



BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE PIEMONTE

Torino, 12 agosto 2010

DIREZIONE, REDAZIONE e ABBONAMENTI
Piazza Castello 165, 10122 Torino
Tel 0114323994 - 3299 - 2722 - 3559 - 4030
Fax 0114324363
Sito Internet: <http://www.regione.piemonte.it>
e-mail bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it
Il Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte si pubblica ogni giovedì in Torino.

CONSULTAZIONE presso URP dal lunedì al venerdì ore 9,00 - 12,00, nella sede di Torino dal lunedì al giovedì ore 9,00 - 15,00, venerdì 9,00 - 13,00.
Consiglio Regionale via Alfieri 15 Torino presso: Ufficio Documentazione: tel 0115757342 - Biblioteca: via Confinza 14 tel. 0115757371 - URP: via Arsenale 14/G tel. 0115757444 dal lunedì al giovedì ore 9,00-13,00/14,00-16,00 venerdì ore 9,00-13,00

URP -Torino Piazza Castello 165 -Tel. 0114321647
Alessandria via dei Guasco 1-Tel. 0131285072
Asti Corso Alfieri 165 -Tel. 0141324551
Biella via Galimberti 10/a -Tel. 0158551568
Cuneo Piazza Libertà 7 -Tel. 0171603161
Novara via Dominioni 4 -Tel. 0321393800
Verbania via Albertazzi 3 -Tel. 0323502844
Vercelli via Fratelli Ponti 24 -Tel. 0161600286

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale -70% CB/TORINO



Foto: Paolo Viglione

Cuneo - concerto di Ferragosto

Eventi culturali in Piemonte

ATTI DELLA REGIONE E DELLO STATO

Supplemento

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 1-415

Approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 69-481

Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009.

ABBONAMENTI

RICHIESTA

Per abbonarsi è necessario compilare il modulo pubblicato al fondo di questo fascicolo o scaricabile dal sito internet del Bollettino Ufficiale - sezione "come abbonarsi" - ed inviarlo tramite fax alla Redazione, corredato dell'attestazione di pagamento.

ATTIVAZIONE E DECORRENZA

L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dall'inserimento del nominativo nella "banca dati abbonati" dopo il ricevimento in Redazione dell'attestazione di pagamento.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati personali inviati alla Redazione del Bollettino Ufficiale per l'attivazione dell'abbonamento saranno utilizzati esclusivamente ai fini della spedizione dei fascicoli, nel rispetto del disposto del Decreto Legislativo 196/2003.

ATTI DELLA REGIONE E ATTI DELLO STATO

Abbonamento semestrale
Codice S1 € 52,00

CONCORSI, APPALTI E ANNUNCI

Abbonamento semestrale
Codice S3 € 23,00

INTERNET

Consultazione
gratuita

INSERZIONI

RICHIESTA E TEMPISTICHE

Le richieste di inserzione devono pervenire alla Redazione del Bollettino Ufficiale (via posta o fax) entro le ore 12.00 del mercoledì della settimana precedente la data di pubblicazione del fascicolo.

Il testo deve essere inviato su carta libera (Enti pubblici) o su carta bollata (Privati), unitamente all'attestazione di pagamento e alla lettera di richiesta. Il modello della lettera è scaricabile dalla sezione "invio pubblicazioni" del sito internet del Bollettino Ufficiale.

PRECISAZIONI

Ai sensi della D.G.R. 9.12.2008, n. 21-10253, gli Enti inserzionisti dovranno inviare i testi da pubblicare anche in forma elettronica avvalendosi della procedura web accessibile all'indirizzo

www.regione.piemonte.it/bollettino/
La Direzione del Bollettino Ufficiale declina ogni responsabilità in caso di mancata ricezione del cartaceo dovuta a disservizi postali o disguidi tecnici degli strumenti telematici o informatici.

COSTI

Costo per riga o frazione di riga:
€ 2,50

La larghezza della riga deve essere
di 13 centimetri,
carattere Times – corpo 12.

PUBBLICAZIONI GRATUITE

Statuti Enti locali, Associazioni di volontariato, Riclassificazione strade, Eventi alluvionali del novembre 1994, ottobre 2000

MODALITÀ DI PAGAMENTO PER ABBONAMENTI E INSERZIONI

PRESSO GLI UFFICI POSTALI

Con bollettino o postagiuro
sul C.C.P. n. 30306104, intestato a
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale
Piazza Castello 165, 10122 Torino.

PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite Bonifico alle coordinate
Ufficio Postale n. 63331 – TO13
IBAN IT/80/J/07601/01000/000030306104
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

IN INTERNET

www.poste.it
postagiuro on-line
C.C.P. n. 30306104, intestato a
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

In ogni caso l'attestazione di pagamento va allegata in forma cartacea sia alla spedizione via posta che all'invio tramite fax al n. 011 4324363

COSTI COPIA SINGOLA

Atti della Regione e Atti dello Stato	€ 2,60
Concorsi, Appalti, Annunci	€ 1,60
Supplementi fino a 256 pagine	€ 2,60
Supplementi oltre 256 pagine	Prezzo in Copertina
Raccolta annuale in CD-ROM a partire dal 2000 al 2007	€ 25,82
Raccolta annuale in CD-ROM a partire dal 2008	€ 26,00
Raccolta storica 1970-1999 Ditta Microshop – Corso Matteotti n. 57, Torino – Tel 011 5176444	-

VENDITA

Libreria Giuridica: Via Sant'Agostino 8, Torino - Tel. 011 4367076 - Corso Francia 64/A tel. 011 7495165

URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico, Piazza Castello 165, Torino Tel. 011 4321647

INDICE

SANITÀ

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 1-415

Approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

pag. 1

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 69-481

Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009.

pag. 129

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 1-415

Approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

A relazione del Presidente Cota e dell'Assessore Ferrero:

Visto l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, il quale dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti.

Visto l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, che prevede che la regione interessata, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173.

Visto l'articolo 4 della legge 14 maggio 2005 n. 80, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 14 marzo 2005 n. 35, che, al comma 1 lettera a), estende il disposto del comma 180 del richiamato articolo 1 della legge n. 311/2004 agli anni 2004 e precedenti.

Visto l'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata sulla G.U. 7 maggio 2005 n. 105, con cui si è convenuto che, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo, la sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della

effettiva attuazione del programma operativo, di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

Visto in particolare il comma 2 lettera a) che prevede che la sottoscrizione dell'accordo consente alla regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

a) spetta l'80 per cento del maggior finanziamento all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20% subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma nel caso in cui la Regione risulti:

- adempiente con riferimento all'equilibrio economico finanziario, verificato dal Tavolo tecnico degli adempimenti, al mantenimento dei Livelli di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, attuazione del Piano nazionale per la prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;
- inadempiente con riferimento agli altri adempimenti di cui all'allegato 1 dell'Intesa;

b) spetta il 40 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 60 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti inadempiente anche ad uno degli adempimenti di cui alla lettera a) primo trattino.

Vista l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2007-2009, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006.

Vista la legge 27 dicembre 2006 n. 296, articolo 1, comma 796, che, alla lettera b), stabilisce che gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'Accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria; dispone ancora che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, assicura l'attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini del monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVe-AS), di cui all'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Visto il richiamato articolo 1, comma 796, che alla lettera e) prevede che, ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dall'incremento automatico delle aliquote, di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, per le regioni che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo, sottoscrivono l'accordo richiamato alla lettera b) del presente comma, risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate, in sede di verifica degli adempimenti del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005.

Visto l'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222, che dispone che, qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, con le modalità previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e s.m.i., si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006 n. 296, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003 n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano.

Visto il comma 49 dell'articolo 2 della Legge 24 dicembre 2007 n. 244, che prevede che, in presenza della sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, alle regioni interessate che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007 spetta l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato previsto per l'anno di riferimento dalla legislazione vigente, nei termini stabiliti dal relativo piano.

Vista l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012, sottoscritta in data 3 dicembre 2009.

Visto l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, di recepimento della citata Intesa del 3 dicembre 2009.

Visti in particolare i seguenti commi dell'articolo 2 :

- comma 67 che prevede che “ per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all'articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466 milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'articolo 1, comma 4, lettera a), della citata intesa Stato-regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù' di cui all'articolo 22, comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009, nonché dell'importo di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244. Con successivi provvedimenti legislativi e' assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento”;

- comma 80 che prevede che “gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la Regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

- comma 86 che prevede che :”l'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restandole misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo”;

- comma 92 che dispone che per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97;

- comma 93 che prevede che le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge;

- comma 94 che dispone che la sottoscrizione dell'Accordo di cui al comma 93 e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

- comma 95 che prevede che: “gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

- comma 96, che dispone che la verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

- comma 97 che prevede che “le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata”.

Visto l'esito del Tavolo di verifica degli adempimenti che per l'anno 2004 ha dichiarato la Regione Piemonte inadempiente a causa del mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Vista la nota n. 7741 del 28 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Piemonte ha chiesto di sottoscrivere un Accordo contenente un Piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, comma 97 delle legge 191/2009, per

l'attribuzione dei finanziamenti ancora non erogati per le annualità 2004.

Dato atto che la sottoscrizione del suddetto Accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione Piemonte del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma.

Considerato che in data 29 luglio 2010 è stato sottoscritto l'Accordo fra il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito il Ministero per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, e la Regione Piemonte, che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Considerato altresì che, ai sensi degli articoli 1 “Programma operativo per gli anni 2010-2012” e 5 “Norme finali” dell'Accordo, il medesimo è stato sottoscritto nel presupposto che si verificano le seguenti condizioni, il cui mancato effettivo verificarsi ne comporta l'automatica risoluzione:

1. avvenuta approvazione da parte della Regione dell'Accordo unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale che ne costituisce parte integrante entro sette giorni dalla stipula dello stesso;

2. adozione da parte della Regione entro il 30 settembre 2010 dei seguenti provvedimenti:

– il provvedimento legislativo regionale relativo al conferimento al servizio sanitario regionale delle risorse di bilancio regionali nella misura idonea a conseguire gli obiettivi previsti nel Piano;

– un programma analitico che contenga i dettagli dell'operatività degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano;

3. adozione da parte della Regione entro il 30 novembre 2010 dei provvedimenti relativi al riordino della rete ospedaliera.

Alla luce del suddetto quadro normativo e pattizio, risulta pertanto necessario, con il presente atto, provvedere all'approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte, allegato 1) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (allegato A) comprensivo degli Allegati 1) “Copertura finanziaria del disavanzo 2004 – Accertamento del disavanzo-profilo metodologico” e 2) “Modelli di Conto Economico 2010-2012”, sottoscritto in data 29 luglio 2010.

Tutto ciò premesso;

la Giunta Regionale a voti unanimi,

delibera

per le motivazioni in premessa esplicitate:

– di approvare l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte, allegato 1) al presente provvedimento a farne par-

te integrante e sostanziale, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (allegato A) comprensivo degli Allegati 1) "Copertura finanziaria del disavanzo 2004 – Accertamento del disavanzo-profilo metodologico" e 2) "Modelli di Conto Economico 2010-2012", sottoscritto fra le parti in data 29 luglio 2010;

– di dare atto che le risorse necessarie a dar attuazione all'Accordo di cui sopra trovano copertura nell'ambito delle UPB della direzione Sanità.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte a norma dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

Allegato 1)

Allegato alla deliberazione

n. 1-WS del 2 AGO. 2010

Il Segretario Verifica



MINISTERO DELLA SALUTE
 MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
 REGIONE PIEMONTE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

VISTO l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, che la regione interessata, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

VISTO l'articolo 4 della legge 14 maggio 2005, n. 80, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 14 marzo 2005, n. 35, che, al comma 1, lettera a), estende il disposto del comma 180 del richiamato articolo 1 della legge n. 311/2004 agli anni 2004 e precedenti;

VISTO l'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata sulla G.U. 7 maggio 2005, n. 105, con il quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;





VISTO in particolare il comma 2 lettera a) secondo cui la sottoscrizione dell'accordo consente alla regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

-a) spetta l'80 per cento del maggior finanziamento all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20% subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma nel caso in cui la Regione risulti

- adempiente con riferimento all'equilibrio economico finanziario, verificato dal Tavolo tecnico degli adempimenti, al mantenimento dei Livelli di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, attuazione del Piano nazionale per la prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;

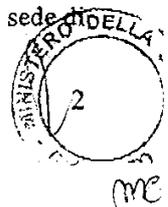
- inadempiente con riferimento agli altri adempimenti di cui all'allegato 1 dell'Intesa;

b) spetta il 40 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 60 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti inadempiente anche ad uno degli adempimenti di cui alla lettera a) primo trattino.

VISTA l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2007-2009, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

VISTA la legge 27 dicembre 2006 n. 296, articolo 1, comma 796, che, alla lettera b), stabilisce che gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'Accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria; dispone ancora che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, assicura l'attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini del monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il richiamato articolo 1, comma 796, che alla lettera e) prevede che, ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dall'incremento automatico delle aliquote, di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, per le regioni che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo, sottoscrivono l'accordo richiamato alla lettera b) del presente comma, risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate, in sede





verifica degli adempimenti del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 della citata Intesa 23 marzo 2005;

VISTO l'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, che dispone che, qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, con le modalità previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, si prefiguri il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare, entro quindici giorni, tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano;

VISTO l'articolo 49 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che prevede che, in presenza della sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, alle regioni interessate, che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007, spetta l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato previsto per l'anno di riferimento dalla legislazione vigente, nei termini stabiliti dal relativo piano;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, sottoscritta in data 3 dicembre 2009;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, di recepimento della citata Intesa del 3 dicembre 2009;

VISTI in particolare i seguenti commi dell'articolo 2 :

- **comma 67** che prevede che *“per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all'articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466 milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'articolo 1, comma 4, lettera a), della citata intesa Stato-regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22,*





comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009, nonché dell'importo di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244. Con successivi provvedimenti legislativi è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento”;

- **comma 80** che prevede che “gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

- **comma 86** che prevede che: “l'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80, e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo”;

- **comma 92** che dispone che per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97;

- **comma 93** che prevede che le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge;

- **comma 94** che dispone che la sottoscrizione dell'Accordo, di cui al comma 93, e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2;

- **comma 95** che prevede che: “gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

- **comma 96** che dispone che la verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie, ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze





nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza, nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro;

- **comma 97** che prevede che *"le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata"*;

VISTO l'esito del Tavolo di verifica degli adempimenti che, per l'anno 2004, ha dichiarato la Regione Piemonte inadempiente a causa del mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario;

VISTA la nota n. 7741 del 28 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Piemonte ha chiesto di sottoscrivere un Accordo contenente un Piano di rientro, ai sensi dell'articolo 2, comma 97, della legge 191/2009, per l'attribuzione dei finanziamenti ancora non erogati per le annualità 2004;

RITENUTO, alla luce del suddetto quadro normativo e pattizio, di provvedere con il presente Accordo in ossequio alle sopracitate disposizioni;

CONSIDERATO che la sottoscrizione del suddetto Accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma;

SENTITO il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, ai sensi dell'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE TRA
IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
E IL PRESIDENTE DELLA REGIONE PIEMONTE**

**ARTICOLO 1
(Programma operativo per gli anni 2010-2012)**

1. La Regione Piemonte si impegna ad approvare con delibera della Giunta Regionale il presente Accordo, entro sette giorni dalla stipula, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che ne costituisce parte integrante.





2. La Regione Piemonte si impegna ad attuare le misure ivi contenute, fatto salvo quanto disposto all'articolo 5 del presente Accordo.
3. La Regione si impegna a presentare entro il 30 settembre p.v. un programma analitico attuativo del Piano di rientro oggetto del presente Accordo, tenuto conto della necessità di garantire l'effettività della manovra ivi contenuta.
4. Il programma di cui al comma 3 deve contenere, nel dettaglio, la descrizione degli interventi da attuare per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano, parte integrante del presente Accordo, e il relativo crono programma.

ARTICOLO 2

(Monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano di rientro)

1. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicura il monitoraggio del Piano, oggetto del presente Accordo, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.
2. Il monitoraggio dell'attuazione del Piano di rientro di cui all'articolo 1, presentato dalla Regione, è affidato, ai fini dell'istruttoria tecnica e per gli aspetti di competenza, al Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 della suddetta Intesa.
3. La verifica del raggiungimento degli obiettivi per le fasi intermedie indicati nel Piano, sulla base di indicatori e fonti di verifica condivise, avviene ordinariamente con cadenza semestrale sulla base della documentazione fornita dalla Regione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze ed in relazione agli specifici obiettivi per ogni stato di avanzamento previsto secondo il seguente calendario:
 - 15 dicembre 2010 - prima verifica
 - 30 maggio 2011 - verifica semestrale ed annuale
 - 30 novembre 2011 - verifica semestrale
 - 30 maggio 2012 - verifica semestrale ed annuale
 - 30 novembre 2012 - verifica semestrale
 - 30 maggio 2013 - verifica semestrale e finale
 - ulteriori verifiche previste dal Piano o che, in via straordinaria, siano ritenute necessarie da una delle parti.
 Restano ferme le verifiche trimestrali di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e le verifiche dei Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 della medesima Intesa.
4. Alla scadenza degli stati di avanzamento, di cui al comma 3, verificata l'istruttoria di cui al comma 2, il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, per quanto di rispettiva competenza, attestano il raggiungimento degli obiettivi, anche in riferimento all'adozione dei provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione, ai sensi dell'articolo 3 del presente Accordo.





In caso di verifica negativa dello stato di attuazione del Piano di rientro è sospesa l'erogazione del maggior finanziamento di cui all'articolo 4.

ARTICOLO 3 **(Modalità di affiancamento)**

1. L'affiancamento che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicurano ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 alle attività di gestione e programmazione del Servizio Sanitario Regionale si realizza con le seguenti modalità:
 - a. collaborazione nell'adozione delle misure attuative del Piano di rientro;
 - b. esame e valutazione preventiva dei provvedimenti di approvazione e modifica dei piani e programmi sanitari a valenza regionale e dei programmi semestrali, da adottarsi, con delibera di Giunta Regionale entro il 31 gennaio e il 30 giugno di ogni anno di vigenza del piano, per l'attuazione del Piano di rientro di cui al presente Accordo. Limitatamente all'anno 2010 il predetto programma deve essere adottato entro il 15 ottobre 2010;
 - c. invio da parte della Regione ai Ministeri affiancanti di copia dei provvedimenti adottati in attuazione del Piano di rientro, del piano attuativo e dei programmi semestrali.
2. La Regione si impegna alla trasmissione dei predetti documenti attraverso il Sistema di gestione documentale attivato dal Ministero della salute.

ARTICOLO 4 **(Modalità di erogazione delle risorse)**

1. A seguito della verifica prevista per il 15 dicembre 2010, subordinatamente all'esito positivo dell'istruttoria di cui all'articolo 2, alla Regione è erogato il 40% del maggior finanziamento per l'anno 2004.
2. A partire dalla prima verifica annuale, tenuto conto delle verifiche periodiche di cui all'art. 2 comma 3, sono erogate alla Regione le ulteriori risorse, per stati di avanzamento;
3. In caso di verifica negativa dello stato di attuazione del programma analitico secondo quanto previsto dal presente articolo e dall'articolo 2 del presente Accordo è sospesa l'erogazione del maggior finanziamento ed in relazione all'esito dell'accertamento annuale, si applica quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), quinto e sesto periodo della legge 27 dicembre 2006, n. 296;





ARTICOLO 5 (Norme finali)

1. Il presente Accordo viene sottoscritto nel presupposto che si verifichino tutte le condizioni di seguito riportate nel presente articolo, il cui mancato effettivo verificarsi comporta l' automatica risoluzione:
 - a. avvenuta approvazione da parte della Regione del presente Accordo, con l'allegato Piano, con delibera di Giunta Regionale, entro sette giorni dalla stipula del presente Accordo.
 - b. adozione da parte della Regione, entro il 30 settembre 2010, dei seguenti provvedimenti:
 - i. il provvedimento legislativo regionale relativo al conferimento, al servizio sanitario regionale, delle risorse di bilancio regionali nella misura idonea a conseguire gli obiettivi previsti nel Piano;
 - ii. un programma analitico che contenga i dettagli dell'operatività degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano;
 - c. adozione da parte della Regione, entro il 30 novembre 2010, dei provvedimenti relativi al riordino della rete ospedaliera;
2. L'erogazione delle risorse è subordinata al verificarsi di tutte le condizioni di cui al presente articolo.
3. Gli interventi individuati dal Piano allegato al presente Accordo sono vincolanti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dell'articolo 2, comma 95 della legge 191/2009, per la Regione Piemonte e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Piemonte in materia di programmazione sanitaria.
4. In caso di esito negativo del monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano si applicano le disposizioni vigenti sul commissariamento per l'attuazione dei Piani di rientro, come modificate dalla nuova Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dalla legge n. 191/2009.
5. L'eventuale configurarsi, in corso di attuazione del Piano, delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, comporta l'impegno della Regione





alla riformulazione del Piano ed al suo adeguamento alle norme vigenti, da adottarsi con le procedure ivi previste.

6. La Regione si impegna a dare pubblicità all'Accordo mediante pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL MINISTRO
DELLA SALUTE

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. G. P.", written over the text of the Minister of Health.

IL MINISTRO
DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE

A handwritten signature in black ink, appearing to be "G. C.", written over the text of the Minister of Economy and Finance.

IL PRESIDENTE
DELLA REGIONE
PIEMONTE

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. G.", written over the text of the President of the Region of Piemonte.

Roma, 29 LUG. 2009



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. BU



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 sanitaria¹²

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, Osvaldo Pasqualini per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro

Carlo Mammi 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 enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%).^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".^{xii}

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.^{xiii} 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);

3
U
Gre

- 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 disuguaglianze 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.^{xxii} 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.^{xxxii}

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).^{xxxiii} 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 sotto-notificazione 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 sovrappeso 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 sovrappeso), mentre con l'età questo tende a normalizzarsi (il 5,3% dei tredicenni e il 3,6% dei quindicenni sono in sovrappeso). 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}

Sovrappeso 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 sovrappeso (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 sopravanza 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.^{xiii, xiiii}

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.^{xiv} 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 inevasi 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 nelle popolazioni anziane.^{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.^{xvi} 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.^{xvii} 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.^{li}

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).ⁱⁱⁱ

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

me
9

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.^v 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.¹⁹⁹

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 inappropriatazza.

Ai problemi di inappropriatazza 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.^{lxx}

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,^{lxxi} così come cardiopatici anziani di bassa scolarità hanno una minor probabilità di avere una prescrizione di statine di cardiopatici anziani con scolarità elevata.^{lxxii}

Anche l'interruzione della continuità del percorso può essere interpretata come una forma di inappropriatazza 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'appropriatazza 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.^{lxxiii, lxxiv}

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		
Saido 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
Infortunati 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-attribuibile, 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 (alcol, 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 (alcol 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:

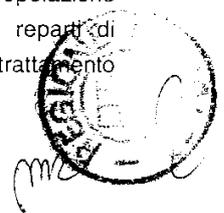
- le nuove indicazioni sulle modalità di trattamento alternative al ricovero per alcune patologie, disposte con la d.G.R. del 29.12.2008, n. 84 – 10526;
- l'evoluzione dell'attività sanitaria, sia in termini di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie, sia di miglioramento dell'attività diagnostica 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 sovrazionale su un livello organizzativo di area funzionale sovrazionale 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 sovrazionale 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.

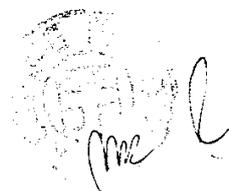
Più specificamente, nell'analisi SWOT si distinguono:

- 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.



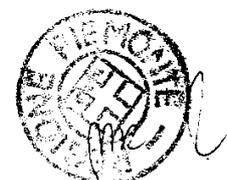
Macrolivello assistenza collettiva			
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce
<p>1 Rafforzamento ruolo assistenza collettiva a livello aziendale</p> <p>2 Potenziamento della prevenzione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - presenza consolidata dei dipartimenti - elevata copertura LEA 	<ul style="list-style-type: none"> - autonomia sostanziale dei servizi veterinari nel dipartimento di prevenzione - autonomia delle funzioni non aggregate nel dipartimento di prevenzione (medicina legale, prevenzione individuale) - limitatezza delle risorse - disuguaglianze delle risorse storiche - disuguaglianze organizzative 	<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> - P.SSR 2007-2010 - Piano Nazionale Prevenzione - Piano Regionale Prevenzione 2010-12

Macrolivello assistenza distrettuale				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
3 Sviluppo delle cure primarie	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo dell'associazionismo dei MMG/PLS - rete distrettuale consolidata 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> - differenze di atteggiamenti tra i MMG/PLS delle aree urbane e del restante territorio - prevalente percezione del distretto come controllore degli Iperprescrittori 	<ul style="list-style-type: none"> - spinta che deriva dalle proposte normative in materia - clima sindacale favorevole rispetto alla proposte normative in materia
4 Sviluppo della integrazione socio-sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - collaborazione tra le istituzioni già collaudata 	<ul style="list-style-type: none"> - interventi a carico di sistemi istituzionali diversi e in parte concorrenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - resistenze culturali degli operatori a superare un approccio monodisciplinare 	<ul style="list-style-type: none"> - PSSR 2007-2010 - finanziamenti vincolati
5-9 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	<ul style="list-style-type: none"> - ruolo attivo dell'associazionismo - buona copertura dei LEA - assegnazione di risorse integrative regionali 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - resistenze al cambiamento degli operatori, che tendono a privilegiare la propria tipologia di servizio - resistenze alla introduzione di un case-manager che si faccia carico della continuità assistenziale 	
		<ul style="list-style-type: none"> - differenze territoriali dei livelli assistenziali a parità di bisogni - difficoltà di valutare le differenze territoriali dei bisogni 		

Amc

Macrolivello assistenza ospedaliera			
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce
10 Riordino della rete ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> - dotazione di posti letto in linea con lo standard nazionale in vigore prima del Patto per la salute 2010-2012 	<ul style="list-style-type: none"> - elevata vetust� di molti presidi ospedalieri 	<ul style="list-style-type: none"> - pressione operatori privati per incrementare capacit� produttiva
11 Riduzione del tasso di ospedalizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di ospedalizzazione in linea con lo standard nazionale 	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di ospedalizzazione pi� elevato in presenza di capacit� produttiva in esubero e nei territori di confine con la Lombardia 	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo della offerta di servizi sanitari pi� appropriati
12 Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario	<ul style="list-style-type: none"> - programma di conversione dell'utilizzo di strutture sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> - distribuzione disomogenea sul territorio regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - umanizzazione dell'assistenza
13 Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinati	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo rete servizi domiciliari 	<ul style="list-style-type: none"> - limiti strutturali delle strutture extraospedaliere in alcune aree territoriali 	<ul style="list-style-type: none"> - evoluzione dei LEA a favore di risposte assistenziali extra-ospedaliere
14 Regolamentazione dell'offerta degli erogatori privati	<ul style="list-style-type: none"> - rete consolidata e con rapporti stabilizzati 	<ul style="list-style-type: none"> - presenza in alcune aree territoriali con ridotta popolazione e con capacit� produttiva in esubero 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	- ritardo 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 ASR non accorpate, resistenza a lavorare in rete 	<ul style="list-style-type: none"> - resistenze degli operatori
21 Fiorino 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 nelle-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 ASR
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 trascrittore di prescrizione dello specialista) 	<ul style="list-style-type: none"> - omogeneità della rilevazione a livello nazionale, con possibilità di sviluppare confronti interregionali
			Opportunità - accorpamento delle ASL

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		Interventi	Fonti di verifica
Obiettivi specifici	Obiettivi operativi		
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 dei PePS (Prolifi e piani di salute)	- 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	1.1.2 Piani di attività integrati per i presidi specialistici di laboratorio (ARPA e IZS)	
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). P.SSR 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 costituzione 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. P.SSR 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. P.SSR 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. P.SSR 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. P.SSR 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 cui distretti
			flusso informativo ad hoc
			file f
			Piani di attività delle Asl
			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	5.1 Sviluppare i servizi domiciliari	5.1.1 Monitorare la erogazione degli assegni di cura (fondo per la non autosufficienza) in misura adeguata ai Piani Individualizzati in lungoaassistenza 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	n. anziani non autosufficienti in carico all'assistenza domiciliare/totale anziani Spesa pro capite (anziani > 65 anni) per assegni di cura	Piani di attività delle ASL
	5.2 Ridurre le liste di attesa per la residenzialità *	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	N. posti letto disponibili/n. anziani	STS 24
	5.3 Sviluppare la rete per la malattia di Alzheimer	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)	anziani con malattia di Alzheimer presi in carico dalla rete/totale anziani con malattia di Alzheimer	flusso informativo ad hoc
6 Sviluppo degli interventi a favore delle persone con disabilità	6.1 Sviluppare la programmazione integrata a livello regionale e locale	6.1.1 Definire il progetto integrato regionale sulle disabilità, con Assessorati interessati Predisposizione progetto entro il 2010	elaborazione progetto	dGR di approvazione del progetto
	6.2 Garantire la presa in carico integrata socio-sanitaria	6.2.1 Definire funzioni e competenze delle équipe multidisciplinari, entro il 2010 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	elaborazione progetto elaborazione progetto	dGR di approvazione del progetto dGR di approvazione degli indirizzi
	6.3 Garantire una rete omogenea e diffusa di centri diurni e residenziali	6.3.1 Ridefinire il fabbisogno dei centri diurni, entro il 2010	elaborazione documento	dGR di approvazione del fabbisogno

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 definiti dalla d.G.R. 12.5.2006, 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)	7.1.1 Attuare le azioni e i programmi di intervento definiti dalla d.G.R. 12.5.2006, 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)	Relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'art. 17 della l.r. 18/2007
	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 lungosostanza, in attuazione dell'accordo con AIOP 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. P.SSR 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	Fonti di verifica
12 Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario	12.1 Sviluppare le strutture a bassa intensità assistenziale	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	posti letto extraospedalieri per la continuità assistenziale	SDE
	12.2 Trasformare i ricoveri da regime ordinario a DS e i ricoveri da DS a specialistica ambulatoriale	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	pl di DS/pl 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	accordi siglati/n. totale presidi	SDO, file C
		14.1.2 Stipulare i contratti tra le Asl e le case di cura e gli specialisti ambulatoriali	contratti siglati/n. totale case di cura e specialisti ambulatoriali	

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 sovrazionale 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/labbisogno 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	18.1 Sviluppare il sistema integrato delle attività riabilitative	17.1.2 Monitorare l'attuazione della d.G.R. mediante un rapporto annuale		rapporto ad hoc
		18.1.1 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 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.
			Fonti di verifica l.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 20.1.2 Attuare i progetti	presenza del progetto operativo (SI/NO) relazione ad hoc
21 Riordinare le politiche di acquisto e degli investimenti	21.1 Razionalizzare gli acquisti di beni e servizi 21.2 Razionalizzare le politiche di investimento strutturale	21.1.1 Sviluppare l'e-commerce tramite la piattaforma del CSI Piemonte 21.1.2 Sviluppare gli acquisti a livello sovraaziendale e tramite SCR 21.2.1 Gestire interventi di maggiore rilievo tramite la società SCR Piemonte	costo post intervento/costo preintervento % valori gare telematiche/valore globale gare % valori gare associate/valore globale gare indagine ad hoc indagine ad hoc
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	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	Copertura								
	2002	2003	2004	2002 - 2004	2005	2006	2007	2008	2009
Totale ricavi (ivi compresi fondi a carico del bilancio regionale già iscritti nei ricavi)	5.811.554	6.011.139	6.706.126		7.544.871 316.337	7.580.782 385.264	7.934.361	8.279.750	8.579.834
Totale costi (ai netto rettifiche)	5.851.095	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	941.361	494	44.312	20.658	2.783	11.801
Saldo da finanziare	39.541	239.575	662.245	941.361	494	44.312	20.658	2.783	
Coperture									
Concorso ripiano disavanzi 2001-2003 (comma 164 l. 311/2004)				58.896					
Concorso ripiano disavanzi 2002-2004 (l. 266/2005)				229.752					
Da Regione con fondi propri						60.000			
Copertura pluriennale art. 1 comma 796 lett e) l.f. 2007				676.000					
Totale coperture				964.650		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	6.009.339	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	399.329,00		
ULTERIORI TRASFERIMENTI E PROVENTI E RICAVI DIVERSI**	236.974	285.123	224.380	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	7.887.724	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
(euro/1000)

COSTI	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		composiz.
	versione originaria	inviata mef															
acquisto di beni	756.542		849.805		947.727		1.065.144		1.132.872		1.179.759		1.253.861		1.332.991		15,61
assist.sanit.di base	319.156		355.845		387.999		407.660		425.300		435.909		441.874		462.850		5,42
assist.farmacautica	763.409		711.536		751.686		758.709		803.836		796.610		826.787		833.147		9,75
assist.specialistica	140.161		152.393		164.778		182.945		197.112		216.867		248.308		260.209		3,05
assist.riabilitativa	74.707		80.615		89.470		102.271		112.888		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.ospedaliera	507.920		550.694		600.641		493.764		495.761		514.708		536.795		529.920		6,20
altra assistenza	318.324		362.053		394.366		429.170		449.951		478.482		538.249		589.285		6,90
altri servizi	110.765		131.894		172.355		184.454		180.027		193.880		202.415		211.393		2,47
godimento di beni	63.198		63.996		65.873		66.212		72.725		79.112		84.242		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		34,69
spese amministrative e gene	133.047		139.668		161.817		179.772		193.585		181.905		184.915		178.016		2,08
servizi appaltati	186.770		202.054		222.941		247.433		256.365		266.288		284.604		298.541		3,50
accantonamenti tipici	9.404		120.349		281.470		144.979		50.763		127.719		56.280		68.692		0,80
imposte e tasse	169.893		173.326		183.423		196.334		207.471		215.672		225.583		227.034		2,66
oneri finanziari	6.406		3.792		6.182		8.895		21.717		32.952		39.177		19.866		0,23
compartec.personale	82.922		91.362		99.151		103.417		111.679		114.386		111.199		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.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	-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 personale	0,51	9,84	8,78	6,48	1,65	5,07	5,64	6,00	7,33	5,92	4,12	1,65	
spese amministrative e gene	6,81	5,79	0,10	5,25	3,85	4,19	4,98	4,72	3,93	3,14	4,65	3,85	
servizi appaltati	11,10	7,68	-6,03	1,65	-3,73	4,83	4,58	2,00	-0,24	-2,68	-1,07	-3,73	
accantonamenti tipici	10,99	3,61	3,87	6,88	4,90	8,55	7,96	6,78	5,16	5,48	6,06	4,90	
imposte e tasse	-48,49	-64,99	151,60	-55,93	22,05	90,06	-7,15	-15,12	-13,15	11,77	-23,11	22,05	
oneri finanziari	7,04	5,67	3,95	4,60	0,64	4,80	5,16	4,76	3,91	3,14	2,63	0,64	
compartec.personale	43,89	144,15	51,73	18,89	-49,29	30,02	70,65	44,27	30,84	-2,84	-19,86	-49,29	
	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															
acquisto di beni	807.510		888.243		989.851		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. farmaceutica	763.409		711.536		751.686		758.709		803.836		796.610		826.787		833.147		9,75
assist. specialistica	81.980		110.699		134.442		180.252		197.112		219.039		252.348		262.745		3,08
assist. riabilitativa	74.707		80.615		89.470		102.271		112.888		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. ospedaliera	346.898		388.701		457.504		480.642		495.761		514.708		536.795		529.920		6,20
altre assistenze	318.324		362.053		394.366		429.170		449.951		478.482		538.249		589.285		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		2.681.059		2.697.702		2.743.200		2.805.048		2.867.399		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		266.288		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		198.892		207.471		221.819		226.529		229.336		2,68
oneri finanziari	6.406		3.792		6.162		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.servit.di base	2,07	4,93	5,30	4,28	1,38	7,07	5,11	3,84	4,20	3,77	2,86	1,36
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	0,36
assist.ospedalliera	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	-2,99	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	30,84	-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 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
	v.a.	v.a.				
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.farmacaceutica	826.787	833.147				833.147
assist.specialistica	252.348	262.745	13.000			275.745
assist.riabilitativa	150.633	165.104				165.104
assist.integrativa	203.932	204.717				204.717
assist.ospedaliera	536.795	529.920	31.000			560.920
altra assistenza	538.249	539.285				589.285
altri servizi	202.415	211.393 -	2.781			208.612
godimento di beni	84.242	85.634 -	103			85.531
personale	2.867.399	2.999.023 -	15.400	8.400		2.992.023
spese amministrative e generali	184.915	178.016 -	2.163			175.853
servizi appaltati	284.604	288.541 -	1.751			296.790
accantonamenti tipici	7.886	13.099				13.099
imposte e tasse	226.529	229.336 -	996			228.340
oneri finanziari	39.177	19.866				19.866
compartec.personale	111.199	111.463				111.463
totale	8.241.701	8.541.497	-	-	-	8.541.497

Tabella 7 – ANDAMENTO TENDENZIALE E PROGRAMMATO 2010-2012

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
Irapp	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	601.069	578.115
Altri beni e servizi	1.377.719	1.403.765	1.437.230	1.393.608	1.439.295	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 trascinamento 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 (carrozzine, 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.

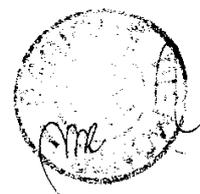
La tabella 8 presenta le risultanze dei modelli LA del periodo 2003 – 2008 presenti nella banca dati del SSR.

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	1,67	130.083	1,59	118.209	1,38	30,70
Prevenzione 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	903.190	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	7.593.659	100	7.790.208	100	7.921.688	100	8.188.399	100	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 riepiloga 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	4.652	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
Spalto 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
(5) Disavanzo strutturale residuo	-410.532	-286.029	-229.315
(6) = ((3)+(4)+(5))			
(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

ALLEGATO 1

Copertura finanziaria del disavanzo 2004

Il comma 796 della legge 296/2006 (legge finanziaria 2007) stabilisce che, ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005 per le regioni che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo sottoscrivono l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30.12.2004 n. 311 risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

La dimensione del debito (disavanzo accertato) non consentiva un intervento diretto di durata annuale a valere su fondi regionali per dar seguito a quanto rilevato dal tavolo di monitoraggio, sulla base di esperienze fatte da altre Regioni in situazioni analoghe a quelle del Piemonte, è stato predisposto apposito articolo di legge inserito nella legge regionale n. 14 dell'anno 2006, l'art. 12 poi modificato nell'importo dall'art. 16 della legge regionale n. 35, stesso anno, che autorizzava le Aziende Sanitarie regionali a porre in essere transazioni commerciali con i propri creditori al fine di ripianare il debito sanitario strutturale pregresso.

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'art. 1 della l.r. 2/2003, vincolo disposto con l'articolo 19 della l.r. 9/2007; il vincolo è valido per tutta la durata (decennale) di restituzione dell'esdebitamento in conto capitale e delle commissioni bancarie.

E' stata indetta una procedura esplorativa per consentire di valutare la possibilità di individuare un istituto o un gruppo di istituti bancari a cui affidare l'incarico di advisory per la strutturazione di una operazione di cessione pro soluto a Banche dei crediti dei fornitori delle ASR.

Al termine della procedura esplorativa l'incarico è stato affidato a un gruppo composto da Banca Intesa Infrastrutture e Sviluppo SpA, Banca OPI SpA, Depfa Bank plc e Deutsche Bank AG, filiale di Londra.

Il gruppo di Banche ha elaborato una proposta di strutturazione in attuazione dell'articolo 12 della legge regionale n. 14/2006 come modificato dall'articolo 16 della legge regionale n. 35/2006.

L'approvazione della proposta è stata fatta tenuto conto delle condizioni economico-finanziarie richieste, raffrontate a quelle in allora correnti che, allo stato attuale, tenuto conto delle intervenute variazioni in aumento, nel sistema dei tassi, sono valutabili in misura ancora più vantaggiosa.

Si richiama l'attenzione sul fatto che: la dimensione del fabbisogno finanziario; l'impossibilità di indebitare la Regione per finanziare spesa corrente; l'urgenza di adempiere alle richieste del tavolo di monitoraggio, non avrebbero consentito di percorrere utilmente strade diverse dalla cessione pro soluto dei crediti vantati dai fornitori delle ASR, come previsto e autorizzato dagli articoli delle leggi regionali citate.

Altri elementi di lettura della cessione dei debiti commerciali sono i seguenti.

1. I debiti complessivi erano pari a euro 2.131 milioni.
2. Gli interessi di mora, in allora, erano pari al 9,25%.
3. Le spese legali non sono valutabili e, in ogni caso, le ASR avrebbero tentato delle transazioni prima di dover andare a sentenza.
4. Nei limiti consentiti dalle ridotte risorse disponibili, se costrette, le ASR hanno attivato procedure transattive prevedendo il pagamento del solo debito in linea capitale;
5. Allo scopo di permettere che il complesso processo di certificazione/transazione/cessione si svolgesse nei tempi previsti (tali da permettere la stipula delle delegazioni di pagamento entro il 31 dicembre 2006), la Regione, su consiglio delle banche, ha ritenuto di escludere dalla operazione (e quindi dal suddetto processo) tutti i creditori che vantavano importi inferiori a €100.000, così da ridurre il numero di partecipanti potenziali da circa 5.000 a circa 600. I creditori con importi inferiori a €100.000 sono stati pagati direttamente dalle ASR.

6. Per spese legali sono state sostenute spese per euro 33.690,11.
7. Per le commissioni legate all'operazione la Regione ha sostenuto spese per euro 3.575.479,42.
8. Le spese per le certificazioni sono state pari a euro 1.072.643,83.
9. Il tasso interno dell'intera operazione finanziaria al netto dei costi è pari al 4,315%.
10. Il tasso interno dell'intera operazione al lordo dei costi è pari al 4,173%.
11. I soggetti creditori hanno incassato il 100% del loro credito.

I principali vantaggi economici possono essere individuati come segue:

- il tasso applicato è sensibilmente più basso del tasso attualmente praticato dalle Banche, per operazioni analoghe;
- non sono stati pagati interessi di mora;
- non si è andati in contenzioso legale;
- i fornitori non hanno effettuato aumenti sui costi delle forniture;
- è stata chiusa la pesante posizione debitoria;
- sarà possibile accedere all'erogazione di cassa dei riattribuzione alle Regioni del maggior finanziamento, previsto dalle leggi finanziarie rispetto ai livelli predeterminati finanziamenti;
- l'operazione è stata conclusa a tasso fisso.

Accertamento del disavanzo-profilo metodologico-

Il definizione dell'ammontare del disavanzo della gestione sanità a tutto il 31.12.2004 può essere esaminato in due prospettive:

- accertamento diretto, partendo dalle risultanze dei conti economici (prospettiva tradizionalmente adottata dal tavolo di monitoraggio presso il MEF);
- accertamento indiretto, partendo da alcune partite debitorie e creditorie (prospettiva adottata in ultimo dal MEF, per controllare i valori che risultano dall'accertamento diretto, al fine di verificare la correttezza delle poste contabili delle aziende sanitarie).

In base alla prima prospettiva il disavanzo a livello ministeriale fu così determinato (milioni di euro):	
risultato economico risultante dai CE consuntivi delle ASR	562,000
- ulteriori assegnazioni disposte a livello nazionale (58 + 229)	288,650
risultato differenziale da ultima ricognizione formale (documento tavolo)	375,000
- mancata copertura sul bilancio regionale di assegnazioni alle ASR	301,000
risultato differenziale corretto	676,000

Occorre anche sottolineare che la cifra di 301,00 milioni è stata determinata a seguito di un confronto in cui il MEF partiva, impiegando l'accertamento indiretto da una cifra di disavanzo di oltre 1.300 milioni di euro (escludendo o includendo poste finanziarie); in tale sede la posizione della Regione era stata di prudenza, anche perché non era ancora chiaro l'esito dell'operazione di ristrutturazione del debito sanitario (chiusa con 715 milioni di euro di debiti certificati).

La metodologia di analisi concordata con il Ministero dell'Economia e delle Finanze è stata la seguente.

La situazione patrimoniale del Servizio Sanitario Regionale piemontese al 31.12.2005 è stata oggetto di analisi nel mese di novembre 2006, nell'ambito degli accertamenti relativi al disavanzo 2004.

Si è considerata la situazione patrimoniale del Servizio Sanitario della Regione Piemonte al 31.12.2005 quale risultava dall'invio del modello nazionale di stato patrimoniale "SP" ai Ministeri competenti.

In particolare si è definito l'indebitamento netto quale differenziale tra l'attivo ed il passivo corrente.

Nel computo dell'attivo corrente sono state considerate le seguenti voci:

- i crediti, per un importo di 221 milioni di euro, escludendo quelli vantati dalle aziende sanitarie verso la Regione Piemonte;
- le disponibilità liquide, per un importo di euro 38 milioni di euro circa;
- le somme ancora da ricevere a quella data indicate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze pari a 1.420 milioni di euro.
- i contributi a ripiano perdite stanziati dalla regione a copertura della gestione 2005, pari a circa 316 milioni di euro.

Tra i debiti (circa 3.021 milioni di euro) sono stati inclusi tutti i debiti ad eccezione delle tipologie riassunte, per un importo di 291 milioni di euro:

- mutui/inddebitamento medio/lungo (investimenti);
- debiti verso Regione (per acconti di trasferimenti di cassa);
- debiti verso fornitori per l'acquisizioni di immobilizzazioni
- debiti verso personale per presunto saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti (posta non monetaria).

Riepilogo:

passività da SP*	(-)	3.020.713.000
cassa da ricevere da Stato ³	(+)	1.420.000.000
copertura regionale 2005	(+)	316.000.000
copertura regionale 2004	(+)	58.898.000
rettifiche regionali****	(+)	549.815.000
indebitamento netto	=	676.000.000

Il differenziale tra l'attivo ed il passivo patrimoniale così definito, pari a 676 milioni di euro, rappresenta il disavanzo coperto con misura pluriennale ai sensi della Legge Finanziaria 2007.

L'importo è stato ritenuto congruo anche rispetto al metodo classico (la perdita al netto delle poste non monetarie da conto economico consolidato, meno le eventuali assegnazioni statali integrative costituisce il disavanzo da coprire con risorse regionali).

Gli incontri presso il Ministero dell'Economia sono stati preceduti da scambi di dati e di opinioni nel merito del procedimento da adottare.

La Regione Piemonte, con la DGR del 28.12.2006, n. 62-5050, inviata per competenza al Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha preso atto della ricognizione della situazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale a tutto il 31.12.2004, specificando che il disavanzo complessivo di 676 milioni di euro riferibile all'esercizio 2004 era stato confermato dal procedimento di accertamento indiretto, di cui sopra, utilizzato dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, ovvero partendo dall'analisi delle partite debitorie e creditorie a tutto il 31.12.2005.

- ⁱ Desimoni A, Lipsi R.M. La mortalità per causa in Italia nell'ultimo trentennio. Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Dipartimento di Scienze Demografiche – 2005.
- ⁱⁱ AIRTUM Working Group. I tumori in Italia- Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime.
- ⁱⁱⁱ AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2007: Sopravvivenza. Epidemiologia & prevenzione 2007; anno 31(1) gennaio-febbraio, suppl.1.
- ^{iv} Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353:1547-57.
- ^v Baldereschi M. Il fabbisogno sanitario dell'anziano: i dati dello studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging). In "I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani" di Furlan PM. Torino 2006.
- ^{vi} LaFortune G, Balestat G, and the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. Organisation for Economic Co-operation and Development. Marzo 2007.
- ^{vii} Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Regione Piemonte, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria – ASL TO2 Regione Piemonte. Relazione sulla salute mentale in Piemonte. In stampa.
- ^{viii} Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali. Demotrends. Quadrimestrale sulla realtà demografica italiana. n. 2-3/2004.
- ^{ix} Istat – Statistiche in breve. La povertà relativa in Italia nel 2006. 4 ottobre 2007.
- * Istat – Statistiche in breve. Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia (2005-2006). 17 gennaio 2008.
- ^{xi} Costa G, Vannoni F, Marinacci C et al. (a cura di). Le disuguaglianze più significative in relazione al processo di invecchiamento. Principali priorità per ridurre la presenza e l'impatto sulle popolazioni future. In "I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani" di Furlan PM. Torino 2006.
- ^{xii} Barendregt J. (a cura di). The impact of ageing on the health of the population and the need for health care. In "I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani" di Furlan PM. Torino 2006.
- ^{xiii} Costa G. La salute degli immigrati come costruzione sociale in: Immigrazione in Piemonte – Rapporto 2006. Istituto Ricerche Economico-Sociali.
- ^{xiv} Ministero dello sviluppo economico. Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013. Giugno 2007.
- ^{xv} Ståhl T, Wismar M, Ollila E, et al. Health in All Policies Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health Department, Finland 2006.
- ^{xvi} Costa G, Marinacci C, Caiazza A, Spadea T. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. *Int J Health Serv* 2003; 33: 635-667.
- ^{xvii} Costa G, Gnani R (a cura di). Lo stato di salute in Piemonte. Regione Piemonte; Torino, maggio 2006.
- ^{xviii} Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di): Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Supplemento):1-161.
- ^{xix} Marmot M, Status Syndrome. How Our Position on the Social Gradient Affects Longevity and Health; Bloomsbury; 2004.
- ^{xx} "La salute in tutte le politiche". Dichiarazione approvata in occasione della Conferenza "Salute in Tutte le Politiche: Risultati e Sfide", Roma 18 Dicembre 2007.
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_3_file Documento.pdf
- ^{xxi} OMS, Programma "Move for Health". In <http://www.who.int/moveforhealth>
- ^{xxii} Istat. La vita quotidiana nel 2006. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2006.
- ^{xxiii} Vigna-Taglianti (a cura di) per la Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco. Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte - anno 2006. Torino: Regione Piemonte; 2006.
- ^{xxiv} Borracino A, Dalmaso P, Zambon A et al. (a cura di). Comportamenti a rischio. In "Stili di vita e salute dei giovani italiani 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002". Torino: Edizioni Minerva Medica. 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ^{xxv} Vigna-Taglianti (a cura di) per la Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco. Fatti e cifre sul

- fumo di tabacco in Piemonte - anno 2006. Torino: Regione Piemonte; 2006.
- ^{xxvi} Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005.
- ^{xxvii} Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation and prevalence of smoking among three Italian birth cohorts. *Am J Epidemiol* 2007 May; 97(5):838-45.
- ^{xxviii} Federico B, Kunst A.E., Vannoni F, Damiani G., Costa G. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000. *Prev Med* 2004; 39(5):919-26.
- ^{xxix} Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation and prevalence of smoking among three Italian birth cohorts. *Am J Epidemiol* 2007 May; 97(5):838-45.
- ^{xxx} Magliocchetti N, Pendenza R, Di Fiandra T, Canuzzi P. Rilevazione attività nel Settore Tossicodipendenze – Anno 2006 – Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione. 2006.
- ^{xxxi} Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga (DNPA). Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004. Roma 2005.
- ^{xxxii} Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) - Pompidou Group at the Council of Europe.
- ^{xxxiii} Magliocchetti N, Pendenza R, Di Fiandra T, Canuzzi P. Rilevazione attività nel Settore Tossicodipendenze – Anno 2006 – Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione. 2006.
- ^{xxxiv} Frieden TR, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying public health principles to the HIV epidemic. *N Engl J Med*. 2005 Dec 1;353(22):2397-402. PMID: 16319391.
- ^{xxxv} Shafer H.J. "What Do Gaming What Do Gaming Regulations Regulate? A Public Health Perspective on Disordered Gambling & Regulation" The Institute for research on Pathological Gambling and related disorders. Harvard medical school's Division on Addiction, 2002.
- ^{xxxvi} Istat. La vita quotidiana nel 2006 Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2006.
- ^{xxxvii} Dalmaso P, Zambon A, Borracino A, et al. (a cura di). Abitudini alimentari e immagine corporea. In "Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002". Torino: Edizioni Minerva Medica. 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ^{xxxviii} Vannoni F, Demaria M, Quarta D, et al. Differenze occupazionali nello stato di salute e negli stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2000. *Med Lav* 2005; 96 (suppl): s66-s84.
- ^{xxxix} Brescianini S, Gargiulo L, Gianicolo E. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza – Convegno Istat, settembre 2002.
- ^{xl} Vieno A, Santinello M, Dallago L et al. (a cura di). Sport e tempo libero. In "Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002". Torino: Edizioni Minerva Medica. 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ^{xli} Sacerdote C, Fiorini L, Dalmaso M, Vineis P. Alimentazione e rischi di cancro. Indagine su un campione di 10054 volontari residenti nell'area torinese. CPO Piemonte, luglio 2000. In: <http://www.cpo.it/documenti/alimentazione sito.PDF>.
- ^{xlii} Avendano M, Kunst AE, Huisman M, et al. Educational level and stroke mortality: a comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke*. 2004;35:432-7.
- ^{xliii} Avendano M, Kunst AE, Huisman M, et al. Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s. *Heart* 2006; 92(4):461-467.
- ^{xliv} Gnani R, Migliardi A, Giustetto G, Nejrrotti M, Dalmaso M, Costa G. Giano, un modello di medicina di iniziativa per la gestione ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa: impatto sulla salute. Atti della 28^ Riunione annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia: pagina 38; Torino, 15-17 settembre 2004.
- ^{xlv} Istituto Nazionale di Statistica. L'uso di apparecchi sanitari. In Gargiulo L, Sebastiani G (a cura di): La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000. Roma: ISTAT. 2002; pp.221-227.
- ^{xlvi} WHO Workgroup on Clinical Comorbidity. Comorbidity: clinical complexity and the need for integrated care. Draft April 2005.
- ^{xlvii} De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirolo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMeD-WMH. Draft 2005.
- ^{xlviii} WHO Workgroup on Clinical Comorbidity. Comorbidity: clinical complexity and the need for integrated care. Draft April 2005.
- ^{xlix} Mamo C, Marinacci C, Demaria M, Mirabelli D, Costa G. Factors other than risks in the workplace as determinants of socioeconomic differences in health in Italy. *Int J Occup Environ Health*. 2005;11:70-76.
- ⁱ Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet*. 1998 Apr 4;351(9108):1009-14.
- ⁱⁱ Schrijvers CT, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health

- in the working population: the contribution of working conditions. *Int J Epidemiol.* 1998 Dec;27(6):1011-8.
- ^{lii} D'Errico A. Priorità Nell'igiene e sicurezza del lavoro in Piemonte. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL 5, Grugliasco (TO), Regione Piemonte, 2005.
- ^{liiii} Istat, ACI. Incidenti stradali. Anno 2006. 11 Dicembre 2007.
- ^{liv} Istat. Statistiche in breve. Anno 2005. Diffuso il: 27 novembre 2006.
- ^{lv} Aci - Direzione Studi e Ricerche - Area statistica in collaborazione con Aci Consult. Elaborazione dei dati Istat sugli incidenti stradali. Anno 2004.
- ^{lvi} Giustizi M. La mortalità per incidente stradale. *Ben- Notiziario ISS.* Vol.15 n° 5, Maggio 2002.
- ^{lvii} Brunekreef B, Holgate ST. Air pollution and health. *Lancet* 2002;360:1233-42.
- ^{lviii} Kunzli N, Stutz EZ, Perruchoud AP, Brandli O, Tschopp JM, Bolognini G, et al. Peak flow variability in the SAPALDLA study and its validity in screening for asthma-related conditions. The SPALDLA Team. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;160(2):427-34.
- ^{lix} Glinianaia SV, Rankin J, Bell R, Pless-Mulloli T, Howel D. Particulate air pollution and fetal health: a systematic review of the epidemiologic evidence. *Epidemiology* 2004;15:36-45.
- ^{lx} Gilboa SM, Mendola P, Olshan AF, Langlois PH, Savitz DA, Loomis D, et al. Relation between ambient air quality and selected birth defects, seven county study, Texas, 1997-2000. *Am J Epidemiol.* 2005;162(3):238-52.
- ^{lxi} Biggeri A, Bellini P, Terracini B (Eds). MISA, Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico 1996-2002. *Epidemiol Prev.* 2004;28 (Suppl):1 – 100.
- ^{lxii} Pope 3rd CA, Burnett RT, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K et al. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long term exposure to fine particulate air pollution. *JAMA* 2002;287:1132-41.
- ^{lxiii} van Kempen EEMM, Kruijze H, Boshuizen HC, Ameling CB, Staatsen BAM, de Hollander AEM. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2002;110:103-12.
- ^{lxiv} Babisch W. Noise and Health. *Environ Health Perspect* 2005;113:A14-A15.
- ^{lxv} International Agency for Research on Cancer (IARC). Man-made Mineral Fibres and Radon. Monographs on the Evaluation of Cancerogenic Risk to Humans. Lyon, France: IARC 1998; 43, pag 173.
- ^{lxvi} Darby S, Hill D, Auvinen A, Barros-Dios JM, Baysson H, Bochicchio F et al. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. *BMJ.* 2005 Jan 29;330(7485):223. Epub 2004 Dec 21.
- ^{lxvii} Michelozzi P, de' Donato F, Bisanti L, Russo A, Cadum E, Demaria M, D'Ovidio M, Costa G, Perucci C.A. The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities", *Euro surveillance*, 2005, 10(7) 161-165.
- ^{lxviii} Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D, Biggeri A, Bisanti L, Cadum E et al. Vulnerability to heat-related mortality: a multi-city population-based case-crossover analysis. *Epidemiology*, 2006, 17 (3) 315-323.
- ^{lxix} Sabbadini LL, Gargiulo L, Sebastiani G. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Istat, 2 marzo 2007.
- ^{lxx} Ciccone G, Prastaro C, Ivaldi C, Giacometti R, Vineis P. Access to hospital care, clinical stage and survival from colorectal cancer according to socio-economic status. *Ann Oncol* 2000; 11:1201-04.
- ^{lxxi} Giorda C, Petrelli A, Gnani R e la Commissione Regionale per l'Assistenza diabetologica del Piemonte. The impact of second-level specialised care on hospitalisation among persons with diabetes: a multilevel population based study. *Diabetic Medicine* 2006; 23:377-383.
- ^{lxxii} Gnani R, Migliardi A, Demaria M, Petrelli A, Costa G. Clinical and social determinants of statins prescribing in patients with coronary heart disease. *Eur J Pub Health* 2004;14, Supplement:70.
- ^{lxxiii} CPO Piemonte. Linee guida oncologiche. In: <http://www.cpo.it/lineeguida.htm>
- ^{lxxiv} Penna A, Labate C, D'Alfonso A, Ballin L, Nante N, Ciccone G. Utilità e limiti delle linee guida: il progetto TRiPPS 2 in quattro ospedali del Piemonte. *QA* 2004; 15(3):190-201.

Allegato 2)

CE - Aggregati	Descrizione	Programmato				Tendenziale					
		2010 inviato a Roma	2010 con rettifiche	2011 inviato a Roma	2011 con rettifiche	2012 con rettifiche	2010	2011	2012		
A01000	A.1) Contributi in esercizio										
A01005	A.1.A) Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale										
A01010	A.1.A.1) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	7.616.851	7.616.851	7.752.822	7.752.822	7.823.935	7.823.935	7.823.935	7.823.935	7.823.935	7.752.822
A01015	A.1.A.2) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121	143.121
A01020	A.1.B) Contributi/cessazio da enti pubblici. (EXTRA FONDO)										
A01025	A.1.B.1) da enti pubblici (extra fondo) vincolati	23.828	23.828	15.847	15.847	13.847	13.847	13.847	13.847	13.847	13.847
A01030	A.1.B.1.1) Contributi da Regione (extra fondo) vincolati	15.686	15.686	20.686	20.686	20.686	20.686	20.686	20.686	20.686	20.686
A01035	A.1.B.1.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati										
A01040	A.1.B.1.3) Contributi da ASI/Asi/IRCCS/Polinici. (extra fondo) vincolati										
A01045	A.1.B.1.4) Contributi in conto esercizio per ricerca corrente	19	19								
A01050	A.1.B.1.5) Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata										
A01055	A.1.B.2) da enti pubblici (extra fondo) - Altro	400.000	400.000	350.000	350.000	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	350.000
A01060	A.1.B.2.1) Contributi da Regione (extra fondo) - Altro	467	467	467	467	467	467	467	467	467	467
A01065	A.1.B.2.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) - Altro										
A01070	A.1.B.2.3) Contributi da ASI/Asi/IRCCS/Polinici. (extra fondo) - Altro										
A01075	A.1.C) Contributi/cessazio da enti privati	3.935	3.935	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
A02000	A.2) Proventi e ricavi diversi										
A02005	A.2.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie										
A02010	A.2.A.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti pubblici e Policlinici della Regione										
A02015	A.2.A.1.1) Ricavi di ricovero										
A02020	A.2.A.1.1.A) Prestazioni di ricovero										
A02025	A.2.A.1.1.B) Prestazioni di specialistica ambulatoriale										
A02030	A.2.A.1.1.C) Prestazioni di psichiatria (esistenziale e semiresidenziale)										
A02035	A.2.A.1.1.D) Prestazioni di File F										
A02040	A.2.A.1.1.E) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie										
A02045	A.2.A.1.1.E.1) Prestazioni servizi MMG, P.L.S. Contin. Assistenza										
A02050	A.2.A.1.1.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata										
A02055	A.2.A.1.1.E.3) Prestazioni termali										
A02060	A.2.A.1.1.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elicottero										
A02065	A.2.A.1.1.E.5) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536	4.536
A02070	A.2.A.1.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e socio-sanitarie erogate ad altri soggetti pubblici										
A02075	A.2.A.1.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione										
A02080	A.2.A.1.3.A) Prestazioni di ricovero	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730	90.730
A02085	A.2.A.1.3.B) Prestazioni ambulatoriali	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156	24.156
A02090	A.2.A.1.3.C) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (esid. e semiesid.)										
A02095	A.2.A.1.3.D) Prestazioni di File F	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510	5.510
A02100	A.2.A.1.3.E) Altre prestazioni sanitarie soggette a compensazione Extraregione										
A02105	A.2.A.1.3.E.1) Prestazioni servizi MMG, P.L.S. Contin. assistenza Extraregione	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495	2.495
A02110	A.2.A.1.3.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica con erenziazione Extraregione	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153	5.153
A02115	A.2.A.1.3.E.3) Prestazioni termali Extraregione	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121	1.121
A02120	A.2.A.1.3.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elicottero Extraregione										
A02125	A.2.A.1.3.E.5) Altre prestazioni sanitarie Extraregione	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350	1.350
A02130	A.2.A.1.3.F) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione Extraregione										
A02135	A.2.A.1.3.F.1) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggetta a compensazione Extraregione										
A02140	A.2.A.1.3.F.2) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggetta a compensazione Extraregione	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240	2.240
A02145	A.2.A.1.3.G) Altre prestazioni sanitarie - Mobilità attiva internazionale										

A.2.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati												
extraregione in compensazione (mobilità attiva)												
	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014	75.014
	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821	5.821
A02150	A.2.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati											
A02155	A.2.A.2.1) Prestazioni di ricovero da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)											
A02160	A.2.A.2.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)											
A02165	A.2.A.2.3) Prestazioni di Fila F da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)											
A02170	A.2.A.2.4) Altre prestazioni sanitarie erogate da privati residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)											
A02175	A.2.A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati											
A02180	A.2.A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia											
A02185	A.2.A.4.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera											
A02190	A.2.A.4.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica											
A02195	A.2.A.4.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica											
A02200	A.2.A.4.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consorzio (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-59)											
A02205	A.2.A.4.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-59) (Asl - Ao, IRCCS e Policlinici della Regione)											
A02210	A.2.A.4.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro											
A02215	A.2.A.4.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Asl - Ao, IRCCS e Policlinici della Regione)											
A02220	A.2.B) Ricavi per prestazioni non sanitarie											
A02225	A.2.C) Altri proventi											
A02230	A.3.C.1) Proventi non sanitari											
A02235	A.2.C.1.1) Alitti ed altri proventi da attività immobiliari											
A02239	A.2.C.1.2) Altro											
A02240	A.2.C.2) Altri proventi diversi											
A03000	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche											
A03005	A.3.A) Rimborsi assicurativi											
A03010	A.3.B) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche											
A03015	A.3.B.1) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Asl-Ao, IRCCS, Policlinici della Regione											
A03020	A.3.B.1.1) Rimborsi degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando v/Altri Enti Pubblici											
A03025	A.3.B.1.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Asl-Ao, IRCCS, Policlinici della Regione											
A03030	A.3.B.1.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche da parte di Asl-Ao, IRCCS, Policlinici della Regione											
A03035	A.3.B.2) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Altri Enti Pubblici											
A03040	A.3.B.2.1) Rimborsi degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando v/Altri Enti Pubblici											
A03045	A.3.B.2.2) Rimborsi per acquisto beni v/Altri Enti Pubblici											
A03050	A.3.B.2.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Altri Enti Pubblici											
A03055	A.3.B.3) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Regione											
A03060	A.3.B.3.1) Rimborsi degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando v/Regione											
A03065	A.3.B.3.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Regione											
A03070	A.3.B.3.3) Concorsi, recuperi e rimborsi v/privati											
A03075	A.3.B.4.1) Rimborsi da Aziende Farmaceutiche per Pay Back											
A03080	A.3.B.4.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi verso privati											
A04000	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale											
A04005	A.4.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso											
A04010	A.4.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso											
A04015	A.4.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro											
A05000	A.5) Costi capitalizzati											
A05005	A.5.A) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti // [Costi Sterilizzati]											
A05010	A.5.A.1) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti da Regione											
A05015	A.5.A.2) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti dallo Stato											
A05020	A.5.A.3) Costi capitalizzati da utilizzo delle poste del patrimonio netto											
A05025	A.5.A.4) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia											
A05030	A.5.A.5) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia											
A05035	A.5.B) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia											
A05040	A.5.B.1) Acquisti di beni											

B01005	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	556.868	25.339	531.527	579.449	57.477	521.972	601.008	57.477	543.531	535.985	567.960	564.377
B01010	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	12.875		12.875	13.020		13.020	13.424		13.424	12.689	13.209	13.738
B01015	B.1.A.2) Ossigeno	3.301		3.301	3.391		3.391	3.496		3.496	3.504	3.504	3.577
B01020	B.1.A.3) Prodotti dietetici	28.235		28.235	29.005		29.005	29.504		29.504	29.287	29.428	30.603
B01025	B.1.A.4) Materiali per le prolassi (vaccini)	117.850		117.850	122.090		120.090	125.875		122.875	118.985	123.982	128.817
B01030	B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	28.538		28.538	29.065		29.065	29.358		29.358	28.971	29.487	30.042
B01035	B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	247.893		247.893	254.661		251.651	262.545		258.545	248.174	258.347	268.681
B01040	B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	113.412		113.412	118.850		118.850	122.554		122.554	116.164	120.575	125.598
B01045	B.1.A.8) Materiali protesici	31.269		31.269	32.122		32.122	33.117		33.117	31.304	32.868	33.891
B01050	B.1.A.9) Materiali per emodialisi	476		476	519		518	544		544	477	526	557
B01055	B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	1.251		1.251	1.285		1.285	1.325		1.325	1.252	1.304	1.356
B01060	B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari												
B01065	B.1.A.12) Beni e prodotti sanitari da ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione												
B01070	B.1) Acquisti di beni non sanitari	9.326		9.326	9.387		9.387	9.461		9.461	9.338	9.503	9.882
B01075	B.1.B) Prodotti alimentari	17.314		17.314	17.562		17.562	17.913		17.913	17.334	17.817	18.332
B01080	B.1.B.2) Materiali di guardachapa, di pulizia e di convivenza in genere	36.407		36.407	36.587		36.587	36.933		36.933	36.448	37.099	37.796
B01085	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	13.883		13.883	13.880		13.880	14.158		14.158	13.699	14.061	14.488
B01090	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	12.261		12.261	12.437		12.437	12.586		12.586	12.275	12.618	12.982
B01095	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	974		974	987		987	1.007		1.007	975	1.041	1.030
B01100	B.1.B.6) Altri beni non sanitari												
B01105	B.1.B.7) Beni non sanitari da ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione												
B02000	B.2) Acquisti di servizi												
B02005	B.2.A) Acquisti servizi sanitari												
B02010	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base												
B02015	B.2.A.1.1) - da convenzione	352.356		352.356	354.118		354.118	355.889		355.889	352.356	354.118	355.889
B02020	B.2.A.1.1.A) Spese per assistenza MMG	65.345		65.345	65.672		65.672	66.000		66.000	65.345	65.672	66.000
B02025	B.2.A.1.1.B) Spese per assistenza PLS	36.989		36.989	37.174		37.174	37.360		37.360	36.989	37.174	37.360
B02030	B.2.A.1.1.C) Spese per assistenza Comunità assistenziale	19.987		19.987	20.087		20.087	20.187		20.187	19.987	20.087	20.187
B02035	B.2.A.1.1.D) Altre (medicina dei servizi, psicologi, medici I 18, ecc)												
B02040	B.2.A.1.2) - da pubblico (ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale												
B02045	B.2.A.1.3) - da pubblico Mobilità (Extra Regione)												
B02050	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	779.826	25.339	805.165	746.633	50.877	799.310	746.633	50.877	799.310	805.165	746.633	799.310
B02055	B.2.A.2.1) - da convenzione												
B02060	B.2.A.2.2) - da pubblico (ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale												
B02065	B.2.A.2.3) - da pubblico (extra Regione)	5.469		5.469	5.469		5.469	5.469		5.469	5.469	5.469	5.469
B02070	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale												
B02075	B.2.A.3.1) - da pubblico (ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale												
B02080	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)												
B02085	B.2.A.3.3) - da pubblico (extra Regione)	24.542		24.542	24.542		24.542	24.542		24.542	24.542	24.542	24.542
B02090	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	85.863		85.863	88.439		88.439	92.861		92.861	85.863	90.155	94.684
B02095	B.2.A.3.5) - da privato												
B02100	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS Privati e Privati												
B02105	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati	37.479		37.479	38.603		38.603	40.534		40.534	37.479	39.353	41.321
B02110	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura Private	153.990		153.990	158.610		158.610	166.540		166.540	153.990	161.690	169.774
B02115	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri soggetti privati												
B02120	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	5.307		5.307	5.466		5.466	5.740		5.740	5.307	5.572	5.851
B02125	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa												
B02130	B.2.A.4.1) - da pubblico (ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale												
B02135	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	42.887	400	42.487	45.031	1.500	43.531	47.282	2.801	44.481	43.379	45.542	47.918
B02140	B.2.A.4.3) - da pubblico (extra Regione) non soggetto a compensazione	29		29	30		30	32		32	29	31	32
B02145	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	131.793	921	130.872	138.362	5.088	133.284	145.300	5.000	140.300	133.287	135.951	140.947
B02150	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica intraregionale												
B02155	B.2.A.5.1) - da pubblico (ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale												

Descrizione	1.280	1.280	1.040	1.040	912	912	1.285	1.165	912	912
B.2.14.4) Consulenze, Collaborazioni, Internate e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie										
B.2.A.14.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione										
B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie e sociosan. da Terzi - Altri enti pubblici										
B.2.A.14.3) Consulenze, Collaborazioni, Internate e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosan. da privato	1.280	1.280	1.040	1.040	912	912	1.285	1.165	912	912
B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato	10.992	10.992	8.933	1.000	7.933	7.929	11.031	10.002	10.002	10.198
B.2.A.14.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosan. da privato	13.675	13.675	11.114	800	10.314	9.739	13.723	12.443	12.687	12.687
B.2.A.14.3.C) Indennità a personale universitario - area sanitaria	24.720	24.720	20.990	-	20.990	17.604	24.807	22.489	22.934	22.934
B.2.A.14.3.D) Lavoro infermieristico - area sanitaria	19.788	19.788	16.062	1.200	14.862	14.091	19.859	18.005	18.359	18.359
B.2.A.14.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	10.251	10.251	8.331	1.000	7.331	7.300	10.287	9.327	9.511	9.511
B.2.A.14.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando										
B.2.A.14.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione										
B.2.A.14.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università										
B.2.A.14.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da azienda										
B.2.A.15) Altri servizi sanitari e socio-sanitari e rievacuazione sanitaria										
B.2.A.15.1) Altri servizi sanitari e socio-sanitari da pubblico V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici										
B.2.A.15.2) Altri servizi sanitari e socio-sanitari da pubblico - Altri enti	4.967	4.967	5.285	5.285	5.285	5.285	4.967	4.967	4.967	4.967
B.2.A.15.3) Altri servizi sanitari e socio-sanitari da pubblico (extra Regione)	1.461	1.461	1.554	1.554	1.554	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461
B.2.A.15.4) Altri servizi sanitari da privato	49.623	49.623	52.786	3.427	49.359	52.796	49.623	49.623	49.623	49.623
B.2.A.15.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva										
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari										
B.2.B.1) Servizi non sanitari										
B.2.B.1.1) Lavanderie	29.682	29.682	29.672	29.672	30.617	30.617	29.160	30.312	31.484	31.484
B.2.B.1.2) Pulizie	92.600	92.600	95.853	95.853	98.917	98.917	94.709	97.931	101.651	101.651
B.2.B.1.3) Mensa	67.645	67.645	70.029	70.029	72.260	72.260	68.921	71.539	74.257	74.257
B.2.B.1.4) Riscaldamento	35.487	35.487	36.747	36.747	37.918	37.918	37.540	38.966	38.966	38.966
B.2.B.1.5) Elaborazione dati	22.760	22.760	23.562	23.562	24.313	24.313	23.155	24.070	24.985	24.985
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	1.958	1.958	2.027	2.027	2.092	2.092	1.982	2.071	2.150	2.150
B.2.B.1.7) Smalimento rifiuti	15.825	15.825	16.383	16.383	16.905	16.905	16.100	16.736	17.372	17.372
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	21.918	21.918	22.691	22.691	23.414	23.414	22.289	23.160	24.061	24.061
B.2.B.1.9) Utenze elettriche	50.417	50.417	52.104	4.418	47.776	53.857	6.172	47.695	51.293	55.345
B.2.B.1.10) Altre utenze	8.379	8.379	8.674	8.674	8.950	8.950	8.524	8.861	9.198	9.198
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione										
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	34.617	34.617	35.637	35.637	36.979	36.979	35.219	36.610	38.001	38.001
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	5.523	5.523	5.718	5.718	5.900	5.900	5.919	6.083	6.247	6.247
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari										
B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)										
B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	5.761	5.761	5.964	5.964	6.154	6.154	5.861	6.093	6.324	6.324
B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	57.701	57.701	59.734	59.734	61.638	61.638	58.704	61.023	63.341	63.341
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Internate e altre prestazioni di lavoro non sanitarie										
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione										
B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici										
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Internate e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	151	151	166	166	183	183	182	111	111	111
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.876	2.876	1.639	100	1.539	1.572	2.869	2.112	2.112	2.112
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	2.491	2.491	1.419	1.419	1.362	1.362	2.502	1.819	1.834	1.834
B.2.B.2.3.C) Lavoro infermieristico - area non sanitaria	16.876	16.876	9.616	400	9.216	9.226	9.228	16.955	12.429	12.429
B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	1.930	1.930	1.100	1.100	1.055	1.055	1.939	1.419	1.422	1.422
B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando										
B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione										
B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università										
B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extra regione)										

		203	203	102	102	102	81	81	B1	B1	432	432	432	432
		12.419	12.419	6.209	6.209	5.209	4.968	4.968	4.968	4.968	12.419	12.419	12.419	12.419
B02955	B.2.B.3) Formazioni (especializzate e non) da pubblico													
B02960	B.2.B.3.1) Formazioni (especializzate e non) da pubblico													
B02965	B.2.B.3.2) Formazioni (specializzate e non) da privato													
B03000	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria e straordinaria)	45.558	45.558	46.008	46.008	46.008	46.928	46.928	46.928	46.928	45.409	46.676	49.025	
B03005	B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	25.282	25.282	25.282	25.282	25.282	26.039	26.039	26.039	26.039	25.321	25.999	26.046	
B03010	B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	65.083	65.083	65.692	65.692	65.692	67.006	67.006	67.006	67.006	65.157	66.646	68.572	
B03015	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	1.784	1.784	1.801	1.801	1.837	1.837	1.837	1.837	1.837	1.866	1.827	1.860	
B03020	B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manutenzione di automezzi (sanitari e non)	856	856	873	873	873	891	891	891	891	857	866	912	
B03025	B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni													
B03030	B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da ASI-AO, IRCCS, Policlinici della Regione													
B04000	B.4) Godimento di beni di terzi	17.308	17.308	17.481	17.481	17.481	17.481	17.481	17.481	17.481	18.045	18.343	18.280	
B04005	B.4.A) Altri passivi													
B04010	B.4.B) Canoni di noleggio	44.820	44.820	45.066	45.066	45.066	46.316	46.316	46.316	46.316	46.520	47.287	48.453	
B04015	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	17.504	17.504	17.678	17.678	17.678	18.033	18.033	18.033	18.033	18.249	18.551	18.957	
B04020	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria													
B04025	B.4.C) Canoni di leasing	1.116	1.116	1.143	1.143	1.143	1.166	1.166	1.166	1.166	1.165	1.200	1.219	
B04030	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria													
B04035	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	2.843	2.843	2.857	2.857	2.857	2.915	2.915	2.915	2.915	2.964	2.999	3.048	
B04040	B.4.D) Locazioni e noleggi da ASI-Ao della Regione													
B05000	Totale Costo del personale													
B05005	B.5) Personale del ruolo sanitario	1.088.228	1.088.228	1.090.551	1.090.551	1.090.551	1.090.551	1.090.551	1.090.551	1.090.551	1.075.108	1.077.612	1.083.000	
B05010	B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario													
B05015	B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	88.493	88.493	87.753	87.753	87.753	87.753	87.753	87.753	87.753	89.118	89.349	89.846	
B05020	B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.119.484	1.126.642	1.137.759	1.143.448	
B05025	B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario													
B05030	B.5.B.1) Costo del personale professionale	9.440	9.440	9.440	9.440	9.440	9.440	9.440	9.440	9.440	9.500	9.594	9.642	
B05035	B.5.B.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale	1.796	1.796	1.796	1.796	1.796	1.796	1.796	1.796	1.796	1.808	1.826	1.835	
B05040	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale													
B07000	B.7) Personale del ruolo tecnico	4.819	4.819	4.819	4.819	4.819	4.819	4.819	4.819	4.819	4.649	4.695	4.718	
B07005	B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico													
B07010	B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	371.457	371.457	371.457	371.457	371.457	371.457	371.457	371.457	371.457	373.832	377.521	379.409	
B08000	B.8) Personale del ruolo amministrativo	25.985	25.985	25.985	25.985	25.985	25.985	25.985	25.985	25.985	26.151	26.409	26.541	
B08005	B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	256.697	256.697	256.697	256.697	256.697	256.697	256.697	256.697	256.697	259.336	260.867	262.191	
B08010	B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo													
B09000	B.9) Oneri diversi di gestione	12.390	12.390	13.009	13.009	13.009	13.009	13.009	13.009	13.009	12.433	13.133	13.199	
B09005	B.9.A) Imposte e tasse (escluso Irap e Ires)													
B09010	B.9.B) Perdite su crediti													
B09015	B.9.C) Altri oneri diversi di gestione													
B09020	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	15.981	15.981	14.363	14.363	14.363	15.945	15.945	15.945	15.945	15.981	14.363	12.945	
B09025	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	28.119	28.119	27.800	27.800	27.800	28.078	28.078	28.078	28.078	28.119	27.800	28.078	
B10000	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	14.528	
B11000	Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali													
B11005	B.11) Ammortamenti (fabbricati non strumentali (disponibili))													
B11010	B.11.A) Ammortamenti (fabbricati non strumentali (disponibili))	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	57.585	
B11015	B.11.B) Ammortamenti (fabbricati strumentali (disponibili))	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	105.601	
B12000	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	1.074	
B13000	B.13) Valutazione dei crediti													
B14000	B.14) Variazione delle rimanenze	1.671	1.671	1.722	1.722	1.722	1.773	1.773	1.773	1.773	1.673	1.747	1.815	
B14005	B.14.A) Variazione rimanenze sanitarie	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	24	
B14010	B.14.B) Variazione rimanenze non sanitarie													
B15000	B.15) Accantonamenti liquidi dell'esercizio													
B15005	B.15.A) Accantonamenti per rischi													
B15010	B.15.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	412	412	412	412	412	412	412	412	412	1.030	1.030	1.030	
B15015	B.15.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	50	50	50	50	50	50	50	50	50	125	125	125	
B15020	B.15.A.3) Altri accantonamenti per rischi	692	692	692	692	692	692	692	692	692	1.790	1.790	1.790	
B15025	B.15.B) Accantonamenti per premio di operosità	3.433	3.433	3.433	3.433	3.433	3.433	3.433	3.433	3.433	6.583	6.583	6.583	
B15030	B.15.C) Altri accantonamenti													
B15035	B.15.C.1) Accantonamenti per interessi di mora													
B15040	B.15.C.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PS/MCA ed altri	226	226	226	226	226	226	226	226	226	564	564	564	
B15045	B.15.C.3) Acc. Rinnovi contratti - dirigenza medica													

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2010, n. 69-481

Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

Nel contesto di profonda evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha siglato il 22 febbraio 2001 l'*Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale* (NSIS).

Il "*Patto per la Salute*" del 28 Settembre 2006 ha ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

Nell'ambito del NSIS, il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, ha avviato la costituzione di una nuova banca dati per il monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche a partire dai progetti Mattone 12 e 13. In data 9 gennaio 2009 sono stati pubblicati i Decreti 17.12.2008 riguardanti:

- "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (SIAD);
- "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" (FAR)

che prevedono l'inizio dell'invio dei flussi a partire dal 1/1/2009 senza che il mancato invio vincoli l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo del FSN a carico dello Stato (art. 7 del DM 17.12.2008), mentre a partire dal 1 gennaio 2012, il conferimento dei dati costituisce vincolo.

Altresì, l'art. 9, comma 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 ribadisce: "con le modalità concordate in sede di Cabina di Regia NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale afferenti a NSIS".

Non essendo materialmente possibile per la Regione Piemonte rispettare il termine del 1.01.2009 per l'inizio dell'invio dei flussi, in ottemperanza dell'art. 6 del suddetto DM dell'assistenza domiciliare e dell'art. 5 del summenzionato DM sull'assistenza residenziale e semiresidenziale, è stato predisposto e presentato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali un piano di adeguamento che vincola la Regione Piemonte all'invio dei dati a partire dall'ultimo trimestre 2010.

La Regione Piemonte, nel rispetto del piano presentato, ha a sua volta predisposto le specifiche tecniche che definiscono i tracciati di livello regionale per il Sistema Informativo Assistenza Domiciliare Regione Piemonte (SIAD RP) e per il Flusso di Assistenza Residenziale Re-

gione Piemonte (FAR RP) rivolte alle Aziende Sanitarie Locali e alle Strutture socio-sanitarie del territorio piemontese, che comprendono le informazioni richieste dal NSIS, integrate con informazioni di livello regionale.

Le specifiche tecniche per la compilazione dei tracciati regionali ed il calendario con le tempistiche per l'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale da parte delle Aziende Sanitarie Locali, saranno oggetto di successivo atto deliberativo.

I criteri guida per la corretta compilazione e le modalità di raccolta delle informazioni richieste dai flussi regionali sono esplicitati nel documento "Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati", che sarà adottato con determinazione dirigenziale.

Come l'invio dei dati al NSIS è responsabilità della Regione Piemonte, così l'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale è responsabilità delle ASL.

Altresì, è compito delle ASL la formazione dei formatori individuati dalle strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie e dalle Case di Cura [queste ultime unicamente se con Nucleo di Stato Vegetativo (NSV) ai sensi delle D.G.R. n. 93-21140 del 21 luglio 1997 e D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010, nonché i Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC) sempre ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010] in merito alla nuova Cartella Geriatrica, allegato A del presente provvedimento ed agli obblighi informativi previsti dal flusso FAR.

I nuovi flussi informativi riguardano:

Assistenza domiciliare (SIAD).

Sono oggetto di rilevazione tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari caratterizzati dai seguenti aspetti:

- la presa in carico dell'assistito,
- la valutazione multidimensionale dell'assistito,
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale,
- la responsabilità clinica in capo a Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL.

Rientrano nella rilevazione anche i casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera e le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzata da presa in carico, valutazione multidimensionale, definizione di un progetto di assistenza individuale e responsabilità clinica in capo al MMG, al PLS o al medico competente per la terapia del dolore.

Sono invece escluse:

- le "cure domiciliari prestazionali" (PIE) che non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale (esempio: prelievi occasionali a domicilio);
- l'ospedalizzazione a domicilio, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera;
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali;

- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate “su chiamata” e che non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

Sono oggetto di rilevazione:

- i dati anagrafici e di residenza del soggetto alla presa in carico
- i dati riferiti alla presa in carico
- la valutazione iniziale
- l'erogazione delle prestazioni
- le rivalutazioni (periodiche ogni 90 giorni o straordinarie quando necessitano)
- la sospensione
- la conclusione dell'assistenza.

La D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 ha introdotto un sistema di valutazione alla presa in carico di soggetti in Cure Domiciliari attraverso l'attribuzione di un codice colore, che a sua volta scaturisce da una somministrazione di scale di valutazione sanitaria: ADL, IADL, DISCO e CIRS; mentre la D.G.R. n. 55-13238 del 3 agosto 2004 ha definito l'articolazione delle varie tipologie di cura domiciliare e le modalità di calcolo del peso.

Il SIAD non prevede una classificazione di tipologie di Cure Domiciliari, come invece normato dalla Regione Piemonte, ma rileva l'attività giornalmente erogata in maniera programmata da operatori sanitari e sociosanitari, afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare a pazienti per cui sia stato attivato uno specifico progetto di cura e con responsabilità clinica del MMG o PLS. Pertanto, rientrano nelle caratteristiche delle attività oggetto di rilevazione quelle svolte nelle attuali tipologie di cura ADI, SID, ADP, ADI+UOCP, LA, come previsto nel predetto documento “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati”, che, come già detto, sarà adottato con determinazione dirigenziale.

Altresì, il DM SIAD introduce la valutazione sanitaria dell'assistito relativa ad autonomia e bisogni assistenziali. Pertanto, viene a decadere la necessità di individuare il codice colore sanitario di cui alla D.G.R. 41-5952/2002 e s.m.i., in quanto la valutazione prevista nel flusso SIAD fornisce già sufficienti elementi conoscitivi e si deve così estendere a tutte le cartelle degli assistiti in Cure Domiciliari. L'abolizione del codice colore fa decadere il tempo di presa in carico correlato al codice colore, per le tipologie di Cure Domiciliari in cui è previsto ai fini del calcolo del peso. Di conseguenza per omogeneità dei dati non deve essere più attribuito il tempo forfetario di presa in carico non collegato al codice colore nelle tipologie di cura SID e ADI+UOCP.

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR).

Riguarda le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate da strutture “accreditate” (o in via di accreditamento) ad anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Rientrano nella rilevazione i soggetti in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza, Locked in-Syndrome,

Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale, Sclerosi Multipla.

Non costituiscono oggetto di monitoraggio le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a:

- disabili
- persone affette da patologie psichiatriche
- minori
- ricoveri nelle strutture ex art. 26.

Sono oggetto di rilevazione:

- i dati anagrafici e di residenza del soggetto alla presa in carico
- i dati riferiti alla presa in carico
- la valutazione iniziale
- le rivalutazioni (periodiche ogni 90 giorni o straordinarie quando necessitano)
- la sospensione
- la conclusione dell'assistenza.

L'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale è di responsabilità delle ASL che si avvalgono, per quanto attiene la rivalutazione socio-sanitaria, dell'équipe multidisciplinare interna alla struttura residenziale e semiresidenziale ai sensi della D.G.R. n.17-14226 del 30 marzo 2005 – Allegato 1.

Lo schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate di cui all'Allegato A), alla D.G.R. 7 dicembre 2009, n. 44-12758 “Approvazione dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate” al comma 1 dell'art. 6 prevede “Il presidio si impegna a rispettare le indicazioni regionali e/o dell'ASL e del soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione socio-sanitaria”. Occorre, pertanto, al fine dell'invio da parte delle strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie accreditate dei dati in questione, integrare l'art. 6 con il seguente comma 1 bis “il presidio si impegna a fornire alle Aziende Sanitarie Locali di competenza i dati previsti dal Flusso di Assistenza Residenziale e semiresidenziale della Regione Piemonte (FAR-RP), che comprende le informazioni richieste dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) integrate con informazioni di livello regionale”. Pertanto, le ASL dovranno a loro volta integrare lo schema contrattuale allegato alla D.G.R. 44-12758/2010 con il predetto comma 1 bis dell'art. 6, anche per i contratti già in essere.

Per quanto attiene alla valutazione della non autosufficienza, con D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 “Cartella Geriatrica dell'Unità di valutazione geriatrica e linee guida del piano assistenziale individuale” la Regione Piemonte ha normato il sistema di valutazione socio sanitaria dell'assistito con provvedimento antecedente alla emanazione del DM FAR. Il sistema di valutazione piemontese è diverso da quelli per cui il Ministero ha reso disponibili le regole di transcodifica (RUG, S.Va.M.A., AGED).

Di conseguenza ai sensi dell'art. 3, comma 4 del decreto sulla residenzialità, in data 8 settembre 2009, si è provveduto ad attivare le procedure per la validazione del sistema di transcodifica in uso nella Regione Piemonte al fine

di non sostituire il sistema di valutazione vigente con uno di quelli sopraccitati, presenti nel Decreto. Tale richiesta è stata approvata in data 10 novembre 2009.

E', pertanto, iniziata la sperimentazione della valutazione di un campione di soggetti sia in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sia in Residenze Assistenziale Flessibili (RAF) e in data 16/4/2010 sono stati trasmessi i risultati al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Con nota del 7 maggio 2010 il Ministero ha comunicato che erano necessari ulteriori chiarimenti in merito ad alcuni punti delle seguenti aree: Area cognitiva e Area dei disturbi comportamentali, Area dei trattamenti specialistici, Area sociale, Area finanziaria; i chiarimenti richiesti sono stati trasmessi al Ministero in data 16 giugno 2010.

Con nota del 30 luglio 2010 il Ministero ha approvato la transcodifica proposta dalla Regione Piemonte. Tale approvazione rende necessaria la modifica di alcuni strumenti di valutazione attualmente presenti nella Cartella Geriatrica della D.G.R. n. 42-8390/2008.

La D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e la succitata D.G.R. 42-8390/2008 definiscono le scale di valutazione dello stato di salute e dell'autosufficienza: ADL (Indice di Katz), IADL, DISCO, DMI e SPMSQ. Tale sistema di valutazione non dà risultati del tutto sovrapponibili ai tre sistemi previsti dal DM FAR (RUG, S.Va.M.A., AGED), in particolare nelle aree della funzionalità-mobilità, dei disturbi del comportamento, dei trattamenti specialisti.

Per quanto riguarda l'area della funzionalità-mobilità, l'ADL di Katz comprende 6 item differenti di cui 5 esplorano l'autonomia funzionale e 1 l'autonomia nella mobilità, fornendo un risultato di tipo binario per ogni item (autonomo; non autonomo) e non distinguendo la mobilità dal resto delle attività funzionali nel punteggio risultante.

Si è proceduto a sottoporre a transcodifica gli item dell'autonomia funzionale e di mobilità della scala di Katz confrontandoli con quelli della scala di Barthel, costitutiva del sistema valutativo S.Va.M.A., presente nel DM FAR, che presenta maggiore affinità con il sistema valutativo della Regione Piemonte.

E' stato effettuato uno studio su 200 persone, che ha dimostrato un'elevata concordanza statistica fra i due sistemi valutativi (l'ADL di Katz e di Barthel); tale risultato permette di sostituire l'ADL di Katz con il Barthel Index nella Cartella Geriatrica della DGR 42-8390/2008.

Per quanto attiene l'area dei disturbi comportamentali la scala DISCO in uso contiene anche item di pertinenza cognitiva, mentre la direttiva ministeriale prevede una separazione tra le aree cognitiva e comportamentale. Pertanto, si provvede a eliminare le voci non pertinenti e a implementare le rimanenti adattandole per una maggiore rappresentatività valutativa, sostituendo così la scala DISCO con l'elenco dei disturbi presenti nel tracciato FAR "Area dei disturbi comportamentali", (in seguito A.Di.Co).

Il punteggio previsto nella scheda A.Di.Co. della Cartella Geriatrica (A=0, B=1, C=2) concorre alla determinazione dei 14 punti sanitari e deve essere transcodificato nel flusso regionale, in coerenza con i valori previsti dal tracciato ministeriale FAR, in: A=1 (disturbi assenti), B e C = 2 (disturbi presenti).

Per quanto riguarda l'area dei trattamenti specialistici si procede a sostituire la scheda "Bisogni clinico assistenziali rilevati", presente nell'attuale Cartella Geriatrica della D.G.R. n. 42-8390/2008, con la scheda "Trattamenti specialistici", presente nell' Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo, per ottemperare al Decreto Ministeriale, che richiede di specificare quali sono gli interventi specialistici, di conseguenza la compilazione di tale scheda diventa obbligatoria.

Rimangono invariate le scale inerenti le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), la dipendenza per motivi medici (DMI) e la cognitività (SPMSQ). Per quest'ultima i punteggi previsti dalla Cartella Geriatrica (0 = assente - lieve, 1=moderato, 2=grave) devono essere transcodificati nel flusso regionale, in coerenza con i valori previsti dal tracciato ministeriale FAR, in: 1 = lieve, 2= moderato e 3=grave.

Quindi il sistema valutativo sanitario della nuova Cartella Geriatrica, viene a comporsi come di seguito:

Scale e Schede di valutazione sanitaria della nuova Cartella Geriatrica							
Utilizzo delle Scale e Schede	ADL di Barthel (Vita quotidiana e Mobilità)	IADL di Lawton	SPMSQ di Pfeiffer (Cognitivo)	ADICO (Comportamentali)	DMI	Trattamenti specialistici	CIRS
Punteggio sanitario per graduatoria e intensità regionale	x	x	x	x	x		

Scale e Schede di valutazione sanitaria della nuova Cartella Geriatrica							
Concorrono alla valutazione complessiva senza punteggio						x	x
Valutazione richiesta dal D.M. FAR	x		x	x		x	

Al fine di rispettare una esatta corrispondenza tra le valutazioni già effettuate dalle Unità di Valutazione Geriatrica delle ASL piemontesi con la metodica finora utilizzata e il Barthel Index, viene introdotto l'utilizzo di un metodo di traslazione da un sistema all'altro, così come esemplificato nell'Allegato B, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo.

Il sistema di traslazione consente di non rivalutare i soggetti già valutati e allineare le nuove valutazioni con Barthel Index con quelle dell'ADL di Katz.

Anche per la transcodifica dell'Area sociale è stato necessario uno studio statistico (effettuato su un campione di 74 soggetti) per verificare la concordanza tra l'Area 3 (Condizione Familiare) e l'Area 4 (Condizioni Assistenziali) della Scheda di Valutazione.

Sociale della Cartella Geriatrica, della D.G.R. 42-8390/2008, e la Scheda "Supporto della Rete Sociale" presente nella S.Va.M.A.

La somma dei punteggi previsti dalla Cartella Geriatrica nelle Aree 3 (Condizione Familiare) e 4 (Condizioni Assistenziali), ognuna con un range da 0 a 4, deve essere transcodificata nel seguente modo: somma dei punteggi delle due Aree fino a 4 equivale, per il flusso ministeriale, a 1 (presenza della rete familiare o informale), da 5 a 6 equivale a 2 (presenza parziale/temporanea della rete), da 7 a 8 equivale a 3 (assenza di rete).

Pertanto, non cambia la Scheda di Valutazione sociale nella nuova Cartella Geriatrica di cui solo l'Area 3 (Condizione Familiare) e l'Area 4 (Condizioni Assistenziali) sono utilizzate nell'ambito della valutazione prevista dal flusso ministeriale.

Scheda di valutazione sociale della nuova Cartella Geriatrica				
Utilizzo della Scheda	Condizione abitativa	Condizione economica (a cura del Comune / Ente Gestore)	Condizione familiare	Condizione assistenziale
Concorrono al punteggio sanitario per graduatoria e intensità regionale	x	x	x	x
Valutazione richiesta dal D.M. FAR			x	x

Sempre nell'area sociale, lo studio effettuato per la transcodifica ha evidenziato inoltre la necessità di una più puntuale valutazione della persona, attraverso la modifica di alcuni item dell'Area 4 Condizioni Assistenziali (sezione 4A "Persona valutata al domicilio" e sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale") senza che il punteggio di sintesi venga modificato.

Nello specifico vengono ridefiniti ed integrati gli item 7) 8) della sezione 4A e gli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B. Altresì, nella sezione 4B utilizzata per valutare la persona già inserita in struttura viene aggiunta una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) somministrazione dei pasti, avente lo scopo di rilevare il grado di copertura necessaria per rispondere ad alcuni bisogni del soggetto valutato, ancorché soddisfatti dalla struttura ospitante. Le modifiche e le integrazioni sia della scheda di valutazione

sociale sia della scheda di valutazione sanitaria sono riportate nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sostituisce l'Allegato C della D.G.R. 42-8390/2008 dal 1 ottobre 2010. Restano fatti salvi i contenuti dei restanti Allegati A, B e D della D.G.R. 42-8390/2008

La Cartella Geriatrica, come modificata dal presente provvedimento, deve essere utilizzata per la valutazione di tutti i soggetti in struttura residenziale o semiresidenziale indipendentemente dall'inserimento a carico del Servizio Sanitario Regionale, a partire dal 1 ottobre 2010.

Si anticipano in linea di massima le tempistiche del calendario dei flussi FAR e SIAD che saranno stabilite con successiva deliberazione di Giunta Regionale.

Decorre dal 1 novembre 2010 l'obbligo di invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale relativamente a:

- assistenza domiciliare: nuove prese in carico di soggetti in Cure Domiciliari dal 1 ottobre 2010 secondo i tracciati SIAD-RP (tracciato della presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, prestazioni, sospensioni e conclusione assistenza);

- assistenza residenziale e semiresidenziale: soggetti *presenti* in strutture residenziali e semiresidenziali alla data del 1 ottobre 2010 e soggetti *inseriti* a partire dal 1 ottobre 2010, secondo la seguente articolazione:

- dal 1 novembre 2010 al 31 dicembre 2010: invio dei dati di tutti i soggetti inseriti al 1 ottobre 2010, secondo i tracciati FAR-RP (tracciato di presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, sospensione e conclusione assistenza), ma *senza l'obbligo* di invio dei dati relativi agli eventi di valutazione/rivalutazione, al fine dell'implementazione "massiva" dell'archivio;

- dal 1 gennaio 2011: invio dei dati secondo i tracciati FAR-RP (tracciato di presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, sospensione e conclusione assistenza) *con l'obbligo* di invio anche dei dati relativi agli eventi di valutazione/rivalutazione sia relativi ai soggetti già presenti in struttura al 1 gennaio 2011 sia i nuovi soggetti inseriti dal 1 gennaio 2011.

vista la D.G.R. n. 93-21140 del 21 luglio 1997;

vista la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. 55-13238 del 3 agosto 2004;

vista la D.G.R. n. 17-14226 del 30 marzo 2005 – All. 1;

vista la D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2009;

vista la D.G.R. n. 44-12758 del 7 dicembre 2009- Allegato A);

vista la D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010;

visto l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) del 22 febbraio 2001;

visto il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006;

visto il DM Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (SIAD) del 17 dicembre 2008;

visto il DM "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" (FAR) del 17 dicembre 2008;

visto l'art. 9, comma 3 del Patto per la Salute dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009;

vista la nota del 30 luglio 2010 di approvazione da parte del Ministero della Salute della transcodifica proposta dalla Regione Piemonte;

tutto ciò premesso;

la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

per le motivazioni indicate in premessa e convenendo con le argomentazioni addotte in ordine al provvedimento proposto,

delibera

- di individuare in capo alle singole Aziende Sanitarie Locali la responsabilità dell'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale, secondo le tempistiche che saranno definite con Deliberazione della Giunta Regionale;

- di attribuire alle Aziende Sanitarie Locali il compito di formare i formatori individuati dalle strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie e dalle Case di Cu-

ra [queste ultime unicamente se con Nucleo di Stato Vegetativo (NSV) ai sensi delle D.G.R. n. 93-21140 del 21 luglio 1997 e D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010, nonché i Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC) sempre ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010] in merito alla nuova Cartella Geriatrica, Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed agli obblighi informativi previsti dal flusso FAR;

- di stabilire l'abolizione del codice colore sanitario, previsto dalla D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., in quanto la valutazione presente nel flusso SIAD fornisce già sufficienti elementi conoscitivi; tale valutazione si deve estendere a tutte le cartelle degli assistiti in Cure Domiciliari a partire dai nuovi casi presi in carico dal 1 ottobre 2010;

- di stabilire che il tempo di presa in carico, previsto dalla D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004, è abolito nel calcolo del peso in tutte le tipologie di Cure Domiciliari per cui era previsto (ADI, SID, ADI+UOCP) sempre a partire dal 1 ottobre 2010, in quanto viene abolito il codice colore per omogeneità dei dati;

- di integrare l'art. 6 dell' Allegato A) alla D.G.R. n. 44-12758 del 7 dicembre 2009 con il seguente comma 1 bis "Il presidio si impegna a fornire alle Aziende Sanitarie Locali di competenza i dati previsti dal Flusso di Assistenza Residenziale e semiresidenziale della Regione Piemonte (FAR-RP), che comprende le informazioni richieste dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) integrate con informazioni di livello regionale";

- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono a loro volta integrare lo schema contrattuale allegato alla D.G.R. 44-12758/2009 con il predetto comma 1 bis dell'art. 6, anche per i contratti già in essere;

- di approvare le modifiche e le integrazioni sia della scheda di valutazione sociale sia della scheda di valutazione sanitaria riportate nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sostituisce l'Allegato C della D.G.R. 42-8390/2008 a far data dal 1° ottobre 2010. Restano fatti salvi i contenuti dei restanti Allegati A, B e D della D.G.R. 42-8390/2008

- di sostituire, integrare e modificare alcuni strumenti di valutazione sanitaria e sociale presenti nella Cartella Geriatrica della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008, senza che il punteggio venga modificato come previsto dall'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che la nuova Cartella Geriatrica, come modificata dal presente provvedimento, deve essere utilizzata per la valutazione di tutti i soggetti in struttura residenziale o semiresidenziale indipendentemente dall'inserimento a carico del Servizio Sanitario Regionale, a partire dal 1 ottobre 2010;

- di approvare, al fine di rispettare una esatta corrispondenza tra le valutazioni già effettuate dalle Unità di Valutazione Geriatrica delle ASL piemontesi con la metodica finora utilizzata e il Barthel Index, l'utilizzo del metodo di traslazione da un sistema all'altro, così come esemplificato nell'Allegato B, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo, in quanto tale sistema di trasla-

zione consente di non rivalutare i soggetti già valutati e allineare le nuove valutazioni alle precedenti;

- di autorizzare il dirigente del Settore competente alla predisposizione del provvedimento per la definizione dei criteri guida per la corretta compilazione e le modalità di raccolta delle informazioni richieste dai flussi regionali;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali hanno l'obbligo dell'invio dei dati del sistema di monitoraggio regionale a decorrere dal 1 novembre 2010.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

Allegato A

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

Azienda Sanitaria Locale _____

Moduli della Cartella Geriatrica

<i>A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE (Allegato A della DGR 42-8390/2008)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B - SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (*)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA (**)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>C1 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D - PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGO ASSISTENZA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D1 - PROGETTO RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D2 - PROGETTO SEMI RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>

Nota:

La Cartella Geriatrica è modulare, pertanto spuntando i moduli che via via si utilizzano, si compone la Cartella medesima.

() La scheda B1 è modificata negli item 7) 8) della sezione 4 A "Persona valutata al domicilio" e negli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale", in quest'ultima sezione è stata inserita una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) Somministrazione dei pasti.*

*(**) La scheda B2 contiene*

ADL di Barthel,

IADL di Lawton,

SPMSQ di Pfeiffer

A.Di.Co

DMI

Trattamenti specialistici

CIRS

A cura della Segreteria UVG

Data ricevimento ___/___/___

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	piano dello stabile numero vani..... ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
stato civile	Codice Fiscale
titolo di studio	attività lavorativa pregressa
Medico di Medicina Generale	pensionato iscritto Cassa INPDAP Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> coniuge conv. di pensionato INPDAP Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)	Domanda in corso dal.....
invalidità civile	Sì <input type="checkbox"/> percentuale No <input type="checkbox"/> domanda in corso dal
indennità di accompagnamento	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> dal..... Domanda in corso dal.....
Esiste un:	tutore <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> amministr. di sostegno <input type="checkbox"/>
Sig./Sig.ra _____ rec. tel. _____	

La domanda è presentata in data / /
 da **diretto interessato** **familiari** **altri** **procedura d'ufficio**

I dati e le informazioni sono state fornite da

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.
Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)	
Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

Luogo di valutazione della persona da parte dell'UVG	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungo degenza		
Sede UVG		
Altro: indicare quale		

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune _____

Cognome e Nome.....

1. CONDIZIONI ABITATIVE

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozi, Farmacia, Posta)	0
2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1
3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi	2

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo	Sì*	No
---	-----	----

*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

Condizioni igieniche:

5) Buone	0
6) Scadenti	1
7) Pessime	2

8) Chi si occupa dell'igiene ambientale ? - Interessato/a	Sì	No
---	----	----

Servizi Igienici:

9) Adeguati	0
10) Interni non adeguati/esterni	2

Riscaldamento:

11) Autonomo / centrale	0
12) Stufa a gas /	1
13) Stufa cherosene / legna	2

Presenza di barriere architettoniche:

14) No	0
15) Sì, interne	1
16) Sì esterne	1

Note

Sub condizione abitativa

2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante ai fini della erogazione e della compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali, per graduare l'entità della contribuzione prevista dalla presente deliberazione (o per disporre l'esclusione da tali contribuzioni), si applicano le disposizioni vigenti in materia nei regolamenti degli enti gestori.

E' opportuno che i parametri da considerare per la valutazione delle condizioni economiche siano:

1. Proprietà/usufrutto/affitto dell'abitazione
2. Pensione/reddito
3. Altri beni
4. Spese sostenute negli ultimi 6 mesi per assistenza.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento: Sì No

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	età	grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

Grado di parentela/altro	età	residenza	telefono	vivono
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove

A) Persona sola *

SI

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), non si compilano le domande da B1 a C5 e, ove significativo, si utilizzano le variabili C6/C7 o si attribuisce il punteggio massimo (20) passando alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (area 4):

B) Persona con conviventi

Conviventi (compilare 1 sola voce la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici	11
B2) Problemi del coniuge/persona convivente, non valutato/a UVG/U.V.H (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc.)	9
B3) Grave affaticamento del convivente (care-giver) derivante dal lavoro di cura	7
B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari	5
B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	5

Persona senza familiari non conviventi (da compilare solo se compilata almeno una delle voci dal B1 al B5)

B6) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti	9
---	---

Se compilata una voce dal B1 al B5 e il B6, passare direttamente alla valutazione delle condizioni assistenziali

Rete familiare non convivente (compilare 1 sola voce la più significativa)

B7) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	7
B8) ...) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	5
B9) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	5
B10) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento)	3
B11) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	2

C) Persona che vive sola, con rete parentale non convivente

Rete familiare non convivente con parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)
(compilare una sola voce la più significativa)

C1) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	18
C2) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	16
C3) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	16
C4) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...)	10
C5) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	8

Rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti secondo art. 433C.C. che:

C6) se ne occupano, sono presenti ed adeguati	13
C7) non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato	17

Sub totale condizione familiare

Note

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI*

(*La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

4A. Persona valutata a domicilio

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della persona valutata:

BISOGNI	GIORNO			NOTTE			totale
	soddisfatto	In parte	soddisfatto Non	soddisfatto	In parte	soddisfatto Non	
1) Igiene personale	0	1	2	0	1	2	
2) Vestirsi	0	1	2				
3) Igiene ambientale	0	1	2				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	0	1	2				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	0	1	2				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	0	1	2	0	1	2	

	Chi lo fa	Tutti i giorni	2/3 volte la settimana	1 volta la settimana	saltuariamente
1) Igiene personale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
2) Vestirsi	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
3) Igiene ambientale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				

7) Assenza del care-giver (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 18)	5
8) Grave difficoltà della rete familiare a soddisfare i bisogni del valutato (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 16)	5
9) Espressa volontà di ricovero dell'interessato	2

Nel caso in cui siano barrati uno o più items (7,8,9) e con un punteggio totale oltre 12 (alle domande dalla 1 alla 6 relative agli items sui bisogni), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B10) Ricoverato da	meno di 6 mesi	0	
	oltre 6 mesi	2	
B11) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, che permane al momento della valutazione		5	
B12) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità		6	
B13) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato		4	

B14) Grave difficoltà o assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari = o > di 16)	8	
B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	2	

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

BISOGNI				totale
	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	
1) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
2) Somministrazione e dei pasti	0	1	2	

Note:

Sub totale condizione assistenziale

SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE**1) condizione abitativa:**

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9
0	1	2	3	4

3) condizione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	17 - 20
0	1	2	3	4

4) condizione assistenziale:

0 - 2	3 - 7	8 - 12	13 - 17	Oltre 17
0	1	2	3	4

Totale punteggio sociale	
--------------------------	--

Il _____ / _____ / _____

L'Assistente Sociale referente della valutazione

Nome e cognome

Firma leggibile

A.D.L. INDICE DI BARTHEL

SITUAZIONE FUNZIONALE

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	10
BAGNO/DOCCIA-LAVARSI	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi,	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	2

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione)	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	10
USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	8
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
Totale valutazione funzionale	

* Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.

MOBILITÀ	
TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15
DEAMBULAZIONE	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado di deambulare). Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	8
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	12
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti)	15
USO DELLA CARROZZINA (<i>utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina</i>)	
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	10
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	11
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	14
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	2
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
Totale valutazione mobilità	

Nell'allegato B, del presente atto deliberativo, sono descritte le istruzioni per la compilazione del Barthel Index e le specifiche per vari item finalizzate ad una più precisa compilazione della scala.

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE		
Punteggio 0-14	autonomo o quasi	0
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	2
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	3

BARTHEL MOBILITA'		
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	0
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	2
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	3

Per comparare il punteggio delle due scale (ADL di Katz e di Barthel) si deve tener conto che la somma dei punteggi di Barthel funzionale più barthel mobilità corrisponde al punteggio complessivo ottenibile con l'indice di Katz.

Per esempio: parzialmente dipendente (2) + non si sposta da solo (3) = 5, corrispondente al punteggio 5 nella scala di Katz.

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)*

A) Capacità di usare il telefono				
	(3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc.	(2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	(1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare	(0) Non è capace di usare il telefono
B) Movimenti per acquisti nei negozi				
	(3) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	(2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	(1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi	(0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
C) Mezzi di trasporto				
(4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto.	(3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici.	(2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno.	(1) Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri.	(0) Non si sposta per niente.
D) Responsabilità nell'uso dei medicinali				
		(2) E' in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo.	(1) E' in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate.	(0) Non è in grado di assumere le medicine da solo.
E) Capacità di gestire le proprie finanze				
<i>Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.</i>		(2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate .	(1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	(0) E' incapace di maneggiare il denaro.

RISULTATO	14 - 13 -12 -11 -10	9 - 8 - 7 - 6 - 5	4 - 3 - 2 - 1 - 0
	Autonomo	Parzialmente autonomo	Non autonomo
PUNTEGGIO	0	1	2

*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 - 186, 1969

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionaire) *

+	-

1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno) ?
2. Che giorno è della settimana ?
3. Qual è il nome di questo posto ?
4. Qual è il suo numero di telefono ?
(o indirizzo se non ha il telefono)
5. Quanti anni ha ?
6. Quando è nato ?
7. Chi è l'attuale Papa ? (o Presidente della Repubblica)
8. Chi era il Papa precedente ? (o Presidente della Repubblica)
9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi ?
10. Quanto fa "20 - 3 " e ora ancora - 3 fino arrivare a 2

Registrare il numero totale di errori date come risposte alle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari; aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori.

* Pfeiffer E.: J. Am. Geriatr. Soc. 23, 433-441, 1975.

Nel caso il test non sia somministrabile, indicare le motivazioni :

.....

.....

	0 - 1 - 2 - 3 - 4	5 - 6 - 7	8 - 9 - 10
Deterioramento	assente - lieve	moderato	grave
PUNTEGGIO	0	1	2

A.Di.Co Area dei Disturbi Comportamentali

Si tratta di azioni o intenti che abbiano causato malessere/danno alla persona o che siano stati stressanti o nocivi per familiari e conviventi, personale, ospiti o altre persone.

A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	
B	1. Aggressività verbale	
	2. Pone domande ripetitivamente	
	3. Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	
	4. Allucinazioni/deliri	
C	5. Attività motoria a finalistica (<i>wandering, fughe</i>)	
	6. Aggressività fisica	
	7. Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	
	8. Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	
	9. Rifiuto dell'assistenza	
	10. Comportamento alimentare gravemente alterato	
<p>Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.</p> <p>Il periodo di riferimento è alle 4 settimane precedenti l'intervista.</p> <p>N.B. Ogni alterazione comportamentale indicata in B deve avere ricadute di maggiore impegno sull'assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.</p>		

	A	Qualsiasi B	Qualsiasi C
PUNTEGGIO	0	1	2

D.M.I. (Indice Medico di Non Autosufficienza) ***CRITERI ASSOLUTI**

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

CRITERI RELATIVI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato).

Punteggio 0 = nessun criterio

Punteggio 1 = 2 criteri relativi

Punteggio 2 = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

	Non dipendente	Parzialmente dipendente	Dipendente per motivi sanitari
PUNTEGGIO	0	1	2

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)*

0-4

Apparato cardiovascolare - respiratorio

- ACIR1 () Cuore
 ACIR2 () Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)
 ACIR3 () Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)
 ACIR4 () Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)

Apparato gastrointestinale

- ACIR5 () Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)
 ACIR6 () Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)
 ACIR7 () Fegato

Apparato genito-urinario

- ACIR8 () Rene
 ACIR9 () Altri organi dell'apparato genito-urinario

Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti

- ACIR10 () Muscoli, ossa, cute
 Sistema nervoso-psiche
 ACIR11 () Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)
 ACIR12 () Patologia psichiatrica (turbe mentali)

Malattie sistemiche

- ACIR13 () Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

ISTRUZIONI

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

- 0 = **nessuna patologia:** "nessuna lesione a carico dell'organo/apparato".
 1 = **patologia lieve:** "il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)".
 2 = **patologie di media gravità:** "la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)".
 3 = **patologia grave:** la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es. carcinoma operabile,; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)".
 4 = **patologia molto grave:** "la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardico; ictus; emorragia intestinale; embolia)".

Trattamenti specialistici *

1	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
2	SNG/PEG	<input type="checkbox"/>
3	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
4	Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/>
5	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
6	Dialisi	<input type="checkbox"/>
7	Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>
8	Altri trattamenti specialistici	<input type="checkbox"/>
	Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/>
	Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/>
	Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/>
	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
	Drenaggi	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/>
	Altro specificare	<input type="checkbox"/>

*Le istruzioni sono presenti nell'Allegato B del presente atto deliberativo.

SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

Autonomia Funzionale con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- punteggio Barthel 15-49		2 punti
- punteggio Barthel 50-60		3 punti
Mobilità con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- si sposta assistito (punteggio 15-29)		2 punti
- non si sposta da solo (punteggio 30 - 40)		3 punti
IADL: attività strumentali della vita quotidiana	(0 - 2 punti)	
- compromissione assente o lieve(IADL 10 - 14)		0 punti
- compromissione moderata (IADL 5 - 9)		1 punto
- compromissione grave (IADL 0 - 4)		2 punti
SPMSQ : grado di deterioramento mentale	(0 - 2 punti)	
- deterioramento assente o lieve(SPMSQ 0 - 4)		0 punti
- deterioramento moderato (SPMSQ 5 - 7)		1 punto
- deterioramento grave (SPMSQ 8 - 10)		2 punti
AREA dei disturbi del comportamento (A.Di.Co.)	(0 - 2 punti)	
- A		0 punti
- qualsiasi B		1 punto
- qualsiasi C		2 punti
DMI : assenza / presenza di dipendenza per motivi sanitari	(0 - 2 punti)	
- non dipendente		0 punti
- parzialmente dipendente		1 punto
- dipendente per motivi sanitari		2 punti

Totale punteggio sanitario	
-----------------------------------	--

- CIRS ***
- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

- TRATTAMENTI SPECIALISTICI *** Presenti

** le informazioni contenute in questi due strumenti non sono conteggiate nel punteggio sanitario e devono essere utilizzate solamente per fornire dati aggiuntivi, che permettano una definizione più completa del livello d'intensità assistenziale.*

U.V.G ASL

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione *Rivalutazione*

PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

Aspetti Sociali	Punti
Aspetti Sanitari	Punti
TOTALE (intervallo 0 - 28)	Punti

Conclusioni della valutazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

- al domicilio
- in struttura semi-residenziale
- in struttura semi-residenziale Centro Diurno Alzheimer
- in struttura residenziale
- in struttura residenziale Nucleo Alzheimer Temporaneo
- in struttura residenziale per progetto temporaneo

Note

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio A.D.L. (funzioni+mobilità)	
Punteggio I.A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

C.I.R.S.

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità. L'Unità di Valutazione Geriatrica ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	4 - 9	10 - 15	Oltre 15
	Bassa intensità	Media intensità	Medio alta intensità
Esito			

Motivazione

.....

.....

.....

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio A.D.L. (funzione + mobilità)	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	5-6	7 - 8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
Esito			

Motivazione

.....

.....

.....

.....

	5 -6	7 -8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
		Incremento prestazionale	Incremento prestazionale
Esito			

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGOASSISTENZA

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i: _____

Indicatori _____

Quali interventi da attuare _____

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto

data __ / __ / ____

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL.....

PROGETTO RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Indicatori _____

Quali interventi da attuare _____

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto

data __ / __ / ____

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO SEMI RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ ---- _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

Allegato B

GUIDA ALL'APPLICAZIONE DELLE NUOVE MODALITA' DI VALUTAZIONE

A) VALUTAZIONE

Dal 1 ottobre 2010 si applicano nella valutazione multidimensionale gli strumenti contenuti nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, sia ai fini del calcolo dell'intensità assistenziale sia per la collocazione in graduatoria.

1. VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE.

Si applica l'Indice di Barthel modificato da S. Shah e coll (Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 42, 703-709; 1989), che divide le funzioni in due aree: "situazione funzionale" e "mobilità", entrambe con punteggio massimo di tre, secondo le istruzioni di seguito allegate. La loro somma copre il range da 0 a 6, esattamente come nelle ADL secondo Katz.

Il punteggio che viene adottato nella presente delibera (0 corrispondente al massimo di autonomia e 100 alla massima dipendenza) si discosta da quello previsto dal Barthel modificato secondo Shah per ottemperare al sistema di valutazione (S.Va.M.A.) contenuto nel DM 17/12/2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)" a cui ha fatto riferimento la transcodifica adottata.

E' stato infatti condotto uno studio che ha dimostrato la buona concordanza statistica tra le due metodiche (K di Cohen = 0,703; p = 0,0000; coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman = 0,956). Ciò permette di rispettare le valutazioni pregresse e l'equità dell'inserimento in graduatoria.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE			
		Punteggio per valutazione multidimensionali regionale	Punteggio per Tracciato FAR ministeriale
Punteggio 0-14	Autonomo o quasi	0	1
Punteggio 15-49	Dipendente	2	2
Punteggio 50-60	Totalmente dipendente	3	3

BARTHEL MOBILITA'			
		Punteggio per valutazione multidimensionali regionale	Punteggio per Tracciato FAR ministeriale
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	0	1
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	2	2
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	3	3

Ad esempio:

Un punteggio di 16 nella parte funzionale corrisponde ad un punteggio per la valutazione di 2.

Un punteggio di 36 nella parte mobilità corrisponde ad un punteggio di 3.

La loro somma cioè 5 coincide con lo stesso valore numerico ottenibile con l'ADL di Katz.

Istruzioni per la compilazione dell'Indice di Barthel

La valutazione funzionale con il BARTHEL FUNZIONALE, così come la successiva con il BARTHEL MOBILITÀ, si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una "raccolta dati" di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con test funzionali che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza.

Per tutti i singoli item il livello con punteggio pari a "0" definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia.

- **Alimentazione:** può essere valutata la capacità di trasferire, con le posate, del materiale solido di piccole dimensioni (fagioli secchi, riso crudo ecc.) dal piatto ad altri contenitori di piccole dimensioni posti nelle vicinanze. È necessario poter disporre di parte del materiale elencato nella scheda per valutazioni funzionali più fini (vasetti con coperchio apribile, spargisale, bricco porta latte ecc.).
- **Bagno-doccia** (lavarsi): la valutazione è prevalentemente anamnestica.
- **Igiene Personale:** la valutazione è anamnestica e, se dubbia, osservazionale diretta facendo eseguire le manovre chieste dal test.
- **Abbigliamento:** la valutazione deve privilegiare l'osservazione diretta.
- **Continenza Intestinale e urinaria:** la valutazione è prevalentemente anamnestica utilizzando al meglio le notizie fornite dal personale dedicato all'assistenza e familiari.
- **Uso del gabinetto:** vedi sopra (continenza intestinale); la valutazione utilizza anche quanto rilevato direttamente con il test dell'abbigliamento.

Istruzioni mobilità

Vale anche per l'indice di BARTHEL MOBILITA' quanto detto in premessa per il BARTHEL FUNZIONALE.

È indispensabile disporre di locali e attrezzature idonee a valutare quanto richiesto dai singoli test:

- spazi sufficienti ed idonei con accesso ad una rampa di scale dotate di corrimano e gradini antiscivolo;
- ausili alla deambulazione personali o adattabili alla configurazione fisica dell'utente;

I singoli test vengono somministrati nella forma e modo prescritto nella scheda.

Barrare la casella con il punteggio più simile alle capacità dell'utente:

- Trasferimento letto-sedia o carrozzina: ad un paziente totalmente allettato è riconosciuto il punteggio massimo (15).
- Deambulazione: il punteggio varia da 0 a 15. Qualora il punteggio attribuibile sia pari a "15" ed il soggetto sia stato addestrato all'uso della carrozzina (paraplegico, amputato ecc.) deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro "Uso della carrozzina" e il punteggio relativo a "Deambulazione" non è considerato utile per la somma totale. Nel caso che non sia in grado di usare la carrozzina, vale il punteggio della Deambulazione.

Di seguito vengono aggiunte per singoli item, in parentesi quadre, ulteriori specifiche e integrazioni sulla scorta della letteratura (in particolare da Attachment E - Modified Barthel Index. Sources: Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel www.health.gov.au), al fine di specificare meglio i differenti livelli di autonomia, che possono diventare utili indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

ADL (attività della vita quotidiana) Indice di BARTHEL Situazione funzionale	
Alimentazione	
<p>Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.</p> <p style="text-align: center;">[È in grado di usare cucchiaini, forchette, tazze, cannuccie, strumenti adattati, aprire contenitori, mescolare liquidi e tagliare la carne senza pericolo né aiuto.]</p>	0
<p>Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.</p> <p style="text-align: center;">[Il soggetto può impiegare più tempo del previsto per mangiare. Può essere opportuna una saltuaria supervisione o una attenzione alla consistenza dei cibi.]</p>	2
<p>Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro,</p> <p style="text-align: center;">[Il soggetto è in grado di raccogliere il cibo con le posate, portarlo alla bocca, e mangiare. Può richiedere assistenza per mescolare, bere, aprire contenitori e/o tagliare la carne, applicare ortesi, protesi.]</p>	5
<p>Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.</p> <p style="text-align: center;">[Il soggetto può essere in grado di portare il cibo alla bocca, ma chi lo assiste deve preparare il boccone con la posata.]</p>	8
<p>Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)</p> <p style="text-align: center;">[Il soggetto riesce solamente a masticare e deglutire il cibo che chi lo assiste raccoglie e gli porge in bocca. In caso di nutrizione per sondino, va prestato aiuto completo, per raccordare gli strumenti, immettere il cibo, regolare la velocità di afflusso, detergere il sondino.]</p>	10
Lavarsi (fare bagno / doccia)	
<p>Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.</p> <p style="text-align: center;">[Il soggetto può adoperare una attrezzatura adattata alle sue esigenze, ausili specifici - quali spugne tenute su prolunghe -</p>	0

per lavarsi gambe e piedi. Tutte le fasi del bagno sono gestite indipendentemente; può impiegare il doppio del tempo normale]	
E' necessaria una supervisione per garantire la sicurezza nel controllo della temperatura dell'acqua, o nei trasferimenti. [Può rendersi necessaria assistenza per preparare l'attrezzatura per il bagno, l'acqua, il materiale per lavarsi, ecc., così come qualche suggerimento o supervisione al momento dei trasferimenti. Può aver bisogno di assistenza per lavarsi una sola parte del corpo (dorso o un arto inferiore). Può impiegare anche tre volte il tempo normale]	1
E' necessario aiutarlo nei trasferimenti alla e dalla vasca o doccia, oppure nel lavarlo o nell'asciugarlo; vengono comprese qui le incapacità a portare a termine la funzione a causa di limitazioni o malattie. [Occorre aiuto per l'uso di guanto - spugna, sapone, asciugamano, accappatoio, per lavare gli arti superiori e/o inferiori. Possono rendersi necessari richiami, ed interventi di persuasione e supervisione.]	2
Richiede assistenza in ogni momento del bagno. [Occorre fornire al soggetto assistenza ed istruzioni durante tutta l'esecuzione del bagno. Il soggetto può riuscire a lavarsi il petto ed entrambe le braccia.]	4
Il soggetto è totalmente dipendente quando viene lavato. [Altrimenti non fa il bagno, oppure non riesce ad asciugarsi l'intero corpo.]	5
Igiene personale	
Il soggetto riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio ma deve essere in grado di inserirvi la lama, o di collegarsi alla presa della corrente, e di prendere e riporre al suo posto il rasoio nel proprio cassetto o armadietto. Una donna deve essere in grado, eventualmente, di agghindarsi, ma non e' necessario che sia capace di acconciarsi i capelli. [Il soggetto riesce a badare a tutti gli aspetti dell'igiene personale con indipendenza e sicurezza.]	0
Il soggetto è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire. [Possono esservi timori quanto alla sicurezza, in circostanze quali inserire una spina nella presa della corrente o fissare una lama nel rasoio, o con l'acqua calda e/o nel riassetare il trucco.]	1
E' necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale. [E' necessaria assistenza per il trucco, per lavare ed asciugare una delle mani, lavarsi i denti con forza sufficiente, radersi sotto al mento, pettinarsi la nuca. Occorrono richiami ed interventi	2

costanti di persuasione per completare il compito]	
E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale. [Il soggetto riesce a completare una o due delle precedenti attività. In generale, l'impegno richiesto a chi presta assistenza è maggiore di quello messo in atto dal soggetto per ognuna delle attività citate, togliere dentiere, radersi, ecc]	4
Il soggetto non è capace di badare all'igiene della propria persona, ed è dipendente in tutti gli aspetti. [Il soggetto è totalmente dipendente dall'assistenza per lavarsi i denti o la dentiera, pettinarsi, lavarsi le mani, radersi e/o truccarsi.]	5
Abbigliamento	
Capace di indossare, togliere e chiudere abiti, allacciarsi le stringhe, o di applicarsi, chiudere e togliersi busti e corsetti, se prescritti. [Maneggia mutande, calzoni, gonne, cinture, calze e stringhe, reggiseni, colletti, cerniere, bottoni e bottoni automatici, e può utilizzare chiusure speciali in velcro od a cerniera, pinze e prolunghe per calzini, ecc.; completa la funzione in un tempo normale.]	0
Vi è bisogno di minima assistenza solo per allacciare indumenti, come in caso di bottoni, cerniere, reggiseni, scarpe, ecc. [II soggetto può richiedere assistenza all'inizio dell'operazione, che poi prosegue autonomamente. Chi lo assiste può prendergli gli abiti da un armadio, aiutare nell'applicazione di ortesi o protesi, nell'allacciare, abbottonare, manovrare cerniere, reggiseni, ecc. Possono rendersi necessari indicazioni, suggerimenti ed incitamenti persuasivi per una corretta sequenza delle operazioni, e la funzione può richiedere fino a tre volte il tempo normalmente impiegato.]	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. [Occorre assistenza per procurare gli abiti, applicare ausili, vestire e svestire (iniziare e/o completare) le estremità superiori ed inferiori.]	5
E' in grado di partecipare in qualche misura, ma rimane completamente dipendente nell'abbigliamento. [Richiede massima assistenza per indossare gli abiti. Può indossare un maglione nella parte superiore del corpo e infilare le maniche, che però un assistente deve infilargli sul capo. Può infilare le spalline del reggiseno, che però va sistemato e ed agganciato da un assistente. Può collaborare ad indossare le gambe dei pantaloni, ma chi lo assiste deve completare l'operazione.]	8

Dipendente in tutti gli aspetti della vestizione e non e' in grado di partecipare all'attività. [II soggetto può anche essere in grado di sporgersi in avanti o indietro, reggersi alle spondine del letto, infilare una manica o accostare i lembi di un indumento, ma chi assiste deve vestire il soggetto completamente. Nel caso indossi una camicia da notte, il punteggio è uguale]	10
Continenza intestinale	
Riesce a controllare l'evacuazione, senza che si verifichino incidenti, può usare le supposte, o trattenere clisteri, quando necessario. [Il soggetto controlla l'alvo in maniera completa ed intenzionale, senza che si verifichino incidenti; può ricorrere regolarmente a stimolazioni digitali, preparati per ammorbidire le feci, supposte, lassativi o clisteri. Gestisce una eventuale colostomia].	0
Può richiedere supervisione nell'uso di supposte o di clisteri ed andare incontro ad incidenti occasionali. [Il soggetto richiede supervisione nell'uso di supposte, clisteri, o raccoglitori esterni. Gli incidenti sono rari, e, al fine di mantenere la continenza fecale, possono rendersi necessari indicazioni, suggerimenti e sollecitazioni ad aderire alla routine.]	2
Riesce a posizionarsi convenientemente, ma non ad eseguire manovre che favoriscono l'alvo, o a pulirsi senza assistenza, e va incontro a incidenti frequenti. E' necessaria assistenza per l'uso di ausili quali padelle, ecc. [Pur posizionandosi adeguatamente, il soggetto va incontro ad incidenti occasionali, e richiede assistenza per pulirsi e/o applicare ausili per l'incontinenza.]	5
Necessita di aiuto per gli opportuni posizionamenti e per manovre facilitanti l'evacuazione. [Nonostante l'assistenza, il soggetto è frequentemente sporco, ed occorre applicargli pannoloni assorbenti.]	8
E' incontinente per le feci. [Occorrono pannolini assorbenti o pannoloni.]	10
Continenza urinaria	
È in grado di controllare la vescica sia di giorno sia di notte, e/o adopera autonomamente raccoglitori interni od esterni. [Il soggetto è continente ed indipendente, anche nell'uso dei dispositivi del caso e di eventuali medicazioni. Riesce a cambiarsi assorbenti e pannoloni, prima di sporcarsi.]	0

<p>Generalmente, rimane asciutto sia di giorno sia di notte, ma può andare incontro ad incidenti occasionali, od avere necessità di minima assistenza per l'impiego di raccoglitori interni od esterni.</p> <p>[Se non trova la toilette o non è abbastanza veloce, può andare incontro ad incidenti. Può necessitare di minima assistenza per la preparazione alla minzione e/o per l'uso degli ausili, o di farmaci che regolarizzano la funzione. Possono occorrere indicazioni, suggerimenti, e richieste di adesione al programma di mantenimento della continenza urinaria.]</p>	2
<p>Di solito rimane asciutto di giorno, ma non durante la notte, e richiede assistenza nell'uso di ausili.</p> <p>[È in grado di svuotare la vescica, ma richiede aiuto per posizionare se stesso, ausili, assorbenti e altri dispositivi. E' in grado di infilare il pene nell'orinale, allargare le gambe, posizionare cateteri in uretra, così che l'incontinenza risulta occasionale. Sollecitazioni, suggerimenti, supervisione possono risultare necessari.]</p>	5
<p>E' incontinente, ma è capace di collaborare nell'applicazione di un raccoglitore interno od esterno.</p> <p>[Necessita di venire posizionato, ma riesce a mantenere una padella od un orinale posizionati correttamente. Raccoglitori esterni, sacche di raccolta sono gestiti da un assistente. E' incontinente ma può collaborare nell'applicazione degli ausili]</p>	8
<p>E' dipendente nella minzione, è incontinente o porta un catetere vescicale.</p> <p>[L'incontinenza urinaria è quotidiana, diurna e notturna. Raccoglitori esterni e sacche per le urine devono venire gestiti da un'assistenza.]</p>	10
<p>Uso dei servizi igienici</p>	
<p>Capace di entrare e uscire dal gabinetto e di sedersi sul water, di togliersi rimettersi gli abiti, di prevenire l'insudiciamento degli stessi e di adoperare senza bisogno di aiuto la carta igienica. Se necessario, il soggetto può far uso della padella o della comoda, o dell'orinale per la notte, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.</p> <p>[E' capace di sistemarsi gli abiti prima e dopo di avere adoperato i servizi, si pulisce davanti e dietro. Può fare ricorso ad ausili come pinze e o dispositivi per vestirsi, cerniere-lampo, o maniglie e sbarre. Mantiene l'equilibrio ed è sicuro.]</p>	0
<p>Può essere necessaria supervisione a garanzia della sicurezza durante l'uso di normali servizi igienici. Di notte può ricorrere ad una comoda, ma vi è bisogno di aiuto per svuotarla e pulirla.</p> <p>[Oltre alla supervisione per sicurezza, può risultare utile fornire aiuto per gesti preparatori iniziali quali porgere la carta igienica, oppure ricordare o indicare il luogo in cui è situata la toilette.]</p>	2

Può essere necessaria assistenza nella gestione dei vestiti, nei trasferimenti, o a lavarsi le mani. [Può occorrere supervisione ed assistenza per i trasferimenti o per mantenere l'equilibrio mentre il soggetto si lava le mani, si sistema gli indumenti, apre o chiude cerniere di pantaloni o gonne.]	5
E' necessaria assistenza per ogni fase dell'impiego dei servizi igienici. [Il soggetto richiede massima assistenza nei trasferimenti, per sistemare gli indumenti, per usare la carta igienica e per l'igiene perineale.]	8
Completa dipendenza nell'uso della toilette. [Il soggetto è dipendente per tutti gli aspetti della funzione.]	10

INDICE DI BARTHEL MOBILITÀ	
Trasferimenti letto/sedia (compilare anche in caso di soggetto totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza. Si richiede l'autonomia durante tutte le fasi del trasferimento. [Il soggetto può raggiungere la postura eretta, qualora la locomozione avvenga tramite deambulazione. In questo caso, il soggetto si avvicina, si siede e si alza da una sedia normale, si trasferisce dal letto alla sedia, con sicurezza. Riesce ad accostare, entrare ed uscire da una vasca o da una doccia. Può usare un piano di scorrimento, un sollevatore, maniglie o sbarre, o sedili speciali. Può impiegare più tempo del normale, ma meno di tre volte tanto.]	0
Occorre la presenza di una persona al fine di infondere fiducia, o di garantire sicurezza. [Il soggetto riesce a posizionare piani di scorrimento, o muovere le pedane della carrozzina, sistemarla e posizionarla e manovrarne i freni. Può richiedere un minimo aiuto.]	3
Per una o più fasi del trasferimento e' necessaria l'assistenza prestata da una persona.	8
Il soggetto collabora, ma rimane necessaria la massima assistenza da parte di una persona, in tutte le fasi della manovra	12
Manca la capacità di collaborare al trasferimento, per il quale sono necessarie due persone, con o senza il ricorso ad uno strumento meccanico	15

Deambulazione (non considerare questa sezione se il soggetto non è capace di deambulare ed è stato addestrato nella gestione della carrozzina.)	
E' capace, se necessario, di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi, e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve inoltre essere in grado di adoperare stampelle, bastoni, od un deambulatore, e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione. [Percorre la distanza del corridoio avanti e indietro. Non vi sono problemi di sicurezza, cadute o vagabondaggio. Uso indipendente di deambulatori, bastoni, protesi, ortesi, calzature speciali, ecc]	0
Autonomo nella deambulazione ma non riesce a percorrere 50 metri senza aiuto o, altrimenti, risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose. [Il soggetto può avere bisogno di indicazioni e suggerimenti e di più tempo del dovuto per percorrere determinate distanze.]	3
E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona.	7

[Riesce a deambulare, ma gli serve assistenza per impugnare ausili per la locomozione, per superare angoli e soglie e per muoversi su terreni accidentati.]	
Ai fini della deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone.	12
[Richiede massima assistenza per deambulare.]	
Dipendenza rispetto alla locomozione.	15
[II soggetto non deambula. Per i tentativi occorrono due persone.]	

Locomozione su sedia a rotelle (in alternativa alla deambulazione)	
Non compilare se il soggetto è in grado di deambulare.	
Per essere giudicato autonomo, deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su se stesso con la sedia a rotelle e di accostarla al tavolo, al letto, alla toilette, ecc. Il soggetto deve riuscire a percorrere almeno 50 metri.	10
E' capace di spingersi per durate ragionevoli sui terreni di più consueta percorrenza. Può essere necessaria una minima assistenza limitatamente agli spazi stretti.	11
[Possono occorrere occasionalmente indicazioni verbali ed assistenza per muoversi in spazi stretti.]	
E' necessaria la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.	12
[E' in grado di spingere la carrozzina, ma richiede assistenza per manovrarla tra gli arredi domestici e negli spazi limitati.]	
Può spingersi solo per brevi tratti, su superficie piana; ma l'assistenza è richiesta in tutti gli altri aspetti della gestione della carrozzina	14
[Occorre assistenza per spingere la carrozzina per la maggior parte del tempo, e soprattutto per manovrare i freni, aggiustare braccioli e cuscini, manovrare la carrozzina tra gli arredi domestici, sopra scalini e tappeti e superfici accidentate.]	
La persona è in carrozzina, dipendente per la locomozione	15

Fare le scale	
E' in grado di salire e scendere una rampa di scale in sicurezza senza bisogno di aiuto o supervisione. All'occorrenza, riesce ad usare scorrimani, bastoni o stampelle e a portare con sé questi ausili in salita ed in discesa	0
Di solito non serve assistenza. Talvolta la supervisione serve a garantire sicurezza in caso di rigidità mattutina, difficoltà di respiro, ecc.	2
E' in grado di salire o scendere le scale, ma non di trasportare ausili per la locomozione e necessita di supervisione ed assistenza.	5
E' necessaria una assistenza continua, anche nel caso di uso di ausili per il cammino.	8
Non ne è capace di salire e scendere le scale	10
[Si intende una rampa di scale.]	

2. VALUTAZIONE DELLE ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO.

È stato osservato dalla Commissione Ministeriale per il NSIS, che due item della scala DISCO (orientamento e rischio suicidarlo) riguardavano aspetti non comportamentali. Si è provveduto così alla loro sostituzione con due "voci" di natura comportamentale (comportamenti socialmente non accettabili e rifiuto dell'assistenza), mutuati dal RUG III (uno dei tre sistemi di valutazione indicati dal DM 17/12/2008 citato). Ne è derivata così la scheda "Area dei **D**isturbi **C**omportamentali" indicata con l'acronimo **A.Di.Co.**, il cui punteggio, come risulta nell'allegato A, coincide con quello della precedente (DISCO).

3. TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Sono trattamenti di peso significativo che indicano la severità delle condizioni cliniche e il carico assistenziale. Le prime 8 voci sono richieste dal DM 17/12/2008 FAR per la compilazione della scheda FAR, ma si è ritenuto opportuno, per completezza, integrarle con altre già presenti nella scheda "Bisogni assistenziali" dell'Allegato C della DGR 42-8390/2008.

La scheda dei Trattamenti Specialistici, obbligatoria per il tracciato FAR ancorché non dia punteggio per la determinazione dell'intensità assistenziale, è un completamento delle schede DMI e CIRS per la più accurata definizione delle condizioni sanitarie, che possono essere supporto per una migliore valutazione di assistenza e cura (tempi e setting).

B) IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

A distanza di oltre due anni dall'emanazione delle Linee Guida per la costruzione del Piano Assistenziale Individuale della DGR 42-8390/2008 e l'applicazione delle medesime, anche sulla scorta di evidenze emerse, è apparso necessario un approfondimento e completamento delle Linee Guida del PAI.

1) OBIETTIVI

Gli obiettivi costituiscono un risultato atteso, riferito ad un preciso periodo temporale. E' indispensabile una loro precisa definizione per valutare l'efficacia degli interventi, intesi come un confronto tra l'ipotesi iniziale e i risultati ottenuti, a patto che quest'ultimi (gli obiettivi) siano chiaramente stabiliti in termini misurabili (indicatori). L'efficacia sarà poi tanto maggiore, quanto minore è la differenza tra la previsione ed il traguardo raggiunto.

Gli obiettivi devono quindi essere:

1. ambiziosi, ma realistici e raggiungibili,
2. concordati tra gli operatori,
3. definiti in base a delle priorità,
4. misurabili secondo criteri specifici (indicatori),
5. espliciti nel formulare le condizioni operative necessarie al loro conseguimento.

Le categorie di riferimento possono essere quattro:

1. Recupero di una funzione persa,

2. Miglioramento di una o più funzioni,
3. Mantenimento del livello di disabilità in alcune funzioni,
4. Ricerca del più alto livello della qualità di vita anche nel soggetto a prognosi infausta.

Ognuna di queste categorie deve essere ulteriormente frammentata giungendo a formulare degli obiettivi parziali, dettagliati, correlati al tempo per il loro raggiungimento. Questo metodo permette oltretutto di fissare dei traguardi anche nei casi di maggiore gravità. Ad esempio nella situazione di un paziente neoplastico a prognosi infausta (dove un recupero non è realistico) è comunque possibile porre come obiettivo la riduzione del dolore.

Il momento della verifica dei risultati ottenuti rappresenta poi la circostanza per fissare ulteriori mete/obiettivi da perseguire nel periodo successivo.

2) INDICATORI

Vi sono fatti, evenienze e situazioni che per loro natura non sono direttamente misurabili per carenza di adeguati strumenti di misura o per l'elevato grado di soggettività individuale. Ciononostante, occorre trovare qualche criterio, qualche termine di confronto che, anche se indirettamente, permetta di descriverli in maniera oggettiva così da poterli valutare. Questi metodi di valutazione/misurazione indiretta sono gli "indicatori".

Utilità e utilizzo degli indicatori:

- rendono osservabile e misurabile un fenomeno che non può essere direttamente osservato e misurato,
- servono ad analizzare qualsiasi aspetto della realtà,
- fissano il livello degli obiettivi – globali o settoriali, finali o intermedi - che si vogliono raggiungere,
- costituiscono elementi di controllo degli obiettivi perseguiti,
- misurano lo stato ed i mutamenti di un dato fenomeno nel tempo.

Si prenda come esempio l'area della autonomia. La semplice esplorazione dicotomica dell'area suddetta è poco discriminativa ("E' autonomo, si/no") in quanto il livello è troppo grande o comunque troppo generico. Bisogna quindi essere più circostanziati e procedere ad una ulteriore segmentazione in dimensioni più limitate. Nel caso specifico (autonomia funzionale) le sub-dimensioni sono rappresentate dalla "mobilità" e dalle "attività della vita quotidiana".

A questo punto si prova ad ipotizzare che queste sub-dimensioni siano gli 'indicatori' che si cercano. Tuttavia la valutazione generica della mobilità e dell'autosufficienza nella quotidianità ("è mobile?" si/no; "è autosufficiente nella quotidianità?" si/no) non è rappresentativa delle condizioni di indipendenza della persona. Inoltre i risultati ottenuti non sarebbero adeguati per seguirne l'evoluzione temporale.

Si deve quindi scendere ad un livello inferiore e analizzare se la mobilità è permessa con aiuto o con ausili, se la persona si sposta con carrozzella, se fa le scale, se sta in piedi senza aiuto, se usa gli arti superiori.

A questo livello di dettaglio è possibile trovare indicatori validati, utilizzabili per seguire nel tempo la persona e per monitorarne l'evoluzione. Si tratta di variabili contenute nelle scale di valutazione di uso corrente (dall'indice di Katz a quello di Barthel, alla scala di Lawton e a tanti altri strumenti ben conosciuti), che

descrivono le sottofunzioni di ogni attività in modo tale da misurare lo stato globale di autosufficienza o di dipendenza del soggetto.

Talora però anche gli item delle scale sono aggregati di indici e quindi ancora troppo globali per individuare un obiettivo 'misurabile', pertanto l'indicatore deve essere "ritagliato su misura". Un esempio è riportato nella tabella sottostante:

Area	Dimensione	Condizioni Attuali	Obiettivo	Strumento di valutazione	Indicatore	Tempo
Autonomia	Mobilità	Si sposta con il deambulatore	Aumentare l'autonomia	Barthel Index (*)	Deambulerà con un bastone	15 giorni

(*) Non utilizzabile perché nell'item "autonomia alla deambulazione" il Barthel Index comprende sia la deambulazione autonoma, sia con il deambulatore o con bastoni, anche se è ovvia la differenza che esiste tra queste tre modalità di marcia, sia per l'assistenza che per la persona. Quindi: "passaggio da marcia con deambulatore a quella con bastone" costituisce un obiettivo significativo che non può essere misurato sulla scala di Barthel, ma deve essere individuato e ritagliato sulla persona. In questa ed altre circostanze l'indicatore necessario per valutare il raggiungimento dell'obiettivo non è desumibile dagli strumenti valutativi ma deve essere costruito su "misura".

Altre volte l'indicatore può essere trovato in modo indiretto. Un esempio fra tanti: un demente con gravi problemi di insonnia e wandering notturno, che hanno portato il caregiver sull'orlo del burnout, comincia a frequentare un Centro Diurno Alzheimer.

Tra i molti indicatori possibili, forse il più adeguato a rappresentare la situazione può essere il "numero delle alzate notturne" del caregiver. La riduzione del "numero delle alzate" è indicatore contemporaneamente di:

- * qualità di vita del caregiver
- * qualità di vita del demente (probabile)
- * efficacia degli interventi assistenziali erogati dal Centro Diurno Alzheimer,
- * efficacia e qualità del Centro Diurno stesso.

Senza la misurazione consentita dagli indicatori non è possibile giudicare la qualità dei processi assistenziali ed il loro esito sulla persona assistita.

3) ÉQUIPE VALUTATIVA INTERNA ALLA STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

a) A completamento del paragrafo 'l'équipe multidisciplinare' contenuto nel citato All. D DGR 42-8390 del 10 marzo 2008, si ritiene opportuno ribadire alcuni concetti inerenti *la composizione* ed il funzionamento della stessa. Viene usata questa dizione, "multidisciplinare", per sottolineare che, specularmente all'UVG che formula il Progetto, all'interno degli strutture che erogano i servizi, deve essere prevista una équipe multiprofessionale, che redige il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I) e lo verifica.

In particolare: per quanto concerne la composizione (*"La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. avviene nell'ambito di un'équipe multidisciplinare, composta dal medico di medicina generale, dal coordinatore dell'assistenza infermieristica e/o tutelare, in stretta collaborazione con le altre professionalità operanti nella struttura (direttore sanitario, responsabili dei vari settori/reparti,*

fisioterapista, assistente sociale, educatore o animatore professionale". Allegato A della .DGR 17-15226 del 30 marzo 2005) deve essere presente almeno un componente per ogni categoria professionale che ha più strettamente in carico la persona, compreso ovviamente il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Direttore sanitario, ove presente.

Pertanto, il P.A.I. è redatto in attuazione del Progetto individuale definito dall'U.V.G. e sulla base del quadro informativo sullo stato di salute attuale dell'ospite fornito dal MMG.

b) *L'integrazione* fra gli operatori con diversa formazione ed appartenenti a diverse aree di competenza tramite processi che superino le barriere professionali ed organizzative è il cardine dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Nell'assistenza integrata, il processo di valutazione dei bisogni completo, strutturato e standardizzato rende più difficile trascurare bisogni importanti non immediatamente evidenti e deve essere un punto di partenza per l'ottimizzazione del servizio, ma a questo deve seguire la costruzione del PAI e l'esecuzione degli interventi. In ogni livello l'integrazione è indispensabile. Occorre passare dal gruppo di lavoro (somma di individui uniti dal lavoro in un luogo fisico e sulle stesse persone) al lavoro di gruppo (insieme di operatori che condividono cultura, obiettivi, metodi di lavoro, elementi di comunicazione) per offrire, operando in modo integrato, un valore aggiunto superiore alla somma degli sforzi delle singole persone a costituire un team di collaborazione. Esistono barriere reali all'assistenza integrata, spesso basate sulla limitata conoscenza e cultura, oltre che al timore che le novità possano disturbare la routine.

MITTENTE

PROT.N.

DATA

Alla Redazione del Bollettino Ufficiale
REGIONE PIEMONTE
 Piazza Castello 165
 10122 Torino - Fax 011 4324363

Con la presente si richiede la sottoscrizione di un abbonamento al Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

(*)		TIPOLOGIA ABBONAMENTO	IMPORTO
TIPO S1	<input type="checkbox"/>	6 MESI ATTI DELLA REGIONE E ATTI DELLO STATO	€ 52,00
TIPO S3	<input type="checkbox"/>	6 MESI CONCORSI APPALTI ANNUNCI	€ 23,00

(*) indicare una o più tipologie – Il versamento può essere cumulativo

DATI IDENTIFICATIVI DI RINNOVO

RINNOVO <input type="checkbox"/> CODICE ABBONAMENTO []	COMPILARE IN MANCANZA DEL CODICE ABBONAMENTO O PER SOPRAVVENUTE VARIAZIONI	
	INTESTATARIO	
	INDIRIZZO	

DATI IDENTIFICATIVI DEL NUOVO ABBONAMENTO

NUOVO <input type="checkbox"/>	INDICARE I DATI DELL'INTESTATARIO E L'INDIRIZZO COMPLETO	
	INTESTATARIO	
	INDIRIZZO	

In allegato si trasmette copia del versamento su C.C.P. n. 30306104 comprovante l'avvenuto pagamento.

Distinti saluti _____

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 si informa il sottoscrittore dell'abbonamento che il trattamento dei dati personali dal sottoscrittore medesimo forniti con questa richiesta o comunque acquisiti a tal fine dal Responsabile del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività intese all'attivazione dell'abbonamento, ed avverrà a cura dei dipendenti incaricati del trattamento con ordine di servizio 28.4.2000 prot. n.7133/5.9 del Dirigente del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale, in quanto Responsabile del trattamento, presso la Redazione del Bollettino Ufficiale, sita in Torino, Piazza Castello 165, con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi (Poste Italiane e ditta appaltatrice del servizio di stampa). Il conferimento di tali dati è necessario per l'attivazione dell'abbonamento e la loro mancata indicazione può precludere la medesima. Al sottoscrittore dell'abbonamento in quanto interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 del d.lgs. n.196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al responsabile del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale, piazza Castello 165, Torino





Concerto di Ferragosto

Il classico concerto di Ferragosto organizzato ogni anno dall'orchestra "Bartolomeo Bruni" e trasmesso in diretta televisiva dalla Rai, nasce nel 1981 con l'intento di far conoscere agli amanti della musica e appassionati di montagna le risorse ambientali e artistiche delle vallate della provincia di Cuneo. L'abbinamento di musica e scenario alpino, con l'ascolto dal vivo delle più celebri pagine lirico-sinfoniche è la formula del successo di un'iniziativa che ha visto crescere negli anni la partecipazione del pubblico.



**BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE PIEMONTE**

Direzione - Redazione

Piazza Castello 165, 10122 Torino - Tel. 011432 - 3299 / 3994 / 4030 / 4674 / 3559 - Fax 011432 4363

Sito internet: <http://www.regione.piemonte.it>

e-mail: bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it

Direttore Laura Bertino *Dirigente* Roberto Falco
Direttore responsabile Roberto Moisis *Redazione* Carmen Cimicchi
Abbonamenti Daniela Romano Rosario Copia, Sauro Paglini
Coordinamento Immagine Alessandra Fassio Anna Rotondo, Fernanda Zamboni

Avviso

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.