

ALLEGATO A)



**PIANO DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR
E DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO**



INDICE

1. Sintesi dei contenuti	4
1.1 Quadro normativo.....	4
1.2 Correlazione tra il piano di rientro e gli ordinari strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale.....	5
1.2.1. Lo sviluppo del processo di pianificazione sanitaria regionale	5
1.2.2. Lo sviluppo del processo di programmazione aziendale	5
1.2.3. Il riordino dei rapporti con i soggetti erogatori	6
1.2.4. Le politiche di acquisto e di investimento	6
1.3 Gli obiettivi generali, specifici ed operativi e gli interventi.....	7
1.4 La sostenibilità economica del piano.....	8
2. Sviluppo dei contenuti del Piano	8
2.1 Analisi del contesto.....	8
2.2 Gli indirizzi della pianificazione sanitaria	33
2.2.1. Il macrolivello dell'assistenza collettiva	33
2.2.2. Il macrolivello dell'assistenza distrettuale	39
2.2.3. Il macrolivello dell'assistenza ospedaliera	53
2.3 Analisi SWOT	57
2.4 Obbiettivi generali e specifici	63
3 Sostenibilità economica e finanziaria del Piano	71
3.1 Finanziamento e spesa 2002-2009	71
3.2 Andamento tendenziale e programmato 2010 - 2012.....	81
3.2.1 Ricavi	81
3.3 I costi per destinazione	90
4. Le azioni per il perseguimento dell'equilibrio economico della gestione	93
4.1 Le azioni di governo del sistema.....	93
4.2 Le azioni di revisione della rete dei presidi.....	93
4.3 Le azioni di controllo dell'evoluzione dei costi dei fattori produttivi	95
4.3.1. Il personale.....	95
4.3.2. Acquisto di beni e servizi	96
4.4 Acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori	97



4.5 Altre voci.....	99
4.6 Tabelle riepilogative	99
ALLEGATO 1	101
Copertura finanziaria del disavanzo 2004	101
Accertamento del disavanzo –profilo metodologico.....	102

ALLEGATO 2

Modelli di Conto Economico 2010-2012



1. Sintesi dei contenuti

1.1 Quadro normativo

Il presente documento viene redatto dalla Regione Piemonte ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004 e s.m.i. e dell'articolo 2, comma 97, della legge 191/2009 ed è finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'articolo 14 dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, rep. n. 243/CSR, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2004.

La Regione Piemonte, nel 2004, non ha adempiuto alla copertura del disavanzo nei termini previsti per tale anno, come rilevato dal Tavolo tecnico previsto dall'articolo 12 dell'Intesa 23.3.2005, in ultimo nella riunione del 18.1.2007, e formalmente comunicato alla Regione Piemonte con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 26.1.2007, prot. n. 9745.

La copertura del disavanzo rilevato a tutto il 31.12.2004 è avvenuta mediante una operazione di ristrutturazione del debito delle aziende sanitarie regionali con le seguenti modalità:

- l'operazione è stata prevista dall'articolo 12 della l.r. 14/2006, come sostituito dall'articolo 16 della l.r. 35/2006, avviata con la d.G.R. n. 46-4188 del 30.10.2006 e conclusa in data 21.12.2006 con la firma delle delegazioni di debito;
- l'operazione, come precisato nella d.G.R. n. 62-5050 del 28.12.2006, prevede la copertura pluriennale (decennale) del debito a tutto il 31.12.2004, pari ad € 676.000.000,00 (si rinvia all'apposito allegato 1);
- la copertura pluriennale del disavanzo è avvenuta, ai sensi della l. 296/2006, articolo unico, comma 798, lett. c), mediante il vincolo di destinazione di quota parte delle entrate derivanti dall'addizionale Irpef introdotta con l'articolo 1 della l.r. 2/2003, vincolo disposto con l'articolo 19 della l.r. 9/2007.

Negli anni 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009, invece, la Regione Piemonte ha garantito l'equilibrio della gestione mediante idonei stanziamenti a carico del bilancio regionale.

La Regione Piemonte, pertanto, deve predisporre il piano di rientro e sottoscrivere l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della l. 311/2004, nei termini previsti dall'articolo 2, comma 97, della legge 191/2009, al fine di ottenere la riattribuzione del maggiore finanziamento previsto per il 2004, non assegnato per la mancata copertura del disavanzo nei termini previsti dagli accordi.

La sottoscrizione dell'accordo in parola costituisce, infine, presupposto per l'accesso ai contributi al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario regionale per gli anni 2002, 2003 e 2004, a norma dell'art. 1, comma 279, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.



1.2 Correlazione tra il piano di rientro e gli ordinari strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale

Il piano di rientro proposto si inserisce nel processo di governo regionale del SSR, articolabile nelle seguenti linee direttrici:

- sviluppo del processo di pianificazione sanitaria regionale;
- indirizzi nei confronti delle ASR per la formazione e gestione dei piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario;
- riordino dei rapporti con i soggetti erogatori;
- sviluppo della razionalizzazione delle politiche di acquisto dei beni di consumo e dei servizi intermedi e di investimento.

1.2.1. Lo sviluppo del processo di pianificazione sanitaria regionale

Il processo di pianificazione sanitaria regionale è attualmente regolato dai seguenti provvedimenti:

- l.r. 6.8.2007, n. 18, "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale";
- delibera consiliare n. 136 del 22.10.2007, "Individuazione delle Aziende sanitarie locali e dei relativi ambiti territoriali", mediante la quale le Asl sono state ridotte da 22 a 13;
- delibera consiliare n. 137 del 24.10.2007, "Approvazione del PSSR 2007 – 2010".

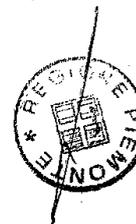
Nel corso del biennio 2008 - 2009 la Giunta Regionale ha approvato numerose deliberazioni relative agli indirizzi applicativi delle linee di piano, riepilogate nelle schede relative agli obiettivi.

Il 2010 rappresenta l'ultimo anno di vigenza del PSSR 2007 – 2010. Nel corso dell'anno la nuova amministrazione regionale avvierà la predisposizione del nuovo piano socio-sanitario regionale, sulla base degli indirizzi in via di definizione.

1.2.2. Lo sviluppo del processo di programmazione aziendale

Il processo di pianificazione sanitaria regionale è stato accompagnato dagli indirizzi alle ASR per lo sviluppo del processo di programmazione aziendale, mediante lo strumento dei piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (PRR).

Il processo è stato avviato nel biennio 2006-2007 e sviluppato successivamente, per il triennio 2008-2010, mediante le direttive disposte con d.G.R. del 5.7.2007, n. 59-6349, e del 30.7.2007, n. 84-6615. In particolare la d.G.R. del 30.7.2007 ha definito le somme a disposizione delle ASR per l'anno 2007 e per il triennio 2008-2010.



La Giunta Regionale, con la d.G.R. del 16.4.2008, n. 1-8611, ha preso atto dei PRR aziendali, approvando gli obiettivi generali e specifici per il triennio 2008-2010 e gli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008.

Il processo prevede l'aggiornamento periodico dei PRR, anche al fine di definire annualmente gli obiettivi economico-finanziari delle ASR. In particolare le d.G.R. del 29.09.2009, n. 2-12264, e dell'8.2.2010, n. 73-13256, nel definire gli obiettivi economici aziendali per il 2009 e il 2010, hanno richiesto alle aziende in condizioni di non equilibrio di predisporre una integrazione del PRR.

Con la d.G.R. del 30.4.2010, n. 30-43, la nuova amministrazione regionale ha richiesto a tutte le aziende la presentazione di un piano di rientro idoneo a garantire il perseguimento dell'equilibrio della gestione 2010, al fine di siglare apposito accordo con le direzioni aziendali.

1.2.3. Il riordino dei rapporti con i soggetti erogatori

La terza linea direttrice del governo regionale del SSR ha riguardato i rapporti con i soggetti erogatori. In tale ambito la Giunta Regionale, nel corso del 2008, ha ridefinito complessivamente il sistema di regolamentazione dell'offerta di servizi sanitari mediante i seguenti provvedimenti:

- deliberazione dell'1.8.2008, n. 98-9422, "Definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e della conseguente capacità produttiva". Con tale provvedimento la Giunta ha dato attuazione a quanto previsto dalla l. 296/2006, art. 1, comma 796, completando ed aggiornando le precedenti deliberazioni dell'1.3.2000, n. 32-2952, e del 7.6.2004, n. 34-12687;
- deliberazione del 15.9.2008, n. 34-9619, "Attuazione dell'art. 8-quinquies d.lgs. 229/1999. Determinazione delle competenze riservate alla Regione e alle ASR". Con tale provvedimento la Giunta ha definito il percorso di attuazione dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 come modificato in ultimo dal d.l. 112/2008 convertito con modificazioni con la l. 133/2008;
- deliberazioni del 20.10.2008, n. 25-9852, e dell'1.12.2008, n. 10-10206, con le quali sono stati approvati gli schemi di contratto con i soggetti erogatori privati e di accordo contrattuale con i presidi ex articoli 41 e 43 della l. 833/1978.

Con tali provvedimenti si è disposto il superamento, a decorrere dall'1.1.2009, del preesistente sistema degli accordi regionali con le associazioni rappresentative delle case di cura e degli ambulatori privati.

Nel corso del 2009 e del 2010 sono stati sottoscritti i contratti con tutti i soggetti erogatori privati e gli accordi contrattuali con i soggetti erogatori equiparati a quelli pubblici.

1.2.4. Le politiche di acquisto e di investimento

La quarta linea di intervento riguarda lo sviluppo della razionalizzazione delle politiche di acquisto dei beni di consumo e dei servizi intermedi e di investimento.



Le modalità di intervento sono sostanzialmente due:

- lo sviluppo del "modello organizzativo a rete nell'ambito del processo di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario", approvato con la deliberazione della Giunta Regionale del 20.6.2008, n. 9-9007, che prevede diversi livelli di aggregazione sovra-aziendale degli acquisti, ora in fase di avvio operativo;
- l'avvio dell'operatività della Società di committenza Regione Piemonte spa (SCR – Piemonte spa), costituita ai sensi della l.r. 6.8.2007, n. 19. Tale società è finalizzata a "razionalizzare la spesa pubblica e a ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale", tra cui la sanità. Con la d.G.R. n. 4 - 11371 dell'11.5.2009 è stato approvato lo schema di convenzione quadro tra la Regione Piemonte e la SCR.

1.3 Gli obiettivi generali, specifici ed operativi e gli interventi

Il presente Piano si pone come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in atto nella Regione Piemonte e che verranno sviluppati nel corso del triennio 2010 - 2012:

- il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale e mediante l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, mediante il processo di riordino delle risposte assistenziali definito dal PSSR 2007-2010, come sintetizzato nella sezione 2 del presente piano. In particolare il riordino prevede il riequilibrio tra i macro-livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera;
- la razionalizzazione delle attività amministrative e di supporto, in modo da ridurre l'incidenza del loro costo sulla spesa totale, mediante lo sviluppo di tali attività a livello sovrazonale, ai sensi dell'art. 18 della l.r. 18/2007, e regionale, ai sensi della l.r. 19/2007.

Lo sviluppo parallelo dei due processi consente di mantenere l'equilibrio economico della gestione riducendo l'incidenza dell'apporto integrativo regionale. In particolare l'obiettivo è di rispettare nell'anno 2010, come specificato nella sezione 3 del presente piano, il tetto posto all'integrazione regionale pari al 5% del finanziamento ordinario e delle maggiori entrate proprie sanitarie, come previsto dagli articoli 5 e 13, comma 3, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, e di sviluppare negli anni successivi, dal 2011 al 2014, un processo di graduale riduzione di tale apporto, fino a perseguire la sua totale copertura con l'addizionale Irpef introdotta con l'articolo 1 della l.r. 2/2003.

Relativamente al rapporto tra i due processi occorre in primo luogo evidenziare che nella Regione Piemonte il programma di rientro assume caratteristiche molto diverse da quelli delle altre regioni che hanno già predisposto i piani.

Infatti la Regione Piemonte presenta i principali parametri che identificano le situazioni strutturali su cui è possibile agire per perseguire l'equilibrio della gestione (dotazione di posti letto, tasso di ospedalizzazione, livello della spesa farmaceutica convenzionata) in linea con i valori attesi.

Pertanto il piano di rientro non può basarsi su azioni settoriali relative all'assistenza farmaceutica ed



ospedaliera ma deve agire sul controllo dell'evoluzione di tutte le voci di costo, agendo in modo differenziato tra le diverse aziende, per tenere conto delle specifiche situazioni gestionali.

Gli obiettivi generali vengono successivamente articolati in obiettivi specifici, a loro volta specificati in obiettivi operativi, prevedendo gli interventi necessari e gli indicatori idonei a valutare il perseguimento del processo di riordino.

1.4 La sostenibilità economica del piano

La sostenibilità economica del piano di riordino è analizzata nelle sezioni 3 e 4, partendo dall'analisi dei costi del SSR nella loro evoluzione storica, stimando il loro andamento tendenziale e definendo l'andamento programmato, ovvero compatibile con il perseguimento dell'equilibrio economico nel triennio 2010 - 2012, nei termini definiti nel precedente § 1.3.

Pertanto le sezioni 3 e 4 costituiscono il fulcro del piano di rientro regionale e configurano i vincoli dell'azione delle ASR, ovvero dei loro piani di riqualificazione e rientro.

2. Sviluppo dei contenuti del Piano

2.1 Analisi del contesto

La salute in Piemonte nel 2010 a trent'anni dalla riforma sanitaria ¹²

I principali problemi di salute negli ultimi trent'anni in Piemonte

Nella nostra Regione, come nel resto del paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita tra gli uomini è passata da poco più di 40 anni del 1900 a 78.4 nel 2008 con un guadagno di oltre 35 anni; mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, la supermortalità maschile dà luogo a cinque anni di speranza di vita di svantaggio per gli uomini, uno svantaggio prevalentemente spiegato da eccessi della mortalità giovanile (quattro volte maggiore tra i maschi) e adulta (tre volte maggiore quella per

¹ A cura di Giuseppe Costa e Alessandro Migliardi*

**Servizio Regionale di Epidemiologia ASL TO3 Piemonte

La realizzazione del presente contributo è stata possibile grazie alla collaborazione dei colleghi che partecipano in modo continuo alla funzione di relazione sanitaria piemontese". Si ringraziano pertanto:

Roberto Gnani per la parte demografica

Luisa Mondo per la salute della popolazione immigrata

Teresa Spadea per le disuguaglianze sociali nella salute

Roberto Decidue, *Fabrizio Faggiano*, *Alessandro Migliardi* per la sezione sul fumo e le dipendenze

Elena Coffano per la parte sugli stili di vita

Maurizio Marino per la salute della popolazione anziana

Antonella Bena, *Angelo D'Errico*, *Oswaldo Pasqualini* per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro

Carlo Mamo per la parte sugli incidenti stradali

Giovanna Berti, *Ennio Cadum* per i fattori di rischio ambientali.

² La presente relazione riassume e commenta i principali indicatori dello stato di salute della popolazione Piemontese messi a confronto con quelli della popolazione Italiana, così come sono riportati nella tabella allegata al testo (Allegato 1, cfr Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2009, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane). La relazione commenta questi dati alla luce delle trasformazioni avvenute negli ultimi decenni per identificare le principali sfide che rimangono aperte per le politiche sanitarie e di promozione della salute nella Regione.



malattie circolatorie).ⁱ Di questi anni guadagnati in un secolo più di un quarto sono ancora stati ottenuti nell'ultimo trentennio.

Il miglioramento fino agli anni sessanta era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da circa 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia del 3.4 per mille nel 2006), ma soprattutto le età adulta e anziana. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto per più di un decennio a causa dell'intervento dell'epidemia delle cause di morte correlate alla droga.

Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite di più del 40% tra gli uomini e di più del 50% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni di più del 30, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe di circa il 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni, e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali). Mentre per i tumori la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire lentamente solo per quelle adulte. Un aumento si registra anche sulle malattie del sistema nervoso tra i più anziani, in particolare per le demenze.

Per i tumori in Piemonte l'incidenza aumenta per quasi tutte le sedi (eccezioni più importanti il tumore dello stomaco e quelli dell'esofago e della laringe); questo aumento è dovuto probabilmente al miglioramento delle tecniche diagnostiche che consentono di anticipare l'identificazione del tumore prima che esso diventi sintomatico (tumori prostata e grosso intestino), l'attivazione di programmi di screening (mammella), e, in alcune sedi, l'impatto ancora in crescita della esposizione a molti fattori di rischio ambientali e comportamentali (è il caso soprattutto del tumore del polmone che aumenta tra le donne e diminuisce tra gli uomini in modo parallelo al diverso profilo epidemico dell'abitudine al fumo nei due sessi di due decenni fa).ⁱⁱ Viceversa si divarica la forbice con la mortalità, che come abbiamo visto comincia a diminuire grazie al miglioramento progressivo della sopravvivenza relativa a 5 anni, che a Torino nel periodo 1985-2004 è passata dal 34% al 49% tra gli uomini e da 49 a 60% tra le donne (differenza attribuibile alla migliore sopravvivenza del tumore della mammella e a quella peggiore del polmone prevalente tra gli uomini).ⁱⁱⁱ Va tuttavia segnalato che in alcune nazioni (USA, Finlandia, Svizzera) l'incidenza ha iniziato a ridursi; è possibile attendersi che, pur con uno sfasamento di alcuni anni, questa inversione di tendenza coinvolga anche altri Paesi ricchi, fra i quali l'Italia.

Per quanto riguarda la grande diminuzione di mortalità per malattie ischemiche di cuore (e più in generale per malattie circolatorie), in assenza di una diffusione di registri di patologia come nel caso dei tumori, è più complesso individuare il contributo relativo della riduzione di incidenza o del miglioramento della sopravvivenza. I risultati dello studio MONICA, a cui hanno partecipato centri di 21 nazioni diverse, portano a concludere che il forte calo della mortalità sia attribuibile per i due terzi alla riduzione di incidenza e per un terzo al miglioramento delle terapie e che il principale determinante del declino nella mortalità è ciò che determina il declino dei tassi di incidenza.^{iv} Nel caso dell'Italia (rappresentata da due soli centri, entrambi nell'Italia settentrionale: Brianza e Friuli) questo rapporto sembra meno sbilanciato, essendo circa del 50% per ognuna delle due componenti. E' probabile che questo dipenda dalla minore esposizione (rispetto a Nord Europa o USA) ad alcuni fattori di rischio (per esempio la dieta aterogena), tipica delle popolazioni mediterranee. Partendo da valori bassi la riduzione relativa è stata inferiore a quella ottenuta in Paesi in cui



la prevalenza era (e spesso rimane) più elevata di quella italiana. L'evidenza scientifica ad oggi disponibile conferma l'importanza sia di tutto quanto porta a ridurre l'incidenza di cardiopatia ischemica, sia del miglioramento delle terapie.

In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75 anni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%).^v Alcune di queste condizioni potranno essere oggetto nel futuro di una compressione della incidenza della morbosità, grazie agli effetti dilazionati del miglioramento già avvenuto nelle condizioni e nelle abitudini di vita delle nuove generazioni che stanno invecchiando, e anche in forza delle politiche di "active aging" che verranno eventualmente intraprese. Andrebbe studiato se questo andamento sarà in grado di contrastare gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione sull'aumento della prevalenza della morbosità cronica e della disabilità. Per gran parte di questi fenomeni non sono disponibili stime affidabili sulle previsioni di andamento temporale nei prossimi anni. E' vero che la prevalenza di disabilità è diminuita in alcuni Paesi, ma l'invecchiamento della popolazione può incidere sull'aumento del numero di anziani con disabilità grave che necessitano, quindi, di assistenza a lungo termine.^{vi}

Molti altri andamenti epidemiologici favorevoli che sono stati osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la deindustrializzazione), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure).

Tra gli andamenti sfavorevoli si potrebbero ricordare la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità dell'aria, emergenze stagionali come le ondate di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Tra gli anziani andamenti sfavorevoli sono attesi per l'aumento della demenza, delle cadute, dell'abuso o dell'uso scorretto di farmaci, della solitudine, e dell'impatto delle barriere architettoniche in casa e nella città. Per quanto riguarda i disturbi mentali, in Italia, secondo l'indagine ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders), nel 2002-2003 la prevalenza di coloro che avevano sofferto di uno o più disturbi mentali non psicotici nei dodici mesi precedenti l'intervista è stata del 7,3% (I.C. 95%: 6,0-8,6); i disturbi più frequenti sono stati quelli d'ansia, con una prevalenza annuale del 5,1% e quelli depressivi, con una prevalenza annuale del 3,5%. I disturbi mentali sono risultati più frequenti nelle donne (OR=2,8; IC 95% 1,9-4,2), nei disabili (OR=7,9; IC 95% 4,4-14,4) e nelle casalinghe (OR=1,9; IC 95% 1,1- 3,1). I disturbi depressivi sono risultati più frequenti nei disabili, nelle donne e nei disoccupati e meno frequenti nelle



persone di scolarità elevata (più di 13 anni). Si è riscontrata una tendenza ad una maggiore prevalenza di disturbi sia depressivi, sia d'ansia nel Sud e nelle Isole rispetto al Centro ed al Nord del Paese, ed una minor prevalenza di disturbi nella classi di età centrali (24-49 anni), che però in entrambi i casi non ha raggiunto la significatività statistica. Rispetto agli altri paesi europei la prevalenza dei disturbi è risultata relativamente bassa; l'unico paese con una frequenza simile di disturbi mentali comuni è stata la Spagna.^{vii}

In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota del bisogno che si trasforma in domanda, e, persino anche su questa quota non si dispone ancora di adeguati sistemi informativi sul piano regionale; non è invece nota la prevalenza e la distribuzione di questi problemi nella popolazione generale, inclusiva della quota di bisogno che non trova espressione in una domanda di servizi.

Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato il tema della violenza fisica, psicologica e sessuale a sfavore delle donne e il tema delle varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze; dall'altro rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio dei maschi per i comportamenti pericolosi (abuso di alcool, droghe e gioco d'azzardo).

Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può apportare opportunità (ad esempio nuova forza lavoro più sana con le immigrazioni), ma può anche introdurre nuove minacce, ad esempio nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

Le principali sfide della salute in Piemonte

La salute di una società che invecchia

La situazione demografica mostra un Piemonte più vecchio e dipendente, con un saldo naturale negativo (-2.1), tra quelli più sfavorevoli nel panorama nazionale.^{viii} Nella dinamica migratoria il Piemonte attrae come altre regioni del Centro Nord gli immigrati stranieri, unico gruppo che contribuisce ad un significativo recupero della fecondità. La dimensione della famiglia rimane piuttosto piccola, con un numero medio di componenti tra i più bassi in Italia. Il livello di istruzione, innalzatosi in questi anni in tutto il paese, mostra ancora un lieve svantaggio rispetto alle altre regioni del Nord. Meno di due uomini su tre e di una donna su due sono attivi. Il reddito medio per abitante risulta superiore alla media italiana ma inferiore alla media del nord Italia. Nel 2007 le famiglie in condizioni di povertà relativa rappresentano il 6.6% delle famiglie residenti.^{ix}

La povertà è concentrata particolarmente nelle famiglie numerose, fra gli anziani che vivono soli, in quelle con capofamiglia disoccupato e con bassa istruzione.^x I fenomeni demografici più significativi per l'impatto sulla salute e sulla sanità sono l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione da paesi poveri ad alta pressione demografica.

L'invecchiamento ha un impatto sulla salute che si esprime su numerose dimensioni. A breve termine infatti, si sta osservando un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, di dimensioni mai viste prima, anche se moderate dal tentativo, peraltro sempre più contrastato dalle politiche previdenziali, di espulsione dal mercato dei lavoratori in esubero più anziani. Questo fenomeno può avere delle conseguenze inedite sulla salute che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo. La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più



giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza, se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana; fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria. Il secondo aspetto, correlato al precedente, è che il luogo di lavoro è il contesto dove la persona può imparare con più facilità a curare le proprie abilità funzionali, fisiche, cognitive e sociali, abilità che costituiscono il migliore viatico per un invecchiamento in salute: oggi questi obiettivi di promozione della salute attraverso l'educazione agli stili di vita salutari e attraverso la pratica dell'esercizio fisico regolare non sono perseguiti nei luoghi di lavoro, perdendosi così un'altra occasione preziosa per mantenere questa "work ability".^{xi}

Sempre sul versante sociale ed economico, ma più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi: tra i beni e servizi ci sarà più bisogno di quelli relativi all'assistenza sanitaria e meno di quelli di altro genere; il settore sanitario diventerà ancor più un volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi per una popolazione di consumatori che mostrerà bisogni e preferenze decisamente nuovi rispetto al passato. Si stima che questo fenomeno possa comportare un aumento di circa il 30% nei prossimi 30 anni nel fabbisogno di assistenza, soprattutto di lungoassistenza; la previsione di questo aumento sollecita la politica a trovare per tempo adeguate modalità di finanziamento per far fronte a questo nuovo fabbisogno.^{xii} Infatti tra le politiche utili per contrastare questo aumento del fabbisogno di lungoassistenza, quelle sull'aumento della migrazione e della fertilità sono poco proponibili e sostenibili. Maggiori attese sono legate alle politiche che cercano di comprimere la morbosità. In proposito però la letteratura offre risultati controversi; infatti le politiche di prevenzione sul fumo o sull'obesità, ad esempio, possono ridurre la morbosità correlata, ma non quella che la sostituirebbe in età più avanzate, e non è quindi dimostrato che queste politiche possano avere un impatto sempre favorevole sui costi dell'assistenza sanitaria.

La salute straniera

Il secondo cambiamento demografico significativo riguarda l'immigrazione. La domanda di salute espressa dagli immigrati merita attenzione non solo per le dimensioni ragguardevoli della popolazione – con ogni probabilità ancora destinate a crescere –, ma anche perché essa presenta tratti peculiari, che si iniziano a manifestare proprio in questi anni, quando, superata la fase dei primi flussi, e della relativa provvisorietà ed emergenza, si entra nelle fasi della stabilizzazione delle presenze e della costituzione di nuovi nuclei familiari.

Numerosi fattori contribuiscono a formare la domanda di salute espressa al sistema sanitario dalla popolazione immigrata: la particolare composizione per età e per genere – significativamente diversa rispetto a quella della popolazione autoctona; il profilo di esposizione a fattori di rischio e alle malattie di importazione; la distribuzione per paese di origine, nel caso piemontese un vero e proprio caleidoscopio di provenienze diverse che le ondate più recenti hanno contribuito a differenziare ulteriormente, con alcuni gruppi etnici dell'Europa Orientale che risultano quantitativamente dominanti; la fase del ciclo migratorio. Tra i fattori di rischio generalmente riscontrabili nell'esperienza migratoria si possono ricordare le condizioni abitative e alimentari spesso inadeguate; le diversità climatiche; la mancanza di supporto psico-affettivo, solo in parte compensata dalla presenza di reti comunitarie di assistenza e di conforto; lo sradicamento culturale e le difficoltà concrete nella realizzazione del progetto migratorio; eventuali discriminazioni tali da limitare l'accesso a servizi e a prestazioni socio-sanitarie, e così via.



Gli unici indizi epidemiologici disponibili in modo sistematico sulla salute straniera in Italia derivano dalla distribuzione dei ricoveri-ospedalieri. A parità di età, e se si escludono i ricoveri per percorso nascita, gli stranieri di entrambi i sessi mostrano una minore propensione al ricovero rispetto alla popolazione nativa; fatto che potrebbe essere segno del cosiddetto "effetto migrante sano", cioè della selezione alla partenza dei più sani e dei ritorni dei malati al luogo di origine.

Quando si osservano le specifiche patologie, gli immigrati hanno una maggiore probabilità di essere ricoverati per gravidanze, parti ed IVG, per malattie infettive e parassitarie, per malattie del sangue, quali anemie, nonché per traumatismi. L'interessamento dell'area infettiva ed ematologica – che riguarda peraltro un numero limitato di casi - rinvia all'importazione di patologie; l'interessamento dell'area materno infantile è invece riconducibile a modelli di fecondità più intensa, seppur molto differenziata tra le diverse comunità; infine, la maggiore esposizione ai rischi traumatologici è indubbiamente da ricollegarsi agli infortuni sul lavoro e al modello di integrazione subalterna che attualmente caratterizza le modalità di inserimento degli immigrati in Italia. L'eccesso di ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza mostra gravi criticità nel campo della contraccezione. Il valore pro capite delle IVG per le straniere è triplo rispetto a quello per le italiane (16% contro 5,7%).^{xiii}

Il problema delle malattie di importazione risulta abbastanza circoscritto, esse hanno a che fare con il bagaglio, genetico od acquisito, di patologie, predisposizioni o abitudini rilevanti per la salute, che gli stranieri importano dal proprio paese di origine. Sebbene occupino un posto di rilievo nell'immaginario collettivo, raramente questi problemi costituiscono una concreta minaccia per la popolazione che riceve, e va affrontato con idonei sistemi di sorveglianza e di cura a bassa soglia. Il problema delle differenze e specificità culturali va affrontato anche nel ridisegno dell'organizzazione sanitaria e della formazione professionale. Il problema della scarsa sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro rimanda alla necessità di iniziative mirate di prevenzione per la salvaguardia del patrimonio di salute dello straniero immigrato. E le lacune conoscitive sul rapporto tra salute e migrazione devono essere colmate con adeguate integrazioni nei sistemi informativi sanitari regionali.

La salute europea e la salute globale

L'impatto delle istituzioni europee sulle politiche correlate alla salute crescerà progressivamente nei prossimi anni, anche nel settore della sanità che, dopo Lisbona, è diventata un oggetto delle azioni di coordinamento europee. Come già accaduto in altre azioni di coordinamento comunitarie (ad esempio politiche del lavoro e sociali), questa innovazione potrà portare nuovi stimoli alla programmazione italiana in materia, da subito registrabili nel nuovo ciclo di programmazione dei fondi strutturali 2007-2013, che contiene la consapevolezza del ruolo della salute nello sviluppo economico.^{xiv}

In effetti i regolamenti comunitari spesso sono stati un'occasione per innovare la normativa italiana su temi importanti per la salvaguardia e la promozione della salute, ad esempio nel caso della sicurezza e dell'igiene nel lavoro. Alcune di queste raccomandazioni internazionali più di "main stream", come quelle dell'OMS o dell'UE su una sanità pubblica fondata sui determinanti della salute (Health in All Policies) e sull'Health Impact Assessment di tutte le politiche rilevanti, hanno avuto un qualche impatto nella nostra Regione, che le ha tradotte nella linea di lavoro dei Profili epidemiologici e Piani per la Salute (PEPS) attribuendone la responsabilità prevalente ai Sindaci,^{xv} ed ha partecipato, attraverso un progetto del Consiglio regionale integrato con analoghi progetti di altre regioni (Progetto CAPIRE), ad un esercizio di valutazione dell'impatto per ogni politica rilevante per la responsabilità regionale.



In altri casi i regolamenti comunitari o internazionali possono invece rappresentare degli ostacoli o dei punti critici; ad esempio la regolamentazione sul commercio è un ostacolo per le politiche restrittive sugli alcolici; il sostegno economico comunitario ai produttori di tabacco è in contraddizione con il peso che si intende attribuire alle politiche di contrasto del fumo; i sussidi comunitari che promuovono il consumo di prodotti latteari ad alto contenuto di grassi e che sostengono il prezzo della frutta e verdura possono essere in contraddizione con gli obiettivi di prevenzione nella dieta, soprattutto nelle fasce di popolazione più povere. Le stesse politiche della UE, legate all'industria alimentare, prestano scarsa attenzione alla diffusione dei cibi di qualità scadente, con l'aumento dei consumi di cibi salati, bevande gassate ricche di zuccheri e in generale di stili alimentari che portano ad un aumento di obesità, sindrome metabolica e ipertensione. Recentemente la Commissione Europea ha approvato una Comunicazione sulla Solidarietà nella Salute che dà indirizzi al parlamento e al Consiglio d'Europa e ai Paesi Membri su come affrontare le disuguaglianze di salute attraverso una ricalibrazione delle politiche di propria competenza (citare la referenza) La Presidenza del Comitato delle Regioni di Europa, in via di assegnazione, potrebbe costituire una opportunità per affermare il ruolo del Piemonte nell'orientamento delle politiche non sanitarie verso obiettivi di salute.

La salute diseguale

In Piemonte, come in tutte le regioni più ricche dell'Europa, si osservano ancora importanti variazioni di salute. La geografia dei principali indicatori di mortalità in Piemonte mette in evidenza uno svantaggio delle aree montane rispetto al resto del territorio, con la sola eccezione di parte della Valle di Susa. Questa geografia ricalca quella della povertà materiale e di rete sociale.^{xvi} La stessa correlazione tra mortalità e povertà si osserva a livello comunale a Torino e rimane piuttosto stabile negli ultimi tre decenni.^{xvii} Per dare una dimensione all'impatto di questo fenomeno, nel caso torinese si può stimare che negli anni Duemila la speranza media di vita tra gli uomini residenti in un isolato ricco sia di quattro anni di vita più alta che tra i residenti in un isolato più povero. Occorre notare che queste disuguaglianze a loro volta sono più intense tra i giovani e gli adulti che non tra gli anziani.^{xviii}

Dunque la dimensione che spiega maggiormente l'eterogeneità geografica nella salute è quella della posizione sociale.

Le variazioni sociali nella salute sono evidenti in relazione ad un'ampia gamma di indicatori di salute: incidenza e mortalità per la maggior parte delle malattie, prevalenza di cattiva salute o di disabilità autoriferita, esposizione a fattori di rischio ambientali e comportamentali. Inoltre, l'effetto è misurabile su tutte le dimensioni dello svantaggio e lungo tutto l'arco della vita: risorse culturali e di competenze (istruzione), risorse economiche (reddito, caratteristiche dell'abitazione), risorse di potere (status, posizione professionale), risorse di aiuto familiare e amicale (stato civile, rete sociale), ognuna delle quali influenza in modo indipendente la salute. Ad esempio, sempre a Torino negli anni Duemila la speranza di vita tra i lavoratori manuali addetti a lavori meno qualificati è inferiore di quasi tre anni rispetto a quella dei dirigenti.

Una caratteristica significativa di questo impatto è che si manifesta non solo agli estremi più svantaggiati, ma lungo tutta la scala sociale: a qualsiasi livello della scala, comunque la si misuri, la salute di chi sta in quella posizione è migliore di quella di chi sta nella posizione immediatamente inferiore ed è peggiore di quella di chi sta nella posizione immediatamente superiore (cosiddetta Status syndrome, o gradiente sociale).^{xix}

Ci sono indizi diretti (cioè rilevati sulle misure di salute) e indiretti (cioè proiezioni sulle variazioni nella salute derivanti dall'andamento della distribuzione sociale dei fattori di rischio) che dimostrano che l'eterogeneità



sociale nella salute, se non contrastata, si allargherà di intensità (distanza relativa tra più e meno svantaggiati) e per qualche dimensione sociale anche di estensione (proporzione di casi attribuibile a queste differenze), soprattutto in questo ciclo economico sfavorevole.

I meccanismi causali distali che generano queste differenze sono, da un lato, quei meccanismi economici e del mercato del lavoro che determinano la condizione di svantaggio sociale nel corso di vita di una persona, di una comunità, di un'area geografica; e, dall'altro lato, sono i meccanismi del "welfare" e delle risorse di una comunità che servono a prevenire l'esclusione sociale ed a moderare gli squilibri prodotti dallo sviluppo.

Tra di essi si ricordano:

- i determinanti del reddito disponibile, con particolare attenzione all'occupazione, e soprattutto all'occupazione femminile;
- i determinanti dell'accesso alla conoscenza, sia per i giovani, sia per gli adulti di bassa qualificazione (obsolescenza delle competenze), per le conseguenze che può avere sulle credenziali utili all'occupazione e alla valorizzazione delle opportunità del contesto;
- i determinanti dei processi di marginalizzazione, fino all'esclusione dalla conoscenza, dal lavoro o dal tessuto sociale, con particolare importanza per le famiglie con minori, sui quali si innesta un processo di ereditarietà sociale dello svantaggio nella salute;
- i determinanti delle disuguaglianze relative (concentrazione del reddito, squilibrio tra livelli di autonomia e controllo sulle condizioni di vita) per l'influenza che hanno sulla *Status Syndrome*;
- i determinanti delle reti di supporto familiare e sociale, per l'importanza che hanno nel moderare gli effetti sulla salute dello svantaggio sociale.

I meccanismi prossimali sono quelle specifiche vie eziopatogenetiche che spiegano perché le persone più svantaggiate (relativamente o in assoluto) hanno la salute più compromessa:

- hanno esiti riproduttivi più sfavorevoli (fisici come basso peso o emotivi come limitato attaccamento alla madre), che sono predittivi di effetti sfavorevoli sulla salute adulta (in particolare, per malattie cardiovascolari, immunitarie, respiratorie, articolari e di salute mentale);
- sono più esposti a fattori di rischio comportamentali (fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà, dipendenza, sesso insicuro, violenza...);
- sono più esposti a fattori di rischio psicosociali (situazioni *stressanti*, affrontate con scarsa autonomia e possibilità di controllo, e con limitate prospettive di adeguata ricompensa) nei luoghi di lavoro e nelle condizioni di vita quotidiane;
- sono più esposti a fattori di rischio ambientali pericolosi per la sicurezza e l'igiene (traffico, siti inquinati, lavoro usurante...);
- quando si ammalano, hanno maggiori probabilità di compromettere la carriera sociale;
- quando si ammalano, hanno maggiore probabilità di andare incontro a trattamenti inappropriati e minore probabilità di accedere tempestivamente a trattamenti efficaci e sicuri.

In conclusione, le variazioni geografiche nella salute e con esse, o più spesso dietro di esse, le disuguaglianze sociali nella salute sono un fenomeno che contemporaneamente:

- dimostra l'esistenza di problemi di salute potenzialmente risolvibili (poiché documentano che qualche area geografica o qualche fascia sociale è stata capace di raggiungere risultati migliori di salute);



- e rivela i determinanti strutturali, le condizioni di vita e i comportamenti delle persone e delle comunità che più influenzano la salute (in modo diseguale) e che, essendo noti, possono essere contrastati con adeguate politiche ed interventi.

Queste premesse mettono in evidenza la necessità di una nuova sanità pubblica che abbia per obiettivo quello di creare le condizioni sociali per una buona salute, su basi uguali per l'intera popolazione; e che sia fondata sia sul contributo indiretto di tutti soggetti, spesso non sanitari, che sono responsabili di politiche che influenzano la salute, sia sul contributo diretto della sanità pubblica nel coordinare, monitorare e controllare che questo accada.

Dunque alle spalle del profilo epidemiologico che si è appena descritto agiscono con loro dinamiche evolutive proprie i principali determinanti distali e determinanti prossimali della salute, dei quali merita sintetizzare l'andamento temporale e geografico.

I principali determinanti della salute

I determinanti distali della salute

La storia degli ultimi decenni in Piemonte descrive un sistema sociale ed economico che ha attraversato alterne vicende di crisi e ripresa: in questo processo sono cresciuti i diritti e le tutele, è migliorata l'offerta di servizi, è cresciuto il livello di istruzione, è cresciuta la ricchezza prodotta e quella distribuita, è migliorata la qualità dell'ambiente, ma sono rimaste quasi invariate le principali diseguaglianze nell'accesso alle opportunità e alle risorse, sia quelle geografiche a svantaggio delle aree montane sia quelle sociali a svantaggio delle posizioni sociali più svantaggiate. Non ci sono indizi per pensare che queste disuguaglianze possano ridursi nel breve periodo.

Dunque, se la salute è influenzata in modo decisivo da questi determinanti strutturali, occorre fare in modo che le politiche non sanitarie siano sottomesse ad una revisione più sistematica in termini di valutazione d'impatto sulla salute, che permetta di trasformarle in politiche per la salute.^{xx}

Ad esempio, se le situazioni lavorative e di vita che generano *stress* cronico, rendendo le persone preoccupate, ansiose e incapaci di farvi fronte, causano poi danni alla salute e accorciano la vita, occorre che le scuole, i luoghi di lavoro e le altre istituzioni diventino capaci di curare non solo la qualità fisica dell'ambiente, ma soprattutto la qualità sociale e il senso di sicurezza, per dare alle persone un senso di appartenenza, di partecipazione e di essere apprezzati. Inoltre, i programmi di *welfare* devono aiutare soprattutto le famiglie con figli e incoraggiare le attività comunitarie, perché si riduca l'isolamento sociale, l'insicurezza materiale e finanziaria e si promuovano o si ricreino le abilità e le competenze necessarie per far fronte a situazioni critiche.

In particolare se è vero che un'organizzazione del lavoro capace di garantire al lavoratore maggior capacità di controllo sul proprio lavoro è perciò stessa capace di promuovere anche salute, allora le implicazioni politiche per imprese e sindacati riguardano il miglioramento delle condizioni di lavoro, il coinvolgimento dei lavoratori nelle decisioni, un più appropriato sistema di remunerazione e riconoscimenti, un posto di lavoro ergonomicamente più conforme all'abilità lavorativa del lavoratore, una maggiore sensibilità nel riconoscimento precoce dei problemi di salute mentale da parte dei servizi di prevenzione.



Inoltre, se un buon inizio di vita, sia per lo sviluppo fisico sia per l'educazione cognitiva ed emotiva, ha dimostrato di durare tutta la vita in termini di speranza di salute, allora le implicazioni per le politiche devono riguardare sia uguali opportunità di accesso all'educazione delle madri e dei figli, sia particolari interventi per garantire buone condizioni nutritive, di educazione sanitaria, di assistenza sanitaria e sociale alle madri prima e dopo la nascita, in particolare del primo figlio, onde migliorare le possibilità di crescita fisica e cognitiva e la qualità delle relazioni genitoriali e con la scuola.

Se la povertà, l'esclusione sociale e la discriminazione costano anni di vita, le implicazioni riguardano le politiche preventive sul diritto ad un reddito minimo garantito, all'equità retributiva e all'accesso ai servizi sanitari, sociali e della casa. Ma riguardano anche le politiche compensative per moderare la povertà a livello individuale e di area; le azioni normative che proteggono contro la discriminazione; e le politiche dell'istruzione, del lavoro e della famiglia che riducono la segregazione sociale.

Tra le condizioni di vita di maggiore criticità la perdita del lavoro o l'insicurezza nel lavoro è quella che ha un impatto più nocivo per la salute: questo significa che le politiche economiche e del lavoro possono perseguire la salute se prevengono la disoccupazione e il lavoro insicuro, ne riducono le conseguenze sfavorevoli e aiutano a ripristinare un lavoro sicuro per chi lo ha perduto: il governo dei cicli economici, la regolamentazione del debito orario, la preparazione professionale, i sussidi per la disoccupazione, la promozione di reti sociali e di sistemi di credito sono altrettante leve di manovra per la promozione della salute.

Se l'amicizia, le relazioni sociali di qualità e una rete solida di aiuti ha dimostrato di proteggere e promuovere la salute in famiglia, sul lavoro e nella comunità, allora le implicazioni per le politiche riguardano tutti gli interventi di promozione dell'ambiente sociale nelle scuole, nel lavoro e nelle comunità, anche attraverso la creazione di infrastrutture sul territorio che facilitano l'interazione sociale, e gli interventi che rimuovono tutte le pratiche istituzionali e personali che stigmatizzano socialmente le persone.

Se la dipendenza da alcool, fumo, droghe, di cui si parlerà nei paragrafi successivi, è segnata da forti divisioni sociali, occorre che le politiche e gli interventi di contrasto tengano in conto i determinanti sociali di questi comportamenti, evitando di responsabilizzare solo la libertà di scelta del consumatore, privilegiando interventi ambientali e regolamentativi che prescindono dall'adesione della persona, e supportando particolarmente le persone socialmente vulnerabili.

Tutti gli attori che influenzano l'industria del cibo devono assicurare non solo una disponibilità di alimenti sani e sicuri a prezzi accessibili, con particolare attenzione ai soggetti più vulnerabili, ma anche interventi educativi orientati alla conoscenza, alle abilità di preparazione, alla cultura del cibo, soprattutto per i bambini.

Infine, se i trasporti producono salute attraverso meno auto, più bicicletta e passeggiate, più mezzi pubblici, occorre che le politiche privilegino questi mezzi di trasporto, soprattutto nelle città, e disincentivino l'auto anche con restrizioni rilevanti di traffico.

I determinanti prossimali di salute

I determinanti prossimali di salute sono quelli che hanno a che fare con la prevenzione (stili di vita, caratteristiche biologiche, fattori psico-sociali, rischi ambientali e da lavoro) e con l'assistenza (accesso ai servizi). L'impatto sulla salute di questi determinanti è ben noto ed è anche ben documentata l'efficacia degli



interventi che si possono applicare su ognuno di essi. Il profilo epidemiologico degli ultimi trent'anni e le evoluzioni attese per il futuro consentono di valutare quali siano i determinanti sui quali concentrare prioritariamente l'attenzione.

Intanto, gli esercizi fatti dall'OMS per stimare i problemi di salute a maggiore impatto nella regione europea (malattie circolatorie, tumori, depressione e incidenti) identificano già i determinanti che hanno più influenza su questi stessi problemi di salute e per i quali esistono interventi di prevenzione efficaci. Questa operazione mette capo ad una prima lista di potenziali priorità per la prevenzione che vede in ordine di impatto atteso: le dipendenze (tabacco, alcool, e altre dipendenze), l'alimentazione squilibrata e la sedentarietà, i determinanti della depressione e del suo mancato riconoscimento, i bisogni misconosciuti del materno-infantile, le condizioni di lavoro, gli incidenti stradali, l'ambiente fisico e quello costruito dall'uomo.

Riguardo a questi fattori di rischio, il loro impatto sul carico globale di malattia espresso in DALY per l'area Euro - dati 2002- è stimabile per gli uomini intorno al 24%, limitandosi solo alle patologie per le quali è stata calcolata una frazione attribuibile.

Nell'Unione Europea il fumo provocherebbe circa il 90% dei tumori del polmone, l'80% delle broncopneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute. Il fumo influenza la fertilità di donne e uomini, ed è inoltre correlato a talune patologie del feto.

Sebbene sia accertato che un consumo moderato di alcol, tra 10 e 30 grammi al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, specialmente la malattia coronarica e gli accidenti cerebrovascolari di origine ischemica, l'OMS stima che l'alcol sia correlato con il 3,2% (1,8 milioni) dei decessi nel mondo ed il 4,0% dei DALY.

Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è pericoloso non soltanto per il singolo individuo ma anche per chi lo circonda, e circa l'8-9% delle malattie nell'Unione Europea potrebbe essere attribuito al consumo di alcol, con frazioni che variano dall'11,7% della Francia al 3,5% della Svezia.

Alimentazione e nutrizione hanno una grande rilevanza nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, e una dieta mal bilanciata può avere seri effetti sulla salute. A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattia coronarica e quote tra l'8 ed il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili ad un indice di massa corporea superiore a 21. In EURO-A al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità ed il 6,9% dei DALY, nelle donne l'11,5% della mortalità e l'8,1% del DALY. In particolare, un basso consumo di frutta e verdura sarebbe associato al 19% del tumore gastro-intestinale, 31% della malattia ischemica e 11% dell'infarto. Globalmente il 4,9% delle morti (2,7 milioni) e l'1,8% del DALY (26,7 milioni) sarebbero attribuibili ad un basso consumo di frutta e verdura, ed in EURO-A il basso consumo sarebbe associato al 7,6% dei decessi ed al 4,3% del DALY negli uomini, nonché al 7,4% dei decessi ed al 3,4% del DALY nelle donne.

L'OMS stima che l'inattività fisica sia associata a 1,9 milioni di decessi e 19 milioni di DALY nel mondo. Essa sarebbe correlata in particolare al 10-16% dei casi di tumore del seno, del colon-retto e del diabete mellito di tipo II, e circa il 22% della malattia ischemica. In EURO-A, all'inattività fisica si potrebbe attribuire negli uomini il 6% dei decessi ed il 3,3% dei DALY, nelle donne il 6,7% dei decessi ed il 3,2% dei DALY. La sedentarietà raddoppierebbe il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro.^{xxi}



Secondo l'OMS, le patologie legate allo stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo.

Il fumo: una storia di successi ed insuccessi

Dal punto di vista della diffusione il fumo ha nel 2007 la stessa diffusione in Piemonte rispetto alla media italiana (un uomo su tre e una donna su otto). La fascia di età in cui è maggiore la prevalenza di fumatori è quella fra 25-34 anni fra gli uomini e 45-54 anni fra le donne.^{xxi} Nonostante la prevalenza sia scesa dal 1980 per entrambi i sessi, i fumatori sono ancora, nel 2007, il 22% dei piemontesi senza particolari variazioni geografiche tra i quadranti. La fascia di età in cui la prevalenza è scesa di meno (-34%) è quella più giovane, tra i 15 e i 29 anni, che, per quanto fosse quella con minori prevalenze nel 1980, sembra avviarsi ad essere quella che consuma più tabacco.^{xxiii}

Nello studio HBSC su un campione di adolescenti, fumava ogni giorno il 16,1 % dei quindicenni italiani (senza differenze di genere) e solo il 67,4% di essi era non fumatore.^{xxiv}

Nel 2004 in Piemonte 26.542 ricoveri erano attribuibili al fumo di tabacco. Questa proporzione rappresenta il 4,5% di tutti i ricoveri effettuati in Piemonte, e diviene del 7,6% se si considerano solo gli uomini. La maggior parte di questi ricoveri (n=18,837) si concentra fra la popolazione al di sotto dei 75 anni di età.

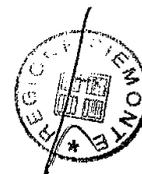
A livello nazionale le morti dovute al fumo mostrano un tendenza a diminuire dal 1995 al 2002 per gli uomini, mentre sembrano aumentare per le donne.^{xxv}

Per quanto riguarda il fumo in gravidanza (sono ben noti i danni che il fumo provoca sullo sviluppo del feto, in particolare per il rischio di nascere di basso peso rispetto all'epoca gestazionale), in Piemonte hanno dichiarato di fumare durante la gravidanza il 6,5% delle donne intervistate nell'indagine ISTAT sulla salute del 2005 (erano 9,2% nel 1999-2000).^{xxvi}

A fronte della diminuzione nel tempo della percentuale complessiva di fumatori, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco.^{xxvii}

I quadranti piemontesi si presentano abbastanza allineati nelle fasi dell'epidemia del fumo.^{xxviii} La popolazione piemontese si trova infatti ancora tra la cosiddetta terza e quarta fase dell'epidemia da fumo, quella cioè in cui in media sono gli uomini di bassa posizione sociale e le donne di elevata posizione sociale a fumare di più.

I dati a livello nazionale anticipano che questa transizione si sta rapidamente consumando, dato che tra le generazioni più giovani è evidente un progressivo spostamento dell'epidemia tra le persone meno istruite anche tra le donne,^{xxix} tanto che tra i nati negli anni Sessanta ormai il 53% dei giovani meno istruiti ha iniziato a fumare prima dei 40 anni contro il 37% dei più istruiti e anche il 34% delle giovani meno istruite ha iniziato a fumare contro il 31% di quelle più istruite. Nella stessa generazione la proporzione di fumatori che cessava di fumare era ben più alta tra i più istruiti (36% contro 30% tra i maschi e 42% contro 32% tra le femmine). Dunque, se si intende contrastare l'epidemia da fumo, la priorità riguarda quegli interventi che sono in grado sia di diminuire l'assunzione dell'abitudine tra i ragazzi di bassa posizione sociale di entrambi i sessi, sia di aumentare la cessazione del fumo tra i giovani adulti di bassa posizione sociale, soprattutto tra le donne. Infatti, la sola attivazione di campagne di informazione di massa, di progetti di educazione scolastica e l'attuale formula a richiesta di aiuto alla cessazione è in grado di influenzare positivamente solo la probabilità di non iniziare o di smettere tra quanti sono più motivati e hanno meno difficoltà a farlo, cioè le persone più istruite e avvantaggiate.



L'alcol tra compiacenza e prevenzione

L'OMS stima che il 9% del carico di malattia nella popolazione europea sia prodotto dall'alcol e che i costi diretti e indiretti, in termini generali e di danni a persone e patrimoni e di costi sanitari, siano intorno al 2% del PIL di ciascuna nazione.

I problemi di salute legati all'alcol riguardano sia le patologie alcol-correlate e la patologia da dipendenza da alcol nella popolazione generale, sia le conseguenze dirette ed indirette degli abusi alcolici tra i giovani. Basti ricordare che gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra le persone al di sotto dei 45 anni e si stima che nel 40% dei casi l'alcol ne sia la causa.

In base all'Osservatorio Nazionale Alcol nel 2007 si stima, secondo i criteri di valutazione adottati da ISS, che in Piemonte il 34% dei maschi e il 17% delle femmine con meno di 18 anni sia consumatore a rischio. Che le stesse prevalenze per gli adulti tra i 19 e i 64 anni siano 24.4 e 8.7%, di cui 10.8 e 18.9% rispettivamente a rischio di binge drinking e praticante il binge drinking tra gli uomini, valori di un terzo inferiori a quelli delle donne. Questi profili sono sistematicamente superiori alla media italiana.

L'area a rischio di abuso è maggiormente rappresentata fra le classi socio economiche inferiori (4,6%) rispetto a quelle medie (1,6%) e a quelle superiori (0,2%).

Tra i rischi di abuso si devono annoverare sia il fenomeno dell'alcolismo, con il suo carico di disagio di problemi sociali, sia il fenomeno del bere eccessivo, in particolare tra i giovani. Questo riguarda episodi concentrati nel fine settimana o, comunque in situazione di svago e tempo libero.

Il *binge drinking*, cioè esperienze di forti consumi di alcolici concentrati in tempi brevi, fuori dai pasti (almeno 5 bicchieri in meno di due ore), pur essendo un fenomeno ancora ridotto in Italia rispetto ad altri paesi europei, come rileva anche la ricerca ESPAD in cui i giovani italiani risultano agli ultimi posti, presenta però aspetti su cui è necessario tenere alta l'attenzione, specie per quanto riguarda i maschi poiché sono quelli che maggiormente fanno ricorso a questa modalità di consumo particolarmente a rischio. In Italia nel 2005 il 10% dei giovani di 13-24 anni avevano avuto, negli ultimi tre mesi, esperienze di *binge drinking*, con una punta di consumo nella classe di età intermedia, fra 16 e 19 anni.

L'impatto sulla salute dell'abuso di alcol è stimabile attraverso il numero di morti direttamente correlate all'alcol. Tra il 1980 e il 1990 la mortalità alcool correlata è diminuita in entrambi i sessi (da 51,3 x 100.000 al 42,2 negli uomini; dal 18,1 al 15,2 nelle donne). Secondo le statistiche fornite dal Ministero della Salute, nel periodo 2001-2002 si è registrato un incremento del 2,8% nei tassi di ospedalizzazione totalmente alcol-attribuibili (177,1/100.000 abitanti rispetto al 172,2/100.000 del 2001) con riscontro di dimissioni ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol anche per la classe di età 0-14 anni, in tutte le Regioni italiane, con una media di 3,9 dimissioni per 100.000 abitanti per i giovanissimi al di sotto dei 14 anni di età e di 1,8 per 100.000 abitanti per le giovanissime.

Le dipendenze da sostanze psicoattive illegali

La diffusione della patologia da uso problematico di sostanze psicoattive illegali, misurata attraverso l'utenza dei SERT, ha mostrato un aumento dal 1991 al 2003, una stabilizzazione tra il 2003 e il 2005 ed un ulteriore aumento nel 2006 (171.353 di cui il 20% rappresentato da nuovi utenti e il rapporto maschi/femmine è pari a 6,5).^{xxx} La distribuzione tra le ASL presenta una notevole variabilità, con aree, soprattutto quelle metropolitane, che presentano, rapportati alla popolazione, più del doppio degli utenti rispetto alla media



regionale: è incerta l'attribuzione dell'origine di tale variabilità che potrebbe in parte essere attribuita ad una differente accessibilità ai Servizi ed in parte, così come dimostrato in altri contesti, ad una reale maggiore prevalenza del fenomeno nelle aree urbane. Il profilo delle sostanze per cui i soggetti richiedono il trattamento sta cambiando con una diminuzione relativa del ruolo dell'eroina, che rimane comunque il problema principale per l'80% degli utenti, e con un aumento della cocaina, dei cannabinoidi e delle altre droghe. Occorre sottolineare il fatto che "il problema principale" riferito dagli utenti non sempre è quello che è più influente sul piano dei rischi per la salute: particolarmente evidente, in questo, la sottovalutazione dei problemi "cocaina" e "alcool" nei casi di coabuso.

In Piemonte si stima, attraverso tecniche di integrazione tra diversi sistemi di sorveglianza (metodi di cattura-ricattura, del moltiplicatore, dell'indicatore demografico e dell'indicatore multivariato), che i soggetti dipendenti da oppiacei illegali siano tra 8,7 e 9,9 per mille residenti di età 15-44 anni.^{xxx}

La diffusione del consumo di droghe nella popolazione generale, è inoltre stimabile attraverso indagini di popolazione tra i giovani. In Italia nel 2003 nella popolazione giovanile scolarizzata il 10% dei maschi quindicenni e il 34% dei diciannovenni dichiarava di avere usato una qualche sostanza illegale negli ultimi 30 giorni. Tra le femmine erano il 6,5% e il 19% rispettivamente. Le sostanze principalmente consumate nei diciannovenni maschi e femmine erano: la cannabis (33% e 19%), la cocaina (7% e 3%), i solventi (5% e 2%). L'1,3% e lo 0,6% dei diciannovenni aveva usato droghe per via iniettiva.^{xxxi}

L'impatto sanitario delle dipendenze da eroina può essere misurato attraverso la mortalità per overdose (573 decessi nel 2005) o attraverso il numero di soggetti risultati positivi al test, sul totale dei testati (12% di positivi per l'HIV, 39,5% per l'HBV e 62,0% per HCV).^{xxxii} La prevalenza di malattie infettive è sottostimata poiché solo circa la metà dei soggetti è stata sottoposta a test (dato che potrebbe in parte essere legato ad una sottotestificazione da parte dei servizi): un dato che potrebbe indicare un abbassamento del livello di attenzione alla diffusione dell'HIV segnalato anche al livello internazionale: a New York un terzo delle nuove diagnosi di HIV non era a conoscenza del suo stato e il 40 % aveva una diagnosi di AIDS concomitante o effettuata entro l'anno.^{xxxiv}

L'impatto sociale è indirettamente stimato dall'alto numero di tossicodipendenti tra i detenuti (il 34% nelle carceri piemontesi).

Altre dipendenze

Negli anni più recenti un sempre maggiore allarme sociale ha caratterizzato il tema delle dipendenze patologiche da comportamenti quali il gambling, l'addiction da internet, da lavoro, da sesso. Si tratta di fenomeni la cui conoscenza epidemiologica in termini sia di frequenza, sia di caratteristiche della popolazione colpita è ridotta.

Sicuramente il fenomeno che desta maggiore allarme e che ha maggiore impatto sulla salute individuale e pubblica è costituito dalla crescente diffusione del Gioco d'azzardo Patologico (GAP); in assenza di stime di prevalenza italiane, si fa riferimento a quelle fornite dalla letteratura internazionale.^{xxxv} Si è rilevato un crescere della prevalenza "lifetime" dagli anni '70 alla fine degli anni '90 dal 2,93% al 4,88% e della prevalenza "past year" dallo 0,84% al 1,29%. Questo significherebbe, rapportato alla popolazione piemontese, circa 200.000 persone con problema "lifetime" e oltre 50.000 con manifestazioni patologiche nell'anno precedente. Il Centre de Jeu Excessif di Losanna (CH), una realtà più vicina alla nostra, stima nel 2005 una prevalenza di gioco problematico di circa il 2% e di gioco patologico dello 0,8%.



Occorre sottolineare che nella sua configurazione patologica il Gioco d'azzardo ha un decorso clinico ed un impatto individuale e sociale pari a quello delle sostanze illegali anche se l'allarme sociale è ancora fortemente contenuto dalla presentazione "benevola" da parte dei media.

Alimentazione ed esercizio fisico

In Piemonte il soprappeso affligge il 43,8% degli uomini e il 26,8% delle donne, il 10,4% degli uomini e il 9,9% delle donne sono francamente obesi.^{xxxvi} In entrambi i casi si tratta di valori inferiori rispetto a quelli Italiani, ma comunque preoccupanti, sia perché dimostrano un'alta diffusione di una condizione che è tra i più importanti fattori di rischio di una prematura insorgenza delle patologie cardiovascolari, osteoarticolari, metaboliche, gastrointestinali e di alcune tumorali; sia perché sono valori in crescita (nel 1994 la prevalenza di obesi era del 7,6% tra gli uomini e del 7,0% tra le donne).

Per quanto riguarda i giovani, lo studio HBSC ha rilevato che sono soprattutto gli undicenni a soffrire di un peso non adeguato (il 9% è in soprappeso), mentre con l'età questo tende a normalizzarsi (il 5,3% dei tredicenni e il 3,6% dei quindicenni sono in soprappeso). Riguardo alle differenze di genere, il 65% dei maschi è normopeso, contro l'80% delle femmine, così come sono sempre i maschi a presentare un peso superiore alla norma (15%) rispetto alle femmine (5%).^{xxxvii}

Soprappeso e obesità affliggono con particolare frequenza i gruppi sociali più svantaggiati: in tutte le fasce di età i tassi di obesità sono maggiori al diminuire del livello di istruzione, della classe occupazionale e del giudizio sulle risorse economiche.^{xxxviii, xxxix}

L'eccesso di peso è determinato da fattori genetici, comportamentali e ambientali, in particolare un'assunzione di grassi e zuccheri superiore all'effettivo fabbisogno, associate ad uno stile di vita sedentario. Per quanto riguarda la sedentarietà, in Italia un quarto della popolazione adulta (25,1%) ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà, in quanto svolge solo attività domestiche o lavorative con impegno fisico modesto (13,6%) o scarso (11,2%). Analizzando l'associazione tra inattività fisica e obesità per grandi classi di età emerge comunque che, anche tra giovani e adulti fino a 44 anni, le persone obese hanno tassi di inattività fisica più elevati rispetto a quelle normopeso (22,6% a fronte del 17%). Ciò è vero anche per i soggetti in soprappeso (20,5%) anche se con uno scarto più contenuto. Tra gli anziani complessivamente la prevalenza di inattività fisica aumenta (41,9%), in misura maggiore per gli obesi (47,6%) e sostanzialmente in media per i normopeso (41,5%).

Lo studio HBSC segnala fra i preadolescenti una situazione molto preoccupante: in Italia il 24,6% dei quindicenni (più maschi rispetto alle femmine) fa attività fisica corrispondente alle raccomandazioni delle linee guida (almeno 5 giorni alla settimana per almeno 60'); un ragazzo su 4 a 15 anni guarda la televisione per 4 o più ore al giorno.^{xl}

A livello nazionale l'alimentazione squilibrata e l'uso di alcool si stanno diffondendo soprattutto nei gruppi socio-economicamente meno favoriti anche in un paese a dieta mediterranea come il nostro.^{xli}

Gli squilibri energetici che si accompagnano ad uno scarso consumo degli alimenti più protettivi per la salute (frutta e verdura) sono particolarmente frequenti fra i giovani. Ancora lo studio HBSC mostra un consumo di frutta e verdura rispondente alle linee guida (tutti i giorni più volte al giorno) solo nel 18,4% (frutta) e nel 10,4% (verdura) dei 15enni e la maggior parte delle abitudini alimentari insalubri risultano inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale.³⁸



I determinanti biologici

Tra i determinanti prossimali per i quali la prevenzione può avere un significativo impatto sulla salute vanno annoverate tutte quelle caratteristiche biologiche che, se riconosciute e prese in carico tempestivamente, possono consentire un beneficio di salute. In generale sotto questa fattispecie possono ricadere molte caratteristiche individuali che solitamente il clinico prende in considerazione per impostare il rapporto di "counselling" o di trattamento di un paziente (medicina preventiva di opportunità). In questa sede si vuole restringere l'attenzione a due di queste categorie che hanno rilievo per la prevenzione:

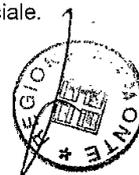
- i segni precoci di una malattia ad impatto rilevante che riconosciuti tempestivamente possono dar luogo a trattamenti capaci di modificare favorevolmente la prognosi con un beneficio che sopravvanza i rischi: si tratta dei casi a cui si applicano i programmi di screening di popolazione;
- le caratteristiche biologiche di una persona che rappresentano dei fattori di rischio per malattie ad impatto rilevante, che, se riconosciuti tempestivamente, danno luogo ad interventi preventivi (sui comportamenti, sulle condizioni di vita e di tipo farmacologico) che sono efficaci nel ridurre il rischio di insorgenza di tali malattie.

In questo campo i tumori, la cui prognosi beneficia di una diagnosi precoce, e le malattie infettive per le quali si dispone di un vaccino efficace e sicuro, sono i problemi di salute per i quali la prevenzione sanitaria ha ottenuto i migliori risultati, soprattutto nell'ultimo decennio.

Ma in questo campo vanno soprattutto segnalate le lacune nella medicina d'iniziativa relativamente all'ipertensione. La diffusione dell'ipertensione è stata stimata in più di una indagine campionaria su popolazioni di assistiti della medicina generale, producendo stime abbastanza comparabili tra di loro. In sostanza cinque adulti su dieci oltre i 50 anni, sono ipertesi, ma solo due di essi sanno di esserlo e solo uno di essi ha un'ipertensione correttamente controllata con gli stili di vita o con un trattamento farmacologico efficace. Inoltre, sono soprattutto le persone meno istruite e di bassa classe sociale ad essere maggiormente esposte agli effetti dell'ipertensione arteriosa non controllata. In una popolazione come quella torinese le disuguaglianze nella mortalità per ictus sono tra le più intense tra quelle osservate negli altri paesi dell'Europa, mentre le differenze sociali nella cardiopatia ischemica sono molto modeste.^{xii,xliii}

In provincia di Torino, lo studio Giano ha dimostrato che un'offerta attiva di misura della pressione arteriosa, con il conseguente approfondimento diagnostico e la presa in carico da parte del medico, con "counselling" sull'alimentazione, il fumo, l'esercizio fisico etc, e con l'eventuale trattamento farmacologico è in grado di aumentare la prevalenza di soggetti ipertesi riconosciuti ed efficacemente trattati (ovverosia con un ritorno alla normalità dei valori pressori) e di ridurre l'occorrenza degli esiti sfavorevoli (ricoveri e mortalità circolatoria, soprattutto per malattie cerebrovascolari), nonché di ridurre le disuguaglianze sociali per questi esiti.^{xliiv} L'analisi economica dell'esperimento ha consentito di stimare il costo di questo modello in termini di Numero Necessario da Trattare (NNT), per valutarne le opportunità di estensione alla popolazione adulta generale o, eventualmente, ad una ad alto rischio.

Un discorso analogo meriterebbe la ricerca attiva e il riconoscimento precoce della ipercolesterolemia per una valutazione delle necessità di prevenzione con stili di vita o con trattamento farmacologico. La distribuzione piemontese di questo fattore di rischio risulta interessante circa un quarto della popolazione adulta e mostra lievi differenze sociali a sfavore delle persone meno istruite e di bassa classe sociale.



Tuttavia, per questo caso non sono disponibili ancora studi locali che valutino la percorribilità e l'efficacia di questo intervento.

I bisogni inelastici della prevenzione: salute orale e depressione

Ci sono delle aree che per diversi motivi restano, al momento, al di fuori di programmi efficaci di prevenzione attiva.

Casi emblematici sono rappresentati dalla salute orale e dalla salute mentale.

Le protesi dentarie sono più diffuse tra le persone con basso titolo di studio, in particolare nella classe di età al di sotto dei 64 anni, mentre la relazione si inverte nella popolazione anziana.^{xv} Tale depauperamento della salute odontoiatrica è attribuibile ad una insufficiente pratica dell'igiene orale nei passati decenni (la situazione attuale pare in netto miglioramento: i dati dello studio HBSC testimoniano che la quasi totalità dei pre-adolescenti si lava i denti almeno una volta al giorno, anche se solo il 71% dei quindicenni lo fa più di una volta al giorno⁴³) oltre al fatto che il settore odontoiatrico è prevalentemente lasciato all'assistenza privata restando spesso inaccessibile alle fasce di popolazione più deboli.

Sul versante della salute mentale si è già segnalato il peso preponderante che la depressione ha assunto tra le patologie a maggior impatto nelle stime del Global Burden of Disease per i prossimi 20 anni nei documenti dell'OMS.

Interventi mirati sulle famiglie e sui medici di medicina generale hanno provato la loro efficacia nel riconoscimento precoce della depressione maggiore.^{xvii} L'impatto che questo potrebbe avere è descrivibile con i dati di prevalenza delle patologie depressive non riconosciute misurate dallo studio ESeMED. In un campione rappresentativo della popolazione generale italiana maggiorenne, lo studio ha rilevato la presenza di un disturbo depressivo negli ultimi 12 mesi nel 2% dei maschi e nel 5% delle femmine. La proporzione di rispondenti con un disturbo depressivo nel corso della vita è del 7% nei maschi e del 15% nelle femmine. Solo il 21% dei soggetti con un disturbo depressivo negli ultimi 12 mesi e il 12% di quelli con un disturbo depressivo nella vita si è rivolto negli ultimi 12 mesi ai servizi sanitari. Di coloro che si sono rivolti ai servizi sanitari il 39% si è rivolto solo al medico di medicina generale, il 22% solo alla psichiatria, il 4,5% solo allo psicologo o allo psicoterapeuta e il 34% sia al medico di medicina generale che a uno degli altri professionisti. Sempre tra coloro che si sono rivolti ai servizi sanitari, il 41% ha usufruito solo di trattamento farmacologico, il 10% solo di trattamento psicoterapeutico, il 35% di entrambi e il 14% di nessun trattamento.^{xviii} Dall'altro lato è ben noto che: i) la prevalenza della depressione nei pazienti con malattie croniche è 4 volte maggiore con una prevalenza nell'anno del 12%; ii) la depressione ha un impatto diretto sulla adesione al trattamento con importanti implicazioni di salute pubblica nel caso delle malattie trasmissibili quali l'infezione da HIV e la tubercolosi e in termini di salute individuale nel caso di malattie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari; iii) aumenta il tasso di mortalità nei pazienti con malattia cardiovascolare sia attraverso la mancata adesione a corretti stili di vita e al trattamento sia a causa di effetti fisiologici negativi diretti; iv) la concomitanza di depressione e malattie somatiche è sottodiagnosticata e trattata in misura inadeguata.^{xviii} Il riconoscimento adeguato e tempestivo della depressione come patologia concomitante alle patologie somatiche a maggiore impatto (ipertensione e diabete ad esempio) è in grado di prevenire gli esiti sfavorevoli delle complicazioni.

Al tempo stesso nella prevenzione della depressione e degli effetti correlati si collocano anche le strategie specifiche di riconoscimento precoce del rischio di suicidio nei soggetti (maschi, anziani) e nelle aree



regionali con dati stabilmente superiori alle medie. Nella stessa direzione si potrebbero classificare gli interventi di riconoscimento precoce delle patologie schizofreniche, che – se trattate in ritardo – presentano un rischio significativamente maggiore di esiti sfavorevoli e di disabilità persistenti (psico-sociali).

La salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro

In questi trent'anni l'esposizione ai fattori di rischio lavorativi tradizionalmente oggetto degli interventi di prevenzione (fumi, polveri tra cui silice e asbesto, gas e vapori) è stata molto controllata dagli interventi di prevenzione, per cui la gran parte delle patologie professionali ha subito una diminuzione di notifica straordinaria.^{xix} Molti studi evidenziano che è ancora grande l'impatto sulla salute delle differenze nelle condizioni di lavoro e di vita legate alla posizione di lavoro subordinato, soprattutto per quanto concerne le esposizioni ergonomiche e lo stress, e che gli ambienti di lavoro dovrebbero rientrare a pieno titolo tra le priorità da approfondire.^{lii}

Gli aspetti più critici che vanno registrati nella prevenzione di questi rischi riguardano proprio i cambiamenti di importanza relativa dei diversi rischi nei luoghi di lavoro. Un recente esercizio di analisi delle priorità condotto in Piemonte, ha stimato l'impatto sulla salute dei piemontesi correlato alle condizioni di lavoro, fornendo un ordine di grandezza di casi attribuibili ogni anno (Tabella 1).^{lii}

Tabella 1. Impatto sulla salute dei rischi lavorativi in Piemonte.

natura dell'evento	ordine di grandezza del numero di casi attribuibili per anno
infortuni senza esiti permanenti (che generano assenteismo),	decine di migliaia
infortuni con esiti mortali,	100
infortuni con esiti permanenti,	1.500
disturbi articolari dell'arto	10.000
disturbi articolari della schiena	10.000
casi di sordità grave (prevalenza)	12.000
dermatosi	12.000
broncopneumopatie croniche	500
infarti	350
asma	250
tumori	220
incidenti cerebrovascolari	200
aborti e malformazioni	250

Di fronte a questo profilo, occorre non perdere di vista la prevenzione dei fattori di rischio più frequenti e tradizionali per l'igiene e la sicurezza, come l'esposizione a rischio infortunistico o al rumore elevato, che sono quelli sui quali i servizi di prevenzione hanno più consuetudini. Questi fattori sono peraltro concentrati in comparti produttivi manifatturieri, o dei servizi meno qualificati, la cui presenza nello scenario produttivo



piemontese si è venuta considerevolmente riducendo, ma che al tempo stesso stanno ospitando sempre più spesso forza lavoro straniera con minori capacità di difesa soprattutto riguardo alla sicurezza. Viceversa, questo stesso profilo delle malattie correlate al lavoro evidenzia la necessità di una maggiore attenzione a fattori di rischio poco considerati nel passato, come quelli psico-sociali e quelli ergonomici (sui quali peraltro la legislazione recente sulle malattie professionali ha ammesso la riconoscibilità), fattori che, tra l'altro, coinvolgono in modo trasversale non solo i comparti manifatturieri ma anche quelli del terziario e dei servizi, nei quali si è ormai concentrata una parte significativa della occupazione (si pensi, ad esempio, ad aree poco protette dei servizi come gli addetti ai "call center"). Inoltre, si è visto in introduzione che da un lato l'invecchiamento della forza lavoro aggrava i problemi di adattamento del lavoratore al posto di lavoro (minacciandone la "work-ability" e l'occupabilità), e che dall'altro il lavoro precario (soprattutto quello interinale) rende meno stabile la forza lavoro a cui rivolgere politiche di prevenzione e promozione della salute in un luogo di lavoro determinato e stabile.

Gli incidenti stradali e la sicurezza stradale

Nel 2006 si sono avuti in Italia 5.669 morti e 332.955 feriti per incidenti stradali.ⁱⁱⁱ L'analisi dell'incidentalità nel lungo termine evidenzia un andamento crescente del numero degli incidenti e dei feriti nel periodo 1991-2002. A partire dal 2003 inizia un trend discendente, attribuibile anche in parte all'entrata in vigore del Decreto Legge n. 151 del 27 giugno 2003 che ha introdotto la patente a punti e nuove regole in tema di codice della strada.^{iv} La fascia più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i 25 e i 29 anni, con 587 morti e 41.208 feriti nel 2006. Le conseguenze dei traumi stradali sono pesanti, non solo in quanto causa di morti premature ma anche perché determinano disabilità e invalidità permanente o temporanea.

Seppure le informazioni disponibili ad oggi consentano calcoli solo approssimativi dei costi sociali complessivi relativi a morti e feriti per incidenti stradali, l'Istat stima per l'Italia un costo di 16.543 milioni di euro nel 2004, con un danno sociale di 288 euro per abitante.^{iv} Secondo stime dell'OMS, con gli attuali *trend*, nei paesi più sviluppati gli incidenti stradali saranno la terza causa di 'burden of disease' (mortalità e disabilità) di tutta la popolazione entro il 2020.

Nel corso degli ultimi 30 anni in Italia il tasso di mortalità per incidente stradale è calato complessivamente del 48%, passando da 24,5 morti ogni 100 000 residenti/anno nel 1969 al 12,6 nel 1998. Il *trend* in discesa non appare uniforme in tutte le classi di età; infatti, l'andamento relativo ai tassi di mortalità della fascia d'età 15-29 anni non presenta grandi variazioni nel tempo. Visti gli attuali *trend* di mortalità, sembra che questa classe sia destinata a diventare quella con i tassi di mortalità più elevati.

Nell'anno 2003 si è riscontrata, rispetto al 2002, una riduzione del numero di morti del 6% (in parte attribuibile all'introduzione del nuovo Codice della Strada). Tuttavia, il nostro paese rimane uno dei paesi europei con il più alto tasso di mortalità da incidenti stradali.^{vi}



Oltre alle diseguaglianze geografiche, sembra esservi un differenziale sociale di mortalità da incidenti stradali nel sesso maschile. Nel periodo 1991-2002 a Torino, prendendo come riferimento la classe dirigenziale, la mortalità da incidenti stradali è risultata significativamente superiore nella classe operaia a basso livello di qualificazione (RR 1,54 IC 95% 1,02-2,32). Si tratta di un problema probabilmente correlato ad una ampia serie di fattori: incidenti stradali da causa lavorativa, comportamenti individuali, fattori psicologici, *stress*, maggior tempo passato alla guida, disponibilità di mezzi meno sicuri.

Più vita all'ambiente, più anni alla vita

I fattori di rischio ambientali connotati da disparità regionali, riconosciuto nesso di causalità, dimostrazione di efficacia preventiva, sono, in ordine di rilevanza, i seguenti:

- inquinamento atmosferico urbano (particolato fine, ozono, benzene);
- inquinamento da rumore;
- radon;
- cambiamenti climatici (ondate di calore estive, periodi di freddo prolungato).

L'inquinamento atmosferico aumenta la mortalità per malattie respiratorie acute e croniche quali asma e bronchite e cardiovascolari, particolarmente tra gli anziani e, più in generale, tra coloro che soffrono di patologie respiratorie e cardiovascolari.^{lvii} Aumenta l'incidenza di bronchiti croniche e patologie respiratorie acute, aumenta le esacerbazioni asmatiche e le patologie coronariche (infarto ed angina pectoris). Nei bambini l'inquinamento atmosferico è stato associato con una varietà di effetti, inclusi gli aumenti di mortalità e morbosità per infezioni acute delle basse vie respiratorie,^{lviii} basso peso alla nascita,^{lix} e anomalie congenite.^{lx}

Nei centri urbani italiani per ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dei diversi componenti dell'inquinamento atmosferico, i rischi di mortalità aumentano mediamente tra l'1% ed il 5%, come pure il rischio di ospedalizzazione per malattie cardiache e respiratorie.^{lxi}

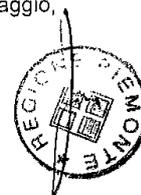
Gli effetti più significativi dell'inquinamento atmosferico urbano sono stati associati con il particolato (PM10 o inferiore) e, in misura minore, con l'ozono atmosferico; le fonti di emissione sono diverse, divisibili tra naturali ed artificiali.

Le polveri responsabili degli effetti sulla salute sono tuttavia solo quelle derivanti da processi di combustione. Nel complesso, a carico della mortalità naturale, per ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ della concentrazione di PM10 si calcola a breve termine un aumento della mortalità dello 0,5% circa (nel giro di pochi giorni successivi ad incrementi di breve durata) e a lungo termine un aumento del 5% circa (nell'arco di 10 – 15 anni in presenza di incrementi di lunga durata).^{lxii}

Il rumore presenta una varietà di effetti che dipendono dal tipo, dalla durata e dal periodo della giornata in cui si manifestano e dalla suscettibilità della popolazione esposta.

I risultati di studi scientifici recenti sul rumore notturno indicano che il rumore notturno non solo disturba il sonno ma aumenta anche la frequenza di malattie psicosomatiche, altera la qualità del sonno, abbreviando il periodo di sonno profondo e allungando il periodo di sonno leggero e può causare problemi cardiocircolatori a lungo termine (ipertensione).^{lxiii, lxiv}

I bambini appaiono una categoria a maggior rischio, soprattutto nella fase dell'acquisizione del linguaggio, insieme ai non vedenti, agli affetti da patologie acustiche e ai pazienti ricoverati negli ospedali.



Il rumore altera anche la qualità della vita; influenzando il comportamento sociale e lo sviluppo cognitivo. Studi condotti in zone circostanti aree aeroportuali hanno rilevato che i bambini esposti al rumore degli aeroplani mostravano capacità di apprendimento inferiori rispetto a bambini lontani dall'area in studio, a causa dell'interferenza con l'acquisizione sonora del linguaggio e alla minore inclinazione di genitori e insegnanti a parlare o leggere.

Le infrastrutture di trasporto rappresentano le principali sorgenti di rumore nell'ambiente, mentre le rimanenti attività determinano prevalentemente situazioni di disturbo puntuale.

Tra gli altri agenti fisici da considerare, l'Agenzia per la Ricerca sul Cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato il radon come "cancerogeno per gli esseri umani".^{lxv} Il radon rappresenta la seconda causa di tumore polmonare. Si tratta di un rischio moltiplicativo, interagente con gli altri fattori conosciuti: i fumatori esposti al radon, per esempio, presentano un rischio circa 15 volte superiore rispetto ai non-fumatori esposti alle stesse concentrazioni di gas.

Allo stato attuale delle conoscenze, il rischio di tumore polmonare per l'intera vita, per una esposizione cronica ad una concentrazione di radon di 100 Bq/m³, è stimabile in circa l'1%, con un'incertezza complessiva probabilmente inferiore ad un fattore tre. La stima accreditata più recente della proporzione attribuibile al radon sul totale dei decessi per tumore al polmone è del 9%, con un'incertezza compresa tra il 5 e il 20 %.^{lxvi}

L'inhalazione di gas radon rappresenta la principale fonte di rischio derivata dalle radiazioni ionizzanti in Italia. È il principale componente della dose efficace per la popolazione seguita dall'irraggiamento da parte dei radionuclidi naturali presenti nella crosta terrestre e nell'atmosfera.

Cambiamenti climatici (ondate di calore e/o di freddo estreme) sono un'altra fonte di rischio ambientale emergente in questi decenni. Le ripercussioni climatiche in Italia hanno riguardato principalmente l'effetto di ondate di calore anomale, mentre ondate di freddo estremo non fanno parte finora dell'esperienza piemontese.

Durante i periodi estivi si verificano condizioni meteorologiche a rischio per la salute (le ondate di calore), in particolare nelle grandi aree urbane. Studi epidemiologici hanno evidenziato come tali condizioni abbiano un significativo impatto sulla salute della popolazione in termini di morbilità e mortalità. In diverse città del Mediterraneo (Atene, Barcellona, Roma), sono stati documentati nei periodi estivi picchi di mortalità legati all'aumento improvviso della temperatura. Le conoscenze epidemiologiche hanno evidenziato che l'effetto massimo sulla mortalità si osserva con alcuni giorni di latenza dal verificarsi delle condizioni a rischio e che, a parità di condizioni meteorologiche, l'effetto risulta maggiore quanto più l'evento è precoce nel corso della stagione estiva. I risultati degli studi indicano inoltre che la popolazione a maggior rischio è rappresentata dagli anziani (corrispondente alla fascia di età >64 anni) e dai soggetti affetti da particolari patologie croniche soprattutto a carico del sistema respiratorio e cardiovascolare.

Ondate di calore particolarmente anomale sono state registrate nel Nord Italia nel 1983 e 2003. Nel 2003 l'impatto complessivo sulla sola città di Torino è stato valutato in circa 600 decessi, in un terzo dei quali l'anticipazione del decesso è risultata superiore a 6 mesi.^{lxvii, lxviii}

Nel 2004-2008 si sono confermate alcune, poche, situazioni di criticità, con valori medi di temperatura estiva superiore alle medie storiche di periodo (1913-2002), il che lascia ancora incerta la previsione, visto l'andamento generale europeo, circa un aumento della probabilità di eventi estremi nei prossimi anni.



Una conseguenza delle modificazioni climatiche è la diminuzione delle precipitazioni estive negli ultimi anni, con conseguenze potenziali a lungo termine particolarmente preoccupanti per il fabbisogno futuro di acque potabili.

L'accesso all'assistenza sanitaria.

Tra i determinanti prossimali della salute l'assistenza sanitaria svolge un ruolo importante nella modificazione della storia naturale della malattia, in termini di miglioramento della sopravvivenza, della funzionalità residua e dell'autosufficienza e in termini di qualità della vita. Quale sia il contributo relativo dell'assistenza sanitaria nello spiegare il miglioramento della speranza di vita in Italia non è facile da disarticolare da quello della prevenzione.

In Piemonte la mortalità per le malattie ischemiche del cuore, la patologia più rilevante per frequenza e gravità agli inizi degli anni Ottanta, negli ultimi decenni è diminuita più velocemente di quanto non sia diminuita la mortalità generale. Si è già richiamato come questa diminuzione del rischio di mortalità sia merito per metà della diminuzione di incidenza legata alla prevenzione sulle condizioni e gli stili di vita e per metà al miglioramento di sopravvivenza dovuto ai brillanti risultati nell'assistenza cardiologica (dalla tempestività di accesso nell'emergenza alla rete di unità coronariche). In questo caso si può apprezzare come il servizio sanitario abbia dato un contributo significativo al miglioramento degli esiti di salute nella popolazione.

Nel caso dei tumori, che pur presentano ancora un andamento di incidenza crescente, si è già visto che il dato di mortalità decrescente a fronte di un'aumento dell'incidenza segnala un consistente e continuo miglioramento della sopravvivenza, che può essere correlato alla combinazione di effetto dell'anticipazione diagnostica e dell'aumentata efficacia dei trattamenti.

Basterebbero questi due esempi per dimostrare la rilevanza dell'assistenza sanitaria nel modificare significativamente gli esiti di malattia e per giustificare l'attenzione della relazione sullo stato di salute non solo alla prevenzione dei problemi di salute, ma anche al loro trattamento, anche se sarebbe opportuno uno sforzo di ricerca più sistematico per valutare l'impatto sulla salute dell'assistenza sanitaria. Tuttavia si possono identificare criticità nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria che ancora minacciano gli esiti di salute, in modo variabile tra le diverse aree geografiche del paese e tra i diversi gruppi sociali.

Indicazioni sull'uso dei servizi sanitari da parte della popolazione possono essere ricavate dall'indagine sulle condizioni di salute dell'ISTAT 2005, che raccoglie una estesa quantità di informazioni su molteplici aspetti delle condizioni di salute e dei suoi determinanti sanitari e non sanitari. L'indagine viene svolta con cadenza quinquennale su un campione rappresentativo della popolazione italiana e consente l'analisi anche a livello di area vasta sub-regionale. Tra le informazioni rilevate sono presenti numerose caratteristiche socio-demografiche della popolazione, la frequenza e l'intensità di utilizzo dei servizi sanitari (ricoveri, assistenza specialistica ambulatoriale, farmaci, visite mediche specialistiche, assistenza territoriale).

A parità di età e stato di salute percepito i risultati evidenziano un utilizzo dei servizi crescente con il peggioramento dello stato di salute e con l'abbassarsi della posizione sociale, in entrambi i generi, a documentazione di una sostanziale equità di utilizzo dell'assistenza sanitaria.^{lxix}

Quando però si analizza da vicino la variabilità dei trattamenti in specifici percorsi assistenziali si possono osservare eterogeneità che difficilmente sono spiegabili dalla distribuzione del bisogno.



I soggetti socialmente svantaggiati hanno maggior probabilità di essere sottoposti a procedure ad alto rischio di inappropriatelyzza.

Ai problemi di inappropriatelyzza spesso si associa l'interruzione della continuità assistenziale in un percorso di cura. Sono numerose le testimonianze dell'impatto sugli esiti di salute di questi meccanismi; ad esempio per un tumore a buona prognosi come il tumore del colon in Piemonte la letalità a tre anni è più alta di circa il 50% tra le persone con un basso titolo di studio rispetto a quelle con un'alta istruzione; questo fatto sta a segnalare che qualcosa nel percorso assistenziale può non aver funzionato, soprattutto nella fase molto precoce della storia con un ritardo nella presentazione dei segni e sintomi, e nella fase tardiva con una interruzione del follow up dopo l'intervento chirurgico.^{lxxx}

Allo stesso modo, in Piemonte, pazienti diabetici con bassa scolarità hanno una probabilità doppia, rispetto ai laureati, di essere ricoverati in urgenza ed hanno la metà di probabilità di utilizzare il day hospital,^{lxxxi} così come cardiopatici anziani di bassa scolarità hanno una minor probabilità di avere una prescrizione di statine di cardiopatici anziani con scolarità elevata.^{lxxxii}

Anche l'interruzione della continuità del percorso può essere interpretata come una forma di inappropriatelyzza di somministrazione dell'intervento necessario rispetto ai tempi di esecuzione sulla linea temporale del percorso assistenziale.

I percorsi assistenziali che dovrebbero essere selezionati come maggiormente critici nell'appropriatelyzza del percorso o del singolo intervento sono quelli che hanno un maggior impatto sulla salute, che presentano maggiore variabilità sociale e geografica, e per i quali sono disponibili linee guida da cui partire per un adattamento alla realtà locale.^{lxxxiii, lxxxiv}

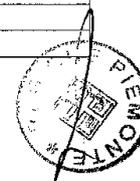
Conclusioni

A distanza di trent'anni dalla riforma sanitaria il profilo epidemiologico della popolazione piemontese continua a rappresentare il punto di riferimento più solido per stabilire ciò che è più importante da fare prima nella promozione della salute, nella prevenzione sanitaria e nell'assistenza. La relazione ha documentato in modo riassuntivo le principali trasformazioni di questo profilo, quanto esse siano state influenzate dai cambiamenti sociali ed economici del nostro paese, ma ha anche indicato che nelle maglie di questo profilo si riconosce molto chiaramente il ruolo di quei determinanti distali e di quelli prossimali il cui contrasto è alla portata delle politiche della nostra regione nel futuro.



Allegato 1. §2.1 Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

AMBITO	Piemonte	Italia
Demografia		
Dinamica di popolazione		
Anno 2007-2008		
Saldo naturale per 1.000	-2.1	-0.1
Saldo migratorio	+11.2	+7.8
Tasso di natalità x 1.000	+8.9	+9.6
Tasso di mortalità x 1.000	+8.9	+8.7
Indici di migratorietà		
Anno 2007-2008		
Saldo migratorio con l'estero x 1.000	+11	+7.9
Iscritti dall'estero x 1.000	12.2	9.2
Fecondità della popolazione		
Anno 2007		
Numero medio figli donne italiane	1.19	1.28
Numero medio figli donne straniere	2.43	2.40
Struttura demografica		
Anno 2007		
% pop 65-74 anni	11.9	10.5
% pop >=75 anni	10.9	9.7
% pop >=65 anni che vive sola	30.5	27.1
Sopravvivenza e mortalità		
Anno 2008		
Speranza di vita alla nascita uomini	78.4	78.7
Speranza di vita alla nascita donne	83.6	84
Speranza di vita a 65 anni uomini	17.9	18
Speranza di vita a 65 anni donne	21.4	21.6
Anno 2007		
Tassi standardizzati di mortalità per 10.000		
- Uomini		
Tumori	39.49	37.84
M. sistema circolatorio	42.67	41.11
M. apparato respiratorio	9.68	9.15
M. apparato digerente	4.21	4.59
Cause violente	6.03	5.60
Tutte le cause	117.24	113.91
- Donne		
Tumori	21.22	20.12
M. sistema circolatorio	28.01	28.86
M. apparato respiratorio	4.16	3.73
M. apparato digerente	3.18	2.89
Cause violente	2.23	2.41
Tutte le cause	70.85	70.37
Deprivazione		
Anno 2001		
% Bassa istruzione	35.8	36.5
% Disoccupazione	6.3	12.4
% Abitazioni in affitto	23.8	19.7
Densità abitativa (per 100 m quadri)	2.7	2.9
% Famiglie monogenitoriali	8.4	8.9
- Indice di deprivazione	0.41	0
Stili di vita		
Fumo		
Anno 2007		
% fumatori > 14 anni	22.3	22.1



Numero medio sigarette die	12.1	13.3
Alcol		
Anno 2007		
%consumatori a rischio (criterio ISS*) 19-64 anni uomini *più di 3 UA al giorno (36 gr. di alcol)	34.8	22.4
%consumatori a rischio (criterio ISS) 19-64 anni donne *più di 2 UA al giorno (24 gr. di alcol)	13	13
Sovrappeso e obesità		
Anno 2007		
% persone in sovrappeso >=18 anni	32.4	35.6
% persone obese >=18 anni	8.9	9.9
% persone in sovrappeso 8-9 anni	19.5	23.1
% persone obese 8-9 anni	7.8	11.5
Attività fisica		
Anno 2007		
% persone che non praticano sport >= 3 anni	30	39.5
Prevenzione		
Vaccinazioni		
Anno 2008-2009		
- Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (x 100)	60.7	66.2
Screening		
Anno 2007		
- % donne 50-69 anni inserite in programmi di screening mammografico	66.8	62.3
Incidenti stradali		
Anno 2006		
-Tassi standardizzati di mortalità per 10.000	1.46	1.10
Infortuni sul lavoro		
Anno 2008		
-Tassi di mortalità per 100.000 addetti	4.72	5.27
Incidenti domestici		
Anno 2007		
-Tasso di incidente domestico per 1.000	11.9	11.9
Salute mentale e dipendenze		
Disturbi psichici		
Anno 2006		
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 per disturbi psichici, uomini	44.88	50.64
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 per disturbi psichici, donne	46.17	48.73
Alcol e droghe		
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe, uomini	1.64	1.83
- Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe, donne	0.74	0.71
Salute materno infantile		



Aborti volontari		
<i>Anno 2006</i>		
Tassi standardizzati per 1.000 donne di 15-49 anni	10.94	9.16
<i>Anno 2006</i>		
Tassi di mortalità infantile per 1.000 nati	3.5	3.4
<i>Anno 2007</i>		
% stranieri residenti sul totale residenti	7.1	5.8
% nati da almeno madre straniera	20.3	14.6
% aborti volontari di stranieri sul totale degli aborti volontari	36.74	31.32

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2009.

2.2 Gli indirizzi della pianificazione sanitaria

Nel presente paragrafo vengono riportati gli indirizzi del PSSR 2007-2010 utili per la successiva individuazione degli obiettivi del presente piano.

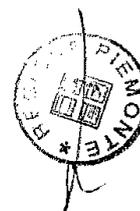
2.2.1. Il macrolivello dell'assistenza collettiva

Sicurezza alimentare

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

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

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



Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

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

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

Il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e sorveglianza nutrizionale prevede:

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

Alcuni obiettivi innovativi di rilievo per la prevenzione veterinaria

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



In particolare si evidenziano per importanza alcuni progetti:

A. Area di sanità animale

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

B. Area di igiene degli alimenti di origine animale

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

C. Area di igiene delle produzioni zootecniche

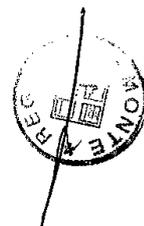
1. analisi, prevenzione e controllo del rischio chimico e farmacologico negli allevamenti, anche attraverso metodiche innovative, con il supporto di un adeguato sistema informativo;
2. buone pratiche di allevamento: promozione di nuovi principi di responsabilità gestionale per la salubrità degli alimenti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

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

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

Salute e ambiente

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



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

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

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

Screening oncologici

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

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

- garanzia della continuità dei programmi di screening in atto, tra i quali il progetto "Prevenzione serena", anche con il concorso delle Fondazioni/Associazioni che già oggi operano sul territorio;
- estensione e consolidamento del programma di screening nella popolazione maschile e femminile per la prevenzione dei tumori del colon-retto;
- formazione degli operatori finalizzata a garantire migliore qualità professionale, tecnica ed organizzativa, integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e valutazione dell'impatto di questi programmi sul livello di salute specifico e complessivo della popolazione della Regione Piemonte;
- aumento dell'adesione in modo da garantire gli obiettivi di copertura previsti dalle indicazioni regionali per superare le disomogeneità di offerta. A questo proposito va rivelato che l'adesione è minima nelle "fasce deboli" della popolazione, che risultano a maggior rischio oncologico, perché non orientate a procedure di prevenzione oncologica.

Salute e sicurezza in ambiente di vita

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



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

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

In particolare la programmazione delle attività prevede:

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

Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

I profondi cambiamenti introdotti dalle nuove forme di lavoro, dall'ingresso e dalla rilevanza delle nuove categorie di lavoratori, i processi di decentramento e esternalizzazione di cicli e di interi segmenti produttivi sono gli elementi caratterizzanti il contesto socio-economico. Le nuove disposizioni normative di derivazione europea in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro prevedono un allargamento di responsabilità sulla tutela a soggetti privati, l'allargamento dei soggetti pubblici coinvolti e l'attribuzione al servizio pubblico di un ruolo attivo di promozione della cultura della salute, ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo.

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

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

- la definizione delle priorità di intervento e il potenziamento delle attività sui rischi prioritari in relazione alla frequenza, gravità e prevenibilità degli infortuni e delle malattie professionali;



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



2.2.2. Il macrolivello dell'assistenza distrettuale

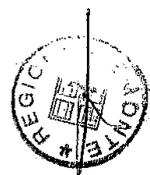
Cure primarie

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

- il livello di intervento individuale tra il cittadino e il singolo professionista (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta), caratterizzato dal rapporto fiduciario che si instaura tra cittadino e professionista;
- il livello più semplice di intervento integrato caratterizzato dalla capacità di correlazione tra il singolo professionista (medico di medicina generale e pediatra di libera scelta) e uno o più operatori (infermiere, assistente tutelare, ed altri) presenti nell'ambito del gruppo di cure primarie;
 - i livelli caratterizzati da una forte relazione di supporto che sostengono le decisioni assunte dal gruppo di cure primarie quali l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica;
 - i livelli di assistenza (esemplificando i SERT, dipartimenti di salute mentale, consultori, neuropsichiatrie infantili) che, per le loro caratteristiche di accesso diretto, impongono la realizzazione di una stabile e costruttiva reazione biunivoca con il gruppo di cure primarie;
 - i livelli di assistenza - specialistica, ospedale - che stabiliscono gli elementi di appropriatezza nell'accesso agli interventi specialistici e nel contempo regolano il percorso a ritroso verso le modalità assistenziali territoriali più adeguate.

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

In questo quadro di riferimento i punti diventano nodi di una rete di servizi nella quale si concretizza il ruolo della direzione del distretto quale stimolo/regolato-re/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete, affinché l'analisi del bisogno assistenziale possa tradursi in una risposta organizzata all'interno di un percorso di accompagnamento assistenziale. L'organizzazione prefigurata assegna al distretto una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale. La funzione operativa si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso la forma dei servizi, delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio.



La persona/ il cittadino/ il paziente

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

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

Il limite delle attuali forme di organizzazione della medicina di famiglia, che pur rappresentano uno stimolo positivo, è costituito dalla loro aggregazione monoprofessionale. Lo sviluppo delle nuove domande di salute implica, per contro, la necessità di disporre di un'organizzazione pluriprofessionale che gestisca le cure primarie.

I Gruppi di Cure Primarie (GCP) assistono 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito con le seguenti caratteristiche di fondo:

- presenza pluriprofessionale,
- condivisione di impostazioni di lavoro,
- relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema territoriale ed ospedaliero di erogazione delle prestazioni,
- "visibilità" nei confronti del cittadino.

In ogni caso va sottolineato che il lavoro del singolo MMG/PLS ha in sé una connotazione di individualità nel rapporto con il paziente che va garantita e mantenuta.

Le iniziali professionalità che in linea indicativa debbono trovare collocazione all'interno del GCP sono, oltre ai MMG/PLS ed ai medici di continuità assistenziale, gli infermieri, gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali, con il sostegno ed il supporto di una forte azione amministrativa.

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

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

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

I sistemi di valutazione multiprofessionali e l'integrazione socio-sanitaria

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



L'integrazione socio-assistenziale rappresenta l'espressione organizzata di livelli assistenziali differenti, dai più semplici a quelli di maggiore complessità. Nelle condizioni più semplici gli stessi operatori sanitari e socio-assistenziali del GCP hanno la possibilità di individuare al loro interno la risposta assistenziale integrata. Determinate condizioni di maggiore complessità richiedono momenti di valutazione multiprofessionali che tengano conto dei molteplici aspetti che stanno alla base della domanda assistenziale ed individuino le opzioni di intervento più appropriate. Il sistema di valutazione multidimensionale assume in sé sia l'aspetto più strettamente clinico (momento dell'analisi) sia l'aspetto più organizzativo (momento dell'individuazione della prestazione più appropriata).

Per quanto riguarda il momento dell'accesso, rappresenta obiettivo del Pssr 2007-10 la facilitazione all'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali", gestiti da operatori sociali e sanitari. Tali strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei GCP, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria.

La tutela della salute della popolazione anziana

Criticità

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo. Sul fronte della residenzialità la criticità maggiore riguarda la consistenza delle lista d'attesa, soprattutto in alcuni territori. La rete regionale delle strutture fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione con carenze, in certi contesti di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

Strategie generali di sviluppo

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

In primo luogo è opportuno promuovere, attivamente, la salute degli anziani, mediante un'azione coordinata sociale e sanitaria per l'adozione di corretti stili di vita. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione dei percorsi e la diffusione delle informazioni. Riguardo ai servizi esistenti bisognerà procedere alla qualificazione ed all'ulteriore implementazione dei servizi di assistenza domiciliare per garantirne maggiore flessibilità, capacità di aderenza ai bisogni e promuovere l'integrazione socio-sanitaria.

Per aumentare la possibilità di permanenza al domicilio, anche di coloro che necessitano di cure più intensive, è necessario sperimentare soluzioni innovative, attraverso la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio quali l'ospedalizzazione domiciliare e la "residenzialità protetta".

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

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



Rispetto al ruolo specifico delle tecnologie innovative (sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina), si intende fare ricorso a tali tecnologie per monitorare le condizioni di non autosufficienza, in particolare degli anziani con malattie croniche, in quanto tali tecnologie possono potenziare il sistema delle cure domiciliari.

La rete distrettuale di assistenza residenziale va rimodulata prevedendo la possibilità di dare risposte ai differenti bisogni con diversa intensità di cure (prevedendo servizi adeguati per gli anziani affetti da patologie cronico degenerative quali demenze e Alzheimer) e permettendo la riallocazione delle risorse attualmente assorbite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie. Rappresenta pertanto obiettivo del presente Piano l'incremento dei posti letto per assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni) al termine dei quattro anni di validità del Piano, privilegiando il riequilibrio territoriale anche per quanto riguarda criteri di accesso e tariffe delle strutture, nonché creazione di posti letto per la de-ospedalizzazione protetta presso le RSA.

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



Le persone con disabilità

Criticità

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

- prevenire la disabilità nei suoi multiformi aspetti e favorirne la diagnosi precoce;
- rimuovere ogni ostacolo che impedisce la inclusione sociale ed il pieno sviluppo
- facilitare il raggiungimento del maggiore grado di piena autonomia di vita possibile;
- rendere possibile la fruizione dell'effettiva pari opportunità da parte delle le persone con disabilità;
- favorire la partecipazione delle persone con disabilità e delle loro famiglie;
- presa in carico integrata socio-sanitaria, prevedendo progetti individuali per l'inclusione;
- rivedere e completare le norme regionali e locali applicative della legislazione nazionale;
- indirizzare l'organizzazione regionale dei servizi per sostenere il raggiungimento di tali obiettivi.

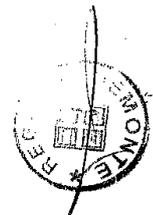
Strategie generali di sviluppo

1) Programmazione integrata a livello regionale e locale. Avvio di un progetto integrato sulle disabilità che coinvolge gli Assessorati politiche sociali e tutela della salute e sanità, con gli Assessorati lavoro e formazione professionale, ricerca e innovazione, cultura e istruzione, turismo e sport, urbanistica ed edilizia pubblica, trasporti, con il concorso e la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore, coinvolgendo, per quanto di competenza, le amministrazioni provinciali. L'Osservatorio regionale sulle disabilità, supportato dalla rete dei servizi di epidemiologia, garantisce l'indispensabile supporto. L'integrazione socio-sanitaria è rafforzata tramite accordi di programma finalizzati a definire le competenze di comuni, enti gestori e Asl.

2) Attivazione in tutti i distretti socio-sanitari di équipes multidisciplinari - multiprofessionali integrate, per la presa in carico delle persone con disabilità, che accertino la condizione di disabilità, valutino il bisogno globale e la domanda di salute, stabiliscano le prestazioni assistenziali/economiche di diritto, individuino e attivino gli interventi necessari per integrazione scolastica, lavorativa e l'autonomia personale, inclusa la fornitura dei necessari ausili tecnici, propongano e condividano, coinvolgendo la persona interessata o chi la rappresenta, coi servizi territoriali, il progetto individuale e ne valutino l'efficacia.

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

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



Area materno-infantile

Criticità

- disomogeneità organizzative tra ASR con conseguenti differenze nei servizi offerti, diritto di accesso dei pazienti, presa in carico, lettura dei bisogni della popolazione di riferimento;
- necessità di definire percorsi assistenziali condivisi tali da garantire equità di accesso e trattamento ai cittadini e riduzione degli eccessi di medicalizzazione che si riscontrano in alcuni percorsi emergenti (per esempio i gravi disturbi psichiatrici in età evolutiva e adolescenza);
- scarsa attenzione agli interventi delle cure primarie, alle relazioni di rete necessarie alla definizione dei percorsi assistenziali dei pazienti ed ai percorsi dei pazienti più deboli;
- discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: fra periodo della gravidanza e del parto, fra parto e puerperio e durante il travaglio.

Strategie generali di sviluppo

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

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

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

- Realizzazione delle relazioni di rete attraverso l'attenzione agli interventi delle cure primarie (es. consultori, consultori per adolescenti), la formalizzazione del principio di sussidiarietà, il potenziamento delle risposte extraospedaliere (ADI pediatrica, quale risposta per favorire il rientro o la permanenza al domicilio, introduzione della telemedicina per le situazioni più compromesse, attivazione della ospedalizzazione domiciliare per i casi che richiedono competenze non delegabili all'assistenza di base), l'organizzazione pluriprofessionale e la contestuale individuazione delle misure necessarie per il sostegno alle famiglie nelle quali sono presenti situazioni che richiedono una alta assistenza.

- Potenziamento e messa in rete dei consultori della Regione.

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



contraccezione, la maternità libera e consapevole (IVG, gravidanza, parto, puerperio e collegamento con i servizi pediatrici), la gestione della menopausa.

- Promozione di strumenti per la rimozione degli ostacoli che possono spingere le donne a richiedere l'interruzione di gravidanza potenziando la capacità dei consultori di fornire assistenza e informazione su tutte le opportunità disponibili per le donne e la famiglia.
- Consolidamento di misure di soccorso e prevenzione della violenza sulle donne e sui minori attraverso azioni specifiche di assistenza sanitaria e soccorso alle donne che subiscono violenza, la formazione specifica per le operatrici e gli operatori che vengono a contatto con le vittime di violenza e l'adozione di linee guida per la segnalazione e la presa in carico di casi di violenza .
- Promozione dell'uso appropriato dell'ospedalizzazione e della risposta alla domanda di salute posta "in urgenza":
 - a) per i minori, all'interno del percorso crescita , con cui si devono integrare il percorso cronicità nonché il percorso per le urgenze psichiatriche nei minori;
 - b) per quanto riguarda le donne, all'interno dei percorsi salute della donna, maternità consapevole, percorso nascita, con particolare attenzione al coniugare il rispetto della fisiologia con la sicurezza e la qualità delle cure.

Obiettivi di salute da perseguire in questo ambito riguardano:

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



Salute mentale

Criticità

- L'assistenza psichiatrica in Piemonte è stata caratterizzata da esperienze innovative che hanno portato, a partire dalla promulgazione della legge 180/1978, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici e all'apertura di un'efficiente rete di servizi territoriali. Si assiste oggi ad uno stallo nella prosecuzione del percorso virtuoso intrapreso, con decadimento della qualità dell'assistenza erogata e disomogeneità delle risposte sul territorio.
- Scelte di politica sanitaria hanno causato disomogenea allocazione delle risorse economiche e di personale, burocratizzazione dei servizi e delega della titolarità della cura al privato.
- Nella configurazione attuale, la rete dei servizi di salute mentale risente della mancanza di investimenti e linee di indirizzo che ne orientino l'operatività secondo priorità discusse e condivise.
- Sono insufficienti scelte e azioni volte a superare le difficoltà di comunicazione ed integrazione funzionale all'interno della rete dei servizi di salute mentale e con gli altri servizi sanitari e sociali.
- Mancato ascolto e coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari, col risultato di aumentare sempre di più il divario tra desideri e necessità dei pazienti e risposte ottenute.
 - Scarsa integrazione tra servizi sanitari e altri servizi, con timore di ciascun soggetto di assumere la presa in carico del cittadino in assenza di un adeguato supporto degli altri attori istituzionali.
 - Per mancanza di risorse si assiste ad una diminuzione dell'attività territoriale e ad un ristagno delle attività di reinserimento sociale e lavorativo.
 - Manca un reale monitoraggio sull'efficacia dei farmaci che costituiscono una parte non irrilevante della spesa sanitaria in questo ambito.
 - Vi è un utilizzo improprio delle case di cura, in cui talvolta i pazienti permangono per molto tempo con costi esorbitanti.
 - Mancano strutture e procedure adeguate per le patologie adolescenziali non contenibili in strutture sanitarie o socio sanitarie per l'infanzia o minori; manca ad oggi un coordinamento con le NPI ed eventualmente con altri servizi per affrontare adeguatamente questi casi.
 - L'allungamento della vita rende più rilevanti e numerosi i disturbi psichiatrici in persone di età superiore ai 65 anni.

Strategie generali di sviluppo

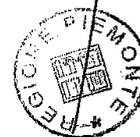
La promozione della salute mentale implica la realizzazione di una rete di servizi capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini, garantendo l'esercizio dei diritti, fornendo opportunità e cittadinanza.

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

- la multi-professionalità dell'equipe che deve assicurare un'azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione,
- l'integrazione in ogni ASL dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale,



- la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi comuni di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale,
- il rifiuto di scelte che portino a istituzionalizzare i pazienti, tendendo in caso di necessità di ricovero a mantenerli vicino al luogo di residenza; qualora si debba giungere al ricovero, il medesimo deve avvenire in strutture residenziali dell'ASL di residenza o di quelle più vicine.
- il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, sia in senso quantitativo che qualitativo, nonché la riqualificazione ed il miglioramento delle condizioni ambientali e strutturali dei servizi,
- la formazione degli operatori finalizzata a riorientarne lo stile di lavoro secondo obiettivi e priorità quali la risposta ai bisogni dei pazienti gravi (compresi i pazienti "non collaboranti") e la risposta all'urgenza, con particolare riferimento alle azioni congiunte con i servizi sociali, i medici di medicina generale, le associazioni dei familiari e degli utenti e il volontariato,
- il miglioramento dell'efficienza della rete ospedaliera e della risposta alle necessità di ricovero sia adeguando il numero dei posti letto dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che aumentando l'appropriatezza dei ricoveri,
- la promozione di azioni formative e organizzative volte ad evitare l'uso della contenzione fisica,
- la programmazione di posti letto da parte dei servizi di salute mentale, per la gestione delle acuzie e delle post-acuzie, alternativi al ricovero ospedaliero sia pubblico che privato,
- l'implementazione della capacità di risposta dei servizi territoriali alle forme di grave disagio psichico giovanile, a rischio di disabilità, prevedendo percorsi di cura con azioni congiunte, in particolare tra servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile e di sostegno alle famiglie,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale – ove possibile - a livello aziendale e distrettuale tra il servizio di neuropsichiatria infantile, il dipartimento di salute mentale ed il servizio socio-assistenziale per la gestione degli esiti di patologie neuro-psichiatriche dell'età evolutiva e con il servizio per le dipendenze per la gestione dei problemi correlati ai quadri complessi di concomitanza tra dipendenze e altri disturbi mentali,
- integrazione col servizio socio-assistenziale dei disturbi psichiatrici delle persone anziane,
- promozione di azioni per far fronte ai disturbi psichici legati a immigrazione, disagio nelle periferie urbane, persone senza fissa dimora, ospiti dei centri di permanenza temporanea,
- revisione della rete residenziale pubblica e privata con l'obiettivo di promuovere progetti di ricollocazione dei pazienti in "case supportate" dai Ssm, in collaborazione con ATC e comuni,
- la valorizzazione dell'esperienza delle imprese sociali e degli inserimenti lavorativi quali strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione,
- la messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale che coinvolgano la comunità locale, scuole, luoghi di lavoro e di aggregazione, in collaborazione con servizi di educazione sanitaria e i mmg, che contemplino azioni di contrasto contro l'esclusione,
- la valorizzazione e riconoscimento delle esperienze di associazionismo degli utenti quale risorsa per la programmazione e lo sviluppo dei servizi di salute mentale,



- l'istituzione della Consulta regionale per la salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni di familiari ed utenti, con la funzione di esprimere pareri in materia di salute mentale e vigilare sull'attuazione del Piano socio-sanitario,
- la promozione di azioni per garantire adeguati livelli di intervento alle persone detenute promuovendo e rafforzando gli interventi dei servizi di salute mentale nonché sviluppando rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare e favorire programmi di cura in alternativa alla detenzione in carcere o negli ospedali psichiatrici giudiziari,
- la costituzione di un osservatorio epidemiologico sulla salute mentale integrato con la rete epidemiologica regionale sia a sostegno della programmazione regionale che per la valutazione dei risultati delle sperimentazioni da mettere in atto,
- la promozione di accordi tra università e ASL per ampliarne l'esperienza di lavoro territoriale e per implementare progetti di formazione e ricerca,
- il potenziamento delle strutture di day hospital, al fine di evitare l'ingresso del paziente in un ciclo di strutture di ricovero dai costi molto alti,
- un monitoraggio clinico sull'efficacia dei farmaci,
- collegamenti con i servizi che si occupano di patologie che confinano con il disagio mentale (dipendenze, disabilità, minori, anziani), enti locali, terzo settore, amministrazione della giustizia,
- investimento su "infrastrutture relazionali" piuttosto che su servizi specialistici,
- valorizzazione di esperienze di coinvolgimento delle famiglie nei progetti terapeutici e riabilitativi.

Patologie delle dipendenze

Criticità

- La legge 49/06 è l'esempio più recente e rilevante della mancanza di condivisione in merito sia ai modelli teorici che sottostanno alla lettura delle dipendenze, sia alle metodologie di intervento ed all'importanza dei problemi.
- Persiste in parte, nell'opinione pubblica e nel mondo dei decisori politici una visione dicotomica e semplificata della contrapposizione tra trattamento farmacologico o invio presso comunità, SERT o privato, riduzione del danno o avvio di percorsi di cura e reinserimento sociale e così via.
- Vi è scarsa consapevolezza sul fatto che spendere nella prevenzione e nel contrasto alle dipendenze conviene, alla collettività ed alla sanità, perché contribuisce ad evitare o contenere i costi sociali ed economici che le dipendenze determinano.
- I servizi pubblici e privati sono orientati ad occuparsi dei problemi in proporzione all'allarme sociale suscitato piuttosto che alla loro rilevanza in termini di salute individuale e pubblica.
- Il personale operante nei SERT e nelle realtà del privato sociale va costantemente diminuendo, con una crescente precarizzazione degli addetti.
- La concezione economicistica affermatasi nelle politiche socio-sanitarie ha prodotto distorsioni anche nell'ambito delle dipendenze in termini sia di adeguatezza che di efficacia degli interventi.
- Per i consumatori problematici di sostanze illegali, tutta l'assistenza sanitaria e sociale è spesso delegata indistintamente ai servizi specialistici.



- I servizi pubblici e del privato no-profit peraltro sono calibrati prevalentemente sulla dipendenza da eroina e faticano a sviluppare interventi per le altre patologie da dipendenza.
- Sono in aumento i quadri complessi di polidipendenza, con consumi contemporanei o alternati di varie sostanze psicoattive assieme a comportamenti di dipendenza senza sostanze, con maggiore probabilità di evoluzione sfavorevole e di sviluppo di importanti disabilità psichiche e sociali.
- Le persone con dipendenze non da "droghe" spesso non percepiscono di avere un problema di salute, si rivolgono poco ai servizi né ne conoscono l'esistenza.
- Pur essendosi già molto ridotto, l'eccesso di mortalità acuta e di morbosità infettiva tra i tossicodipendenti è ancora molto elevato rispetto alla popolazione generale; cresce inoltre il manifestarsi di comorbidità e/o di compromissione psichiatrica e di altre forme di disabilità.
- Nonostante si mantenga elevata la spesa per fronteggiare le patologie alcol-correlate, la mortalità alcol-attribubile, seppur in calo, si mantiene più elevata in Piemonte rispetto alla media nazionale.
- Non esistono forme strutturate di coordinamento fra i servizi che, a vario titolo si occupano di problematiche alcol-correlate.
- La prevenzione primaria, della quale è stata dimostrata l'efficacia, è ancora affidata ad iniziative sporadiche, "creative", disomogeneamente distribuite sul territorio.
- Molti progetti innovativi sono stati caratterizzati da discontinuità e da una sorta di "cronicizzazione della sperimentazione" in quanto raramente sono stati incorporati nel sistema dei servizi, in particolare nelle aree riduzione del danno e reinserimento socio lavorativo.
- Il sistema di sorveglianza poggia ancora principalmente su flussi costituenti il debito informativo nazionale, insufficienti all'azione di governo regionale.
- Gli interventi per i minori e le famiglie sono insufficienti; è incompleta l'integrazione tra i servizi coinvolti, anche nelle situazioni di minori figli di persone con dipendenza.
- Si risente ancora della incompleta applicazione della riforma dell'assistenza sanitaria in carcere e della mancanza di uno specifico strumento normativo regionale.
- L'assistenza alla popolazione dipendente immigrata è condizionata dalle differenti applicazioni della normativa vigente.

Strategie generali di sviluppo

- Posizionamento come elemento centrale di riferimento per la patologia delle dipendenze, del sistema ad alta integrazione tra i servizi pubblici e quelli del privato sociale per quel che concerne le aree di prevenzione primaria e secondaria, trattamento e reinserimento.
- In ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento.
- Verrà conservata l'attuale definizione delle strutture complesse SERT. Il sistema di rete dovrà inoltre garantire un'efficiente integrazione con le strutture sanitarie che si occupano di patologie correlate e confinanti con la patologia delle dipendenze.



La riorganizzazione dell'erogazione degli interventi trattamentali e di riabilitazione/reinserimento dovrà avvenire razionalmente su 2 livelli:

- a) i servizi per la patologia delle dipendenze pubblici e privati, nell'ambito delle rispettive competenze, erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza ed alta complessità (sostanze illegali, gioco d'azzardo, nuovi comportamenti di dipendenza) e gli interventi complessi sui fenomeni ad alta prevalenza (alcool, tabacco);
- b) tutti i servizi interessati alle problematiche delle dipendenze per le patologie associate e/o correlate (medicina di base, gastroenterologie, pneumologie e così via) erogheranno gli interventi di base sui fenomeni ad alta prevalenza (alcool e tabacco), capillarmente, secondo linee guida e nel quadro di un coordinamento tra i trattamenti.

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

A livello regionale sarà:

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

La salute degli immigrati e delle immigrate

Criticità

- problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito;
- problema di informazione e di consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati;
- inadeguata presa in carico da parte di servizi territoriali ed ospedalieri, in relazione a perduranti difficoltà a garantire accoglienza e supporto per la continuità delle cure;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Centri Informazione Salute Immigrati);



- maggior frequenza di interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) tra le donne immigrate rispetto alle italiane; maggiori difficoltà delle immigrate in gravidanza ad accedere a prestazioni preventive ed ai corsi di preparazione al parto;
- difficoltà ad attribuire ad ASL territorialmente competenti la copertura della quota sanitaria di minori stranieri 'non accompagnati' in carico ai servizi sociali;
- nel caso di adulti, si osservano forti difficoltà da parte dei servizi dei dipartimenti di salute mentale (DSM) a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che temporaneamente presenti (STP);
- disposizioni ancora vigenti limitano ai soli cittadini residenti la possibilità di fruire di alcune tipologie di prestazioni sanitarie integrative (presidi per diabetici, alimenti per celiaci e per altre patologie, materiale per medicazione, ed altri).

Strategie generali di sviluppo

- Facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri. E' inoltre indispensabile coinvolgere le amministrazioni provinciali nel lavoro di programmazione integrata.
- Prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari.
- Rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili.
- Sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento di accoglimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze
- Formulare indicazioni alle ASL affinché si facciano carico in modo competente delle problematiche dei minori stranieri 'non accompagnati' individuati nel loro territorio.
- Definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale.
- Affrontare il problema della tutela della salute dei cittadini stranieri nel CPT di Torino.

Medicina Penitenziaria

Criticità

I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano da elementi di criticità che possono ricondursi al sovraffollamento, a problemi infettivologici e di salute mentale.

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



Strategie generali di sviluppo

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

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



2.2.3. Il macrolivello dell'assistenza ospedaliera

Il riferimento normativo per le valutazioni circa le previsioni di fabbisogno di assistenza ospedaliera è l'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, che fissa tra gli obiettivi da attuare entro il 2007 il contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180‰ abitanti, di cui il 20% in degenza diurna, e il rapporto di posti letto per abitante pari al 4,5 ‰, comprensivi dell'1 ‰ per la postacuzie (riabilitazione e lungodegenza).

Occorre peraltro tenere conto del Patto per la salute 2010 – 2012 che, all'articolo 6, prevede lo standard di 4 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza.

I dati Piemontesi non pongono la Regione distante dai nuovi valori di riferimento. Peraltro, se si considerano i tassi grezzi di ospedalizzazione di ogni ASL, si osservano differenze significative. Alcune di queste possono trovare parziale giustificazione in una diversa composizione per classi di età della popolazione, ma altre paiono influenzate piuttosto dalla composizione e dall'organizzazione dell'offerta dei servizi.

In prospettiva il tasso di ospedalizzazione si abbasserà per vari motivi:

- le nuove indicazioni sulle modalità di trattamento alternative al ricovero per alcune patologie, disposte con la d.G.R. del 29.12.2008, n. 84 – 10526;
- l'evoluzione dell'attività sanitaria, sia in termini di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie, sia di miglioramento dell'attività diagnostica e terapeutica, con particolare riferimento alle modificazioni delle tecniche chirurgiche (meno invasive e demolitive) e all'evoluzione dei farmaci;
- lo sviluppo della medicina territoriale, con particolare riferimento allo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera, per garantire la continuità assistenziale;
- la revisione delle tipologie di ricovero da ritenersi a rischio di inappropriata contenuta nella proposta di revisione dei LEA.

Alla riduzione del tasso di ospedalizzazione si affiancherà la riduzione della durata media della degenza dei ricoveri per acuti, attualmente superiore alla media nazionale.

I due fenomeni consentiranno il perseguimento della riduzione dello standard di posti letto entro il 2011, come previsto dal Patto per la salute

Pertanto la progettazione della rete ospedaliera del Piemonte tiene conto di tali tendenze, prevedendo strutture ospedaliere adeguate alle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Inoltre, in linea generale, si delinea uno sviluppo dell'area dei servizi e dell'attività "di giorno" (ambulatoriale e di ricovero diurno), una riduzione dell'attività di degenza tradizionale e lo sviluppo di attività di *week surgery*, per la gestione di ricoveri chirurgici della durata massima di cinque giorni, dal lunedì al venerdì, come previsto dalla d.G.R. n. 26-11674 del 29.6.2009.

Esiste peraltro ancora, in quasi tutte le aree funzionali sovrazionali (ex quadranti), uno squilibrio tra attività di acuzie e di postacuzie che va corretto, anche se occorre tener conto del processo di riclassificazione di oltre 550 posti letto delle case di cura che sono codificati come acuzie ma che, in effetti, per l'attività svolta e per le modalità di remunerazione, sono in fase di riconduzione in gran parte a postacuzie. La redistribuzione dei posti letto che il vigente Piano prevede per le due tipologie di ricovero tiene conto della popolazione distribuita per fascia di età (considerando che gli anziani usufruiscono maggiormente dei reparti di postacuzie) e della presenza di altre strutture non di ricovero che possono essere di ausilio al trattamento



postacuto (hospice, RSA, ospedali di comunità).

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

Nell'immediato futuro, si è disposto il blocco dell'istituzione di nuovi posti letto e gli eventuali aumenti per specifiche modificazioni e integrazioni di attività prevederanno una contemporanea riduzione di altri posti. Successivamente, in base alla riduzione del tasso di ospedalizzazione e della degenza media, sarà possibile procedere alla riduzione dei posti letto, nei termini indicati dal Patto per la salute 2010 – 2012.

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

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

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

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

Analogamente andranno riorganizzate secondo modelli di integrazione in rete le principali attività specialistiche sulla base delle indicazioni del presente piano, in particolare quelle di elevata complessità e specializzazione compresa l'offerta di interventi di medicina iperbarica.

Le modalità di riorganizzazione della rete ospedaliera comportano una conseguente rivisitazione della



attuale strutturazione ed organizzazione dei servizi diagnostici. In particolare la futura articolazione dei servizi diagnostici a medio e lungo termine, dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

1. Ubicazione e funzione che corrisponda alle prevalenti necessità di trattamento dell'acuzie e/o della casistica complessa osservata in ambiente ospedaliero. Questo dovrà comportare una contemporanea revisione e riorganizzazione dell'offerta di natura ambulatoriale sul territorio, sia erogata da strutture pubbliche sia da strutture private accreditate.
2. Ragionevole riferimento ad un bacino di utenza che abbia caratteristiche congrue in termini di rapporto domanda/offerta (ad esempio numero di abitanti/servizio), in termini di quantità e complessità della casistica esaminata, problema nodale per svolgere politiche di appropriatezza e qualità delle prestazioni.
3. Indicazioni scientifiche internazionali e recenti disposizioni di legge suggeriscono forti concentrazioni delle attività, soprattutto per quanto concerne la medicina di laboratorio, limitando l'attività "classica" ospedaliera alle effettive urgenze e ad esami a componente fortemente specialistica.
4. Trend internazionale ad adottare, nella diagnostica per immagini, soluzioni tipo PACS (*Picture Archiving and Communicating Systems*) che si sostanzia in: introduzione di immagini digitali con conseguente residualità della classica lastra radiografica (sistema *filmless*), archiviazione elettronica delle immagini con possibilità di recupero della "storia radiologica" di un paziente, incremento della possibilità di trasmissione a distanza.

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

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

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

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



Partendo da questi concetti, in linea con la DGR n° 2-944 del 27 settembre 2005, all'interno delle aziende sanitarie saranno presenti discipline organizzate come strutture complesse (in quanto il fabbisogno di posti letto previsti supera la soglia minima di efficienza/qualità predefinita) e discipline con dignità di strutture complesse e/o semplici che utilizzeranno posti letto di ricovero in aree assistenziali comuni dipartimentalizzate. In ogni caso va sviluppata sempre più l'interdisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire ai pazienti il massimo delle competenze.

Con la d.G.R. n. 1-10082 del 18.2.2009 si è richiesto alle aziende sanitarie di accorpate i reparti in modo che si configurino unità organizzative con almeno 20 posti letto, salvaguardando ovviamente la possibilità che ogni unità operativa agisca nella propria autonomia clinico-assistenziale.

Allo stesso tempo ne consegue che nell'ambito della stessa azienda, salvo quando indicato diversamente, non sono più previste di norma duplicazioni di strutture complesse nella medesima disciplina, ma una organizzazione che prevede l'erogazione delle prestazioni su più presidi, coordinate sempre dalla medesima struttura complessa. Analogamente sono previste alcune discipline con attività sovraaziendale su un livello organizzativo di area funzionale sovrazonale regionale, organizzate in modo tale da soddisfare il fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione residente nell'area interessata.

La revisione della rete, nell'analisi delle singole discipline, ha tenuto conto anche degli aspetti qualitativi, in considerazione di livelli minimi di prestazioni erogate: tale considerazione ha portato in alcuni casi all'accorpamento di discipline tra varie aziende così da garantire il fabbisogno assistenziale.

Complessivamente la dotazione di posti letto attivi al 31.12.2008 è riepilogata nella seguente tabella, che evidenzia una dotazione inferiore al vecchio standard in vigore è di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti (19.487 pl), con una variabilità tra le aree dovuta anche agli effetti della mobilità sanitaria che non è risolvibile nel breve periodo.

Posti letto per area funzionale sovrazonale al 31.12.2008

	TO	NO-VC-VCO	CN	AT-AL	Totale
Popolazione 2007	2.300.069	865.966	580.638	654.459	4.401.132
Posti Letto	9.743	3.796	2.712	2.753	19.004
Posti Letto Acuzie	8.043	2.567	2.124	2.380	15.114
Posti Letto Postacuzie	1.700	1.229	588	373	3.890
Posti Letto per 1.000 abitanti	4,24	4,38	4,67	4,21	4,32
Posti Letto Acuzie per 1.000 abitanti	3,50	2,96	3,66	3,64	3,43
Posti Letto Postacuzie per 1.000 abitanti	0,74	1,42	1,01	0,57	0,88



2.3 Analisi SWOT

Attraverso l'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) è possibile evidenziare i punti di forza e di debolezza del SSR per far emergere quelli che vengono ritenuti capaci di favorire, ovvero ostacolare o ritardare, il perseguimento degli obiettivi individuati dal PSSR.

Più specificamente, nell'analisi SWOT si distinguono:

- fattori endogeni (i punti di forza e i punti di debolezza): variabili che fanno parte integrante del sistema stesso, sulle quali è possibile intervenire per perseguire obiettivi prefissati
- fattori esogeni (opportunità e minacce): variabili esterne al sistema che però possono condizionarlo sia positivamente che negativamente. In questo ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e sfruttare quelli positivi.

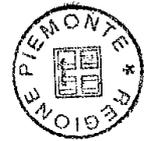
L'analisi SWOT consente:

- in fase di programmazione, di identificare le principali linee guida strategiche in relazione agli obiettivi di sviluppo settoriali;
- in fase di attuazione del programma, di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti, fornendo indicazioni per le eventuali modifiche al programma.

L'analisi SWOT, di seguito illustrata, è focalizzata sugli obiettivi specifici che quindi assumono il significato di "contesto settoriale"; a questo livello è infatti possibile evidenziare quali sono i punti di forza e debolezza, così come le opportunità e le minacce.



Macrolivello assistenza collettiva			
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce
1 Rafforzamento ruolo assistenza collettiva a livello aziendale	- presenza consolidata dei dipartimenti	- autonomia sostanziale dei servizi veterinari nel dipartimento di prevenzione	- clima poco favorevole a investimenti di lungo periodo e collettivi
2 Potenziamento della prevenzione	- elevata copertura LEA	- autonomia delle funzioni non aggregate nel dipartimento di prevenzione (medicina legale, prevenzione individuale) - limitatezza delle risorse - disuguaglianze delle risorse storiche - disuguaglianze organizzative	- resistenze culturali degli operatori - Piano Nazionale Prevenzione - Piano Regionale Prevenzione 2010-12
			Opportunità - FSSR 2007-2010



Macro livello assistenza distrettuale			
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce
<p>3 Sviluppo delle cure primarie</p> <p>4 Sviluppo della integrazione socio-sanitaria</p> <p>5-8 Sviluppo e riorganizzazione degli interventi nelle aree della tutela della salute della popolazione anziana, delle persone con disabilità, materno-infantile, della salute mentale e delle dipendenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo dell'associazionismo dei MMG/PLS - rete distrettuale consolidata - collaborazione tra le istituzioni già collaudata - ruolo attivo dell'associazionismo - buona copertura dei LEA - assegnazione di risorse integrative regionali 	<ul style="list-style-type: none"> - scarsa integrazione tra MMG/PLS ed équipe distrettuali - sviluppo dei distretti prevalente sul versante della produzione/erogazione di prestazioni - interventi a carico di sistemi istituzionali diversi e in parte concorrenziali - operatori appartenenti a diversi comparti - difficoltà di valutare i servizi resi, in presenza di rilevanti processi di esternalizzazione - difficoltà di accesso ai servizi - scarso coinvolgimento attivo delle famiglie - differenze territoriali dei livelli assistenziali a parità di bisogni - difficoltà di valutare le differenze territoriali dei bisogni 	<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> - spinta che deriva dalle proposte normative in materia - clima sindacale favorevole rispetto alla proposte normative in materia - PSSR 2007-2010 - finanziamenti vincolati



Macrolivello assistenza ospedaliera				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	
10 Riordino della rete ospedaliera	- dotazione di posti letto in linea con lo standard nazionale in vigore prima del Patto per la salute 2010-2012	- elevata vetust� di molti presidi ospedalieri	- pressione operatori privati per incrementare capacit� produttiva	Opportunit� - evoluzione dei LEA a favore di risposte assistenziali extra-ospedaliere
11 Riduzione del tasso di ospedalizzazione	- tasso di ospedalizzazione in linea con lo standard nazionale	- tasso di ospedalizzazione pi� elevato in presenza di capacit� produttiva in esubero e nei territori di confine con la Lombardia		- sviluppo della offerta di servizi sanitari pi� appropriati
12 Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario	- programma di conversione dell'utilizzo di strutture sanitarie	- distribuzione disomogenea sul territorio regionale	- resistenza dei familiari degli utenti al trasferimento in sedi extraospedaliere	- umanizzazione dell'assistenza
13 Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari	- sviluppo rete servizi domiciliari	- limiti strutturati delle strutture extraospedaliere in alcune aree territoriali	- rischio di scarso coordinamento tra i diversi segmenti della continuit� assistenziale	- evoluzione dei LEA a favore di risposte assistenziali extra-ospedaliere
14 Regolamentazione dell'offerta degli erogatori privati	- rete consolidata e con rapporti stabilizzati	- presenze in alcune aree territoriali con ridotta popolazione e con capacit� produttiva in esubero	- presenza di alcune strutture di difficile conversione	- possibilit� di migliorare la integrazione dei servizi privati con quelli pubblici, mediante i contratti diretti



Aspetti comuni all'assistenza distrettuale ed ospedaliera				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
15 Migliorare l'accesso ai servizi	- liste di attesa superiori agli standard per poche prestazioni	- sviluppo delle liste di attesa anche in presenza di capacità produttiva adeguata rispetto alle attese	- pressione operatori privati per incrementare capacità produttiva	- possibilità di migliorare l'accesso ai servizi grazie ai CUP aziendali ed ai sovra-CUP di area sovrazonale
16 Razionalizzare l'utilizzo del farmaco	- spesa farmaceutica territoriale in linea con lo standard nazionale	- spesa per consumi farmaceutici ospedalieri superiore allo standard nazionale	- difficoltà di controllare l'appropriatezza nell'utilizzo dei nuovi farmaci	- vincoli posti dalla normativa nazionale
17 Riorganizzare la rete dei servizi diagnostici	- capacità produttiva adeguata	- distribuzione della capacità produttiva anche in piccoli centri	- pressione operatori privati per incrementare capacità produttiva	- spinta a centri di media-alta dimensione derivante dai costi degli investimenti - accorpamento ASL
18 Riorganizzare le attività riabilitative	- presenza di una rete riabilitativa pubblica che può assumere il governo del sistema	- distribuzione territoriale disomogenea	- livelli di consumi condizionati dalla presenza di capacità produttiva in esubero	- possibilità di utilizzare la capacità in esubero per rispondere all'evoluzione fisiologica della domanda
19 Riordinare il processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	- avanzato sviluppo del processo di accreditamento istituzionale per l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera	- ritardato sviluppo del processo di accreditamento istituzionale per l'assistenza residenziale extra-ospedaliera	- difficoltà di adattare la capacità produttiva all'evoluzione dei bisogni e della tecnologia (in più e in meno)	- affiancare ai requisiti ulteriori la rispondenza alla valutazione della capacità produttiva, al fine di garantire l'utilizzo appropriato della rete delle strutture



Aspetti relativi alle attività amministrative e di supporto				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	
20 Razionalizzare la rete dei servizi amministrativi e di supporto	<ul style="list-style-type: none"> - nelle ASL accorpate, esigenza di riorganizzare le attività 	<ul style="list-style-type: none"> - nelle ASL non accorpate, resistenza a lavorare in rete 	<ul style="list-style-type: none"> - resistenze degli operatori 	<ul style="list-style-type: none"> - accorpamento delle ASL
21 Riordino delle politiche di acquisto e degli investimenti	<ul style="list-style-type: none"> - disponibilità per l'e-commerce della piattaforma gestita dal CSI Piemonte - creazione della società SCR Piemonte 	<ul style="list-style-type: none"> - scarsa esperienza nell'e-commerce e negli acquisti associati 	<ul style="list-style-type: none"> - resistenze degli operatori sanitari ad utilizzare beni acquistati a livello associato - problemi di raccordo tra SCR e uffici di provveditorato e tecnici delle ASL 	<ul style="list-style-type: none"> - omogeneità della rilevazione a livello nazionale, con possibilità di sviluppare confronti interregionali
22 Messa a regime del sistema TS	<ul style="list-style-type: none"> - creazione di una base informativa sulle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche per monitorare la spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva 	<ul style="list-style-type: none"> - difficoltà di individuare il "primo prescrittore" (mmg in funzione di trasrittore di prescrizione dello specialista) 		

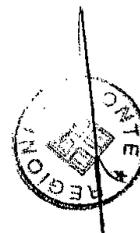


2.4 Obiettivi generali e specifici

Gli obiettivi generali del presente Piano sono:

- il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale;
- la razionalizzazione delle attività amministrative e di supporto;

Vengono successivamente delineati gli obiettivi, correlati alla riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali (con una scheda comune per l'assistenza distrettuale ed ospedaliera) e alle attività amministrative e di supporto.



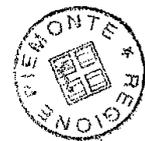
Macrolivello assistenza sanitaria collettiva			Fonti di verifica	
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi		
Per tutto il macrolivello assistenza sanitaria collettiva si rinvia al Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con d.G.R. 8.2.2010, n. 16-13200.				
1. Rafforzamento ruolo assistenza collettiva	1.1 Costituire la direzione unica della prevenzione	1.1.1 Attivazione di modalità organizzative a livello locale funzionali alla razionalizzazione degli interventi di prevenzione secondo criteri di efficacia ed efficienza e al supporto alla costruzione del PERS (Profili e piani di salute) 1.1.2 Piani di attività integrati per i presidi specialistici di laboratorio (ARPA e IZS)	- Relazione socio-sanitaria regionale - Relazioni sociosanitarie aziendali - Documenti di programmazione regionale in ambito di sanità pubblica - Relazioni annuali di attività	
	1.2 Sviluppare competenze specifiche a livello locale di epidemiologia e promozione della salute			
2 Potenziamento della prevenzione	2.1 Potenziare la sicurezza alimentare	2.1.1 Programmazione di interventi secondo criteri di priorità e valutazione del rischio 2.1.2 Programmi integrati di controllo ufficiale 2.1.3 Valutazione incidenza malattie a trasmissione alimentare		
	2.2 Potenziare la sorveglianza e prevenzione nutrizionale	2.2.1 Programmi di sorveglianza e prevenzione secondo le indicazioni del Piano Nazionale e con valutazione positiva CCM		
	2.3 Perseguire obiettivi innovativi per la prevenzione veterinaria	2.3.1 Sviluppo di attività di epidemiosorveglianza veterinaria e di analisi del rischio. 2.3.2 Integrazione tra servizi veterinari e medici in ambito di sicurezza alimentare		
	2.4 Raccordare funzionalmente le funzioni di tutela dell'ambiente e di promozione della salute	2.4.1 Sviluppo di attività di valutazione dei determinanti ambientali della salute 2.4.2 Definizione di procedure di Valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario		
	2.5 Sviluppare il programma degli screening oncologici	2.5.1 Aumento dell'adesione per tutti i programmi in atto 2.5.2 Progetti specifici per le fasce deboli della popolazione		
	2.6 Sviluppare la prevenzione primaria in ambiente di vita	2.6.1 Consolidare le attività di controllo malattie infettive 2.6.2 Sviluppo progetti di sorveglianza e intervento secondo le indicazioni del Piano Nazionale di prevenzione e con valutazione positiva CCM		
	2.7 Sviluppare la prevenzione primaria negli ambienti di lavoro	2.7.1 Definizione di priorità di intervento e potenziamento delle attività di controllo per infortuni e malattie professionali 2.7.2 Potenziamento delle attività di promozione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro		



Macrolivello assistenza distrettuale			
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori
Per gli obiettivi contrassegnati con *, che presentano interventi già definiti a livello regionale e che comportano azioni a livello aziendale, l'intervento regionale del 2010 è rappresentato dal monitoraggio del processo di applicazione degli indirizzi regionali e dei risultati conseguiti			
3 Sviluppo delle cure primarie	3.1 Migliorare le porte di ingresso ai servizi sanitari *	3.1.1 Attivare i gruppi di cure primarie (GCP). PSSR 2007-2010, § 4.2.2; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 6; d.G.R. 17.11.2008, n. 57-10097 ("Accordo regionale della medicina generale per l'avvio dei gruppi di cure primarie (GCP) e le case della salute, in sostituzione nelle AA.SS.LL. piemontesi"); d.G.R. 4.8.2009, n. 105-12026 ("Accordo regionale della medicina generale per la definizione del modello organizzativo di sperimentazione dei gruppi di cure primarie / case della salute")	n. di GCP avviati n. assistiti da GCP/n. totale assistiti
	3.2 Potenziare i servizi territoriali di supporto *	3.2.1 Sviluppare la fornitura diretta e per conto, anche a domicilio, di farmaci e prodotti sanitari integrativi. PSSR 2007-2010, § 4.2.3; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 14	% costo farmaci e prodotti sanitari in erogazione diretta e per conto/costo totale farmaci e prodotti sanitari
	3.3 Garantire la continuità assistenziale *	3.3.1 Sviluppare i percorsi di cura in continuità assistenziale. PSSR 2007-2010, § 4.5.3.1; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, all. A, obiettivo 9	n. gg. in continuità assistenziale (ex dgr 72/04)/popolazione > 65
	3.4 Garantire l'accesso integrato ai servizi socio sanitari *	3.4.1 Attivare gradualmente gli sportelli socio-sanitari distrettuali. PSSR 2007-2010, § 4.2.9; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 1; d.G.R. 28.7.2008, n. 55-9323 ("Lo sportello unico dell'accesso ai servizi distrettuali. Linee di indirizzo per la presentazione dei progetti")	n. sportelli unici di accesso avviati in ogni distretto
4 Sviluppo della integrazione socio-sanitaria	4.1 Coordinare l'attività dei diversi soggetti istituzionali coinvolti *	4.1.1 Predisporre i piani di zona e gli accordi di programma. PSSR 2007-2010, § 4.4.2; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 3; d.G.R. 5.11.2008, n. 3-9978 ("Approvazione delle linee guida regionali per la costruzione dei profili e piani di salute (PEPS)");	n. piani di zona e di accordi di programma sottoscritti rispetto al n. dei distretti
			Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007
			Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007



Macrolivello assistenza distrettuale	
5 Sviluppo degli interventi per la tutela della salute della popolazione anziana	<p>5.1 Sviluppare i servizi domiciliari</p> <p>5.2 Ridurre le liste di attesa per la residenzialità *</p> <p>5.3 Sviluppare la rete per la malattia di Alzheimer</p>
	<p>5.1.1 Monitorare la erogazione degli assegni di cura (fondo per la non autosufficienza) in misura adeguata ai Piani individualizzati in lungoassistenza definiti dalle UVM (PSSR 2007-2010, § 4.5.3.1) in base ai criteri definiti con la d.G.R. 6.4.2009, n. 39-11190</p> <p>5.2.1 Incrementare i posti letto per anziani non autosufficienti per raggiungere l'obiettivo di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni), PSSR 2007-2010, § 4.5.3.1; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 8</p> <p>5.3.1 Sviluppare il progetto regionale elaborato in base agli indirizzi del PSSR 2007-2010, § 4.5.3.1 (d.G.R. 6.4.2009, n. 38-11189)</p>
6 Sviluppo degli interventi a favore delle persone con disabilità	<p>6.1 Sviluppare la programmazione integrata a livello regionale e locale</p> <p>6.2 Garantire la presa in carico integrata socio-sanitaria</p> <p>6.3 Garantire una rete omogenea e diffusa di centri diurni e residenziali</p>
	<p>6.1.1 Definire il progetto integrato regionale sulle disabilità, con Assessorati interessati Predisposizione progetto entro il 2010</p> <p>6.2.1 Definire funzioni e competenze delle équipe multidisciplinari, entro il 2010</p> <p>6.2.2 Definire indirizzi per la elaborazione dei progetti individuali relativi alle persone disabili, da sviluppare a cura dei comuni/soggetti gestori e dell'ASL, per ogni persona disabile, un progetto individuale, entro il 2010 Successivamente monitorare l'attuazione</p> <p>6.3.1 Ridefinire il fabbisogno dei centri diurni, entro il 2010</p>
	<p>n. anziani non autosufficienti in carico all'assistenza domiciliare/totale anziani Spesa pro capite (anziani > 65 anni) per assegni di cura</p> <p>N. posti letto disponibili/n. anziani</p> <p>anziani con malattia di Alzheimer presi in carico dalla rete/totale anziani con malattia di Alzheimer</p> <p>elaborazione progetto</p> <p>elaborazione progetto</p> <p>elaborazione progetto</p> <p>elaborazione documento</p>
	<p>Piani di attività delle ASL</p> <p>STS 24</p> <p>flusso informativo ad hoc</p> <p>dGR di approvazione del progetto</p> <p>dGR di approvazione del progetto</p> <p>dGR di approvazione degli indirizzi</p> <p>dGR di approvazione del fabbisogno</p>



Macrolivello assistenza distrettuale		definiti nella d.G.R.	Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007
7 Riordino dell'area materno-infantile	7.1 Sviluppare le azioni e i programmi di intervento di intervento del "percorso nascita" *	7.1.1 Attuare le azioni e i programmi di intervento definiti dalla d.G.R. 12.5.2008, n. 34-8769, "Area materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del percorso nascita" (obiettivi 16 e 17 della d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611); attivare l'utilizzo della Agenda della gravidanza (d.G.R. 4.8.2009, n. 38-11960)	
	7.2 Assicurare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica e il percorso per le urgenze psichiatriche dei minori	7.2.1 Predisporre il progetto entro il 2010 (obiettivo 18 della d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611) Successivamente monitorare l'attuazione del progetto	dGR di approvazione del progetto
8 Riordino della salute mentale	8.1 Revisionare la rete dei servizi *	8.1.1 Monitorare la revisione dell'articolazione tra posti letto per acuti (ordinari e diurni), di riabilitazione e di lungoassistenza, in attuazione dell'accordo con AIOF e ARIS del 6.2.2008	FIM Ministero Salute, STS11
	8.2 Sviluppare la presa in carico multidisciplinare *	8.2.1 Monitorare lo sviluppo della presa in carico multidisciplinare. PSSR 2007-2010, § 4.5.3.4; d.G.R. 16.4.2008, n. 1-8611, allegato A, obiettivo 11	Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007
9 Riordino dell'area delle dipendenze	9.1 Sviluppare la programmazione e il controllo a livello regionale	9.1.1 Predisporre il Piano di azione regionale di contrasto alle dipendenze, entro il 2010. Successivamente monitorare l'attuazione del piano	d.G.R. di approvazione del piano
	9.2 Sviluppare la programmazione integrata delle attività *	9.2.1 Sviluppare le azioni previste nella d.G.R. 1.7.2008, n. 48-9094, "Disposizioni regionali in materia di organizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) e indicazioni per la predisposizione dei Piani Locali delle Dipendenze (PLD)"	Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007



Macrolivello assistenza ospedaliera			
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori
12 Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario	12.1 Sviluppare le strutture a bassa intensità assistenziale 12.2 Trasformare i ricoveri da regime ordinario a DS e i ricoveri da DS a specialistica ambulatoriale	12.1.1 Sviluppare strutture a bassa intensità assistenziale in grado di garantire adeguate risposte sanitarie in fase di dimissione ospedaliera, ove non possibile a domicilio 12.2.1 Sviluppare la dotazione di DS riducendo quella in pl ordinari, tenendo conto della riduzione dell'attività in DS per il trasferimento all'assistenza ambulatoriale	posti letto extraospedalieri per la continuità assistenziale pi di DS/pi totali delle discipline chirurgiche
13 Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari	13.1 Controllare la degenza media dei ricoveri ordinari a livello di singola specialità	13.1.1 Analisi del processo assistenziale e degli impedimenti alla dimissione in tempi appropriati	degenza media per specialità SDO
14 Regolamentazione dell'offerta degli erogatori privati	14.1 Orientare l'attività degli erogatori privati accreditati ad integrazione di quella garantita dalle ASR	14.1.1 Stipulare gli accordi tra la Regione e i presidi ex art. 41 e 43 l. 833/1978 14.1.2 Stipulare i contratti tra le Asl e le case di cura e gli specialisti ambulatoriali	accordi siglati/n. totale presidi contratti siglati/n. totale case di cura e specialisti ambulatoriali SDO, file C
			Fonti di verifica



Macrolivelli assistenza distrettuale e ospedaliera				
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
Per gli obiettivi contrassegnati con *, che presentano interventi già definiti a livello regionale e che comportano azioni a livello aziendale, l'intervento regionale del biennio 2009-2010 è rappresentato dal monitoraggio del processo di applicazione degli indirizzi regionali e dei risultati conseguiti				
15 Migliorare l'accesso ai servizi sanitari	15.1 Sviluppare l'accesso ai servizi tramite i CUP	15.1.1 Attivare in ogni area funzionale sovraziondale individuata ad hoc il coordinamento dei CUP aziendali: - provincia di Torino e di Cuneo: completamento del sovracup entro il 2010 - altre aree territoriali: attivazioni del CUP unificato o del coordinamento dei CUP entro il 2011	prestazioni prenotate da CUP e sovra-CUP/totali prestazioni prenotate	indagine ad hoc
		15.1.2 Estendere la copertura dei CUP aziendali		
16 Razionalizzare l'utilizzo del farmaco e del materiale sanitario	15.2 Ridurre i tempi di attesa	15.2.1 Monitorare i tempi di attesa	% prestazioni erogate oltre la soglia massima/n. totale delle prestazioni erogate	
		16.1 Governare la spesa farmaceutica territoriale *	% spesa farmaceutica in distribuzione diretta+per conto/ totale spesa farmaceutica territoriale % spesa materiale sanitario in distribuzione diretta/ totale spesa materiale sanitario utilizzato a domicilio	file F rilevazione ad hoc
17 Riorganizzare la rete dei servizi diagnostici	16.2 Governare la spesa farmaceutica ospedaliera *	16.2.1 Sviluppare le azioni previste dal piano per il contenimento della spesa farmaceutica (d.G.R. 17.12.2007, n. 73-7827, e d.G.R. 3.6.2009, n. 22-11512)	% spesa consumo ospedaliero farmaci/abbisogno lordo totale	CE file F
		17.1 Revisionare la rete dei laboratori di analisi	"Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di laboratorio analisi", entro il 2010	d.G.R.
18 Riorganizzare le attività riabilitative	17.1.2 Monitorare l'attuazione della d.G.R. mediante un rapporto annuale	17.1.2 Monitorare l'attuazione della d.G.R. mediante un rapporto annuale		rapporto ad hoc
		18.1 Sviluppare il sistema integrato delle attività riabilitative	18.1 Completare l'adozione delle determinazioni attuative della d.G.R. 2.4.2007, n. 10-5605, relative ai percorsi riabilitativi entro il 2010	determine dirigenziali



Macrolivelli assistenza distrettuale e ospedaliera			
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori
19. Riordinare il processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	19.1 Revisionare la regolamentazione in materia e completare il processo di accreditamento	19.1.1 Revisionare le l.r. 5/87 e 55/1987 Presentazione del disegno di legge entro il 30.6.2010; approvazione del disegno di legge entro il primo semestre 2011	l.r.
		19.1.2 Completare entro il 31.12.2010 l'accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati	n. soggetti accreditati definitivamente/n. soggetti accreditati d.G.R.

Azioni strumentali - Aspetti generali amministrativi			
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori
20 Razionalizzare la rete dei servizi amministrativi e di supporto	20.1 Sviluppare a livello sovra-aziendale i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto, ai sensi dell'art. 23 della l.r. 18/2007	20.1.1 Sviluppare progetti per i servizi di supporto sovra-aziendali: progetto logistica integrata per la "cittadella ospedaliera" torinese (Aso 901, 902 e 903) e per l'area territoriale nord-est (Asl VC, BI, NO, VCO, Aso 905) entro il 30.6.2010; per le altre aree entro il 31.12.2010	presenza del progetto operativo (S/NO)
21 Riordinare le politiche di acquisto e degli investimenti	21.1 Razionalizzare gli acquisti di beni e servizi	21.1.1 Sviluppare l'e-commerce tramite la piattaforma del CSI Piemonte	costo post intervento/costo preintervento
	21.2 Razionalizzare le politiche di investimento strutturate	21.2.1 Sviluppare gli acquisti a livello sovraziendale e tramite SCR	% valori gare telematiche/valore globale gare
		21.2.1 Gestire interventi di maggiore rilievo tramite la società SCR Piemonte	% valori gare associate/valore globale gare
22 Sviluppare il progetto Tessera Sanitaria	22.1 Sviluppo del progetto in coerenza con il programma 22.2 Utilizzo dei dati raccolti per l'attività di monitoraggio regionale	22.1.1 Monitoraggio del rispetto delle scadenze e di completezza dei flussi 22.2.1 Confronto dei singoli profili prescrittivi con le medie nazionali e regionali, e con indicatori ad hoc	relazione ad hoc indagine ad hoc indagine ad hoc flussi informativi ad hoc relazioni mensili di ASL



3 Sostenibilità economica e finanziaria del Piano

3.1 Finanziamento e spesa 2002-2009

Nella presente sezione si analizza la gestione economico-finanziaria del SSR nel periodo 2002-2009 in due versioni:

- nella versione disponibile presso la banca dati regionale delle ASR, comparabile con i dati presenti presso il Sistema informativo sanitario (SIS) del Ministero della Salute;
- in una versione che renda possibile l'analisi temporale dei costi e, conseguentemente, la proiezione, tendenziale e programmata, di tali voci.

La prima versione viene sviluppata allo scopo di definire le risultanze complessive della gestione del SSR nel periodo, adottando le convenzioni in uso a livello nazionale, ovvero escludendo i costi non monetari (ad esclusione dei fondi rischi).

La seconda versione, che viene proposta solo per i costi, persegue l'obiettivo di rendere significativa l'analisi temporale per le singole voci. Infatti l'analisi temporale delle risultanze dei bilanci del SSR, a tale livello, è resa poco significativa da due fenomeni:

- i ritardi nella sottoscrizione degli accordi di lavoro del personale dipendente e convenzionato;
- gli spostamenti che si sono verificati nel periodo tra i costi dei servizi a gestione diretta (rilevati per natura: personale, beni e servizi ecc.) e i costi dei servizi finali acquistati dagli enti convenzionati e accreditati.

Pertanto, per l'analisi temporale dei costi, tendenziale e programmata, occorre:

- attribuire per competenza gli oneri dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, trasferendo i costi allocati negli accantonamenti tipici di esercizio e nelle sopravvenienze passive;
- riallocare i costi in base all'attuale configurazione del SSR, ovvero trasferire i costi sostenuti per l'assistenza specialistica ed ospedaliera già erogata da enti terzi accreditati e attualmente erogata direttamente dalle ASR (ovvero l'assistenza erogata dagli ospedali dell'Ordine Mauriziano e dagli Ospedali Valdesi) e procedere in senso inverso nel caso di passaggio dalla gestione diretta a quella tramite enti terzi (come nel caso dell'Ospedale di Omegna, ora coinvolto in una sperimentazione gestionale pubblico-privato, con costi allocati nella voce dell'assistenza ospedaliera da soggetti terzi accreditati).

Le seguenti tabelle rappresentano in forma sintetica le risultanze della gestione 2002 – 2009:

- la tabella 1 presenta i risultati differenziali, distinguendo la gestione relativa al periodo 2002 – 2004, conclusa con l'operazione di copertura pluriennale del disavanzo complessivamente maturato nel periodo, da quella relativa al periodo 2005 – 2009;



- la tabella 2 presenta l'articolazione dei ricavi relativi alla gestione ordinaria del periodo come risultano dalla banca dati regionale;
- la tabella 3 presenta i costi relativi alla gestione ordinaria del SSR come si ricavano dai bilanci delle ASR;
- la tabella 4 presenta i costi relativi alla gestione ordinaria del SSR riallocati in base ai due criteri già indicati: l'anno e la voce di competenza, per gli accantonamenti e le sopravvenienze relative ai rinnovi contrattuali di lavoro del personale dipendente e convenzionato; l'attuale assetto istituzionale del SSR.

Dall'analisi della gestione 2002 – 2009 emergono le seguenti risultanze.

Risultanze della gestione

La tabella 1 evidenzia:

- i risultati differenziali dei singoli esercizi, al netto delle rettifiche convenzionali operate per le partite non finanziarie, concordati con il Tavolo di monitoraggio di cui all'art. 12 dell'Intesa del 23.3.2005;
- la formazione del disavanzo nel triennio 2002 – 2004, coperto in parte dal concorso dello Stato e per la restante parte con l'operazione pluriennale sviluppata a fine 2006;
- l'equilibrio della gestione nel biennio 2005 – 2006, ottenuto grazie all'intervento regionale a copertura dei maggiori oneri derivanti da prestazioni integrative rispetto ai LEA e dei disavanzi;
- la particolarità della gestione del 2006, che distingue le coperture disposte nel corso dell'anno e registrate nei conti economici delle ASR dalla copertura del residuo disavanzo registrato dagli stessi conti economici, disposto con apposito stanziamento allocato nel bilancio regionale 2007;
- l'ulteriore particolarità della gestione 2006, che registra un incremento della copertura regionale dovuta esclusivamente al riparto del FSN 2006 particolarmente penalizzante per la Regione Piemonte, riparto corretto in modo sostanziale nel 2007;
- il risultato differenziale positivo rilevato nel triennio 2007-2009.

Ricavi

La tabella 2 evidenzia i ricavi totali della sola gestione ordinaria, ovvero escludendo la gestione straordinaria:

- il finanziamento statale, indistinto e vincolato;
- il finanziamento integrativo regionale;
- le entrate dirette delle ASR.

Costi di esercizio

Le seguenti note fanno riferimento alla tabella 4.



Acquisto di beni e manutenzioni

I costi per acquisti di beni e manutenzioni registrano un incremento medio annuo rispetto alla base 2002 del 9,30% che si riduce al 5,89% nell'ultimo triennio.

L'aumento dei costi per acquisto di beni negli ultimi anni è stato condizionato dall'incremento del costo per l'acquisto di farmaci in distribuzione diretta agli assistiti (ovvero di costi per "servizi finali"), che ha consentito di contenere l'evoluzione della voce relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata.

L'aumento dei costi per "beni intermedi" deriva, in particolare, dall'incremento del costo dei farmaci ad uso ospedaliero, a seguito dell'immissione di nuove specialità.

Assistenza sanitaria di base

La voce registra un incremento medio annuo del 7,07% e del 3,77% nell'ultimo triennio. L'incremento deriva dai rinnovi contrattuali nazionali e regionali e, in parte, dall'incremento della popolazione (globalmente nel periodo considerato pari al 5,20% ma pari all'1,11% e allo 0,71% nel biennio 2007-8). L'incremento nell'ultimo biennio è stato contenuto dal passaggio alla dipendenza di una parte dei medici del servizio 118.

Assistenza farmaceutica

La voce registra un incremento medio dell'1,31% e del 1,22% nell'ultimo triennio. L'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sul totale nel 2009 è inferiore al valore medio nazionale, anche tenendo conto dell'assistenza diretta e per conto.

Assistenza specialistica

La voce registra un incremento medio annuo del 31,50% nell'intero periodo e del 11,10% nell'ultimo triennio.

L'incremento è dovuto all'effetto combinato di due elementi:

- l'incremento dell'attività ambulatoriale per effetto del contenimento dei ricoveri ospedalieri, che ha portato a ridurre in modo significativo il tasso di ospedalizzazione;
- la revisione del sistema tariffario (nomenclatore e tariffe), disposta con d.G.R. 26.7.2004, n. 73-13176, con entrata in vigore dall'1.10.2004, a seguito del sostanziale completamento dell'accreditamento istituzionale.

Assistenza riabilitativa

La voce registra un incremento medio annuo del 17,29% nell'intero periodo e del 15,42% nell'ultimo triennio, per effetto dell'adeguamento del livello dei servizi. L'incidenza di tale voce nel 2002 era dell'1,2% ed è cresciuta all'1,93% nel 2009.

Assistenza integrativa e protesica



La voce registra un incremento medio del 7,44% nell'intero periodo e del 5,07% nell'ultimo triennio. L'incidenza di tale voce nel 2002 era del 2,2%, rispetto ad una media nazionale dell'1,4%, ed è cresciuta nel 2009 al 2,40%, a fronte di una media nazionale dell'1,69%. La voce comprende prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA nazionali, coperte con fondi regionali.

Altra assistenza convenzionata e accreditata

La voce registra un incremento medio del 12,16% nell'intero periodo e del 10,33% nell'ultimo triennio. L'incremento deriva dalla politica regionale tesa ad elevare i livelli assistenziali a favore della popolazione non autosufficiente, in particolare anziana, incrementando la capacità ricettiva delle strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali.

L'incidenza di tale voce, pari al 5,2% nel 2002, rispetto ad una media nazionale del 4,5%, è cresciuta al 6,90% nel 2009, rispetto ad una media nazionale del 5,47%.

Assistenza ospedaliera accreditata

La voce registra nel periodo un incremento medio del 7,54% e del 2,30% nell'ultimo triennio.

L'incremento è dovuto all'effetto combinato dei seguenti elementi:

- l'incremento dell'attività ospedaliera sviluppata da soggetti privati accreditati registrato nel 2003 (+ 16% rispetto al 2002), per l'effetto dell'inserimento nel sistema di nuove case di cura;
- la revisione del sistema tariffario (nomenclatore e tariffe), disposta con le d.G.R. del 30.12.2002, n. 28-8148, e del 23.3.2005, n. 41-15180;
- il graduale accreditamento definitivo delle case di cura, con il passaggio a tariffa piena.

Gli incrementi dell'ultimo triennio, per effetto dell'accordo siglato con le associazioni Aiop e Aris il 7.4.2006 e recepito con d.G.R. del 15.5.2006, n. 46-2863 e degli accordi contrattuali siglati nel 2009, sono contenuti e derivano solo dal completamento del processo di accreditamento, ovvero dal passaggio di quasi tutte le case di cura a tariffa ordinaria.

L'incidenza dell'assistenza ospedaliera erogata da soggetti privati accreditati, per effetto degli incrementi registrati nel periodo, è passata dal 5,7% del 2002 al 6,20% nel 2009, percentuale inferiore al valore medio nazionale pari all'8,15%.

Personale

La voce registra nel periodo un incremento medio del 3,48% e del 3,11% nell'ultimo triennio. Il confronto con l'incremento medio nazionale non è significativo, essendo quest'ultimo calcolato senza tenere conto degli accantonamenti disposti per i rinnovi contrattuali.



TABELLA 1 - RISULTANZE DELLA GESTIONE DEL SSN - PIEMONTE - 2002-2009											
RISULTANZE DELLA GESTIONE	2002	2003	2004	Copertura 2002 - 2004			2005	2006	2007	2008	2009
	Totale ricavi (ivi compresi fondi a carico del bilancio regionale già iscritti nei ricavi)	5.811.564	6.011.139	6.706.126				7.544.871	7.660.782	7.934.361	8.279.750
Totale costi (al netto rettifiche)	5.951.096	6.250.714	7.368.371				7.545.365	7.625.094	7.913.703	8.276.967	8.568.033
Risultato d'esercizio	39.541	239.575	662.245				494	44.312	20.658	2.783	11.801
Saldo da finanziare	39.541	239.575	662.245				494	44.312	20.658	2.783	
Coperture											
Concorso ripiano disavanzì 2001-2003 (comma 164 l. 311/2004)							58.998				
Concorso ripiano disavanzì 2002-2004 (l. 266/2006)							228.752				
Da Regione con fondi propri								60.000			
Copertura pluriennale art. 1 comma 796 lett e) l.f. 2007											
Totale coperture								60.000			
											60.000



TAB. 2 - RICAVI GESTIONE ORDINARIA 2002 - 2009

	(euro/1000)									
	cons. 2002	cons. 2003	cons. 2004	cons. 2005	cons.2006	cons.2007	cons.2008	cons. 2009		
RICAVI DEL SSN										
FINANZIAMENTO INDISTINTO E VINCOLATO (da CIPE)	5.568.955	5.729.461	6.009.399	6.575.767	6.783.045	7.147.960	7.441.055	7.673.181		
RICAVI DEL SSN - ULTERIORI TRASFERIMENTI, RICAVI E ENTRATE PROPRIE, RICAVI STRAORDINARI										
ULTERIORI TRASFERIMENTI DA PROV AUTONOME E DA REGIONI A STATUTO SPECIALE*				316.337	425.264	319.393,00	363.366	399.328,00		
ULTERIORI TRASFERIMENTI E PROVENTI E RICAVI DIVERSI **	236.974	285.123	224.360	294.737	250.539	289.789	287.255	298.196,00		
RICAVI INTRAMOENIA	100.829	107.847	114.751	120.318	126.045	130.582	128.500	127.981,00		
TOTALE	5.906.758	6.122.431	6.348.470	7.307.159	7.584.893	7.897.724	8.220.176	8.498.686		

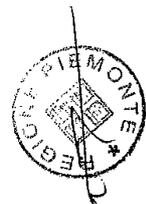
* integrazioni con fondi regionali

** ulteriori trasferimenti da altri soggetti pubblici e privati



TAB.3 - COSTI GESTIONE ORDINARIA 2002-2009

COSTI	(euro/1000)															
	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	versione originaria	composiz.														
versione rettificata	inviata mef	2009														
acquisto di beni	756.542	849.805	947.727	1.065.144	1.132.872	1.179.759	1.253.861	1.332.991	1.332.991	1.332.991	1.332.991	1.332.991	1.332.991	1.332.991	1.332.991	15,61
assist.sanit.di base	319.156	355.845	367.999	407.660	425.300	435.909	441.874	462.850	462.850	462.850	462.850	462.850	462.850	462.850	462.850	5,42
assist.farmaceutica	763.409	711.536	751.686	758.709	803.836	796.610	826.787	833.147	833.147	833.147	833.147	833.147	833.147	833.147	833.147	9,75
assist.specialistica	140.161	152.393	164.778	182.945	197.112	216.867	248.308	260.209	260.209	260.209	260.209	260.209	260.209	260.209	260.209	3,05
assist.riabilitativa	74.707	80.615	89.470	102.271	112.888	135.572	150.633	165.104	165.104	165.104	165.104	165.104	165.104	165.104	165.104	1,93
assist.integrativa	134.610	136.118	153.570	167.547	177.693	190.849	203.932	204.717	204.717	204.717	204.717	204.717	204.717	204.717	204.717	2,40
assist.ospedaliera	507.920	550.694	600.641	493.764	495.761	514.708	536.795	529.920	529.920	529.920	529.920	529.920	529.920	529.920	529.920	6,20
altra assistenza	318.324	362.053	394.366	429.170	449.851	478.482	538.249	589.285	589.285	589.285	589.285	589.285	589.285	589.285	589.285	6,90
altri servizi	110.765	131.894	172.355	184.454	180.027	193.880	202.415	211.393	211.393	211.393	211.393	211.393	211.393	211.393	211.393	2,47
godimento di beni	63.198	63.996	65.873	66.212	72.725	79.112	84.242	85.634	85.634	85.634	85.634	85.634	85.634	85.634	85.634	1,00
personale	2.291.221	2.280.721	2.396.518	2.559.743	2.707.825	2.710.478	2.852.847	2.962.635	2.962.635	2.962.635	2.962.635	2.962.635	2.962.635	2.962.635	2.962.635	34,69
spese amministrative e gene	133.047	139.668	161.817	179.772	193.585	181.905	184.915	178.016	178.016	178.016	178.016	178.016	178.016	178.016	178.016	2,08
servizi appaltati	186.770	202.054	222.941	247.433	256.365	266.288	284.604	298.541	298.541	298.541	298.541	298.541	298.541	298.541	298.541	3,50
accantonamenti tipici	9.404	120.349	281.470	144.979	50.763	127.719	56.280	68.692	68.692	68.692	68.692	68.692	68.692	68.692	68.692	0,80
imposte e tasse	169.893	173.326	183.423	196.334	207.471	215.672	225.583	227.034	227.034	227.034	227.034	227.034	227.034	227.034	227.034	2,66
oneri finanziari	6.406	3.792	6.182	8.895	21.717	32.952	39.177	19.866	19.866	19.866	19.866	19.866	19.866	19.866	19.866	0,23
comp.artec.personale	82.922	91.362	99.151	103.417	111.679	114.386	111.199	111.463	111.463	111.463	111.463	111.463	111.463	111.463	111.463	1,30
totale	6.068.455	6.406.221	7.059.967	7.298.449	7.597.470	7.871.148	8.241.701	8.541.499	100							



TAB.3 - COSTI GESTIONE ORDINARIA 2002-2009

COSTI	% d'incremento											
	05/04	06/05	07/06	08/07	09/08	09/02	09/03	09/04	09/05	09/06	09/07	09/08
versione rettificata												
acquisto di beni	12,39	6,36	4,14	6,28	6,31	10,89	9,48	8,13	6,29	5,89	6,49	6,31
assist.sanit.di base	10,78	4,33	2,49	1,37	4,75	6,43	5,01	5,15	3,38	2,94	3,09	4,75
assist.farmaceutica	0,93	5,95	-0,90	3,79	0,77	1,31	2,85	2,17	2,45	1,22	2,29	0,77
assist.specialistica	11,03	7,74	10,02	14,50	4,79	12,24	11,79	11,58	10,56	10,67	9,99	4,79
assist.riabilitativa	14,31	10,38	20,09	11,11	9,61	17,29	17,47	16,91	15,36	15,42	10,89	9,61
assist.integrativa	9,10	6,06	7,40	6,86	0,38	7,44	8,40	6,66	5,55	5,07	3,63	0,38
assist.ospedalliera	-17,79	0,40	3,82	4,29	-1,28	0,62	-0,63	-2,35	1,83	2,30	1,48	-1,28
altra assistenza	8,83	4,82	6,36	12,49	9,48	12,16	10,46	9,89	9,33	10,33	11,58	9,48
altri servizi	7,02	-2,40	7,69	4,40	4,44	12,98	10,05	4,53	3,65	5,81	4,52	4,44
godimento di beni	0,51	9,84	8,78	6,48	1,65	5,07	5,64	6,00	7,33	5,92	4,12	1,65
personale	6,81	5,79	0,10	5,25	3,85	4,19	4,98	4,72	3,93	3,14	4,65	3,85
spese amministrative e gener	11,10	7,68	-6,03	1,65	-3,73	4,83	4,58	2,00	-0,24	-2,68	-1,07	-3,73
servizi appaltati	10,99	3,61	3,87	6,88	4,90	8,55	7,96	6,78	5,16	5,48	6,06	4,90
accantonamenti tipici	-48,49	-64,99	151,60	-55,93	22,05	90,06	-7,15	-15,12	-13,15	11,77	-23,11	22,05
imposte e tasse	7,04	5,67	3,95	4,60	0,64	4,80	5,16	4,76	3,91	3,14	2,63	0,64
oneri finanziari	43,89	144,15	51,73	18,89	-49,29	30,02	70,65	44,27	30,84	-2,84	-19,86	-49,29
compartec.personale	4,30	7,99	2,42	-2,79	0,24	4,92	3,67	2,48	1,94	-0,06	-1,28	0,24
totale	3,38	4,10	3,60	4,71	3,64	5,82	5,56	4,20	4,26	4,14	4,26	3,64



TAB.4 - COSTI GESTIONE ORDINARIA 2002-2009																	
												(euro/1000)					
COSTI versione rettificata	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		comp.
	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	versione	rettificata	
acquisto di beni	807.510	898.243	898.651	1.068.907	1.132.872	1.179.759	1.253.861	1.332.991	15,61								
assist.sanit.di base	319.156	365.153	400.302	408.579	428.703	451.424	470.730	477.217	5,59								
assist.farmacautica	763.409	711.536	751.886	758.709	803.836	798.610	826.787	833.147	9,75								
assist.specialistica	81.980	110.889	134.442	180.252	197.112	219.039	252.346	262.745	3,08								
assist.ricabilitativa	74.707	80.615	89.470	102.271	112.868	135.572	150.633	165.104	1,93								
assist.integrativa	134.610	136.118	153.570	167.547	177.693	190.849	203.932	204.717	2,40								
assist.Lospedaliera	346.898	368.701	457.504	480.642	495.761	514.708	536.795	529.920	6,20								
altra assistenza	318.324	362.053	394.366	428.170	449.851	478.482	538.249	589.265	6,90								
altri servizi	130.943	152.161	185.578	185.579	180.027	193.880	202.415	211.393	2,47								
godimento di beni	65.641	66.055	67.062	66.269	72.725	79.112	84.242	85.634	1,00								
personale	2.411.208	2.497.807	2.661.059	2.697.702	2.743.200	2.805.048	2.867.398	2.999.023	35,11								
spese amministrative e generali	136.583	143.041	164.895	180.161	193.585	181.905	184.915	178.016	2,08								
servizi appaltati	195.430	210.227	230.637	248.228	256.365	266.268	284.604	298.541	3,50								
accantonamenti tipici	10.291	11.845	36.262	14.593	11.985	9.315	7.886	13.099	0,15								
imposte e tasse	176.550	180.056	189.300	196.692	207.471	221.819	226.529	229.336	2,68								
oneri finanziari	6.406	3.792	6.182	8.895	21.717	32.952	39.177	19.866	0,23								
compartec.personale	88.810	97.426	105.354	104.052	111.679	114.386	111.199	111.463	1,30								
totale	6.068.455	6.415.528	7.037.520	7.298.449	7.597.470	7.871.148	8.241.701	8.541.499	100								



TAB.4 - COSTI GESTIONE ORDINARIA 2002-2009

(euro/1000)

COSTI	% d'incremento											
	05/04	06/05	07/06	08/07	09/08	09/02	09/03	09/04	09/05	09/06	09/07	09/08
versione rettificata												
acquisto di beni	7,99	5,98	4,14	6,28	6,31	9,30	8,07	6,93	6,18	5,89	6,49	6,31
assist.sanit.di base	2,07	4,93	5,30	4,28	1,38	7,07	5,11	3,84	4,20	3,77	2,86	1,38
assist.farmacautica	0,93	5,95	-0,90	3,79	0,77	1,31	2,85	2,17	2,45	1,22	2,29	0,77
assist.specialistica	34,07	9,35	11,12	15,21	4,12	31,50	22,89	19,09	11,44	11,10	9,98	4,12
assist.risabilitativa	14,31	10,38	20,09	11,11	9,61	17,29	17,47	16,91	15,36	15,42	10,89	9,61
assist.integrativa	9,10	6,06	7,40	6,86	0,38	7,44	8,40	6,66	5,55	5,07	3,63	0,38
assist.ospedaliera	5,06	3,15	3,82	4,29	-1,28	7,54	6,06	3,17	2,56	2,30	1,48	-1,28
altra assistenza	8,83	4,82	6,36	12,49	9,48	12,16	10,46	9,89	9,33	10,33	11,58	9,48
altri servizi	0,00	-2,98	7,69	4,40	4,44	8,78	6,49	2,78	3,48	5,81	4,52	4,44
godimento di beni	-1,18	9,74	8,78	6,48	1,65	4,35	4,94	5,54	7,31	5,92	4,12	1,65
personale	0,62	1,69	2,25	2,22	4,59	3,48	3,34	2,37	2,79	3,11	3,46	4,59
spese amministrative e generali	9,26	7,45	-6,03	1,65	-3,73	4,33	4,08	1,59	-0,30	-2,68	-1,07	-3,73
servizi appaltati	7,63	3,28	3,87	6,88	4,90	7,54	7,00	5,89	5,07	5,48	6,06	4,90
accantonamenti tipici	-59,76	-17,87	-22,28	-15,34	66,10	3,90	1,76	-12,78	-2,56	3,10	20,31	66,10
imposte e tasse	4,01	5,37	6,92	2,12	1,24	4,27	4,56	4,23	4,12	3,51	1,69	1,24
oneri finanziari	43,89	144,15	51,73	18,89	-49,29	30,02	70,65	44,27	30,64	-2,84	-19,86	-49,29
compartec.personale	-1,24	7,33	2,42	-2,79	0,24	3,64	2,40	1,16	1,78	-0,06	-1,28	0,24
totale	3,71	4,10	3,60	4,71	3,64	5,82	5,52	4,27	4,26	4,14	4,26	3,64



3.2 Andamento tendenziale e programmato 2010 - 2012

Nella presente sezione viene analizzato l'andamento tendenziale e programmato della gestione del SSR nel triennio 2010 - 2012, avendo come base di partenza l'anno 2009.

Le seguenti tabelle rappresentano in forma sintetica le risultanze della gestione 2009 e l'andamento tendenziale e programmato del triennio 2010 - 2012.

- la tabella 5 presenta l'andamento dei ricavi;
- la tabella 6 presenta la base 2009 con le rettifiche derivanti dalle modifiche nell'assetto istituzionale ed organizzativo attivate dall'1.1.2010, idonee a consentire il confronto della base 2009 con l'andamento tendenziale e programmato: il passaggio della gestione del presidio di Candiolo dalla Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano all'apposita Fondazione e l'ulteriore passaggio di medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale dal rapporto convenzionale a quello della dipendenza;
- la tabella 7 presenta l'andamento tendenziale dei costi e quello programmato.

3.2.1 Ricavi

I ricavi per il triennio 2010-2012 sono i seguenti:

- i fondi statali tengono conto per il 2010 della proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il Riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno (Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett.a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112) e dell'integrazione prevista dal d.l. 78/2010. Per il biennio 2011 - 2012 i fondi sono stati stimati sulla base degli stanziamenti previsti dalla l. 191/2009, come modificati dal d.l. 78/2010, applicando la quota di accesso prevista per il 2010.
- i fondi vincolati relativi agli obiettivi del PSN e i restanti fondi vincolati vengono previsti in base all'ultima determinazione disponibile;
- i fondi integrativi regionali vengono previsti per il 2010 nel bilancio preventivo regionale, già approvato dal Consiglio regionale, e per il biennio 2011 -2012 nell'emendamento al disegno di legge relativo all'assestamento, in corso di approvazione, qui di seguito riportato:

Art. 5 ter – Integrazione copertura della spesa sanitaria

- 1) Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale ed il finanziamento delle prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza, ai sensi di quanto stabilito dall'articolo 1, commi 173, lettera f) e 174 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 ed in attuazione di quanto disposto dall'articolo 2 comma 77 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010), la Regione Piemonte prevede uno stanziamento di 400 milioni di euro per l'anno 2010, 350 milioni di euro per l'anno 2011 e 300 milioni di euro per l'anno 2012.



- 2) La Regione prosegue per gli anni 2013 e 2014 le manovre strutturali di riduzione delle spese correnti destinate al servizio sanitario regionale e stabilisce per lo stesso un finanziamento aggiuntivo non superiore rispettivamente a 250 milioni e 200 milioni
- 3) Alla copertura della spesa di cui al comma 1 si provvede come segue: per l'anno 2010 con lo stanziamento approvato con l.r. 15/2010 iscritto nell'ambito dell'UPB DB 20091 (Sanità Allocazione e controllo risorse finanziarie – Titolo I: Spese correnti), per il biennio 2011 – 2012 attraverso la destinazione di una corrispondente quota parte delle proprie entrate correnti tributarie iscritta nell'ambito dell'UPB DB 0902 (Risorse finanziarie – Ragioneria).
- 4) Le disposizioni di cui all'articolo 2 della l.r. 35/2008 vengono confermate per il biennio 2011-2012.
 - le entrate dirette vengono mantenute sostanzialmente costanti.



Costi tendenziali e programmati 2010 - 2012

La tabella 6 presenta le rettifiche operate alla base 2009 per consentire l'analisi dell'andamento dei costi nel triennio 2010 – 2012:

- lo scorporo dei costi relativi alla gestione diretta da parte di una azienda sanitaria regionale del presidio di Candiolo (acquisto di beni, personale ecc.), compensato dall'incremento dei costi relativi all'acquisto di tali prestazioni (ambulatoriali ed ospedaliere) dalla apposita Fondazione;
- la riduzione del costo dei medici convenzionati, per il passaggio di medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale al rapporto di dipendenza, con conseguente incremento dei costi del personale.

La tabella 7 presenta l'andamento tendenziale e programmato dei costi nel triennio 2010 - 2012.

L'andamento tendenziale è stato calcolato tenendo conto dei seguenti elementi:

- l'andamento storico dei costi o, in alternativa, dove non significativo per il triennio 2010 – 2012, una stima dell'andamento tendenziale atteso per effetto degli interventi già disposti dall'amministrazione regionale, prima del presente piano;
- l'effetto del d.l. 78/2010, che incide in misura significativa sull'andamento del costo del personale dipendente e convenzionato, per il blocco dei contratti e delle convenzioni mediche.

L'andamento programmato dei costi è stato calcolato tenendo conto dei seguenti elementi:

- il processo di concordamento tra la Regione Piemonte e le aziende sanitarie relativo al controllo dei costi della gestione 2010, di cui al successivo § 4.1;
- l'impatto delle misure che la Regione Piemonte intende adottare per la gestione del presente piano.



TABELLA 6 - BASE COSTI 2009 PER L'ANALISI DEI COSTI TENDENZIALI E PROGRAMMATI
(EURO/000)

COSTI	2008/rettif.	2009 rett.per accant.	Modif. Candiolo	modif. 118	base 2009	per
	v.a.	v.a.				proiez.2010-2012
acquisto di beni e manutenzioni	1.253.861	1.332.991	20.806			1.312.185
assist sanit. di base	470.730	477.217		8.400		468.817
assist.farmacautica	826.787	833.147				833.147
assist specialistica	252.348	262.745	13.000			275.745
assist.risabilitativa	150.633	165.104				165.104
assist.integrative	203.932	204.717				204.717
assist.ospedallera	536.795	529.920	31.000			560.920
altra assistenza	538.249	589.285				589.285
altri servizi	202.415	211.393	2.761			208.612
godimento di beni personale	84.242	85.634	103			85.531
spese amministrative e generali	2.867.399	2.999.023	15.400	8.400		2.992.023
servizi appaltati	184.915	178.016	2.163			175.853
accantonamenti tipici	284.604	298.541	1.751			296.790
imposte e tasse	7.886	13.099				13.099
oneri finanziari	226.529	229.336	996			228.340
compartec.personale	39.177	19.866				19.866
totale	111.199	111.463				111.463
	8.241.701	8.541.497				8.541.497



AGGREGATI DI SPESA SANITARIA REGIONE PIEMONTE	PROGRAMMATO			TENDENZIALE		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Personale	2.978.027	2.981.883	2.979.397	2.999.953	3.018.145	3.033.564
Irap	214.517	213.667	213.667	215.261	215.695	216.775
Altre componenti di spesa	288.792	258.709	265.924	292.525	289.090	298.236
Prodotti farma ceutici	544.002	534.992	556.955	548.654	601.089	578.115
Altri beni e servizi	1.377.719	1.403.765	1.437.230	1.393.608	1.438.295	1.487.306
Medicina di base	474.677	477.051	479.436	474.677	477.051	479.436
Farmaceutica convenzionata	784.975	779.310	779.310	784.975	728.633	779.310
Assistenza specialistica da privato	282.639	291.118	305.674	282.639	296.771	311.609
Assistenza riabilitativa da privato	130.872	133.294	140.300	133.287	139.951	146.947
Assistenza protesica da privato	197.877	164.228	167.514	205.418	206.198	206.982
Assistenza ospedaliera da privato	568.486	574.078	573.956	568.486	579.194	590.090
Altra assistenza da privato	453.983	461.847	480.783	462.805	485.812	510.132
Assistenza da pubblico	142.560	145.736	152.101	145.626	154.343	163.827
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0
Accantonamenti	5.240	5.240	5.240	13.098	13.098	13.098
Interessi e altro	33.645	30.688	30.688	35.705	36.425	36.508
Saldo poste straordinarie	26.842	11.745	11.796	26.844	11.770	11.839
Saldo intramoenia	7.491	7.491	7.491	7.491	7.491	7.491
Totale spesa	8.443.677	8.436.369	8.548.887	8.522.382	8.661.508	8.832.606



Acquisto di beni e manutenzioni

Il tasso di crescita tendenziale del 2010, sulla base dei bilanci preventivi aziendali del 2010 e del conto economico del 1° trimestre, è stato previsto inferiore a quello del 2009 (5% rispetto al 6,31%); quello del 2011 – 2012 è stato previsto in misura inferiore (4%), tenendo conto dell'effetto graduale degli interventi disposti dall'amministrazione regionale prima del presente piano: sviluppo dell'attività di SCR (Società di Committenza Regionale) e delle gare consortili.

L'andamento tendenziale è quindi stato corretto per tenere conto dell'effetto del d.l. 78/2010, con la previsione del passaggio della distribuzione dei farmaci H alle farmacie convenzionate: - 25.339.000 € nel 2010 e 50.677.000 € nel 2011 e 2012.

L'andamento programmato è stato determinato con le seguenti modalità:

- 2010: la stima dell'andamento programmato, + 4,3%, tiene conto del processo di concordamento con le aziende sanitarie regionali, di cui al successivo § 4.1; la crescita tiene conto dello sviluppo della distribuzione per conto, avviata nel 2° trimestre;
- 2011 – 2012: la stima dell'andamento programmato tiene conto della messa a regime della distribuzione per conto nel 2011 e degli effetti delle manovre previste dal presente piano.

Assistenza sanitaria di base

L'andamento storico è stato fortemente condizionato da fattori particolari (rinnovi irregolari delle convenzioni, passaggio alla dipendenza di medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale) che rendono poco significativo il suo utilizzo per il calcolo dell'andamento tendenziale, specie in presenza del d.l. 78/2010 che ha bloccato il rinnovo delle convenzioni.

Pertanto la stima dei costi tendenziali tiene esclusivamente conto dell'effetto di trascinarsi degli accordi nazionali e regionali relativi al biennio 2008 – 2009; atteso che il presente piano non prevede azioni nel settore, i costi programmati sono uguali a quelli tendenziali.

Assistenza farmaceutica

L'andamento storico è stato fortemente condizionato dai provvedimenti nazionali di regolazione del settore e regionali, in particolare con riferimento allo sviluppo della distribuzione diretta e per conto.

La stima dei costi tendenziali tiene conto, nel biennio 2010 – 2011, della manovra di contenimento disposta dal d.l. 78/2010 e dello sviluppo della distribuzione per conto; per il 2012 la previsione è di crescita zero.

Ferme restando le azioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva già attiva dalla Regione e dalle aziende sanitarie, il presente piano non prevede nuove azioni nel settore; pertanto i costi programmati sono uguali a quelli tendenziali.

Assistenza specialistica



Il tasso di crescita tendenziale del 2010 è stato previsto pari a quello registrato nel 2009, che è derivato sostanzialmente dallo spostamento di prestazioni dal comparto ospedaliero a quello ambulatoriale. Il tasso tendenziale del 2011 e del 2012 è stato previsto in misura superiore, per tenere conto dello sviluppo di tale fenomeno e della crescita della domanda di prestazioni.

I costi programmati nel biennio 2011 – 2012 sono previsti in misura inferiore a quella tendenziale, atteso che si prevede di compensare la crescita di domanda di prestazioni ambulatoriali con interventi sull'appropriatezza prescrittiva e di contenere la crescita con lo strumento contrattuale (§ 4.4).

Assistenza riabilitativa

Il tasso di crescita tendenziale è stato previsto in misura inferiore a quella storica, in considerazione del grado di sviluppo della rete dei servizi.

L'andamento programmato 2010 – 2012 è stimato con una crescita ridotta, in considerazione della rimodulazione del processo di sviluppo della rete dei servizi prevista negli atti di concordamento con le aziende sanitarie.

Per il contingentamento dei costi del settore si rinvia al § 4.4.

Assistenza integrativa e protesica

L'andamento tendenziale è stato previsto sulla base dell'incremento registrato nel 2009.

L'andamento programmato per il 2010, tenuto conto del concordamento con le aziende sanitarie, è stato stimato in decremento del 3.3%, per effetto dei seguenti fattori:

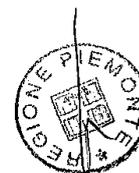
- sviluppo della erogazione diretta, con la capitalizzazione (e il riuso) del materiale durevole (carrozine, lettini, montascale);
- attivazione di gare regionali, tramite la società SCR.

In considerazione dell'alto livello di tale componente in rapporto alla popolazione (nel 2010 oltre 46 € procapite a fronte di una media nazionale di 30 €) costituisce obiettivo del presente piano riordinare radicalmente il settore:

- rivedendo il nomenclatore dei presidi;
- rivedendo il sistema di distribuzione del materiale più articolato, passando dalla prevalente distribuzione trimestrale a quella mensile;
- concordando con le associazioni rappresentative dei distributori nuovi accordi tesi ad ottenere migliori condizioni economiche.

Pertanto l'andamento programmato nel biennio 2011 – 2012 è stimato in forte decremento, in modo da avvicinare il costo medio procapite a quello nazionale.

Assistenza ospedaliera



L'andamento storico di tale voce è stato condizionato da molteplici fattori, con effetti in parte compensati:

- processo di accreditamento definito delle strutture, con il passaggio alla tariffa piena;
- revisione periodica del sistema tariffario;
- riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- variazione della mobilità interregionale.

In ultimo, nel 2009, l'andamento è stato condizionato dalla sottoscrizione dei contratti.

L'andamento tendenziale del 2010 tiene conto dei contratti sottoscritti per il biennio 2009 – 2010; tale incremento viene utilizzato anche per il biennio 2011 – 2012.

L'andamento programmato:

- nel 2010 è uguale a quello tendenziale;
- nel biennio 2011 – 2012 si prevede un ulteriore contenimento perseguibile avviando il percorso di revisione della rete ospedaliera per effetto dei nuovi standard posti dal Patto per la salute. Per i contratti si rinvia al § 4.4.

Relativamente alla riduzione dei posti letto, l'impatto per il settore privato riguarderà prevalentemente l'area della postacuzie. In tale prospettiva si prevede il trasferimento della domanda verso forme assistenziali socio-sanitarie, con minore costo giornaliero. In questa fase, peraltro, non si prevede il trasferimento ad altra voce di costo.

Altra assistenza

Il tasso di crescita tendenziale è stato previsto in misura inferiore a quella storica, in considerazione del grado di sviluppo della rete dei servizi.

L'andamento programmato del 2010 è stimato con una crescita ridotta, in considerazione della rimodulazione degli inserimenti di nuovi utenti, in lista d'attesa, prevista nel concordamento con le aziende sanitarie. Analogo intervento è previsto nel biennio 2011 – 2012, anche alla luce dello sviluppo dell'assistenza domiciliare, con minori costi.

Altri servizi

Alla luce del preventivo 2010, si è previsto in tale anno un decremento e, negli anni successivi, la conferma del valore del 2010.

L'andamento programmato 2010 - 2012 è stimato con un decremento che deriva per il 2010 dal contenimento previsto nei concordamenti con le aziende sanitarie e per il biennio 2011 – 2012 dalla manovra disposta dal dl 78/2010 relativa al personale con rapporto di lavoro non di dipendenza (compreso in questo aggregato per le componenti delle collaborazioni coordinate e continuative e delle convenzioni).

Godimento di beni



Il tasso di crescita tendenziale è stato previsto pari a quello del 2009.

L'andamento programmato 2010 - 2012 è stimato con un decremento nel 2010 che deriva dai concordamenti con le aziende sanitarie e con un lieve incremento nel biennio 2011 – 2012.

Personale

Il tasso di crescita tendenziale è stato previsto tenendo conto del dl 78/2010:

- 2010: vacanza contrattuale e effetto di trascinamento delle assunzioni per l'attivazione di nuovi servizi effettuate nel 2009 e nella prima fase del 2010;
- 2011 – 2012: programma di attivazione di nuovi servizi a gestione diretta, in attuazione del piano sanitario regionale.

Il tasso di crescita programmato è stato previsto con le seguenti modalità:

- 2010: blocco temporaneo del turnover disposto con la DGR del 30.4.2010 e successivi limiti definiti nei concordamenti con le aziende sanitarie;
- 2011: blocco parziale del turnover (40% in media regionale nel biennio 2010-2011) e riduzione del personale interinale (compreso in questo aggregato: 50% in media regionale nel biennio 2010-2011 rispetto al 2009);
- 2012: compensazione di eventuali incrementi di dotazione per nuovi servizi con corrispondente blocco parziale del turnover relativo ai servizi in funzione e ulteriore blocco del turnover (10%) e riduzione degli interinali (10% rispetto al 2009).

Spese amministrative e generali

L'andamento tendenziale e quello programmato del 2010 sono stati previsti nella misura derivante dai piani di concordamento con le aziende sanitarie.

Servizi appaltati

Il tasso di crescita tendenziale è stato previsto pari a quello del 2009.

L'andamento programmato è stato determinato per il 2010 in base ai concordamenti con le aziende e per il biennio 2011 – 2012 prevedendo prudenzialmente una crescita superiore (ma inferiore a quella del 2009).

Accantonamenti tipici

Il valore tendenziale è pari a quello del 2009.

Il valore programmato del 2010 è pari a quello derivante dai piani di concordamento con le aziende sanitarie ed è mantenuto costante nel biennio 2011 – 2012.

Imposte e tasse



Il valore tendenziale e quello programmato sono stati calcolati sulla base del costo del personale, in considerazione della prevalente incidenza dell'Irap sul personale dipendente.

Oneri finanziari

I valori tendenziale sono pari a quello del 2009.

Il costo programmato del 2010 è pari a quello derivante dai piani di concordamento con le aziende sanitarie. Per il 2011 si prevede una ulteriore riduzione.

Compartecipazioni al personale

L'andamento tendenziale e quello programmato del 2010 sono stati previsti nella misure derivanti dai piani di concordamento con le aziende sanitarie. Tale valore è stato mantenuto costante nel biennio 2011 – 2012.

3.3 I costi per destinazione

Il sistema contabile delle ASR prevede che i costi rilevati per natura dalla contabilità generale siano rielaborati per funzioni, mediante il modello LA.

Atteso che i modelli LA si basano su elaborazioni extra-contabili i dati raccolti devono essere letti con cautela, in particolare per il passato.

Negli ultimi anni la rilevazione mediante il modello LA deriva da un applicativo regionale finalizzato a costruire, in termini preventivi e consuntivi, i piani di attività delle ASR (procedura PIA); pertanto la raccolta dei dati è più omogenea rispetto al passato.

Sono in corso ulteriori interventi finalizzati a migliorare la rappresentazione dei dati contabili per funzione e a rendere più stretto il raccordo tra la procedura PIA ed i sistemi aziendali di contabilità analitica.

I costi rilevati dal modello LA e quelli attesi nel periodo 2010 – 2012 vengono presentati con l'aggregazione utilizzata dalla Regione Piemonte in sede di riparto delle risorse.

L'aggregazione riguarda in particolare l'assistenza territoriale:

- il modello LA articola in primo luogo i costi nelle tre grandi tipologie dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale e, successivamente, articola le tre tipologie rispetto ai destinatari;
- il modello di riparto del FSR privilegia l'articolazione tra le tipologie di destinatari.

Per questo motivo i costi per funzioni, storici e programmati, vengono presentati con l'aggregazione per tipologie di destinatari, utilizzata anche nei PRR aziendali.

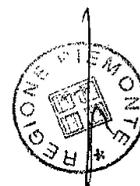
La tabella 8 presenta le risultanze dei modelli LA del periodo 2003 – 2008 presenti nella banca dati del SSR.

L'analisi temporale evidenzia andamenti irregolari per alcune voci (in particolare per la prevenzione individuale), presumibilmente per diversi criteri di imputazione.



L'andamento programmato della composizione dei costi tra i tre grandi aggregati e al loro interno risente del differenziato andamento dei costi per natura evidenziati in precedenza:

- la quota destinata all'assistenza collettiva, caratterizzata dalla produzione diretta e dalla elevata incidenza del costo del personale, tende a calare per il blocco della contrattazione relativa al personale dipendente;
- la quota destinata all'assistenza distrettuale, caratterizzata da molti servizi acquistati dall'esterno e con domanda in crescita, tende a crescere (crescita in parte compensata dalla riduzione dell'assistenza farmaceutica);
- la quota destinata all'assistenza ospedaliera, caratterizzata dalla prevalenza di produzione diretta e dalla elevata incidenza del costo del personale, tende a calare (anche per effetto della ristrutturazione della rete ospedaliera prevista in attuazione del Patto per la salute).



TAB. 8 – LA STORICO (euro/1000)

	LA 2005	2003		2004		2005		2006		2007		2008		% 2008-03
		val.ass.	%											
Assistenza collettiva														
SIAN + SISP + SPRESAL	146.347	142.886	2,17	131.295	1,73	147.723	1,90	149.362	1,89	159.008	1,94	187.437	2,18	31,18
Assistenza veterinaria	128.660	90.440	1,38	125.001	1,65	130.276	1,67	127.426	1,61	130.083	1,59	118.209	1,38	30,70
Previdenza individuale	25.326	22.054	0,34	34.029	0,45	25.131	0,32	14.898	0,19	19.406	0,24	19.775	0,23	-10,33
Medicina legale	43.641	37.089	0,56	41.953	0,55	44.999	0,58	46.491	0,59	47.711	0,58	47.599	0,55	28,34
Totale assistenza collettiva	68.967	292.469	4,45	332.278	4,38	348.129	4,47	338.177	4,27	356.208	4,35	373.020	4,35	27,54
Assistenza distrettuale														
Medicina di base	316.170	259.284	3,95	260.773	3,43	316.170	4,06	317.960	4,01	319.938	3,91	344.988	4,02	33,05
Pediatria di libera scelta	50.314	49.245	0,75	44.463	0,59	50.314	0,65	53.990	0,68	56.871	0,69	60.335	0,70	22,52
Continuità assistenziale	39.270	29.927	0,46	24.597	0,32	39.270	0,50	39.204	0,49	33.268	0,41	37.359	0,44	24,83
Emergenza sanitaria territoriale		65.662	1,00	67.797	0,89	102.713	1,32	121.911	1,54	112.732	1,38	133.310	1,55	103,02
Assistenza farmaceutica	966.359	832.010	12,66	893.805	11,77	966.359	12,40	1.036.297	13,08	903.150	11,03	1.139.209	13,27	36,92
Assistenza specialistica	1.283.699	1.018.315	15,50	1.296.061	17,07	1.283.699	16,48	1.371.022	17,31	1.430.078	17,46	1.487.574	17,33	46,08
Assistenza anziani	360.055	268.356	4,08	314.310	4,14	347.931	4,47	333.746	4,21	371.388	4,54	416.559	4,85	55,23
Assistenza malati terminali		17.054	0,26	19.483	0,26	13.244	0,17	15.714	0,20	22.096	0,27	24.449	0,28	43,36
Assistenza psichiatrica	204.990	174.050	2,65	210.839	2,78	205.373	2,64	200.287	2,53	202.928	2,48	211.665	2,47	21,61
Assistenza dipendenze	93.810	82.840	1,26	88.506	1,17	89.420	1,15	89.485	1,13	88.018	1,07	95.365	1,11	15,12
Assistenza malati affetti da HIV		10.799	0,16	15.463	0,20	4.541	0,06	4.679	0,06	7.284	0,09	4.546	0,05	-57,90
Assistenza disabili	156.566	125.149	1,90	125.514	1,65	156.718	2,01	169.186	2,14	160.250	1,96	169.698	1,98	35,60
Assistenza materno infantile	29.661	22.769	0,35	26.553	0,35	29.661	0,38	29.495	0,37	58.185	0,71	41.135	0,48	80,66
Altra assistenza	174.799	132.542	2,02	165.009	2,17	175.019	2,25	199.801	2,52	231.338	2,83	247.969	2,89	87,09
Totale assistenza distrettuale	3.269.939	3.088.002	47,00	3.553.173	46,79	3.780.432	48,53	3.982.777	50,28	3.997.564	48,82	4.414.161	51,44	42,95
Assistenza ospedaliera														
Ricoveri ordinari e diurni	3.190.520	2.779.955	42,31	3.197.487	42,11	3.214.004	41,26	3.136.854	39,60	3.350.538	40,92	3.339.283	38,91	20,12
DEA/PS	373.936	313.835	4,78	378.665	4,99	376.961	4,84	392.242	4,95	375.807	4,59	370.425	4,32	18,03
ospedalizzazione domiciliare	70.191	3.322	0,05	2.729	0,04	2.138	0,03	812	0,01	32.849	0,40	16	0,00	
servizi trasfusionali		69.339	1,06	103.537	1,36	66.232	0,85	64.377	0,81	72.939	0,89	82.540	0,96	19,04
trapianto organi e tessuti		23.816	0,36	25.790	0,34	2.312	0,03	6.449	0,08	2.494	0,03	2.406	0,03	
Totale assistenza ospedaliera	3.634.647	3.190.267	48,55	3.708.208	48,83	3.661.647	47,00	3.600.734	45,45	3.834.627	46,83	3.794.670	44,22	18,95
totale		6.570.738	100,7	7.593.659	100,7	7.790.208	100,7	7.921.688	100,8	8.188.399	100,8	8.581.851	100	30,61



4. Le azioni per il perseguimento dell'equilibrio economico della gestione

Il quadro degli obiettivi e dell'evoluzione dei costi del SSR nel triennio 2010 - 2012 delineato nei precedenti capitoli si basa sullo sviluppo di azioni che, con riferimento al perseguimento dell'equilibrio economico della gestione, possono essere classificate in quattro categorie:

1. azioni di governo del sistema;
2. azioni di revisione della rete dei presidi;
3. azioni di controllo dell'evoluzione dei costi relativi ai fattori produttivi utilizzati direttamente dalle ASR:
 - 3.1 personale;
 - 3.2 acquisto di beni e servizi;
4. azioni di controllo dell'evoluzione dei costi relativi all'acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori;
5. azioni su altre voci di costo.

4.1 Le azioni di governo del sistema

La nuova amministrazione regionale, all'atto del suo insediamento, preso atto dei problemi connessi al perseguimento dell'equilibrio della gestione del SSR, ha delineato una manovra articolata in più fasi:

- in via immediata, con la d.G.R. n. 30 – 43 del 30.4.2010, richiesta alle aziende sanitarie regionali di presentare un piano finalizzato a perseguire l'equilibrio della gestione nel 2010 (piano preliminare ad un atto di concordamento tra la Regione Piemonte e le aziende sanitarie), prevedendo, nelle more del concordamento stesso, il blocco totale di nuove assunzioni di personale (a qualsiasi titolo). Tale fase verrà chiusa entro il mese di luglio con la sottoscrizione degli accordi di concordamento;
- definizione delle nuove scelte della pianificazione sanitaria regionale, anche alla luce degli indirizzi forniti dal Patto per la salute 2010 – 2012, entro il 31.10.2010;
- conseguente definizione da parte delle Aziende Sanitarie Regionali dei piani relativi al biennio 2011 – 2012, entro il 31.12.2010, al fine di pervenire alla sottoscrizione degli atti di concordamento entro il primo trimestre del 2011.

4.2 Le azioni di revisione della rete dei presidi

L'intervento principale sarà relativo alla revisione dei presidi, ospedalieri e non, per dare attuazione al Patto per la salute, articoli 6 e 9. A tale fine la Regione, entro il 31.12.2010, predisporrà un atto di programmazione integrata della rete dei presidi ospedalieri e relativi alla residenzialità dei soggetti non autosufficienti, come previsto negli obiettivi generali e operativi descritti nel § 2.4 del presente Piano.

La razionalizzazione riguarderà:



- la rete dell'emergenza ospedaliera: in tale ambito si prevede l'adozione entro il 31.12.2010 di una deliberazione con la revisione della qualificazione dei diversi punti di assistenza. Sulla base dell'attività istruttoria, ancora incompleta, si prevede la trasformazione di un DEA di 1° livello in pronto soccorso e di 4 pronti soccorso in punti di primo intervento;
- la rete dei laboratori di analisi: si prevede l'adozione entro il 31.12.2010 di una deliberazione con la revisione della rete dei laboratori. Sulla base dell'attività istruttoria, ancora incompleta, si prevede la trasformazione di 10 laboratori di tipo B in POCT;
- la razionalizzazione della rete di degenza.

In particolare la revisione della rete di degenza dei presidi a gestione diretta sarà finalizzata non solo alla riduzione dei posti letto ma anche al superamento di due fattori critici dell'attuale rete:

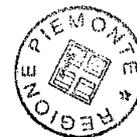
- una durata della degenza media dei ricoveri ospedalieri ordinari per acuti superiore alla media nazionale ed al *benchmark* di riferimento;
- una dotazione di unità operative di dimensioni ridotte, da superare sviluppando ulteriormente il processo di aggregazione dipartimentale.

A tale fine si prevede l'adozione entro il 31.12.2010 di una deliberazione con la revisione della rete. Sulla base dell'attività istruttoria, ancora in corso, si prevede:

- lo sviluppo del modello week surgery. Sulla base dell'attività istruttoria si prevede la trasformazione totale di un presidio e parziale di altri due presidi;
- la revisione delle specialità che non presentano livelli di attività inferiori ai livelli ritenuti adeguati a livello nazionale, con la conseguente riduzione del numero delle strutture complesse;
- la riduzione dei posti letto e il maggiore accorpamento dei reparti in logica dipartimentale.

Le economie derivanti dagli interventi sopra indicati sono stimate a regime nel 2012 con le seguenti modalità.

rete ospedaliera - procedimento di calcolo delle economie	
revisione rete emergenza	
trasformazione di 1 DEA in PS e di 4 PS in punti di primo intervento	
minore costo di personale (30 medici *100.000)	3.000
revisione rete laboratori analisi	
trasformazione di 10 laboratori analisi B in POCT	
minore costo di personale (45 unità * 60.000)	2.700
minore costo materiale di laboratorio (25% della valorizzazione complessiva di 3.000.000 esami, 4 € per esame)	3.000
revisione rete ospedaliera	
trasformazione di 1 ospedale in week hospital	
riduzione 20 unità di personale * 50.000	1.000
trasformazione parziale di 2 ospedali in week hospital	
riduzione 30 unità di personale * 50.000	1.500
revisione rete specialità con riduzione SC con bassa attività	



riduzione 20 direttori SC (* 150.000)	3.000
revisione rete ospedaliera con riduzione pl e maggiore accorpamento dipartimentale	
riduzione personale di assistenza (300 unità *40.000)	12.000
minore costo consumi per 300 pl (0,85 tasso occ. *45 € die)	4.000
totale generale	30.200
totale riduzione personale a regime	23.200
totale riduzione altri costi	7.000

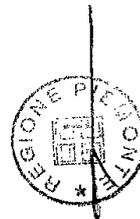
Le economie derivanti dalla revisione della rete dei presidi a gestione diretta sono comprese nel successivo § 4.3.1.

4.3 Le azioni di controllo dell'evoluzione dei costi dei fattori produttivi

4.3.1. Il personale

La manovra prevista per il 2010 - 2012 comporta le seguenti riduzioni rispetto ai costi tendenziali:

procedimento di calcolo delle economie di personale				
blocco incrementi per nuovi servizi		2010	2011	2012
il blocco indicato per il 2010 - 2011 deriva dal concordamento con le aziende		14.443	5.223	
l'incremento previsto nel 2012 trova copertura nella razionalizzazione della rete ospedaliera				13.960
blocco turnover				
uscite definitive dal sistema per anno	1.200			
% blocco medio regionale biennio 2010-2011	40			
uscite 2010-2011 non coperte	480			
costo medio anno delle uscite non coperte	25			
% blocco medio regionale 2012	10			
uscite 2012 non coperte	120			
economia per costo totale uscite non coperte	15.000			
spalmatura del blocco sul triennio 2010 - 2012		3.000	9.000	3.000
effetto cumulato		3.000	12.000	15.000
riduzione interinali				
importo 2009	34.790			
% riduzione (dl 78/2010)	50			
riduzione biennio 2010-2011	17.395			
% ulteriore riduzione 2012	10			
riduzione 2012	3.479			
spalmatura del blocco sul triennio 2010 - 2012		4.500	12.895	3.479
effetto cumulato		4.500	17.395	20.874
riepilogo				
blocco incrementi dotazioni per nuovi servizi		14.443	5.223	13.960
blocco turnover		3.000	12.000	15.000
riduzione interinali		4.500	17.395	20.874
		21.943	34.618	49.834



Vengono comprese in questo ambito anche le economie relative ad altre forme di acquisizione del fattore personale, comprese nell'aggregato "altri servizi".

altri servizi		2010	2011	2012
importo co.co.co. + cooperative 2009	31.276			
consulenze sanitarie 2009	12.370			
	43.646			
riduzione biennio 2011-2012	50		21.823	21.823

Per garantire il rispetto degli andamenti programmati la Giunta regionale definirà, entro il 31.10.2010, le modalità di applicazione delle riduzioni indicate a livello di singola azienda, vincolanti per la predisposizione dei piani aziendali 2011-2012 di cui al precedente § 4.2.

4.3.2. Acquisto di beni e servizi

L'acquisto di beni e servizi rappresenta la seconda area di intervento del piano di rientro. Infatti tale voce di costo, analogamente al personale, presenta una incidenza superiore alle regioni di confronto, in parte per effetto del minore ricorso a servizi appaltati.

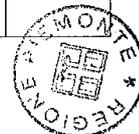
A tale fine la Giunta regionale, con deliberazione del 20.7.2010, ha impartito alle aziende sanitarie ulteriori indirizzi per i processi di acquisizione dei beni e dei servizi, sia a livello singolo che associato, prevedendo, in particolare che, salvo casi particolari da segnalare alla Regione, nella valutazione il prezzo venga considerato in misura non inferiore al 70%.

Inoltre la Giunta regionale, entro il 31.12.2010, adotterà i seguenti provvedimenti:

- nuovo prontuario farmaceutico ospedaliero, con economie attese di 5 mln;
- nuovo prontuario farmaceutico per le malattie rare, con economie attese di 1,8 mln.

La seguente tabella riporta le economie attese, comprese quelle che derivano dalla revisione della rete ospedaliera:

acquisti di beni		2010	2011	2012
revisione programmi avvio nuove attività / sviluppo attività in essere		9.185		
economie derivanti da revisione clausole contrattuali qualità/prezzo			20.502	34.033
altre economie			11.800	13.800
totale economie		9.185	32.302	47.833
dettagli				
valore acquisto beni 2010	1.230.000			
stima valore acquisti effettuati con incidenza valutaz. prezzo < 70%	861.000			
% economia registrata nelle gare con rapporto 70/30	7			
economia sulle gare attivate dall'1.8.2010, con effetti che andranno a regime gradualmente	60.270			



valutazione effetto economie su biennio 2011-2012			20.502	34.033
maggiori economie attese da prontuario farmaceutico ospedaliero			5.000	5.000
economie per trasformazione laboratori B in POCT			2.000	3.000
economie per chiusura 300 pl			3.000	4.000
economie per farmaci malattie rare			1.800	1.800

servizi appaltati		2010	2011	2012
revisione programmi sviluppo nuovi appalti		7.708		
revisione quantità servizi da acquisire e valutaz. qualità/prezzo			10.818	14.190
totale		7.708	10.818	14.190
procedimento di calcolo				
valore appalti	296.790			
stima valore acquisti effettuati con incidenza valutaz. prezzo < 70%	207.753			
% economia registrata nelle gare con rapporto 70/30	7			
economie	14.543			
effetto economie su biennio 2011-2012			10.818	14.190

Relativamente all'acquisto di beni per l'assistenza integrativa e protesica le economie derivano:

- dal distinto finanziamento regionale in conto capitale dei beni durevoli, previsto dalla deliberazione del 30.4.2010;
- dall'accordo con le associazioni dei fornitori di tali beni, teso a garantire condizioni più economiche relative a tali forniture e un nuovo sistema di distribuzione del materiale, passando dalla fornitura trimestrale a quella mensile, in fase di negoziazione e che verrà definito entro il 30.9.2010;
- dalla revisione del nomenclatore delle protesi, che verrà adottato entro il 31.1.2011.

Come già detto nel § 3.3, l'obiettivo è di ridurre in modo significativo il costo procapite di tale voce, avvicinandolo a quello medio nazionale.

Relativamente all'aggregato "godimento di beni" le economie derivano dal distinto finanziamento regionale in conto capitale con apposito "fondino" destinato al rinnovo tecnologico, con conseguente minore ricorso a leasing e altre forme di acquisizione.

4.4 Acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori

L'acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori può essere articolato in due tipologie:

- acquisto di prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali;
- acquisto di altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Relativamente all'acquisto di prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali i rapporti sono regolati da un sistema tariffario consolidato e dai contratti con i singoli soggetti.

L'evoluzione dei costi per l'acquisto di tali prestazioni è condizionato da due fattori:



- il numero di prestazioni ospedaliere acquistate è in graduale riduzione per lo spostamento ad altre forme assistenziali (ambulatoriale e socio-sanitarie); il processo sarà incentivato dall'applicazione del nuovo standard di posti letto definito dal Patto per la salute;
- il costo delle singole prestazioni è in tendenziale crescita per il completamento dell'accreditamento definitivo (con il passaggio a tariffa piena) e per la revisione periodica delle tariffe.

Per garantire il rispetto dell'equilibrio di bilancio il valore programmato costituisce riferimento per i contratti con i soggetti erogatori. In merito si precisa che il valore dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende il costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale interna, ovvero dei medici convenzionati che operano all'interno delle aziende sanitarie con un rapporto di lavoro simile a quello subordinato e che pertanto è esclusa dalla contrattazione.

La Giunta Regionale, entro il 31.10.2010 e 2011, definirà le linee guida per la contrattazione l'anno successivo e i tetti per le singole aziende sanitarie compatibili con l'andamento programmato nel presente piano, anche alla luce dell'applicazione degli indirizzi del Patto per la salute relativi alla revisione dello standard di posti letto ospedalieri. Conseguentemente le aziende sanitarie saranno chiamate a sottoscrivere i contratti con i soggetti erogatori entro il 31.12.2010 e 2011.

L'evoluzione dei costi per l'acquisto delle altre prestazioni presenta caratteristiche diverse:

- il numero di prestazioni acquistate è in costante incremento, per effetto della riduzione del tasso di ospedalizzazione e dell'invecchiamento della popolazione. Occorre peraltro osservare che la crescita è stata elevata nell'ultimo triennio, arrivando a valori vicini a quelli obiettivo (ad esempio, con riferimento allo standard definito dal Piano soci-sanitario regionale di 2 pl ogni 100 anziani);
- il sistema tariffario è in fase di progressiva definizione, con il graduale passaggio dalle tariffe concordate con le singole strutture ad un articolato sistema tariffario regionale. Inoltre, trattandosi di prestazioni con elevata incidenza del costo del personale e di strutture anche di modesta dimensione, il sistema tariffario deve essere aggiornato ad ogni variazione contrattuale del settore;
- i rapporti sono regolati mediante la definizione annuale del budget per ogni comparto (dipendenze, anziani disabili, psichiatria), il rilascio dell'autorizzazione al ricovero (previa valutazione da parte delle competenti unità) e un sistema di convenzioni che regolano l'accesso degli utenti alle strutture in base alle scelte personali. Inoltre ogni azienda si fa carico delle prestazioni erogate dai soggetti erogatori accreditati, regionali ma anche extra-regionali. Pertanto con queste strutture non sussistono i presupposti per pervenire ai contratti, ove intesi in analogia con quelli delle case di cura.

Per garantire il rispetto dell'equilibrio di bilancio il valore programmato costituisce riferimento per la definizione dei tetti di spesa delle varie aree comprese in questo comparto.

La Giunta Regionale, entro il 31.10.2010 e 2011, definirà i tetti per le singole aziende sanitarie compatibili con l'andamento programmato nel presente piano. Conseguentemente le aziende sanitarie saranno chiamate a definire i tetti di spese dei singoli soggetti erogatori entro il 31.12.2010 e 2011.



4.5 Altre voci

Occorre, infine, considerare le seguenti ulteriori variazioni dei costi:

- accantonamenti tipici: l'andamento tendenziale ha considerato il valore del 2009, peraltro anomalo rispetto alla serie storica; pertanto l'andamento programmato parte dal valore 2010 che deriva dall'andamento dei costi rilevato in fase di concordamento e mantiene tale valore nel biennio 2011-2012;
- oneri finanziari: l'andamento tendenziale ha considerato il valore del 2009; l'andamento programmato parte dal valore 2010 che deriva dall'andamento dei costi rilevato in fase di concordamento e prevede una riduzione per effetto del presente piano;
- imposte e tasse: la riduzione segue proporzionalmente quella del personale dipendente, in considerazione della prevalente incidenza del dell'IRAP.

4.6 Tabelle riepilogative

La seguente tabella riepiloga le economie che derivano dalla manovra, con il riferimento ai precedenti paragrafi.

MANOVRA	MANOVRA 2010	MANOVRA 2011	MANOVRA 2012
Personale	21.926	36.262	54.168
Irap	744	2.028	3.108
Altre componenti di spesa	3.733	30.380	32.312
Prodotti farmaceutici	4.652	66.077	21.160
Altri beni e servizi	15.889	35.530	50.076
Medicina di base	0	0	0
Farmaceutica convenzionata	0	-50.677	0
Assistenza specialistica da privato	0	5.653	5.935
Assistenza riabilitativa da privato	2.415	6.657	6.648
Assistenza protesica da privato	7.541	41.970	39.468
Assistenza ospedaliera da privato	0	5.116	16.134
Altra assistenza da privato	8.822	23.965	29.349
Assistenza da pubblico	3.066	8.607	11.725
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0
Accantonamenti	7.858	7.858	7.858
Interessi e altro	2.060	5.737	5.820
Saldo poste straordinarie	2	25	43
Saldo intramoenia	0	0	0
Totale manovra	78.705	225.138	283.718



La seguente tabella riassume il quadro economico-finanziario del Piano di rientro.

QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO PIANO DI RIENTRO
(valori in migliaia di euro)

	2010	2011	2012
(1) SPESA TENDENZIALE CORRENTE	8.522.382	8.661.508	8.832.606
(2) RICAVI ORDINARI CE TENDENZIALI A LEGISLAZIONE VIGENTE (fondo+entrate proprie reali+saldo mobilità)	8.033.145	8.087.341	8.256.572
di cui:			
finanziamento	7.753.660	7.818.791	7.990.023
mobilità	-3.232	-3.232	3.232
entrate proprie reali	282.717	271.782	269.782
(3) = (2) - (1) DISAVANZO STRUTTURALE TENDENZIALE	-489.237	-574.167	-576.034
(4) MANOVRA SUI COSTI	78.705	225.138	283.718
di cui:			
Personale	21.926	36.262	54.168
Irap	744	2.028	3.108
Altre componenti di spesa	3.733	30.380	32.312
Prodotti farmaceutici	4.852	66.077	21.160
Altri beni e servizi	15.889	35.530	50.076
Medicina di base	0	0	0
Farmaceutica convenzionata	0	-50.677	0
Assistenza specialistica da privato	0	5.653	5.935
Assistenza riabilitativa da privato	2.415	6.657	6.648
Assistenza protesica da privato	7.541	41.970	39.458
Assistenza ospedaliera da privato	0	5.116	16.134
Altra assistenza da privato	8.822	23.955	29.349
Assistenza da pubblico	3.066	8.607	11.725
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0
Accantonamenti	7.858	7.858	7.858
Interessi e altro	2.060	5.737	5.820
Saldo poste straordinarie	2	25	43
Saldo intramoenia	0	0	0
Spazio salute 3 dicembre 2009			
Quota della manovra nazionale 2011-2012 di 834 mln di euro (articolo 2, comma, 67, legge 191/2009)		63.000	63.000
(6) = (3) + (4) + (5) Disavanzo strutturale residuo	-410.532	-286.029	-229.315
(7) Coperture da bilancio	400.000	350.000	300.000
di cui:			
Manovra a carico del bilancio regionale	400.000	350.000	300.000
Ulteriore copertura a carico del bilancio regionale			
(8) Utilizzo avanzo consuntivo 2009 (maggiore copertura a consuntivo 2009)	11.712		
(9) = (6) + (7) + (8) PRUDENZIALITA' DA VERIFICARE NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA ANALITICO	1.180	63.971	70.685

