni e tutti i servizi tramite unione, mentre i comuni da 1.001 a 5.000 abitanti, in ottemperanza al dettato del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e da ultimo modificato dalla citata legge 148/2011, dovranno esercitare le funzioni fondamentali, tra cui quella sociale, tramite unione o convenzione. Non sono previsti specifici adempimenti per i comuni sopra i 5.000 abitanti.

Questo complesso quadro normativo richiede alle Autonomie locali decisioni istituzionali tali da garantire la fruizione dei servizi, afferenti all'area dell'integrazione, a livello distrettuale.

Pertanto, proprio nel distretto, è necessario identificare un nuovo rapporto con le Autonomie locali e le relative assemblee elettive nel territorio, che esprimono il bisogno e la domanda di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio.

Il distretto, sede di erogazione di prestazioni, ma anche di un approccio più articolato ai problemi di quel territorio, può rappresentare il cardine di un processo più lungo e complesso che costruisce una nuova dimensione metodologica e di gestione dei problemi, evitando la frammentazione settoriale. I direttori di distretto sono chiamati a gestire budget significativi, collegati a notevoli responsabilità gestionali, relazionale e progettuali. Per questo è previsto che i direttori generali, ogni cinque anni, valutino il loro operato e, se positivo, applichino di norma, salvo motivate eccezioni, una rotazione dei direttori di distretto.



3.3.3 Le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliero-universitarie

Le AO/AOU esercitano la funzione di erogazione delle prestazioni, assicurando quelle di assistenza sanitaria specialistica di particolare complessità clinica e tecnologica relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, integrandosi funzionalmente, nell'ambito interaziendale di riferimento, con i presidi ospedalieri delle ASL, organizzati secondo la complessità delle prestazioni, nonché con altre strutture specialistiche di ricovero.

Le reti ospedaliere interaziendali, garantiscono una più forte governance unitaria che consente gli interventi di integrazione, fondamentali per garantire la dovuta tutela del cittadino attraverso:

- a) punti di offerta con volumi e mix produttivi tali da garantire soglie adeguate per il mantenimento e lo sviluppo delle professionalità;
- b) la migliore gestione delle possibili sovrapposizioni di competenza tra specialità che insistono sui medesimi problemi di salute;
- c) una efficace rete di offerta, con la migliore e più tempestiva accessibilità, indirizzata verso la struttura/competenza ed adeguata al livello di complessità/gravità del problema di salute.

Le reti ospedaliere interaziendali assicurano anche, oltre all'integrazione funzionale tra i presidi ospedalieri, anche quella tra i professionisti ivi operanti, l'esecuzione di prestazioni secondo i principi delle "curve di apprendimento", nonché la massima equità di accesso alle cure attraverso una razionale organizzazione del sistema di offerta.

Accanto alla programmazione delle reti ospedaliere interaziendali per area vasta, occorre parallelamente assicurare una programmazione tra le diverse AO/AOU, affidandola alla struttura competente dell'Assessorato alla sanità, al fine di definire, tra gli altri:

- le specialità di alta complessità di rilievo regionale e che, quindi, vanno assicurati in una o poche sedi in Piemonte;
- l'organizzazione degli eventuali turni tra le specialità di alta complessità, tali da assicurare comunque interventi di urgenza nelle ore notturne e nei giorni festivi, evitando costi inopportuni;
- l'acquisto di macchinari di alta tecnologia e costo elevato, così da ottimizzare il loro utilizzo previa definizione della sede in cui verranno collocati e presso cui potranno operare le diverse equipe.

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

4. LA GOVERNANCE DI SISTEMA: ATTORI, LUOGHI E PROCESSI DECISIONALI

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

- a) il ruolo guida della Giunta regionale e dell'Assessorato regionale alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e della famiglia sulle politiche di sistema. La Giunta regionale svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo, di coordinamento, di controllo, vigilanza, promozione e supporto (articolo 3, l.r. 18/2007);
- b) il ruolo di supporto tecnico-scientifico dell'ARESS, ente strumentale della Regione Piemonte, soggetto deputato ad operare a supporto dei processi decisionali degli assessorati e delle ASR. L'ARESS svolge la propria attività in base agli obiettivi posti dalla Giunta regionale nel piano annuale di attività e spesa approvato dalla Giunta regionale (articolo 11 l.r. 16 marzo 1998, n. 10 "Costituzione dell'Agenzia regionale per i servizi sanitari") informata la Commissione consiliare competente. L'attività di supporto scientifico e metodologico dell'ARESS si esplica in particolare attraverso l'analisi e l'elaborazione di modelli organizzativi in linea con le esigenze di trasformazione del SSR, nonché attraverso la gestione di flussi informativi finalizzati alla valutazione ed al monitoraggio di tali dinamiche anche nell'ottica del processo di accreditamento delle strutture sanitarie;
- c) il ruolo relativo alla programmazione interaziendale dei servizi e delle risorse per la loro erogazione, svolto dalla Regione attraverso la programmazione regionale, da esercitarsi anche in forma decentrata come specificato ai punti 3.1 e 3.3;
- d) la centralizzazione di servizi amministrativi, logistici, tecnico-economali, informativi, tecnologici e di supporto, al fine di consentire al sistema la realizzazione di significative economie di scopo e di scala;
- e) le aziende sanitarie locali rappresentano i soggetti cui è affidata la tutela e promozione della salute sul territorio e della continuità assistenziale. In questa prospettiva il consolidamento della governance regionale di sistema, a livello interaziendale, non implica una riduzione dell'autonomia gestionale delle direzioni generali aziendali. Tale autonomia, corrispondente ad una precisa responsabilità, si esercita tuttavia all'interno di uno spazio strategico che trova una sua delimitazione negli indirizzi di sistema, prima regionali e, successivamente di ambito territoriale interaziendale. Ogni direzione di ASL assume quindi un mandato che implica il perseguimento degli obiettivi di sistema – del SSR – e di quelli specifici, attraverso la ricerca di soluzioni/azioni efficaci in quanto appropriatamente contestualizzate. In questa prospettiva tutte le aziende sanitarie regionali, ivi incluse le AO e, per quanto di loro competenza, le AOU, rispondono ai bisogni del contesto locale in cui operano e perseguono la realizzazione dei propri obiettivi, nello spirito di collaborazione con le altre aziende di ambito territoriale interaziendale e nella logica di appartenenza ad un unico contesto funzionale.

I soggetti, come sopra individuati, partecipano alla programmazione di sistema riportando alla programmazione regionale le esigenze specifiche e contestuali ad una visione complessiva e multidimensionale a garanzia dell'equità ed appropriatezza dei servizi, nonché della razionalizzazione dei fattori produttivi. I flussi informativi a supporto di tali

processi - opportunamente condivisi, validati e tradotti in indicatori - potranno permettere alla programmazione regionale di fondarsi su valutazioni sanitarie, tecniche ed economiche basate su evidenze oggettive.

4.1 La programmazione di sistema ed aziendale

La programmazione del SSR piemontese avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati come prescritto dall'articolo 10 della l.r. 18/2007. In particolare, le autonomie locali concorrono alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla valutazione dei risultati conseguiti partecipando direttamente o tramite rappresentanze nei modi e limiti previsti dalla normativa vigente.

Le modalità di istituzione e funzionamento della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale sono disciplinate dall'articolo 6 della l.r. 18/2007.

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

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

4.2 Qualità, rischio clinico e management assicurativo per la gestione sanitaria

4.2.1 Qualità

E' necessario sviluppare a livello delle ASR una rete di servizi che trattino le problematiche inerenti la "Qualità", intesa in tutte le sue accezioni, con una gestione centrale a livello ARESS, secondo le seguenti indicazioni:

- qualità gestionale-organizzativa-manageriale: rivolta essenzialmente all'efficienza e all'integrazione tra i processi aziendali;
- qualità professionale: esecuzione di interventi appropriati che tengano conto di evidenze scientifiche di provata efficacia (EBM), eseguiti in modo corretto e nel rispetto del paziente, finalizzati ad ottenere i migliori esiti di salute con i minori inconvenienti e disagi;
- qualità percepita: relativa alle comunicazioni con gli utenti e all'agevolazione dei loro rapporti con i servizi sanitari (aumento della soddisfazione degli utenti, riduzione delle attese);
- qualità sociale: in relazione alla capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni di una popolazione (accessibilità ed equità);
- qualità tecnico-strutturale: adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza, tecnici e alberghieri;
- qualità strumentale: adeguatezza delle apparecchiature/strumentazioni e dell'interfaccia apparecchiature-pazienti e apparecchiature-operatori;

Il riferimento regionale di programmazione è indirizzato, in particolare, al miglioramento della qualità professionale ed organizzativa.

Un progetto AGENAS del 2008 richiede alle regioni e alle ASR la formulazione di “Buone pratiche cliniche” in campo ospedaliero e territoriale. La selezione di queste buone pratiche e la condivisione con i Servizi qualità delle ASR ne favorirà l’applicazione a livello di tutte le aziende sanitarie piemontesi. Si renderà indispensabile un controllo dell’applicazione delle procedure, che sarà mantenuto in ambito ARESS. Le “Buone pratiche cliniche” sono inserite nei sistemi premianti delle ASR, a livello ai servizi territoriali ed ospedalieri.

Altro indispensabile ausilio al miglioramento della qualità delle prestazioni è la valutazione degli output e degli outcome delle strutture sanitarie piemontesi. Anche la valutazione degli outcome (progetto piemontese sulla valutazione di indicatori di sicurezza e progetto esiti AGENAS) assume un’importanza strategica, non con lo scopo di colpevolizzare e discriminare gli operatori, ma con l’ambizioso obiettivo di creare un circolo virtuoso finalizzato al miglioramento della qualità tramite audit clinici e peer review tra professionisti.

A tale proposito le medicine non convenzionali, termine con cui si identificano alcune pratiche mediche complementari al modello di medicina occidentale allopatica, sono materia strettamente sanitaria e di competenza esclusiva del medico. Il loro impiego sarà valutato in ragione della minore invasività in particolari condizioni cliniche, consentendo una maggiore personalizzazione del trattamento ed in rapporto alla sostenibilità dei costi.

Su questo tema la Regione Piemonte, avvalendosi del supporto tecnico scientifico dell’ARESS e del coordinamento posto in capo alla stessa, proseguirà il lavoro di monitoraggio sistematico, di studio e proposta già avviato negli scorsi anni. A tutela della sicurezza del cittadino particolare attenzione sarà riservata alle valutazioni dell’appropriatezza, in collaborazione con l’Area qualità, l’Ordine dei medici e l’Università, nella ricerca di elementi di validazione per ampliare l’arco delle opportunità terapeutiche a disposizione di medico e paziente.

4.2.2 Rischio Clinico

Dal 2007 è stato istituito a livello regionale il Gruppo per la gestione del rischio clinico e dal 2008 sono state assegnate alle aziende sanitarie del Piemonte indicazioni per la gestione del rischio clinico e l’attivazione dell’“Unità di gestione del rischio clinico” e prime linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse”:

- informazioni all’utenza per rischio infezioni a seguito di ricovero e/o procedura diagnostico terapeutica;
- applicazione raccomandazione n. 2 Ministero della salute sulla prevenzione della ritenzione di materiale all’interno del sito chirurgico;
- applicazione raccomandazione n. 3 Ministero della salute sulla corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio (cloruro e altre) (raccomandazione n.1);
- vigilanza regionale sui dispositivi medici;
- gestione del disservizio.

Dall’inizio del 2008 sono stati attivati corsi regionali per formatori, che hanno coinvolto circa trecento operatori di diverse professionalità. A livello aziendale la formazione ha interessato circa 10.000 professionisti. Oggi la Regione Piemonte partecipa con il supporto della AOU San Giovanni Battista (SC Qualità, Risk Management e Accreditamento) (DGR 9 marzo 2009, n. 8-10923) a vari progetti nazionali (Raccolta e validazione, Buone pratiche, AGENAS, Segnalazione eventi sentinella –SIMES-AGENAS, Segnalazione sinistri – Ministero della salute).

Sono previsti i seguenti futuri sviluppi:

- consolidamento della Rete referenti gestione rischio clinico Regione Piemonte. Attualmente vi sono in Regione Piemonte dodici strutture di gestione del rischio clinico, tra complesse e semplici. Le funzioni di Risk Management sono presenti in cinque ASL e ASO. E' necessario potenziare la rete con un tentativo di capillarizzazione a livello di tutti i presidi. I direttori generali delle ASR saranno sensibilizzati al tema, anche con obiettivi specifici;
- valutazione delle priorità di rischio nelle varie ASR mediante schede di segnalazione o altri sistemi di rilevamento degli eventi avversi;
- implementazione di campagne per la sicurezza dei pazienti (ad esempio: chirurgia sicura, cadute in ospedale, consenso informato, identificazione del paziente, comunicazione, gestione del disservizio, farmaci sicuri);
- valutazione, in associazione ad esperti di economia sanitaria e psicologi del lavoro, dei possibili risparmi economici legati all'applicazione di procedure e/o azioni per la sicurezza dei pazienti;
- ampliamento della formazione degli operatori, con la creazione di reti dipartimentali di facilitatori, che possano attuare una politica di implementazione e monitoraggio dell'applicazione di procedure e azioni per la sicurezza del paziente, non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale e del privato accreditato e non.

Tutte queste azioni, unite alla collaborazione con il Comitato direttivo per la gestione dei sinistri e all'istituzione di nuove metodologie (conciliazione, mediazione, arbitrato) possono costituire un importante argomento di discussione con broker e società di assicurazione per ottenere una riduzione dei premi, come già avvenuto in altre regioni negli anni passati (Marche 2005). Inoltre, i primi risultati dimostrano una riduzione del contenzioso, soprattutto in termini di gravità degli eventi e quindi di entità di eventuali risarcimenti. Tali azioni, oltre ad avere un notevole impatto economico, possono generare un circolo virtuoso in termini di miglior clima lavorativo per gli operatori.

Nell'ambito dello sviluppo delle diverse tematiche d'interesse per la gestione del rischio, particolare rilevanza dovrà essere attribuita all'attività di vigilanza sui dispositivi medici, assicurando, a livello regionale, il puntuale monitoraggio dell'applicazione, da parte delle aziende, delle linee guida e delle procedure approvate all'allegato 2 della DGR 31 marzo 2008, n. 14-8500.

4.2.3 Management assicurativo per la gestione sanitaria

E' necessario sviluppare a livello delle ASR una rete di servizi in grado di garantire un adeguato controllo del sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile per l'attività sanitaria finalizzato al contenimento della spesa regionale.

In accordo con il principio di coordinamento e complementarietà, così come i presupposti di efficienza, efficacia ed economicità dell'organizzazione della assistenza sanitaria, assume particolare rilievo la presenza di dedicate funzioni e competenze medico-legali con prevalente attività di collaborazione, prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e controllo del conflitto medico-paziente o cittadino-ospedale.

E' previsto un ruolo di partecipazione nell'ambito del 'Sistema di Clinical Risk Management' con la predisposizione di strumenti idonei a perfezionare il complesso sistema assicurativo regionale nel rispetto dei diritti e della tutela pubblica della salute del singolo in rapporto agli interessi della collettività.

Una gestione integrata del rischio sanitario e del contenzioso consentirà di ridurre le richieste di risarcimento e la percentuale di controversie giudiziarie tutelando l'utente, l'operatore sanitario e l'immagine della struttura anche attraverso vari livelli e tentativi di condivisa conciliazione.

L'obiettivo è di potenziare le competenze ospedaliere al fine di pervenire rapidamente e definitivamente alla liquidazione del risarcimento in via conciliativa e transattiva in coerenza alla politica di deflazione del contenzioso in sede giudiziale, così come recepito dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 relativo alla cosiddetta "mediazione obbligatoria".

4.3 Valorizzare le professionalità del sistema sanitario

Nel servizio socio sanitario sono già in atto significative evoluzioni delle componenti organizzative e assistenziali, conseguenti all'obiettivo manifestarsi e consolidarsi di fenomeni di natura:

- tecnico-scientifica: costante e profonda evoluzione scientifica e miniaturizzazione e informatizzazione delle tecnologie con conseguente ridefinizione dei processi di lavoro e delle competenze dei diversi professionisti socio-sanitari;
- epidemiologica: aumento delle patologie legate alla fragilità e alle malattie cronico degenerative, con necessaria ridefinizione dei processi di lavoro e rivisitazione delle correlate e necessarie competenze e responsabilità professionali;
- demografica per quanto attiene la popolazione: aumento dell'età media e dei "grandi" vecchi;
- demografica per quanto attiene i gruppi professionali, sia in termini di relazione tra l'età dell'operatore e le sue capacità operative sia in relazione alla rilevanza delle quote prossime alla fuoriuscita dal sistema;
- formativo/professionale: miglioramento dei percorsi formativi e delle capacità e competenze delle professioni socio-sanitarie.

Nell'immediato futuro il sistema sanitario dovrà affrontare 'sfide' (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) di portata tale da richiedere anche il superamento dei tradizionali modelli organizzativi.

Per il buon andamento e la qualità dei servizi socio-sanitari è indispensabile il contributo apportato dagli operatori, soprattutto in una situazione caratterizzata da ristrettezze economiche. Essi sono sia l'interfaccia tra il sistema ed i cittadini sia l'elemento di realizzazione e razionalizzazione interna: appropriatezza ed efficacia degli interventi, qualità della risposta, dei processi e dei percorsi, efficacia della relazione umana e professionale ed una proattiva gestione del rischio clinico.

In questa logica viene ritenuto prioritario il riconoscimento e la valorizzazione delle professioni socio-sanitarie, anche in relazione alla professione medica. Al fine di garantire la governance di un sistema ad alta e specifica complessità, tale 'nuovo' coinvolgimento dovrà realizzarsi a tutti i livelli di responsabilità.

4.4 La formazione degli operatori

Al fine di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la professionalità degli operatori preposti, con particolare attenzione alle realtà territoriali, assume particolare rilevanza la formazione continua, che si rivolge a tutto il personale che opera all'interno del SSR (Formazione continua) e al personale sanitario - dipendente e convenzionato - appartenente al SSR (Educazione continua in medicina), in coerenza con il sistema nazionale.

Ci si avvale, a tal fine, dell'attività svolta nel precedente periodo sperimentale in ECM (2008/2010), che ha consentito di realizzare e sviluppare una piattaforma informatica dedicata, utilizzata per l'accreditamento regionale degli eventi formativi, nel passaggio dall'accreditamento nazionale a quello regionale. Tale piattaforma risulta utilizzabile per

conoscere in tempo reale tutta l'offerta formativa regionale, rendendo disponibile una banca dati di facile consultazione.

Fra gli obiettivi prioritari in campo formativo, rientrano gli sviluppi dell'accREDITAMENTO regionale (dall'accREDITAMENTO degli eventi/corsi all'accREDITAMENTO dei provider di formazione) e il controllo della qualità della formazione (istituzione dell'Osservatorio regionale sulla qualità).

I nuovi contenuti si svilupperanno in riferimento a tre principali cardini:

1. nuovo sistema di governance della formazione regionale;
2. accREDITAMENTO dei provider di formazione ECM;
3. istituzione di un Osservatorio regionale sulla qualità della formazione.

1. Il sistema di governance prevede la capacità di controllo e di valutazione della formazione, indispensabili per garantire la qualità e l'innovazione dei servizi.

Occorrerà quindi prevedere un percorso in grado di:

- presidiare e governare la funzione della formazione continua individuando, a partire da priorità in termini di salute, gli obiettivi regionali (obiettivi di attività e conseguenti obiettivi formativi), e le strutture competenti in grado di promuovere la rilevazione dei bisogni formativi dei singoli professionisti e delle organizzazioni, di progettare, pianificare e supportare i processi di apprendimento (formazione residenziale, a distanza e sul campo), valorizzare le competenze formative degli operatori e valutarne le ricadute in termini organizzativi e di sviluppo professionale;
- presidiare la funzione di programmazione a livello regionale, attraverso l'approvazione di piani della formazione e di relativi rapporti annuali;
- promuovere e valutare i dossier formativi, di gruppo e individuali, rendendoli attinenti e coerenti con la programmazione e lo sviluppo professionale;
- promuovere una gestione integrata delle informazioni sulle attività formative attraverso una piattaforma regionale in grado di garantire flussi informativi circa la formazione erogata e i crediti acquisiti.

Si deve quindi prevedere un sistema di governo che coinvolga e renda partecipi e responsabili tutti i soggetti istituzionali interessati, in particolare: università, ordini, collegi e associazioni professionali accreditate, ASR, quali enti pubblici previsti nell'ordinamento giuridico con compiti di garanzia e tutela verso i cittadini delle attività dei professionisti coinvolti nell'ECM.

Per un efficace governo della formazione continua si dovranno perseguire specifici percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario, a livello locale, sovrazonale, regionale e nazionale.

A livello regionale la programmazione sanitaria si esprime attraverso piani sanitari e atti amministrativi che forniscono linee di indirizzo per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e ai problemi esistenti. In questo ambito sono indicati obiettivi di salute e strategie di carattere organizzativo che servono ad orientare le azioni delle strutture, ai diversi livelli, comprese quelle di carattere informativo e formativo funzionali al raggiungimento dei risultati previsti. La formulazione degli obiettivi formativi generali rientra nei piani formativi regionali, oltre che nazionali, mentre la definizione degli obiettivi formativi specifici per gli operatori coinvolti avviene a livello interaziendale e nell'ambito dei singoli progetti formativi aziendali.

Il sistema prevede, così come indicato nelle linee guida nazionali sull'ECM, la predisposizione di un dossier formativo individuale o di gruppo, su base triennale, la cui coerenza e adeguatezza può essere valutata per gli operatori del SSR (dipendenti e convenzionati) nell'ambito dell'azienda in cui lavorano, e per i liberi professionisti impegnati in ambito sanitario a livello degli ordini, collegi ed associazioni professionali.

2. L'accreditamento di un provider ECM è il riconoscimento, da parte dell'istituzione, che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che, pertanto, è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

L'accreditamento si basa su un sistema di criteri minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM e viene rilasciato dall'ente accreditante (Regione) a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti, secondo standard definiti.

Saranno individuate le modalità di accesso, i criteri, gli organismi preposti alla verifica e al controllo (così come da indicazioni nazionali), sviluppando e approfondendo il documento relativo, già vagliato dai precedenti organismi istituzionali.

3. Osservatorio sulla qualità della formazione: un costante monitoraggio delle attività formative costituisce il presupposto indispensabile ad una corretta funzione di indirizzo e coordinamento. A tal fine l'Osservatorio regionale, istituito presso l'ARESS a beneficio della Direzione regionale sanità, a supporto dell'intero sistema, è chiamato a svolgere quattro differenti funzioni:

- di supporto tecnico-amministrativo;
- valutativa;
- ispettiva;
- di consulenza tecnico-scientifica.

All'Osservatorio regionale compete il controllo quantitativo e qualitativo di tutta la formazione:

- formazione di base: per gli operatori che accedono a percorsi formativi presso facoltà universitarie (corsi di laurea delle professioni sanitarie e mediche) e/o scuole regionali (operatori socio sanitari- educatori professionali...);
- formazione continua (per tutto il personale sanitario e non, dipendente e convenzionato, appartenente al SSR).

La formazione sanitaria infatti, lungo le tappe dell'individuazione dei posti per specialità mediche, del percorso formativo di base per specifiche figure professionali, dell'aggiornamento costante per il personale già impiegato, deve necessariamente procedere in assoluta sincronia. La valutazione e la programmazione deve essere realizzata all'interno di un unico organismo in grado di:

- a) definire gli obiettivi sanitari specifici d'interesse della Regione Piemonte (in riferimento agli obiettivi nazionali);
- b) verificare, tenendo presenti gli obiettivi di cui sopra, la situazione reale (figure esistenti- figure necessarie);
- c) programmare, di conseguenza, i percorsi di formazione ritenuti necessari.

Proprio agli operatori impegnati nei servizi sanitari e alle loro conoscenze sarà posta particolare attenzione, consapevoli che la formazione continua valorizzi la loro attività, migliorandone le competenze e consentendo così di attuare più agevolmente e consapevolmente i possibili cambiamenti e adattamenti delle organizzazioni territoriali, in relazione all'evoluzione dei bisogni sanitari.

4.4.1 Sponsorizzazione di attività ed iniziative formative per il personale dipendente e convenzionato.

Il finanziamento per le attività formative obbligatorie deve essere in capo alla Regione Piemonte. E' altresì evidente che l'industria del settore sanitario, da sempre è intervenuta nel finanziamento della formazione dei professionisti.

Tale intervento, se da un lato ha permesso lo svolgimento di una notevole quantità di eventi, dall'altro rende necessario un'attenta valutazione sulla libertà ed indipendenza e sulla possibilità del configurarsi del conflitto di interesse.

A questo scopo si ritiene utile regolare tutta la materia.

5. I CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

5.1 L'atto aziendale

L'organizzazione ed il funzionamento delle ASR sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

L'atto aziendale è soggetto a recepimento da parte della Giunta, sulla base della verifica di coerenza con gli atti aziendali delle ASR che insistono nello stesso ambito territoriale. L'atto aziendale può rinviare la disciplina di specifiche attività a regolamenti adottati anch'essi dal direttore generale, ma rimane lo strumento essenziale per definire gli elementi identificativi e i principi ispiratori delle aziende, l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa e i meccanismi operativi.

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

- a) gli elementi identificativi, la 'mission', la visione e il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
- b) l'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali. Particolare rilevanza assume nell'assetto istituzionale il collegio di direzione, quale organo di riferimento per l'esercizio collegiale del governo strategico aziendale, con particolare riferimento alla programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie;
- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e la disciplina dell'organizzazione delle ASR secondo il modello dipartimentale;
- d) l'esplicitazione dei compiti già previsti dalla normativa, ovvero individuati dal PSSR 2012-2015, attribuiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, ai direttori di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura.

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

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

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

- a) un miglior governo aziendale tramite la delega di responsabilità e il decentramento decisionale coordinato;

b) l'attribuzione di responsabilità su aree strategiche di attività aziendali.

Le reti ospedaliere interaziendali, cui afferiscono più presidi, adottano il modello dipartimentale strutturale o funzionale di tipo inter-ospedaliero che raggruppa strutture anche afferenti a diversi presidi ospedalieri.

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

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

5.2 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale

5.2.1 I Centri di Assistenza Primaria

I Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti, rappresentano il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.

La realizzazione dei CAP rappresenta lo strumento gestionale del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sui territori: MMG/PLS, specialisti ambulatoriali interni, cure primarie, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette.

Il potenziamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie costituisce lo snodo per riequilibrare il focus tra la "sanità d'attesa" e la "sanità d'iniziativa" (orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure) e per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria attraverso l'integrazione organizzativa per assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, nonché tra le strutture del territorio.

Le attività dei CAP, che non sono alternative ma supportano, includono e coordinano le forme organizzative complesse della medicina territoriale nel distretto, possono essere organizzate per aree funzionali, così come di seguito elencate:

- Area amministrativa

E' finalizzata a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nel CAP. Le attività consistono in funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni, funzioni gestionali (budget).

- Area dell'accesso

E' finalizzata a garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi. Potranno esser presenti nei CAP la sede degli Sportelli unici distrettuali o un'antenna.

- Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili

Tale area rappresenta uno spazio strutturale e funzionale destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore. Qualora questi assumessero una rilevanza più complessa verrebbero avviati, secondo i protocolli già esistenti, ai normali percorsi della emergenza-urgenza.

- Area delle patologie croniche

Il CAP è nodo di raccolta e coordinamento nella gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (ad esempio cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica), attraverso condivisione e gestione, col supporto, segretariale e infermieristico, delle agende cliniche dei pazienti cronici.

- Area delle cure primarie

Le varie tipologie relative alle forme di associazionismo (semplice, cioè in sede ambulatoriale unica, in rete, cioè con percorsi diagnostico terapeutico assistenziali-PDTA- condivisi, o all'interno di strutture rese disponibili dalle ASL o rese disponibili, attraverso intesa, dai medici in associazione, o messe a disposizione, tramite accordi di programma, dagli enti locali) possono trovare spazio nel CAP. In particolare, i MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche del CAP, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nel CAP trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore (h24).

- Area dell'assistenza specialistica e diagnostica

La contiguità spaziale e la condivisione di percorsi assistenziali comuni consente, nel CAP, l'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche.

Le cure specialistiche sono assicurate:

- dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi;
- dall'attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai CAP;
- dalla presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello, (ad esempio radiografie, ecografie ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.

- Area di sorveglianza temporanea

Tale area consente di mettere a disposizione dei medici di famiglia integrati nei CAP alcuni ambulatori attrezzati all'uopo, destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio (ad esempio esami diagnostici per pazienti in cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).

- Area delle attività riabilitative

E' possibile prevedere la presenza nel CAP di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.

- Area delle attività Integrate Socio Sanitarie

Il CAP rappresenta il riferimento operativo del servizio di cure domiciliari, cui sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi in seguito agli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia titolare del caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti, coinvolti in relazione alle necessità rilevate.

- Aspetti strutturali

La sede del CAP è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL o dagli enti locali. Potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture ospedaliere, gli edifici messi a disposizione dai comuni, le sedi specificamente progettate ed edificate.

La sede del CAP è il punto di riferimento dei medici di medicina generale di ciascun distretto (o ambito sub distrettuale), dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, nell'ambito delle varie forme di articolazione organizzative previste dai relativi accordi, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è polo operativo della continuità assistenziale all'interno del distretto.

I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantire una copertura dell'assistenza sanitaria nell'arco della giornata di dodici ore nei giorni feriali e sei ore nei pre-festivi, articolata in base alle esigenze dei bacini di utenza dei singoli CAP, in integrazione con i medici di continuità assistenziale, secondo la normativa attuale.

Tutti i MMG/PLS del distretto, organizzati in rete, gruppi o gruppi di cure primarie, fanno riferimento ai CAP.

Nei CAP lavorano in équipe:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale.
- medici della medicina dei servizi;
- dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali (dipendenti ASL);
- specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;
- assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali) messi a disposizione dall'ASL o dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali;
- infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari messi a disposizione dall'ASL;
- personale amministrativo messo a disposizione dall'ASL;
- personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...) messo a disposizione dall'ASL.

Il CAP rappresenta una porta di ingresso ed un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con le aree Anziani, Materno infantile, della Salute mentale e delle Dipendenze.

5.2.2 I dipartimenti territoriali

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

Tra i dipartimenti funzionali assumono particolare valore quelli che consentono connessioni e continuità tra territorio e ospedale, quali ad esempio il "Dipartimento materno infantile", in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra ospedale e territorio nel percorso parto e nel pieno rispetto dei temi legati al "progetto obiettivo" materno infantile.

Con provvedimento della Giunta regionale verranno definiti i criteri per gli assetti dipartimentali territoriali e saranno disciplinati i rapporti tra i dipartimenti di prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale per il Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta al fine di coordinare l'attività di sanità pubblica veterinaria.

5.2.3 La funzione della continuità assistenziale

L'incertezza di continuità assistenziale tra ospedale, professionisti e strutture territoriali ai fini di una tempestiva ed efficace presa in carico dell'assistito, impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute, che richiedono tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza.

Tale debolezza comporta rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:

- l'efficacia sub-ottimale dei trattamenti erogati;
- il verificarsi di ricoveri evitabili e di ricoveri ripetuti non programmati;

- il ricorso improprio ai servizi (ad esempio il pronto soccorso o prestazioni ambulatoriali);
- l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento;
- criticità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure, alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante.

Per superare queste carenze, gli strumenti principali per assicurare la continuità della presa in carico e dell'assistenza tra ospedale e territorio sono il modello organizzativo, le reti, i processi, i ruoli e le competenze.

Il conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali, nonché la migliore gestione delle informazioni, rappresentano strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire il livello essenziale di assistenza. Risulta quindi basilare il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale, che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

Il modello organizzativo deve sviluppare e consolidare le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

Premesso quanto sopra elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

Questo processo vede, quindi, coinvolti:

- il medico di medicina generale che, svolgendo un ruolo di tutela e assistenza nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro socio-sanitario;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie e post-acuzie;
- le strutture specialistiche ambulatoriali,
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale.

A questo scopo si individuano le seguenti azioni prioritarie per la garanzia di un'efficace continuità ospedale-territorio:

1. rafforzamento del ruolo del distretto, soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e come tale l'interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro, fatti salvi gli eventuali diversi accordi territoriali;
2. creazione del nucleo distrettuale di continuità delle cure, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura, il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
3. attivazione presso i presidi ospedalieri del nucleo ospedaliero di continuità delle cure, in grado di colloquiare con il nucleo distrettuale di continuità assistenziale;

4. creazione di un sistema informativo a supporto del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete;
5. definizione di protocolli tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto. Questi protocolli saranno basati sulle linee guida internazionali, nazionali e regionali adattate alla necessità di creare una catena di cura e un'appropriatezza clinica ed organizzativa;
6. attivazione di una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti indipendentemente dal luogo delle cure prescelto.

5.2.4 Lo sviluppo della medicina convenzionata

Il futuro della sanità è sempre di più proiettato sul territorio, attraverso la valorizzazione dell'assistenza primaria (comprendente la medicina generale intesa in tutte le sue funzioni, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale) e puntando sull'integrazione tra ruoli e funzioni delle diverse professionalità al fine di garantire un'assistenza coordinata, omogenea e capillare sul territorio regionale. La ricerca di modelli realizzativi si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare l'orientamento della OMS verso il "care near to patient" ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il territorio sia il riferimento per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche, mentre l'ospedale sia il riferimento per la risposta alle patologie acute;
- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del territorio, le caratteristiche operative dell'assistenza primaria, la quale è generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

Il modello di riferimento per lo sviluppo delle cure primarie risulta coerente agli indirizzi strategici nazionali e regionali e funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione territoriale fondati sulla valorizzazione del ruolo del ruolo del distretto attraverso:

- un approccio al territorio caratterizzato da una programmazione pluriennale dell'offerta di servizi e prestazioni, coerente con la domanda e con il bisogno di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un piano delle cure primarie;
- la progettazione di modelli organizzativi finalizzati ad ottimizzare l'accessibilità alle cure primarie su tutto il territorio aziendale, utile a garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multi professionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti.

Ne consegue la necessità di sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata che promuova prioritariamente:

- la costituzione di team multiprofessionali adeguatamente integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse funzioni professionali;

- la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina di iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario, come previsto al punto 1.9 (SISR).

Il modello organizzativo da perseguire è parte del processo di implementazione dell'assistenza primaria e promuove lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, alle esigenze dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale. I nuovi indirizzi fissati dai contratti nazionali prevedono la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nell'ambito delle quali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici di medicina generale e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) partecipa alle attività delle AFT e collabora, soprattutto, con le medicine di gruppo integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive.

Oggi esistono le condizioni per una riprogettazione integrata, fra ospedale e distretto, degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle cure primarie ed ottimizzare l'attività del pronto soccorso.

Gli obiettivi da perseguire sono fondamentalmente due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di assistenza del cittadino anche quando, per motivi diversi, è stata erroneamente indirizzata. Per far ciò è necessario organizzare e supportare l'assistenza primaria, ed in particolare la medicina generale, come sopra proposto, facendo in modo che possano sempre più rappresentare per il paziente una valida alternativa al pronto soccorso e garantendo il miglior inquadramento clinico – terapeutico ad oggi possibile. In questo caso i MCA possono svolgere, nella medicina di gruppo integrata, attività finalizzate alla copertura oraria h12 e all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

I criteri e le modalità organizzative per l'attivazione delle AFT, le relative modalità di funzionamento sono stabiliti con apposita deliberazione della Giunta regionale, sulla base dei principi e degli obiettivi fissati dall'ACN e negli accordi integrativi regionali.

5.3 L'organizzazione e la governance del presidio ospedaliero dell'azienda sanitaria locale, dell'azienda ospedaliera e dell'azienda ospedaliero universitaria

5.3.1 Assetto dei dipartimenti

Al fine di garantire l'integrazione e omogeneità di risposta ai bisogni dei cittadini su tutto il territorio, si individua nei dipartimenti strutturali o funzionali inter-ospedalieri, il modello organizzativo per l'organizzazione del presidio ospedaliero di ASL, dell'azienda ospedaliera (AO) e dell'azienda ospedaliero universitaria (AOU).

Il modello organizzativo, le competenze e le regole di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri si ispirano ai principi del precedente punto 5.1.1 ed a quelli contenuti nelle norme vigenti e nei provvedimenti regionali di organizzazione.

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

- a) per organo o apparato nosologico: si raggruppano specifiche unità operative per garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica o all'organo oggetto di patologia, al fine di coordinare il momento diagnostico-medico con quello interventistico-chirurgico;

- b) per grandi aree specialistiche: si raggruppano le strutture organizzative che sviluppano attività simili per garantire sia una migliore distribuzione dei casi misti produttivi (sulla base della vocazione della UO), sia la condivisione di 'know how', conoscenze e buone pratiche;
- c) aggregazione per momento di intervento sanitario: si aggregano le unità operative per garantire una risposta coordinata, appropriata e strutturata per la gestione di specifiche fasi del trattamento sanitario;
- d) possono essere previsti anche gruppi di progetto che si occupano di patologie particolari (patologie rare) o di particolari percorsi diagnostico terapeutici, caratterizzati da notevole complessità clinico organizzativa (quali la rete di genetica medica, la rete oncologica, ecc).

Nell'ottica della realizzazione di reti ospedaliere funzionalmente integrate, è necessario riorganizzare e razionalizzare i dipartimenti ospedalieri.

Le direzioni strategiche decideranno la razionalizzazione dei nuovi dipartimenti (accorpamenti Strutture Complesse (SC) e Semplici (SS), revisione e riconversione delle funzioni); le decisioni assunte dovranno essere coerenti all'oggettiva valutazione di: risorse umane, posti letto, vetustà delle strutture, obsolescenza delle strumentazioni, flussi di pazienti, produzione (output), esiti (outcome). Le nuove reti ospedaliere saranno organizzate secondo intensità di cura. L'intensità si graderà mediante l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e di indicatori di complessità, tenendo conto delle caratteristiche territoriali dei presidi, fatta salva l'alta specializzazione.

Con successiva delibera di Giunta, saranno definiti i criteri per individuare i dipartimenti essenziali con particolare riferimento a quelli:

- assistenziali;
- assistenziali trasversali tra ospedale e territorio;
- tecnico amministrativi.

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

L'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, in presenza di:

- a) patologie con livelli di gravità o instabilità clinica diversi - associati ad alterazione di determinati parametri fisiologici in presenza di patologie simili;
- b) gradi di complessità assistenziale sia medica sia infermieristica diversi - correlati al livello di monitoraggio ed intervento richiesto; la risposta a tali situazioni diversificate deve essere graduata per intensità di cura ed attuata in aree omogenee per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

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

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

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

5.3.3 I presidi ospedalieri

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

- a) primo livello: ospedali di territorio - in cui vengono effettuate prestazioni diagnostiche e terapeutiche di specialità di base diffuse e di bassa intensità, di riabilitazione - e strutture intermedie integrate col territorio. Sono sede di pronto soccorso semplice, di area disagiata o punto di primo intervento.
- b) secondo livello: ospedali cardine in cui vengono effettuate, oltre a quelle di cui al punto a), in tutto o in parte, prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che necessitino di ricovero ordinario, anche in relazione alle funzioni di emergenza urgenza da espletare, in quanto sono usualmente sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello. Sono nodi fondamentali dell'offerta per acuti (media ed alta gravità clinica).
- c) terzo livello: ospedali di riferimento in cui vengono effettuate, oltre a quelle di cui ai punti a) e b), in tutto o in parte, prestazioni mediche e chirurgiche di alta specialità e trattati casi ad alta gravità/instabilità clinica. Possono essere sede di attività didattica e di ricerca, anche attraverso l'apporto dell'università. Sono sede di DEA di secondo livello.

La direzione sanitaria dei presidi ospedalieri, anche unificata, è affidata a un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui all'articolo 4 del decreto del presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) che acquisisce funzioni strategiche di governance locale, al fine di armonizzare la gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete interaziendale. Il direttore di presidio ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale.

Il direttore di presidio ospedaliero, in particolare:

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

5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri

Presso gli ospedali di riferimento (HUB) le strutture di Neuropsichiatria Infantile (NPI) operano per la gestione dell'emergenza/urgenza, neurologica/psichiatrica e per la gestione delle patologie a rara diffusione.

Presso gli ospedali cardine le strutture di NPI operano per la diagnosi e cura di patologie specifiche a medio/ampia diffusione svolgendo anche attività distrettuale.

Difatti è operativa una rete di assistenza, neurologica, psichiatrica, psicologica e riabilitativa in favore dell'infanzia e dell'adolescenza con garanzia della presenza di tutte le figure professionali, per una gestione multiprofessionale fortemente radicata nel territorio ed in continuità con la realtà ospedaliera, con indicatori di carico di attività legate alle specialità in termini di salute, povertà, multicarenzialità. Infatti una grande percentuale di

pazienti presenta situazioni psicosociali anomale. La competenza specialistica NPI viene quindi espressa non da un singolo professionista, ma dal lavoro multiprofessionale (medici, psicologi, terapisti, logopedisti, infermieri, educatori ecc) che opera con modalità in grado di ricercare l'appropriatezza e la completezza dei percorsi e dei progetti, in coerenza con la continuità degli interventi di cura possibili e la verifica degli esiti nel corso del tempo. L'altra caratteristica delle strutture complesse di neuropsichiatria infantile si esprime attraverso una presa in carico non solo complessiva, ma anche longitudinale che comprende sia prestazioni specificamente sanitarie, che di supporto e di monitoraggio agli interventi riabilitativi, sociosanitari ed educativi successivi alla diagnosi. Da rilevare che circa il 90% delle prestazioni erogate agli utenti in età evolutiva avviene a livello ambulatoriale territoriale da parte dei servizi di neuropsichiatria infantile e di questi circa il 30% sono minori disabili.

(indicazioni di carattere generale)

OSPEDALE DI RIFERIMENTO

OSPEDALE CARDINE

OSPEDALE DI TERRITORIO

RIABILITAZIONE DI III LIVELLO

CARDIOCHIRURGIA

NEUROCHIRURGIA

TRAUMA TEAM (ORTOPEDIA)

GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA II LIVELLO

ONCOLOGIA II LIVELLO

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

CARDIOLOGIA + EMO II LIVELLO

CHIRURGIA TORACICA

CHIRURGIA PLASTICA

CENTRO TRASFUSIONALE

RADIOLOGIA INTERVENTISTA

DEA II LIVELLO

PNEUMOLOGIA/BRONCOSCOPIA II LIVELLO

EMATOLOGIA II LIVELLO

TRAPIANTI

CHIRURGIA VASCOLARE

SPECIALITA' OSPEDALE CARDINE → RIABILITAZIONE DI II LIVELLO

PNEUMOLOGIA/BRONCOSCOPIA I LIV.

MEDICINA DEL LAVORO

NEUROLOGIA

CHIRURGIA GENERALE

ORTOPEDIA

ONCOLOGIA I LIVELLO

CARDIOLOGIA - EMO 24 H.

GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA I LIV.

ANESTESIA/RIANIMAZIONE

NEFROLOGIA/DIALISI

UROLOGIA

SERVIZI DIAGNOSTICI

MEDICINA INTERNA/URGENZE

ENDOCRINOLOGIA

SALUTE MENTALE

GINECOLOGIA

PEDATRIA

OSTETRICA/NEONATOLOGIA

OTORINOLARINGOIATRIA

MEDICINA GENERALE E GERIATRICA

SPECIALITA' OSPEDALE PROSSIMITA' →

MEDICINA GENERALE

E GERIATRICA

LUNGODEGENZA

RIABILITAZIONE DI I LIVELLO

PEDIATRIA BASE

DAY SURGERY

SERVIZI AMBULAT.

DIALISI

DIABETOLOGIA (AMB)

CAP →

5.3.5 La rete ospedaliera

Nell'ambito del livello territoriale interaziendale, gli ospedali sono inseriti in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata.

Le reti sono la premessa per il concretizzarsi delle logiche di equità di fronte al diritto alla salute, per contrastare le disuguaglianze assistenziali che tendono ad esasperarsi ancora di più nello scenario attuale in cui, sulla base dell'emergere di nuove prospettive aperte dalle recenti scoperte scientifiche, da un lato bisogna tendere al progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema, dall'altro si è chiamati a contrarre necessariamente i costi a causa dell'indebolimento, ormai su scala planetaria, dei sistemi di welfare.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, come evidenziato dalla letteratura, poiché consentono, tra l'altro, la possibilità di erogare al paziente la continuità delle cure.

Ogni presidio viene classificato secondo i livelli definiti al paragrafo 5.3.3.

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di aziende sanitarie locali e delle AO/AOU risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori le prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui offerta mostra attualmente eccessivi segni di frammentazione, a scapito sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini.

Sulla base di tali indirizzi ed in considerazione delle criticità rilevabili nel sistema ospedaliero esistente, è necessario avviare un percorso di riassetto della rete dell'assistenza ospedaliera finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- organizzazione per livelli di specializzazione ed ambiti di competenza, in relazione ai volumi per complessità della casistica;
- adeguamento agli standard di offerta ospedaliera in relazione al fabbisogno dei territori di riferimento in termini di dimensionamento dei servizi, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;
- promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche, a supporto di una più ampia riorganizzazione delle reti dell'assistenza sanitaria.

La strategia che occorre adottare è dunque fondata sul riordino funzionale/organizzativo della rete ospedaliera, e più in generale della rete sanitaria, secondo un modello che preveda la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure. In particolare, il modello prevede la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri ad alta specializzazione e l'organizzazione di un sistema di relazioni con centri funzionalmente sotto-ordinati, cui compete il trattamento della media e bassa complessità nonché la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento. Il modello di rete così configurato, caratterizzato da un'alta componente gerarchica nella relazione fra i nodi, può essere qualificato come una razionalizzazione del sistema produttivo, permettendo di rispondere ad esigenze di qualità e sostenibilità economica attraverso la concentrazione della dotazione tecnologica e strutturale in coerenza con la gerarchia delle funzioni ospedaliere. Presupposto fondamentale per l'attuazione della strategia è la contestuale revisione della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio, tra rete pubblica e rete del privato accreditato per l'area della post-acuzie e tra ospedale e reti di emergenza-urgenza, anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione. Tali processi potranno essere supportati dall'implementazione di soluzioni di telemedicina e sistemi di Information & Communication Technology (ICT), attraverso i quali i presidi a più elevata

complessità possono essere funzionalmente integrati con le altre strutture sanitarie operanti sui territori di riferimento, quali ospedali con minore complessità operativa, strutture di lungodegenza, gruppi di cure primarie, fino al domicilio dei pazienti.

Tali finalità saranno concretizzate attraverso le seguenti linee di azione:

- individuazione di modelli di caratterizzazione e tipizzazione propri di ciascun livello di ospedale e delle funzioni in esso presenti, in grado di definire le soluzioni di riferimento in termini organizzativi, strutturali, di dotazioni tecnologiche, di attività;
- valutazione di compatibilità rispetto al ruolo che ciascuna delle strutture sanitarie esistenti sarà in grado di assumere nel nuovo assetto della rete regionale, a partire dalla conoscenza delle criticità e delle potenzialità strutturali dei presidi ospedalieri esistenti;
- riordino delle relazioni tra ospedali del territorio, tra loro funzionalmente connessi e della relazione tra rete pubblica e rete del privato accreditato;
- razionalizzazione intra-aziendale organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi;
- promozione di interventi per l'innovazione strutturale e tecnologica, che supportino la riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;
- definizione ed applicazione di percorsi di razionalizzazione, redistribuzione ed ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale;
- definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

Il riordino della rete ospedaliera regionale condurrà ad un riassetto funzionale delle attuali strutture ospedaliere, anche attraverso la riconversione di alcune di esse (in particolare quelle critiche per vetustà strutturale) in strutture intermedie a servizio del territorio.

Tali riconversioni, nel rispetto di quanto previsto in materia di partecipazione dalla legge regionale 18/2007, saranno effettuate secondo il criterio della contestualità tra la dismissione dei servizi di ricovero ospedaliero in regime ordinario e l'attivazione di quelli sostitutivi afferenti al livello assistenziale territoriale.

Contestualmente, l'adeguamento e l'ammodernamento dei presidi, valorizzati rispetto al loro nuovo ruolo nella rete ospedaliera, consentiranno di erogare prestazioni appropriate in termini di qualità e quantità dell'offerta, all'interno di edifici strutturalmente e tecnologicamente adeguati, a garanzia dell'efficacia e sicurezza delle cure.

Inoltre, al fine di garantire le idonee condizioni di sicurezza nei presidi ospedalieri e, più in generale, nelle strutture sanitarie, occorre organizzare tutte le azioni tecniche, progettuali, procedurali e formative previste dalle disposizioni legislative vigenti: tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'accentramento, a livello sovra zonale, delle strutture tecniche delle aziende (uffici tecnici e SPP) al fine di ottimizzare tutti gli interventi di ristrutturazione e nuova edificazione, compresi gli aspetti gestionali e formativi (piani ed addetti all'emergenza).

5.3.6 La rete ospedaliera programmata

La rete ospedaliera piemontese viene articolata in sei aree sovrazionali all'interno delle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli IRCCS, sono tra loro funzionalmente integrati;

- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarietà delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;
- gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, DEA di II livello (almeno tre di tali funzioni);
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di DEA di I livello;
- gli ospedali da riconvertire in strutture di cure intermedie, centri di assistenza primaria, residenze sanitarie assistenziali, possono prevedere la presenza del punto di primo intervento, in base a quanto indicato dalla DGR n. 49-1985 del 29 aprile 2011, relativa al Piano di rientro e al programma attuativo.

Le sei aree sovrazonali sono:

1. Area Torino Sud Est, comprendente la nuova AO Città della Salute e della Scienza di Torino, l'ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circoscrizioni 8, 9 e 10 di Torino) e l'ASL TO 5.
2. Area Torino Nord, comprendente l'ASL TO 2 e l'ASL TO 4.
3. Area Torino Ovest, comprendente l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, l'AO Mauriziano Umberto I di Torino, la ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circoscrizioni 1, 2 e 3 di Torino) e l'ASL TO 3.
4. Area Piemonte Nord Est, comprendente l'AOU Maggiore della Carità di Novara, l'ASL VC, l'ASL BI, l'ASL NO e l'ASL VCO.
5. Area Piemonte Sud Ovest, comprendente l'AO Santa Croce e Carle di Cuneo, l'ASL CN 1 e l'ASL CN 2.
6. Area Piemonte Sud Est, comprendente l'AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, l'ASL AT e l'ASL AL.

Al fine di realizzare una più forte unitarietà di azione nelle attività sanitarie e sociosanitarie della Città di Torino, è inoltre istituita la "Conferenza sanitaria e sociosanitaria della Città di Torino", composta dall'Assessore regionale alla sanità, dai direttori regionali alla sanità e alle politiche sociali, dal Sindaco o suo delegato, dai direttori delle ASL e delle ASO del territorio cittadino e dal direttore dell'ente gestore delle funzioni socioassistenziali. La Giunta regionale definisce le modalità di funzionamento della suddetta Conferenza.

AREA TORINO SUD EST	AO Città della Salute e della Scienza di Torino ASL TO 1 (Circoscrizioni 8, 9 e 10 di Torino) ASL TO 5
Ospedale Molinette	Ospedale di Riferimento
Ospedale Dermatologico San Ippolito	Ospedale di Riferimento
Centro Traumatologico Ortopedico	Ospedale di Riferimento
Ospedale Infantile Regina Margherita	Ospedale di Riferimento
Ospedale Sant'Anna	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Chieri	Ospedale Cardine
Ospedale di Moncalieri	Ospedale Cardine
Ospedale Maria Adelaide	Ospedale complementare al CTO
Ospedale San Giovanni Antica Sede	Ospedale da riconvertire
Ospedale Evangelico Valdese	Ospedale da riconvertire la cui attività senologica verrà inserita in una costituenda unità di senologia
Ospedale Oftalmico	Ospedale da dismettere con trasferimento attività**
Ospedale di Carmagnola	Ospedale di Territorio
Presidio Sanitario San Camillo	Istituto ex art. 43 L. 833/78
AREA TORINO NORD	ASL TO 2 ASL TO 4
Ospedale San Giovanni Bosco	Ospedale di Riferimento
Ospedale Maria Vittoria	Ospedale Cardine (di Riferimento per Ostetricia e Pediatria, complementare al San Giovanni Bosco)
Ospedale Amedeo di Savoia	Ospedale da dismettere con trasferimento attività
Ospedale di Chivasso	Ospedale Cardine
Ospedale di Ivrea	Ospedale Cardine
Ospedale di Ciriè	Ospedale Cardine
Ospedale di Cuorgnè	Ospedale di Territorio
Ospedale di Castellamonte	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Lanzo	Ospedale da riconvertire
SAAPA di Settimo Torinese	Ospedale da definire in base a trasferimento attività
Presidio Ospedaliero Gradenigo*	Istituto ex art. 43 L. 833/78 – Ospedale Cardine
Presidio Ospedaliero Cottolengo	Istituto ex art. 43 L. 833/78 – Ospedale di Territorio
Presidio Ospedaliero Ausiliatrice – Don Gnocchi	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Presidio Ospedaliero Major	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Presidio Beata Vergine della Consolata	Istituto ex art. 43 L. 833/78
Casa di Cura Villa Maria Pia	Casa di Cura (Cardiochirurgia integrata con S.G.B)
AREA TORINO OVEST	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano AO Mauriziano Umberto I ASL TO 1 (Circoscrizioni 1, 2 e 3 di Torino) ASL TO 3
Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano	Ospedale di Riferimento
Ospedale Mauriziano Umberto I	Ospedale di Riferimento
Ospedale Martini	Ospedale Cardine
Ospedale di Rivoli	Ospedale Cardine
Ospedale di Pinerolo	Ospedale Cardine
Ospedale di Susa	Ospedale di Territorio
Ospedale di Venaria	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Avigliana	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Giaveno	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Pomaretto	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Torre Pellice	Ospedale da riconvertire
Fondazione per l'Oncologia di Candiolo	Istituto ex art. 43 L. 833/78 Ospedale di Riferimento

AREA PIEMONTE NORD EST	AOU Maggiore della Carità di Novara ASL VC ASL BI ASL NO ASL VCO
Ospedale Maggiore della Carità di Novara	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Vercelli	Ospedale Cardine
Ospedale di Biella	Ospedale Cardine
Ospedale di Borgomanero	Ospedale Cardine
Ospedale di Verbania - Domodossola	Ospedale Cardine
Ospedale di Borgosesia	Ospedale di Territorio
Ospedale di Arona	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Galliate	Ospedale complementare al Maggiore di Novara
Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna	Ospedale monospecialistico
Istituto di Piancavallo	IRCCS
Istituto di Veruno	IRCCS
AREA PIEMONTE SUD OVEST	AO Santa Croce e Carle di Cuneo ASL CN 1 ASL CN 2
Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo	Ospedale di Riferimento
Ospedale di Mondovì	Ospedale Cardine
Ospedale di Savigliano	Ospedale Cardine
Ospedale di Alba - Bra	Ospedale Cardine
Ospedale di Ceva	Ospedale di Territorio
Ospedale di Saluzzo	Ospedale di Territorio
Ospedale di Fossano	Ospedale da riconvertire
AREA PIEMONTE SUD EST	AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria ASL AT ASL AL
Ospedale SS. Antonio e Biagio di Alessandria	Ospedale di Riferimento
Ospedale Infantile Cesare Arrigo di Alessandria	Ospedale di Riferimento
Ospedale Borsalino di Alessandria	Centro Riabilitativo Polifunzionale
Ospedale di Asti	Ospedale Cardine
Ospedale di Casale Monferrato	Ospedale Cardine
Ospedale di Novi Ligure – Tortona	Ospedale Cardine
Ospedale di Acqui Terme	Ospedale Cardine
Ospedale della Valle Belbo	Ospedale di Territorio
Ospedale di Valenza	Ospedale da riconvertire
Ospedale di Ovada	Ospedale di Territorio

*Gli interventi strutturali e tecnologici necessari saranno posti a carico del Fondo sanitario regionale, in considerazione della funzione di ospedale cardine che viene svolta presso tale Presidio.

** Vista la sempre maggiore necessità di organizzazioni multiprofessionali nella gestione efficace della moderna medicina, l'Oftalmico è destinato ad essere inserito nell'ambito di un contesto ospedaliero dotato di tutte le attività specialistiche complementari ad oggi identificato nella futura Città della salute. Fino ad allora l'attuale attività oftalmologica continuerà ad essere ospitata nel presidio di via Juvarra.

5.3.7 Il collegamento con il territorio

Per favorire il collegamento con i servizi territoriali, nelle AO e nelle AOU, viene individuata una funzione di responsabilità per la gestione delle dimissioni, in collaborazione con quella omologa istituita presso i distretti (cfr. punto 5.2.3). L'atto aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, disciplina l'organizzazione della funzione.

5.3.8 La rete dell'emergenza-urgenza

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Questo compito richiede sia un sistema capillare di antenne in grado di formulare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare gli esami diagnostici e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo il più possibile normale, sia una forte ed efficace governance, a garanzia dell'omogeneità distributiva e qualitativa dei servizi erogati.

Il numero di interventi con chiamata 118 coordinati e gestiti per criticità è stato, nell'anno 2010, pari a:

- 339.867 con codice di gravità bianco/verdi;
- 146.649 con codice di gravità giallo/rosso.

L'intera attività operativa delle centrali 118 in Piemonte è garantita con un omogeneo supporto informatico, un software avanzato appositamente studiato di elevata affidabilità e con un alto livello di capacità di protezione dei dati.

La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, ECG, dati paziente, ecc.) richiede attrezzature di tipo informatico e di trasmissione dati clinici assai complesse. La componente tecnologica accresce la necessità ulteriore di specifiche conoscenze per la gestione del sistema riservato essenzialmente ai sanitari.

Questo settore, relativamente nuovo, è in rapido sviluppo e potrà portare notevoli benefici clinici ai pazienti, costituendo la base per l'evoluzione e l'implementazione regionale dei protocolli sanitari, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza.

La risposta delle centrali operative 118 si concretizza principalmente nella presa in carico dei fabbisogni assistenziali in emergenza-urgenza e nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (MSA) con medico ed infermiere a bordo, le automediche (ASA con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (MSAB) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (MSB) in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario. La maxiemergenza, per le necessità di pianificazione, coordinamento logistico e organizzativo e specializzazione professionale è gestita, a livello regionale, da una struttura dedicata con competenza sovra zonale.

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso a terra ed aeree (elisoccorso, incrementando la rete delle elisuperfici ad uso notturno al fine di facilitare rendezvous con mezzi a terra) nel rispetto degli standard previsti dalla Conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, nonché secondo le incrementate necessità previste dalla necessaria mobilitazione dei pazienti secondo i criteri di centralizzazione dettati dalla maggiore appropriatezza di cure individuate con le reti delle patologie complesse (trasporti secondari urgenti).

La centrale operativa 118 potrà progressivamente gestire, con forti opzioni di rinnovamento, le seguenti attività:

- servizio di emergenza urgenza;
- gestione delle attività connesse alle maxiemergenze;

- gestione del servizio di trasporto secondario interospedaliero protetto di paziente critico, compreso il coordinamento del trasporto interospedaliero neonatale;
- gestione del trasporto organi ed equipe sanitaria per le attività di espanto organi;
- cogestione dei codici bianchi e parte dei verdi con i MMG;
- eventuale gestione o cogestione dei trasporti ordinari nel biennio successivo (2013-2014).

L'attuale modello di coordinamento dell'emergenza urgenza è stato per ora riorganizzato in quattro centrali operative 118 anche per la salvaguardia delle funzioni di ribaltamento delle chiamate ed in armonia con la riorganizzazione della rete della urgenza ospedaliera. La configurazione prevista permette la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Attualmente la rete della emergenza ospedaliera della Regione Piemonte è composta da sei DEA di II livello (ospedale di riferimento) più un DEA di II livello con funzioni di riferimento monospecialistico (ostetrico-ginecologico ed infantile) più un trauma center DEA di II livello con funzione di riferimento regionale per il trauma.

Considerando che i sei ospedali di riferimento multidisciplinari svolgono la funzione anche di ospedali cardine per il territorio di competenza, attualmente sono in funzione trentuno DEA di I livello (cardine) e quindici pronto soccorso.

La riorganizzazione della rete della emergenza ospedaliera costituisce l'architrave della prevista aggregazione a livello sovrazonale della rete ospedaliera nel suo complesso.

Per quanto riguarda la emergenza si prevedono sei aggregazioni di ospedali, facenti capo tre a Torino (Polo Nord, Polo Sud, Polo Ovest) ed i restanti tre rispettivamente ad Alessandria, Novara e Cuneo tra loro integrati e coordinati nelle funzioni, secondo i seguenti criteri :

- centri di riferimento (DEA II Livello)
- centri cardine (DEA I Livello)
- pronto soccorso semplice
- pronto soccorso in area disagiata
- punto di primo intervento

Centri di riferimento (Dea di II livello)

Le funzioni previste per i centri di riferimento possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi aggregati secondo forme di coordinamento sovra zonale.

L'ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il centro cardine (vedi sotto), anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel centro cardine o comunque non in tutti i centri cardine: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina di alta specialità, oncologia di II livello. In tre centri di riferimento insistono l'università e centri di ricerca transazionale e clinica.

Devono essere presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

Il pronto soccorso del centro di riferimento deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva, di letti per la terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del centro di riferimento, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico centro regionale o sovraregionale in accordo con regioni limitrofe (centro grandi ustionati, unità spinale unipolare e riabilitazione del cranioleso, camera iperbarica, chirurgia generale d'urgenza, trattamento delle amputazioni, microchirurgia, chirurgia della mano, chirurgia vascolare, centro antiveleni in collegamento con centri sovra regionali). Tali attività vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche anche se non strettamente collegate all'emergenza (trapianti, centro rete oncologica, ecc.) vanno collocate presso un centro di riferimento a valenza regionale o sovrazonale a seconda del volume di attività.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale, quali la rete per la patologia cardiovascolare, cerebrovascolare, traumatologica, oncologica, ostetrico ginecologica, pediatrica, dei trapianti (prelievi), in armonia con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le centrali operative 118 di competenza.

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

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati, è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove è previsto il collegamento con la rete, di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza. Il bacino d'utenza previsto è di circa 500.000/1.000.000 abitanti.

Centri Cardine (Dea di I Livello)

Il pronto soccorso che eroga funzioni di cardine deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro di riferimento o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un presidio ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva e di letti per la terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare con possibilità di essere comuni con l'area di osservazione breve intensiva).

L'ospedale deve essere, di norma, dotato di struttura di medicina generale, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con UTIC, neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, ORL, urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

Le funzioni proprie del centro cardine possono essere anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Alcuni centri cardine, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad esempio l'emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i centri di riferimento o occasionalmente in centri sovra regionali, gestiti in accordo con le centrali operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti. Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000/300.000 abitanti.

Pronto soccorso semplice

Il pronto soccorso semplice deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro cardine o di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate. Devono essere disponibili 24 ore su 24 i servizi di radiologia, laboratorio, emoteca.

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità. È ubicato in una struttura appartenente alla rete ospedaliera, dotata di funzioni di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, e prevede la pronta disponibilità anche di multi presidio (eventualmente in collegamento con il cardine di riferimento) e la guardia attiva secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

A regime, il personale medico appartiene alla medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza del DEA di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per ridistribuzione di unità o a seguito di opzione dei medici del presidio interessato. Il bacino d'utenza previsto è di circa 40.000/150.000 abitanti.

Pronto soccorso nell'ospedale di area disagiata

Nella Regione Piemonte, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situate in aree considerate disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontato con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi di percorrenza. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro di riferimento o cardine di riferimento per le quali si superino i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Nella definizione di tali aree occorre tenere conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate. Questi ospedali che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

I criteri nazionali per l'attivazione di tale tipologia di pronto soccorso sono rappresentati dalla zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili.

Punti di primo intervento

Nell'eventualità di riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento provvisorio di un punto di primo intervento presidiato da personale del pronto soccorso, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie. Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al

trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

Nel punto di primo intervento è sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra centri di riferimento, cardine, pronto soccorso di base, pronto soccorso dell'ospedale di area disagiata, punto di primo intervento ed il Sistema di emergenza territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici. Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i distretti delle cure primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguate interazioni con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra postazioni 118, punto di primo intervento e postazioni di continuità assistenziale allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza, continuità assistenziale e sistema delle cure primarie. L'ulteriore razionalizzazione della rete del punto di primo intervento e delle postazioni di ambulanza dovrà portare ad un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti e prevedendo la successiva riorganizzazione dei trasporti ordinari attraverso una gestione integrata con gli enti convenzionati.

È necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti inter-ospedalieri organizzata e gestita dal 118 in relazione alle necessità del pronto soccorso e punto di primo intervento e in accordo con i centri di riferimento e cardine riceventi, deve comunque ottimizzare il percorso del paziente sulla base di protocolli condivisi. Per tutte le patologie tempo-dipendenti, così come per le patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke), devono essere previste forme di consultazione in rete, di trasferimento delle immagini e dei dati, nonché protocolli concordati di trasferimento urgente. È altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità terapeutica del paziente alla sede di provenienza. Deve essere comunque nettamente separata la funzione di urgenza da quella di cure primarie, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete di riferimento, cardine, pronto soccorso di base, ospedale di zona disagiata, con forte integrazione con il punto di primo intervento e con le postazioni di guardia medica dedicate) e quelli per le cure primarie), che pur dialogando tra loro in una totale integrazione tecnologica e protocollare svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione dovrà essere la formazione degli operatori, attualmente non ancora completamente uniforme e di cui deve essere mantenuta rigorosamente in capo all'ente Regione la certificazione. Tale formazione ed aggiornamento del personale deve essere pianificata in accordo con il Coordinamento dei DEA e con l'organizzazione regionale del 118.

5.3.9 Elementi caratterizzanti l'azienda ospedaliero- universitaria e la ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema

Le università piemontesi, la cui offerta didattica comprenda i corsi di laurea afferenti alle scuole e/o facoltà di medicina e chirurgia, d'intesa con la Regione, contribuiscono con le loro risorse umane e materiali alle attività assistenziali essenziali per ottemperare alle proprie peculiari ed inscindibili funzioni di didattica e di ricerca traslazionale.

Compartecipano, inoltre, alla predisposizione dei piani sanitari regionali, all'elaborazione di programmi d'intervento coerenti con gli indirizzi di politica sanitaria ed alla definizione di modelli organizzativi delle strutture sanitarie preposte all'insegnamento che favoriscano la migliore integrazione possibile tra sistema sanitario regionale e sistema universitario. I rapporti tra Regione ed Università si ispirano ai principi di pariteticità e di reciproco rispetto delle proprie competenze, come previsto dalla vigente normativa, nella condivisione dell'obiettivo di garantire la tutela della salute del cittadino contemperandola all'esigenza di attuare politiche sanitarie mirate all'efficienza e all'efficacia per assicurare un'ottimale gestione economico-finanziaria del sistema integrato.

Tali rapporti sono definiti nei protocolli d'intesa Regione-Università, elaborati dalla Commissione paritetica di cui all'articolo 9, comma 3 della l.r. 18/2007, che costituiscono parte integrante della programmazione regionale, ancorchè definiti successivamente alla promulgazione del PSSR 2012-2015, con particolare riferimento alla necessità di garantire la massima integrazione, nelle AOU, delle reti informatiche, della sperimentazione clinica, delle risorse bibliografiche, della gestione della formazione continua (ECM).

La l.r. 18/2007 ha definito all'articolo 21, comma 3, i principi ispiratori dell'assetto delle AOU, la cui istituzione è stata prevista dall'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), promulgato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa) e regolamentato dalle linee-guida derivate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 maggio 2001 (Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517) che dovranno essere aggiornate dallo "Schema d'Intesa Università-Regione" che sarà emanato ai sensi dell'articolo 6, comma 13 della legge del 30 dicembre 2010, n. 240 (Norme in materia di riorganizzazione dell'Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario). In riferimento ai suddetti principi, l'intesa tra Regione ed Università, finalizzata alla gestione delle ASO, deve perseguire i seguenti scopi:

- 1) individuare un organismo paritetico d'indirizzo strategico;
- 2) insediare in tutte le aziende interessate i Dipartimenti ad Attività Integrate (DAI);
- 3) perseguire economie di scala e di scopo attraverso la gestione comune di attività e servizi.

L'intesa generale risponde all'esigenza di rafforzare i processi d'integrazione tra Università e SSR, sviluppando metodi e strumenti di collaborazione coerenti con la volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità, efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del medico e delle altre figure professionali sanitarie ed al potenziamento della ricerca biomedica, clinica, traslazionale, epidemiologica e relativa a nuovi percorsi di organizzazione. L'integrazione delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza, svolte dall'Università e dal SSR, si finalizza al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, ad un'offerta formativa a livelli d'eccellenza ed alla valorizzazione dello sviluppo scientifico e tecnologico, irrinunciabile volano dell'economia regionale. Lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi all'interno delle AOU garantisce da un lato l'inscindibilità delle

funzioni assistenziali, formative e di ricerca dall'altro la compartecipazione delle due istituzioni al perseguimento di tali scopi, nel rispetto delle proprie peculiari competenze istituzionali.

L'intesa raggiunta con l'Università del Piemonte Orientale, ai sensi degli articoli 9 e 21 della l.r. 18/2007, disciplina l'integrazione tra le attività istituzionali dei due enti e definisce il funzionamento dell'AOU di riferimento, ovvero l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara. I principi guida cui si è ispirata, nel pieno rispetto del quadro legislativo vigente all'atto della sottoscrizione, sono i seguenti:

- 1) articolazione dipartimentale integrata di tutte le strutture aziendali aggregando le strutture stesse con logiche interospedaliere;
- 2) implementare sistemi di misurazione delle performance multidimensionali capaci di rappresentare ai fini gestionali le tre funzioni di cui si compone la loro 'mission',
- 3) promuovere attività di ricerca e didattica diffuse nel SSR, per contribuire alla crescita collettiva delle competenze nel sistema.

Tale intesa dovrà aggiornarsi sia allo Schema d'Intesa Università-Regione (ai sensi dell'articolo 6 comma 13 della legge 240/2010), in attesa di definizione, sia alla prevista costituzione della Città della Salute e della Scienza di Novara. Le AOU ed, in particolare le progettate "Città della Salute e della Scienza" di Torino e di Novara, rappresentano l'occasione ideale per la sperimentazione di modalità organizzative e logistiche di tipo innovativo che consentano di raggiungere il livello più alto d'integrazione possibile tra i due sistemi coinvolti. A tal fine è perseguibile l'obiettivo di una piena corrispondenza tra l'organizzazione dipartimentale universitaria e quella assistenziale nel modello "ad attività integrate". L'integrazione potrà avvenire a tutti i livelli (amministrativo, gestionale, patrimoniale, organizzativo, logistico etc) secondo logiche di isomorfismo istituzionale.

La loro natura di ospedali di ricerca e insegnamento li qualifica come la sede più opportuna per la diagnosi e cura di patologie complesse e come ospedali di riferimento su un livello, non solo regionale, ma anche nazionale.

Presso le AOU in cui si insedieranno le "Città della Salute e della Scienza", si allocheranno "Centri di ricerca traslazionale e di incubazione" con il prioritario obiettivo di valorizzare l'apporto universitario, integrato con quello ospedaliero, allo sviluppo della scienza, dell'innovazione e dell'economia regionale.

Tale passaggio deve favorire:

- 1) lo sviluppo scientifico ed il trasferimento tecnologico come motore di crescita economica per la Regione;
- 2) l'acquisizione, da parte dei ricercatori delle AOU, di una cultura d'impresa legata alla progettualità;
- 3) l'utilizzazione ottimale di tutte le risorse comuni disponibili (umane, economiche, patrimoniali, logistiche);
- 4) il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia nella gestione integrata oltre a quelli peculiari della formazione, della ricerca e dell'assistenza di alto livello qualitativo;
- 5) l'attuazione di iniziative, in sinergia tra tutti gli atenei piemontesi, per una maggiore integrazione con il territorio di riferimento;
- 6) il costante aggiornamento dei protocolli d'intesa tra Regione ed Università alle dinamiche conseguenti al graduale processo d'integrazione;
- 7) la realizzazione di un sistema di governance che garantisca, da un lato, il perseguimento degli obiettivi comuni di integrazione, dall'altro, il costante rapporto con le istituzioni e le rappresentanze del territorio regionale cui spettano funzioni di controllo o di coordinamento o di proposta;
- 8) la costituzione di un Comitato etico in ogni AO/AOU di riferimento.

5.4 Le funzioni tecnico-logistico-amministrative

Nell'ambito del riordino, il SSR piemontese persegue anche azioni di aggregazione e concentrazione di alcune funzioni tecnico-amministrative tese a sviluppare economie di scala, cioè economie di costo rese possibili dal crescere delle dimensioni della struttura produttiva aziendale, le quali si prevede generino inoltre vantaggi ascrivibili ad economie di apprendimento e di esperienza.

La realizzazione delle economie di scala si concentra principalmente sui seguenti fronti:

- piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, anche attraverso l'attività della SCR S.p.A. per la funzione dei bandi di sua competenza;
- gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;
- sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria e nelle infrastrutture, gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (HTA e HTM);
- gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- gestione degli affari legali.

Occorre definire le linee di indirizzo per una riorganizzazione omogenea delle diverse funzioni tecnico-logistico-amministrative, avendo come riferimento le esperienze già avviate nella gestione della logistica degli approvvigionamenti, nella riorganizzazione dei Servizi di Ingegneria Clinica, nell'implementazione di archivi edilizi informatizzati e centralizzati, quali azioni per garantire una risposta omogenea e qualificata su tutto il territorio regionale in tema di sicurezza, efficienza ed economicità d'uso di strutture, tecnologie, farmaci e dispositivi.

In particolare, assumono un ruolo fondamentale la gestione dei materiali e della logistica, sia in termini di ottimizzazione delle scorte e controllo/riduzione dei costi di gestione, da realizzarsi anche attraverso la ottimizzazione dell'organizzazione delle risorse umane e strumentali impiegate, sia in termini di miglioramento della qualità del servizio offerto agli assistiti attraverso, ad esempio, la collaborazione alla gestione del rischio clinico con il controllo sui rischi da somministrazione, il monitoraggio delle terapie e delle attrezzature utilizzate.

Ciò si ottiene avviando piattaforme integrate di dimensione interaziendale, che consentano una sinergia gestionale, una semplificazione dei flussi fisici e informativi inerenti i materiali, una maggiore visibilità dei prodotti comuni alle aziende sanitarie e lo sviluppo della tracciabilità dei materiali all'interno delle strutture, secondo la progettualità già sviluppata da ARESS Piemonte e Politecnico di Torino.

Tutto ciò consente di ottenere economie derivanti da un'efficiente gestione dei materiali, riduzione delle scorte nei magazzini centrali e nei punti di utilizzo, riduzione dei consumi e degli scaduti, nonché dei costi fissi per la gestione delle risorse dedicate alle strutture logistiche.

I punti chiave di tale approccio riguardano:

- l'istituzione di flussi informativi che permettano di definire parametri economici standard ed obiettivi di efficienza;
- l'integrazione delle attuali strutture aziendali dotate di personale dedicato a compiti di monitoraggio dei consumi e dei flussi di materiali rispettivamente dal punto di vista clinico-gestionale (logistico aziendale e infermieristico) e clinico-assistenziale (infermieristico per i dispositivi medici e farmacista per i prodotti farmaceutici), al

fine di garantire una efficiente gestione dei flussi dei materiali, della loro tracciabilità e appropriatezza nei consumi;

- la standardizzazione delle informazioni sui materiali tali da garantire codifiche comuni, prontuari unificati e specifici motori di ricerca che consentano un approccio ontologico alla analisi semantica delle anagrafiche a livello regionale.

In altri termini, gli interventi sulla logistica aziendale costituiscono uno strumento strategico per il perseguimento dell'obiettivo di coniugare una maggiore efficienza/economicità con il miglioramento della qualità del servizio.

Questa stessa impostazione, applicata al settore delle tecnologie sanitarie, si concretizza nel consolidamento della rete dei servizi di ingegneria clinica, i quali hanno come 'mission' la gestione in efficienza, economicità e sicurezza del parco delle apparecchiature biomediche, contribuendo inoltre ad un più appropriato impiego di tali strumenti nei diversi contesti organizzativi, anche attraverso il supporto al management ed agli utilizzatori sanitari (medici, tecnici, infermieri).

I servizi tecnico-logistico-amministrativi devono essere funzionali alle esigenze degli utilizzatori sanitari in termini di tempistiche e di efficacia di intervento; pertanto, le loro performance saranno oggetto di valutazione periodica da parte delle direzioni sanitarie di presidio, previa acquisizione dei pareri dei responsabili delle strutture sanitarie interessate.

Parte IV: ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE

6. I PRINCIPI ISPIRATORI PER LA REVISIONE DEL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo del PSSR 2012-2015 è quello di garantire l'effettiva applicazione del sistema, sia alle strutture pubbliche, sia a quelle private.

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

Lo sviluppo tra i professionisti della sanità della cultura della valutazione e del miglioramento rappresenta finalità fondante i programmi di accreditamento. E' necessario che gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, dell'accreditamento e dell'accordo contrattuale costituiscano, nella prassi, un'articolata sequenza, strettamente collegata e congruente, di livelli progressivi di garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie.

In Piemonte, a partire da gennaio 2008, a seguito dell'approvazione della DGR 12 novembre 2007, n.17-7387 (DGR n.1-5496 del 13.03.2007 – Integrazione indicazioni su accreditamento delle strutture sanitarie), tutte le attività inerenti all'accreditamento, già assicurate dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA), sono svolte senza soluzione di continuità da parte dell'ARESS.

E' stata compiuta un'analisi critica sulle pregresse verifiche di accreditamento Istituzionale per percorsi di diagnosi e cura. Indubbiamente le verifiche hanno presentato alcune criticità:

- l'accreditamento per percorsi ha tralasciato in parte l'accreditamento strutturale delle ASR il quale deve essere rivalutato alla luce delle criticità rilevate;
- in alcuni casi l'accreditamento istituzionale per percorsi ha assunto una vera e propria caratterizzazione di accreditamento professionale, diverso dall'accreditamento Istituzionale perché volontario e svolto "tra pari".

E' necessario riprendere lo spirito iniziale dell'accreditamento istituzionale: dare indicazioni alle aziende su problemi strutturali e organizzativi, istituendo una lista di priorità su cui agire con azioni correttive e migliorative.

Per iniziare questa nuova fase sono indispensabili alcuni passaggi:

- snellimento del manuale dell'accreditamento, sia per quanto riguarda i requisiti strutturali che organizzativi;
- inserimento di nuovi requisiti (anatomia patologica, endoscopie, unità di terapia intensiva cardiologica ecc);
- rivalutazione dei requisiti in ambito territoriale;
- rivalutazione della funzione dei verificatori e facilitatori, formati nei corsi ARESS.
-

La revisione dei requisiti strutturali dell' accreditamento

La revisione dei requisiti di accreditamento ha interessato sia i criteri di carattere generale che quelli specifici. Per quanto riguarda i requisiti generali si è proceduto ad uno snellimento, accorpando e unificando quelli che riguardano lo stesso argomento (ad esempio sicurezza elettrica, sicurezza ed igiene nei luoghi di lavoro, antincendio e microclima). La novità più importante è stata la semplificazione della documentazione cartacea. Anche per quanto riguarda i requisiti specifici, si è proceduto ad uno snellimento e all'accorpamento di vari item. Per le sale operatorie, oltre ai requisiti già esistenti, il riferimento è costituito dalla direttiva ISPEL 2009.

Dall'esperienza di questi anni è stato riscontrato che non tutti i requisiti hanno la stessa valenza. E' stata, quindi, realizzata una scala di priorità, privilegiando non solo quelli previsti dalla norma, ma anche quelli direttamente influenzanti la salute dei pazienti. In

base alla criticità dei requisiti non conformi, verranno pianificate azioni correttive e migliorative.

La revisione dei requisiti organizzativi dell' accreditamento

E' stata proposta, per facilitare il compito dei verificatori e delle ASR, una suddivisione dei requisiti in processi, sia per quanto riguarda la fase organizzativa, che strutturale:

- P1 Attività organizzativo-gestionale
- P2 Gestione dei sistemi informativi
- P3 Comunicazione e relazioni interne ed esterne
- P4 Gestione delle risorse umane
- P5 Gestione del miglioramento
- P6 Gestione del rischio
- P7 Gestione delle risorse tecnologiche
- P8 Gestione delle risorse strutturali.

Grande importanza assumerà il ruolo dei verificatori e dei facilitatori a livello aziendale. Le verifiche saranno eseguite dai valutatori istituzionali ARESS, dai professionisti del gruppo di lavoro ARESS e dai verificatori delle aziende. Questo porterà ad una uniformità di valutazione e ad un empowerment culturale degli operatori.

L' Assessorato alla tutela della salute avrà il compito di:

- definire un piano di verifiche nelle ASL e AO/AOU regionali, tenendo presente anche le realtà territoriali e della continuità assistenziale.
- ricevere proposte di azioni correttive delle non conformità organizzative e strutturali, inviato da ARESS dopo valutazione e stesura da parte delle aziende.
- valutare ed approvare azioni correttive, in base agli indici di priorità.

Per quanto riguarda le strutture private, il processo di accreditamento avrà la finalità di assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture e regolare i rapporti tra committenti pubblici e soggetti erogatori, attraverso gli accordi contrattuali.

7. LA VALUTAZIONE DEL PSSR E DEL SISTEMA SANITARIO PIEMONTESE

Il PSSR 2012-2015, in coerenza con i principi ed i valori fondanti il Sistema sanitario nazionale e nell'ambito del contesto istituzionale, individua le linee strategiche di sviluppo del sistema stesso, condivise e concertate dai vari attori istituzionali, per governarne l'evoluzione in relazione al mutare dei vari contesti demografici, epidemiologici, tecnico-scientifici, istituzionali ed economici.

Accanto alle linee strategiche, che dispiegano i propri effetti nell'arco temporale di durata del PSSR, e che sono valutate ed integrate nei piani successivi, il PSSR 2012-2015, prendendo atto delle criticità esistenti, fissa obiettivi da conseguire; tali obiettivi delineano percorsi virtuosi di superamento delle problematiche esistenti e di sviluppo delle strategie.

Si realizza così la definizione di un percorso di cambiamento che prevede varie linee di intervento, per rispondere in maniera appropriata e coerente alla complessità del sistema.

Anche il PSSR 2012-2015, come ogni processo di pianificazione strategica e riferimento per la successiva programmazione attuativa, ha la necessità di prendere atto del conseguimento o meno dello sviluppo delle linee strategiche precedentemente individuate e del conseguimento dei relativi obiettivi, al fine di meglio identificare le criticità che ancora persistono e migliorare l' individuazione degli ulteriori interventi da compiere.

Al contempo, e proprio per queste finalità, nella definizione degli obiettivi sono da privilegiare quelli di cui è possibile misurare il conseguimento, per la presenza di

specifiche fonti informative, interne al sistema informativo sanitario, o di carattere intersettoriale o più generale.

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

Tra i primi:

- la relazione socio-sanitaria regionale (articolo 13, commi 1 e 2 della l.r. n. 18/2007);
- le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale (articolo 13, comma 3 della l.r. n. 18/2007).

Tra i secondi occorre prevedere:

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

Per quanto concerne la valutazione di risultato vengono individuati alcuni strumenti di verifica:

- la misurazione della capacità di miglioramento in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, sostenibilità economica e outcome del sistema sanitario regionale nel suo complesso. La misurazione della capacità di miglioramento dovrà riferirsi agli indicatori relativi agli obiettivi sui LEA condivisi tra le regioni e il Ministero. Il grado di raggiungimento degli obiettivi condivisi conseguito dovrà essere reso pubblico ai cittadini;
- la misurazione della riduzione della variabilità della performance relativa agli obiettivi del punto precedente tra le ASR. In particolare, la riduzione della variabilità tra le aziende dovrà essere considerata un obiettivo condiviso tra Regione e

aziende stesse quale meccanismo di verifica dell'equità sostanziale e delle pari opportunità, in ambito socio sanitario, per tutti i cittadini piemontesi;

- la valutazione degli eventi sentinella, progetto del Ministero della salute. Sono definiti eventi sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Le aziende sanitarie della Regione Piemonte partecipano al progetto che implica la segnalazione dell'evento sentinella. A questo seguono azioni migliorative e correttive del sistema organizzativo.

Altro indispensabile ausilio al miglioramento della qualità delle prestazioni è la valutazione degli output e degli outcome delle strutture sanitarie piemontesi. Un numero esiguo di prestazioni o interventi chirurgici in alcune strutture rappresenta una criticità importante sia dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse, sia dal punto di vista della sicurezza dei pazienti. Le curve di apprendimento internazionali stabiliscono un preciso numero di interventi, per arrivare ad una sicura ed efficace esecuzione della pratica chirurgica (soprattutto nel caso di interventi complessi o con l'uso di tecnologie avanzate). Anche la valutazione degli outcome (progetto piemontese sulla valutazione di indicatori di sicurezza) ha una importanza strategica per la realizzazione di un circolo virtuoso di miglioramento della qualità tramite audit clinici e peer review tra professionisti. Il progetto si basa sulla valutazione di una griglia di indicatori legati alla sicurezza dei pazienti, allo scopo di individuare eventuali criticità e proporre soluzioni migliorative procedurali, relazionali o tecnologiche.

Negli ultimi anni si sono sviluppate nelle aziende sanitarie del Piemonte iniziative di valutazione dell'applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti, avviate dal Ministero della salute. Le raccomandazioni trattano di vari argomenti (sicurezza del farmaco, sicurezza del paziente chirurgico, sicurezza dei dispositivi biomedicali ecc). Le valutazioni vengono eseguite tramite audit o tramite questionari mirati e hanno lo scopo di verificare l'effettiva applicazione delle raccomandazioni.

ALLEGATO AL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015

I PROGETTI SPECIALI DI SALUTE

1. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE E I PRINCIPALI PROBLEMI CUI ATTRIBUIRE PRIORITÀ NELLA PROGRAMMAZIONE

1.1 Mutamenti demografici

La popolazione residente in Piemonte al 31 dicembre 2010 è di poco più di 4.457.000 persone (di cui il 48,4% uomini e il 51,6% donne). Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana (16,5% per gli uomini e 21,7% per le donne). Le previsioni elaborate dal settore regionale statistica e studi ipotizzano, con riferimento all'anno 2050, una perdita di popolazione regionale di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultra sessantacinquenni arriverebbero a costituire oltre un terzo della popolazione. La popolazione si concentra nelle aree più urbanizzate di pianura e di collina vicine ai capoluoghi di provincia, in particolare nelle zone prossime a Torino ed al confine con la Lombardia. Di converso, le zone montane presentano una ridotta densità di popolazione e sono state soggette negli ultimi decenni ad un forte fenomeno di spopolamento. Nelle aree di montagna, oltre che nella città di Torino, la presenza degli anziani è più elevata. L'esposizione degli anziani ai rischi di salute legati all'isolamento sociale è confermata anche dall'elevata concentrazione delle famiglie monocomponente nelle aree montane e pedemontane. La Città di Torino costituisce un caso particolare in cui la presenza di anziani soli si somma a quella di cittadini "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani. A partire dagli anni '90 diventa sempre più rilevante la presenza di residenti di cittadinanza straniera, passati da 127.563 nel 2002, a 231.611 nel 2005 ed a 377.241 nel 2009, rappresentando rispettivamente il 3,0%, il 5,3% e l'8,5% della popolazione residente. La presenza di residenti con cittadinanza straniera è particolarmente accentuata nelle classi di età giovanili: con riferimento all'anno 2009, nella fascia di età inferiore a 20 anni il 12,4% dei residenti è di cittadinanza straniera, valore che raggiunge il 17,5% nella fascia fra i 20-34 anni.

1.1.1 La natalità

Nel 2009 si sono registrati 36.392 parti per un totale di 36.385 nati; dopo un lungo periodo di stabilità della natalità in Piemonte (e di lieve calo nel resto d'Italia), negli ultimi anni si registra un lieve aumento della natalità nella nostra regione. Nel 2009, il tasso di natalità si è attestato a 8,8 per mille abitanti, inferiore sia al dato nazionale sia a quello del Nord-Ovest (entrambi 9,5 per mille). Il numero medio di figli per donna è pari a 1,39 sovrapponibile al dato nazionale (1,39), inferiore a quello del Nord-Ovest (1,45). L'età media delle donne che partoriscono in Piemonte è aumentata nel corso degli anni, passando dai 27,2 anni del 1980 ai 31,7 attuali, valore leggermente superiore rispetto alla media nazionale di 31,5. E' consolidata abitudine, tra le piemontesi, partorire presso strutture pubbliche. Anche in Piemonte, come nel resto d'Italia, il ricorso al taglio cesareo è in aumento: la percentuale è passata dal 14,1% del 1980 al 31,7% del 2009, pur restando al di sotto del valore medio italiano (38,4%). Per quanto riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), a partire dall'approvazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), si è osservato un incremento del ricorso legato alla regolarizzazione delle registrazioni, seguito, a partire dal 1982, da un costante e progressivo calo; il tasso di abortività volontaria appare più stabile che in passato a causa del contributo numerico delle donne straniere; tra le donne italiane, infatti, si conferma la diminuzione, mentre è sempre più rilevante

la quota di IVG a carico di donne straniere, che rappresentano oltre il 40% dei 9485 interventi effettuati nel 2009. Tra le province è Torino quella in cui vi è un ricorso maggiore, verosimilmente per una presenza più elevata di donne giovani e tra queste molte straniere.

1.1.2 La mortalità

Ogni anno, in Piemonte, muoiono circa 48.000 persone (52% donne e 48% uomini), per un tasso grezzo di mortalità pari a 11 per 1.000 abitanti (periodo 2006-2008). Escludendo le differenze legate all'età media più elevata dei cittadini piemontesi rispetto al resto dell'Italia, la mortalità maschile è superiore del 2,7% rispetto alla media italiana, mentre le differenze sono pressoché assenti tra le donne (anno 2007). A partire dal 1990 la mortalità in Piemonte si è ridotta del 22,6% in entrambi i sessi, al netto dell'invecchiamento della popolazione registrato nello stesso periodo. All'interno del territorio piemontese, il rischio di morte si distribuisce in maniera disomogenea. Tra gli uomini, la mortalità è, in generale, più elevata nei comuni montani, in particolare nell'alto Canavese, nelle Valli di Lanzo, in tutti i comuni alpini del Cuneese, ed anche in ampie zone di pianura del Vercellese. Al contrario, Torino e la sua cintura, così come, tra i capoluoghi di provincia, Asti e Cuneo si presentano come aree a basso rischio. Anche tra le donne sono presenti differenze geografiche interne al Piemonte, ma meno accentuate e distribuite in maniera più disomogenea; anche in questo caso, tuttavia, si riconosce una mortalità più elevata in alcune aree montane. Anche nelle donne, tra i grandi centri, Torino e cintura si caratterizzano come aree a basso rischio.

1.2 Mutamenti epidemiologici

In Piemonte, come nel resto del Paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita per gli uomini è passata dai 43 anni del 1900 ai 78,7 del 2008 con un guadagno di quasi 35 anni, mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, circa 40 anni e la speranza di vita, nel 2008, è di 83,8 anni. Il miglioramento, fino agli anni sessanta, era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia quasi non più migliorabile del 5 per mille all'inizio del duemila), e le età adulte e anziane. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto a causa dell'incremento delle morti correlate all'uso della droga. Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite del 45% tra gli uomini e del 55% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni del 34%, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe del 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali), mentre per i tumori la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire solo per quelle adulte (con una diminuzione media del 6% tra gli uomini e del 12% tra le donne). In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza grezza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%).

Viceversa nei dati delle indagini multiscopo Istat sulla salute l'andamento della prevalenza standardizzata per età mostra una diminuzione della disabilità. In generale, per quanto riguarda la speranza di vita in buona salute, il maggiore impatto sarà dovuto all'ingresso in età anziana di nuove generazioni che hanno condiviso esperienze di vita e hanno livelli di istruzione più favorevoli e che quindi hanno protetto maggiormente il loro capitale di salute. Molti degli andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la terziarizzazione delle attività produttive e per l'applicazione delle normative di prevenzione e di sicurezza negli ambienti di lavoro), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure). Tra gli andamenti sfavorevoli, invece, si potrebbero ricordare le conseguenze negative sui principali determinanti della salute come della sfavorevole congiuntura economica e finanziaria (disoccupazione, povertà, coesione sociale), la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità aria, emergenze di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Per quanto riguarda gli stili di vita, i piemontesi sono meno in sovrappeso rispetto alla media italiana e delle regioni del Nord, sono meno sedentari, consumano più vino e fumano come la media degli Italiani. Le donne fanno diagnosi precoce con una frequenza leggermente inferiore di quella delle donne del Nord e di più della media italiana. Dal punto di vista della salute valutano negativamente la propria salute in misura superiore rispetto alla media dell'Italia e delle regioni del Nord; riferiscono almeno una malattia cronica in proporzione lievemente inferiore a quella del Nord e dell'Italia e riportano almeno una disabilità in misura leggermente superiore rispetto alle altre regioni del Nord, ma meno della media italiana.

Sono tuttavia da segnalare alcuni ambiti della salute per i quali sussistono lacune conoscitive importanti. Una parte significativa della salute mentale sfugge all'osservazione epidemiologica: solo i pazienti con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori sono trattati dai servizi di salute mentale e ne viene misurata l'occorrenza nei sistemi di osservazione corrente; rimane da capire in quale misura la gestione del disturbo sia, negli altri casi, affidata ad altri referenti, quale assistenza ricevano e quale quota rimanga non gestita. Le stime dell'OMS assegnano alla depressione un ruolo di primo piano nel causare disabilità nell'adulto e nell'anziano. In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota del bisogno che si trasforma in domanda, e, anche su questa quota, non si dispone di adeguati sistemi informativi sul piano regionale. Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato il tema della violenza fisica psicologica e sessuale a sfavore delle donne e il tema delle varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze; dall'altro rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio dei maschi per i comportamenti pericolosi (abuso di alcool, droghe e gioco d'azzardo). Il termine violenza di genere, originato nella

Conferenza di Pechino (1995), è stato accolto dall'Organizzazione mondiale della sanità. In Italia l'iter della proposta di legge di iniziativa popolare avanzata nel 1979 e approvata nel 1996 è stato accompagnato da progetti di accoglienza, di auto aiuto, di servizi pubblici o convezionati con il pubblico dei centri di antiviolenza e delle case rifugio. In Piemonte occorrerà garantire continuità ai servizi sanitari specializzati sul soccorso alle vittime di stupro o di maltrattamenti e alla legge sui centri antiviolenza. Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può costituire un'opportunità positiva (esempio soggetti forti e sani introdotti nel mercato del lavoro), ma può anche rappresentare l'occasione per il riemergere di nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

1.3 I maggiori problemi di salute

Il PSSR 2011-2015 individua quattordici problemi di salute considerati prioritari ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera a), della l.r. n. 18/2007. Le azioni finalizzate al loro contrasto vengono definite, sulla base dei contenuti di cui ai Capitoli 3, 4 e 5 dell'Allegato al PSSR 2012-2015 e sentite le università, gli ordini e i collegi professionali, le società scientifiche e tutte le istituzioni in grado di fornire utili contributi, da specifiche deliberazioni di Giunta regionale che costituiscono gli obiettivi di salute per le ASR piemontesi, da realizzarsi nel periodo di validità del PSSR stesso.

1.3.1 Malattie ischemiche del cuore

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 5.000 decessi (54% tra gli uomini e 46% tra le donne) per malattie ischemiche del cuore, pari all'11% del totale, e oltre 25.000 ricoveri (2008). La mortalità è in continuo declino: dal 1990 al 2007 la riduzione è stata del 33% tra gli uomini e del 35% tra le donne, superiore a quella registrata nel resto dell'Italia, in modo particolare tra le donne. Nel 2007 il Piemonte era una delle regioni italiane con i più bassi tassi di mortalità. Nell'ambito di questa situazione favorevole, la mortalità si distribuisce in maniera eterogenea all'interno del territorio piemontese. Il Piemonte settentrionale rappresenta un'area a rischio più elevato rispetto al resto della Regione, mentre il Centro-Sud ed in particolare il cuneese e il basso alessandrino rappresentano aree a basso rischio. I ricoveri per cardiopatia ischemica rispecchiano, in parte, la geografia della mortalità. Il Piemonte settentrionale rappresenta un'area ad alto rischio, così come il Piemonte centrale e meridionale sono aree a basso rischio. Differente il caso dei comuni montani della provincia di Torino dove, a fronte di un'elevata mortalità, corrisponde un basso rischio di ricovero; questa combinazione suggerisce la possibile esistenza di difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere per i residenti in queste aree. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità nei residenti in comuni montani è superiore a quella tra i residenti dei comuni di pianura del 10%; questa differenza è invece assente nel caso delle donne. I residenti in montagna presentano, in entrambi i sessi, un ricorso al ricovero del 13% inferiore rispetto ai residenti in pianura. Questa discrepanza tra mortalità e ricoveri diventa molto evidente, in entrambi i sessi, considerando solo gli eventi acuti (infarto miocardico acuto), quelli che più si avvantaggiano di un ricovero tempestivo.

1.3.2 Malattie cerebrovascolari

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 6.300 decessi (37% tra gli uomini e 63% tra le donne) per malattie cerebrovascolari, pari al 13% di tutti i decessi, e oltre 20.000 ricoveri (2009). La mortalità è in continuo declino: dal 1990 al 2007 la riduzione è stata di circa il 45% sia tra gli uomini che tra le donne. Nonostante ciò, la mortalità risulta superiore sia al valore medio italiano (di circa il 15%), sia rispetto a quello del Nord-

Ovest (di circa il 19%). Questa differenza coinvolge tutte le classi di età, essendo evidente sia nella popolazione al di sotto dei 65 anni, sia nella popolazione anziana. All'interno del Piemonte, il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, con alcune differenze anche tra uomini e donne. In entrambi i sessi il Piemonte settentrionale, in particolare il Verbano Cusio Ossola (VCO), il Vercellese e l'Astigiano (in modo più marcato tra gli uomini) si caratterizzano come aree con mortalità più elevata. A queste aree, tra gli uomini, si aggiungono anche i comuni montani del Piemonte occidentale e della Valle Po, tra le donne, l'alto Canavese e le Valli di Lanzo. Differenze geografiche sono rilevabili anche nel caso dei ricoveri per vasculopatie cerebrali, anche se, per quanto riguarda il 2009, la distribuzione geografica riproduce solo parzialmente quella della mortalità e non presenta evidenti ampie aree di aggregazione, fatta eccezione per alcune aree montane, in particolare in provincia di Torino e di Cuneo e alcune aree dell'Alessandrino.

1.3.3 Malattie neuromuscolari

Tra le malattie neuromuscolari figurano, tra le altre, la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica e la distrofia muscolare.

La sclerosi multipla rappresenta una patologia ad elevato impatto sociale: 2 miliardi e 400mila euro è il costo sociale di tale patologia con ben 4.460 casi in Piemonte. Per tale ragione è importante mettere a sistema dati ed informazioni attraverso sistemi qualificati, come i registri di patologia, per disporre delle necessarie informazioni. La Toscana e la Liguria hanno già attivato i registri regionali per la sclerosi multipla, anche in Piemonte si intende costituire tale importante strumento.

La sclerosi laterale amiotrofica è una patologia gravemente invalidante, che riguarda in Piemonte circa cinquecento persone, le cui condizioni fisiche e relazionali sono destinate a deteriorarsi nel tempo.

Infine, anche la distrofia muscolare di Duchenne è una grave patologia, che colpisce soprattutto giovani maschi, uno ogni 3.500 soggetti. Si stima, quindi, la presenza nella nostra regione di circa 50 malati.

Di fondamentale importanza per tutti questi malati è il tema della non autosufficienza, che non deve riguardare, dunque, esclusivamente la fascia di popolazione più anziana. E' pertanto necessario supportare progetti di vita indipendente che devono essere distinti da quelli per i non autosufficienti.

1.3.4 Malattie oncologiche

Ogni anno, in Piemonte, si stima un'incidenza di circa 30.000 casi all'anno e si osservano circa 13.500 decessi (57,6% tra gli uomini e 43,4% tra le donne) per tumori maligni, pari al 28,9% del totale. Nell'anno 2009, i ricoveri di cittadini piemontesi con diagnosi principale per tumori maligni risultano 28.857 per gli uomini e 22.729 per le donne. I tassi di mortalità standardizzati risultano in leggero declino, registrando, nel periodo 1990-2008, una diminuzione del 12,9% negli uomini (da 425,5 per 100.000 a 370,8) e del 12,4% nelle donne (da 230,2 a 201,7), con un riduzione meno sensibile rispetto a quella nazionale (-17,8% negli uomini e -13,1% nelle donne). I tassi di mortalità nel 2008 risultano leggermente superiori rispetto alla media italiana (370,8 per mille contro 361,0 negli uomini e 201,7 contro 194,1 nelle donne) ma inferiori alla media del Nord-Ovest (388,1 negli uomini e 208,3 nelle donne).

I dati del Registro Tumori Piemonte (RTP) evidenziano un fenomeno comune ad altre aree italiane: la riduzione della mortalità negli ultimi anni si affianca ad un aumento dell'incidenza: aumentano i tumori riconosciuti, ma diminuiscono i decessi. Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici e includono il miglioramento delle tecniche diagnostiche, l'attivazione dei programmi di screening, il miglioramento delle terapie e del trattamento

oncologico, ma probabilmente anche, per alcuni tumori, l'aumentata esposizione a fattori di rischio. All'interno del Piemonte il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, soprattutto negli uomini. Per gli uomini, il Piemonte settentrionale e orientale, unitamente all'arco alpino della provincia di Torino si presentano con un rischio più elevato (probabilmente per una differente esposizione a stili di vita a rischio, come il fumo di sigaretta). Il Piemonte meridionale e la pianura della provincia di Torino (città di Torino inclusa) si presentano invece come aree a basso rischio. Tra le donne, invece, la variabilità fra differenti zone geografiche è meno marcata. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità dei residenti in comuni montani è superiore a quella dei residenti in comuni di pianura di circa l'8%, mentre questa differenza non si osserva nelle donne. La distribuzione geografica dei ricoveri ospedalieri si sovrappone in parte a quella osservata per la mortalità. Tra gli uomini, l'intero Piemonte orientale e la città di Torino presentano un maggior rischio di ricovero, mentre il cuneese si conferma un'area a basso rischio. Tra le donne, a differenza della mortalità, si evidenzia una certa variabilità nel ricovero ospedaliero, con una distribuzione simile a quella degli uomini. Le stime di incidenza confermano queste immagini: le aree a incidenza più elevata sono quelle urbane e del nord del Piemonte. I tumori più frequenti, in termini di incidenza, di mortalità e di ricorso al ricovero ospedaliero sono quello del polmone negli uomini (27,7% dei decessi per tumore e 10,3% dei ricoveri per tumori) e della mammella nelle donne (18,3% dei decessi e 19,9% dei ricoveri).

1.3.5 Malattie dell'apparato respiratorio

Le patologie dell'apparato respiratorio sono caratterizzate da una grande eterogeneità, comprendendo forme infiammatorie acute completamente reversibili, l'asma bronchiale (la più diffusa patologia cronica dell'infanzia) e forme croniche dell'adulto progressivamente ingravescenti. In Piemonte, si registrano, ogni anno, circa 3.400 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (56% uomini e 44% donne), la metà delle quali per broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). Nel complesso la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, pur con alcune fluttuazioni, è in diminuzione, anche se il Piemonte presenta un tasso di mortalità superiore sia al valore italiano sia a quello del Nord Ovest. All'interno del Piemonte, larga parte dell'arco alpino del Piemonte occidentale e l'intero cuneese sono le aree a mortalità più elevata, mentre le province di Asti, Alessandria e Novara, così come l'ossola sono le aree a rischio più basso. Dalla fonte ISTAT si stima, in Piemonte, la presenza di poco meno di 170.000 persone con BPCO, pari a circa il 4% della popolazione (4,3% degli uomini, e 3,7% delle donne). La prevalenza aumenta con l'età, sino a raggiungere quasi il 15% degli oltre i 65 anni (il 9% delle donne). Inoltre, la BPCO, soprattutto negli uomini, è fortemente associata alla posizione sociale: la frequenza è più elevata nei soggetti socialmente più svantaggiati. Queste differenze di genere, età e posizione sociale testimoniano delle differenze nell'esposizione a fumo di tabacco, inquinamento atmosferico, esposizione professionale a sostanze nocive, fumo passivo e inquinamento domestico in genere. L'asma bronchiale, invece, interessa poco meno di 125.000 piemontesi, con una prevalenza di circa il 2,6% tra gli uomini e del 3,2% tra le donne, valori sostanzialmente simili alla media italiana. Le classi più giovani sono quelle più interessate e i ricoveri per asma sono molto più frequenti nell'età pediatrica.

1.3.6 Diabete mellito

Dal 2008 i MMG del Piemonte gestiscono in forma integrata con gli specialisti diabetologi i pazienti diabetici, con l'obiettivo di prevenire le complicanze.

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

1.3.7 Malattie nefrologiche

Il 10-13% della popolazione generale ha un danno renale cronico e circa 700 nuovi casi ogni anno giungono ad una insufficienza renale che deve essere trattata con la dialisi (160-170 casi /milione abitanti /anno), circa il 20% di questi casi ha indicazione al trapianto renale mentre i rimanenti devono essere trattati a vita con la dialisi.

Nel caso della nostra Regione attualmente i pazienti in trattamento dialitico sono oltre 3150 (di cui 785 in lista d'attesa per il trapianto di rene) e 2271 sono i pazienti con trapianto renale funzionante. Si tratta di un carico assistenziale molto oneroso (circa 70.000 euro il costo annuo del paziente in dialisi) a cui si aggiungono oneri particolarmente importanti per i trasporti domicilio - sede di dialisi.

1.3.8 Salute mentale

Depressione e schizofrenia insieme al disturbo da abuso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa. Dai dati disponibili, risulta che sono ricoverati in Piemonte, ogni anno, con una diagnosi di disturbo psichico oltre 8.500 soggetti per un totale di più di 20.000 ricoveri con una distribuzione ineguale tra le varie aree territoriali: da un tasso standardizzato di primo ricovero di 123,0 per 100.000 abitanti nella ASL di Biella ad un tasso di 247,3 per 100.000 abitanti nella città di Torino. Il tasso del Piemonte si situa al 13° posto tra le regioni italiane. In generale, si osserva una tendenza ad un minore ricorso al ricovero per alcuni gruppi diagnostici nei comuni di collina e di montagna e in quelli semi-urbani e rurali. Unica eccezione sono i ricoveri per disturbo da abuso di alcol che sono più frequenti nei residenti in comuni montani. In un anno, circa 41.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione

di neurolettici per un totale di quasi 340.000 prescrizioni con differenze tra le diverse aree territoriali della regione (tra il valore minimo e quello massimo) di 10 volte. La prescrizione è più frequente nelle donne e nei soggetti residenti nei comuni più deprivati ed è meno frequente nei residenti in comuni montani. Nell'arco di un anno, più di 260.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.800.000 prescrizioni con una distribuzione territoriale fortemente disomogenea. La prescrizione di antidepressivi è più frequente nelle donne e nei soggetti nei comuni con indice di deprivazione medio, meno frequente nel contesto semi-urbano e rurale e nei residenti nei comuni di montagna. Il Piemonte è una delle regioni italiane con i valori più elevati di mortalità per suicidio. Ogni anno si registrano circa 400 suicidi, con un rapporto uomini/donne di 3 a 1 e con una frequenza più elevata nelle classi di età anziane. La distribuzione sul territorio regionale è disomogenea: tra gli uomini è chiaramente riconoscibile un eccesso di rischio in corrispondenza di tutto l'arco alpino, mentre tra le donne l'eccesso di rischio riguarda soprattutto il cuneese, l'eporediese e il biellese.

1.3.9 Incidenti stradali

Il contesto europeo e nazionale presenta una flessione della mortalità da incidenti stradali, pur senza riuscire a raggiungere l'obiettivo dell'Unione Europea di dimezzare il numero delle vittime della strada rispetto al 2001. Al termine dell'anno 2009, la diminuzione del 44% registrata in Piemonte posiziona la nostra regione in una situazione migliore della media italiana (-40%) ma non appartenente al gruppo delle regioni che hanno già raggiunto tale obiettivo. Nonostante i miglioramenti registrati negli ultimi anni, il Piemonte risulta tra le regioni italiane con i più elevati indicatori di mortalità e lesività per incidenti stradali. Il tasso di mortalità regionale nell'anno 2009, basato sulle schede di rilevazione dell'incidentalità stradale, risulta di 7,2 per 100.000 abitanti, a fronte del valore di 7,1 in Italia e di 5,8 nell'Europa a 15. Analogamente gli indici di mortalità (rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti, moltiplicato per 100), di gravità (rapporto tra il numero dei morti e il numero totale dei morti e dei feriti, moltiplicato per 100) e di lesività (rapporto tra il numero dei feriti e il numero degli incidenti, moltiplicato per 100) assumono in Piemonte i valori di 2,3, 145,4 e 1,6 a fronte degli analoghi valori italiani di 2,0, 142,6 e 1,4. L'incidentalità stradale ed i suoi effetti sulla salute si distribuiscono in modo non omogeneo nel territorio regionale: i sinistri occorsi nel 2009 sulle strade del vercellese (indice di mortalità 4,0) e del cuneese (indice di 3,7) risultano con conseguenze più gravi; valori inferiori alla media regionale sono osservati per le province di Torino (indice di 1,8) e Asti (indice di 2,0). L'indice di lesività assume il valore più elevato nella provincia di Torino (150,0) e quello più basso nel VCO (127,8). Rispetto alla distribuzione per età, la mortalità per incidente stradale da veicolo a motore è particolarmente accentuata nelle fasce di età giovanili: in Piemonte, nell'anno 2009, oltre un quarto delle morti ha riguardato persone con meno di 29 anni (il 24,7% negli uomini ed il 28,3 % nelle donne). Negli ultimi anni si registra peraltro, accanto ad una riduzione complessiva del numero dei morti, un aumento della quota relativa anche alle persone anziane, particolarmente nel ruolo di utenti deboli (8 uomini e 13 donne morte nell'anno 2009 coinvolte in incidenti stradali in funzione di pedoni).

1.3.10 Dipendenze patologiche

1.3.10.1 Abuso di alcol

Il numero di utenti alcolodipendenti in carico ai servizi è progressivamente aumentato negli anni da circa 2.600 nel 1996 a circa 7.000 nel 2010. L'aumento è dovuto principalmente agli utenti già in carico (circa 5.000) ed in minore misura ai nuovi utenti (circa 2.000). Il tasso regionale standardizzato per 100.000 abitanti nel 2010 è 159,2 utenti, con una

notevole variabilità intra-regionale (sette volte): da 50,5 (Vercelli) a 351,2 (Perosa Argentina). La classe di età 40-49 anni concentra il maggior numero di utenti sia tra quelli già in carico (32% tra i maschi e 35% tra le femmine) sia tra i nuovi (31% tra i maschi e 34% tra le femmine). Tra i nuovi, il 34% dei maschi e il 41% delle femmine ha più di 50 anni. Nel 2009 sono stati ricoverati in Piemonte circa 1.900 soggetti con una diagnosi di dipendenza o abuso di alcol per un totale di circa 3.350 ricoveri con una variabilità dei tassi standardizzati meno accentuata tra le ASL (2,4 volte); il 38% di costoro è stato inviato dai SERT.

1.3.10.2 Tossicodipendenze

Il numero totale di utenti, è progressivamente aumentato pur in presenza di alcune oscillazioni. Nel 2010 sono stati trattati complessivamente 15.849 utenti con un rapporto maschi/femmine di 4,6 a 1. I nuovi utenti, dopo un periodo di costante sono aumentati a partire dal 2005, in concomitanza con la rilevazione sistematica di dipendenze diverse da quelle classiche. Nel 2010 sono stati circa 3.200. Il tasso di utenti SERT è 693 per 100.000 abitanti (età 15-54 anni), con un'importante variabilità del valore tra le diverse sedi (17 volte), da un massimo di 1.751 utenti per 100.000 in un SERT torinese, ad un minimo di 313 utenti per 100.000 a Savigliano. L'età media stimata è aumentata sia tra i nuovi utenti (da 25 a 34 anni) sia tra quelli già in carico (da 28 a 37 anni) e in entrambi i sessi (in linea con i dati nazionali). Tra gli utenti già in carico, la classe di età più numerosa è quella sopra i 39 anni sia tra i maschi (48%) sia nelle femmine (44%). L'84% dei maschi e l'80% delle femmine già in carico ha almeno 30 anni. Tra i nuovi utenti è maggiormente rappresentata la classe sopra i 39 anni sia nei maschi (37%) sia nelle femmine (53%). Ha un'età inferiore ai 20 anni l'8% dei maschi e il 4% delle femmine tra i nuovi utenti e l'1% sia dei maschi sia delle femmine tra gli utenti già in carico. Nel corso degli anni si è assistito ad una modificazione, simile a quella nazionale, nel profilo delle sostanze per cui i soggetti richiedono il trattamento. Diminuisce sia il numero assoluto sia la proporzione di utenti trattati per eroina (10.442, il 66% del totale) mentre aumentano i soggetti trattati per cocaina (2.056, il 13% del totale), per gioco d'azzardo patologico (811, il 5% del totale), per fumo di tabacco (1.111, il 7% del totale) e per cannabinoidi (1.034, il 6,5% del totale). Il numero di soggetti deceduti per overdose, stabile intorno a 20 all'anno fino al 1985 è andato aumentando con due picchi nel 1990 e nel 1996 (157 e 169 decessi) diminuendo quindi progressivamente: nel 2010 secondo i dati del ministero dell'interno sono deceduti 21 soggetti. Tra le province, Torino ha il valore più elevato (13 decessi) seguita da Cuneo (4 decessi). L'andamento piemontese ricalca quello nazionale, ma presentando tassi standardizzati circa doppi almeno fino al 2002 ultimo anno analizzato con i dati ISTAT.

1.3.11 Malattie infettive

In Piemonte ogni anno, vengono notificati, attraverso i vari sistemi di sorveglianza epidemiologica, circa 10.000 casi di malattia infettiva; i ricoveri per cause specifiche infettive o comunque riconducibili a cause infettive sono circa 30.000, il tasso grezzo di mortalità, nel 2006, di 14,6 per 100.000 abitanti. Se si escludono le malattie esantematiche e pediatriche, è la salmonellosi non tifoidea, sia come numero assoluto di casi che come tasso, la malattia infettiva più frequente; seguono diarrea infettiva, tubercolosi polmonare, epatite virale A e sifilide. Le notifiche di tubercolosi polmonare, confrontate con quelle degli anni precedenti, sono sostanzialmente stabili, con una riduzione dei casi nella popolazione autoctona ed un aumento in quella proveniente da aree ad alta endemia; tra le fasce di popolazione a rischio (anziani, stranieri immigrati e persone con infezione da HIV) tende ad aumentare la quota degli immigrati e degli anziani, mentre si riduce ulteriormente quella delle persone con HIV. Per quanto riguarda le infezioni da HIV, negli ultimi anni i tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione

da HIV non mostrano una significativa variazione, attestandosi a 300 diagnosi all'anno; cresce il numero di persone che vive con l'infezione, stimato, all'inizio del 2010, in 1,84 casi ogni mille piemontesi, con un valore massimo nella fascia di età 40-44 anni. Tra il 1984 e il 2007 il tasso di letalità per HIV/AIDS è sceso dal 100 all'11 per 100.000, con una mortalità che è passata da 5,16 per 100.000 abitanti a 1,7. E' invece elevata la percentuale dei soggetti arrivati alla prima diagnosi di infezione da HIV o con una concomitante diagnosi di AIDS o con una già grave compromissione del sistema immunitario. Connesso all'infezione da HIV è la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse, in aumento negli ultimi anni, in particolare per quanto riguarda sifilide e gonorrea.

Le problematiche relative alle malattie infettive non si esauriscono però con le patologie soggette a notifica.

Si rileva, infatti, nei principali nosocomi un incremento delle infezioni ospedaliere da patogeni emergenti e/o multiresistenti.

Tali patologie comportano un aumento delle morbidità, un prolungamento dei tempi di degenza e, potenzialmente, un eccesso di mortalità.

E' pertanto indispensabile che i principali presidi della rete ospedaliera regionale eseguano attento monitoraggio al fine di stabilire la reale entità del fenomeno.

Per il controllo ed il corretto trattamento di tali infezioni è inoltre opportuno che gli stessi si dotino di un servizio di malattie infettive, proprio o in convenzione, e che prevedano la presenza di uno specialista in malattie infettive nel CIO.

1.3.12 Malattie rare

Le malattie rare colpiscono meno di 5 persone su 10.000 abitanti della Comunità Europea. La rarità di tali patologie fa sì che i pazienti sperimentino difficoltà diagnostiche e percorsi di assistenza inadeguati e talora frustranti sia per le carenze di informazione e la povertà di opzioni terapeutiche che per l'impatto emotivo e il vissuto di isolamento.

A livello nazionale la problematica delle malattie rare è stata affrontata a partire dal Piano sanitario nazionale 1998-2003, dal D.M. 18 maggio 2001, n. 279 (Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124), e dall'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 10 maggio 2007.

La Regione Piemonte con DGR 22-11870 del 2 marzo 2004 ha istituito una rete per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la cura delle malattie rare. Con il provvedimento sono stati individuati, quali nodi della rete, tutti i presidi sanitari regionali che intervengono nei percorsi assistenziali con gradi di competenza diversi, allo scopo di fornire una corretta diagnosi, la cura più adeguata e la continuità assistenziale in tutte le fasi della malattia.

La suddetta deliberazione ha, inoltre, individuato un centro di coordinamento dei presidi territoriali della rete, con funzioni di gestione del registro regionale delle malattie rare, la promozione dell'informazione ai cittadini e della formazione degli operatori, la collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con altre regioni, la collaborazione con le associazioni di volontariato. Un'ulteriore peculiarità della rete piemontese per le malattie rare è rappresentata dalla stretta interazione con altri network regionali, quali la rete delle neuropsichiatrie infantili, il sistema di assistenza domiciliare dei bambini con insufficienza respiratoria, la rete delle farmacie ospedaliere per la produzione e la distribuzione dei farmaci galenici "orfani".

Nel suo insieme il "modello Piemonte" per le malattie rare rappresenta un'esperienza pilota unica in Italia.

Con la delibera della Giunta regionale 17 marzo 2008, n. 21-8414 le Regioni Piemonte e Valle d'Aosta hanno riconosciuto la presenza di un unico bacino di utenza ed hanno istituito un'unica rete assistenziale, un centro interregionale di coordinamento ed un registro interregionale delle malattie rare.

Il funzionamento della rete prevede:

- la promozione di protocolli diagnostici condivisi, resi possibili dall'attività di gruppi di lavoro composti da specialisti ed operatori sanitari provenienti dalle strutture del Piemonte e della Valle d'Aosta;
- la tempestiva diffusione di informazioni sanitarie e legislative al personale, ai pazienti ed alle associazioni, attraverso il portale della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta (<http://www.malattierarepiemonte-vda.it>);
- la gestione diretta di un Master di II livello sulle malattie rare per la formazione di esperti in medici, farmacisti, biologi e ricercatori, psicologi;
- l'utilizzo del registro regionale quale strumento di identificazione di criticità.

Costituiscono obiettivi ulteriori di sviluppo:

- l'elaborazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) per singole patologie o per gruppi omogenei di patologie, e per problematiche complesse, quali la transizione dall'età evolutiva all'adulto, in collaborazione con le associazioni di pazienti;
- l'individuazione di centri esperti, riconosciuti in relazione al PDTA, ai dati del registro, e a specifiche caratteristiche strutturali e scientifiche;
- l'evoluzione del registro a strumento epidemiologico, di pianificazione sanitaria e di misura di appropriatezza e di ricerca a disposizione degli operatori attraverso l'elaborazione di schede di follow-up, di prescrizione farmaceutica e controllo delle risorse impiegate mediante l'integrazione con il sistema di data-warehouse sanitario regionale.

1.3.13 Pazienti ad alto grado di tutela

Rilevare il numero preciso di persone con disabilità non è semplice: la definizione di disabilità non è universale, le disabilità mentali/cognitive sono più difficili da rilevare (a volte "resistenze e pregiudizi culturali" limitano l'accesso delle persone interessate e dei loro familiari ai servizi), stimare il numero di bambini disabili è complesso (soprattutto nella fascia di età prescolare il dato è di solito sottostimato) e, infine, le stime dei disabili istituzionalizzati presentano ancora problemi di qualità e confrontabilità importanti. Secondo l'ISTAT, in Piemonte, le persone disabili di età superiore ai cinque anni, non istituzionalizzate, sono circa 180.000, il 65% delle quali costituito da donne. In entrambi i sessi, il Piemonte mostra una minore frequenza di disabilità rispetto al dato nazionale e una maggiore frequenza nei confronti del Nord Ovest. A livello sub regionale sono presenti lievi differenze, con una distribuzione del fenomeno diversa nei due sessi. Si tratta in ogni caso di differenze che non raggiungono mai la significatività statistica. L'ordine di importanza delle diverse tipologie di disabilità è uguale tra uomini e donne: le più rappresentate sono le difficoltà nelle funzioni, seguite da quelle di movimento, mentre meno presenti sono quelle sensoriali. La prevalenza di disabilità cresce con l'aumentare dell'età: si passa da valori attorno al 2% nella popolazione adulta (fra 45 e 64 anni), a valori di circa il 12% negli uomini e di 20% nelle donne oltre i 65 anni di età. La popolazione anziana presenta un quadro di maggior gravità in tutte le tipologie di disabilità. Il confinamento a letto (o in carrozzina) interessa oltre il 45% dei disabili

anziani (quasi 1 anziano disabile su 2), poco più di 62.000 individui in Piemonte, con grave disagio per le persone in termini di perdita di autonomia e importanti conseguenze in termini di pressione sulla rete familiare e sul sistema sanitario e sociale. E' da sottolineare la diversa prevalenza delle forme di limitazione delle funzioni nei due sessi a svantaggio delle donne, dovuta in larga misura alla maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. In particolare fra le donne disabili è più elevata la percentuale di quelle costrette a letto o impossibilitate ad uscire di casa, se non con l'aiuto di altre persone (49,7% delle donne, rispetto al 38,5% degli uomini). Lo svantaggio delle donne non si spiega completamente con il fatto di essere maggiormente rappresentate nelle fasce di età più anziane, nelle quali è più frequente il fenomeno della disabilità nelle sue forme più gravi. Le differenze tra sessi sono presenti in tutte le fasce di età: diventano più consistenti dopo i 55 anni, si acuiscono dopo i 70 anni, in particolare nella fascia degli/delle ultraottantenni. È quindi possibile che le donne siano effettivamente più predisposte alla disabilità, condizione che troverebbe nella maggior presenza di donne nelle età avanzate un elemento sinergico.

La condizione di non autosufficienza conseguente a disabilità non emendabile ad andamento cronico, i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, i pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, i pazienti affetti da demenza rappresentano una grande rilevanza medica e sociale la cui assistenza costituisce obiettivo da perseguire.

Tra i pazienti ad alto grado di tutela merita una specifica attenzione la popolazione pediatrica con particolare riferimento alla prima e seconda infanzia (dalla nascita all'inizio dell'età scolare). A tal proposito è necessario mettere in luce meglio le tipicità della gestione e del trattamento della patologia pediatrica.

Le peculiarità della patologia pediatrica, legate alla tipologia delle malformazioni congenite, spesso multiorgano, richiedono infatti una tutela particolare per il bambino e la sua famiglia nonché un'elevata specializzazione dei soggetti che lo prendono in cura. E' altresì auspicabile mantenere, anche nella costituenda Città della Salute, un'entità fisica, in termini strutturali o aggregativi dipartimentale, affinché la popolazione possa adeguatamente riconoscerla evitando, dove possibile, la mobilità verso ospedali delle regioni vicine (Gaslini-Genova, Meyer-Firenze) che hanno mantenuto e potenziato le loro caratteristiche di centri di riferimento pediatrici.

1.3.14 La salute degli immigrati e delle immigrate.

In Piemonte al 31 dicembre 2010 risiedevano 398.910 stranieri regolarmente presenti; a questi occorre aggiungere la quota dei cittadini non regolarmente presenti, ossia coloro che non hanno più o non hanno mai avuto un permesso di soggiorno, a diverso titolo. I dati sanitari descrivono il progressivo depauperamento del cosiddetto "effetto migrante sano". Infatti nella gran parte dei casi gli immigrati sono persone che fondano il loro progetto migratorio sul proprio patrimonio di salute e che, in seguito a condizioni di vita non ottimali (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima), malattie importate dal paese d'origine, barriere culturali e linguistiche e mancanza di supporto familiare, subiscono un progressivo declino della loro salute e ricorrono all'assistenza sanitaria. I ricoveri ospedalieri di stranieri in Piemonte sono in progressivo aumento.

Le principali criticità sono le seguenti:

- problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito;

- accade spesso che stranieri regolarmente presenti e quindi pienamente cittadini non si iscrivano al SSN, pur avendone pieno diritto; esiste quindi un problema di informazione e di consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati;
- frequenti situazioni di difficoltà nell'affrontare la maternità;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Informazione Salute Immigrati), attivati in undici ASL in attuazione dell'allegato B, capitolo 12 del Piano sanitario 1997-1999;
- nel caso di adulti si osservano forti difficoltà da parte dei servizi dei DSM a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che STP. L'offerta garantita spesso è il ricovero presso gli SPDC, mentre non viene garantita la possibilità di fruire di riabilitazione semiresidenziali o residenziali.

Le strategie generali di sviluppo proposte sono:

- facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri;
- prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari;
- rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili;
- sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento di accogliimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico in particolare di questi pazienti;
- definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale;
- individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali, sia presso servizi diurni.

1.3.15 Potenziamento e messa in rete dei consultori della Regione

Deve essere salvaguardato il lavoro di equipe elemento imprescindibile per garantire un approccio preventivo e di promozione alla salute ed è necessario definire dei percorsi di salute con procedure standardizzate e uguali su tutto il territorio regionale per il benessere sessuale in tutte le fasi della vita, l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età tra i 15 e i 30 anni, la contraccezione, la maternità libera e consapevole e la gestione della menopausa.

2. LA PREVENZIONE

Premessa

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

Il Piano pone attenzione alla domanda, considerando al centro della programmazione e dell'azione la persona e non più i servizi, con una particolare enfasi sulla necessità di un uso sistematico dei dati, anche ai fini di una valutazione in continuo dei risultati raggiunti. Le macroaree e gli ambiti di intervento sono notevolmente estesi rispetto al passato, e comprendono, in particolare:

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

Seguendo le indicazioni e attuando le prescrizioni contenute nel Piano nazionale della prevenzione, la Giunta regionale ha approvato, con DGR del 17 dicembre 2010 n. 37-1222, l'aggiornamento al Piano regionale di prevenzione 2010-2012 che sostituisce e aggiorna il precedente Piano regionale, deliberato a febbraio 2010 (DGR 8 febbraio 2010 n. 16-13200) i cui contenuti si intendono integralmente confermati e del quale il PSSR 2012-2015 riprende i principi ispiratori generali e gli orientamenti strategici rinviando agli specifici atti di programmazione sopra richiamati per le indicazioni di carattere organizzativo e per la progettazione attuativa del PNP.

I principi ispiratori

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

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie;
- l'equità sociale, che costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. Le uguali opportunità di salute per tutti possono essere rappresentate come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno e uguale qualità del servizio per tutti;

- l'assistenza agli enti locali che, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di promozione della salute attraverso la costruzione dei profili e piani di salute nell'esercizio e attuazione delle politiche di propria competenza in conformità alle disposizioni di cui alla l.r. 18/2007;
- la comunicazione e l'ascolto, non solo per favorire lo scambio attivo di informazioni, ma anche per promuovere il coinvolgimento dei cittadini nella definizione di bisogni di salute non riconosciuti e nelle scelte strategiche di sanità pubblica;
- l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e in particolare l'integrazione con i distretti, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra attori interdipendenti (siano essi operatori di servizi omologhi, oppure enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute) è essenziale per evitare inutili duplicazioni e confusione operativa e per consentire di aumentare l'efficacia complessiva del sistema della prevenzione;
- l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione rigorosa della prevenzione basata su prove di efficacia (evidence based prevention, EBP) e, laddove non sia possibile, la valutazione secondo il principio di precauzione, accettando la possibilità di incertezza del sapere scientifico;
- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi, in quanto la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa; in particolare, il diritto alla salute deve essere assicurato in modo armonico con gli altri diritti delle attuali e future generazioni e nel rispetto dell'ambiente, a livello locale e globale;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, momenti indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

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

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

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

La salute in tutte le politiche

Il piano regionale di prevenzione prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in politiche per la salute, (tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità) e interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), messi in atto per risolvere specifici problemi.

Per quanto attiene alle politiche per la salute si tratta di sviluppare un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali sia collettive. Questa iniziativa passa attraverso un graduale recupero della dimensione "politica" e non riguarda ovviamente solo il sistema dei servizi sociosanitari, soprattutto territoriali e preventivi, che possono tuttavia fornire un prezioso, autorevole e qualificato sostegno. Il processo, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale. Si tratta di affermare il principio per il quale tutte le azioni di promozione e prevenzione devono essere indirizzate dai servizi di sanità pubblica, adottando stabilmente un metodo basato sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi.

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

- attenzione alle disuguaglianze di salute;
- attenzione sia per la salute fisica sia per quella mentale. Gli stili di vita possono essere efficacemente influenzati ricercando alleanze tra le politiche sanitarie e quelle che incidono sui vari ambienti e le comunità in cui le persone vivono e lavorano, nonché sulle condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;
- attenzione a favorire negli amministratori e nei responsabili a livello regionale e locale la consapevolezza dell'impatto delle politiche sulla salute intesa come importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche. I profili e i piani di salute e le Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) costituiscono strumenti particolarmente idonei a promuovere tale integrazione e dare attuazione alla strategia comunitaria ora indicata;
- attenzione a promuovere e incoraggiare la valutazione dell'impatto sulla salute intesa come importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche. L'evidenza disponibile suggerisce, infatti, che la valutazione dell'impatto sulla salute può essere utilizzata con successo anche per mettere in evidenza le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute e va quindi presa in seria considerazione in numerosi processi decisionali; occorre presentare meglio il valore di tale strumento in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;

Contrasto alle disuguaglianze

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

società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta. Per tali ragioni il Piano regionale di prevenzione si propone di adottare interventi per ridurre le disparità nella salute e nella qualità sociale della vita.

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

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

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

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

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

Governance

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

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

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

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

L'utilizzo di dati epidemiologici derivanti dai flussi informativi correnti (malattie infettive, infortuni, cause di morte, certificati di assistenza al parto, ecc.) è infatti importante per caratterizzare il profilo di salute di una comunità, determinare la dimensione dei fenomeni e individuare priorità.

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

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

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

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

Strumenti e metodi per la prevenzione

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

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

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

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

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

vigilanza efficaci da sviluppare e di passare da un approccio per singoli atti fini a se stessi a una visione di sistema.

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

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

La definizione più accreditata di valutazione d'impatto sulla salute è stata elaborata da un gruppo di esperti nel 1999 a Goteborg del WHO European Centre for Health Policy e recita: "La VIS è una combinazione di procedure, metodi e strumenti con i quali si possono stimare gli effetti potenziali sulla salute di una popolazione di una politica, piano o progetto e la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione".

In Regione Piemonte il tema della VIS è affrontato nel Piano regionale della prevenzione 2010/2012 secondo i quattro principi della Carte di Goteborg: democrazia ovvero partecipazione, equità, sviluppo sostenibile, uso etico delle prove.

L'adozione dei principi e dei metodi della VIS si sperimenterà nelle attività di gestione del territorio, anche come supporto agli enti locali attraverso linee guida.

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

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

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

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

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

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

L'organizzazione della prevenzione

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

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

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

Il Coordinamento della prevenzione supporta la Direzione sanità e i settori regionali nelle funzioni di governance del sistema prevenzione. È il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione, attinenti alla prevenzione, trovano la necessaria condivisione, nei metodi e nei contenuti, e integrano i diversi ambiti di azione e professionalità. Costituisce la struttura di interfaccia con i settori regionali, agenzie, enti, amministrazioni e forze sociali per promuovere azioni di prevenzione nel contesto clinico e nelle politiche di gestione del territorio. Rappresenta il tramite tra il governo centrale e quello locale, attraverso i direttori della prevenzione, assicurando che le azioni locali siano coerenti con le linee strategiche regionali.

Esso si articola in due organismi: il Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione (CORP) e l'Assemblea dei servizi di prevenzione.

Il CORP rappresenta il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione attinenti alla prevenzione (atti di indirizzo, piani di attività, progetti...) ottengono una verifica di coerenza con gli obiettivi del Piano regionale della prevenzione.

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

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

Le funzioni, le attività, le modalità costitutive e organizzative dettagliate dell'architettura di governo della prevenzione sono state definite dal Piano regionale per la prevenzione 2010-2012 (DGR n. 37-1222 del 17 dicembre 2010) che si intende qui integralmente richiamato e confermato. Le ASL, sulla base degli indirizzi del piano regionale, definiscono annualmente i Piani locali della prevenzione.

Inserimento della medicina dello sport nel dipartimento di prevenzione

A partire dall'anno 2009, la Regione ha inserito i servizi pubblici di medicina dello sport all'interno del dipartimento di prevenzione, come stabilito all'allegato B "Obiettivi generali dell'assistenza sanitaria collettiva (triennio 2008-2010)" della DGR 16 aprile 2008 n. 1-

8611 (Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008).

La tutela sanitaria delle attività sportive è dedicata, non soltanto alle certificazioni di idoneità, ma anche e soprattutto all'attività di educazione sanitaria e sportiva, nonché alla promozione dello sport preventivo, curativo, riabilitativo e per il miglioramento delle condizioni di salute e dell'efficienza della persona.

La medicina dello sport è, quindi, inserita a pieno titolo nel dipartimento di prevenzione come condizione indispensabile per migliorare gli stili di vita e prevenire condizioni di patologia.

Obiettivi di salute per singole aree

Area	Principi	Obiettivi	Strumenti	Valutazione
Stili di vita	Comportamenti e stili di vita non sono ascrivibili solo a responsabilità individuali, ma anche e soprattutto a determinanti ambientali e a condizioni e pratiche sociali. Agire in questi contesti è indispensabile per sostenere l'adozione da parte della collettività di comportamenti e stili di vita protettivi per la salute e per ridurre le disuguaglianze di salute.	- Integrazione nella programmazione e gestione degli interventi sugli stili di vita da parte dei diversi attori. - Promozione della ricerca attiva dei comportamenti a rischio e sostegno all'assunzione di stili di vita salutari da parte di medici di famiglia, pediatri di libera scelta e Servizi territoriali e ospedalieri nella propria popolazione di riferimento.	- Produzione partecipata di linee di indirizzo. - Definizione di percorsi di individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e all'assunzione di stili di vita salutari. - Piano di comunicazione a diversi livelli, regionale e locale.	Utilizzo delle informazioni sui determinanti e rischi comportamentali, derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte.
Sicurezza alimentare	Diritto del cittadino a un'alimentazione adeguata, completa ed esente da rischi; efficacia dell'azione di controllo e responsabilizzazione dei produttori di alimenti; trasparenza dell'informazione e della comunicazione;	- Informazione - Sostegno alla microimpresa e alle piccole produzioni - Ricerca per la valutazione dei rischi alimentari. - Promozione della qualità sanitaria ed ecologica delle produzioni. - Qualità e certificazione dei servizi e laboratori di controllo	- Rete di contatto con i cittadini e i produttori - Produzione e divulgazione di linee guida. - Accordi quadro nell'ambito di politiche per la salute in accordo con i PEPS. - Audit per la verifica del miglioramento della qualità dei Servizi e del sistema di	- Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL. - Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

	sistema di garanzia della sicurezza degli alimenti.		controlli.	
Prevenzione delle malattie trasmissibili	La prevenzione delle malattie infettive si avvale soprattutto di interventi di popolazione. Obiettivi di prevenzione individuale oggi sono offerti con modalità che confliggono con il principio di equità.	▪ Introduzione di nuovi vaccini contro pneumococco, meningococco e HPV. ▪ Integrazione dei livelli ospedale – prevenzione – territorio – tessuto sociale (comunità) nella prevenzione delle malattie infettive. ▪ Rafforzamento del sistema di gestione in emergenza e urgenza delle malattie infettive.	▪ Inclusione di obiettivi nella programmazione regionale e di ASL. ▪ Centralizzazione dei flussi informativi. ▪ Ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio (report periodici, audit).	▪ il sistema di sorveglianza attiva delle infezioni batteriche invasive consentirà di valutare l'impatto delle nuove campagne vaccinali; ▪ la sorveglianza della frequenza di infezione e dei tipi circolanti di papilloma virus umano stimerà l'effetto della vaccinazione sulla circolazione virale; ▪ attraverso l'archivio vaccinale centralizzato saranno valutati gli indicatori di copertura nelle diverse realtà.
Prevenzione dei rischi in ambiente di vita	Diritto del cittadino alla salubrità dell'ambiente di vita e lavoro. Riduzione dei rischi derivanti da esposizione a sostanze chimiche e fisiche. Possibilità di incidere sulle decisioni e gli interventi da attuare a livello locale. Garanzie di soluzione efficace delle situazioni di crisi. Dovere di ciascun cittadino di assumere	▪ Raccolta di informazioni su distribuzione dei pericoli considerando fonti di dati molteplici e integrandole. ▪ Orientamento degli interventi in base ai rischi. ▪ Problematiche emergenti (regolamento REACH, diffusione degli allergeni, sostanze presenti nei cosmetici e nei pigmenti per tatuaggio, rischi legati alla pratica del piercing)	▪ Approccio integrato ai rischi chimici e fisici presenti in ambienti di vita ▪ Coinvolgimento di tutti gli enti deputati al controllo, e partecipazione delle comunità interessate ▪ Mappe di rischio territoriali, sia ambientali che occupazionali, Approccio integrato ai rischi emergenti.	▪ Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL. ▪ Attività di controllo pianificate negli ambienti di vita. ▪ Attivazione dei Coordinamenti tecnici regionali dedicati a tematiche specifiche. ▪ Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

	comportamenti coerenti con il mantenimento della salubrità dell'ambiente di vita e lavoro	Formazione degli operatori e sensibilizzazione coinvolgimento dei cittadini.		
Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro	Garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro in un periodo di importanti cambiamenti sociali e produttivi. Mantenere il trend in diminuzione degli infortuni sul lavoro. Contrastare le disuguaglianze di salute correlate al lavoro. Migliorare il quadro conoscitivo degli infortuni e delle malattie professionali e migliorare le capacità di programmazione e valutazione. Costruire alleanze sul territorio, diffondere e condividere le azioni strategiche con i soggetti sociali. Programmare nuovi interventi di tipo comunicativo-formativo-informativo	- Individuazione partecipata delle priorità. - Definizione di un piano regionale coordinato nel comparto agricoltura. - Attivazione di interventi integrati - Programmazione sulla base delle mappe di rischio territoriali	- Assegnazione di obiettivi specifici - Promozione e condivisione delle attività pianificate con gli SPreSAL. - Piano di comunicazione coordinata sulle azioni messe in atto. - Attivazione di percorsi formativi degli operatori. - Indicatori per la valutazione di risultato	- Monitoraggio dell'attività dei Servizi e dal sistema informativo Flussi (INAIL-ISPEL-Regioni). - osservazione dei cambiamenti delle mappe di rischio territoriali.
Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico	Migliorare le conoscenze sulla frequenza e le dinamiche degli incidenti domestici; costruire una rete di alleanze	- Sviluppo rete interdisciplinare regionale. - Integrazione tra informazioni epidemiologiche e attività di promozione	azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute con costruzione di alleanze, collaborazioni e	- Monitoraggio delle azioni che compongono il "percorso"; - Sistema di indicatori che nel tempo in grado di

	tra enti e istituzioni; attuare interventi di comunicazione mirata e di formazione per il personale sanitario e scolastico; sviluppare nei cittadini la consapevolezza del problema.	salute ▪ Sviluppo di più linee di azione per lo stesso obiettivo (sist.informativi, formazione, informazione, vigilanza). ▪ Continuità dell'azione	reti tra gli attori attivi sul territorio di competenza; ▪ partecipazione del personale delle strutture sanitarie coinvolte alle attività pianificate.	evidenziare le differenze.
Prevenzione incidenti stradali	Gli incidenti stradali rappresentano un rilevante problema pur registrando una riduzione degli indici di mortalità come conseguenza dei migliorati sistemi di sicurezza stradale, dell'introduzione di normative più rigorose, dell'uso obbligatorio dei dispositivi di sicurezza, di una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Per ridurre ulteriormente la mortalità e gli esiti invalidanti occorre programmare e attuare azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute e costruire alleanze e collaborazioni tra gli attori.	▪ Lavoro interdisciplinare a livello regionale tra i diversi Assessorati interessati al tema e altre Istituzioni. ▪ Lavoro integrato e di rete, intersettoriale e multi-interdisciplinare, a livello periferico tra i diversi servizi sanitari interessati al tema della prevenzione degli incidenti stradali e gli altri attori esterni al mondo della sanità.	▪ Obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL ▪ Strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.	▪ Costruzione di un "sistema di sorveglianza integrata" a copertura regionale ▪ La valutazione dei risultati di processo e di impatto nei progetti di promozione della salute attraverso un sistema permanente di indicatori di processo e indicatori di esito.
Screening dei tumori della cervice uterina, della	Ridurre ulteriormente la incidenza (già molto bassa) di tumori invasivi della cervice uterina e	▪ Introduzione di nuove strategie e tecniche di screening ▪ Copertura regionale e intensa	▪ Programma generale per l'intera regione. ▪ Coordinamento organizzativo e tecnico di livello regionale.	▪ monitoraggio degli indicatori di processo; ▪ osservazione dell'incidenza e della mortalità per tumori della

mammella e del colon-retto	azzerare la mortalità; ridurre ulteriormente la mortalità per tumori maligni della mammella femminile; ridurre l'incidenza e la mortalità per tumori del colon-retto.	integrazione organizzativa multidisciplinare. ▪ Forte integrazione delle attività di ricerca e sviluppo (in gran parte multicentrica e internazionale) entro il disegno organizzativo del programma.	▪ Organizzazione periferica omogenea ▪ Multidisciplinarietà garantita sia a livello regionale sia a quello locale.	cervice uterina, della mammella e del colon-retto; ▪ osservazione del down-staging dei tumori della mammella e del colon-retto; ▪ osservazione coerenza andamenti temporali dei dati di sopravvivenza;
Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	La disabilità è un concetto in evoluzione e il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di uguaglianza con gli altri. Il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche può ridurre il grado di disabilità delle persone, soprattutto se associati a interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza alle persone.	▪ Valutazione dei bisogni di salute e di assistenza della popolazione anziana e della popolazione affetta da condizioni morbose croniche.	▪	▪ L'utilizzo delle informazioni su cronicità e disabilità derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte e l'attivazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

2.1 La sanità pubblica veterinaria

Elementi di responsabilità sociale

La rilevante crescita di attenzione nei confronti della sicurezza alimentare e del benessere animale si è accompagnata ad un parallelo aumento di interesse nei confronti delle patologie collegate all'alimentazione e agli stili di vita.

Tutto ciò ha determinato profondi mutamenti del contesto etico e del quadro normativo entro il quale operano i Servizi di sanità pubblica veterinaria, i quali, collocati in posizione centrale tra consumatore e produttore, sono chiamati ad interpretare il fondamentale ruolo di interfaccia tra di essi. Si pone quindi con grande evidenza rispetto al passato una domanda di servizio di accresciuta complessità.

Occorre pertanto, al fine di fornire una risposta adeguata, adottare moderne metodologie di lavoro, puntando a superare eventuali carenze culturali e professionali e le difficoltà di integrazione funzionale tra le diverse professionalità, tra le strutture interne ai dipartimenti di prevenzione e gli altri dipartimenti, non esistendo in pratica attività di prevenzione che non coinvolga molteplici professionalità e diversi servizi.

Questo richiede che il sistema "Sanità pubblica veterinaria" sia dotato di una organizzazione flessibile, capace di gestire gli obiettivi derivanti dalla programmazione nazionale (piano di prevenzione) e da quella regionale (programmi di attività, piano alimenti) anche in funzione delle analisi di contesto della popolazione ed ai bisogni, anche non strettamente sanitari, del territorio, mediante il coinvolgimento di professionalità diverse, tanto interne quanto esterne al SSN, valutandone le effettive ricadute di salute e garantendo alle comunità locali livelli di informazione.

In quest'ottica l'assetto della sanità pubblica veterinaria appare al contrario caratterizzato da progressiva rigidità strutturale, evidenti differenze organizzative tra servizi diversi e le diverse aziende sanitarie, difficoltà di comunicazione tra soggetti dipartimentali ed Enti esterni benché concorrenti al medesimo obiettivo di salute, sostanziale assenza di coinvolgimento degli stakeholders nella programmazione locale, con conseguente scarsa capacità di risposta ai nuovi bisogni sanitari espressi dal territorio, in particolare nel settore degli animali d'affezione.

Occorre quindi considerare quale obiettivo essenziale, anche ai fini della sostenibilità economica del sistema, il riallineamento verso l'alto dei livelli di efficienza dei diversi servizi, che verrà perseguito attraverso percorsi di accreditamento dei medesimi e di crescita professionale degli operatori.

Contribuiscono a tale scopo l'individuazione di mansioni specialistiche mirate a logiche di controllo di filiera o, per le attività di igiene urbana veterinaria, l'adozione del concetto di area vasta, supportando i diversi percorsi con progettualità formative legate ad una gestione strategica del sistema ECM.

L'incremento di efficienza concorre al contenimento della spesa sanitaria, per la quale verranno adottati, nella pratica gestionale territoriale, strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi introducendo elementi di definizione di costi standard correlati alle diverse azioni.

Appare inoltre necessario provvedere a ridefinire la governance della sanità pubblica veterinaria, rafforzando tanto il livello centrale consolidandone la struttura organizzativa, quanto il livello territoriale riaffermando il ruolo centrale delle direzioni dipartimentali.

Va nel contempo definita ad evitare inutili sovrapposizioni o, peggio, perniciose confusioni di ruolo, una precisa divisione delle competenze tra centro (settori della direzione regionale) e territorio, (coordinamento e programmazione quale funzione regionale, gestione ed attuazione delle attività di prevenzione quale funzione in capo alle aziende sanitarie).

Indispensabile appare la creazione di un servizio di epidemiologia veterinaria a copertura dell'intero territorio regionale, quale soggetto produttore degli elementi di base per una programmazione di attività ispirata a logiche di necessità ed efficienza.

Elementi di novità

- specularità strutturale tra livello centrale e livello territoriale;
- progettazione e sviluppo del Centro regionale per epidemiologia veterinaria;
- sviluppo del coordinamento con altri enti e servizi impegnati nel settore agroalimentare;
- coinvolgimento dei portatori di interesse nella programmazione dei piani di attività a livello territoriale;
- programmazione dei percorsi formativi;
- accreditamento dei servizi;
- controllo gestionale di sostenibilità.

Strumenti di governo

- ridefinizione dei livelli organizzativi regionali;
- individuazione di competenze di filiera;
- definizione di obiettivi settoriali e di collaborazione ed integrazione di attività con soggetti ed enti anche esterni al SSN;
- organizzazione delle attività di igiene urbana veterinaria in area sovrazonale;
- definizione di costi standard.

Monitoraggio e valutazione

- il confronto dei report epidemiologici consentirà di valutare l'efficacia delle azioni;
- la valutazione dei dati di attività e costi misurerà il livello di efficienza.

3. I PERCORSI DI CURA PER LE PATOLOGIE PIÙ RILEVANTI

3.1 La rete delle malattie cerebrovascolari

Il PSSR 2012-2015 individua 11 problemi sanitari prioritari, ponendo al secondo posto le malattie cerebrovascolari. L'osservatorio epidemiologico del Piemonte ha messo in evidenza, in anni recenti, l'esistenza di un tasso di mortalità per ictus più elevato, in Piemonte, sia rispetto ai dati nazionali, sia rispetto ai dati del Nord Ovest. Si evidenziano particolarmente elevati i dati relativi al VCO, all'astigiano, al vercellese e alle aree montane. L'epidemiologia dell'ictus e del TIA, rilevata, sia pure in misura incompleta, tramite le schede di dimissione ospedaliera, negli anni 2000-2009, riporta 15.000-16.000 ricoveri/anno, con tendenza ad una lenta flessione (da 16.957 ricoveri nel 2000 a 14.489 nel 2009). Nel 2009 si rilevano 9985 ricoveri per l'ictus ben definito (DRG14), e 2.539 ricoveri per il TIA. Le classi di età rispecchiano l'andamento degli altri paesi occidentali, con un tasso che raddoppia ogni circa 10 anni (il 35% degli ictus in Piemonte si verifica in persone tra gli 80 e i 90 anni). I decessi nel corso del ricovero per ictus nel 2009 sono stati 1815, pari al 14% del totale. Le ischemie rappresentano l'82 % dei ricoveri per ictus, le emorragie il restante 18 %. Queste ultime hanno più elevata mortalità (33%). I ricoveri, quasi esclusivamente in neurochirurgia, per emorragia subaracnoidea, sono circa 200 all'anno, con mortalità ospedaliera del 23%. L'accesso in ospedale nel 2009 è avvenuto con mezzi propri nel 42% dei casi, tramite il 118 nel 31 % dei casi, nel 17% con altri mezzi (trasferimento, invio del medico di medicina generale, ecc.). Il reparto in cui preferenzialmente sono ricoverati i casi di ictus è la neurologia in misura crescente col

passare degli anni: nell'anno 2000 il 45 % degli ictus era ricoverato in neurologia, il 42 % in medicina, il 13 % in altri reparti; nel 2009 i rapporti sono radicalmente cambiati: 68% in neurologia, 25% in medicina, 7 % in altri reparti. La dimissione avviene al domicilio nel 55% dei casi di ictus e nell' 82 % dei TIA; l'invio in strutture riabilitative avviene per il 12 % degli ictus e il 3 % dei TIA. Tutte le misure note per contrastare questa patologia devono essere messe in opera sull'intero territorio regionale. La rete per l'ictus si avvale di PDTA con integrazione ospedale territorio. Molto importanti sono le misure di prevenzione primaria, affidate soprattutto alla medicina di base, per ridurre i fattori di rischio e le misure di prevenzione secondaria affidate principalmente ai neurologici ospedalieri e ambulatoriali, tramite controlli programmati dei pazienti presso ambulatori dedicati. Ogni centro ictus deve istituire misure d'informazione capillare sulla prevenzione e sull'importanza di un precoce accesso ospedaliero ai primi sintomi d'ictus. Per il trattamento in fase acuta si sono dimostrati efficaci il ricovero in centri ictus e la trombolisi entro tre ore dall'esordio dei sintomi, che riducono la mortalità ed il deficit residuo (l'ictus è attualmente la prima causa di invalidità permanente). Il ricovero in "Stroke unit" può essere praticato in tutti i casi di ictus, la trombolisi può essere applicata solo in una percentuale limitata di casi, essendo esclusi i casi di emorragia, le persone ultraottantenni, i casi oltre le 3 ore dall'esordio e numerose altre situazioni. Attualmente in Piemonte vengono trattati circa il 3 % di tutti i casi di ictus (nel 2005 soltanto lo 0,3 %). E' un valore in linea con quello delle regioni italiane più avanzate in questo settore, ma questa percentuale deve ancora crescere, in quanto lontana ancora da quella dei paesi nordici e anglosassoni dove si arriva a punte del 10-15%. Per ottenere questi risultati è necessario un forte processo organizzativo. In merito al trattamento dell'ictus in fase acuta è stata varata recentemente una DGR (n.19-1832 del 7 aprile 2011) che identifica ventun sedi ospedaliere in cui sviluppare le Stroke Unit di base (SU). Si tratta di centri che praticano comunemente la trombolisi sistemica, dotati di reparto di neurologia, nonché dei necessari requisiti radiologici, di laboratorio e di trattamento dell'emergenza, che ricoverino almeno 200 ictus/anno. Il 118 deve garantire l'ospedalizzazione dei pazienti trombolisabili presso questi centri. I pazienti che si recano con mezzi propri in ospedali privi di centro ictus o che per qualsiasi motivo siano ricoverati al di fuori del centro ictus pur in ospedali dotati di tale presidio devono essere valutati in urgenza dal personale medico della SU o direttamente o con l'utilizzo della telemedicina e dello "Stroke team". Devono essere resi pienamente operativi il "protocollo ST" del 118 in rapporto alle sedi di SU, il protocollo operativo per il percorso interno all'ospedale dei pazienti con ictus e il protocollo operativo per i pazienti ricoverati in ospedali di competenza territoriale; deve inoltre stabilire un percorso per la trombolisi endovenosa, che può essere praticata nella sede della SU ma in casi particolari può essere praticata anche in una sede esterna, purchè sia garantito lo stretto controllo da parte del neurologo oltre che la prevista diagnostica radiologica, clinica e di laboratorio e il monitoraggio successivo, nei tempi e nei modi codificati dai protocolli convalidati e concordati con la SU di riferimento. I centri ictus, circa 1 ogni 200.000 abitanti, sono inseriti nei reparti di neurologia, mediamente dotati di 20 letti di degenza. In base agli attuali numeri di eventi ictali, alla degenza media e altri dati storici, è necessario dedicare 13-14 letti all'ictus e 6-7 letti alla restante patologia neurologica. All'interno dei 20 letti deve essere individuato un nucleo di circa 4 letti a maggiore intensità assistenziale per ricoverare gli ictus nelle prime giornate di degenza, subito dopo la trombolisi e nelle fasi di maggiore instabilità. Negli stessi letti possono occasionalmente essere ricoverati anche quei pazienti, rari ma molto impegnativi, affetti da patologia neurologica scompensata, diversa dall'ictus, impropri per un ricovero in rianimazione, ma con necessità di monitoraggio continuo neurologico e/o strumentale (per esempio miastenici, S. di Guillain Barré, stato di male epilettico, traumi cranici contusivi, pazienti agitati e confusi, ecc). Questo nucleo neurologico a maggiore intensità può essere fisicamente collocato

all'interno del reparto di neurologia o in contiguità con altri gruppi di letti a carattere semintensivo. Questa scelta dipenderà dalla grandezza dell'ospedale, dalla disposizione architettonica e dal modello organizzativo dell'emergenza. Il modello della SU, in tutti gli studi internazionali, ha dimostrato la sua validità nel presupposto che il personale medico e infermieristico sia appositamente formato e ad esso dedicato. La dotazione d'infermieri per il nucleo a maggiore intensità assistenziale è per il momento garantita soltanto in poche sedi; si dovrà progressivamente colmare questa carenza per sviluppare dei centri ictus meritevoli di tale appellativo. In alcune sedi in cui la delibera regionale sopra citata prevede la costituzione di un centro ictus, deve essere anche completata la dotazione di letti di degenza e/o di personale medico (in particolare negli ospedali di Moncalieri e Rivoli). Ora soltanto tre sedi di SU della nostra Regione dispongono di un numero sufficiente di neurologi per coprire una guardia h24. Trattandosi di un'organizzazione in rete e in considerazione della prevista aggregazione funzionale di ospedali, è ipotizzabile e auspicabile che sia concentrata in alcune sedi una guardia attiva col contributo di personale da parte di più ospedali, e con l'invio di pazienti dalle sedi adiacenti almeno nelle ore di minore afflusso. In tale ottica potrebbe anche essere istituita una pronta disponibilità sovra-ospedaliera per alcune diagnostiche molto importanti nell'emergenza (angioTAC, neurosonologia). Circa 1/3 dei pazienti con ictus è attualmente ricoverato al di fuori delle neurologie per carenza di letti in neurologia. E' opportuno che, dove esiste una neurologia, anche nel caso che non sia sede di SU e abbia un numero di letti insufficiente a accogliere tutti gli ictus, un maggior numero di letti sia aggiunto alla neurologia con corrispettiva riduzione in settori extra-neurologici.

Questo spostamento, approssimativamente, dovrebbe riguardare 70-80 letti nell'ambito regionale. Un numero limitato di pazienti con ictus ha necessità di trattamenti cosiddetti di II livello, da parte del neuroradiologo interventista, del neurochirurgo o del chirurgo vascolare. Tra le ventuno SU "di base" sono quindi individuate sei SU "complesse" e tra queste una, quella Molinette-CTO, con caratteristiche di coordinamento delle altre. Le altre sedi di II livello fanno capo agli ospedali di Alessandria, Cuneo, Novara, al San Giovanni Bosco, al San Luigi-Mauriziano (attualmente virtuale, essendo presente unicamente la chirurgia vascolare del Mauriziano). Per quanto attiene alla neuroradiologia si tratta d'interventi, in emergenza, di trombolisi intrarteriosa, meccanica o farmacologica, con o senza stenting, oppure di interventi, in urgenza, per il trattamento endovascolare di aneurismi e di altre malformazioni vascolari. L'attuale criticità organizzativa deriva dalla gravità di tali patologie, dalla complessità degli interventi, dal numero limitato di operatori in grado di eseguire le procedure, dalla necessità di coprire h24 l'intero territorio regionale, dalla urgenza clinica e dalla difficoltà nei trasporti secondari. Attualmente il servizio è assicurato dalla neuroradiologia delle Molinette, ma in misura non codificata e continua. Resta valida l'indicazione a costruire progressivamente, in tutte le sedi in cui vi è una neurochirurgia anche una neuroradiologia. Attualmente il numero limitato degli operatori preparati allo scopo, costringe a concentrare in una singola sede (Molinette), a valenza regionale, gli interventi in emergenza, attivando una reperibilità h24, eventualmente con l'impiego di personale preparato di altre sedi. E' opportuno che la sede di riferimento sia anche dotata di un angiografo biplano, di cui ora la nostra Regione è totalmente sprovvista, per gli interventi endovascolari più sofisticati. Le sedi di ospedaliera con neurochirurgia devono istituire, nei casi in cui ne siano sprovviste, una neuroradiologia diagnostica endovascolare. E' verosimile che l'indicazione alle procedure endovascolari in emergenza aumenti molto nel prossimo futuro. In tal caso, col crescere del personale formato ad hoc, si potranno estendere gli interventi endovascolari in emergenza – urgenza anche alle altre sedi. Le sedi in cui già ora si eseguono interventi endovascolari e che dispongono di personale già preparato allo scopo, anche se in misura insufficiente per la copertura h24, possono proseguire negli interventi in cui sono già operativi coordinandosi

col centro delle Molinette –CTO. Quest'ultimo provvede a stabilire un protocollo operativo interospedaliero (modalità di chiamata, trasmissione di immagini, trasporto secondario, embricatura fra trattamento endovenoso e trattamento intrarterioso) e intraospedaliero (accettazione del paziente, assistenza anestesiológica, osservazione post-intervento). E' indispensabile, infine, creare una rete di trasmissione d'immagini, con possibilità di lettura anche al domicilio del medico reperibile e creare un registro ictus compatibile con la rete informatica regionale.

3.2 La rete regionale per la terapia dello STEMI (Infarto miocardico acuto con sopralivellamento dell'ST)

3.2.1. Il quadro di riferimento

Nella Regione Piemonte il numero complessivo degli Infarti Miocardici (STEMI) si aggira tra i 5.200 e 5.500 per anno (fonte SDO, anni 2007-2008- 2009, dati osservati più elevati dell' attesa media di STEMI da riperfondere, che si aggira sui 3.000 circa). I pazienti ripperfusi, quasi tutti mediante PPCI, angioplastica primaria, sono cresciuti dal 47 % del 2007 al 53% del 2009. La mortalità ospedaliera dei pazienti ripperfusi è variabile dal 4,6 al 5,8 %, con distinzione tra i due sessi: le donne hanno mortalità 7,1 % e gli uomini hanno il 4,4% (dati del 2009). La mortalità ospedaliera totale di tutti i pazienti con STEMI è invece circa il 13 % e include i non ripperfusi e i ripperfusi. Il numero delle angioplastiche primarie (PPCI) ha raggiunto le 2.700 unità per anno (secondo i dati SDO - diagnosi conclusiva di un ricovero - mentre secondo i dati GISE - Società Scientifica Cardiologica registro del Laboratorio di Emodinamica al quale il paziente giunge - le PPCI sono circa 2.000). Un grave problema riferito alla situazione attuale riguarda la sottoutilizzazione del 118, che oggi rappresenta circa il 28 % delle modalità di accesso. Questo ridotto utilizzo, nel triennio 2007 – 2009, evidenzia una carenza di stimoli all'organizzazione della RETE , nonchè la mancanza di fiducia vari operatori sanitari (medici di famiglia, ospedali) nei confronti di un robusto sistema quale il 118 – RETE – IMA.

3.2.2 La rete regionale per la terapia dello STEMI

La rete regionale per la terapia dello STEMI è un sistema organizzativo integrato tra 118 e le cardiologie della Regione con la collaborazione dei DEA, per permettere la più rapida diagnosi e la più efficace terapia ripperfusiva per tutti i pazienti che vivano in qualsiasi area della nostra Regione. I cardini del sistema organizzativo:

1. favorire la chiamata del 118 da parte del Paziente;
2. il sistema del 118, possibilmente con medico, si reca dal paziente;
3. pronta effettuazione dell'ECG, anamnesi e valutazione clinica,
4. trasmissione dell'ECG sospetto per STEMI alla centrale operativa 118 competente per territorio che, dopo una prima valutazione, inoltra l'ECG ed i dati del paziente all'UTIC di competenza territoriale;
5. ricezione e risposta entro cinque minuti dall'UTIC (Risposta SI'/NO) sulla diagnosi di STEMI e sull'approccio terapeutico adeguato per il paziente in rapporto al tempo di insorgenza ed alla necessità di sottoporre o meno il paziente ad angioplastica primaria;
6. con risposta affermativa, la centrale del 118 competente si attiva per ospedalizzare il paziente nel centro di Riferimento più vicino, se necessario. In caso contrario il paziente viene ospedalizzato al DEA più vicino dotato di UTIC;
7. durante il percorso in ambulanza il paziente viene sottoposto alla prima terapia e a trombolisi, se indicata dal protocollo regionale, in accordo con il cardiologo repertante;

8. la definizione dei centri EMO – centri di riferimento è fatta mediante l'applicazione dei criteri nazionali della Società Scientifica GISE sui questionari compilati da tutti i direttori di cardiologia con annesso laboratori di emodinamica;
9. l'arrivo al laboratorio di EMO – centri di riferimento avviene mediante molto rapido attraversamento del DEA dell'ospedale interessato;
10. a seguito di adeguato periodo di sperimentazione del sistema regionale di trasmissione a tutte le UTIC, si valuterà l'eventuale opportunità di una trasmissione diretta alle sole UTIC dotate di EMO – centri di riferimento.

Trasporto e tempestività nella risposta

La caratterizzazione del paziente con STEMI è importante per la presa in carico da parte del Sistema di emergenza territoriale 118 e per poter avviare la immediata, ottimale, terapia medica. Nell'approccio organizzativo della terapia dello STEMI, tuttavia, gli elementi decisionali più importanti nascono dalla necessaria tempestività di:

1. LISI e trasporto per coronarografia /PCI,
2. trasporto per la primary PCI.

In entrambi i casi il trasporto viene fatto verso un ospedale con EMO – centri di riferimento, considerato che anche nel caso di terapia trombolitica è necessario effettuare la coronarografia indipendentemente dal successo della LISI. Per gli STEMI ad alto rischio insorti da meno di due ore, l'elemento determinante è rappresentato dal tempo che intercorre tra il primo contatto con il medico 118 e l'intervento riperfusivo. Se questo tempo è inferiore ai 90 minuti, il paziente sarà ospedalizzato presso un centro di riferimento per essere direttamente sottoposto a PCI; se questo tempo è superiore ai 90 minuti, il paziente verrà sottoposto a trombolisi extraospedaliera da parte del 118 seguita da PCI presso il centro di riferimento. Nello STEMI inferiore alle due ore a medio/basso rischio o nello STEMI compreso tra 2 e 12 ore dall'insorgenza della sintomatologia, i 90 minuti diventano 120, con procedure analoghe al caso precedente. Nello STEMI tardivo compreso tra 12 e 24 o superiore alle 24 dall'insorgenza dei sintomi, è necessario considerare la presenza di stabilità emodinamica che permette di indirizzare il paziente ad un centro cardine; viceversa, in presenza di instabilità elettrica o di shock emodinamico, sarà necessaria la ospedalizzazione ad un centro di riferimento.

L'organizzazione ed il funzionamento della rete per l'infarto

Obiettivo della rete per l'infarto (STEMI net-work) non è semplicemente quello di ricanalizzare un vaso coronarico, ma è quello di riperfondere il miocardio ischemico nel miglior modo possibile. Tenendo conto che oggi la vera riperfusione del muscolo cardiaco (criteri: timi flow, myocardial blush e st. resolution) si ottiene nel 35% pazienti trattati in modo ottimale, la rete deve ottimizzarne le terapie per lo STEMI attraverso:

1. diagnosi precoce,
2. terapia precoce;
3. terapia ottimale.

La diagnosi precoce può essere eseguita dal 118 sull'ambulanza, in collaborazione con l'UTIC di competenza territoriale. Successivamente il paziente, già sottoposto dal 118 in itinere a specifica terapia, viene ospedalizzato nel centro di riferimento/cardine più vicino, in relazione alle necessità di PCI.

3.3 La rete oncologica

Occorre applicare in Regione Piemonte, attraverso il suo modello organizzativo a rete, le indicazioni contenute nel documento tecnico di indirizzo relativo alle patologie neoplastiche del Ministero della salute per gli anni 2011-2013.

Dati epidemiologici

Si è già visto come i tassi di mortalità standardizzati risultino in leggero declino in Piemonte, registrando, nel periodo 1990-2008, una diminuzione del 12,9% negli uomini (da 425,5 per 100.000 a 370,8) e del 12,4% nelle donne (da 230,2 a 201,7), con un riduzione meno sensibile rispetto a quella nazionale (-17,8% negli uomini e -13,1% nelle donne).

Registro tumori

Il Registro dei tumori di Torino è il primo nato in Italia, ma la nostra Regione ha attualmente la copertura di popolazione più bassa tra le regioni settentrionali: 24,5% rispetto ad una media del 48%. Per concorrere a migliorare tale situazione si prevede, in collaborazione con SIAPEC e AIRTUM, l'informatizzazione e l'adozione del nuovo sistema di classificazione delle patologie neoplastiche da parte di tutte le anatomie patologiche.

Prevenzione primaria

E' programmato un coordinamento delle attività per combattere il fumo, l'uso dell'alcool, l'esposizione a cancerogeni in ambienti di vita e di lavoro, la diffusione di agenti infettivi oncogeni. Saranno promosse azioni per un'alimentazione salubre e l'attività fisica. Particolare attenzione sarà rivolta al coordinamento degli interventi per la bonifica da amianto, con il controllo circa la sicurezza di coloro che operano nei cantieri che rimuovono i manufatti in cemento/amianto e con la sorveglianza sanitaria degli ex esposti, dei loro familiari, dei residenti in prossimità delle aree contaminate. Sarà promossa altresì la ricerca sul mesotelioma pleurico anche attraverso la raccolta dei tessuti di tale neoplasia nella biobanca.

Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto

La Giunta regionale, in ottemperanza alla legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30 (Norme per la tutela della salute, il risanamento dell'ambiente, la bonifica e lo smaltimento dell'amianto), stabilisce gli obiettivi, le funzioni, il modello organizzativo e gestionale del centro, attivandosi per reperire le risorse per il suo finanziamento e per la sua dotazione organica.

Screening

Proseguirà il programma regionale di screening per i tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon adeguando la dipartimentalizzazione degli interventi alla nuova organizzazione aziendale. E' prevista la centralizzazione di attività connesse al laboratorio: centri unificati per citologia e il test HPV, centri unificati per la determinazione del sangue occulto nelle feci. Sarà consolidata la centralizzazione della refertazione mammografica con trasmissione a distanza di immagini digitali per volumi di doppia lettura di 50.000-70.000 esami/anno. Saranno valutati i risultati della sperimentazione relativa alla colonscopia virtuale come test di screening.

Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

E' prevista per ciascuna patologia neoplastica l'identificazione di uno specifico percorso, valido per tutta la rete, che preveda: uniformità nella refertazione anatomo-patologica, standardizzazione della diagnostica per immagini ed endoscopica, caratteristiche richieste per essere centro di riferimento per il trattamento (expertise degli operatori, volume dei casi trattati, tecnologie necessarie), procedure organizzative per la concentrazione di campioni per analisi biologico-molecolari, genetiche, biobanche tissutali. I percorsi sono disegnati con il contributo dei referenti dei gruppi interdisciplinari cure, garanti della multiprofessionalità dell'approccio e tengono conto dei necessari collegamenti con i servizi

del territorio, la rete di terapia antalgica e la rete di cure palliative. Sono previsti tre modelli di percorso: tumori ad alta incidenza e a media complessità di trattamento per cui è prevista una soluzione che coinvolge più ospedali dell'ambito territoriale interaziendale; tumori a media incidenza e/o ad alta complessità di trattamento per cui è previsto un riferimento al solo ospedale di riferimento del territorio di competenza; tumori rari e/o a elevatissima complessità di trattamento per cui sono previsti riferimenti regionali. Tutte le prestazioni a minor complessità organizzativa e tecnologica saranno previste nel luogo più vicino all'abitazione del paziente (interventi di riabilitazione, controlli di follow up, cure di sostegno e palliative, trattamenti farmacologici non impegnativi). E' segnalata dal documento nazionale, quale peculiare caratteristica della rete piemontese, l'attenzione agli aspetti riabilitativi. Si intende mantenere tale caratteristica, pur con il necessario miglioramento di efficienza nel garantire le prestazioni; si prevede dunque la prosecuzione dei servizi che garantiscono gli aspetti riabilitativi fisici, psicologici e di reinserimento nella vita sociale e lavorativa dei pazienti oncologici, anche con la prosecuzione dell'attiva partecipazione a tali programmi, promossi e coordinati dalla rete, delle associazioni di volontariato, dei parenti e familiari. In quest'ambito trova anche collocazione il progetto per garantire la chirurgia plastico-ricostruttiva a tutti i pazienti oncologici per i quali risulti necessaria, con particolare attenzione ai tumori della mammella, ai tumori della testa e del collo, ai sarcomi e ai tumori cutanei. E' necessaria una riorganizzazione della preparazione e allestimento delle terapie citostatiche con il coordinamento e l'informatizzazione dei servizi farmaceutici che consentirà un risparmio di risorse e una riduzione del rischio di errore. La qualità delle prestazioni di ciascun percorso sarà monitorata con indicatori di struttura, di processo, di esito, di efficienza, di gradimento, di valutazione delle attività di ricerca e di formazione. Saranno definiti criteri di benchmarking con cui valutare le soluzioni adottate dai diversi centri. In particolare è prevista la misurazione dell'outcome degli interventi chirurgici delle strutture identificate per concentrare le prestazioni ad elevata complessità e sarà valutata l'efficienza nell'utilizzo delle tecnologie disponibili in tali sedi (chirurgia laparoscopica e robotica, radioterapia intraoperatoria).

E' previsto, per ciascun ambito territoriale interaziendale, un dipartimento oncologico unico, che deve coordinare le attività oncologiche di tutti gli ospedali ad esso afferenti, integrando le attività ad alta complessità e richiedenti sofisticate tecnologie concentrate nell'ospedale di Riferimento con gli interventi degli ospedali cardine e di territorio, nonché delle strutture territoriali, valorizzando tutte le risorse presenti per garantire la presa in carico globale del paziente e la continuità delle cure. Per tali collegamenti sarà valorizzato e completato il progetto di informatizzazione che attraverso la scheda sintetica oncologica renderà disponibili le informazioni di tutti i pazienti agli operatori coinvolti nell'assistenza.

Coinvolgimento dei medici di medicina generale

E' previsto per l'elaborazione delle parti del percorso che più riguardano la loro professionalità: counselling per la riduzione del rischio, tempestività della diagnosi, riabilitazione e follow up, assistenza domiciliare integrata in fase avanzata, aiuto ai familiari nella gestione del lutto.

Ricerca clinica

L'oncologia è l'area più coinvolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche rappresentando da sola, tra le 22 aree terapeutiche il 27,8% di tutte le ricerche. Una buona assistenza oncologica non può prescindere dal contemporaneo sviluppo della ricerca. Occorre prevedere un supporto scientifico, normativo, formativo e organizzativo che faciliti la sua diffusione e una semplificazione delle procedure per la sua autorizzazione con un comitato etico unico di riferimento per gli studi clinici promossi dalla rete. Saranno consolidate le

infrastrutture finalizzate alla ricerca, potenziando il centro per la raccolta e la elaborazione dei dati e la biobanca dei tessuti.

Paziente oncologico anziano

Sono previste unità di coordinamento di oncologia e geriatria per la gestione del paziente anziano. I tumori colpiscono dieci volte più frequentemente dopo i 65 anni e il rischio di morte per cancro a tale età aumenta di 18 volte. Attualmente il 68% dei tumori maschili e il 60% dei tumori femminili sono diagnosticati dopo i 65 anni. Devono quindi essere programmati specifici percorsi; si prevede di valorizzare il ruolo degli ospedali minori come strutture per il post ricovero dopo interventi chirurgici complessi e per la gestione di complicanze o riacutizzazioni nel corso della malattia neoplastica comprese quelle dovute alle frequenti patologie concomitanti.

Tumori pediatrici

E' prevista una programmazione particolare non per il numero dei casi relativamente contenuti ma per la complessità e la delicatezza richiesta nel trattamento di patologie che prevedono una possibilità di guarigione superiore al 70%. Sono individuati un centro di riferimento unico regionale presso l'Ospedale Regina Margherita e un insieme di strutture satelliti che coprono l'intero territorio regionale per le terapie meno complesse, la gestione dei trattamenti di sostegno, delle complicanze meno gravi, degli interventi di riabilitazione e delle visite di follow up. Si mantiene e potenzia l'attuale modello organizzativo per prevenire i danni iatrogeni indotti da trattamenti efficaci ma dannosi sullo sviluppo fisico e psichico del bambino e a rischio di indurre malattie croniche che possono accompagnare la vita adulta dei guariti.

Tumori rari

Saranno identificati per la diagnosi e il trattamento dei tumori rari dei singoli apparati specifici riferimenti regionali. Di tali tumori è prevista la registrazione centralizzata per favorire l'acquisizione del maggior numero di informazioni biologiche e cliniche. Presso i centri di riferimento a condizioni regolamentate è possibile la prescrizione di farmaci potenzialmente utili pur non essendo registrati per tali patologie. E' prevista l'adesione della Regione al progetto nazionale sui tumori rari che fa capo al INT di Milano.

Tecnologie biomolecolari

Sono definiti gli standard qualitativi minimi per le anatomie patologiche con i relativi controlli di accuratezza, riproducibilità, concordanza di lettura, adeguatezza delle procedure. Occorre superare l'attuale frammentarietà delle biobanche di cui è in corso il censimento. Si tratta di uniformare i criteri di raccolta e conservazione dei materiali secondo protocolli definiti e standardizzati per consentire la riproducibilità degli studi di genomica e proteomica correlando i campioni alle notizie sulla storia clinica dei pazienti. Si centralizzeranno in poche strutture di riferimento le seguenti prestazioni: ricerca di mutazioni, ricerca di traslocazioni e riarrangiamenti genici, amplificazione genica con metodiche CISH, FISH, SISH, ricerca di genomi virali, ibridizzazione in situ, citogenetica classica e molecolare, citometria a flusso.

Tecnologie di diagnostica per immagini

Le nuove tecnologie in questo ambito saranno introdotte non tanto per la migliore qualità delle immagini da esse ottenute quanto per la loro capacità di modificare la conoscenza ed il trattamento dei tumori, concorrendo ad un effettivo miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti. Il modello di rete può concorrere a tali valutazioni di HTA. Dal punto di vista organizzativo occorre assicurare accessi programmati e appropriati agli

esami in base alla loro effettiva utilità nella storia clinica dei pazienti: da un lato si eviteranno ritardi diagnostici dovuti a lunghi tempi di attesa, dall'altro si ridurranno gli esami di follow up ridondanti e la ripetizione dei controlli per un mancato coordinamento tra le strutture. In particolare, tale riorganizzazione è prevista nell'ambito dell'endoscopia diagnostica, con particolare riguardo a quelle gastroenterologica, broncologica e urologica. E' prevista una ridefinizione di posti letti di day hospital per la diagnostica interventistica.

Tecnologie radioterapiche

La distribuzione dei centri è sufficiente a coprire le esigenze del territorio regionale: alcuni acceleratori lineari hanno superato la vita media prevista (pari a 10 anni) e si considera prioritaria la loro sostituzione nelle radioterapie di Cuneo, Alessandria, Novara e del Mauriziano. Opportune valutazioni di HTA consentiranno l'acquisizione e la diffusione di nuove tecnologie radioterapiche (RT stereotassica, IMRT, IGRT, GammaKnife, Tomoterapia, IORT, RT metabolica, adroterapia).

Formazione

E' previsto un piano per il personale della rete, specifico per figure professionali e settori di intervento. In collaborazione con l'Università saranno promossi master per nuove figure professionali: data manager e infermieri di ricerca, nonché si struttureranno la formazione e l'impiego dei professionisti di psicologia, specificatamente di psicooncologia.

Proposta operativa

A undici anni dalla istituzione della Rete Oncologica Piemontese (ROP) occorre ora prevedere alcuni cambiamenti dovuti in parte alle carenze organizzative che si sono osservate (1), in parte ai cambiamenti normativi (Dipartimento interaziendale della rete) (2) che ha prodotto sovrapposizioni di compiti ed infine alle nuove strategie organizzative del sistema sanitario regionale (piano sanitario ecc) (3).

1. Carenze organizzative della Rete Oncologia Piemontese (ROP)

Obiettivo primario fino dalla istituzione della ROP era definire un PDTA omogeneo su tutto il territorio regionale: questo presuppone la capacità di indicare quali sono i centri abilitati ad effettuare determinati interventi terapeutici e soprattutto evitare una dispersione della casistica in centri minori. E' mancata in questi anni la realizzazione di "nodi" della rete ove favorire lo sviluppo di nuove terapie in oncologia. L'oncologia è tipica branca della medicina ove è indispensabile la cooperazione fra oncologi, chirurghi, radioterapisti più svariati altri specialisti a seconda della specificità e dell'andamento delle terapie. Esistono nel mondo svariati modelli di strutture integrate che favoriscono lo sviluppo di nuove cure (Comprehensive Cancer Center). Ognuno ha le sue specificità, ma non esiste un modello trasferibile in modo meccanico alla nostra realtà. Il progetto prevede quindi proprio la creazione di un modello "sostenibile" in un contesto di sanità pubblica e di interazione fra i "nodi" e la "Rete oncologica" della Regione Piemonte. Dipartimenti sperimentali di oncologia possono essere la base per avviare tale processo di integrazione funzionale fra vari specialisti nella nostra Regione ed in particolare creare "Units" orientate alla patologia. E' già stato istituito un tavolo operativo fra l'AOU San Giovanni Battista di Torino, l'Assessorato e l'ARESS al fine di costituire un Dipartimento sperimentale di oncologia. In particolare è già stato approvato un regolamento operativo di "Units" orientate alla patologia. Il progetto non prevede la costituzione di nuove unità operative, ma l'integrazione dell'esistente. Non sono quindi previsti ulteriori costi. E' possibile al contrario prevedere un risparmio adottando delle economie di scala evitando all'interno delle Aziende duplicazioni di funzioni (ad esempio all'interno dell'AOU San Giovanni Battista di Torino ogni SC di chirurgia operava pazienti con tumore al seno: la creazione di una

Breast Unit ha concentrato in un unico blocco operatorio l'attività, migliorando le prestazioni e riducendo i costi). Si intende adottare tale modello sperimentale, applicandolo nelle principali AO/AOU della Regione Piemonte (Torino, Novara, Cuneo, Alessandria) e delle Valle d'Aosta creando in primo luogo "Units" orientate alla terapia dei "Big Killers" (colon, polmone, mammella). L'attivazione potrebbe essere progressiva, iniziando dalle aziende ospedaliere universitarie principali (Torino, Novara).

2. Cambiamenti normativi

La ROP, con DRG 1- 358 del 20 luglio 2010, è stata trasformata in "Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", a parziale modifica della DGR n. 21-11511 del 3 giugno 2009. Conseguentemente, è stato modificato il "Regolamento della rete oncologica" e la composizione dell'Unità di coordinamento rete. I compiti della ROP in parte si sovrappongono a quelli dei poli oncologici (DGR n. 48-9824 del 30 giugno 2003). Da segnalare che i compiti del "Dipartimento funzionale interaziendale" si sovrappongono a loro volta con i compiti dei Dipartimenti di oncologia presenti nelle ASO della Regione Piemonte. Una struttura "Dipartimento funzionale interaziendale e interregionale" della ROP è una sistema di governo della rete sicuramente avanzato rispetto alla precedente organizzazione. La sua maggiore autorevolezza consentirà di attuare le linee programmatiche, quali, ad esempio, definire le strutture in grado di erogare terapie complesse. Occorrerà una revisione dei compiti di tutte le strutture che sono coinvolte nei processi assistenziali oncologici al fine di definire con precisione gli specifici compiti ed evitare sovrapposizioni. Si programmano solo due livelli organizzativi eliminando gli attuali poli oncologici definiti dalla DGR n. 48-9824 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni:

- Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale,
- Dipartimenti di oncologia delle ASO regionali che a loro volta includono le strutture oncologiche (Divisioni di oncologia ed ematologia presenti nella loro area di competenza);

3. Nuove strategie organizzative del sistema sanitario regionale (centri di riferimento e cardine)

Nella proposta di riforma del sistema sanitario piemontese è previsto che la rete ospedaliera sia riordinata per livelli di complessità: le strutture ospedaliere saranno cioè riorganizzate, all'interno di ambiti territoriali interaziendali, in ospedali ad alta specializzazione (i centri di riferimento), gli ospedali cardine e gli ospedali territoriali. La nuova strategia organizzativa della rete ospedaliera della Regione Piemonte è coerente in maniera completa con gli obiettivi primari della ROP che sono in primo luogo di identificare le strutture abilitate ad erogare determinate prestazioni complesse. La ROP dovrà quindi essere organizzata nello stesso modo della rete ospedaliera con la definizione degli ospedali ad alta specializzazione (centri di riferimento) e degli ospedali a più bassa intensità di cura (cardine).

La ricerca clinica

I protocolli clinici controllati rappresentano lo strumento principale della ricerca clinica in oncologia ed è dimostrato che migliorano la qualità dell'assistenza. E' interesse delle aziende sanitarie e degli sperimentatori reclutare un elevato numero di pazienti e quindi includere i pazienti anche afferenti ai centri periferici. La ROP può svolgere questo ruolo di coordinamento. Tuttavia è necessario procedere ad una semplificazione delle procedure. Attualmente esiste un Comitato Etico (CE) dell'Azienda San Giovanni Battista ed uno dell'OIRM e CTO. Nell'ottica della fusione per incorporazione delle tre aziende, occorre

realizzare un unico CE aziendale. Tale CE può rappresentare il riferimento per la ROP, in modo che un protocollo possa consentire a tutti i centri facenti parte della rete di poter partecipare senza ulteriori passaggi burocratici.

3.3.1 Rete regionale di cure palliative

I progressi incessanti della medicina e delle tecnologie hanno, in questi ultimi decenni, assicurato un prolungamento costante della sopravvivenza, che è coinciso con l'aumento progressivo del numero di malati affetti da patologie cronico-degenerative, patologie che richiedono cure continue e di elevata complessità per lunghi periodi di tempo. Quando, a causa di queste patologie, si avvicina la fase finale della vita, i bisogni di questi malati crescono nella loro complessità: sintomi di natura fisica, ma anche psicologica, sociale, spirituale conducono spesso ad una situazione di sofferenza molto severa, sia per la persona che vive questa condizione, sia per i familiari che lo assistono. La necessità di garantire una risposta adeguata a questi bisogni, accanto ad una crescente domanda di umanizzazione dei percorsi di cura, hanno condotto alla diffusione anche del nostro paese delle cure palliative.

Un maggiore sviluppo della rete delle cure palliative risponde all'ineludibile esigenza di garantire il diritto della persona malata a essere informata su quanto si può fare per controllare la sofferenza a fine vita attraverso le terapie più avanzate, ma anche l'importanza di considerare il malato nella sua interezza, ponendo attenzione a tutti i suoi bisogni psichici, fisici, sociali e spirituali, in modo da creare la migliore qualità di vita residua per lui e per la sua famiglia.

La situazione attuale delle cure palliative in Piemonte.

I dati complessivi ad oggi disponibili segnalano una situazione che è ancora molto disomogenea e non del tutto soddisfacente in molte aree del Piemonte per quanto riguarda la disponibilità reale di servizi dedicati ai malati alla fine della vita e ai loro familiari e per il raggiungimento degli standard di attività previsti come impegno regionale dalla recente legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore). A fronte di una domanda di assistenza in rapida crescita, l'offerta assistenziale per i malati che necessitano di cure palliative è ancora parzialmente debole nella quantità di servizi offerti ed eterogenea nei modelli organizzativi fra le diverse aziende sanitarie, in particolare per quanto riguarda le cure palliative a domicilio, luogo di cura che è quasi sempre quello preferito dai pazienti e dai loro familiari.

Tutto ciò pone evidenti criticità di disuguaglianza nell'offerta assistenziale per questi malati, oltre al moltiplicarsi di accessi in ospedale per richieste di ricoveri spesso inappropriati.

Organizzazione della rete di cure palliative.

Presso ogni azienda sanitaria locale è istituita e resa operativa una rete locale di cure palliative, parte della più ampia rete regionale delle cure palliative. La gestione e il coordinamento della rete locale di cure palliative è affidata alla struttura organizzativa di cure palliative dell'ASL, costituita da personale dedicato a questa attività, in particolare da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione e specifiche competenze.

Nel territorio di ciascuna ASL, la rete locale di cure palliative garantisce:

- piani di intervento per poter garantire cure palliative a tutti i pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio. Di particolare

rilevanza è la necessità di coordinare e rendere sinergici, nell'ambito della rete, gli interventi delle numerose organizzazioni no-profit che in Piemonte operano da anni con assiduità e con esempi di eccellenza nel campo delle cure palliative;

- continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, di ricovero) e nei vari setting di cura (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali);
- la cura attiva e globale del malato, la salvaguardia della sua dignità e autonomia, un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato;
- programmi specifici di informazione ai cittadini sui principi di una migliore assistenza ai malati e sulle modalità di accesso ai servizi della rete, in coerenza con quanto stabilito dai programmi regionali di comunicazione;
- la valutazione della quantità e della qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali;
- l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato (quando possibile) e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa.

3.3.2 Rete regionale di terapia del dolore

La rete regionale di terapia del dolore ha lo scopo di tutelare e garantire l'accesso alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei LEA, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo suddetto, le strutture sanitarie che erogano terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a. tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b. tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- c. adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La recente legge 38/2010 prevede, all'articolo 5, l'attivazione della rete regionale di terapia del dolore.

Compiti e obiettivi della rete

In totale attuazione della normativa nazionale, la rete regionale di terapia del dolore:

- promuove la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza, connessi alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private, nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore;
- promuove e monitorizza l'inserimento in cartella clinica del parametro "dolore" (all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito);

- supporta l'applicazione dei criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di terapia del dolore connessi alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative;
- promuove l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta;
- propone all'assessorato percorsi formativi omogenei su tutto il territorio regionale per i volontari che operano nell'ambito della rete;
- favorisce l'applicazione della normativa in merito alla semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

3.4 La rete regionale di allergologia e l'Osservatorio per le gravi reazioni allergiche

La Rete Regionale ospedaliera di Allergologia (RRA) è stata istituita con la DGR n. 34 del 1 marzo 2000 (Sviluppo della rete regionale ospedaliera di allergologia ed istituzione dell'Osservatorio regionale per le gravi reazioni allergiche) che ha adottato il modello organizzativo di "Rete" con specifiche funzioni di diagnosi, trattamento, educazione, prevenzione, coordinamento e monitoraggio delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La stessa delibera ha istituito l'“Osservatorio regionale per le gravi reazioni allergiche, cui è stata affidata la gestione extra ospedaliera delle forme più gravi di allergia.

E' in corso il completamento del collegamento tra il 118 ed il data base dell'Osservatorio, finalizzato ad una gestione puntuale ed efficace dell'emergenza allergologica.

La RRA, con l'Osservatorio regionale per le gravi reazioni allergiche, è oggi una realtà diffusa in tutto il territorio piemontese e fornisce agli utenti una serie di prestazioni clinico assistenziali di base e complesse.

La "mission" della RRA è di garantire:

- modalità di approccio integrato alla patologia allergica e la qualità verificabile delle prestazioni con risposte omogenee su tutto il territorio;
- la migliore continuità assistenziale e l'equità di accesso alle cure.

Gli obiettivi della RRA sono orientati ad affrontare le esigenze di salute specifica dei soggetti allergici, che rappresentano ormai il 25-30% della popolazione generale.

L'Organizzazione attuale

La nuova organizzazione si configura come un "network" integrato con valenze "intra-aziendali" ed "inter-aziendali", che preconizza una forte connotazione di efficienza ed efficacia oltre ad una migliore distribuzione delle risorse.

L'attività clinica di allergologia, ancorché rivolta al territorio, è necessariamente collegata a strutture ospedaliere sede di DEA per la gestione delle patologie più gravi e l'esecuzione di accertamenti diagnostici di particolare rischio e complessità.

L'organizzazione complessiva è suddivisibile in:

Livello 1 Intraziendale – Medico di riferimento aziendale

Ogni azienda ha individuato al suo interno un medico "di riferimento" i cui compiti specifici sono:

- sviluppare ed adattare alle realtà dell'azienda i percorsi diagnostico-terapeutici;

- garantire all'interno dell'area territoriale di competenza dell'azienda le attività specialistiche ambulatoriali di base, tenendo conto anche di particolari esigenze della popolazione afferente;
- coordinare gli operatori che cooperano allo svolgimento delle attività allergologiche intraziendali verificando il corretto uso del sistema informativo ed il rispetto dei protocolli regionali;
- collaborare con il responsabile del Coordinamento di Area Funzionale Sovrazonale (CAFS).

Livello 2 Interaziendale - CAFS.

L'attività clinica e la sua programmazione sono assicurati dal CAFS, cui compete il coordinamento di tutte le strutture specialistiche di allergologia, attivate nelle diverse aziende dell'area territoriale considerata (1° livello assistenziale).

Il CAFS realizza una maggiore coesione tra strutture simili, consente di ottimizzare le risorse umane già esistenti e di definire la necessità di ulteriori risorse specialistiche sulla base della verifica dell'esistente, della logistica e delle priorità cliniche individuate nel territorio di competenza, garantendo l'esecuzione delle prestazioni di più elevata complessità secondo le modalità di "good clinical practice", in regime di dayhospital e/o ricovero ordinario.

Livello 3 - Coordinamento regionale.

L'AOU San Giovanni Battista rappresenta in molti ambiti un riferimento metropolitano e regionale ed è una struttura a spiccata vocazione per l'alta specializzazione e per l'erogazione di prestazioni ad alta complessità. Il Coordinamento regionale delle attività allergologiche cliniche ad alta specializzazione in ambito regionale prevede l'integrazione delle attività dell'OIRM e del CTO con la SC di allergologia ed immunologia clinica dell'AOU San Giovanni Battista (cui spetta la responsabilità della gestione dell'Osservatorio per le gravi reazioni allergiche).

Livello 4 - Tavolo di lavoro regionale.

Le attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio della rete di allergologia sono garantite dall'Assessorato alla tutela della salute, che si avvale di un Tavolo di lavoro regionale, cui compete altresì la definizione delle modalità di monitoraggio della rete di allergologia.

Costituiscono obiettivi del PSSR 2012-2015:

- l'aggiornamento del sistema informativo attualmente in uso sia per le prescrizioni diagnostiche e farmacologiche che per l'individuazione dei pazienti allergici;
- l'ottimizzazione dell'organizzazione attuale nei suoi riferimenti aziendali, interaziendali e regionali con la puntuale identificazione di personale formato dedicato;
- la valutazione delle attività dei diversi servizi della rete con particolare attenzione all'appropriatezza delle procedure e alla loro sostenibilità economica.

3.5 La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule

Il sistema trapianti di organi, tessuti e cellule della Regione Piemonte è uno dei settori di eccellenza del sistema sanitario regionale, per l'ampia tipologia di trapianti, per gli elevati volumi di attività e per l'ottima qualità dei risultati. Il sistema è coordinato dal Centro Regionale Trapianti del Piemonte e della Valle d'Aosta (CRT), che è articolato in due principali funzioni: il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRR) ed il Coordinamento Regionale donazioni e Prelievi (CRP). La Regione ha istituito sei banche di tessuto e possiede centri autorizzati per ogni tipologia di trapianto di organi. La qualità

raggiunta è testimoniata dalla posizione sempre di eccellenza che occupa la Regione nelle diverse analisi compiute dal Centro Nazionale Trapianti (CNT). Al momento i cittadini piemontesi trovano un'ottima risposta ai loro bisogni di salute nel settore dei trapianti di organi, di tessuti e di cellule, principalmente le staminali emopoietiche. La rete regionale è complessa e ad essa partecipano, con diverse competenze, tutte le aziende sanitarie.

L'articolazione della rete di donazione e trapianto si è infatti sviluppata sotto la regia del CRT e del CRP, creando connessioni delle diverse strutture che operano in Regione. Oltre i centri di trapianto d'organo, si sono sviluppate nella Regione Piemonte la rete dei coordinamenti aziendali in tutti i presidi sede di donazione, quella delle banche dei tessuti e dei centri di innesto, quella dei laboratori di tipizzazione e dei centri di reclutamento collocati presso ogni servizio trasfusionale per lo sviluppo del registro dei donatori di midollo osseo, quella dei referenti dei centri di nefrologia e dialisi per il programma di trapianto renale, la rete dei centri di raccolta del sangue di cordone, e, ancora, la rete degli psicologi clinici dei trapianti dei presidi sede di donazione e di attività di dialisi.

Occorre garantire il sostegno:

- al CRT, come struttura di governo, coordinamento, sviluppo e controllo dell'intera rete regionale;
- al settore del procurement, che coinvolge tutte le rianimazioni del Piemonte, dove avviene l'identificazione di tutti i potenziali donatori, gli accertamenti per valutarne l'idoneità ed i colloqui con i familiari in merito alle disposizioni di donazione;
- il registro regionale dei donatori di midollo osseo, per il reclutamento dei nuovi donatori ed il mantenimento del registro, che attualmente conta più di 35.000 donatori, e della banca di sangue di cordone.

Costituiscono obiettivi del PSSR 2012-2015:

1. incremento della donazione di organi e tessuti da donatore deceduto: i donatori segnalati possono raggiungere il valore descritto dalla letteratura di 60 pmp, e le opposizioni possono scendere al di sotto del 20 % (limite fisiologico descritto dalla letteratura);
2. consolidamento delle attività regionali in materia, attraverso:
 - l'implementazione della rete informativa dei prelievi e trapianti di organi e tessuti e cellule al fine di adeguarla alle attuali necessità di sviluppo;
 - il sostegno alle attività di trapianto soprattutto quelle con maggior volume di attività;
 - il rafforzamento della rete dei coordinatori aziendali per potenziare il prelievo di organi, tessuti e cellule;
 - il mantenimento del sistema di autorizzazioni regionali dei centri che effettuano trapianti di organi;
 - l'implementazione del registro regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche (midollo osseo);
 - il consolidamento delle attività di formazione locale, regionale ed extraregionale;
 - il consolidamento delle attività del servizio di psicologia dei trapianti in quanto la donazione ed il trapianto di organi, tessuti e cellule richiede grande attenzione anche ai risvolti psicologici che da essi derivano.
3. sviluppo di attività di donazione e trapianto:
 - applicazione del programma di trapianto rene-pancreas per i pazienti diabetici ed in insufficienza renale cronica che ne presentano l'indicazione e preferibilmente prima dell'inizio della terapia dialitica;

- il centro di medicina rigenerativa della Regione Piemonte e lo sviluppo della rete regionale dell'insufficienza d'organo. Per le patologie che portano ad insufficienza renale terminale si dispone di una rete regionale costituita dai servizi di nefrologia e dialisi in grado di riconoscere tali malattie, avviare una prevenzione della loro progressione ed indirizzare al trapianto i casi che lo richiedano. In questo settore occorre formalizzare il ruolo del medico referente per il trapianto renale, di fatto già individuato nell'ambito delle singole SC di nefrologia e dialisi del Piemonte dal 1988. Anche la rete dei centri diabetologici risulta adeguata per la ricognizione delle patologie che causano insufficienza della funzione endocrina pancreatica, mentre per le altre patologie suscettibili di trapianto, il sistema regionale non dispone di una rete regionale che possa condurre una adeguata ricognizione di tali patologie, che valuti la loro reale incidenza ed avvii al programma trapianti i casi per i quali sia richiesto. Anche per queste ultime patologie occorre coordinare le strutture specialistiche al fine di definire una rete che intercetti le patologie suscettibili di trapianto che sia in continuità con la rete dei trapianti;
- 4. promozione della partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato alle diverse attività del sistema trapianti regionale;
- 5. promozione dell'informazione ai cittadini attraverso le reti per l'insufficienza d'organo, le carte dei servizi, le campagne informative e di sensibilizzazione della popolazione.

3.6 La rete di nefrologia

Il carico assistenziale relativo alle patologie nefrologiche è destinato a crescere con il progressivo invecchiamento della popolazione.

In Piemonte lo si è fronteggiato:

1. con un impegno nel trattamento delle nefropatie croniche evolutive e delle condizioni di alto rischio per il loro sviluppo;
2. con la creazione di una rete nefro-dialitica-trapiantologica della quale fanno parte i venticinque centri di nefrologia-dialisi.

Il "modello Piemonte" ha rappresentato un punto di riferimento, i cui punti di forza sono:

1. la gestione integrata dei programmi di prevenzione e trattamento della malattia renale, del trattamento sostitutivo, di selezione del candidato al trapianto del rene e di follow-up dei trapiantati attribuiti ad ogni centro;
2. lo sviluppo di centri di dialisi ad assistenza limitata (oggi trentadue in Piemonte) che hanno un costo gestionale inferiore a quello ospedaliero.

Costituiscono obiettivi del PSSR 2012-2015:

- dare continuità ai programmi di incentivazione delle modalità dialitiche extra ospedaliere e domiciliari (dialisi peritoneale, emodialisi domiciliare) ancora sotto utilizzate;
- implementare il progetto di prevenzione dell'insufficienza renale acuta e cronica in stretta collaborazione con i MMG;
- il mantenimento e potenziamento del registro regionale di dialisi e trapianto tenuto in collaborazione con il CRT Piemonte e Valle D'Aosta;
- il potenziamento e l'ulteriore sviluppo dell'attività di trapianto renale, in particolare sviluppando il trapianto da donatore vivente, abbreviando i tempi di immissione in lista per trapianto da donatore deceduto, e attraverso l'attivazione del programma di trapianto renale preventivo per abbattere ulteriormente i costi dialitici, seguendo in questo la strada già intrapresa da altre regioni italiane.

3.7 La rete di endocrinologia

La disciplina "endocrinologia", che comprende diabetologia e malattie metaboliche, sostiene un pesante carico assistenziale composto da tutta la patologia endocrinologica, diabetologica e metabolica (sia di larga diffusione, sia specialistica/rara che richiede approcci multidisciplinari complessi) che rappresentano un fabbisogno di salute pubblica crescente, anche in funzione delle gravi complicanze legate a tali patologie.

Per fronteggiare tale domanda assistenziale, è necessario realizzare una vera e propria rete, applicando le indicazioni AGENAS che prevedono un'organizzazione dei centri di assistenza secondo criteri di numerosità della popolazione per discipline a media intensità, ovvero una struttura complessa ogni 400.000 abitanti. Sulla base di tali criteri, in considerazione della popolazione residente nella Regione Piemonte (circa 4.500.000) sono da prevedersi non più di undici strutture complesse. Per la conformazione geomorfologica del Piemonte e per rispondere ai bisogni assistenziali si potranno prevedere strutture semplici a valenza dipartimentale, ove necessario.

Rappresenta obiettivo del PSSR 2012-2015 l'efficace organizzazione dell'offerta assistenziale endocrinologica, anche attraverso la costituzione di uno specifico gruppo regionale per la disciplina di endocrinologia.

4. LE FRAGILITÀ

4.1 La salute Mentale

4.1.1 Assistenza psichiatrica

La Regione Piemonte tra il 1996 e il 2005 si era organizzata in una rete di servizi afferenti sia alle ASL che alle AO, entrambe integrate con l'Università. Il principale riferimento normativo ispiratore è il decreto del Presidente della Repubblica del 10 novembre 1999 (Progetto obiettivo sulla tutela della salute mentale 1998/2000) (POTSM 98/00, recepito nel PSSR 2007-2010), che ha integrato il contenuto del precedente POTSM 94/96, già recepito nella legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61 (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999). È su tali riferimenti normativi che sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), costituiti da servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri, in rapporto ad un'area territoriale definita dalla numerosità della popolazione residente. Il DSM è l'insieme delle strutture organizzative tese alla prevenzione, diagnosi e produzione di tutte le prestazioni sanitarie e sociali utili a garantire la presa in carico e la continuità terapeutica del proprio bacino d'utenza, anche attraverso progetti d'integrazione socio sanitaria (per quei pazienti che necessitano anche di interventi assistenziali). La rete delle strutture pubbliche piemontesi è integrata dalla disponibilità di posti letto ospedalieri all'interno delle Case di cura neuropsichiatriche e di posti residenziali nelle strutture comunitarie gestite dal privato sociale o imprenditoriale, ai sensi della deliberazione del Consiglio regionale 28 gennaio 1997, n. 357 (Standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della DGR n. 191-37198 del 17 aprile 1990 ratificata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 9-9044 del 29 luglio 1990 e della DCR n. 245-11504 del 31 luglio 1986). Per completare la rete articolata dei servizi residenziali ormai da tempo compresi nel DSM è necessario colmare il vuoto legislativo inerente i Gruppi appartamento e le strutture afferenti alla Area della residenzialità assistita (Alloggi assistiti) prevedendo modalità di autorizzazione, vigilanza e obbligo accreditamento, così come viene ricordato dalla

stessa DGR 28/09/2009 n.63-12253:"A seguito della Sentenza del TAR n. 2531 del 27.4.2005, che ha annullato la parte della DCR n. 357-1370/1997 che poneva esclusivamente in capo al DSM la gestione dei Gruppi Appartamento, introducendo, anche per queste tipologie assistenziali, la possibilità di gestione da parte di soggetti privati, si è resa necessaria una revisione normativa volta a disciplinarne le modalità di autorizzazione, accreditamento e vigilanza". Tale intervento è reso ancora più necessario visto l'incremento registrabile sia nella modalità di utilizzo dei Gruppi appartamento da parte dei DSM, sia nella quantità di risorse che vengono indirizzate su di essi.

Tra il 2000 e il 2010 tutte le strutture, pubbliche e private, sono state oggetto di percorsi di accreditamento indicati dalla normativa nazionale e regionale e dai piani sanitari e socio sanitari degli anni 1997/99 e 2007/10, che hanno anche consentito di giungere ad un'eccellente livello di integrazione con le università.

Sul piano del "Global Burden of Disease", infatti, la depressione, la schizofrenia ed il disturbo da uso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, in termini di anni vissuti con disabilità. I ricoverati in Piemonte ogni anno con diagnosi di disturbo psichico sono oltre 8.500 con un eccesso di ricoveri per diagnosi di disturbo psicotico, da uso di sostanze, da uso di alcol e disturbo psico-organico; circa 41.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di neurolettici, per un totale di quasi 400.000 prescrizioni e più di 240.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.700.000 prescrizioni. Presso i DSM della Regione Piemonte vi sono circa 45.000 pazienti in trattamento ogni anno. Circa il 20% degli utenti in carico ai servizi per le tossicodipendenze vanno incontro ad almeno un ricovero in psichiatria/anno. I primi dati della ricerca ARESS sulle motivazioni principali ed associate di richiesta di pronta disponibilità psichiatrica in DEA mostrano che il 33% degli utenti hanno, quale motivazione primaria o secondaria, un disturbo da uso di sostanze. È dunque evidente la significativa affinità psicopatologica dell'utenza dei diversi servizi, estremamente simili tra loro anche dal punto di vista dei trattamenti integrati, che prevedono che ciascun utente, per quanto cronicizzato, debba essere sempre considerato recuperabile ad una condizione di dignità esistenziale, scevra da ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione, anche utilizzando trattamenti orientati alla prevenzione terziaria, e intervenendo in modo proattivo sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, il monitoraggio, la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò indica la necessità di strategie più efficaci nella produzione di benessere, delineate facendo convergere gli sforzi e coordinando attività di prevenzione, di diagnosi e di cura tra SERT e DSM. Ulteriore ragione a sostegno di tale integrazione funzionale deriva dalla constatazione di quanto gran parte degli operatori interessati nei relativi percorsi di cura siano del tutto convergenti.

In particolare per i DSM è richiesto uno sforzo di modernizzazione rivolto in particolare a:

- codificare i diritti dei cittadini, identificando percorsi di cura in sinergia con le competenze assistenziali fornite dagli enti Locali, con particolare riferimento ai grandi agglomerati urbani;
- liberalizzare i servizi e garantire ai cittadini libertà di circolazione e accesso alle cure;
- semplificare l'organizzazione complessivi dei DSM rimuovendo le separazioni organizzative ed amministrative tra strutture allocate nelle ASL e strutture allocate nelle AO, ma appartenenti al medesimo DSM ed integrando funzionalmente tra loro tutte le aree di intervento omogenee;
- introdurre criteri di qualità verificabili, definire linee guida condivise, nonché protocolli per la gestione del rischio e degli eventi avversi;

- standardizzare le organizzazioni, le procedure ed i costi;
- introdurre modalità differenziate di finanziamento, sostenendo progetti di interesse regionale o locale, valorizzando le eccellenze e coniugando parte dei finanziamenti con le prestazioni.

Si tratta in concreto di realizzare un nuovo sistema di sanità pubblica per la salute mentale in cui, a fronte di una forte partecipazione del privato e di una reale inclusione dei servizi erogatori all'interno dei servizi, si assicurino centralità ed unicità di governo e di gestione tecnico-organizzativa; ove vengano definite le risorse e le modalità di gestione delle stesse nelle singole realtà strutturali e/o disciplinari, concertandone le finalità d'uso, la programmazione, le modalità di coordinamento e le responsabilità sui risultati dell'intero sistema di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, reinserimento sociale e ricerca.

4.1.2 Assistenza Psicologica

In tutto ciò a buon titolo si inserisce l'assistenza psicologica, la quale, proprio per suo mandato istituzionale, ha il compito, nell'ambito della rete sanitaria regionale, di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva, con specifico riguardo a quei fattori comportamentali, relazionali e sociali che rivestono un ruolo di rilievo tra i determinanti di salute e nei processi di diagnosi e cura (in ambito ospedaliero e territoriale), nonché ai fattori socio-organizzativi del sistema che risultano essenziali al suo buon funzionamento. La DGR 29 marzo 2010, n. 101 (Istituzione del Coordinamento tecnico regionale dell'area della psicologia del SSR e nomina dei componenti) ha già infatti definito i diversi ambiti di intervento psicologico nelle aziende sanitarie, identificando i LEA per la psicologia nel SSR piemontese, nonché le aree prioritarie di azione. Il recente studio sistematico condotto dall'ARESS ha però evidenziato che le principali criticità delle attività psicologiche nelle aziende sanitarie derivano dal fatto che, a fronte di una domanda di intervento diffusa lungo uno spettro piuttosto ampio di necessità, le attività e i livelli assistenziali offerti risultano attualmente ancora molto differenziati e frammentati presso le diverse aziende, sia dal punto di vista delle risorse che degli ambiti e delle tipologie di intervento. Le attività psicologiche attualmente svolte sono prioritariamente rivolte ai seguenti ambiti:

- salute mentale e dipendenze;
- disagio psicologico adulti e derivante da dipendenze, disturbi di tipo nevrotico etc.;
- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale;
- adolescenza;
- cure primarie e assistenza consultoriale;
- assistenza psicologica in patologie a elevato carico emozionale, psiconcologia e riabilitazione;
- psicogeriatría e patologie dementigene.

Risulta pertanto prioritario, anche per la psicologia, riorientare l'evoluzione dei servizi secondo criteri di razionalizzazione e di integrazione. È però evidente come non basti disegnare un'unica organizzazione dei servizi, ancorché ben concertata, per ottenerne un funzionamento più snello, efficiente e razionale. La vera sfida è nel far calzare un'organizzazione potenzialmente eccellente su un territorio, come quello piemontese, così tanto connotato da variabili geografiche, demografiche, patologiche e sociali anche molto differenti tra i diversi territori. Basti pensare, ad esempio, a tutti gli studi condotti sui grandi agglomerati urbani che hanno già da tempo messo in risalto, in specie per la Città di Torino, la specifica complessità delle storie dei pazienti e dei percorsi di cura, in totale coerenza con i dati rilevati in altre ricerche sui contesti metropolitani. Questa specificità richiede un approccio che contenga stimoli evolutivi idonei a dotare i servizi di organizzazioni e di strumenti in grado di rispondere alle attuali esigenze di

assistenza psicologica in ambito metropolitano e regionale. Pare necessario rimodulare i principi ordinatori per raccogliere le sfide che emergono dalle nuove condizioni di sofferenza e disagio.

Alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPI) compete la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione della patologia neurologica, psichiatrica, cognitiva del bambino e dell'adolescente, nella fascia di età 0-18 anni.

La neuropsichiatria infantile è una disciplina medica specialistica con competenze sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale.

A livello distrettuale si sviluppano tutte le attività inerenti la tutela dei minori, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, i servizi sociali, l'autorità giudiziaria. Tra i fattori di rischio di ordine psicosociale vi sono caratteristiche socio-demografiche tra cui povertà, situazioni di sovraffollamento e di stress familiare e, in particolare, patologie familiari come alcolismo, depressione, disturbi di personalità e conflitti coniugali. Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva i processi diagnostici e l'impostazione del progetto terapeutico e riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale. Costituisce priorità assoluta la costruzione di percorsi di continuità assistenziale che prevedano l'integrazione tra componenti territoriali ed ospedaliere e dunque la realizzazione della rete.

4.2 Le dipendenze patologiche

La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze patologiche si riconosce nelle strategie generali definite dall'UE e nel Piano di azione nazionale 2010-2013 approvato dal Governo. I punti fondamentali che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare come segue:

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

Le aree di intervento principali sono:

- la prevenzione-informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo;
- la cura e diagnosi delle tossicodipendenze-contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
- la riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo, attraverso risorse certe e dedicate in base al reale fabbisogno, presso centri articolati, in forma modulare, per differenti tipologie assistenziali e percorsi clinici e non per tipologia strutturale;
- il monitoraggio e la valutazione.

Il sistema dei servizi per le dipendenze piemontese, in base alla politica fin qui realizzata non è bilanciato in modo equilibrato fra le aree sopra indicate. E' necessario perciò prevedere, per i prossimi anni, un maggiore impegno nell'area della prevenzione, della riabilitazione e del reinserimento sociale. E' necessario sviluppare programmi territoriali di riabilitazione e reinserimento che facilitino l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti e l'assistenza delle loro famiglie.

4.3 Postacuzie e riabilitazione

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie progettuali e attuative deve poter garantire nel sistema socio-sanitario piemontese risposte appropriate e coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico, adeguate e sostenibili. Lo scopo dell'intervento riabilitativo è quello di "guadagnare salute", in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (Conferenza di Madrid del 2002, Anno europeo della persona disabile). Pertanto, compito dell'intervento riabilitativo è quello di definire la "persona" applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF) per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale empowerment, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione. Le patologie cronico-degenerative, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica impattano sulla domanda di salute. Questo cambiamento di scenario ha ricadute importanti sul sistema delle cure che, rispettando i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, deve rispondere ai nuovi bisogni di salute con logiche di servizio innovative che tengano conto della necessità di una visione organica e integrata tra sanitario e sociale anche al fine di garantire gli interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse, alla luce dell'attuale indispensabile recupero di appropriatezza, efficienza e sostenibilità degli interventi. In questo contesto, in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità (acuzie, post-acuzie, cronicità), diventa elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative che all'interno di ciascuna, al fine di combinare le esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascuna struttura operativa con le ragioni della efficienza allocativa del sistema.

Occorre in primo luogo individuare una rete di risposte destinate alla fase estensiva del percorso assistenziale, tipica di persone con disabilità complesse e/o patologie cronico-degenerative gravemente invalidanti che necessitano di maggiore intensità d'intervento riabilitativo e assistenziale, onde evitarne l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture di lungodegenza.

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

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

- l'omogeneità dei servizi misurata prioritariamente sulla capacità degli stessi di garantire equità di accesso della popolazione ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato;
- la prevalenza dell'efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa del singolo servizio (la localizzazione del servizio è in funzione della esigenza della rete) e l'efficienza della rete sono indirizzate alla soddisfazione del fabbisogno;
- le caratteristiche che devono possedere i vari punti della rete al fine di garantire le funzioni assegnate.

L'attuazione ed il funzionamento in rete ha come presupposto principale la collaborazione tra i servizi che costituiscono la rete, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento attribuiti ai medesimi attraverso anche una precisa ridefinizione dei criteri. Le criticità oggi particolarmente evidenti sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio. L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune attuali forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie, di conseguente disabilità e fragilità, insito ad esempio nell'invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane. I pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie", sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di interventi;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriately delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in pronto soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con disabilità e deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di una epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo. Una appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali, per rispondere ai bisogni di tali pazienti, deve rispondere ai seguenti criteri:

- coerenza tra i tempi utili all'ospedale per l'acuzie e quelli necessari per l'attivazione del setto successivo;
- funzionamento di tutti i punti della "rete" dei servizi interessati;
- realizzazione di piani di assistenza post-dimissione condivisi tra ospedale e territorio;
- incentivazione dell'assistenza domiciliare e residenziale;
- appropriatezza di ricovero in tutti i setting della rete a partire dalla fase acuta in ospedale; sulla base di specifici indicatori di funzione e valori soglia di degenza.

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

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

La realizzazione della conseguente articolazione organizzativa permetterebbe di perseguire una maggiore appropriatezza di intervento dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia, di dare risposte più adeguate ai bisogni clinici-riabilitativi e assistenziali del paziente fragile di ogni età portatore di menomazioni, con la possibilità di indirizzare i pazienti "gravi" verso setting diversi sia in termini di organizzazione che in termini di costi di risorse. In questo contesto appare fondamentale il ruolo dei singoli distretti delle ASL, in

quanto deputati a svolgere le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta, attraverso lo sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione. Premesso quanto sopra, risulta evidente la necessità di ridefinire l'area di intervento che si occupa di quei pazienti che, superato l'evento critico contestuale al ricovero in ospedale per acuti, hanno ancora bisogno di continuità terapeutica-assistenziale e riabilitativa. In merito alle attività riabilitative l'offerta sanitaria deve tenere conto delle caratteristiche quali-quantitative della popolazione di riferimento e dell'incidenza e prevalenza dei principali quadri di disabilità presenti. Deve altresì qualificare la medesima offerta sanitaria dando una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità, individuando ed attivando in rete percorsi predefiniti di continuità assistenziale-disabilità dipendenti, assicurando la disponibilità di setting riabilitativi completi di tutte le fasi ospedaliere e territoriali a livello di ambito territoriale interaziendale (3° livello, 2° livello, 1° livello e attività domiciliare) per la realizzazione del "progetto riabilitativo individuale".

Ai fini del governo clinico e della razionalizzazione della rete dei posti letto di riabilitazione dell'area di post-acuzie si rende pertanto attualmente necessario individuare e realizzare azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale attraverso un'azione monitorata che individui in ogni setting riabilitativo indicatori specifici con valori soglia e criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa e di funzione nell'ambito della rete.

A tale riguardo, conformemente al Piano nazionale di indirizzo della riabilitazione recentemente approvato (G.U. n. 50 del 2 marzo 2011) e all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011), le attività di riabilitazione intensiva vanno rivolte a pazienti ad alta complessità che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale e sono erogate presso presidi ad alta specializzazione che comprendono anche gli IRCSS, i policlinici e le strutture private accreditate. Vanno dedicate al tal fine strutture per la fase acuta e strutture per la gestione delle complicanze in fase stabilizzata e, al venir meno delle esigenze diagnostiche ad alta complessità erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, è opportuno ricorrere alla riabilitazione intensiva extraospedaliera sul territorio.

L'utilizzo corretto della rete della riabilitazione deve poter garantire il coordinamento e la continuità del percorso terapeutico con il passaggio del paziente a setting a minore impegno al mutare delle condizioni di intensività e con l'introduzione di criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa (indicatori).

Pertanto, la riorganizzazione della rete della post-acuzie e la sua costante monitorizzazione nel tempo consentirà di liberare risorse a favore della realizzazione di una funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria per i pazienti il cui bisogno assistenziale è prevalente rispetto alla parte clinico-internistica che pure è presente in modo significativo.

4.3.1 Prescrizione autorizzazione fornitura e collaudo degli ausili e protesi

La necessità di creare un percorso che riguardi il campo della fornitura di ausili ai pazienti con disabilità cronica/evolutiva sia lieve che complessa, nasce dalla consapevolezza dell'importanza di valutare i bisogni della persona "disabile" in una nuova prospettiva multidimensionale, garantendone il miglior livello possibile di attività e partecipazione sociale e promuovendone l'autonomia personale, come indicato dal decreto ministeriale 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe) e dalle normative regionali vigenti. La prescrizione di un ausilio, quale atto sanitario, è parte integrante del progetto riabilitativo in cui, coerentemente con la normativa e con le

linee guida nazionali del settore, vengono valutati i bisogni clinici, riabilitativi ed assistenziali della persona. I punti cardine e di innovazione a cui è ispirato il percorso in questione sono:

- la presa in carico integrata della persona, che consente di superare le attuali frammentazioni e disomogeneità di offerta dei vari servizi disponibili sul territorio, passando dal concetto di cura al concetto di “presa in carico globale”;
- la valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo ed assistenziale della persona con disabilità affidata a figure professionali con ambiti di competenza differenziati per disciplina e funzione. Tali professionisti intervengono attraverso osservazioni, prove ed addestramento che possono richiedere anche diverse sedute, al fine di collaborare all'individuazione dell'ausilio più indicato in relazione alle disabilità motorie e comunicative ed alle caratteristiche globali del paziente e del suo contesto di vita;
- il modello integrato di rete come presupposto alla progettazione di interventi efficienti ed efficaci in relazione agli obiettivi, modello conforme alla concezione bio-psico-sociale della disabilità che valuta tutti gli aspetti sociali, relazionali, familiari e assistenziali che riguardano il paziente, oltre a quelli prettamente sanitari;
- il monitoraggio dei fattori di spesa al fine di consentire un utilizzo più corretto ed appropriato delle risorse, che possa permettere un reinvestimento delle risorse reperite in questo settore, garantendo in tal modo il ciclo di qualità del percorso.

L'analisi delle diverse complessità del bisogno individua le seguenti aree di interesse:

LIVELLO DI DISABILITA'	CLASSIFICAZIONE DELL'AUSILIO
disabilità che si riferiscono al terzo livello riabilitativo	ausili personalizzati
disabilità complesse	ausili complessi/personalizzati
disabilità poco complesse	ausili poco complessi di tipo standard

Il percorso prescrittivo e di fornitura ha come presupposto necessario una fase di formazione dei “medici prescrittori” che dovranno poi entrare a fare parte di un albo prescrittori, successivamente definito e caratterizzato, per il quale verrà programmata una formazione tecnica e normativa continua. I fornitori di ausili dovranno rispondere a requisiti di struttura aziendale, di professionalità e qualità del servizio ed altri eventuali requisiti individuati a livello regionale, al fine di rientrare anch'essi in un apposito albo fornitori.

L'introduzione del profilo dei medici prescrittori non dovrà comportare per il paziente richiedente alcun aggravio nella produzione degli atti amministrativi (richieste, autorizzazioni, preventivi) utili ad ottenere l'ausilio.

La valutazione del paziente

La valutazione del paziente da parte del medico specialista non è un evento monoprestazionale isolato, ma il risultato di un lavoro multiprofessionale, ispirato al "team based care" e finalizzato alla ricerca di appropriatezza mediante un processo di valutazione multidimensionale dei bisogni della persona. L'obiettivo da perseguire è la scelta dell'"ausilio appropriato", ovvero dell'ausilio che più di ogni altro è in grado di garantire la partecipazione del paziente alla vita sociale, familiare e lavorativa. Il medico prescrittore si avvarrà della collaborazione multiprofessionale all'interno di una equipe, adeguatamente formata nella continuità assistenziale, in quanto la prescrizione degli ausili, sia al domicilio, sia nella delicata fase di dimissione dai reparti per acuti, è parte integrante di una presa in carico territoriale del paziente con bisogni specifici.

Per quanto riguarda l'erogazione di ausili complessi, nella fase valutativa e in quella di individuazione ed addestramento, il medico prescrittore di riferimento per una determinata patologia si avvale del fondamentale contributo delle professioni sanitarie, in quanto rivestono un ruolo centrale nell'attuazione delle procedure correlate alla scelta e al successivo buon utilizzo dell'ausilio, e del tecnico ortopedico-sanitario per le sue specifiche competenze professionali, riconosciute dalla normativa vigente, nell'ambito dei processi di fornitura degli ausili.

Gli interventi si concretizzano in osservazioni, prove ed addestramenti che possono richiedere anche diverse sedute.

Prescrizione di presidi personalizzati

Con il termine "ausili personalizzati" si intendono tutti gli ausili che richiedono, per una corretta funzionalità, atti di addestramento, di servizio, di adattamento al caso e di istruzione all'uso. Nel caso in cui la persona con disabilità necessiti di un ausilio personalizzato e molto complesso, sarà buona prassi da parte del medico prescrittore e dell'equipe coinvolgere, già nelle prime fasi della valutazione, il servizio di assistenza protesica competente territorialmente, in quanto tale servizio potrebbe dover attivare procedure di acquisizione diverse dalla fornitura diretta, sussistendo particolari condizioni cliniche/sociali/ambientali (aggiungere specifica da nomenclatore / fuori nomenclatore).

La collaborazione tra l'equipe multiprofessionale e il servizio assistenza protesica potrà consentire, oltre che l'acquisizione di informazioni relative a eventuali precedenti forniture che modificherebbero la prosecuzione dell'iter autorizzativo, anche l'eventuale assegnazione da magazzino. Il presidio/ausilio da magazzino dovrà comunque soddisfare correttamente le richieste indicate dallo specialista prescrittore, ovvero con caratteristiche sovrapponibili alle esigenze del nuovo destinatario (per esempio: letti bariatrici, ecc.). Qualora l'ausilio personalizzato, individuato dal medico prescrittore come necessario, non possa essere erogato con fornitura diretta da parte dell'ASL, la scelta del fornitore verrà effettuata dall'assistito, nell'ambito degli iscritti all'albo fornitori.

Prescrizione di ausilio non personalizzato

Se l'ausilio non è personalizzato il prescrittore dovrà inoltrare direttamente la prescrizione al servizio di assistenza protesica di riferimento che, verificata l'eventuale disponibilità per la fornitura diretta, assegnerà il presidio all'utente. Qualora non sia possibile effettuare la fornitura diretta, il servizio di assistenza protesica contatterà il paziente affinché faccia pervenire un preventivo dal fornitore di fiducia individuato tra quelli in elenco fornitori.

4.4 Gli anziani non autosufficienti

Criticità

Attualmente il sistema dei servizi socio-sanitari regionali è caratterizzato dai seguenti elementi di criticità:

- insufficienza delle interfaccia e dei collegamenti tra i diversi servizi sanitari socio-sanitari e sociali che offrono i servizi sanitari e socio-sanitari agli anziani nelle diverse fasi del percorso di cura, riabilitazione e lungo-assistenza;
- inadeguata e/o insufficiente presenza quali/quantitativa dei servizi domiciliari e residenziali;
- inappropriatezza dei percorsi degli assistiti nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- scarso coinvolgimento nei piani di cura degli anziani e delle loro famiglie.

Molte criticità sono riconducibili alle sovrapposizioni e difficoltà di coordinamento tra strutture organizzative del servizio sanitario regionale, tra queste strutture e quelle dei servizi sociali dei comuni, tra strutture del sistema di welfare pubblico e quelle del welfare del privato sociale.

Il modello organizzativo

In questo senso si intende proporre un nuovo modello organizzativo integrato, in grado di realizzare un insieme di programmi sanitari ed assistenziali a livelli differenti di intensità assistenziale e li eroghi ai residenti di una determinata area geografica (distretto socio-sanitario). Il nuovo modello integrato di cure flessibili deve essere in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico-riabilitativo-assistenziali della popolazione, in particolare se fragile e anziana, con la possibilità di indirizzare il paziente verso i setting appropriati in termini di organizzazione e di risorse, garantendo una rete integrata di servizi fra ospedale e territorio con valorizzazione delle diverse figure professionali coinvolte. Il percorso deve tenere conto di tutte le fasi dell'assistenza al paziente fragile e cronico, dalla prevenzione alla presa in carico, alla rivalutazione e agli esiti. Il distretto assume un ruolo peculiare in quanto luogo fisico della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa dell'intero percorso sanitario e socio-assistenziale del paziente. A livello distrettuale l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) e l'Unità Valutativa Geriatria (UVG), valutano i bisogni dell'anziano, predispongono il piano di assistenza individualizzata e assegnano al Case Manager, abitualmente figura infermieristica, in grado di procedere ad una valutazione multidimensionale continua dei bisogni sanitari e sociali, il compito di coordinare la realizzazione del piano di assistenza e la successiva modulazione delle risposte. Il case manager è l'operatore chiave dell'équipe distrettuale, che attivamente gestisce e coordina gli interventi sanitari ed assistenziali realizzati dai diversi attori del piano assistenziale e ne consente la gestione in autonomia all'anziano e alla sua famiglia. Il MMG resta il primo responsabile della diagnosi, della cura e del follow-up medico, mentre i vari specialisti e professionisti sanitari e sociali collaborano per quanto di competenza ed il geriatra è lo specialista di riferimento per il coordinamento dei processi valutativi multidimensionali e per le situazioni di particolare complessità e fragilità del paziente anziano. La funzione della continuità assistenziale, presente a livello distrettuale, prende in carico i pazienti di ogni età, in particolare se fragili e disabili, e nel caso degli anziani ne gestisce la programmazione della dimissione dalle strutture organizzative ospedaliere per acuti, graduando per livelli di intensità clinica ed assistenziale la tipologia di risposta da offrire e interagendo attivamente con la famiglia e la rete relazionale di appartenenza.

Gli obiettivi di piano

Sono obiettivi da realizzare nel periodo di validità del piano socio-sanitario:

1. la realizzazione di un sistema integrato, a livello di distretto socio-sanitario, di pianificazione strategica sanitaria e sociale, di finanziamento programmato e coordinato, di valutazione e verifica della qualità delle prestazioni fornite dai soggetti produttori delle prestazioni domiciliari e residenziali;
2. la revisione del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari, con la piena applicazione della l.r. n.10/2010 e residenziali, attraverso una riduzione delle rigidità e delle segmentazione, insite nei modelli in uso e la possibilità da parte dei soggetti erogatori di fornire prestazioni multiple (residenziali, domiciliari ad alta intensità, domiciliari di lungo assistenza, sociali di animazione ed assistenza alla persona);
3. il miglioramento del governo clinico del percorso assistenziale dell'anziano non autosufficiente, dal momento della dimissione ospedaliera a quello della presa in carico da parte della rete dei servizi distrettuali attraverso la presenza di un'efficace leadership clinica e professionale a supporto dell'anziano e della sua famiglia e l'introduzione nella pratica assistenziale della figura del case manager;
4. lo sviluppo di setting pro-attivi tra servizi di welfare, l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia e le risorse mobilitate dalle comunità piemontesi nel percorso di cura e di assistenza.
5. la Clinica della memoria. Tra le cause di fragilità della popolazione anziana sempre più diffuse figurano le malattie dementigene, quali ad esempio l'Alzheimer. A tal riguardo, tra le strutture la cui realizzazione la Regione intende promuovere, vi è la cosiddetta "Clinica della memoria" di Collegno, quale centro per la cura delle patologie dementigene e parzialmente dedicato alle cure dell'Alzheimer anche tramite la realizzazione di centri diurni.

4.5 Le persone con disabilità

Criticità

Le criticità attualmente presenti nel sistema dei servizi socio sanitari destinati alla persone con disabilità sono principalmente:

- disomogeneità nella presa in carico integrata socio sanitaria, che deve essere finalizzata all'attuazione di percorsi personalizzati ed individualizzati specifici per patologia prevalente e livello di disabilità posseduta;
- carenza di continuità nel percorso di presa in carico del disabile nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e a quella anziana da parte dei singoli servizi correlati alle diverse fasce d'età;
- disomogenea presenza quali/quantitativa dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il modello organizzativo

Come per gli anziani non autosufficienti, il modello organizzativo proposto identifica nel distretto socio sanitario il punto di predisposizione e di attuazione dei programmi sanitari ed assistenziali articolati sulla base di differenti livelli di intensità assistenziale. Le persone con disabilità necessitano di modalità di presa in carico più individualizzate e personalizzate con una maggior rispondenza ai bisogni specifici ed in particolare, per le persone in situazione di grave disabilità, progetti individualizzati con finalità clinico assistenziali. Pertanto, una corretta definizione degli interventi da attivare deve essere basata su un approccio alle problematiche delle persone tenendo conto del loro bisogno, sia esso sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale. Il distretto rappresenta il livello di governo territoriale per l'avvio, per il corretto svolgimento del processo valutativo e della

conseguente definizione del progetto individuale, per la sua sostenibilità e per il suo monitoraggio nel tempo. A livello distrettuale l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD), o l'UMVD Minori, valuta i bisogni delle persone con disabilità e predispose il progetto individuale, che deve comprendere gli obiettivi di autonomia e di inclusione sociale, l'indicazione dei servizi e delle prestazioni necessarie per il raggiungimento di tali obiettivi, nonché le modalità di attuazione ed i tempi di verifica. A questo livello viene individuato il responsabile del progetto individuale il quale esercita il ruolo di riferimento della persona (case manager) durante tutto il percorso. Nell'impostazione degli interventi socio sanitari da attivare è fondamentale l'analisi del bisogno che deve condurre, nell'ambito di un percorso condiviso con la persona e/o la sua famiglia, ad una elaborazione di un progetto che accolga, non solo le limitazioni, ma soprattutto le potenzialità del soggetto richiedente e del suo contesto di vita. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona interessata sono sempre informati, da parte dell'UMVD o UMVD Minori, dell'esito della valutazione e della predisposizione del progetto individuale dell'assistito che hanno in carico.

Gli obiettivi di piano

Sono obiettivi da realizzare nel periodo di validità del piano socio-sanitario:

- la revisione del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari, con la piena applicazione della legge regionale n. 10/2010;
- la revisione del modello di assistenza residenziale e semiresidenziale con la previsione di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni della popolazione disabile;
- miglioramento della presa in carico da parte della rete dei servizi distrettuali attraverso un adeguato percorso di valutazione del bisogno e della conseguente predisposizione di un progetto individuale rispondente ai bisogni specifici delle persone con disabilità.

L'inserimento lavorativo

Al fine di contribuire all'integrazione delle persone con disabilità, le aziende sanitarie danno piena applicazione della legge 68/1999 per favorirne l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale. Le aziende sanitarie garantiranno la piena realizzazione degli interventi di tipo certificativo e di sostegno propedeutico all'avviamento al lavoro che è loro attribuito dalle norme nazionali e regionali. Inoltre le aziende sanitarie regionali si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati.

Inoltre le aziende sanitarie regionali destinano alle convenzioni di cui all'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e ad altre forme di affidamenti con clausole sociali quali quelle previste dall'articolo 52 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) una quota non inferiore all'1,5 per cento del volume degli affidamenti dell'anno per l'acquisto di beni o servizi. Entro la suddetta percentuale e compatibilmente con il tipo di attività da prestare, le direzioni regionali e le aziende sanitarie regionali possono definire una quota di inserimenti di persone con disabilità intellettiva, disabilità fisica con limitata autonomia e malattia mentale.

4.5.1 Miglioramento delle procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile

Dal 1 gennaio 2010, la legge 3 agosto 2009, n. 102 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali) ha individuato nuove procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile, affidandole a commissioni mediche delle aziende sanitarie locali integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo, anche se l'accertamento definitivo viene effettuato dall'INPS.

L'avvio della nuova procedura di riconoscimento, che prevede una forma di collaborazione ed interazione attraverso commissioni mediche congiunte tra INPS e ASL, ha creato ritardi nell'iter procedurale, anche a causa dell'incompatibilità tra i sistemi informatici delle ASL e dell'INPS, che hanno portato ad un grave rallentamento del riconoscimento dell'invalidità civile e delle provvidenze collegate.

Per tali motivi, è necessario individuare nuove misure di miglioramento del percorso di riconoscimento dell'invalidità civile, provvedendo, sulla base della normativa statale vigente, alla stipula di una nuova convenzione tra Regione Piemonte e INPS volta ad esperire nuove soluzioni tecnico-operative, che rendano meno oneroso per i cittadini il procedimento di riconoscimento di invalidità civile.

Obiettivi della nuova convenzione sono:

- ridurre i tempi per il riconoscimento dell'invalidità civile;
- rendere omogeneo sull'intero territorio regionale il procedimento per l'ottenimento dei benefici, evitando la frammentazione delle metodologie impiegate nei diversi territori;
- omogeneizzare i parametri di valutazione utilizzati per gli accertamenti sanitari su tutto il territorio regionale.

Tra le varie soluzioni, l'affidamento all'INPS, che opera per competenza territoriale in base ai codici di avviamento postale, del ciclo completo delle valutazioni medico-sanitarie, rappresenta una delle soluzioni più efficaci ed efficienti.

Tale soluzione, prima della sua adozione a regime dovrà essere sottoposta a sperimentazione annuale, al fine verificare i risultati attesi di miglioramento dei tempi di attesa per l'espletamento delle visite relative all'invalidità civile e quelle connesse alla condizione di handicap.

4.6 La medicina penitenziaria

La Regione Piemonte garantisce il diritto dei detenuti ad usufruire di prestazioni sanitarie di pari dignità e consistenza rispetto a quelle erogate nella società libera, nel rispetto del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419), del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 (Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria) e del Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e il Centro di giustizia minorile.

Gli obiettivi di salute e i LEA:

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;

- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socioculturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
- salvaguardia e promozione di un armonico sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio generali e specifici.

Contesto di riferimento

Peculiarità della popolazione detenuta e della domanda di salute

- eterogeneità e alta prevalenza di stati morbosi;
- impossibilità di accesso spontaneo alle strutture di soccorso e necessità di assicurare interventi in urgenza sia all'interno del contesto penitenziario che nelle ASR di riferimento;
- alta incidenza di patologie infettive o diffuse, preesistenti all'ingresso in Istituto (epatopatie, HIV, ecc.), ovvero acquisite per trasmissione in Istituto (pediculosi, scabbia, ecc.), in diversi stadi di evoluzione;
- alta percentuale di detenuti assuntori di sostanze stupefacenti e/o tossicodipendenti;
- alta incidenza dei disturbi di personalità (circa il 50% della popolazione carceraria secondo l'OMS) ed alta incidenza di patologie psichiatriche minori (circa il 93% dei nuovi ingressi presentano episodi depressivi) e maggiori (circa il 10% presentano psicosi e depressione maggiore);
- tasso di suicidi e di tentativi di suicidio sensibilmente più elevato rispetto alla popolazione generale e significativa prevalenza di situazioni di comorbidità;
- specifiche e particolari esigenze di salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali riferibili all'area di provenienza, caratterizzata da elevato disagio sociale, disagio psichico, tossicodipendenza ed elevata prevalenza di malattie virali croniche;
- effetti della reclusione o della limitazione della libertà sull'assetto psichico delle gestanti, delle puerpere e delle madri ristrette con prole fino ai tre anni, e potenziali ripercussioni sulla salute psico-fisica dei bambini;
- incremento della popolazione immigrata detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimenti penali.

Complessità del sistema

Quello penitenziario è un sistema complesso costituito a sua volta da sottosistemi complessi, rispetto ai quali vanno evidenziati alcuni aspetti:

- specificità delle realtà penitenziarie destinate alla popolazione adulta, caratterizzate, in diversa configurazione e con variabilità di aggregazione, da differenti tipologie di "sezioni" detentive, appartenenti a "circuiti" anche sovra-regionali e presenti in ogni istituto con necessarie esigenze di sicurezza connesse ad alcune tipologie di circuiti penali (41bis, collaboratori, alta sicurezza, custodia attenuata, etc);
- peculiarità proprie dei provvedimenti penali rivolti ai minori;
- specificità della giustizia minorile, non solo di tipo organizzativo (Tribunale e Procura della Repubblica dedicati, articolazione dell'Amministrazione di giustizia dedicati), ma anche trattamentale: essa coinvolge sull'intero territorio regionale, da un punto di vista funzionale, una costellazione di strutture del privato e di altre agenzie afferenti anche ad enti differenti rispetto alle ASR;

- ruoli differenti dell'Ufficio del Magistrato di Sorveglianza e dell'Ufficio di esecuzione penale esterna nei percorsi di esecuzione penale per gli adulti e per i minori, del Tribunale dei minori, della Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minori, dell'USSM nei procedimenti penali rivolti ai minori;
- ruolo del Tribunale e della Procura della Repubblica nell'assegnazione di determinate tipologie di detenuti a specifici circuiti penitenziari;
- ruolo del sindaco come autorità sanitaria dei comuni sedi di istituti penitenziari;
- ruolo del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale.

Criticità Organizzative

- configurazione gerarchico-burocratica del modello organizzativo penitenziario, centrato sull'Istituzione;
- instabilità e frammentarietà dell'organizzazione del lavoro (per movimenti della popolazione detenuta dipendenti da esigenze come quelle della sicurezza o degli iter processuali);
- separazione tra le funzioni e frammentarietà delle prestazioni;
- alto numero di ricoveri in ospedale effettuati dalla Casa Circondariale (CC) Lo Russo e Cutugno di Torino;
- difficile governabilità degli accessi al CDT della CC Lo Russo e Cutugno di Torino, quando di provenienza extraregionale;
- alto numero di visite specialistiche esterne;
- consistente impegno richiesto alla Polizia penitenziaria nelle traduzioni per visite specialistiche esterne e per ricoveri ospedalieri;
- influenza della condizione detentiva sulla relazione di cura (con particolare riferimento ai bisogni indotti dalla privazione sociale o alla ricerca di vantaggi primari rispetto agli iter giudiziari);
- gravissima insufficienza del servizio di assistenza psicologica;
- gravissimo deficit di attrezzature diagnostiche (es. elettromedicali);
- difficoltà di apertura all'esterno;
- difficoltà di garantire coerenza tra misure connesse alla sicurezza e misure connesse alla tutela della salute.

Individuazione delle azioni programmatiche e degli interventi prioritari

- riattivazione del Gruppo tecnico per la tutela della salute in ambito penitenziario, istituito con DGR 4-7657 del 3 dicembre 2007 e modificato con DGR 11-10052 del 17 novembre 2008 e DGR 21-1834 del 7 aprile 2011, ridefinito e integrato con DD 550/2011 della Regione Piemonte, con il precipuo compito di accompagnare il processo di riforma;
- definizione di modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali, per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità ;
- rilevazione sistematica sullo stato di salute in tutti gli istituti di pena del territorio con particolare attenzione alle condizioni e ai fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza o ostacolano la cura delle patologie prevalenti e alla rilevazione e dei requisiti igienico-sanitari di tutti gli ambienti ;
- incremento delle attività specialistiche svolte dalle ASR all'interno delle strutture carcerarie e rivolte a tutti i ristretti, con specifico riferimento alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche a medio e lungo termine, connesse alla tutela della salute mentale;
- incremento delle interazioni con le strutture di emergenza delle ASR;

- graduale implementazione di funzioni di telemedicina;
- formazione specifica sulle modalità di gestione delle urgenze e/o delle complessità cliniche nella specificità delle strutture carcerarie;
- attivazione di sistemi di valutazione globale (detenuti, familiari, personale, ecc.) della qualità percepita, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi e dei PDTA;
- attivazione di programmi di formazione continua degli operatori sanitari e penitenziari e di sorveglianza sanitaria, con particolare riferimento alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute psico-fisico sia della popolazione detenuta che degli operatori sanitari e penitenziari;
- valutazione medica generica e psicologica di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi anche in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione;
- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione di tutti gli interventi necessari a prevenire atti auto lesivi;
- attivazione di sistema di sorveglianza epidemiologica e di valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- attivazione di interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni;
- indicazione, a livello del Tavolo di lavoro regionale "Sottogruppo Area Tematica Sanità Penitenziaria Minorile", ridefinito con DD 530/2011 ed istituito ai sensi delle DGR 4-7657 del 3 dicembre 2007, DGR 11-10052 del 17 novembre 2008 e DGR 21-1834 del 7 aprile 2011, di protocolli e di modalità di collaborazione tra servizi di tutela salute mentale e dipartimento amministrazione penitenziaria (in particolare della Giustizia minorile), al fine di fornire all'autorità giudiziaria tutti gli elementi necessari ad adottare la misura penale più idonea al trattamento e al recupero del minore autore di reato;
- garanzia di livelli omogenei di assistenza psicologica alle persone detenute e ai minori/giovani adulti sottoposti a procedimento penale, congrue alle differenze e alle specificità locali;
- garanzia di prestazioni psicologiche a soggetti sottoposti a carcerazione, all'interno degli istituti penitenziari, dell'Istituto penitenziario minorile e del Centro di prima accoglienza, da effettuarsi sia in ambito intramurario, sia presso strutture sanitarie esterne, secondo quanto previsto dall'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) e dell'articolo 17 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 (Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà);
- garanzia di prestazioni psicologiche per minori e giovani adulti dell'area penale esterna;
- potenziamento della sinergia tra attività degli psicologi operanti in ambito penitenziario e gli psicologi operanti nei servizi afferenti alla salute mentale, con necessità di un coordinamento unico delle attività da parte delle ASR di competenza;
- monitoraggio dei bisogni assistenziali delle reclusi, con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico e agli interventi di prevenzione e profilassi, nonché di debita e completa informazione sui servizi offerti dalle ASR al momento della dimissione dal carcere (consultori, punti nascita, ambulatori, ecc.);

- sostegno ed accompagnamento al normale sviluppo psico-fisico dei neonati e dei bambini sotto i tre anni di età, nelle donne ristrette con prole;
- conoscenza delle reali necessità di carattere sanitario della popolazione immigrata ristretta e interventi di prevenzione mirata alla specificità dei loro bisogni di salute;
- piena fruibilità delle risorse sanitarie esistenti anche per i minorenni privi di regolare permesso di soggiorno e/o di documenti di identità;
- specifici programmi per la salute della popolazione immigrata che preveda l'impegno dei servizi sanitari, delle direzioni degli istituti di pena, degli enti locali e del volontariato, per la messa a disposizione di mediatori culturali ed eventuale predisposizione di opportunità di accoglienza all'esterno del carcere;
- regolamentazione, stesura ed approvazione in tempi brevi dei protocolli locali e delle carte dei servizi;
- piena salvaguardia delle professionalità già maturate all'interno degli incarichi svolti in ambito penitenziario e contestuale definizione di un percorso di graduale omogeneizzazione delle forme contrattuali in essere con le forme contrattuali vigenti nel SSR, compatibilmente con gli attuali vincoli di bilancio e con la necessità di perseguimento da parte della Regione Piemonte dei piani di rientro.

Si deve perseguire la redazione dei regolamenti di dettaglio e di tutte le carte dei servizi per il corretto svolgimento delle concrete attività sanitarie negli istituti penitenziari.

Indicazioni sui modelli organizzativi

Il d.lgs. n. 230/1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto a:

- tipologia e consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna regione;
- numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena;
- tipologia dei ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie, ...), o con particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

Essi devono comunque garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra tutti gli attori sanitari in gioco e le strutture operative esterne del SSR. A tale fine è dunque opportuno mirare alla definizione di un modello "a rete" che:

- individui le attività sanitarie di base e specialistiche;
- sia atto a garantire, nei diversi livelli di complessità del sistema penitenziario, i collegamenti funzionali tra i nodi della rete;
- possa essere utilizzato come riferimento per i trasferimenti dettati da motivazioni sanitarie.

In sintonia con i principi ispiratori del decreto del presidente del consiglio dei ministri 1 aprile 2008 (Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria), contemperati alle esigenze organizzative e gestionali del nuovo modello di SSR, occorre che:

- nelle ASR sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 500 detenuti, si istituisca un servizio multiprofessionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche. Il medico referente del servizio concorda le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'ASR. La

- collocazione organizzativa del servizio dovrebbe essere in staff alla direzione sanitaria aziendale;
- nelle ASR sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di 500 o più detenuti, o Istituti sede di centro clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive, ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), venga istituita una idonea struttura organizzativa semplice, alle dipendenze della direzione Sanitaria aziendale;
 - per la CC Lorusso e Cutugno di Torino, per l'Istituto di pena per minorenni e per il Centro di prima accoglienza, dovrebbe essere previsto un coordinamento funzionale anche da parte dei servizi di salute mentale e delle dipendenze. In tali Istituti, l'afferenza strutturale della struttura operativa semplice, e quindi la responsabilità clinica, tecnica e gestionale, dovrebbe essere ad una specifica direzione sanitaria a ciò specificamente preposta;
 - per quanto riguarda il modello organizzativo dei SERT che operano negli istituti di pena, è prevista l'istituzione di un'area detentiva (Day hospital/Day service), idonea al trattamento della sindrome di astinenza (fase acuta), distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti (fase post-acuta). Queste aree che si affiancano alle sezioni a custodia attenuata già esistenti, devono garantire interventi terapeutici tempestivi oltre che la necessaria osservazione clinica. I SERT operanti negli Istituti di pena, comunque, afferiscono strutturalmente alle ASR.

Sperimentazione ed Innovazione

La complessità e la necessità del governo delle risorse impone forme di sperimentazione ed innovazioni tese alla semplificazione delle procedure e alla razionalizzazione e al risparmio delle risorse umane strumentali e materiali. In tal senso pare necessario il coinvolgimento del Tavolo "Tutela Salute Mentale, Dipendenze e Tossicologia Clinica e Forense" istituito presso l'ARESS per un confronto con rappresentanti dell'Amministrazione Penitenziaria regionale

Specificità della gestione dei pazienti dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

Le norme di riferimento, in maniera specifica, trattano di Salute Mentale e dell'OPG come di seguito riportato. L'articolo 5 del DPCM 1 aprile 2008 definisce il trasferimento alle regioni in cui sono ubicati gli OPG delle funzioni sanitarie degli stessi e rimanda all'allegato C del DPCM stesso la disciplina degli interventi che le regioni devono attuare attraverso le aziende sanitarie ed istituisce presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il Comitato paritetico interistituzionale. Nell'allegato A è presente la sezione "Prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale". La prevalenza di malattie mentali negli istituti di pena è stimata pari al 16%, per la maggior parte trattasi di disturbi che sopravvengono durante la detenzione. Devono essere garantite ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione previste dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno che all'esterno. Va garantita, inoltre, attraverso opportuni contatti con i dipartimenti di salute mentale di competenza dell'Internato, la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Indicazione delle strategie

1. definizione complessiva dei PDTA degli internati in OPG e in CCC, da attuarsi

avvalendosi dell'apposita "Commissione tecnica regionale per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti autori di reato alternativo all'inserimento in ospedale psichiatrico giudiziario" di cui alla determina dirigenziale 13 settembre 2010, n. 619;

2. valutazione clinica e prognostica da parte dei dipartimenti di salute mentale dell'attuale popolazione degli autori di reato residenti in Piemonte:

a) soggetti inseriti in percorsi alternativi tipo libertà vigilata o arresti domiciliari presso:

- i. il proprio domicilio;
- ii. in Casa di cura;
- iii. in soluzioni residenziali o semiresidenziali di cui alla delibera del Consiglio regionale del 28 gennaio 1997, n. 357 (Standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della DGR n. 191-37198 del 17.4.1990 ratificata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 9-9044 del 29.7.1990 e della DCR n. 245-11504 del 31.7.1986);
- iv. in presidi accreditati o convenzionati con il SSR;

b) soggetti internati in OPG.

La valutazione clinica, obbligatoria per legge e concordata direttamente con le Direzioni degli OPG, dovrà sempre essere comunicata alla "Commissione tecnica regionale per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti autori di reato alternativo all'inserimento in ospedale psichiatrico giudiziario" di cui alla determina dirigenziale sopra citata e dovrà tenere conto della rilevazione delle "fasce di bisogni clinici e terapeutici", individuando pazienti collocabili immediatamente, a medio termine o a lungo termine in un programma di intervento concretamente realizzabile mediante la rete "convenzionale" dei servizi (pubblici o privati) gestiti dai dipartimenti di salute mentale.

La terza fase, a distanza di due anni, prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'articolo 115, comma 1 del DPR 230/2000. Obiettivo prioritario è agire, in prima istanza, sui pazienti internati che sono giunti a termine della misura di sicurezza e che restano ancora internati, in proroga della stessa, per la mancanza di adeguati progetti di reinserimento nel territorio di provenienza. In questa fase è determinante che uno dei compiti della "Commissione tecnica regionale per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti autori di reato alternativo all'inserimento in ospedale psichiatrico giudiziario" di cui alla citata determina dirigenziale 619 /2010 sia l'individuazione di un insieme di interventi finalizzati al reinserimento sociale del paziente, affinché il trattamento farmacologico e quello riabilitativo possano compiersi in maniera ottimale. In seconda istanza, appare necessario che la predetta Commissione tecnica regionale, anche attraverso i dipartimenti di salute mentale, proceda a:

- monitorare continuamente la presenza di Internati residenti nella Regione Piemonte;
- mantenere una rete permanente di contatti tra DSM ed équipes sanitarie operanti negli OPG ;
- evitare il protrarsi di misure di sicurezza, allorquando si creino le condizioni per una dimissione e una presa in carico da parte dei servizi, anche con misure non detentive (sentenze 253/03 e 367/04);
- intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato per evitare, quando possibile, il ricorso all'OPG.

c) attivazione da parte della "Commissione tecnica regionale per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti autori di reato alternativo all'inserimento in ospedale psichiatrico giudiziario" di cui alla determina dirigenziale 619/2010 di un

coordinamento con la magistratura, inquirente e di sorveglianza, per una programmazione concordata di percorsi alternativi all'inserimento in OPG e in CCC.

5. PERCORSI QUALIFICANTI

5.1 La rete delle neonatologie e la rete delle pediatrie

5.1.1 Struttura della rete delle neonatologie – terapie intensive neonatali

Attualmente esistono in Piemonte sette neonatologie con Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di III livello situate in ospedali con DEA di II livello. Gli altri centri nascita esistenti sono distribuiti fra I e II livello, ma con differenza di funzioni non nettamente definita. Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:

- posti di TIN insufficienti soprattutto per l'aumento negli ultimi dieci anni dei neonati estremamente critici a causa di aumento dell'età materna, fecondazione assistita, immigrazione, miglioramento delle cure ostetriche e neonatologiche con conseguente aumento della sopravvivenza di tali neonati;
- difficoltà ad assicurare un'adeguata assistenza neonatale per la parcellizzazione dei centri nascita di piccole dimensioni tali da non consentire in ciascuno un adeguato numero di Neonatologi per coprire le 24 ore.

L'obiettivo fondamentale è quello di garantire a ogni neonato, in qualsiasi centro nascita, ai vari livelli assistenziali, un'assistenza appropriata e sicura, uniforme su tutto il territorio regionale. In conformità con il recente documento della Conferenza unificata Stato-Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (G.U. Serie generale n.13 del 18 gennaio 2011) si prevede la realizzazione di una rete delle neonatologie tale da garantire una dimensione adeguata dei centri nascita tramite l'accorpamento graduale dei centri di piccole dimensioni in modo da costituire solamente centri con almeno 1000 nati l'anno. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore (e comunque non inferiore a 500 parti/anno) potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni per aree geografiche particolarmente disagiate con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM). Ciò consentirà una copertura assistenziale 24 ore su 24 da parte di personale medico e infermieristico con competenze neonatologiche adeguate. Per attuare le azioni proposte si prevede il raggruppamento dei centri nascita di I e II livello in Unità operative pediatriche/neonatologiche di I livello all'interno di un DEA di I livello (Unità che assistono neonati sani e nati con patologie che non richiedano ricovero in TIN) lasciando la situazione attuale delle TIN di III livello, che vengono denominate Unità operative neonatologiche di II Livello-TIN (Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva) all'interno di un DEA di II livello, potenziandone le capacità recettive secondo le attuali necessità. Si prevede inoltre l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali. Secondo quanto previsto dal documento della Conferenza unificata Stato Regioni, le U.O. ostetricia di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale superiore o uguale a 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto. Le U.O. ostetricia di I livello sono formalmente e funzionalmente collegate con le Unità di ostetricia di II livello secondo il modello centri di riferimento e cardine e garantendo il trasferimento mediante lo STAM a Unità di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di

terapia intensiva, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale).

5.1.2 Struttura della rete delle pediatrie

L'organizzazione mondiale della sanità e le varie società scientifiche nazionali ed internazionali sottolineano che l'assistenza al bambino, a partire dalle prime epoche di vita sino all'adolescenza, va mantenuta distinta da quella dell'adulto. In ospedale, gli spazi e l'ambiente vanno finalizzati al bambino ed il personale medico ed infermieristico devono possedere una competenza mirata. In quest'ottica viene attivata una rete regionale dell'Area pediatrica che, alla luce delle risorse disponibili, permetta di ottimizzare l'assistenza ospedaliera dell'età evolutiva sull'intero territorio. In analogia ad altre reti regionali verrà utilizzato un sistema tipo "Centri di riferimento e cardine", che tenga conto della distribuzione e peculiarità delle singole strutture e della parallela razionalizzazione dei punti nascita. In un sistema di integrazione dei vari livelli di assistenza dell'età evolutiva, l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino continuerà a fungere da ospedale pediatrico di riferimento regionale, disponendo delle varie branche specialistiche e di vari centri di eccellenza. In Piemonte, sono soprattutto i pediatri di famiglia a fornire le cure primarie ai bambini. Appare quanto mai opportuna una miglior integrazione della loro attività con l'ospedale dell'area, che garantisca una maggior continuità assistenziale ai piccoli pazienti, incluse situazioni di urgenza-emergenza, e di ridurre l'eccessivo accesso inappropriato al pronto soccorso pediatrico. Per l'assistenza di primo livello la rete regionale dell'area pediatrica si avvale delle strutture ospedaliere distribuite su tutto il territorio, quali quelle di pediatria (a cui fanno capo anche la maggioranza delle unità di neonatologia) o di neuropsichiatria infantile. Verrà attivato un sistema organizzativo integrato basato sui suddetti criteri "Centri di riferimento e cardine" che permetta di garantire sull'intero territorio i requisiti minimi di un'assistenza qualificata, inclusa l'emergenza-urgenza 24 ore al giorno, del bambino sino all'adolescenza, secondo i livelli di gravità, complessità e specificità delle varie patologie. L'attuale ricorso a "gettonisti" esterni per sopperire alla grave carenza di personale medico in alcune strutture, non può garantire le necessarie competenze specifiche e ha inoltre costi elevati; dovranno quindi essere trovate soluzioni alternative, inclusa la razionalizzazione ed integrazione delle strutture esistenti unitamente a quella dei punti nascita. Un numero crescente di bambini richiede il ricorso a centri di alta specializzazione (trapianti, pazienti con malattie rare o complesse, approccio multidisciplinare, piani terapeutici con farmaci innovativi o particolarmente costosi, ecc.). L'Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) di Torino funge da ospedale pediatrico di riferimento regionale a cui è demandata l'assistenza di bambini con problematiche complesse, affetti da malattie rare o che richiedano un particolare approccio specialistico. L'inserimento dell'OIRM nella futura "Città della Salute" rappresenta un'importante opportunità di crescita e potenziamento dei servizi offerti dai centri di eccellenza pediatrica che qui operano; sarà parimenti perseguita una miglior integrazione dell'OIRM con gli altri centri. La rete dell'area pediatrica potrà avvalersi di commissioni che coordinino l'organizzazione delle varie sub-specialità pediatriche, onde giungere ad una proficua integrazione dei servizi forniti dalle strutture periferiche, da quelle intermedie e dai centri di eccellenza che possa far fronte ai bisogni specifici dei piccoli pazienti e dei loro famigliari.

5.1.3 Strutture di neuropsichiatria infantile

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) sono strutture operative interdisciplinari, deputate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a

18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale).

Hanno quindi come competenza specifica lo sviluppo complessivo del bambino e l'azione dell'ambiente o di eventi patogeni su di esso.

Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica: la competenza specialistica non è quindi espressa da un singolo professionista, ma dal lavoro di una unità operativa stabile e specificamente formata, che opera con modalità che garantiscono continuità tra uno specifico intervento ospedaliero e specifico percorso territoriale, entrambi necessari per assicurare:

- a. appropriatezza e completezza nella diagnosi,
- b. precisione e adeguatezza del progetto terapeutico,
- c. coerenza e continuità degli interventi di cura possibili
- d. verifica degli esiti nel tempo.

La competenza dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) si esprime in una presa in carico globale, complessiva e longitudinale che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione, il supporto e il monitoraggio di interventi terapeutici, riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi e che includono famiglia e contesti di vita.

E' inoltre compito dei servizi di NPIA contribuire alla formazione del personale sanitario ed educativo, in causa nell'intervento terapeutico.

I Progetti obiettivo materno infantile e tutela salute mentale rappresentano il riferimento teorico-operativo delle strutture di NPI; essi presuppongono una rete omogenea di strutture operative in grado di assicurare la prevenzione e la cura dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva, erogando livelli di assistenza uniformi in tutto il territorio regionale.

Storicamente la NPI del Piemonte è composta da strutture specialistiche collocate all'interno del dipartimento materno infantile e questo ha consentito una risposta specifica ed uniforme ai bisogni globali dei pazienti.

La disciplina di NPI è rappresentata in ambito accademico da una struttura universitaria e da una scuola di specializzazione, collocate all'interno dell'Ospedale Infantile Regina Margherita. I servizi di NPI del Piemonte si sono dotati di uno strumento epidemiologico specifico (npi.net) che garantisce la tracciabilità dei percorsi del minore nei vari servizi e il monitoraggio dell'attività specialistica, dei carichi di lavoro e dei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi. In questi anni i servizi di NPI si sono dotati di strumenti specifici e linee guida in vari ambiti: ADHD, autismo, emergenza psichiatrica in età evolutiva e in adolescenza, disturbi specifici di apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, revisione linee guida sull'abuso e maltrattamento ai minori. Alcuni, però, non hanno avuto finora un'applicazione operativa come ad esempio quello sull'emergenze psichiatriche. Alla luce dell'imminente pubblicazione del piano socio sanitario, si sottolinea l'importanza di mantenere l'attuale configurazione delle strutture di NPI nel Dipartimento Materno Infantile Strutturale delle aziende sanitarie regionali, garantendo così la specifica identità professionale specialistica nonché l'assetto organizzativo con integrazione ospedale/territorio in ambito neurologico e psichiatrico in età evolutiva.

Si sottolinea inoltre l'estrema importanza del mantenimento/rafforzamento della multidisciplinarietà della NPI.

5.2 Le Unità di senologia

L'attuale situazione piemontese del trattamento del tumore della mammella non riesce a fornire un servizio pienamente competitivo rispetto ai centri di riferimento nazionali presenti nelle regioni confinanti. Ne consegue una mobilità passiva, specie verso la Lombardia, che può e deve essere evitata. I protocolli diagnostici-terapeutici del carcinoma della mammella sia in campo oncologico, sia in campo chirurgico sono ormai validati a livello internazionale e vengono ubiquitariamente utilizzati. La percentuale di sopravvivenza risulta, dunque conseguentemente sovrapponibile. Ciò che diversifica l'attuale realtà piemontese da quella dei grandi centri nazionali è la tipologia di approccio globale al paziente. L'atteggiamento che costituisce il gold standard del trattamento si basa sulla visione della malattia non solo come patologia che mette a rischio la vita della paziente, ma anche come esperienza demolitiva della integrità e femminilità della persona, concetto che miri alla salute ed al benessere della persona (empowerment), riportando al centro dell'attenzione terapeutica la donna e non il tumore. L'atto terapeutico che ne consegue non solo pone sullo stesso piano la chirurgia demolitiva e quella ricostruttiva, ma identifica la seconda come atto fondamentale di completamento della prima. In questo contesto è necessaria la stretta collaborazione tra il chirurgo plastico, il chirurgo oncologo, il radioterapista, l'oncologo medico, dal momento della diagnosi fino alla scelta ed esecuzione dell'atto demolitivo chirurgico che, oltre ad avere la finalità di exeresi della malattia, deve avere anche una funzione di preparazione dell'atto ricostruttivo. Se la finalità, dunque, del trattamento della patologia tumorale della mammella risponde ad una domanda di salute che va oltre la sopravvivenza, il percorso di cura vede nella figura del chirurgo plastico il professionista capace di interagire con il chirurgo oncologo, l'oncologo medico, il radioterapista. Tale scelta rappresenta un segnale forte, concreto e socialmente rilevante di evoluzione del trattamento globale della malattia tumorale della mammella, nella direzione del rispetto della donna, del suo corpo, della sua femminilità fisica e psicologica. La riorganizzazione delle 'Breast Unit' secondo tale modello risulta inoltre propedeutica alla costruzione di una rete senologica coordinata con la rete oncologica e con la rete ricostruttiva. Il documento di consenso e le linee guida europee, nazionali e regionali raccomandano di istituire unità multidisciplinari di senologia per il trattamento della patologia mammaria. Le unità di senologia, sviluppate in "rete" e con diverse sedi regionali per coprire il fabbisogno del territorio regionale, al loro interno sono collegate in senso orizzontale, in modo che tutti i referenti dei servizi coinvolti (radiologi, anatomopatologi, chirurghi, oncologi, radioterapisti...) possano confrontarsi in incontri settimanali per la discussione collegiale dei casi clinici venuti all'osservazione. Tutti i servizi regionali componenti le varie Unità dovrebbero inoltre essere collegati tra loro per dotarsi di protocolli comuni di diagnosi e trattamento in accordo con linee guida, documenti di consenso e studi in corso: tutti gli specialisti delle varie discipline dovrebbero avere degli incontri periodici con gli specialisti presenti in altre sedi per confrontarsi sui problemi logistico-organizzativi e sui protocolli. Occorre identificare due livelli di unità operativa con diversi livelli di volume di attività di componenti il gruppo multidisciplinare. Le unità di riferimento devono essere situate in strutture ospedaliere o universitarie o istituti di tumori (che incorporano le professionalità e le competenze di rilievo presenti presso altre sedi) in cui siano assicurati: volume di attività, rispetto dei tempi di attesa e delle procedure diagnostico-terapeutiche, gestione multidisciplinare, monitoraggio degli indicatori di qualità. Presso tali strutture deve essere garantita la formazione degli specialisti.

Un'unità diagnostico terapeutica di senologia deve possedere i seguenti requisiti (pubblicati sulle linee guida):

Volume

Il numero di nuovi casi all'anno deve essere variabile a seconda che si tratti di unità di tipo docente o di tipo periferico; in ogni caso trattare meno di 50 casi all'anno non permetterebbe di raggiungere sufficienti livelli di formazione. Il numero riportato sulle linee guida è almeno di 150 casi/anno. Il numero ottimale per una unità di tipo docente di riferimento è stato stimato nell'ordine di 400 nuovi casi all'anno, un numero maggiore di casi comporterebbe un aumento dei costi economici per la necessità di aumentare le strutture e le attrezzature, un numero inferiore a 300 casi/anno comporta invece un utilizzo non ottimale delle stesse.

Tempi di attesa delle procedure diagnostico-terapeutiche

I tempi di attesa delle procedure diagnostico-terapeutiche devono essere codificati e, quindi, rispettati nell'80% dei casi dal momento dell'indicazione. L'attesa per la consulenza dal momento in cui viene richiesta non deve superare i 10 giorni quando essa soddisfi i criteri di urgenza (sospetta neoplasia). La risposta delle procedure diagnostiche (tripletta diagnostica clinico-strumentale-citologica), da effettuarsi in un'unica visita, deve essere disponibile entro una settimana. L'attesa per l'inizio della terapia non deve essere superiore a tre settimane nell'80 % dei casi. L'attesa per la consegna dell'esame istologico e delle successive conclusioni terapeutiche non deve superare i 10 giorni.

Gestione multidisciplinare

Nella sede dell'unità di senologia devono essere presenti i servizi di chirurgia o ginecologia, il servizio di chirurgia plastica, il servizio di radiologia e quello di anatomia patologica (nella stessa sede) ed altri specialisti (oncologo, radioterapista, fisiatra, fisioterapista, psicologo ed epidemiologo). Il personale operante in una Unità di senologia, che costituisce il gruppo multidisciplinare di lavoro, deve soddisfare alcune caratteristiche che la definiscono come tale, quali:

- Incontri periodici.

La collaborazione deve essere attiva e continua tra i componenti del team: si deve prevedere un incontro settimanale per la discussione di tutti i casi clinici, sia ai termine dell'iter diagnostico, che terapeutico ed incontri periodici a carattere scientifico, incontri che devono rappresentare importanti momenti di "formazione".

- Tempo dedicato.

La prestazione nell'attività senologica non deve essere occasionale ma prestabilita in termini di tempo dedicato percentuale minimo sull'attività professionale globale: sarebbe impossibile in caso contrario garantire elevati livelli di specializzazione e qualificazione.

- Livello di formazione.

Il livello idoneo di formazione dello specialista deve essere definito in modo dettagliato e deve costituire l'obiettivo di formazione per chi intenda occuparsi di senologia. Di seguito vengono riportati i requisiti che definiscono il livello di formazione del chirurgo o del ginecologo.

Il III livello caratterizza il docente che deve prestare o avere prestato servizio in strutture che trattino oltre 150 nuovi casi all'anno (strutture di riferimento regionale, Istituti di ricerca in campo oncologico o strutture di tipo universitario) e occuparsi personalmente di oltre 50 nuovi casi all'anno e avere tempo dedicato totale. La formazione scientifico-culturale prevede che sia:

- membro di comitati commissioni regionali e nazionali;
- coredattore di documenti di consenso nazionali o internazionali;
- coautore di pubblicazioni su riviste scientifiche repertate.

Il II livello caratterizza i requisiti minimi di chi voglia occuparsi di carcinoma mammario nei programmi di screening e/o nelle unità senologiche che trattino almeno 100 nuovi casi all'anno. Deve trattare personalmente oltre 30 casi. La formazione scientifico-culturale

prevede la conoscenza dei documenti di consenso e delle linee guida internazionali e nazionali. Deve infine essere in grado di monitorare gli indicatori di qualità della propria attività. Tempo dedicato superiore al 50%.

Il I livello è rappresentato dal neospecialista in ginecologia o in chirurgia generale o in chirurgia plastica con nozioni di base in chirurgia che intenda specializzarsi in campo senologico e che deve dunque sottoporsi ad una formazione per raggiungere il II livello ed operare in unità senologiche nel territorio. Gli specialisti operanti in unità di senologia devono partecipare ad un programma di formazione e aggiornamento che includa eventi formativi nazionali.

Monitoraggio degli indicatori di qualità.

Un requisito essenziale dell'unità di senologia, infine, è un sistema di monitoraggio di indicatori di qualità basato sulla misura dell'aderenza alle linee guida ed ai documenti di consenso. Una elevata qualità di prestazione può essere garantita solo da una sua verifica periodica. A tal fine è stato elaborato in ambito GISMA un documento, pubblicato sul protocollo FONCAM, che individua una serie di indicatori di qualità del trattamento del carcinoma mammario, che identifica un livello minimo di qualità di trattamento sotto il quale è necessaria un'ulteriore formazione ed un livello ottimale che rappresenta l'obiettivo da raggiungere.

5.3 La rete ricostruttiva

La chirurgia oncoplastica e protesica rappresenta una componente fondamentale dell'insieme di proposte terapeutiche in ambito oncologico che devono integrarsi al meglio tra loro col duplice scopo di debellare la malattia e minimizzare i danni sia estetici che funzionali conseguenti ad aggressive ablazioni oncologiche. Strettamente connessa alla rete oncologica e senologica, è la rete ricostruttiva regionale, estendibile anche a quella traumatologica, costituita dalle attuali strutture complesse, operative in Piemonte ed estendibile ad altri professionisti ad alta specializzazione come i microchirurghi. A questo scopo, il PSSR definisce le linee guida per il governo del trattamento integrato della patologia oncologica nei seguenti distretti: mammella, cervico facciale, cute. Sono infatti questi i distretti anatomici che richiedono maggior impegno oncoplastico per il conseguimento dei migliori risultati, anche se in prospettiva il progetto è estendibile all'ambito ginecologico, urologico e coloretale. I benefici attesi consistono nell'ottimizzazione della tempistica, privilegiando le ricostruzioni primarie in un solo tempo chirurgico e nella costituzione di un progetto ricostruttivo che sia coerente con quello demolitivo e disegnato sulle necessità di ogni singolo paziente. La personalizzazione di questo tipo di chirurgia rappresenta infatti il valore aggiunto della proposta terapeutica integrata.

Sono identificati tre livelli di complessità che prevedono modalità diverse di collaborazione tra la struttura dove origina la casistica oncologica e le strutture plastiche ricostruttive presenti nella realtà regionale:

I LIVELLO: comprende tutte le procedure che non richiedono la presenza specialistica del chirurgo ricostruttivo e che possano essere eseguite dal chirurgo oncologo. I criteri scelti per identificarle tengono conto dell'entità e della sede dell'escissione oncologica;

II LIVELLO: riguarda i casi in cui l'asportazione oncologica a margini ampi comporti il coinvolgimento di estese superfici cutanee o di entità anatomiche di alto valore estetico. In questi casi l'intervento ricostruttivo deve essere affidato al chirurgo specialista in chirurgia plastica che, in qualità di "consulente esterno" partecipa all'intervento che viene comunque svolto nella sede ospedaliera in cui è ricoverato il paziente. Questo tipo di cooperazione prevede una fase progettuale preoperatoria condivisa, eventualmente

anche in via telematica, per la verifica delle risorse tecniche ed assistenziali della struttura dove verrà effettuato l'intervento;

III LIVELLO: riguarda i casi più complessi dove si richiedano ricostruzioni di perdite di sostanza particolarmente ampie e/o politissuti e quando vi sia indicazioni a tecniche di chirurgia rigenerativa. Questi casi devono essere trattati nelle strutture di chirurgia plastica o di microchirurgia ricostruttiva identificate e riconosciute dalla rete. Rientrano in questa categoria i lembi cutanei, miocutanei ed armati trasferiti con coscienza ed ausilio microchirurgico e comunque tutte le procedure ricostruttive che richiedano tecniche ed attrezzature microchirurgiche. A questo livello appartengono anche tutte le ricostruzioni primarie e secondarie quando la finalità estetica è preminente, indipendentemente dall'entità dell'intervento.

5.4 Le cure odontoiatriche

Il PSSR 2012-2015, anche in considerazione delle evidenze scientifiche che dimostrano la stretta correlazione tra malattie di competenza odontoiatrica e patologie d'organo, prevede di porre in essere alcune azioni finalizzate a garantire prestazioni odontoiatriche, incluse nei LEA, ad alcune categorie della popolazione piemontese, caratterizzate dalla particolare fragilità. Nel periodo di validità del PSSR, attraverso uno specifico piano per le cure odontoiatriche, oggetto di apposita deliberazione della Giunta regionale, elaborato da una commissione tecnica che verrà allo scopo costituita, saranno definite le linee di indirizzo per assicurare, in tutto il territorio piemontese, gli interventi:

- di prevenzione nelle scuole dell'obbligo;
- di cura rivolta ai pazienti disabili;
- protesici nei confronti dei soggetti anziani, appartenenti alle fasce economicamente più deboli, attraverso la realizzazione di un tariffario regionale "calmierato";
- domiciliari di igienisti dentali in favore di pazienti, affetti da neoplasie, in trattamento radioterapico e/o chemioterapico.

5.5 Percorso clinico assistenziale per persone in stato vegetativo, stato di minima coscienza e Locked-in Syndrome.

L'incidenza e la prevalenza dello Stato Vegetativo (SV) e dello Stato di Minima Coscienza (SMC) sono in graduale crescita in tutti i paesi occidentali, di pari passo, paradossalmente, coi progressi della scienza medica, in particolare con l'evoluzione delle tecniche rianimatorie. Questo fenomeno pone nuovi interrogativi sulle modalità di gestione di situazioni di disabilità gravissima e non emendabile, le cui caratteristiche sono l'andamento cronico, il profondo impatto psicologico sulla famiglia e sul team di assistenza e la persistenza per tempi lunghi di problemi assistenziali complessi. Lo SV è una condizione che fa seguito a uno stato di coma protratto per almeno quattro settimane, causato da un danno cerebrale acuto (traumatico, vascolare, anossico), avente le seguenti caratteristiche: nessuna evidenza di coscienza di sé e della consapevolezza dell'ambiente; stato di veglia, anche se alternato a periodi di chiusura degli occhi che possono apparire come un ritmo sonno – veglia; possibile attivazione della vigilanza a seguito di stimoli luminosi, sonori, tattili.

Lo SMC rappresenta un'evoluzione del quadro di coma o di SV, ove vi sia la presenza, seppur minima o in fasi alterne, di comportamenti caratterizzati da risposte o manifestazioni cognitive volontarie e non riproducibili da comportamenti riflessi, come movimento volontario e finalizzato delle dita o degli arti, chiusura e apertura degli occhi, inseguimento con lo sguardo, etc.

La Locked-in Syndrome (LIS) è una sindrome di de-efferentazione con assoluta immobilità ad eccezione di quella oculare, con coscienza e sensibilità conservata e presenza di chiara consapevolezza di sé e dell'ambiente. Si presenta in vari stadi. Il più grave permette al paziente la sola comunicazione con lo sguardo tramite i movimenti oculari sul piano verticale e l'ammiccamento. La causa più frequente è una lesione a livello del ponte encefalico da occlusione dell'arteria basilare. Tale condizione può realizzarsi anche in caso di gravi cerebrolesioni acquisite traumatiche; condizioni assimilabili alla LIS possono verificarsi anche nell'evoluzione di altri quadri neurologici (come, ad esempio, può accadere nella sindrome di Guillain Barre).

La Regione Piemonte ha avviato uno studio finalizzato all'analisi della situazione relativa alle persone con disturbi prolungati della coscienza. L'analisi dei dati forniti registra 234 casi complessivi di cui 147 soggetti in SV (pari al 63%) e 87 (pari al 37%) in SMC. La distinzione in base al sesso dei soggetti rileva 110 maschi e 124 femmine, con un range di età compreso tra i 6 ed i 98 anni. La prevalenza è estremamente bassa (circa 1%) nella popolazione pediatrica, mentre quella maggiore si osserva nel giovane adulto e nella popolazione anziana. La prevalenza in Piemonte risulta, pertanto, di 5,2 casi/100.000 abitanti. Per quanto riguarda la LIS si assume una prevalenza di 0,65 casi/100.000 abitanti.

Con deliberazione n. 62-13647 del 22 marzo 2010, la Regione Piemonte definisce il percorso appropriato distinguendone le seguenti fasi:

- identificazione clinica dello SV, SMC e LIS;
- attivazione del percorso mediante il nucleo di valutazione regionale;
- inserimento nei reparti di assistenza medica nell'area post-acuzie;
- fase di cronicità: proseguimento dell'assistenza a domicilio o in struttura residenziale, anche temporanea.

La realizzazione del percorso in oggetto prevede la definizione di livelli assistenziali, a prescindere dall'età, distinti tra la fase della post acuzie e la fase della cronicità, che assicurano interventi sia di tipo ospedaliero sia di tipo extra ospedaliero/territoriale. La formazione degli operatori è punto cardine, è quindi necessario che tutti coloro che entrano a contatto con il soggetto interessato abbiano una formazione specifica, in base alle competenze richieste alle varie figure. Si prevede, quindi, che per ogni setting di cura sia definito un programma di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

Particolare attenzione andrà posta alla formazione dedicata all'età evolutiva.

Nel periodo di validità del PSSR, verrà attuato quanto previsto dalla DGR n. 62-13647 del 22 marzo 2010, ridefinendo diversi livelli di intensità di cura e, conseguentemente, le tariffazioni. In particolare, saranno individuate le sedi dei NSV e NAC, prioritariamente nelle strutture da riconvertire; per i casi che lo possono consentire saranno gradualmente attivati interventi di assistenza domiciliare.

5.6 Psicologia clinica

Alla psicologia clinica è correlata la psicologia ospedaliera, la psicologia delle dipendenze patologiche, la neuropsicologia clinica. Strumenti di supporto indispensabile appaiono la psicodiagnostica e la psicoterapia. Essi agiscono su molti ambiti del disagio psicologico di individui, coppie, famiglie e gruppi (stress, malattie somatiche e disturbi d'ansia, depressione, disturbi alimentari, tossicodipendenze, situazioni critiche del ciclo di vita).

L'intervento precoce ed integrato consente la non cronicizzazione del disturbo ed il risparmio sulla spesa sanitaria (farmaci, prestazioni, servizi assistenziali), su quella previdenziale (indennità di malattia) e su quella sociale.

I servizi sanitari si impegnano ad assicurare l'erogazione di prestazioni di psicologia sia nell'ambito della cura, sia in quello della prevenzione.

Per quanto riguarda la cura, le prestazioni della salute mentale devono dare maggiore rilievo ai trattamenti di natura psicologica e psicoterapica. Questi ultimi debbono essere anche strumenti indispensabili per l'intervento nelle condizioni non ancora configurabili come malattia, ma che tuttavia, costituiscono quadri pre-morbose di natura emotivo-affettiva. Un intervento in tale ambito scongiura il rischio che un disagio psicologico si tramuti, se inascoltato, in malattia psichica o somatica vera e propria.

Il potenziamento dei percorsi di prevenzione dedicati alle fasce sociali più a rischio, in crisi (per esempio in occasione di lutti, separazioni, genitorialità) o ai soggetti nelle fasi vitali più problematiche (infanzia, adolescenza, terza età) si pone, dunque, anche in una ottica di risparmio.

I buoni risultati in termini di salute di esperienze pilota in servizi di psicologia di alcune ASL suggeriscono l'opportunità di ampliare gli interventi di diagnosi e prevenzione psicologica dei disturbi relazionali tra madre e figlio nei primi tre anni di vita del bambino e in attività di rete con altre professionalità (neuropsichiatri infantili, pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta, assistenti sociali, ecc) ai fini di diagnosticare e seguire precocemente pazienti pediatriche con disturbi pervasivi dello sviluppo e cognitivi.

Coerentemente con tali considerazioni e nel rispetto del benessere del cittadino, è riconosciuta l'importanza dei servizi di psicologia nell'ambito del SSR.

A tal fine, è necessaria la presenza stabile e continuativa di psicologi e psicoterapeuti adeguatamente collocati nel territorio.

Le attività cliniche dei servizi di psicologia sono, dunque, rivolte principalmente ai seguenti ambiti assistenziali:

- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale;
- rischi psicologici in adolescenza;
- cure primarie e assistenza consultoriale;
- assistenza psicologica alle patologie ad elevato carico emozionale e gravemente invalidanti;
- psiconcologia e riabilitazione;
- disabilità;
- salute mentale e dipendenze;
- psicogeriatrica e patologie dementigene.

5.7 Medicina di genere

Il diritto alla salute delle donne e il loro accesso alle cure, insieme allo sviluppo della medicina e della ricerca di genere devono essere prioritarie nelle azioni di programmazione.

Solide ragioni scientifiche evidenziano come le disuguaglianze di genere possono avere un impatto negativo sulla qualità della ricerca. Occorre pertanto promuovere una ricerca interdisciplinare e più bilanciata rispetto al genere. Una ricerca che sia quindi maggiormente basata su logiche di collaborazione in team, tesa a sviluppare un sistema collaborativo e cooperativo. La sensibilità di genere migliora le opportunità per stimolare il processo di ricerca basato sui bisogni degli uomini e delle donne. Per queste ragioni si individua presso la struttura sanitaria S. Anna di Torino un primo polo di sperimentazione di tali pratiche.