



**PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE
2011-2015**

Premessa	5
PARTE I: LE PRIORITA' DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PSSR 2011-2015	
1 Lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione	8
1.1 Mutamenti demografici	8
1.2 Mutamenti epidemiologici	8
1.3 Principali problemi di salute	8
2. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA	11
2.1 L'appropriatezza	12
2.2 La presa in carico del cittadino	13
2.3 Le metamorfosi nei luoghi delle cure	13
2.4 Gli edifici ospedalieri	14
2.5 I modelli di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria	15
2.6 La sanità come opportunità di crescita: un'occasione da non perdere	16
2.7 Il sistema informativo sanitario regionale (SISR)	17
2.7.1 Piattaforma di Sanità Elettronica	18
2.7.2 Immagini radiologiche in rete	18
2.7.3 Ricetta elettronica	18
2.7.4 Rete dei medici di medicina generale	19
2.7.5 Tessera sanitaria. Accesso ai dati clinici	19
2.7.6 Sistema informativo amministrativo contabile	19
2.7.7 Sistema informativo per la "non autosufficienza"	19
3. LE SCELTE PRIORITARIE	20
3.1 Istituzione del fondo per la non autosufficienza	20
3.2 La garanzia dei diritti	21
3.3 La riduzione dei tempi di attesa	21
3.4 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie e i costi standard	22
3.4.1 La collaborazione pubblico-privato	23
3.4.2 La partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria	24
3.5 Le risorse umane	24
3.6 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti	26
3.6.1 La valutazione del grado di soddisfazione del cittadino	26
3.6.2 L'empowerment	26
3.6.3 La comunicazione e l'informazione al cittadino	27
3.7 Le opportunità del welfare e il terzo settore	27
PARTE II: IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	
4. I PRESUPPOSTI LOGICI DEL RIORDINO	28
5. PRINCIPI E CRITERI PER LA RICONFIGURAZIONE, DIMENSIONAMENTO OTTIMALE, DISTRIBUZIONE TERRITORIALE ED ARTICOLAZIONE IN RETE DEI SERVIZI	29
5.1 I cardini del riordino della rete di offerta	29
5.2 La specializzazione istituzionale e l'individuazione delle Aziende Sanitarie	30
6. MISSIONE E COMPETENZA DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI	30
6.1 Le Aziende Sanitarie Locali	30
6.2 Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliero-Universitarie	31

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SSR	
7. LA GOVERNANCE DI SISTEMA: ATTORI, LUOGHI E PROCESSI DECISIONALI	32
7.1 Gli attori ed i luoghi	32
7.2 I processi decisionali	33
8. CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI	33
8.1 L'atto aziendale	33
8.1.1. Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali	34
8.2 L'organizzazione dell'ASL	34
8.2.1 La Prevenzione	34
8.2.2 La sanità pubblica veterinaria	35
8.2.3 Il distretto, il CAP e le cure primarie	36
8.2.4 I dipartimenti territoriali	38
8.2.5 L'organizzazione della continuità assistenziale distrettuale e collegamento con i presidi ospedalieri	38
8.2.6 Post acuzie e riabilitazione	39
8.3 L'organizzazione e governance dell'Azienda Ospedaliera (AO) e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU)	40
8.3.1 Assetto dei Dipartimenti	41
8.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza	42
8.3.3 I presidi ospedalieri	42
8.3.4 Il collegamento con il territorio	43
8.3.5 Elementi caratterizzanti l'AOU e la Ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema	43
8.3.6 Le Città della Salute e della Scienza	44
8.4 Le funzioni amministrative e le piattaforme logistiche integrate	45
8.5 Disposizioni finali	46
Parte IV – ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE	
9. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi	47
10. La valutazione del Pssr e del sistema sanitario piemontese	48

PREMESSA

Il piano sanitario regionale, secondo le previsioni dell'art.1, comma 13 del d.lgs. n.502/1992 e s.m.i., rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

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

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

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni;
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini;
- compartecipazione dei cittadini alla spesa nei limiti stabiliti dalle norme statali e regionali;
- globalità della copertura assistenziale come definito dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1. Mutamenti demografici

In Piemonte risiedevano, il 31 dicembre 2010, poco più di 4.457.000 persone (48,4% uomini e 51,6% donne). Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana (rispettivamente 16,5% e 21,7%). Le previsioni elaborate dal settore regionale Statistica ipotizzano, con riferimento all'anno 2050, una perdita di popolazione regionale di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultra sessantacinquenni rappresenteranno oltre 1/3 della popolazione.

Nel 2009 si sono registrati, in Piemonte, 36.392 parti, per un totale di 36.385 nati (tasso di natalità 8,8 per mille abitanti, inferiore sia al dato nazionale sia a quello del Nord-Ovest - entrambi 9,5 per mille). 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.

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, 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.

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.

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; 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 (dal 4 all'8%).

1.3. I principali problemi di salute

Il PSSR 2011-2015 individua 11 problemi di salute prioritari ai sensi dell'art. 12, comma1, lettera a), della legge regionale n. 18/2007:

- 1) malattie ischemiche del cuore: ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 5.000 decessi (54% tra gli uomini e 46% tra le donne) per malattie ischemiche del cuore, pari all'11% del totale, e oltre 18.000 persone subiscono un ricovero. La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata del 29% tra gli uomini e del 33% tra le donne, superiore a quella registrata nel resto dell'Italia, in modo particolare tra le donne;
- 2) malattie cerebrovascolari: ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 6.300 decessi (37% tra gli uomini e 63% tra le donne) per malattie cerebrovascolari, pari al 13% di tutti i decessi, e oltre 15.000 persone vengono ricoverate per un evento maggiore (escludendo cioè gli attacchi ischemici transitori). La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata del 37% sia tra gli uomini che tra le donne. Nonostante ciò, la mortalità risulta superiore al valore medio italiano (di circa il 10%) e, ancora di più, a quello del Nord-Ovest (di circa il 15%);

- 3) malattie oncologiche: ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 13.500 decessi (56% tra gli uomini e 44% tra le donne) per tumori maligni, pari al 28% del totale, e 40.000 persone subiscono un ricovero. La mortalità è in continuo declino; dal 1990 la riduzione è stata del 13% tra gli uomini e del 7,5% tra le donne, analoga a quella registrata nel resto dell'Italia nel caso degli uomini e leggermente inferiore nel caso delle donne. La mortalità è superiore a quella media italiana, in particolare tra le donne, ma inferiore al valore medio delle regioni settentrionali. I dati del Registro Tumori Piemonte (RTP) evidenziano un fenomeno comune ad altri registri italiani: la riduzione di mortalità di questi anni si affianca ad un aumento dell'incidenza: cioè aumentano i tumori riconosciuti, ma diminuiscono i decessi; le ragioni di questo fenomeno sono molteplici e includono il miglioramento delle tecniche diagnostiche, l'attivazione dei programmi di screening, il miglioramento delle terapie e del trattamento oncologico, ma probabilmente anche, per alcuni tumori, l'aumentata esposizione a fattori di rischio;
- 4) malattie dell'apparato respiratorio: in Piemonte, si registrano, ogni anno, circa 3.400 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (56% uomini e 44% donne), la metà delle quali per broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). Nel complesso la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, pur con alcune fluttuazioni è in diminuzione, anche se il Piemonte presenta un tasso di mortalità superiore sia al valore italiano che al Nord Ovest;
- 5) diabete mellito: in Piemonte risiedono circa 180.000 diabetici, con una prevalenza stimata di circa il 3,9%, in linea con quella nazionale. Il diabete mellito causa un carico rilevante per i sistemi sanitari sia per la numerosità della popolazione affetta, sia per le conseguenze che provoca nel tempo, favorendo l'insorgenza di patologie cardiovascolari, di insufficienza renale cronica, di cecità in età lavorativa e rappresentando la seconda causa, dopo i traumatismi, di amputazioni agli arti inferiori;
- 6) salute mentale: 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. Depressione e schizofrenia insieme al disturbo da uso di alcol sono le patologie a maggior impatto, in termini di anni vissuti con disabilità;
- 7) incidenti stradali: la mortalità per incidente stradale da veicolo a motore è particolarmente accentuata nelle fasce di età giovanili, facendo registrare in Piemonte il 34% di tutti i morti. In un contesto nazionale che presenta una flessione della mortalità da incidenti stradali (in linea con la media europea ma minore rispetto ai paesi più sviluppati dell'Europa occidentale), il Piemonte risulta tra le regioni italiane a più elevato rischio di morte da incidenti stradali;
- 8) dipendenze patologiche: il numero di utenti alcolodipendenti in carico ai servizi è aumentato negli anni fino a circa 5.000. Per quanto riguarda le tossicodipendenze, il numero totale di utenti, dopo essere progressivamente aumentato dal 1991 al 2001, si è mantenuto stabile intorno ai 14.000. Diminuisce la proporzione di utenti trattati per eroina mentre aumentano i soggetti trattati per cocaina. Sono in aumento gli utenti trattati per cannabinoidi, costituiti quasi esclusivamente da soggetti inviati dalle Prefetture in alternativa alle sanzioni;
- 9) malattie infettive: in Piemonte ogni anno vengono notificate circa 15.000 casi di malattia infettiva. Aumentano le notifiche di tubercolosi polmonare, mentre negli ultimi anni i tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, pur non mostrando una significativa variazione, fanno registrare un aumento della percentuale dei soggetti che hanno contratto l'infezione tramite contatti eterosessuali. I dati di attività dei centri IST piemontesi, rivelano un aumento di casi di infezioni sessualmente trasmesse negli ultimi anni: in particolare è raddoppiato il numero di casi di diagnosi di sifilide e gonorrea;
- 10) malattie rare: l'elemento di maggiore criticità è l'alto grado di complessità che contraddistingue molte delle Malattie Rare che, pur condividendo nel loro insieme problematiche comuni da un punto di vista di sanità pubblica, richiedono competenze mediche esperte, ciascuna per le specifiche caratteristiche cliniche e patogenetiche;
- 11) pazienti ad alto grado di tutela: secondo l'ISTAT, in Piemonte, le persone disabili di età superiore ai 5 anni, non istituzionalizzate, sono circa 180.000, il 65% delle quali costituito da donne. In entrambi i sessi, il Piemonte mostra una minore frequenza di disabilità rispetto al dato nazionale e una maggiore frequenza nei confronti del Nord Ovest. 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.

Le azioni finalizzate al loro contrasto vengono definite, sentite le Università, gli Ordini e i Collegi Professionali, le Società Scientifiche e tutte le Istituzioni in grado di fornire utili contributi, da apposite deliberazioni della Giunta regionale, finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- 1) malattie ischemiche del cuore
 - potenziare gli interventi di prevenzione primaria, con particolare riferimento agli stili di vita, attraverso i Medici di Medicina Generale;
 - informare la popolazione, in maniera più efficace, dell'esistenza della rete piemontese (118-Cardiologie-DEA) per il trattamento tempestivo dell'infarto miocardico
 - razionalizzare la rete dei Laboratori di Emodinamica
- 2) malattie cerebrovascolari
 - sviluppare le misure di prevenzione primaria, affidate soprattutto ai Medici di Medicina Generale, per ridurre i fattori di rischio e le misure di prevenzione secondaria, affidate principalmente agli Specialisti Neurologi, tramite controlli programmati dei pazienti
 - ridurre la mortalità ed il deficit residuo con il ricovero in stroke unit e la trombolisi entro tre ore dall'esordio dei sintomi, attraverso la realizzazione di una rete, anche con l'ausilio della trasmissione di immagini e informazioni, che coinvolga 118, DEA, neurologie dotate di stroke unit, neurochirurgie, neuroradiologie
- 3) malattie oncologiche
 - coordinare tra loro, al fine di renderle maggiormente efficaci, le iniziative di prevenzione primaria e di screening
 - coinvolgere nella rete oncologica i Medici di medicina generale, con particolare riferimento al counselling per la riduzione del rischio, alla tempestività della diagnosi, alla riabilitazione e follow up, all'assistenza domiciliare in fase avanzata, all'aiuto ai familiari nella gestione del lutto
 - accreditare le strutture organizzative oncologiche in base al rispetto dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, al fine di consentire il trattamento dei pazienti neoplastici esclusivamente ai centri accreditati
 - innovare le tecnologie dedicate alla diagnosi e terapia oncologica, con particolare riferimento a quelle biomolecolari, di diagnostica per immagini e radioterapiche
 - sviluppare la ricerca clinica, anche attraverso un più efficace supporto scientifico, normativo, formativo e organizzativo che ne faciliti la diffusione
- 4) malattie dell'apparato respiratorio
 - coordinare le iniziative di prevenzione relative all'esposizione a fumo di tabacco, all'inquinamento atmosferico, all'esposizione professionale a sostanze nocive, al fumo passivo ed all'inquinamento domestico in genere
 - realizzare una efficace rete delle Pneumologie operanti presso gli Ospedali piemontesi
 - sviluppare la rete allergologica regionale, attraverso un più efficace collegamento con il 118 e tra l'attività clinica di allergologia rivolta al territorio e quella delle strutture ospedaliere sede di DEA per la gestione delle patologie più gravi e l'esecuzione di accertamenti diagnostici di particolare rischio e complessità
- 5) diabete mellito
 - mantenere l'attuale efficace livello di prevenzione delle complicanze, anche in considerazione del fatto che il progressivo invecchiamento della popolazione avrà come conseguenza la presenza di un numero sempre più elevato di persone affette da diabete
- 6) salute mentale e dipendenze patologiche
 - potenziare gli interventi nell'area della prevenzione, della riabilitazione e reinserimento sociale, sviluppando programmi territoriali di riabilitazione e reinserimento che facilitino l'inclusione sociale e

- lavorativa dei soggetti e l'assistenza delle loro famiglie, anche attraverso l'individuazione di risorse dedicate
- aumentare l'efficacia dei trattamenti riabilitativi dei soggetti tossicodipendenti attraverso una profonda revisione dell'articolazione delle risposte basata non più sulla tipologia strutturale ma sul percorso clinico che si sviluppa all'interno di Centri di recupero organizzati in forma modulare
 - gestire in modo più organico ed efficiente la nuova utenza (doppia/tripla diagnosi, adolescenti con disturbi psichici che abusano di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, anziani con disturbi comportamentali), attraverso l'istituzione del Dipartimento Integrato della Salute Mentale (DISM) cui afferiscono le strutture organizzative attualmente deputate alla tutela della salute mentale ed a quella dei soggetti tossicodipendenti
- 7) incidenti stradali
- rafforzare la prevenzione attraverso un approccio interdisciplinare ed intersettoriale, sia a livello centrale, sia a livello periferico tra i diversi servizi sanitari (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Territoriali, Servizi Ospedalieri) e le altre Amministrazioni esterne al Servizio sanitario regionale
- 8) malattie infettive
- migliorare la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, anche attraverso l'introduzione di nuovi vaccini e l'integrazione ospedale-prevenzione-territorio-comunità degli interventi preventivi
 - attivare risposte efficaci di fronte alla recrudescenza di alcune malattie infettive legate all'immigrazione
- 9) malattie rare
- realizzare di una vera rete di collaborazione tra specialisti delle singole entità nosologiche o di gruppi di malattie che condividono, o per le quali la ricerca suggerisce che condividano, meccanismi eziopatogenetici e caratteristiche cliniche
 - rilevare dettagliatamente le potenzialità cliniche presenti in Piemonte e adottare misure efficaci per fare emergere le migliori pratiche già in uso, rendendole disponibili oltre i propri confini, anche in ambito internazionale, ed acquisendo quelle di cui sono carenti
- 10) pazienti ad alto grado di tutela
- istituire in Piemonte il Fondo per la non autosufficienza
 - realizzare, in ciascuna delle nuove aziende sanitarie locali piemontesi, **un'organizzazione della continuità assistenziale distrettuale e collegamento con i presidi ospedalieri**

2. Le criticità del sistema

Pur in contesto complessivo qualitativamente valido, il Servizio Sanitario piemontese mostra importanti criticità, quali:

- l'inappropriatezza di alcune prestazioni ospedaliere, frutto di un insufficiente sviluppo dei servizi territoriali;
- le lunghe liste di attesa per alcune prestazioni ed in particolare nell'area metropolitana torinese;
- l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Province;
- un livello qualitativo dei servizi sanitari ancora troppo disomogeneo in ambito regionale;
- un saldo tra mobilità attiva e mobilità passiva costantemente negativo.

Tali criticità assumono una valenza ancor maggiore se si considera la tendenza della spesa sanitaria, destinata ad aumentare sensibilmente, se non vengono adottate iniziative di tipo "strutturale".

L'invecchiamento della popolazione e il correlato aumento delle patologie cronic-degenerative, da un lato, e il miglioramento delle cure, sempre più efficaci ma sempre più costose, dall'altro, impongono al sistema di rendere maggiormente efficiente ed appropriata la rete dei servizi dedicati alla sanità.

In questa direzione vanno il potenziamento delle cure primarie, con particolare riferimento alle cure domiciliari, l'uso corretto del day hospital e del day service, l'incremento dell'erogazione di nuove e più avanzate prestazioni, grazie all'avvento di nuove tecnologie, compensato dall'equivalente riduzione di quelle "superate" ad esse assimilabili.

A ciò occorre aggiungere, quale elemento di criticità del sistema, il fatto che ancora oggi il Piemonte sconta alcune scelte di programmazione sanitaria, effettuate negli anni precedenti, non sempre coerenti tra loro e

spesso improntate all'autoreferenzialità, più che ad una visione d'insieme. Tali iniziative hanno portato all'avvio ed alla realizzazione di interventi per la costruzione di nuovi presidi ospedalieri, che hanno a volte capienze superiori ai fabbisogni della popolazione di riferimento o che possono risultare anche non coerenti con le necessità di una redistribuzione più equa, sul territorio regionale, delle attività di ricovero. L'organizzazione dei distretti è stata poco efficace, con carenze di programmazione e controllo, con poche risorse, e qualche rischio di burocratizzazione e di confusione di ruoli. Per quanto riguarda l'integrazione socio assistenziale, le Unità di valutazione geriatrica (UVG) forniscono risposte di tipo prevalentemente istituzionalizzante e gli anziani vengono inseriti in liste d'attesa per le strutture residenziali, con l'integrazione di eventuali interventi di sollievo e temporanei in ospedale o in centri diurni, mentre i servizi di cure domiciliari forniscono il proprio contributo ai pazienti in casa propria. L'assistenza economica e le altre forme di interventi sociali viene erogata ai residenti sotto una soglia di reddito, indipendentemente dalla presenza di interventi sanitari. Negli ultimi anni sono state avviate, ma non sufficientemente sviluppate e potenziate, alcune iniziative che stanno dando forma al concetto di lungoassistenza, a cui si aggiungono le misure per assicurare continuità assistenziale attraverso l'integrazione di interventi a partire dall'ospedale di dimissione, e attraverso le formule che mirano a ridurre le liste d'attesa delle strutture residenziali e semi-residenziali. Occorre prevedere un ruolo centrale delle UVG nella gestione del percorso assistenziale nella transizione da acuzie a lungo assistenza, sia per quel che riguarda gli interventi di domiciliarità (sanitari e sociali), sia per quel che riguarda la residenzialità. L'obiettivo è quello di ricondurre ad un unico soggetto, che integri in sé diverse professionalità dei settori sociali e sanitari, la gestione del percorso assistenziale, senza soluzione di continuità fra i diversi settori di intervento e di intensità (sociale e sanitaria) delle cure.

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

In un contesto federalista, che rafforza i poteri e le responsabilità delle Regioni, superare queste criticità significa operare una svolta che all'attenzione al deficit ed alla modalità della sua copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi del deficit medesimo, nel rispetto della piena erogazione dei LEA, con la consapevolezza che il vero problema da affrontare e su cui il Piemonte intende impegnarsi è la razionalizzazione del sistema, attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività.

2.1. L'appropriatezza

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 nuove prestazioni ad esse connesse, con un'estrema variabilità a livello territoriale in termini di quantità di prestazioni erogate, non compensato da un'equivalente riduzione delle prestazioni "obsolete" ad esse assimilabili. Ancora, 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 regionale, un'azione sistematica di coordinamento che includa i processi di pianificazione, acquisto e gestione delle apparecchiature biomediche e sia prioritariamente orientata, da un lato, all'armonizzazione della distribuzione delle tecnologie a livello regionale e, dall'altro, a perseguirne l'appropriato utilizzo.

Per quanto attiene, più in generale, alla crescita del volume di attività di assistenza specialistica ambulatoriale, ed al conseguente diretto impatto che ne deriva in termini sia di costi sostenuti dai SSR sia di tempi di attesa

per l'erogazione delle prestazioni, si rende necessaria da parte della Regione la realizzazione di adeguati strumenti di supporto alla programmazione sanitaria, che consentano:

- di misurare l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- di mettere in atto opportuni piani di governo della domanda che agiscano direttamente sul comportamento prescrittivo;
- di governare il trasferimento delle funzioni in regime di ricovero diurno alla più corretta modalità ambulatoriale, ove se ne dimostri la possibilità.

In questo ambito, il patrimonio informativo disponibile nell'ambito del NSIS risulta di fondamentale importanza ai fini sia dell'identificazione di standard di riferimento, sia della stima del fabbisogno appropriato di prestazioni a livello regionale. Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, erogata dalle Aziende Sanitarie sul territorio regionale, consente di 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.

2.2. La presa in carico del cittadino

Lo sviluppo degli interventi rivolti al controllo dell'appropriatezza non può essere sganciato da un miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico dei cittadini, per non cadere nei rischi connessi con una mera logica di "tagli": occorre pertanto intercettare anche quella domanda potenziale che non sempre trova la capacità di esprimersi o non riesce ad essere adeguatamente rilevata, col rischio di determinare interventi tardivi e conseguentemente inappropriati. E' necessario un nuovo approccio culturale, orientato alla presa in carico "proattiva" dei cittadini, ed una nuova organizzazione dei servizi sanitari che valuta il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che questa si manifesti o si aggravi, in grado di organizzare risposte assistenziali adeguate.

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

In questa ottica assume una particolare valenza la "capacità" del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento all'esercizio della attività fisica e di corrette abitudini alimentari.

La prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

La bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 sottolinea che la sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello operativo del "*Chronic Care Model*" è un significativo riferimento al riguardo in quanto è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

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

2.3. Le 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; 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.

Tutto ciò richiederà nuove forme di governance, che riformolino 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, 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. Occorrerà evitare il rischio 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 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 in modo più razionale e meno dispersivo, mantenendo o, addirittura migliorando i livelli di qualità delle prestazioni erogate, con ospedali più qualificati e specializzati e con volumi di attività che si modulino sulla complessità dei casi e consentano agli operatori di ottenere un'adeguata esperienza assistenziale. Dal mito fuorviante del "voglio comunque l'ospedale sotto casa anche se so che vi lavorano pochi medici che fanno un po' di tutto" si dovrà passare alla più rassicurante consapevolezza del "mi curo meglio dove si fa più pratica anche se, purtroppo, è un po' più lontano da casa mia".

Tale seconda fase richiede, in parallelo, un ulteriore rafforzamento della medicina territoriale di base e specialistica e della rete dell'emergenza.

2.4. Gli edifici ospedalieri

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 rivolto agli edifici ospedalieri che, nell'ottica di supportare il processo di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria, preveda anche la 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.

La Giunta regionale, sulla base degli indicatori tecnologico-strutturali più idonei a descrivere i caratteri di adeguatezza funzionale delle strutture, individua con apposito provvedimento i presidi ospedalieri oggetto di riconversione.

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 D.G.R. n. 29-13683 del 29/03/2010;
- 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..." attraverso l'elaborazione di modelli organizzativi e distributivi dei presidi e delle relazioni tra gli stessi.

2.5. I modelli di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria

Come opportunamente evidenzia la bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, le principali raccomandazioni dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e per i sistemi sanitari hanno promosso l'affermazione di sistemi di "*managed care*", che tendono a separare chi tutela da chi eroga, a dare una crescente importanza alle funzioni di tutela per regolare dall'esterno i livelli di assistenza sulla base dei bisogni, ad aumentare l'influenza degli stili e dei modelli organizzativi tipici dell'impresa ed a far crescere le opportunità di cooperazione ed integrazione tra pubblico e privato. Attualmente l'iniziale spinta verso i modelli competitivi tra erogatori sembra essersi trasformata in formule di intesa tra soggetti erogatori ed ordinatori, più cooperative e meno commerciali. Mentre un maggiore equilibrio nella programmazione e nell'organizzazione sanitaria, tra gli obiettivi di efficienza e flessibilità e gli obiettivi di salute, sembra ancora lontano.

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

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

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

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.

La determinazione del fabbisogno e il reperimento delle risorse finanziarie, alla luce dei recenti provvedimenti sul federalismo fiscale, comportano una maggiore responsabilizzazione delle Regioni e l'adozione di politiche sanitarie compatibili con i vincoli finanziari ed il contestuale mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in un'ottica di appropriatezza ed efficienza economica, che contempra anche la possibilità di rivedere strumenti quali il sistema delle compartecipazioni e delle esenzioni, in un'ottica di equità distributiva.

Per quanto riguarda il riparto del fondo sanitario a livello regionale tra le ASL, le principali criticità sono collegate alla responsabilizzazione delle ASL, per la doppia e distinta funzione di tutela della salute e di acquisto da un lato e produzione di servizi e prestazioni dall'altro. Tenendo conto di questa criticità, il riparto deve avvenire senza compromettere il rispetto del principio dell'equità, prestando attenzione ai determinanti di salute (contesto territoriale, demografico, epidemiologico, sociale), stimolando comportamenti efficienti ed appropriati, considerando le differenze nei costi di produzione tra Aziende Sanitarie, variabili in base non solo alla tipologia delle popolazioni servite ma anche all'efficienza organizzativa e quindi all'allocatione delle risorse nei Livelli Essenziali di Assistenza. Una variabile cruciale riguarda la necessità di correlare la remunerazione dei soggetti erogatori con la necessità dell'appropriatezza del sistema socio sanitario, un sistema di governo complesso, con chiare relazioni tra accreditamento e sistema di remunerazione, accordi contrattuali e controlli sull'appropriatezza delle prestazioni. Queste relazioni richiedono una più puntuale considerazione delle differenze, in modo da introdurre sistemi di incentivi e disincentivi per il livello di appropriatezza delle prestazioni stesse.

2.6. 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 sono più di ottomila in Piemonte con 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 deve concepire e finanziare, 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. Solo così, infatti, si può 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, finalmente, 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 giustificati 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.

2.7. Il sistema informativo sanitario regionale (SISR)

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 condizionano fortemente tanto la capacità di governo del sistema quanto la qualità dei servizi erogati.

Le moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT's) rendono oggi possibile l'implementazione di un SISR capace di massimizzare le performance del sistema a favore degli operatori del SSR, facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini ed, infine, indurre notevoli razionalizzazioni della spesa. Per conseguire tutto ciò occorre realizzare una "piattaforma regionale integrata di sanità elettronica" che, sviluppando servizi centralizzati "ad hoc" ed il dialogo informatico tra il sistema informativo regionale ed i sistemi informativi delle singole aziende sanitarie regionali, consenta:

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

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

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

allo stretto necessario la loro mobilità sul territorio per fruire della prestazione sanitaria, migliorando così la percezione sulla qualità dei servizi, oltre ad indurre positive ricadute sul sistema in termini di omogeneizzazione delle liste di attesa.

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

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

2.7.1 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, concordando con la Regione Piemonte un percorso di durata massima triennale, che evidenzii le riduzioni di costo attese e che, in attuazione delle previsioni del CAD (D.L.vo 235/2010), ne preveda il reinvestimento nell'area ICT aziendale.

2.7.2 Immagini radiologiche in rete

Il servizio, già sperimentato positivamente negli ospedali dell'ASL 1 e dell'ASL 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.

2.7.3 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.

2.7.4 Rete dei medici di medicina generale

Implementazione di un portale di servizi, integrato con il Sistema Informativo Sanitario regionale, attraverso cui i MMG ed i PLS potranno:

- gestire le informazioni cliniche dei propri pazienti (cartella clinica informatizzata),
- gestire le comunicazioni di tipo amministrativo con le ASL di competenza (lista assistiti, normativa),
- condividere le informazioni prodotte attraverso la cartella con gli operatori del SSR (prescrizione elettronica di farmaci, prestazioni specialistiche, produzione dei certificati di malattia per invio telematico all'INPS, alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente),
- consultare le informazioni prodotte dal 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).

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

2.7.6 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 enti gestori dei servizi socio-assistenziale e ASL aprono fascicoli elettronici sugli anziani non autosufficienti presi in carico dai servizi a propria gestione senza interoperabilità e regole condivise. La Regione, attraverso il sistema informativo per la non autosufficienza, 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 sua condizione di autonomia, il grado di mobilità, i disturbi cognitivi e comportamentali, la condizione sociale.

2.7.7 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, anche in previsione dell'attuazione del D.lgvo 23 giugno 2011, n. 118, già a partire dal 2012, di un impianto contabile unico ed armonizzato, con l'obiettivo finale di addivenire alla disponibilità di un bilancio consolidato a livello regionale ottenibile in forma automatica ed in tempo reale.

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

3. Le scelte prioritarie

3.1 Istituzione del Fondo per la non autosufficienza

L'invecchiamento progressivo della popolazione è un fenomeno irreversibile che impone la necessità di individuare nuove politiche sociali per garantire agli anziani, che rappresentano una risorsa insostituibile per le relazioni familiari e intergenerazionali, qualità della vita, dignità e, per quanto possibile, autonomia. L'allungamento medio della vita accompagnato da un progressivo aumento della patologia cronico-degenerativa con decadimento fisico e/o mentale delle persone anziane alimenta purtroppo sempre più situazioni di non autosufficienza a cui concorrono anche le persone affette da altre disabilità. Queste situazioni necessitano di una assistenza continua a cui si deve dare una concreta e adeguata risposta razionalizzando l'utilizzo delle risorse disponibili e tenendo conto che nei prossimi anni la soddisfazione dei bisogni dei non autosufficienti troverà sempre maggiore difficoltà ad avere anche solo una parziale risposta in ambito familiare in considerazione del calo del numero o dell'assenza dei figli.

Occorre quindi trovare adeguate soluzioni per permettere a tutte le persone non autosufficienti di poter disporre della necessaria assistenza indipendentemente dalla loro situazione economica o familiare. In quest'ottica appare prioritario, per evitare impropri utilizzi, unificare in un unico fondo vincolato le risorse disponibili per meglio coordinare e personalizzare la risposta al fabbisogno di assistenza delle situazioni di non autosufficienza accertate attraverso criteri uniformi, definiti secondo la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) e le altre indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

In questo Fondo devono confluire

- le risorse del fondo sanitario regionale impiegate (prima della costituzione del fondo per la non autosufficienza) per garantire i servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
- le risorse provenienti dal fondo sociale regionale e i contributi degli enti locali finalizzati a garantire attualmente le prestazioni sociali ai non autosufficienti;
- le risorse provenienti dal fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti o da eventuali altre erogazioni dello Stato finalizzate all'assistenza dei non autosufficienti;
- le risorse derivanti da contributi comunque disposti da soggetti pubblici o privati, anche sotto forma di lasciti o donazioni, vincolati al miglioramento dell'assistenza ai non autosufficienti;

Il Fondo regionale per la non autosufficienza così costituito rappresenta un ulteriore pilastro di protezione universalistica, accanto al Fondo sanitario e al Fondo per le politiche sociali, in grado di completare e di integrare gli strumenti di finanziamento dell'attuale sistema di solidarietà pubblica. Le prestazioni erogate dal Fondo non vanno infatti considerate come prestazioni sostitutive di quelle sanitarie, ma vanno ad affiancarsi ad esse, per garantire quei servizi di natura socio-assistenziale indispensabili per il miglioramento della qualità della vita della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

Ferme restando le competenze del servizio sanitario regionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza permanente, il Fondo deve essere destinato a:

- erogare e potenziare i servizi domiciliari sociosanitari per garantire in forma diretta le necessarie prestazioni assistenziali;
- erogare contributi economici commisurati alla gravità del bisogno per assicurare forme indirette di assistenza;
- assicurare i servizi di tipo residenziale o semiresidenziale;
- sviluppare iniziative finalizzate, compresi gli interventi di telesoccorso e/o telecontrollo, ad agevolare il mantenimento presso il domicilio della persona non autosufficiente.

L'offerta dei servizi finanziati dal fondo deve in ogni caso prediligere il mantenimento del non autosufficiente nel contesto familiare. Gli obiettivi sono la certezza del diritto alla prestazione quando nasce il bisogno, la definizione di procedure facilitate e garantite, la chiara individuazione delle forme di assistenza e del livello di copertura garantite dal Fondo.

Il Fondo verrà ripartito tra le ASL tenendo conto della popolazione e del numero di persone non autosufficienti e verrà gestito dalle singole Aziende secondo la programmazione locale approvata dalla Conferenza dei Sindaci, quale luogo deputato al governo delle politiche del territorio.

3.2 La garanzia dei diritti

La ricerca dell'equilibrio tra fabbisogni di salute crescenti e risorse limitate, mediante le quali assicurare l'erogazione delle prestazioni, determina l'effettiva sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

Garantire il diritto alla salute significa non solo offrire i servizi, le attività e le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, ma anche assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano qualitativamente affidabili e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi appropriati in base alle effettive necessità della popolazione. Così come è necessario definire "quali" servizi sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, è altrettanto indispensabile stabilire "come" questi servizi sono forniti, al fine di evitare che eventuali carenze, sotto il profilo della competenza professionale, della dotazione tecnologica, della diffusione del servizio, della sua organizzazione e della tempestività della risposta, possano penalizzare la stessa garanzia del diritto. Analogamente, anche un uso inefficiente delle risorse disponibili rischia di compromettere la possibilità per tutti cittadini di usufruire del Servizio sanitario regionale.

3.3 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, 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.

La Regione Piemonte ha già individuato le prestazioni oggetto di monitoraggio 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: l'inappropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. All'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni consegue un soddisfacimento, equo ed uniforme, del fabbisogno nelle diverse realtà locali della Regione.

E' stato recentemente approvato 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 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 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.

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 sarà definita l'estensione del CUP aziendale dell'ASL cittadina anche ai centri privati 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. Si tratta del 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 attraverso 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.

3.4 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 razionalizzante il 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 generare diseconomie. La definizione dei costi standard e le attività di benchmarking 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 criterio di razionalità. 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 anche dal potenziale paziente. In quest'ottica il costo standard diventa la naturale maturazione di un processo che, partendo dall'assunto che tutti hanno diritto alla salute, arriva al concetto che tale obiettivo non deve permettere sprechi o abusi, ma deve diventare lo stimolo per appropriatezza ed efficienza, anche per garantire la sostenibilità del sistema.

La nostra tradizione si basa infatti su un principio irrinunciabile: la Costituzione sancisce all'art 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 (Livelli Essenziali di Assistenza), 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, intende procedere all'organizzazione delle proprie risorse con un'ottica di sistema, che ottimizzi l'efficacia 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'art. 119 della Costituzione" e del successivo D.lgs. n.68 del 6 maggio 2011, "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.

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.

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 (ASL) e alle Aziende Ospedaliere (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 decisori, 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: 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, con conseguente 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-sanitario 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 che poi non hanno trovato una loro utilità gestionale.

Per superare questa situazione è 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 ragionevoli;
- 3) individuare i soggetti cointeressati alla rilevazione, per un'elaborazione di costi standard corretti, coerenti 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;
- 6) procedere ad aggregare i dati secondo la suddivisione nei tre Livelli essenziali di assistenza (prevenzione, territorio, ospedale).

I Costi standard devono quindi rappresentare il risultato di un'attività 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.

3.4.1. La collaborazione pubblico-privato

Al fine di sostenere la crescita fisiologica dei costi legata allo sviluppo del Servizio Sanitario piemontese, uno degli strumenti che occorre implementare è quello della collaborazione pubblico-privato.

Le collaborazioni tra Aziende Sanitarie pubbliche e soggetti Privati si realizzano tramite una pluralità di forme giuridiche differenti fra loro in termini di modalità organizzative, gestionali ed aspetti di governance.

Le forme giuridiche più efficaci per realizzare la collaborazione pubblico-privato sono:

- la fondazione (Titolo II, Capo II Codice Civile, articoli 14-35);
- l'associazione in partecipazione (Titolo II, Capo II Codice Civile, articoli 14-35);
- la società mista con maggioranza di capitale pubblico;

oppure il ricorso al contributo esterno del soggetto di diritto privato attraverso:

- l'appalto di servizi;
- la concessione di costruzione e di gestione;
- il project financing;

Per quanto riguarda le forme giuridiche di cui ai punti precedenti, la sperimentazione gestionale può essere considerata lo strumento che ne consente la realizzazione mantenendo, al contempo, le prerogative di indirizzo e controllo da parte del soggetto pubblico. Lo strumento della sperimentazione gestionale offre la possibilità di coinvolgere, oltre alle Aziende Sanitarie Regionali, anche il mondo della ricerca rappresentato dalle Università, ed il tessuto locale espressione del territorio, tramite il coinvolgimento di Enti locali, organizzazioni no profit e mondo imprenditoriale.

Con apposito provvedimento, la Giunta regionale regola tali strumenti, individuando altresì gli ambiti di attività in cui vengono prioritariamente introdotti.

3.4.2. La partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria

La realizzazione di un sistema sanitario realmente equo necessita di una complessiva revisione dei rapporti tra i bisogni dei cittadini e ricchezza degli stessi. Se è ovvio che ai cittadini di fascia debole occorre assicurare comunque e gratuitamente la copertura sanitaria pubblica, per gli altri occorre delineare sistemi attraverso i quali la copertura sanitaria e il finanziamento del sistema pubblico siano garantiti tramite il versamento di contributi integrativi della fiscalità generale.

Appare importante l'individuazione di regole sulle forme di finanziamento dei fondi sanitari integrativi e il regime fiscale cui sottoporre la partecipazione dei cittadini alle forme complementari di assistenza.

A parte l'assistenza alle fasce più deboli, con la fiscalità generale, agli altri cittadini la stessa fiscalità generale deve offrire una quota comunque rilevante di assistenza.

Tale quota, peraltro, non può e non deve essere esaustiva. Ciò significa che i cittadini devono contribuire, per la restante parte, in maniera correlata alle rispettive possibilità.

La Regione Piemonte intende intraprendere un percorso giuridico-amministrativo finalizzato a far sì che la previdenza sanitaria integrata sia destinata a ricoprire un ruolo crescente e nuovo per incanalare la spesa privata.

Forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni e per assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta, sono attualmente previste dall'art. 9 del d.lgs 502/92, che prevede la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari per prestazioni aggiuntive al S.S.N. Tali fondi possono avere, come fonti istitutive, contratti o accordi collettivi; accordi tra lavoratori autonomi; regolamenti di enti o aziende.

Questo costituisce il punto di partenza dal quale occorre definire regole semplici e chiare su quali debbano essere il campo e le forme di operatività della sanità complementare, in particolare indicando con certezza quali servizi e quali prestazioni debbano ritenersi "aggiuntivi", quali le regole di adesione dei destinatari, in particolare coniugando le esigenze di concorrenzialità con quelle di equità, quali le fonti di finanziamento ed il regime fiscale da applicare.

3.5 Le risorse umane

La risorsa umana, che nei servizi alla persona riveste una prioritaria importanza, rappresenta il capitale più rilevante del sistema 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 si devono attuare nel quinquennio per la valorizzazione delle risorse umane è chiaro che le azioni e 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 ri-tarati e concretizzati in ambito

aziendale, sulla base di accordi di programma tra le parti sindacali e quelle aziendali, tenendo conto dei vincoli stabiliti dalla Regione e/o comunque dalla normativa vigente.

Per quanto concerne l'aspetto economico la gestione del personale utilizzato dalle ASR deve tener conto dei vincoli di costo previsti per gli anni 2011 e 2012 dall'Addendum al Piano di rientro e per gli anni successivi della compatibilità con le risorse utilizzabili in base alla normativa che sarà vigente negli anni futuri. In ogni caso la determinazione delle consistenze organiche delle Aziende Sanitarie dovrà basarsi su criteri oggettivi ed uniformi in relazione agli specifici indirizzi regionali che dovranno tener conto del volume di attività programmata ed essere comunque definiti e finalizzati a garantire requisiti di accreditamento delle strutture e qualificazione dei livelli di assistenza tenendo conto dei processi di riorganizzazione previsti dal presente piano, dal PSN e dagli indirizzi derivanti dalle intese Stato/Regioni. Nella determinazione dei criteri dovrà essere valutata la possibilità di introduzione di nuovi modelli gestionali volti a favorire una maggiore responsabilizzazione e controllo dei costi, anche attraverso la maggiore apertura del ruolo gestionale alle figure professionali del comparto. Occorre inoltre creare una maggiore sinergia tra i diversi livelli organizzativi professionali del personale, anche al fine di evitare sovrapposizioni e conflitti di competenza, perché solo un sistema che sa mettere insieme le diverse e complesse esigenze delle persone e l'uso attento delle risorse economiche, può individuare le aree di criticità e progettare soluzioni migliorative permettendo al lavoratore di stare meglio e ai pazienti, che gli si sono affidati, di vivere meglio le condizioni di malattia.

In un momento di così profonda innovazione la valorizzazione delle risorse umane deve trovare continuo stimolo nello sviluppo di un sistema formativo regionale ancorato in maniera adeguata al rapporto costo-benefici, ai bisogni reali di salute della popolazione piemontese ed alle strategie del sistema sanitario regionale. Il d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. evidenzia il ruolo dei processi di formazione per il personale del servizio sanitario regionale; lo stesso decreto enfatizza il ruolo delle Regioni che, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua e concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 5 novembre 2009, ha siglato un'intesa recante indicazioni su "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina: accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti", indicazioni poi dettagliate nel successivo "Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 e per l'accREDITamento", approvato dalla Commissione Nazionale per la formazione continua in data 13 gennaio 2010

In questo contesto occorre intervenire per superare la fase transitoria avviata con la DGR 34-1219 del 17 dicembre 2010 e giungere alla definizione del nuovo programma per la formazione continua in sanità. La formazione deve connotarsi come laboratorio esperienziale e, oltre a fornire tecniche, strumenti e contenuti, deve favorire spazi e nuove idee, affinché gli stessi contenuti formativi siano traducibili in opportunità di maggior flessibilità organizzativa ed efficienza per le Aziende.

E' necessario che la formazione, garantendo un approccio multidimensionale con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali, continui a contribuire alla diffusione della consapevolezza che la centralità del servizio sanitario regionale è rappresentata dal cittadino – utente e che tutte le azioni devono essere finalizzate a fornire una adeguata risposta alle esigenze dell'utenza.

Regione, Aziende e Università devono dar vita ad un processo formativo integrato che si sviluppi su diversi livelli di apprendimento per garantire continuità, qualità, multidisciplinarietà, con il precipuo scopo di fornire le necessarie figure professionali al SSR e incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale.

Lo sviluppo del settore della formazione, in particolare di quella continua, deve quindi essere oggetto di un ripensamento al fine di costruire un sistema ben strutturato, capace di affrontare, nell'ottica suddetta, efficacemente le nuove sfide del SSR e di mantenere elevata la qualità dell'offerta formativa, rispondendo, al contempo, agli obblighi derivanti dai contratti collettivi nazionali e dal sistema ECM.

Coordinare, stimolare e gestire, con momenti di formazione da proporre a livello territoriale, il “come fare tecnico” della professione con il “cosa fare culturale” della professione attraverso anche un’integrazione tra le componenti professionali e un coordinamento delle attività ECM realmente rispondenti ai bisogni formativi del personale e non alla sola acquisizione di crediti formativi.

Detto sviluppo deve essere esteso anche al personale convenzionato con le Aziende Sanitarie Locali che svolge un ruolo di fondamentale importanza per il corretto funzionamento del sistema e cioè i MMG, i Pediatri di Libera Scelta e gli specialisti ambulatoriali, per i quali occorre prevedere una valorizzazione, oltre che con lo sviluppo dell’associazionismo illustrato nella Parte III, anche attraverso l’incremento dell’offerta formativa in collegamento con il sistema ECM.

3.6 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti

3.6.1 La valutazione del grado di soddisfazione del cittadino

In Piemonte, la valutazione del grado di soddisfazione dell’utente sull’assistenza di cui ha usufruito, rappresenta un elemento che il SSR utilizza costantemente, per acquisire evidenza delle opinioni dei cittadini in relazione sia ai servizi offerti ed alla loro fruibilità, sia agli aspetti relazionali con gli operatori sanitari. E’ inoltre necessario disporre di una conoscenza nel tempo delle aspettative dei cittadini anche al fine di valutare l’efficacia delle azioni correttive adottate.

A tale scopo, è necessario sensibilizzare sempre di più sulla questione “soddisfazione del cittadino” la componente professionale, medica e infermieristica, che, dopo aver per lungo tempo concentrato le proprie azioni sulla ricerca di un miglioramento della qualità dal punto di vista professionale, stanno acquistando consapevolezza del fatto che la ricerca della soddisfazione dei pazienti può garantire il miglioramento dell’immagine complessiva del servizio.

Le iniziative che la Regione Piemonte intende adottare avranno un respiro strategico, non saranno risposte di breve periodo correlate a situazioni di “emergenza”, ma costituiranno un importante strumento di “gestione del cambiamento”. In particolare, gli strumenti di valutazione della soddisfazione dei pazienti costituiranno uno degli elementi alla base del processo di miglioramento della qualità percepita della sanità.

3.6.2 L’empowerment

Come evidenziato dalla bozza di Piano sanitario Nazionale 2011-2013, l’*“empowerment”* è un processo dell’azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l’equità e la qualità della vita. Sono disponibili, da alcuni anni, numerosi documenti programmatici che prevedono varie forme di partecipazione dei cittadini, ma in realtà tali interventi sono ancora carenti ed a macchia di leopardo. In aggiunta, accanto alle iniziative istituzionali, è necessario anche che ogni operatore del SSR sia consapevole che lo sviluppo della partecipazione e dell’*“empowerment”* dei cittadini deve rappresentare un proprio impegno.

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

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

Il PSSR 2011-2015 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.

3.6.3 La comunicazione e l'informazione al cittadino

I temi di fondo delineati nel PSSR individuano un quadro di scelte necessarie per la sostenibilità complessiva del sistema: il potenziamento dell'assistenza primaria, con particolare riferimento a quella socio sanitaria connessa alla non autosufficienza, i processi di riconversione relativi ad alcuni piccoli ospedali, la razionalizzazione della rete ospedaliera, la necessità di contenimento degli afflussi in Pronto Soccorso, l'ulteriore ampliamento delle iniziative finalizzate alla prevenzione, rappresentano temi di fondamentale rilevanza che necessitano, quindi, di una capillare informazione nonché di momenti di confronto ai fini di un'adeguata comprensione da parte dei cittadini.

A tal fine, le Aziende Sanitarie Regionali adeguano le strutture organizzative dedicate alla Comunicazione ed all'Informazione alle previsioni della legge 150/2000 ed alle linee guida, oggetto di apposito provvedimento della Giunta Regionale, nell'ambito di un coordinamento effettuato dalla Regione stessa, a garanzia della omogeneità della funzione in tutto il territorio piemontese.

3.7 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.

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'art. 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. Il nuovo sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari deve trovare nelle imprese del Terzo Settore e nelle organizzazioni di volontariato, di cui è ricca la Regione, un nuovo 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. In quest'ottica la gestione separata delle attività di tutela da quelle di produzione può consentire di superare anche nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari il conflitto di interessi, attivo sia per le ASL che per i Comuni, tra la funzione di produzione e quella di committenza, con le ricadute ancora oggi evidenti sui rapporti con le organizzazioni di Terzo Settore.

Occorre attivare un sistema compiuto di accreditamento generale di tutte le organizzazioni che erogano servizi alla persona previsti nei progetti-obiettivo di area integrata (disabilità, non autosufficienze, salute mentale, dipendenze), sanitari e socio-sanitari, siano essi residenziali, semiresidenziali che domiciliari. Ciò comporta il superamento del tradizionale sistema degli affidamenti e nel triennio una progressiva "cessione" delle attività e dei servizi a gestione diretta delle ASL e dei Comuni e/o dei consorzi alle IPAB o ai settori privato e privato sociale.

Tale "cessione" nel medio periodo comporterà una crescita della risposta di servizio nell'area della cronicità, un miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate, nonché un rilevante risparmio da parte del Sistema Pubblico, a cui rimarranno delegate esclusivamente le funzioni di tutela e di sostegno economico e correlate dei grandi server di protezione sociale.

PARTE II: IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

4. I presupposti logici del riordino

Il cittadino e la sua salute rappresentano l'obiettivo primario del servizio sanitario regionale. Come già affermato, il riordino del servizio sanitario regionale (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 probabili "reti cliniche" 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 sotto-sistemi di offerta di servizi socio-sanitari coerenti con una collettività che esprime una domanda territorialmente definita, è possibile valutare l'attuale rispondenza dell'organizzazione del SSR nella sua configurazione geografica - numero e perimetri di responsabilità delle ASL - e scelta di assetto di governance - natura delle responsabilità delle ASL, scelte di identificazione di AO, meccanismi di governo centrali e strumenti di integrazione operativi. Oltre all'analisi delle criticità esistenti, la scelta di un diverso assetto del SSR a cui tendere non può che correlarsi alle priorità ed agli obiettivi che il sistema vuole conseguire.

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

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

1. Nello sviluppo delle funzioni di produzione e controllo nello stesso soggetto possono insorgere conflitti di interessi. La divisione favorisce una migliore identificazione della missione aziendale. In questo modo l'ASL può concentrarsi sulla missione prioritaria di sviluppo dei servizi territoriali. Inoltre vi sono evidenze nel contesto internazionale e nazionale che l'esposizione ad una qualche forma di "quasi-mercati" - dove il soggetto programmatore-controllore si specializza e svolge concretamente la propria funzione di finanziamento a tariffa prospettica - incentiva e velocizza l'innovazione organizzativa interna all'ospedale.
2. Esistono, inoltre, chiare evidenze che dimostrano come un'appartenenza giuridica ad un unico soggetto aziendale faciliti le integrazioni tra strutture ospedaliere. Tali evidenze sostengono le ragioni per accorpate diversi presidi ospedalieri, dai quali si attendono processi di integrazione e riconfigurazione in un'unica AO/AOU. Integrazione e riconfigurazione che deve avvenire con particolare attenzione alle motivazioni specifiche/risultati attesi (accessibilità, equità, qualità diffusa ed omogenea, appropriatezza organizzativa, presa in carico) e allo sviluppo nell'interno dell'Azienda Ospedaliera di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per le principali patologie, con particolare considerazione per quelle croniche, che rappresentano il vero driver degli accorpamenti, oltre alla generale attesa di governare meglio le dinamiche di spesa.
3. D'altra parte sono altrettanto conosciuti i fenomeni di difficoltà di integrazione con il territorio e le problematiche di continuità assistenziale che possono insorgere in sistemi che si organizzino con una separazione tra attori prevalentemente produttori - le AO/AOU - ed attori a funzione mista - acquirenti e produttori, le ASL. Tali problematiche devono essere attentamente presidiate e governate.

L'esperienza ormai decennale di altri servizi sanitari regionali rappresenta comunque una traccia importante dalla quale è possibile trarre ispirazione per interventi correttivi che minimizzino i rischi e contribuiscano a sviluppare e consolidare ulteriormente la continuità assistenziale rispetto alla situazione attuale.

Come principio guida, per favorire la massima governabilità di sistema e la migliore integrazione tra le aziende, occorre quindi ricercare la massima coerenza possibile tra il perimetro geografico delle responsabilità

sull'attività di una AO/AOU e la programmazione territoriale gestita da una ASL di riferimento, al fine di ridurre il numero di interlocutori responsabili della definizione, programmazione e governo dell'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. Essa, infatti, deve integrarsi con la rete dell'offerta specialistica delle AO e delle AOU. In tal modo si otterrebbero miglioramenti nelle professionalità, si creerebbero sinergie/economie di scala e si svilupperebbero percorsi assistenziali condivisi.

Infine l'organizzazione dell'offerta delle cure primarie sul territorio non può prescindere dallo sviluppo di forme integrate di offerta, nelle quali favorire il lavoro in equipe funzionalmente o logisticamente integrate di medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo. Tali forme dovrebbero anche favorire l'integrazione fisica ed organizzativa tra specialisti ospedalieri e territoriali e MMG/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.

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

5.1 I cardini del riordino della rete di offerta

La riconfigurazione del sistema di offerta necessaria per conseguire gli obiettivi posti dal PSSR 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, sulla riconfigurazione del sistema di offerta, è propedeutica per intervenire successivamente sui singoli processi produttivi migliorandone l'efficienza ed efficacia e riorganizzandoli secondo le logiche più recenti, dall'intensità di cura ed assistenza negli ospedali alla gestione d'iniziativa della cronicità sul territorio.

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

- a) sulla distinzione tra la funzione di tutela e quella di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- b) sulla ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle aziende sanitarie locali (ASL) per l'area geografica di loro competenza;
- c) sulla differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza delle ASL, da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica, di competenza delle aziende sanitarie ospedaliere (AO), delle aziende ospedaliere universitarie (AOU) e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il SSR nell'ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi compresi gli Istituti ex art. 43 della legge 833/78 e le strutture private accreditate;
- d) sulla articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare l'assistenza sanitaria specialistica, di maggiore complessità clinica e tecnologica, è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale.
- e) sulla ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza. La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da parte delle singole aziende sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso l'esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

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

5.2 La specializzazione istituzionale e l'individuazione delle aziende sanitarie

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

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

- a. Scorporo dalle ASL ed aggregazione delle strutture ospedaliere a forte possibilità di integrazione, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali. Ogni AO include quindi diversi ospedali, messi in rete tra di loro al fine di 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.
- b. Ridefinizione dei perimetri delle ASL sui territori a forte possibilità di integrazione, allo scopo di ricercare i confini più adeguati per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- c. Assegnazione alle ASL di una funzione centrale nello sviluppo delle cure primarie, della prevenzione e dell'integrazione socio-sanitaria;
- d. Consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso il rafforzamento dei rapporti tra presidi ospedalieri e distretti;
- e. Coordinamento dei privati e delle strutture ex art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" tramite accordi definiti tra la ASL e le strutture che insistono sul proprio territorio.

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

6. Missione e competenza delle aziende sanitarie regionali

6.1 Le aziende sanitarie locali

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

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

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

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

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

In particolare gli accordi:

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

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

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

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

6.2 Le Aziende ospedaliere e le Aziende Ospedaliero-Universitarie

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

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

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

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

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SSR

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

7.1 Gli attori ed i luoghi

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

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

La Giunta regionale individua altresì, con atti specifici, le modalità organizzative e distributive per le funzioni sovrazonali di seguito elencate:

- a) Approvvigionamento dei beni e piani di acquisto annuali e pluriennali;
- b) Gestione del materiale, gestione dei magazzini e logistica;
- c) Sviluppo e gestione delle reti informative;
- d) Organizzazione e gestione delle reti di programmazione degli accessi ai servizi da parte dei cittadini;
- e) Funzioni sanitarie in rete;
- f) Investimenti tecnologici ed infrastrutturali;
- g) Gestione manutentiva integrata della rete ospedaliera;
- h) Dematerializzazione degli archivi e del flusso documentale (digitalizzazione del sistema).

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

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

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

7.2 I processi decisionali

La programmazione del SSR piemontese avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati. In particolare, le autonomie locali concorrono alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria ed alla valutazione dei risultati conseguiti partecipando direttamente o tramite rappresentanze nei modi e limiti previsti dalla normativa vigente.

Le modalità di istituzione e funzionamento della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale sono disciplinate dalla legge regionale 15 marzo 2001, n. 5 (Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 26 aprile 2000, n. 44 (Disposizioni normative per l'attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59") come modificata dall'art. 6 della l.r. n.18/2007. Inoltre, le autonomie locali, impegnando risorse proprie, compatibilmente con la programmazione socio-sanitaria possono assicurare, attraverso il servizio sanitario regionale, livelli di assistenza aggiuntivi a quelli garantiti dalla programmazione nazionale e regionale.

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

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

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

8.1 L'atto aziendale

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

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

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

- a) Gli elementi identificativi, i principi ispiratori e il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale. ;
- b) L'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali. Particolare rilevanza assume nell'assetto istituzionale il collegio di direzione, quale organo di riferimento per l'esercizio collegiale del governo strategico aziendale;

- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e la disciplina dell'organizzazione delle ASR secondo il modello dipartimentale;
- d) l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

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

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

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

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

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

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

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

8.2 L'organizzazione della ASL

8.2.1 La Prevenzione

Con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010 è stato approvato il nuovo Piano nazionale di Prevenzione (PNP) che mira a promuovere 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 PSSR 2011-2015 considera al centro della programmazione e dell'azione la persona e non più i servizi ed enfatizza la necessità della valutazione continua dei risultati raggiunti.

Gli ambiti di intervento si sono notevolmente estesi rispetto al passato, e comprendono sia la prevenzione universale (promozione della salute, sanità pubblica, ambienti di vita e di lavoro, prevenzione degli eventi infortunistici stradali, lavorativi e domestici) sia la medicina predittiva, sia la prevenzione nelle popolazioni a rischio (mirata a diagnosticare precocemente le malattie e a impedire l'insorgenza) sia la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

La programmazione sanitaria nazionale e regionale definiscono in modo molto chiaro la cornice di valori e principi in cui sviluppare la pianificazione della prevenzione:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale,
- l'equità sociale,
- il coinvolgimento degli enti locali,
- la comunicazione e l'ascolto,
- l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutte le componenti del sistema socio-sanitario,
- l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione rigorosa della prevenzione basata su prove di efficacia (evidence based prevention, EBP),
- la sostenibilità degli interventi, la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori.

Rispetto alle strategie gli indirizzi assunti riguardano:

- la valutazione dell'impatto sulla salute come riferimento per la programmazione;
- l'intervento sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali, produttive ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra le persone e con la collettività;
- la considerazione delle strategie internazionali sul tema;
- la programmazione locale di tipo partecipativo e inclusivo.

Seguendo le indicazioni e attuando le prescrizioni contenute nel Piano nazionale della Prevenzione la Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 37-1222 del 17/12/2010, l'aggiornamento al Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 i cui contenuti si intendono confermati dal PSSR 2011-2015.

I principali obiettivi di salute, nelle diverse aree, sono così individuati:

Stili di vita: Integrazione delle azioni dei diversi soggetti e promozione della ricerca attiva dei comportamenti a rischio

Sicurezza alimentare: 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;

Prevenzione dei rischi in ambiente di vita: Informazioni su distribuzione dei pericoli, orientamento degli interventi in base ai rischi, considerazione dei problemi emergenti, formazione degli operatori, sensibilizzazione e coinvolgimento dei cittadini;

Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro: Individuazione partecipata delle priorità, piano regionale coordinato nel comparto agricoltura, interventi integrati e programmazione in base delle mappe di rischio;

Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico: Rete interdisciplinare regionale, integrazione tra le informazioni epidemiologiche e le attività di promozione della salute, sviluppo di più linee di azione per lo stesso obiettivo (sistemi informativi, formazione, informazione, vigilanza), continuità delle azioni;

Il Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 sarà aggiornato con la periodicità e nel rispetto delle scadenze stabilite dal Piano Nazionale di Prevenzione tramite appositi atti di programmazione che conterranno anche le indicazioni di carattere organizzativo e di progettazione attuativa.

8.2.2 La sanità pubblica veterinaria

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.

Il sistema "Sanità Pubblica Veterinaria" deve essere 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 SSR, valutandone le effettive ricadute di salute e garantendo alle comunità locali livelli di informazione.

Occorre 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.

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 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 ASR).

8.2.3 Il distretto, il CAP e le cure primarie

Il Distretto svolge due tipi di funzione: governare la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali ed erogare direttamente servizi di assistenza primaria.

I Distretti organizzano i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai soggetti con malattie croniche e gestiscono le attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali eventualmente delegate loro dai Comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera e avvalendosi dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali. E' organizzata nel distretto l'erogazione delle Cure Domiciliari, svolte assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, medicina specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, aiuto domestico e assistenza sociale. Al distretto inoltre afferisce l'assistenza farmaceutica convenzionata.

L'organizzazione distrettuale garantisce:

- a) l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza territoriali,
- b) il coordinamento organizzativo delle attività integrate con caratteristiche multiprofessionali,
- c) l'informazione e l'orientamento del cittadino,
- d) l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali,
- e) il coordinamento del percorso terapeutico,
- f) l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali acquisite dalle strutture di produzione aziendale e/o dal privato accreditato e/o da altre strutture pubbliche di produzione (IPAB, consorzi di servizi sociali e socio-sanitari).

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

I Centri di assistenza Primaria

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.

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: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Cure Primarie, servizi sanitari territoriali, Continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette.

Le attività dei CAP sono organizzate per area:

- Area amministrativa: è 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: è 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.
- Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili: 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 (cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).
- Area delle Cure Primarie: i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, nell'ambito delle attività cliniche del CAP, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nel CAP trova collocazione la Continuità Assistenziale, a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore, 7 giorni su 7.
- 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, nonché dalla presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello, (es. radiografie, ecografie, ECG), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.
- Area di sorveglianza temporanea: 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 (es. esami diagnostici per pazienti in Cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).
- Area delle attività riabilitative: è 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.

La sede del CAP è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL. Dovranno 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 quel 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.

8.2.4 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.

8.2.5 L'organizzazione della continuità assistenziale distrettuale e collegamento con i presidi ospedalieri

Per presidiare la continuità assistenziale presso i distretti viene individuata una funzione organizzativa del distretto con responsabilità specifica della presa in carico dell'assistito. Questa funzione sarà in collegamento continuo con la corrispondente funzione nei presidi ospedalieri (cfr. punto 8.3.4).

E' prevista, altresì, la costituzione di Gruppi di Progetto per lo sviluppo operativo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) relativi ai principali problemi di salute indicati nel punto 1.3.

I gruppi di Progetto, composti da personale dei presidi ospedalieri e del distretto nell'ambito dell'area geografica del "cluster" ospedaliero, definiscono protocolli comuni finalizzati alla cura del singolo paziente.

A supporto della gestione della continuità assistenziale è prevista l'individuazione di uno specifico flusso informativo, sia per il monitoraggio del percorso dei pazienti, sia come strumento di comunicazione, nell'ambito della continuità assistenziale, tra presidi ospedalieri, distretti ed altri erogatori territoriali di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

8.2.6 Post acuzie e riabilitazione

Il sistema socio-sanitario piemontese deve poter garantire risposte appropriate e coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico, adeguate e sostenibili in relazione soprattutto all'attuale impatto che le patologie cronico-degenerative, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica stanno determinando sulla domanda di salute. Si rende pertanto necessario rispondere ai nuovi bisogni con logiche di servizio innovative che realizzino una visione organica e integrata tra sanitario e sociale, al fine di garantire gli interventi socio-sanitari appropriati.

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 tra le diverse realtà organizzative e all'interno di ciascuna di queste.

La programmazione secondo il concetto di "rete" dei servizi garantisce una completa presa in carico nelle varie fasi, da quella ospedaliera a quelle territoriali e assicura la continuità nelle cure a fronte delle criticità attuali, rilevabili in particolare 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'appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali sarà oggetto di specifico provvedimento della Giunta Regionale sulla base dei seguenti criteri:

- appropriatezza di ricovero in tutti i setting della rete, a partire dalla fase acuta in ospedale;
- 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;

- miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale dei tre livelli di Riabilitazione, in base a quanto previsto dal Piano Nazionale di indirizzo della riabilitazione;
- il monitoraggio della spesa per ausili e protesi, al fine di consentire un utilizzo più corretto ed appropriato delle risorse, che possa permettere un reinvestimento delle risorse reperite in questo settore.

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

Le basi del processo di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete ospedaliera presuppongono lo scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL, imponendo, in capo alle aziende sanitarie locali, la concentrazione della funzione di tutela dei cittadini e di sviluppo dei servizi territoriali.

Gli ospedali scorporati di ciascuna area geografica sono inseriti in un'unica azienda ospedaliera (cluster) con una gerarchia univoca a livello aziendale che facilita le integrazioni degli stessi, secondo i livelli definiti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2011-2015.

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori la produzione di 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, si intende 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 si intende 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 dei casi di 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 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, CAP, gruppi di cure primarie, fino al domicilio dei pazienti.

Tali finalità saranno concretizzate attraverso specifici atti della Giunta regionale secondo 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, compresa la programmazione di reti della continuità specialistica in capo ai presidi ospedalieri;
- 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, compresa la funzione di filtro, tramite PDTA, per la diagnostica di alta complessità.

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. 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 supporto 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 un coordinamento operativo delle strutture tecniche delle Aziende (Uffici tecnici e Servizi di Prevenzione e Protezione) al fine di ottimizzare tutti gli interventi di ristrutturazione e nuova edificazione, compresi gli aspetti gestionali e formativi (piani ed addetti all'emergenza).

8.3.1 Assetto dei dipartimenti

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

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

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

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

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

In presenza di:

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

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

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

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

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

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

8.3.3 I presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri della rete pubblica, afferenti alle AO e delle AOU, 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 prossimità - 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. Sede di PS semplice, area disagiata o Punto di Primo Intervento.
- b) Secondo livello: Ospedali cardine in cui vengono effettuate prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che necessitano di ricovero ordinario, anche in relazione alle funzioni di emergenza urgenza da espletare in quanto 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 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. DEA di secondo livello.

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

- Punto di Primo Intervento (PPI).
Sono denominati Punti di Primo Intervento quelle strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità;
- Pronto Soccorso (PS).
Presso tali strutture sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi più complessi sono garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa.
- Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA).
Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di Strutture Organizzative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Strutture Organizzative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello. Il DEA di I livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali. Il DEA di II livello assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.
Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali, sono collocati nei DEA di II livello, garantendone in tal modo una equilibrata distribuzione sul territorio regionale.

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

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

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

8.3.4 Il collegamento con il territorio

Per favorire il collegamento con le ASL e le attività di continuità assistenziale affidate ai distretti (cfr. punto 8.2.5), nei presidi ospedalieri viene individuata una funzione relativa alla responsabilità della continuità assistenziale, con particolare riferimento alla gestione delle dimissioni.

Tale funzione afferisce alle competenze della direzione sanitaria di ciascun presidio ospedaliero. Negli ospedali di riferimento del cluster può essere prevista una struttura organizzativa quale coordinamento di tale funzione di collegamento con il territorio dei singoli presidi ospedalieri. L'atto aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, disciplina l'organizzazione della nuova funzione.

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

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

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

La convenzione generale risponde all'esigenza di rafforzare i processi di integrazione tra Università e SSR, sviluppando metodi e strumenti di collaborazione tali da rispecchiare la comune volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità, efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del personale medico e sanitario ed al potenziamento della ricerca biomedica, clinica, epidemiologica ed organizzativa. L'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca svolte dal Servizio sanitario regionale e dalle Università ha come scopo principale il miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, la crescita qualitativa dei processi formativi e lo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del Servizio sanitario regionale.

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, i protocolli di intesa costituiranno la sede per programmare l'attività formativa delle Università, tenendo conto del fabbisogno regionale relativo al personale sanitario, medico e non medico, anche in funzione del riordino delle aziende sanitarie di cui alla Parte II del PSSR 2011-2015.

8.3.6 Le Città della Salute e della Scienza

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie (A.O.U.) 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 avviene a tutti i livelli (amministrativo, gestionale, patrimoniale, organizzativo, logistico). A tal fine è necessario che i protocolli d'Intesa individuino indicatori generali d'integrazione che valutino il graduale passaggio dal modello attuale a quello di "Città della Salute e della Scienza".

La piena realizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrate (D.A.I.) è premessa fondamentale per giungere ad una pianificazione ad obiettivi integrati che veda il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati nei progetti di ricerca. Per conseguire tale scopo, presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie 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 a quello ospedaliero, allo sviluppo della scienza, dell'innovazione e dell'economia regionale. Tale passaggio deve consentire:

- lo sviluppo scientifico ed il trasferimento tecnologico come motore di crescita economica per la Regione;
- l'acquisizione, da parte dei ricercatori delle A.O.U., di una cultura d'impresa legata alla progettualità;
- l'utilizzazione ottimale di tutte le risorse comuni disponibili (umane, economiche, patrimoniali, logistiche);
- 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;
- l'attuazione di iniziative, in sinergia tra tutti gli atenei piemontesi, per una maggiore integrazione con il territorio di riferimento;
- il costante aggiornamento dei protocolli d'Intesa tra Regione ed Università alle dinamiche conseguenti al graduale processo d'integrazione;
- 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 del territorio regionale.

8.4 Le funzioni amministrative e le piattaforme logistiche integrate

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

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

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

In questo insieme si possono anche ricomprendere:

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

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

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

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

8.5 Disposizioni finali

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

PARTE IV: ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel periodo di validità del PSSR 2011-2015 occorre:

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

10. La valutazione del PSSR e del sistema sanitario piemontese

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

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

Anche il PSSR 2011-2015, come ogni processo di pianificazione strategica e riferimento per la successiva programmazione attuativa, ha la necessità di prendere atto del conseguimento o meno dello sviluppo delle linee strategiche precedentemente individuate e del conseguimento dei relativi obiettivi, al fine di meglio identificare le criticità 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 (art.13, commi 1 e 2 della l.r. n. 18/2007) che esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni socio-sanitarie aziendali e dell'apposito sistema di indicatori,
- le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale.

La relazione socio-sanitaria è presentata ogni tre anni al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, dalla Giunta regionale.

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

Tra i secondi occorre prevedere:

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

Per quanto concerne la Valutazione di risultato vengono individuati vari 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 tramite una scheda A, e la successiva valutazione analitica delle cause, da segnalare al Ministero tramite la scheda B. A questo seguono ovviamente 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 un' importanza strategica per la creazione 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, nelle SDO delle Aziende Sanitarie della regione Piemonte, con susseguente valutazione della documentazione e clinica ed audit, allo scopo di individuare eventuali criticità e proporre soluzioni migliorative procedurali, relazionali o tecnologiche.

