



Università
Bocconi
CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

 REGIONE
PIEMONTE

 CSI
your digital partner

1

ASSESSMENT E PROPOSTE E AZIONI PER IL PIANO SOCIO- SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE

Sintesi principali elementi
21 marzo 2025

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

RESEARCH
RETHINK
REIMAGINE





Sviluppare un'analisi della situazione *as is* dell'assistenza sociosanitaria in Regione Piemonte, identificando le principali aree di criticità e formulando proposte di intervento *to be*.

Tale analisi sarà funzionale alla redazione da parte di Regione Piemonte del Piano Sociosanitario Regionale.

- Fotografare la composizione demografica e sociale regionale, osservando dinamiche evolutive e trend futuri;
- Analizzare i bisogni di salute e mappare consumi e rete di offerta dei servizi, al fine di identificare gli effettivi tassi di copertura attuali e prospettici; sviluppare ove possibile un'analisi sia in termini di consumi (confronto tra cittadini dei diversi territori) che di produzione (confronto tra strutture nei diversi territori)
- Rappresentare gli esiti di salute attraverso una selezione di indicatori validati e rilevanti (PNE, NSG, ecc.);
- Descrivere le risorse – umane, tecnologiche, infrastrutturali, ecc – disponibili a confronto con la domanda esplicita, con i livelli quali-quantitativi dei servizi e, ove possibile, con standard nazionali di riferimento;
- Sviluppare una diagnosi identificando i punti di forza e criticità dell'area piemontese, anche in comparazione con altre regioni, ed evidenziare eventuali disomogeneità di risorse/prestazioni tra le diverse aree/ASL.
- Individuare priorità di intervento e formulare proposte di policy e management per la Regione e le aziende della rete di offerta sociosanitaria

- Il SSN rappresenta uno dei principali beni collettivi che costruiscono l'identità della cittadinanza, e il SSR Piemontese rappresenta **una delle migliori espressioni del SSN**
- Tuttavia, il quadro delle **risorse disponibili** è incerto, a motivo dell'**invecchiamento** della popolazione e l'impossibilità di aumentare i finanziamenti, che già posizionano oggi il Paese tra quelli che **investono di meno** nell'assistenza sanitaria
- Vi è una radicale **trasformazione del profilo epidemiologico**, con il 40% della popolazione affetta da patologie croniche, **e sociale**, a motivo di invecchiamento e aumento della frammentazione familiare
- Stanno emergendo conoscenze e **tecnologie disruptive** quali genetica, robotica, AI
- La **disponibilità di big data** consente di conoscere i consumi dei cittadini con elevata granularità, permettendo di rilevare situazioni di over e under treatment
- Si trasformano i **modelli di consumo** degli utenti e delle loro aspettative di servizio: personalizzazione, accesso da remoto, usare di piattaforme digitali
- Manca il **personale** e si riducono le “vocazioni”, soprattutto in ambito infermieristico e di alcune professioni sanitarie
- In tale contesto, il **PNRR** rappresenta una straordinaria opportunità per investire sullo sviluppo di infrastrutture fisiche, tecnologiche e di competenze, e Regione Piemonte ha ricevuto oltre 800 milioni di euro di finanziamenti da mettere al servizio del SSR.

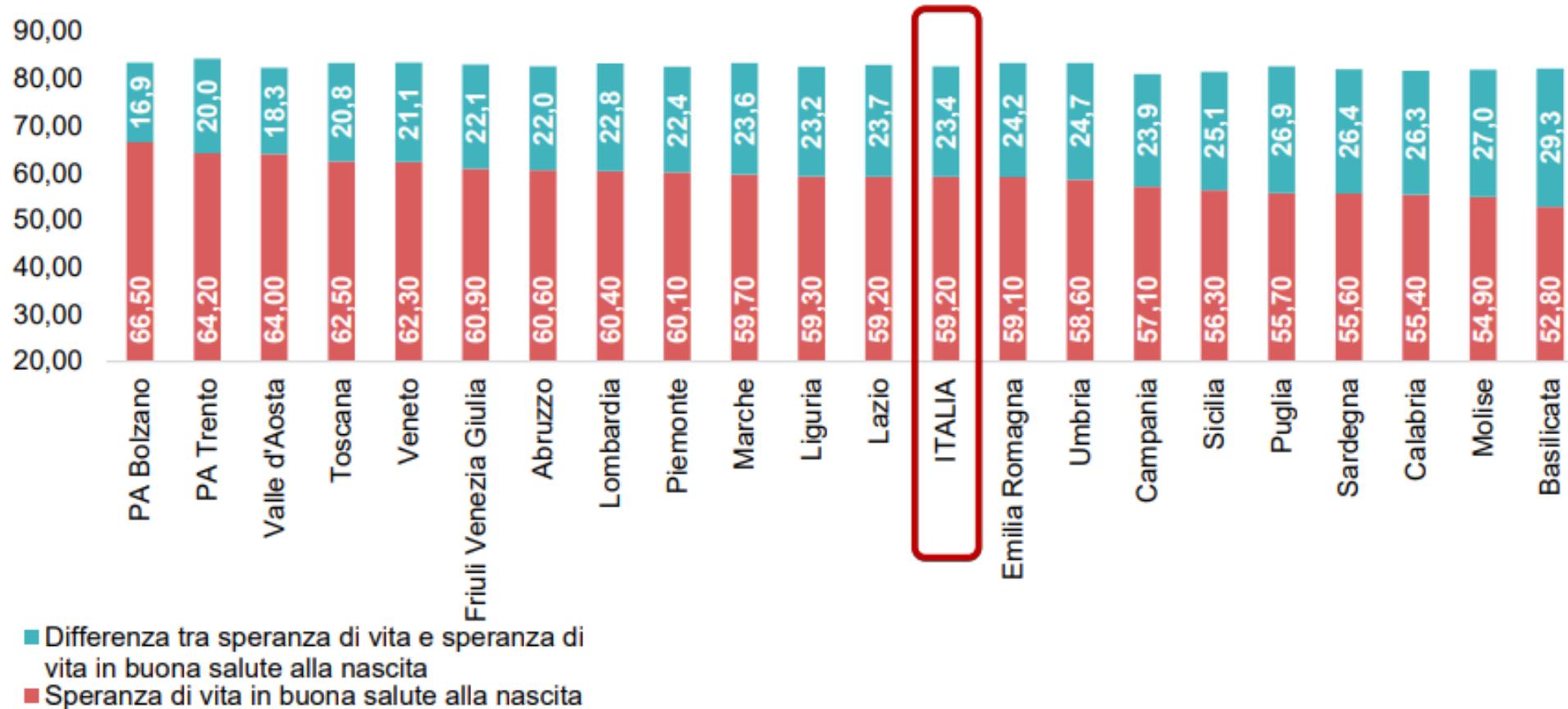
- **Governance del SSR piemontese appare frammentata** e diluita tra diversi attori con:
 - Poca chiarezza su ruoli e responsabilità a livello di capogruppo regionale
 - Nessun accentramento dei servizi di supporto aziendali: diagnostica, magazzini/logistica, laboratorio, anatomia patologica, servizi trasfusionali
 - Mantenimento di dimensioni aziendali modeste, non accompagnate dallo sviluppo di processi di condivisione adeguati
- **Livelli di screening e vaccinazioni modesti** nella comparazione con le regioni benchmark ed eterogenee tra aziende piemontesi
- Tassi di **ospedalizzazione** significativamente più elevati di Regioni benchmark (Lombardia e Veneto) e altamente variabili all'interno del contesto regionale
- **Rete ospedaliera** in parte **frammentata**, con 10 (+2) «piccoli ospedali» a vocazione generalista in aree non rurali e non disagiate, che nel in 7 (+2) casi presentano anche un Pronto Soccorso con accessi insufficienti, ampiamente al di sotto degli standard normativi
- **Distribuzione disordinata della casistica dei Pronti Soccorso**, che determina una scarsa aderenza agli standard normativi di riferimento

- **Rete territoriale frammentata**, con necessità di riflettere sui piccoli punti fisici di erogazione presenti sul territorio e del loro ruolo rispetto all'evoluzione dei modelli di servizio: sotto questo profilo, necessario sciogliere i trade-off strategici del DM77 per definire vocazioni e strumenti di presa in carico coerenti ai fabbisogni dei territori
- Presa in carico territoriale contenuta e accompagnata da comportamenti prescrittivi e **consumi ambulatoriali altamente eterogenei** sia in termini generali che con riferimento a coorti specifiche (es. popolazione diabetica)
- Spesa e **consumi di farmaci e dispositivi medici** mediamente più elevati delle Regioni benchmark e fortemente eterogenea tra aziende piemontesi, con spazi di razionalizzazione individuabili
- **Prossima ondata di pensionamenti** richiedono investimento per qualificare la professione infermieristica e degli MMG e la definizione di strategie di reclutamento locali e internazionali
- Eterogeneità tra aziende rispetto a dotazioni e volumi di reclutamento degli ultimi anni richiede di **sviluppare Piani triennali di fabbisogno coerenti con le stime Agenas**
- La **produzione scientifica delle AOU regionali appare contenuta**, serve potenziarla e promuovere lo sviluppo della ricerca

1.1

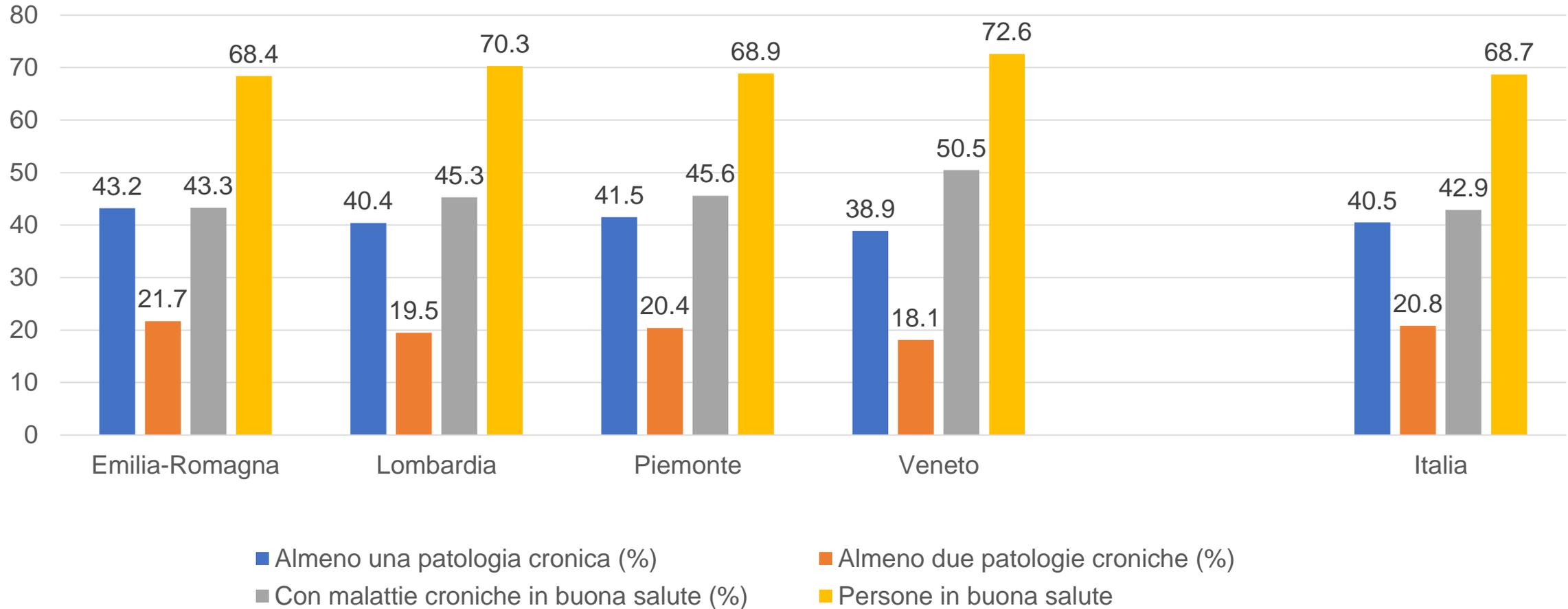
Il contesto e il profilo dei bisogni

ASPETTATIVA (E QUALITÀ) DI VITA: DIFFERENZE TERRITORIALI

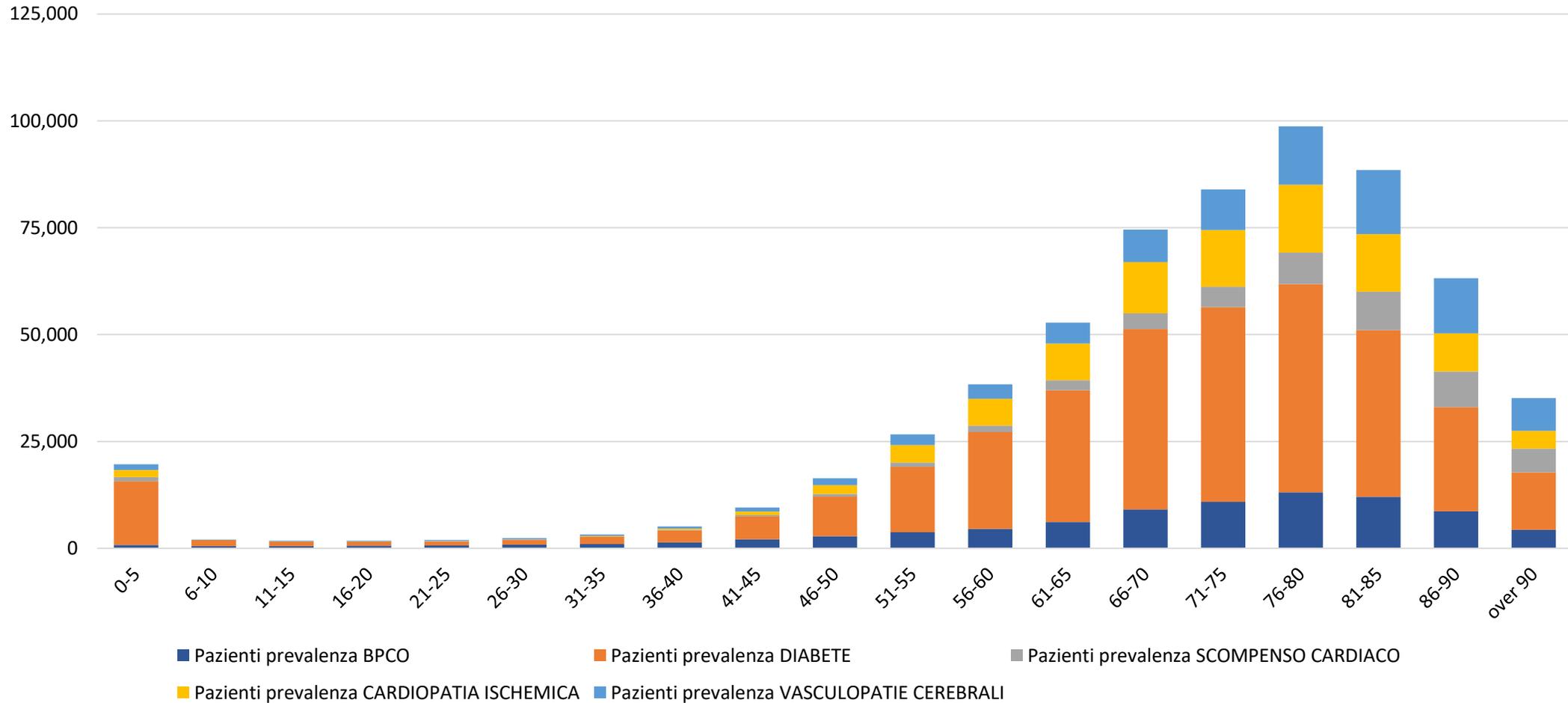


LA CRONICITÀ: CONFRONTO INTERREGIONALE

MALATI CRONICI CON 6 ANNI O PIÙ IN BASE ALLA PROVENIENZA GEOGRAFICA, OGNI 100 PERSONE CON LE STESSER CARATTERISTICHE (2023)



Statistica Patologie prev. per Fascia d'età



Fonte: SEPI Piemonte, dati anno 2017

1.2

La governance regionale

- Il SSR ha avuto la forza di **rafforzare la capogruppo** creando un sistema a rete con specializzazioni distinte
- Le pressioni ambientali che insistono sul sistema sanitario (es. big data, AI, centralizzazione acquisti...) richiedono un'ulteriore riflessione sull'attribuzione di ruoli e funzioni nell'assetto regionale
- In linea generale, è **opportuno rafforzare alcuni elementi centrali**, immaginando di definire e chiarire la distribuzione delle responsabilità quantomeno rispetto a:
 - **Indirizzo e governo** (ad esempio, attribuendolo all'Assessorato Sanità)
 - **Centralizzazione di alcune funzioni amministrative, logistiche e operative** (es: magazzini, trasporti...)
 - **Assetti organizzativi delle aziende:**
 - Istituzione della direzione socio sanitaria, che sia responsabile dei servizi di integrazione col sociale e membro del vertice strategico (con direzione generale e direzione sanitaria)
 - La funzione di **Operations Management** per monitorare e accompagnare la saturazione dei fattori produttivi

SCELTE DI ASSETTO REGIONALE

GLI ASSI DI SVILUPPO DEGLI ENTI INTERMEDI

Nel contesto delle scelte di assetto istituzionale dei SSR, crescente interesse verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che possono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate



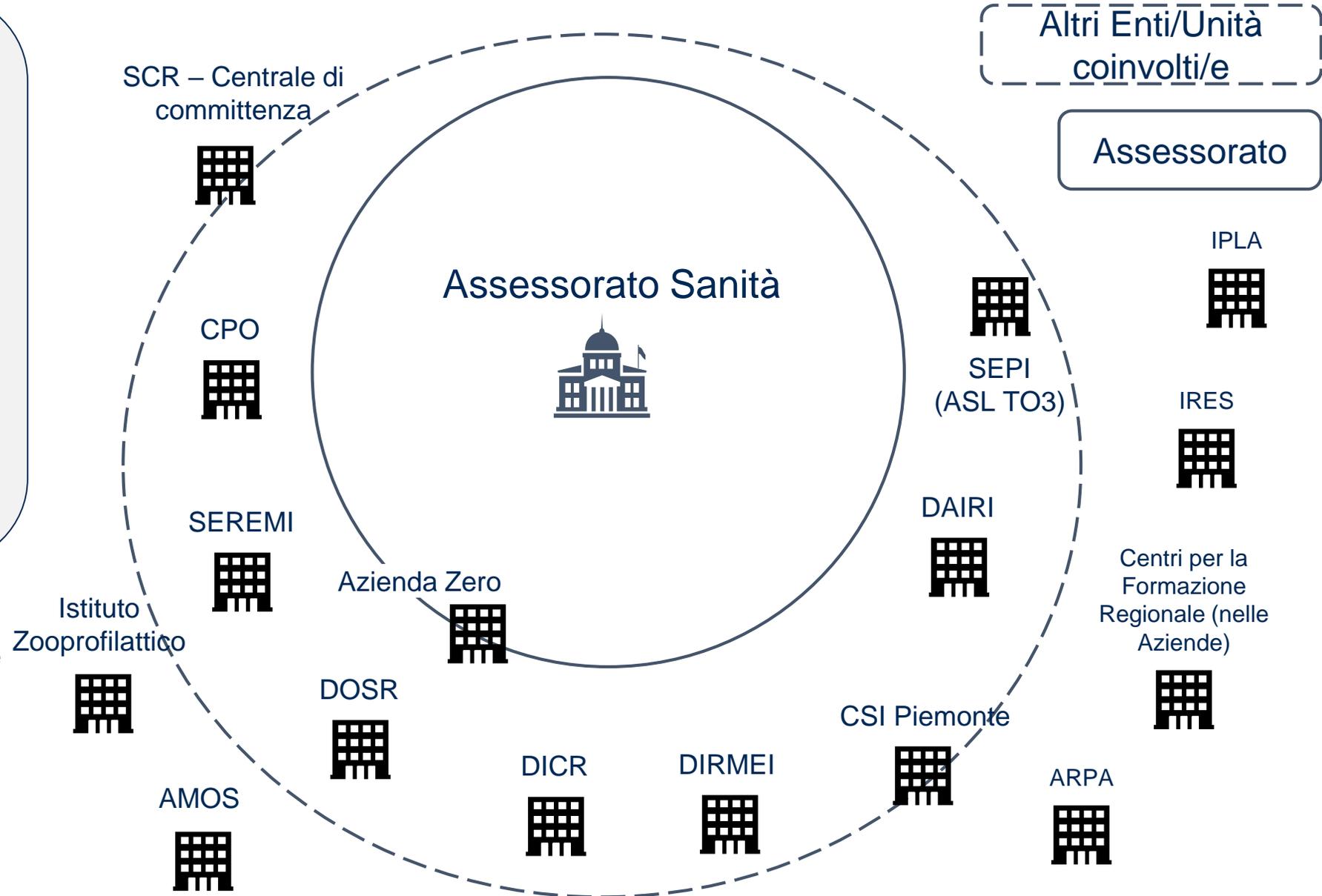
Nel panorama dei vari SSR possiamo distinguere 3 «macro-tendenze»:

1. Enti con mere funzioni di governo
2. Enti che svolgono sia un ruolo di governo sia di supporto amministrativo e operativo (es. Azienda Zero del Veneto)
3. Enti intermedi che svolgono attività di supporto amministrativo e operativo (es. ESTAR Toscana) o di coordinamento (es. AREU Lombardia)

Azienda Zero Piemonte come ibrido tra modello ESTAR Toscana e Azienda Zero Veneto

LA CAPOGRUPPO REGIONALE: ELEMENTI DI SINTESI E PROSPETTIVE

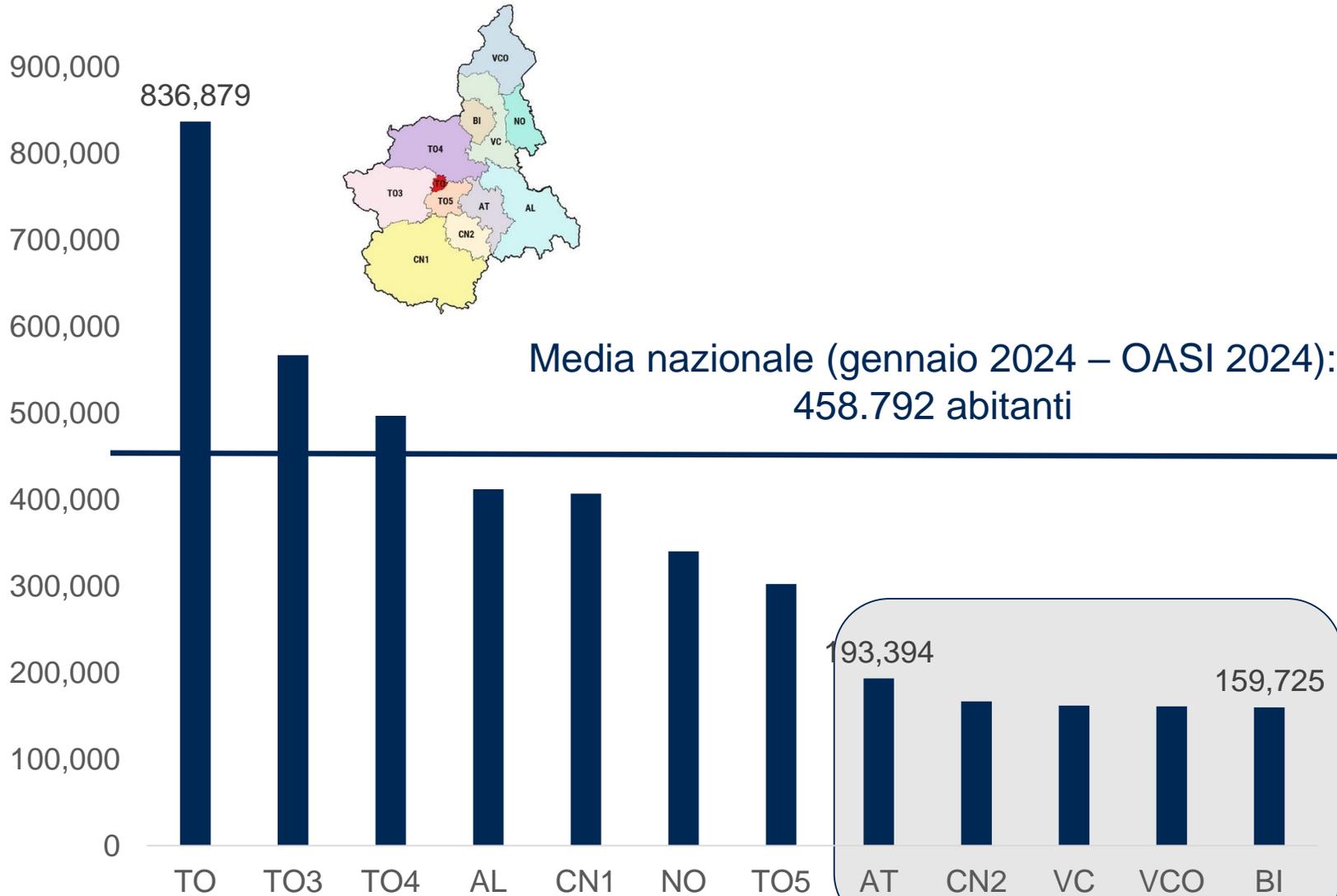
- Assessorato: funzione di indirizzo strategico
- Azienda Zero (ibrido tra modello Veneto ed ESTAR):
 - funzioni amministrative accentrate;
 - funzioni erogative (118)
 - governo (reti cliniche)
 - monitoraggio (sistemi informativi - software)
 ...diverse funzioni con tensori diversi
- CSI: detentore dati (non sempre valorizzati), con software incardinati in Azienda Zero e ASL
- Delibere regionali come principale strumento di governo



- Importanza di definire chiaramente la distribuzione di funzioni e responsabilità
- Necessità di coordinamento del vertice e di definizione dei meccanismi formali di esplicitazione dei mandati

SCELTE DI ASSETTO REGIONALE

I BACINI DI UTENZA DELLE AZIENDE «TERRITORIALI»

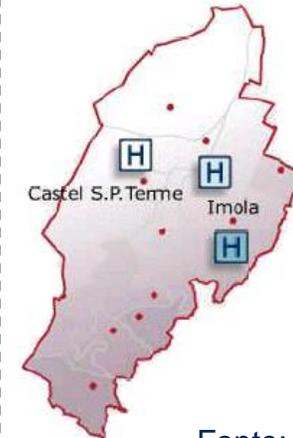
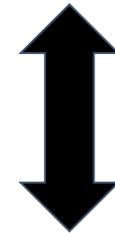


Media nazionale (gennaio 2024 – OASI 2024):
458.792 abitanti

Fonte: CSI Piemonte



Ca. 1.5mln assistiti (2024)



AUSL Imola

Ca. 130k assistiti (2024)

Fonte: Rapporto OASI 2024 su dati MinSal

- **Condivisione di servizi di supporto a livello centralizzato o ad aree vaste**
 - Razionalizzazione della logistica e dei magazzini
 - Centralizzazione o accorpamento della diagnostica (laboratori, anatomia patologica)
- **Sviluppo di reti cliniche e tempo-dipendenti**
 - Potenziamento delle reti tempo-dipendenti (es. ictus)
 - Espansione della rete oncologica ad altre discipline e patologie
- **Ruolo di Azienda Zero**
 - Centralizzazione, funzioni amministrative ma anche esecuzione di progetti strategici
 - Agenzia attuativa per progetti regionali (es: digitalizzazione)
- **Istituzione di tavoli di coordinamento per quadranti**
 - Tutte le asl e tutte le aziende ospedaliere
 - Creazione di piani ospedalieri di quadrante per garantire casistiche minime
 - Focus iniziale su 5 discipline prioritarie (es: cardiocirurgia, neurologia, chirurgia oncologica...)
 - Reti tempo-dipendenti (ictus, cardiologia)
 - Emergenza-urgenza (Pronto Soccorso)
- **Ruolo dei quadranti**
 - Fornire indicazioni alle ASL per contrattualizzare il privato accreditato in base al case-mix e non solo al budget
 - Le ASL e AO devono presentare un piano strategico unico per area provinciale (eccezione: Torino)
 - A Torino città, creazione di un coordinamento permanente tra le AO per:
 - Definire le vocazioni delle singole strutture
 - Garantire la loro complementarietà e le casistiche minime
 - Pianificare l'allocazione degli investimenti in conto capitale in coerenza con le vocazioni definite (es. acquisto risonanza magnetica)

2.1

Promozione della salute e prevenzione

SCREENING ONCOLOGICI:

- Il Piemonte mostra livelli di **adesione agli screening inferiori alla media nazionale e alla soglia target (80%)**. Tale gap non è compensato da una buona risposta dei programmi organizzati con alcune ASL che mostrano maggiori criticità. Il Piemonte, analogamente ad altre regioni, sta sperimentando l'efficacia dell'esame mammografico in una fascia d'età più ampia (da quella compresa tra i 50 e i 69 anni a quella tra i 45 ed i 74 anni) e iniziative mirate alle popolazioni a rischio e più vulnerabili.
- Per lo screening alla cervice uterina si stanno realizzando le modifiche necessarie per l'introduzione del nuovo protocollo (esclusioni vaccinate con 2 dosi entro 15 anni, nate 1997).

VACCINAZIONI:

- Le vaccinazioni pediatriche raggiungono buoni tassi di copertura (vicini al target dell'OMS del 95%), con differenze e gap più significativi per varicella, meningococco B e pneumococco rispetto alle principali regioni benchmark.
- Il Piemonte mostra **bassi livelli di copertura vaccinale negli over65 e con patologie croniche** e forte variabilità tra ASL (con valori inferiori all'obiettivo del 60% e alla media nazionale).
- Ulteriori criticità si registrano per **HPV (lontani dall'obiettivo di copertura del 90%)** con una progressione positiva più visibile nel tempo per gli uomini e una variabilità interaziendale elevata.

STILI DI VITA:

- Il Piemonte mostra indicatori con **performance migliori o uguali alla media nazionale** per attività fisica, mobilità attiva, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura con pratiche virtuose che si stanno espandendo nella regione e programmi volti a contrastare le disuguaglianze territoriali. Le sorveglianze attive su bambini e adolescenti segnalano tuttavia la persistenza, e in alcuni casi l'aggravamento, di problemi di salute (sovrappeso, obesità) e stili di vita non salutari. Il Piemonte è fra le regioni italiane con i **consumi di alcol più alti** soprattutto fra i consumatori a rischio e binge.

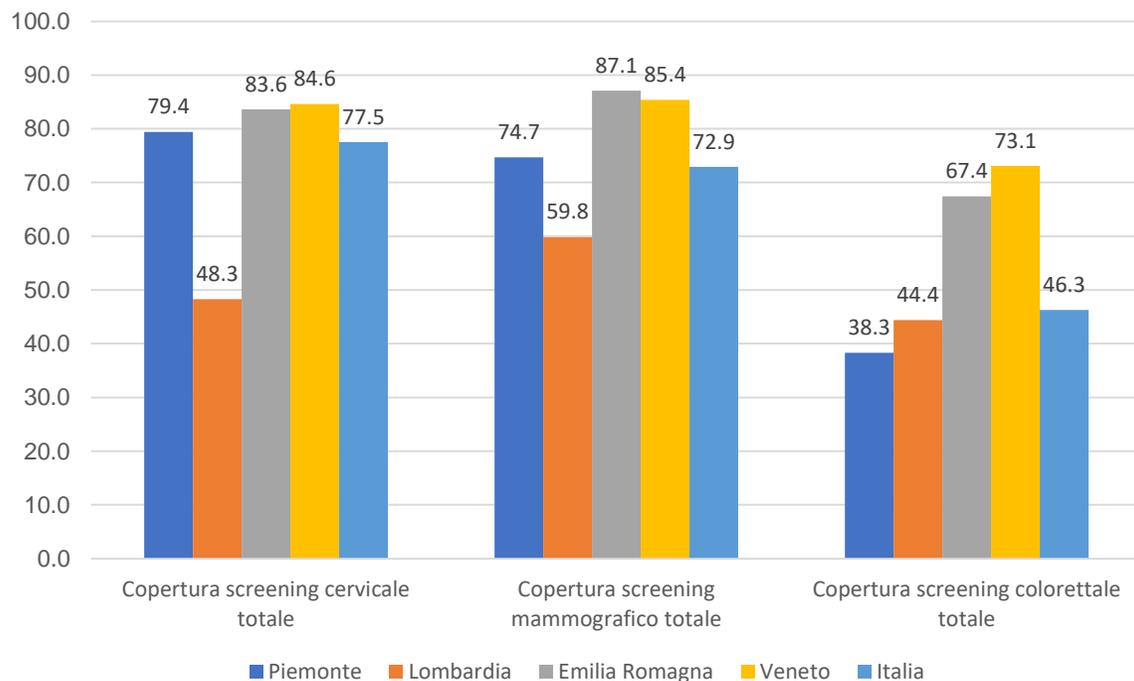
MALATTIE INFETTIVE:

- Il PRP adotta un approccio integrato per ridurre la diffusione delle IST. Le misure chiave includono lo screening gratuito e la vaccinazione (HPV, HAV). Difficile tuttavia capire l'efficacia delle azioni con **difficoltà di definizione (e reclutamento) delle popolazioni target**.

SCREENING: GAP DI COPERTURA

Copertura degli screening totale (%)

Soglia accettabile: 80%



Fonte: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati>, 2022-2023

*Dove il dato di copertura totale non è disponibile, è stato utilizzato il dato di copertura relativo agli screening organizzati

Screening cervicale	Piemonte	Lombardia	Emilia Romagna	Veneto	Italia
Copertura screening cervicale totale	79,4	48,31*	83,6	84,6	77,5
Copertura screening cervicale organizzato	58,6	48,31	66,0	54,9	46,4
Copertura screening cervicale spontaneo	20,5	NA	17,4	29,6	30,8

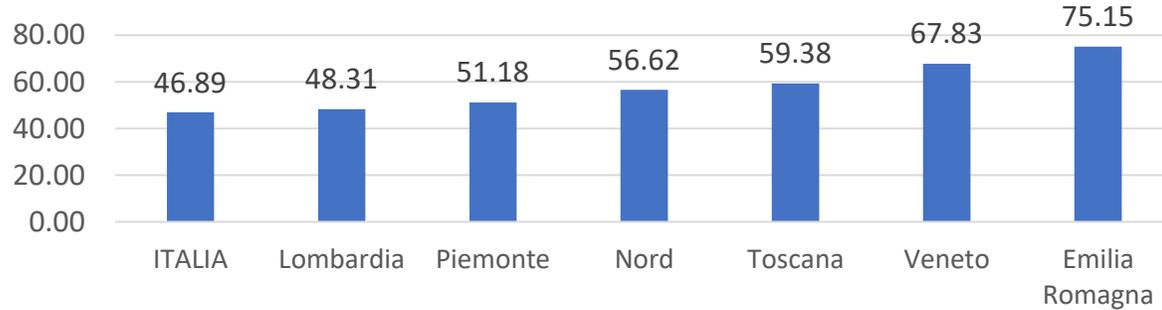
Screening mammografico	Piemonte	Lombardia	Emilia Romagna	Veneto	Italia
Copertura screening mammografico totale	74,7	59,83*	87,1	85,4	72,9
Copertura screening mammografico organizzato	60,8	59,83	76,2	65,9	52,5
Copertura screening mammografico spontaneo	13,7	NA	10,8	19,4	20,1

Screening colorettaie	Piemonte	Lombardia	Emilia Romagna	Veneto	Italia
Copertura screening colorettaie totale	38,3*	44,4*	67,4	73,1	46,3
Copertura screening colorettaie organizzato	38,2	44,4	59,8	67,9	38,3
Copertura screening colorettaie spontaneo	NA	NA	7,3	5,0	7,5

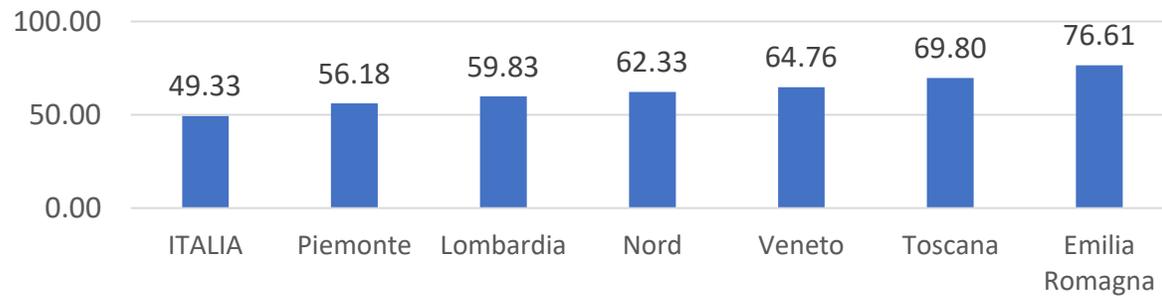
SCREENING ORGANIZZATO: CONFRONTO REGIONALE E TRA ASL

Copertura da esami (indicatore NSG)

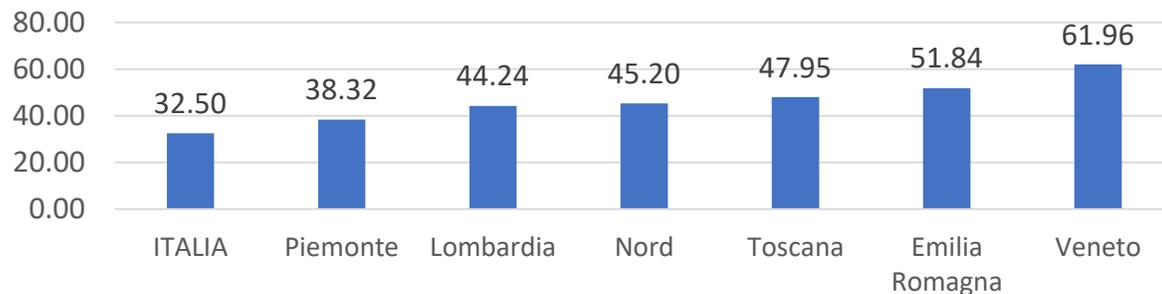
Screening cervicé



Screening mammografico

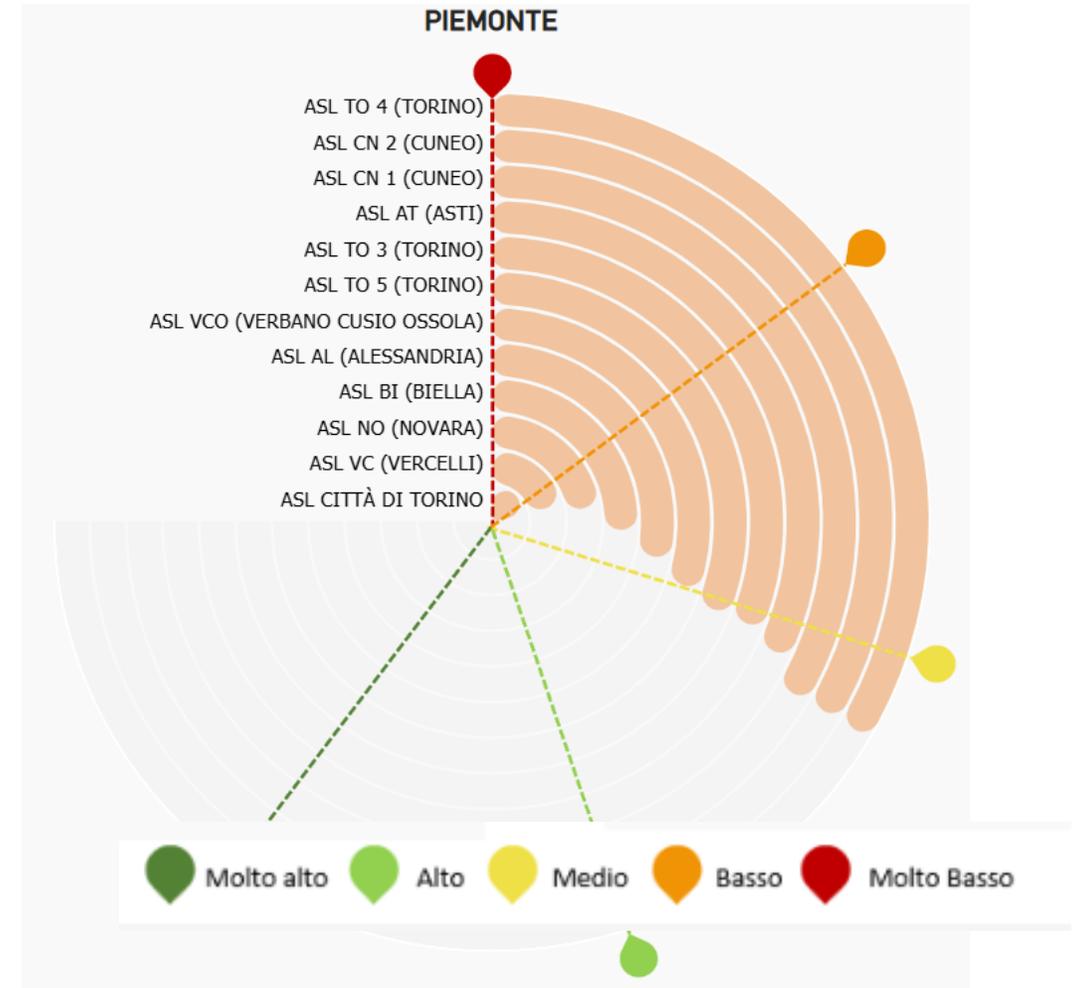


Screening colonretto



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, dati 2023

Performance aziendali: area prevenzione (% screening effettuati sulla popolazione target)



Fonte: Portale Statistico AGENAS (2024)

Il Programma annuale PRP (2024) suggerisce di potenziare sia le iniziative di formazione rivolte a MMG/PLS sia le **campagne di sensibilizzazione destinate alla popolazione e mirate alle popolazioni più a rischio e vulnerabili**. Il programma prevede offerte privilegiate e percorsi integrati volti a prevenire le MCNT e azioni per contrastare le disuguaglianze territoriali.

L'analisi delle migliori prassi suggerisce di promuovere maggiori livelli di **integrazione dei DP/SISP** nelle Aziende (e, in particolare, con il sistema delle cure primarie) e promuovere iniziative di engagement dei principali attori esterni. In particolare, la Regione definisce le seguenti azioni di policy

- **Definizione di obiettivi aziendali e comuni, governance condivisa e implementazione di spazi di benchlearning:** responsabilizzazione delle Direzioni Aziendali su obiettivi condivisi con DP/SISP e definizione target comuni di copertura per distretti/cure primarie che garantiscano un più ampio coinvolgimento di MMG/PLS;
- **Rafforzamento dell'integrazione tecnologica** (es. anagrafe vaccinale) **e anche operativa** (es. gestione delle vaccinazioni che coinvolga MMG/PLS e anche reparti ospedalieri per le vaccinazioni pazienti fragili,
- **Definizione di P(P)DTA**, per garantire una presa in carico precoce dei soggetti a rischio e vulnerabili, come i programmi integrati di promozione della salute e di screening;
- **Progetti di advocacy e community engagement:** in particolare per quegli ambiti della prevenzione dove è difficile identificare e reclutare il target (es. iniziative mirate alla prevenzione delle IST coinvolgendo associazioni che intercettano categorie a rischio);
- **Modernizzazione degli strumenti di comunicazione:** abbandonare strumenti obsoleti (es: lettere cartacee), favorendo l'uso di canali digitali e interattivi per una comunicazione più immediata ed efficace (es: social network);
- **Ampliamento dei luoghi dedicati alla prevenzione:** trasformare in luoghi della prevenzione contesti come i luoghi di lavoro, implementare le «farmacie dei servizi» e creare reti di «ambasciatori della prevenzione» per raggiungere target più ampi e diversificati.

2.2

Assistenza territoriale e presa in carico della cronicità

- Elevata eterogeneità territoriale nei consumi, prescrizioni e tempi di attesa della specialistica, indipendenti dalla demografia e dalla capacità produttiva
- Variabilità nei posizionamenti aziendali con differenze territoriali e necessità di strumenti per il monitoraggio e il supporto all'identificazione di spazi di lavoro
- All'interno di un quadro di aspettata eterogeneità, emergono differenze rispetto alla distribuzione media dei pazienti per MMG e anzianità della coorte medica
- Rilevante frammentazione dei luoghi fisici di erogazione dell'offerta ambulatoriale
- Documento piemontese di recepimento del DM 77 particolarmente incentrato sulla descrizione del modello territoriale in essere, ma molti dei trade-off strategici non risultano ancora sciolti. Considerazioni simili valgono anche rispetto a modello e strumenti di presa in carico
- Focus diabete: si conferma anche in questo caso una consistente eterogeneità tra ASL nei comportamenti prescrittivi e nei consumi per tutte le diverse tipologie di prestazioni FARE

I DIFFERENZIALI PRESCRITTIVI

Prestazioni prescritte nel corso 2022, per azienda di residenza e stato di erogazione, per 1.000 abitanti:
DIAGNOSTICA



VISITE



LE SCELTE REGIONALI ALLA LUCE DEL PNRR E DM 77

- Con DGR 4/2021 e DGR 199/2022 la Regione ha definito la distribuzione delle strutture di prossimità nelle ASL Regionali. Dovranno essere realizzate le seguenti strutture:
 - 91 CDC
 - 30 ODC
 - 43 COT
- Con DCR 20 dicembre 2022, n. 257 – la Regione ha recepito il DM77/2022

Regione	Nr. Ambulatori e laboratori SSN, 2023	Amb. e lab. per 100.000 ab., 2023	Densità abitativa (ab/kmq)
Piemonte	384	9,0	167
Lombardia	624	6,2	420
Veneto	441	9,1	264
Emilia Romagna	473	10,6	198
Toscana	710	19,4	159
Lazio	783	13,7	332
ITALIA	9,121	15,5	195



Distribuzione delle strutture di prossimità nelle Aziende Sanitarie Regionali

	CAVS		OdC		CdC	COT
	# strutture	PL	# strutture	PL	# strutture	# strutture
AL	4	80	4	80	9	4
AT	1	25	1	20	4	2
BI	2	30	1	20	3	2
TO	1	60	6	120	18	9
CN1	3	85	3	60	9	4
CN2	3	78	2	40	5	2
NO	4	72	2	40	7	3
TO3	7	151	4	80	12	6
TO4	4	194	3	60	11	5
TO5	2	35	2	40	7	3
VCO	2	70	1	20	3	1
VC	1	10	1	20	3	2
Pie	34	890	30	600	91	43

Il documento regionale piemontese (DGR 257/22) non scioglie nessuno dei trade-off strategici del DM 77

Analisi comparata dei documenti regionali di recepimento del DM 77/2022 (OASI, 2023)

Aree strategiche	Trade-off	Abruzzo	Campania	ER	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana
Stratificazione della popolazione e sanità di iniziativa	La Regione ha individuato dei criteri per clusterizzare la popolazione?	-	-	-	- Fattori clinici - Fattori socio-economici - Fattori ambientali	- Fattori clinici	-	-	-	-
Casa della Comunità	La Regione ha individuato delle vocazioni/modelli di riferimento per le CdC?	-	- Salute (servizi specialistici) - Assistenza primaria - Accesso e case mgmt - Comunità e reti sociali	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Salute minori e donna - Presa in carico cronicità - Comunità e reti sociali - Salute (servizi specialistici)	- Prevenzione - Assistenza primaria - Salute (servizi specialistici) - Comunità e reti sociali	-	-	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Presa in carico cronicità - Valutazione del bisogno - Comunità e reti sociali
Ospedale di Comunità	La Regione ha individuato target di pazienti prioritari fra i 4 cluster individuati dal DM?	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COT	La Regione ha individuato i flussi (step-up & step-down)?	Step-up & Step-down	Step-up & Step-down	-	Step-up & step-down	Step-up & Step-down	-	-	-	Step-up & step-down
	La Regione ha individuato i target di pazienti prioritari?	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici ad alta complessità	-	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici ad alta complessità	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici	-	-	-	-

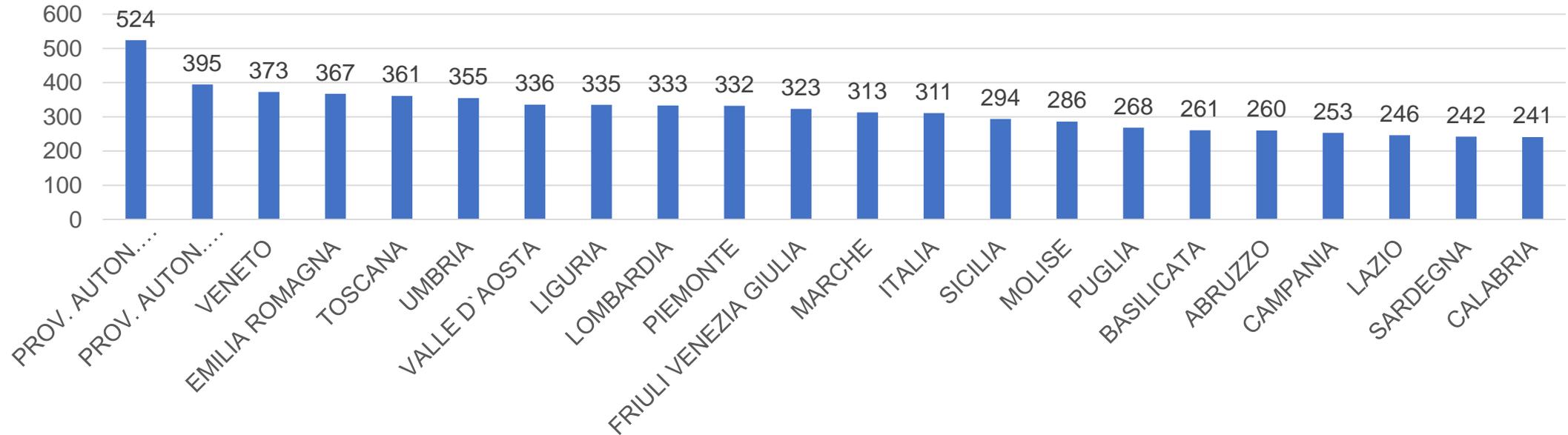
- **Chiarire le vocazioni dei servizi territoriali nel quadro del DM 77**
 - È essenziale definire con precisione il ruolo dei vari setting assistenziali, sciogliendo i trade-off ancora aperti nella riforma, attraverso una differenziazione basata sui profili di bisogno della popolazione e criteri di stratificazione chiari.
 - In questa direzione occorre lavorare sulla frammentazione dell'offerta, favorendo una maggiore integrazione tra le strutture sanitarie, in particolare con CDC, ODC e CAVS. In altri termini, produrre un piano unitario dell'offerta ambulatoriale che integri le attuali strutture attive con il piano di investimento ex DM 77
 - ...definendo chiaramente le vocazioni e il posizionamento nella rete (es. ospedale di comunità diventa «downgrade» dell'ospedale, anticamera delle RSA o altro?)
- **La presa in carico come governo della filiera:** ciò significa sia ricostruire in modo approfondito la domanda di salute della popolazione a livello aziendale e distrettuale tramite approcci di Population Health Management (PHM), che ripensare gli attuali modelli di offerta e strumenti (come i PSDTA), adottando strategie mirate in base alla stratificazione della popolazione:
 - Prevenzione per i soggetti a rischio, per ridurre l'incidenza delle malattie croniche.
 - Percorsi dedicati per la mono-patologia cronica, con analisi dei profili prescrittivi, aderenza terapeutica e identificazione di un responsabile del percorso di cura.
 - Piani assistenziali individualizzati per la multi-cronicità, con attivazione e monitoraggio costante dei percorsi e dell'aderenza terapeutica.
- **La definizione di un “Distretto Sanitario dell'Accesso”:**
 - Rafforzare la funzione di gestione operativa territoriale: ciò significa avere un'unica visione della capacity disponibile nei diversi setting di cura (specialistica ambulatoriale, residenzialità, domiciliarità, telemedicina, ecc.); unificare le liste di attesa e sviluppare criteri di prioritizzazione chiari per l'accesso; definire piattaforme di segnalazione e di prenotazione che permettano un controllo più efficace delle richieste e delle condizioni di accesso ai servizi.
 - Ruolo strategico del Direttore del Distretto come attore chiave nel change management e facilitatore delle relazioni tra istituzioni sanitarie e territoriali.
- **Spingere per l'aggregazione di MMG e PLS in AFT e sviluppare la medicina di gruppo :**
 - Attivando tavoli di lavoro condivisi per sostenere la convergenza dei comportamenti prescrittivi e, di conseguenza, dei relativi consumi degli assistiti

2.3

La rete dell'Emergenza-Urgenza e il Pronto Soccorso

- **Alto tasso di accesso ai PS ma comunque in linea con le altre grandi regioni del nord e centro-nord**
- **Fasce più propense all'accesso:** under 14 e over 75, confermando il ruolo del PS per le categorie più vulnerabili.
- **Elevata quota di accessi non urgenti:** il 72% riguarda codici bianchi e verdi. Dato in linea con il resto d'Italia e che indica inappropriata offerta
- **Criticità nel servizio 118:** spesso non utilizzato per i codici più urgenti, ma è utilizzato anche nei casi gestibili tramite altri servizi; il 25% dei codici azzurri e il 13% dei verdi dei pazienti trasportati in ambulanza.
- **Dimissioni e ricoveri:** l'84% dei pazienti viene dimesso a domicilio mentre l'11% viene ricoverato.
- **Occupazione posti letto:** il 43% dei PL è occupato da over 75, di cui il 45% con codici azzurri o verdi.
- **Tasso di abbandono:** basso (2%), ma sale al 4% nei PS con più accessi (intorno ai 60.000) e legato a urgenze minori
- **Distribuzione concentrata in parte e disomogenea nella restante:** il 40% degli accessi avviene in dieci PS ad alto volume, mentre il 23% delle strutture ha meno di 15.000 accessi annui.
- **Squilibri nella rete di emergenza:** alta densità di DEA di I e II livello, ma sotto-dotazione di PS, con difficoltà a rispettare gli standard del DM 70/2015.
- **Disomogeneità gestionale:** le scelte di ricovero dipendono non solo dai posti letto disponibili, ma anche da fattori organizzativi interni.

Numero di accessi per 1.000 abitanti - esclusi servizi PS pediatrici (2023)



Fonte: Annuario Statistico Ministero, febbraio 2025

Nota: il dato esclude i Servizi PS pediatrici come da fonte ministeriale per rendere confrontabile il dato.

In Piemonte rileva un dato più alto della media nazionale, ma comunque in linea con le altre grandi regioni del nord e centro-nord. Dal rapporto OASI 2023 emerge come tra i fattori fondamentali che spiegano le differenze regionali nel tasso di accesso vi sia la **raggiungibilità e accessibilità percepita**. Il dato è dunque «positivo» nella criticità, ma suggerisce anche che gli altri servizi dovranno acquisire questa caratteristica per poter costituire delle vere e proprie alternative al PS.

IDENTIKIT RETE OFFERTA DI PS

CLUSTER DI PS PER VOLUMI GESTITI E DOTAZIONI

Cluster di PS per volumi effettivi					Tipologia di PS			
Cluster di PS	Scarto Quadratico Medio	Numero di PS	Numero di PS in % del totale	Volume di accessi in % del totale	Pronto Soccorso 12 ore	Pronto Soccorso 24 ore	DEA di Primo Livello	DEA di Secondo Livello
7.000 (media)	1.723	6	15%	3%	1	5		
14.000 (media)	1.391	4	10%	4%		4		
21.000 (media)	1.554	4	10%	6%		1	3	
35.000 (media)	2.800	7	18%	17%		1	5	1
46.000 (media)	2.634	8	21%	26%			8	
61.000 (media)	4.149	9	23%	39%			4	5
75.000 (stand alone)		1	3%	5%			1	
Totale complessivo Specialistici		39	100%	100%	1	11	21	6

Standard DM70
PS > 20.000 accessi

DEA I > 45.000 accessi
DEA II > 70.000 accessi

L'analisi dei cluster conferma la **concentrazione (indistinta) della casistica.**

- **10 PS contano più del 40% della casistica complessiva**
- Circa la metà dei PS gestisce più del 70% della casistica complessiva

Scarsa e/o confusa coerenza con gli standard:

- PS: 10 sono sotto i 15.000 accessi e 1 sui 35.000
- DEA di I: 3 sono sui 20.000 accessi e 5 sui 61.000 accessi
- DEA di II: 1 sui 35.000 e solo 1 sopra i 70.000 accessi

ANALISI E DIAGNOSI RETE DI OFFERTA DI PS MIX CONFUSO E CONCENTRAZIONE (INDISTINTA) DELLA CASISTICA

	Rosso (EMERGENZA)	Arancione (URGENZA)	Azzurro (URGENZA DIFFERIBILE)	Verde (URGENZA MINORE)	Bianco (NON URGENZA)	Totale di riga	Over 75 (% su totale accessi)	Fascia oraria diurna (8-20)
7.000 (media)	0%	8%	30%	53%	8%	100%	20,7%	96,7%
14.000 (media)	1%	11%	31%	53%	3%	100%	25,8%	76,6%
21.000 (media)	3%	23%	30%	42%	2%	100%	25,5%	73,9%
35.000 (media)	2%	14%	23%	56%	5%	100%	21,9%	75,0%
46.000 (media)	2%	14%	26%	53%	5%	100%	21,6%	74,4%
61.000 (media)	3%	15%	19%	50%	13%	100%	21,0%	72,8%
75.000 (unico)	2%	14%	16%	54%	15%	100%	15,4%	69,4%
Generale	2%	15%	23%	52%	8%	100%	21,5%	74,3%

	Modalità di arrivo			Attività e risorse			% ricoveri		
	Ambulanza 118	Autonomo (arrivato con mezzi propri)	Altro	Numero medio di visite	Numero medio di esami di diagnostica	% accessi OBI	% di ricoveri sul totale	Min	Max
7.000 (media)	4%	94%	2%	1,1	0,9	0,0%	2,5%	0%	63%
14.000 (media)	22%	77%	1%	1,5	1,3	5,0%	9,6%	6%	12%
21.000 (media)	22%	61%	17%	1,4	2,0	2,6%	13,1%	8%	18%
35.000 (media)	20%	72%	7%	1,4	1,5	3,7%	12,4%	5%	23%
46.000 (media)	19%	73%	7%	1,4	1,3	4,6%	11,5%	7%	14%
61.000 (media)	26%	64%	10%	1,5	1,3	4,5%	14,2%	9%	19%
75.000 (stand alone)	35%	64%	0%	1,2	1,3	0,4%	10,3%		

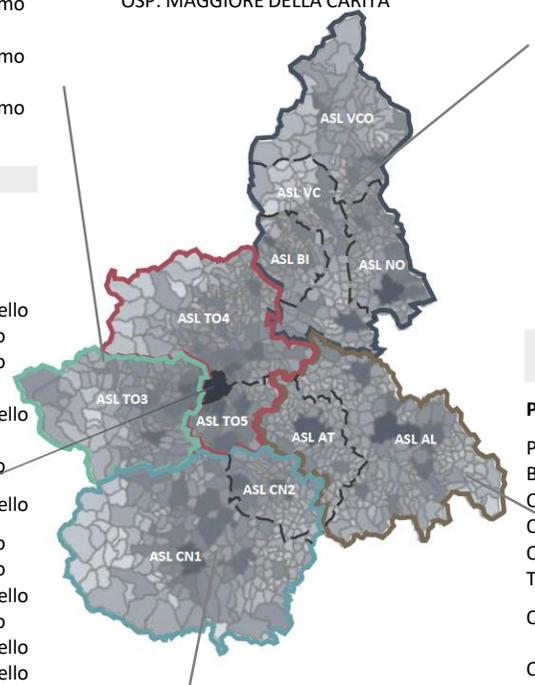
- Simile mix interno ed esterno di codici colore, fascia d'età e fascia oraria
- Simile mix tipologia di arrivo. Cluster 21k elevato «altro» e 61k elevata ambulanza
- Simile mix interno ed esterno di prestazioni interne al PS
- Simile mix esterno di ricoveri (tranne cluster estremi), vi sono però importanti differenze interne:
 - **No correlazione tra accessi e dotazione PL e minima correlazione tra PL e tassi di ricovero**

DOMANDA E OFFERTA

	Accessi	% ricoveri	% verdi e bianchi	PL	Tipologia PS
TORINO OVEST	173.206	10%	54%	280 (media)	
OSPEDALE DI VENARIA	6.325	0%	81%	67	PS 24 ore
OSPEDALE CIVILE DI SUSA	13.775	7%	69%	89	PS 24 ore
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S. LUIGI	44.235	12%	63%	463	DEA di Primo Livello
OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	48.279	10%	43%	308	DEA di Primo Livello
OSPEDALE DEGLI INFERMI - RIVOLI	60.592	10%	50%	472	DEA di Primo Livello

	Accessi	% ricoveri	% verdi e bianchi	PL	Tipologia PS
PIEMONTE NORD EST	265.428	12%	57%	345 (media)	
OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO	18.866	8%	61%	73	PS 24 ore
OSPEDALE SAN BIAGIO	21.087	11%	38%	161	DEA di Primo Livello
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	31.434	9%	53%	166	DEA di Primo Livello
OSPEDALE SANT'ANDREA	37.073	12%	63%	361	DEA di Primo Livello
ISTITUTO SS. TRINITÀ€ - BORGOMANERO	46.466	10%	72%	271	DEA di Primo Livello
OSPEDALE DEGLI INFERMI - BIELLA	47.779	14%	48%	641	DEA di Primo Livello
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	62.723	16%	57%	795	DEA di Secondo Livello

	Accessi	% ricoveri	% verdi e bianchi	PL	Tipologia PS
TORINO	727.905	9%	70%	341 (media)	
OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	8.758	0%	77%	122	PS 48 ore
OSPEDALE SAN LORENZO	16.304	6%	67%	120	PS 24 ore
OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANNA	18.951	26%	57%	323	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE MAGGIORE	32.016	8%	82%	222	DEA di Primo Livello
OSPEDALE CIVILE DI IVREA	35.381	12%	60%	222	DEA di Primo Livello
PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	37.613	5%	84%	199	PS 24 ore
OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	37.788	7%	46%	268	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE OFTALMICO	39.192	0%	95%	148	PS 24 ore
OSPEDALE SANTA CROCE	42.467	9%	69%	176	DEA di Primo Livello
OSPEDALE CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	43.633	5%	65%	415	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	45.744	8%	73%	246	DEA di Primo Livello
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	48.997	7%	62%	296	DEA di Primo Livello
OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	54.387	13%	71%	453	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE MARTINI	60.564	7%	69%	266	DEA di Primo Livello
OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	63.841	20%	66%	1.392	DEA di Secondo Livello
TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	67.104	9%	76%	496	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE MARIA VITTORIA	75.165	8%	68%	437	DEA di Primo Livello



	Accessi	% ricoveri	% verdi e bianchi	PL	Tipologia PS
PIEMONTE SUD EST	199.659	15%	48%	242 (media)	
PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO-VALLE BELBO	4.791	0%	84%	NA	PS 24 ore
OSPEDALE CIVILE OVADA	7.459	8%	32%	44	PS 24 ore
OSPEDALE CIVILE ACQUI	13.065	12%	51%	105	PS 24 ore
OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	14.261	11%	39%	148	PS 24 ore
OSP. INFANTILE C.ARRIGO	19.551	8%	44%	65	DEA di Secondo Livello
OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	21.304	13%	38%	287	DEA di Primo Livello
OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	22.613	18%	44%	210	DEA di Primo Livello
OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO	38.703	23%	50%	517	DEA di Secondo Livello
PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	57.912	15%	55%	559	DEA di Primo Livello

	Accessi	% ricoveri	% verdi e bianchi	PL	Tipologia PS
PIEMONTE SUD OVEST	211.038	13%	51%	277 (media)	
OSPEDALE DI CEVA	6.354	1%	52%	84	PS 24 ore
OSPEDALE DI SALUZZO	9.451	3%	52%	59	PS 24 ore
OSPEDALE DI MONDOVI'	34.176	12%	35%	281	DEA di Primo Livello
OSPEDALE DI SAVIGLIANO	42.026	13%	31%	238	DEA di Primo Livello
OSPEDALE MICHELE FERRERO E PIETRO FERRERO - INDUSTRIALI	55.510	11%	74%	333	DEA di Primo Livello
AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	63.521	19%	52%	666	DEA di Secondo Livello

Tema di omogeneità regionale
Omogeneità territoriale

Precondizione: separare urgenza evolutiva da non evolutiva

- **Razionalizzare, «organizzare» e innovare l'offerta attuale di PS**, concentrando la casistica critica e convertendo i PS con scarsa casistica critica, tenuti presente i vincoli dettati dalle zone a maggiore fragilità:
 - Spostare il focus dai volumi al bacino di utenza e alla tipologia di casistica (DM70)
 - Ridurre numero di PS DEA I in PS base o PPI, convertendone anche qualcuno in DEA di II
 - Trasformare PS con meno di 15.000 in PPI senza funzione di ricovero
 - Sviluppare i meccanismi di rete (organizzazione e disegno hub and spoke)
- **Riorganizzare l'accesso al servizio di emergenza-urgenza, favorendo il contatto da remoto preventivo**
 - Sviluppare ed estendere i servizi per orientare la domanda a monte (118, 116-117 e PUA-Punti Unici di Accesso)
 - Sviluppo della telemedicina e dell'assistenza domiciliare d'urgenza a livello di centrale operativa – Modello Lombardo
 - Sviluppare sistemi di autotriage attraverso l'AI
- **Sviluppare o potenziare i servizi alternativi** al Pronto Soccorso come, ad esempio, gli ambulatori infermieristici, i PPI (Punti di Primo Intervento), i CAU (Centri di Assistenza e Urgenza)
- **Potenziamento dei servizi complementari sul territorio**
- **Sviluppare le operations interne.** Valorizzare, diffondere e abilitare la cultura e le **competenze gestionali nei Pronto Soccorso** e nei nuovi servizi alternativi, **irrobustendo i sistemi di rilevazione e monitoraggio dei tempi di processo** ed estendendo le dimensioni di valutazione e attenzione (non solo tempestività, ma anche efficienza, efficacia, appropriatezza),
- **Chiarire al pubblico** come si configurerà il sistema di Emergenza-Urgenza con un linguaggio chiaro e accessibile per facilitarne l'orientamento

2.4

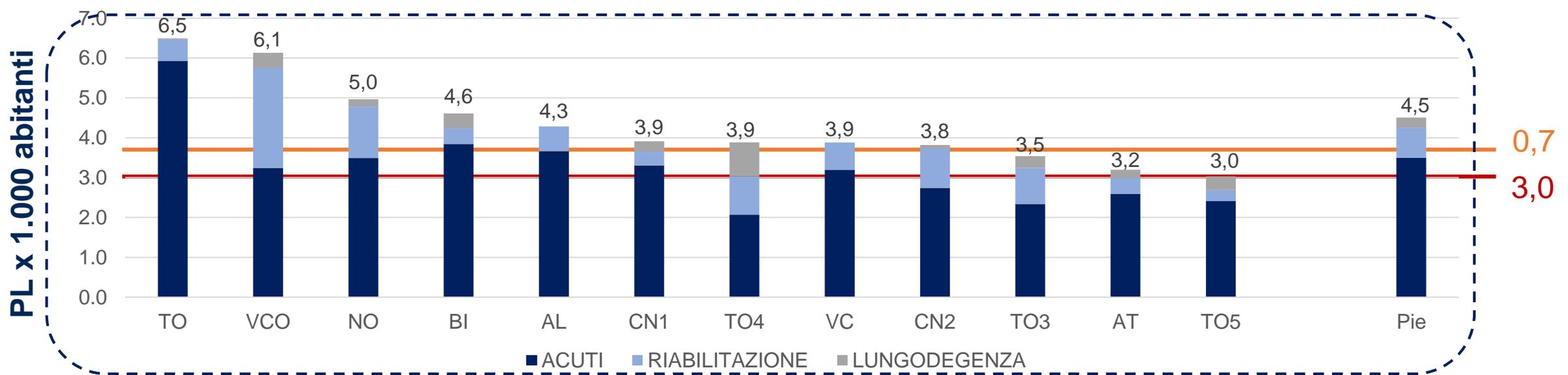
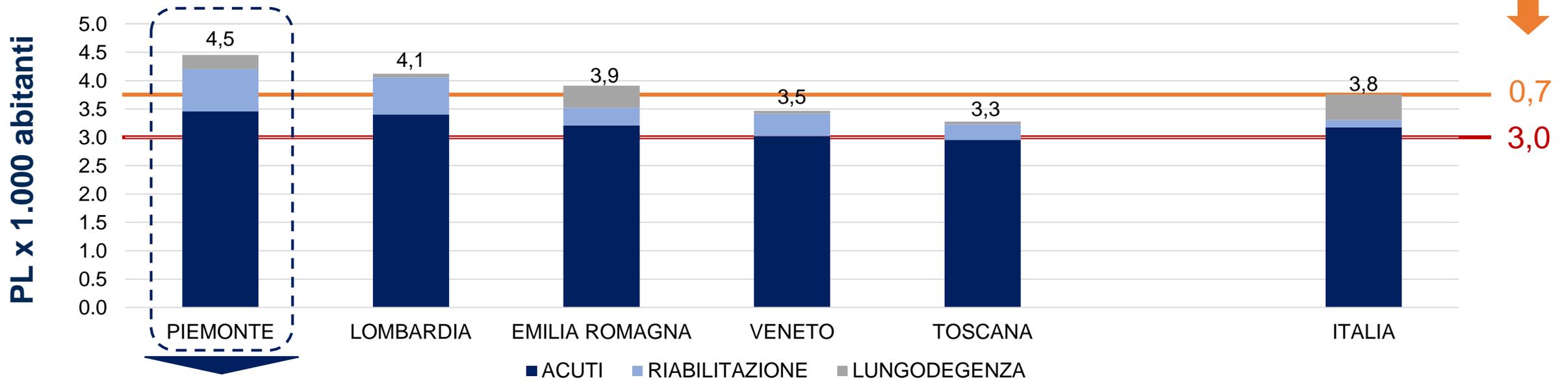
Il setting ospedaliero

- Elevata proporzione di posti letto ospedalieri in proporzione alla popolazione (valore più alto nel Paese, pari complessivamente a 4,5 ogni 1.000 abitanti)
- Offerta frammentata, ma in maniera meno marcata rispetto alla media nazionale
- La concentrazione della casistica nella rete ospedaliera piemontese mostra alcune criticità su determinate aree specialistiche e aree geografiche
- Sulle aree specialistiche appare ancora frammentata la casistica su aree come la chirurgia oncologica, cardiocirurgia e neurologia.
- Sulle aree geografiche, quelle che mostrano ancora una elevata frammentazione tra presidi ospedalieri sono le aree di Alessandria e del torinese (con una elevata presenza di attività privata accreditata, in particolare a Torino città)
- L'analisi degli esiti selezionati mostra come una performance positiva del Piemonte rispetto alle soglie standard (DM 70) e alla media nazionale, nonché rispetto alle regioni benchmark su indicatori come colecistectomia e frattura del collo del femore. Si segnala comunque una mediana significativamente più elevata per l'esito negativo di tumore alla mammella e di mortalità per ictus
- Sugli interventi a maggiore variabilità inter-regionale (tonsillectomia, prostatectomia, PTCA), il Piemonte mostra i tassi di ospedalizzazione (grezzi) più elevati rispetto alle regioni benchmark.
- Con riferimento a colecistectomia, frattura del collo del femore, interventi per tumore alla mammilla e ictus ischemico e PTCA:
 - Vercelli e Verbania-Cusio-Ossola mostrano tassi di ospedalizzazione sistematicamente più elevati su diverse aree,
 - le altre ASL piemontesi registrano valori sostanzialmente in linea con la media regionale.

STRUTTURA DELL'OFFERTA (2022)

POSTI LETTO OGNI 1.000 ABITANTI

Soglia D.L. 95/2012



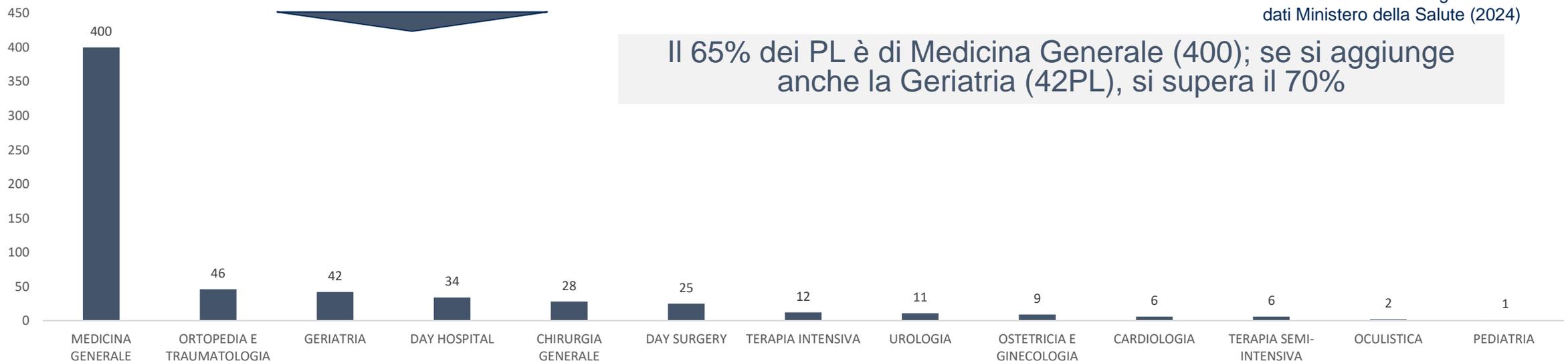
I PICCOLI OSPEDALI - DETTAGLIO

ASL	Denominazione stabilimento	ACUTI	LUNGODEGENZA	RIABILITAZIONE	Totale complessivo	Accessi PS	
AL	OSPEDALE CIVILE OVADA	44			44	con PS	7.459
CN1	OSPEDALE DI CEVA	70		14	84	con PS	6.354
CN1	OSPEDALE DI SALUZZO	59			59	con PS	9.449
CN1	OSPEDALE DI FOSSANO		16	39	55	16k	
NO	OSPEDALE SAN ROCCO GALLIATE	65			65		
TO3	OSPEDALE CIVILE DI SUSÀ	89			89	con PS	13.775
TO3	OSPEDALE DI VENARIA	32	35		67	con PS	6.325
TO3	OSPEDALE DI POMARETTO		10		10	20k	
VC	OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO	23			23	con PS	18.865
VCO	C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	65		28	93		
	Totale	447	61	81	589		
TO4	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	83	35	4	122	con PS	8.758
TO5	OSPEDALE SAN LORENZO	92	16	12	120	con PS	16.304
	Totale	175	51	16	242		
Totale complessivo		622	112	97	831		87.289

198 PL

166 PL

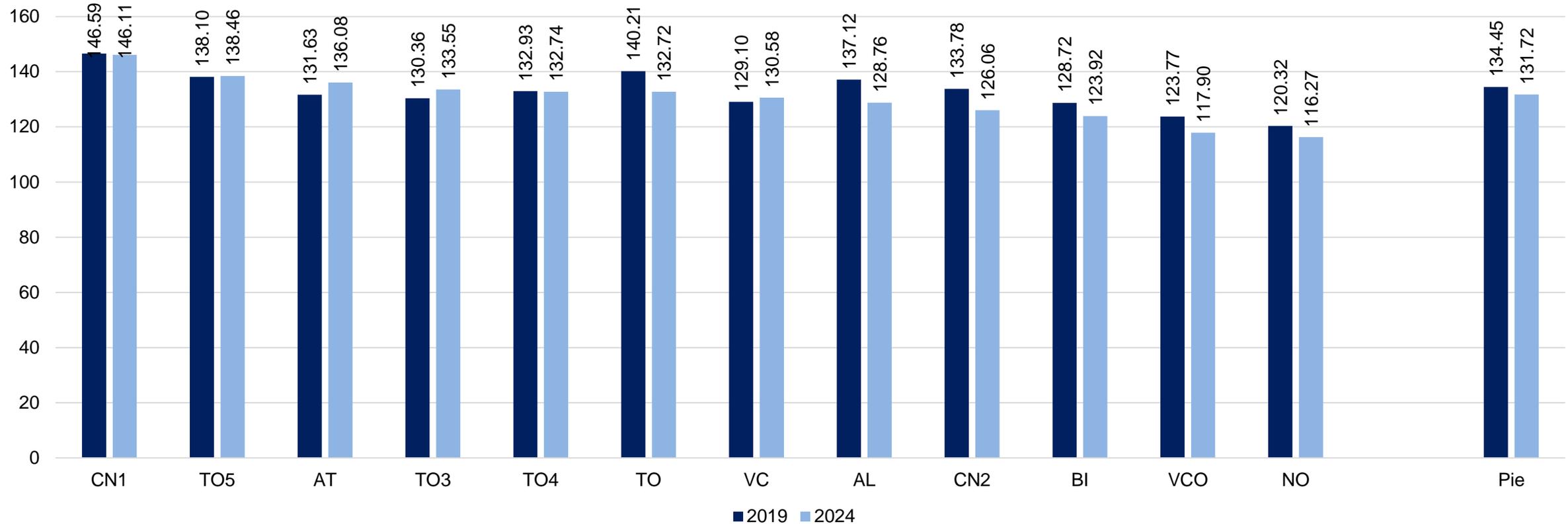
Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute (2024)



Il 65% dei PL è di Medicina Generale (400); se si aggiunge anche la Geriatria (42PL), si supera il 70%

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE (CONSUMI)

PER 1.000 ABITANTI



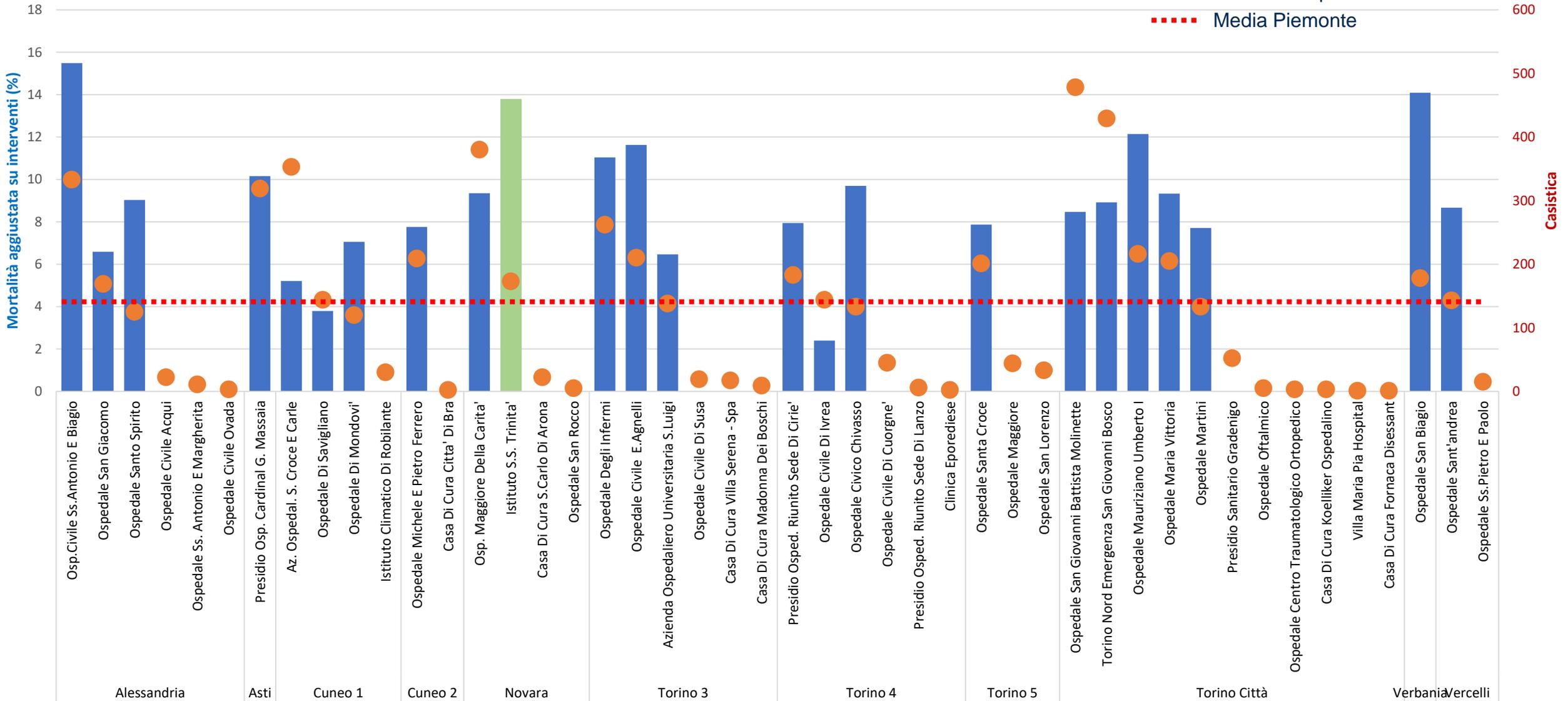
Fonte: Elaborazioni degli autori su dati SDO estratti da CSI

- A livello nazionale, il tasso di ospedalizzazione complessivo nell'ultimo decennio è passato da 148,9 per 1.000 abitanti nel 2013 a **123,9 nel 2019**, per ridursi a 99,0 nel 2020 e risalire a **117,5 per 1.000 abitanti nel 2023**.
- **Differenza intraregionale del 25%** tra valore più alto (CN1, 146,11) e valore più contenuto (NO, 116,27)

Esito	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia-Romagna	Toscana
Colecistectomie laparoscopiche: % di degenze inferiori a 3 giorni (mediana)	86.24	82.59	91.56	86.11	88.27
Frattura del collo del femore: % di interventi chirurgici entro 2 giorni (mediana)	79.01	63.58	85.39	74.33	79.08
Intervento di tumore alla mammella: % interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo (mediana)	6.50	5.20	6.15	4.21	5.76
By-pass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (75 perc.)	3.02	2.38	4.61	2.90	1.12
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (mediana)	10.61	8.03	8.74	8.48	7.02

MORTALITA' A 30 GG PER ICTUS ISCHEMICO

- Stabilimenti privati accreditati
- Stabilimenti pubblici
- Media Piemonte



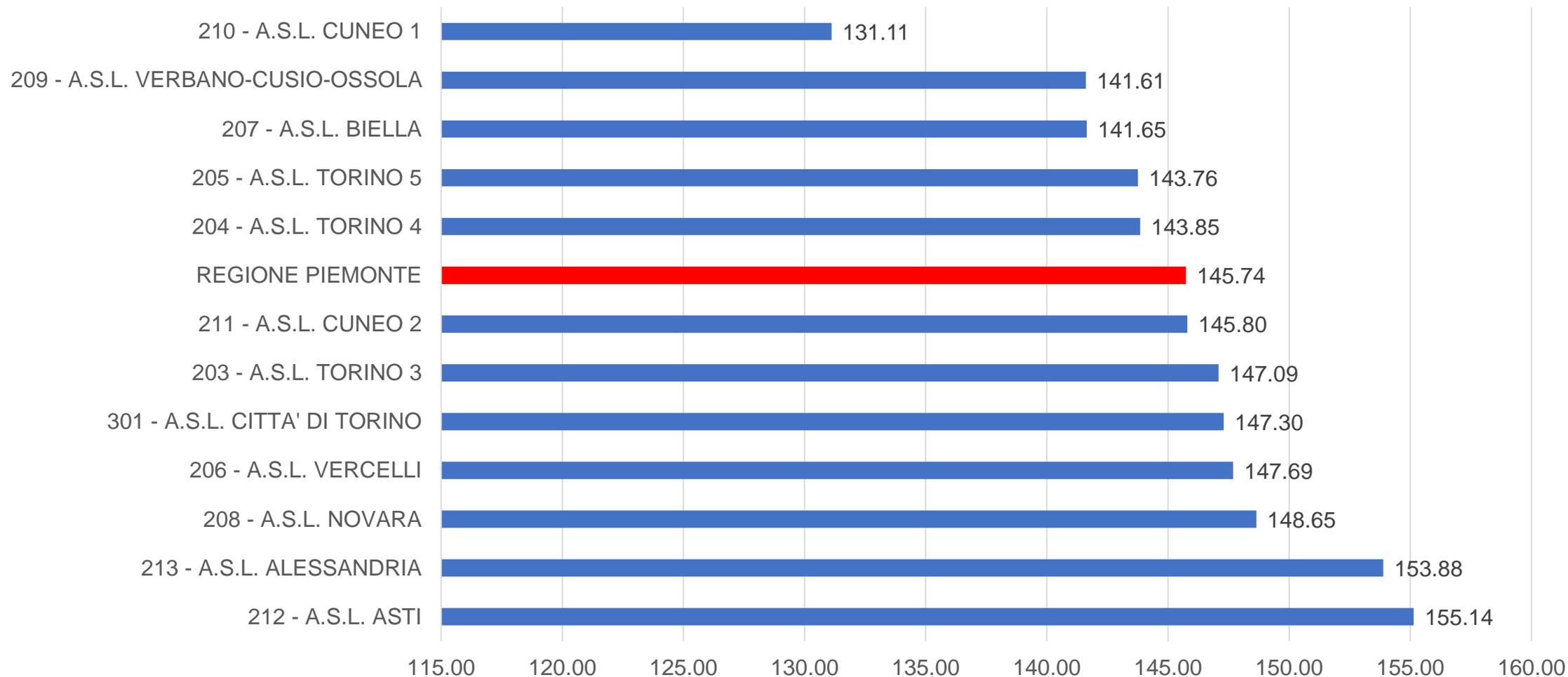
- **Azione sull'offerta ospedaliera e sul coordinamento tra aziende di committenza ed erogazione**
 - Sviluppo di «**piani strategici di quadrante**»
 - Definizione di un piano di revisione della rete maggiormente orientato sulla logica Hub & Spoke, specialmente agendo sui piccoli presidi ancora attivi e la loro vocazione
 - Nessuna Unità Operativa (UUOO) senza una massa critica di casistica sufficiente per garantire *clinical competence*
 - Creazione di Tavoli di coordinamento per quadranti a supporto dello sviluppo dei piani ospedalieri di quadrante
- **Ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali:** progressivamente, queste strutture dovrebbero essere orientate verso un modello a minor carico assistenziale, con un focus maggiore sulle attività assistenziali e riabilitative, piuttosto che sulla gestione di patologie acute
- **Riprogrammare le aree specialistiche frammentate:** in presenza di una dispersione eccessiva di alcune attività chirurgiche e specialistiche, occorre un ulteriore lavoro di programmazione che coinvolga i professionisti e, dove necessario, il privato accreditato
- **Sviluppo delle reti tempo-dipendenti (ictus) e delle reti cliniche** (ad esempio partendo da best practice regionali come quella oncologica, da estendere ad altre discipline/patologie)

2.5

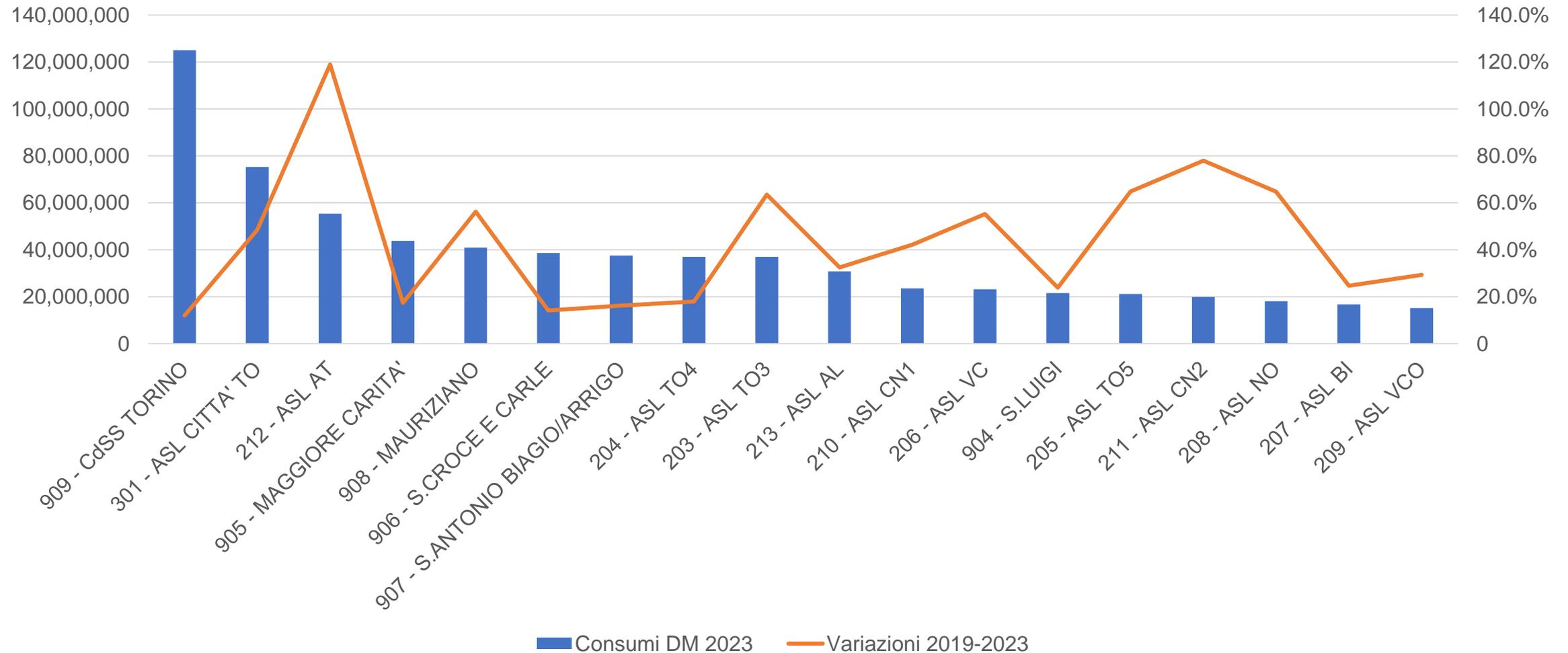
Il consumo di farmaci e dispositivi medici

- **Crescita della Distribuzione Diretta dei Farmaci (DDF) e della Distribuzione per Conto (DPC)** a discapito della farmaceutica territoriale.
- **Differenze territoriali:** variabilità nella composizione dei consumi per classi ATC, più che nei valori ponderati per abitante.
- **Analisi dell'appropriatezza prescrittiva:** necessità di approfondire l'uso di specifici principi attivi e specialità brand.
- **Spesa per dispositivi medici e assistenza protesica:** forte rilevanza regionale, con mix di spesa differenziato tra territori.
- **Variabilità tra ASL:** valori per abitante e per over 65 molto variabili.
- **Differenze tra Aziende Ospedaliere e ASL:** consumi e composizione della spesa per dispositivi medici divergenti.
- **Prezzi di acquisizione:** differenze nei costi di dispositivi a largo consumo con grandi volumi e bassi importi unitari.

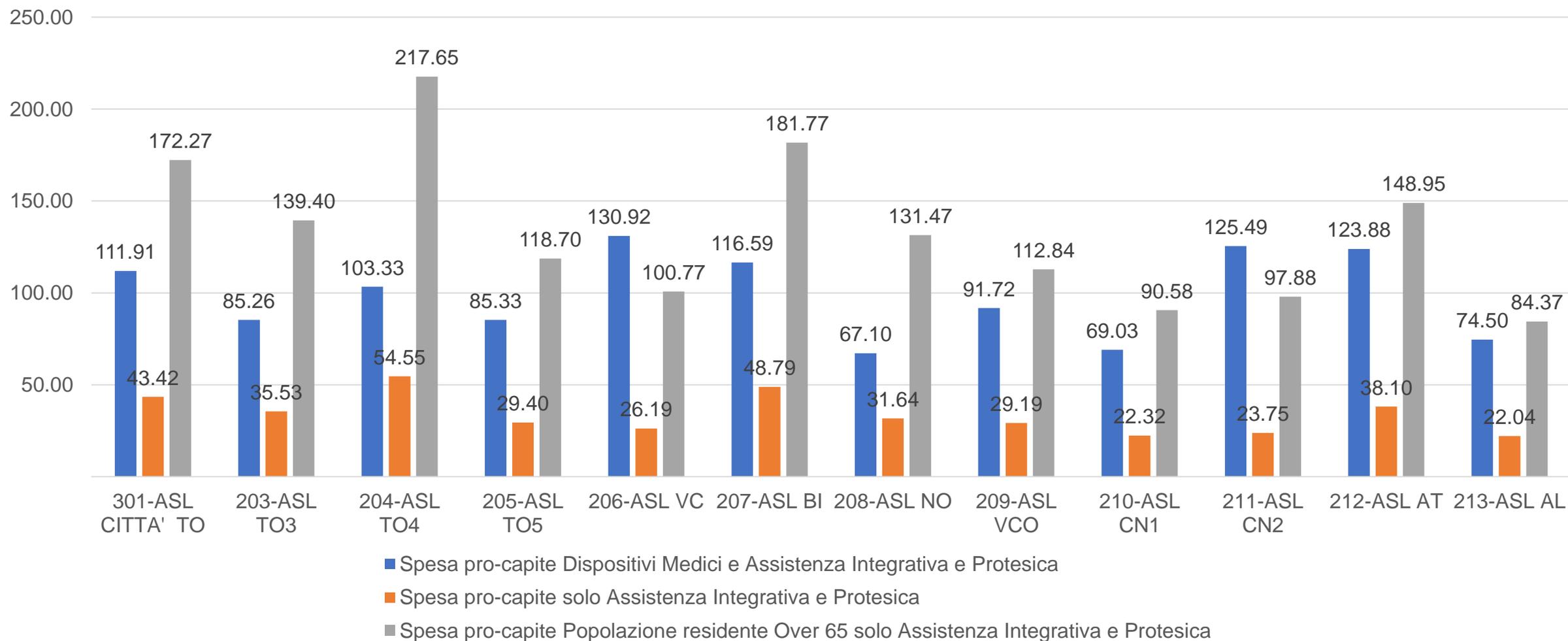
Farmaceutica territoriale: importo per residente, anno 2023



Spesa in dispositivi medici e variazioni 2019-2023



Spesa procapite per dispositivi medici: popolazione pesata e composizione



Fonte: elaborazioni su dati CSI, 2023

Regione Piemonte dovrà investire su:

- **La definizione di target di consumi appropriati per territorio e per epidemiologia**
- **Il monitoraggio e la valutazione delle differenze nei consumi** farmaceutici tra aziende e territori per individuare fenomeni di inappropriatazza.
- Il sostegno alle azioni delle aziende sanitarie e ospedaliere per **incrementare la distribuzione diretta dei farmaci e la distribuzione per conto**, considerando le specifiche esigenze dei pazienti cronici e il loro luogo di cura e residenza.
- La promozione della **Farmacia dei Servizi** soprattutto nelle aree più disagiate.
- Avvio di tavoli di lavoro per **monitoraggio dei consumi per DM** e definizione di target di riferimento
- Avvio di politiche aziendali di **controllo della spesa per DM** e dell'appropriatazza.

2.6

Il sistema socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti

- La capacità di presa in carico dei servizi del potenziale bisogno di assistenza legato alla non autosufficienza (stimato in **256.908 cittadini 65+ non autosufficienti**) è molto limitato e posiziona regione Piemonte tra le regioni italiane che hanno una performance intermedia (gruppo delle regioni che superano di poco o sono in linea con la media nazionale).
- In particolare:
 - Per i SERVIZI RESIDENZIALI (RSA): Regione Piemonte raggiunge il 12% della popolazione 65+ non autosufficiente e si colloca nel **blocco intermedio** di regioni che coprono tra il **10 e il 15% della popolazione, restando** distante dalla % raggiunta ad esempio da Lombardia e Veneto
 - Per l'ASSISTENZA DOMICILIARE, focalizzandoci su ADI: Regione Piemonte registra uno **tra i più bassi livelli di attivazione di ADI** a livello nazionale raggiungendo il **23% degli 65+ non autosufficienti** (vs 53% della Toscana, il 46,6% del Veneto e 40% RER). L'intensità assistenziale garantita è di **6 ore in media per caso per anziano in carico** in un anno (vs una media nazionale di 16 ore anno)
- Con riferimento alla cura e assistenza sostenuta dalle famiglie al domicilio si segnala come **l'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO** sia la misura che **raggiunge la quota più significativa di 65+ non autosufficienti (35,4%)** e che nel 2023 si stimavano circa **82.000 caregiver informali** (cd. badanti), tra regolari e irregolari (37 ogni 100 over75 non autosufficienti).

Il sistema di offerta promosso da regione Piemonte in risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti raggiunge quindi una quota minoritaria dei cittadini anziani potenzialmente coinvolti, lasciando un ampio carico di cura alle famiglie.

Rispetto all'articolazione dell'offerta di servizi per anziani di regione Piemonte, i dati regionali mostrano alcune peculiarità ed evidenziano una ampia differenziazione tra territori.

Rispetto all'ASSISTENZA DOMICILIARE (A.D.) si segnalano alcuni trend in corso:

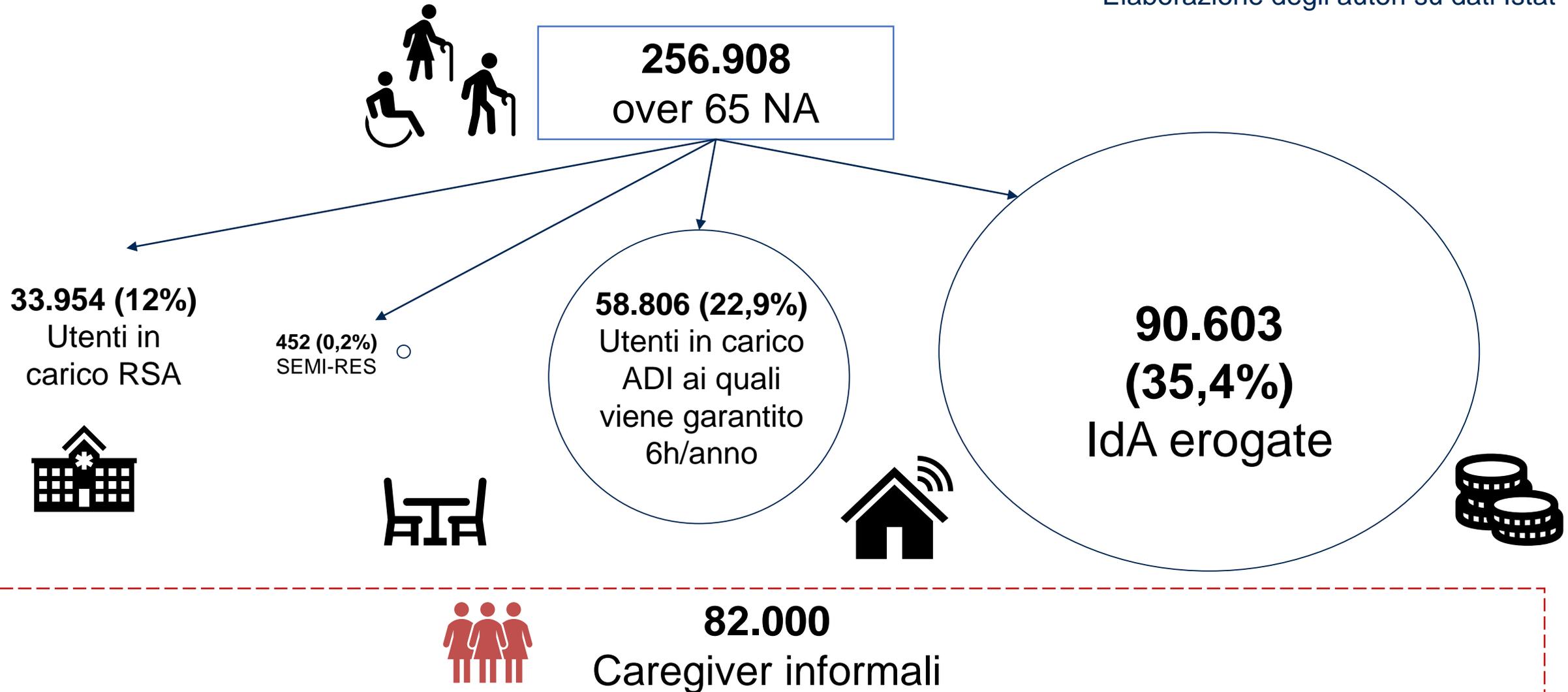
- Le prese in carico sono aumentate significativamente tra il 2019 e il 2023 ma la tipologia di A.D. oggi più diffusa è il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) che svolge singole prestazioni infermieristiche al domicilio.
- Il profilo dei 65+ assistiti al domicilio presenta condizioni cliniche complesse ma livelli di non autosufficienza moderata o lieve. Le persone assistite hanno nella maggioranza dei casi reti sociali / famigliari.
- Le connessioni con altri servizi (sia in invio che in conclusione della presa in carico sono rare) e oltre il 50% delle prese in carico si conclude senza altre attivazioni.
- Le prestazioni erogate al domicilio sono prevalentemente formazione al caregiver, medicazioni, supporto psicologico.

Rispetto all'ASSISTENZA RESIDENZIALE si segnalano alcuni trend in corso:

- Il numero delle prese in carico è lievemente aumentato nel 2023 rispetto al 2019, anche in funzione di un maggior turn over degli ospiti. L'attivazione delle prese in carico ha una distribuzione non omogenea nei territori delle singole ASL.
- Il sistema presenta un alto numero di posti letto dedicati alla solvenza (60% del totale dei posti)
- Il profilo dei 65+ ospiti di strutture residenziali presenta gravi disturbi cognitivi e comportamentali e grave livello di non autosufficienza.
- Il 38% degli ospiti arriva in struttura residenziale direttamente da strutture dello stesso tipo (da posti in solvenza).

LA PRESA IN CARICO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN REGIONE PIEMONTE: UNO SGUARDO DI SINTESI A PARTIRE DAI DATI NAZIONALI - **dati in corso di revisione**

Fonte:
Elaborazione degli autori su dati Istat



L'OFFERTA DI SERVIZI PER ANZIANI DI REGIONE PIEMONTE CONFRONTATA CON LA SITUAZIONE ITALIANA (DATI IN CORSO DI REVISIONE)

Modalità di risposta al bisogno e performance della rete di offerta, Piemonte VS Altre regioni:

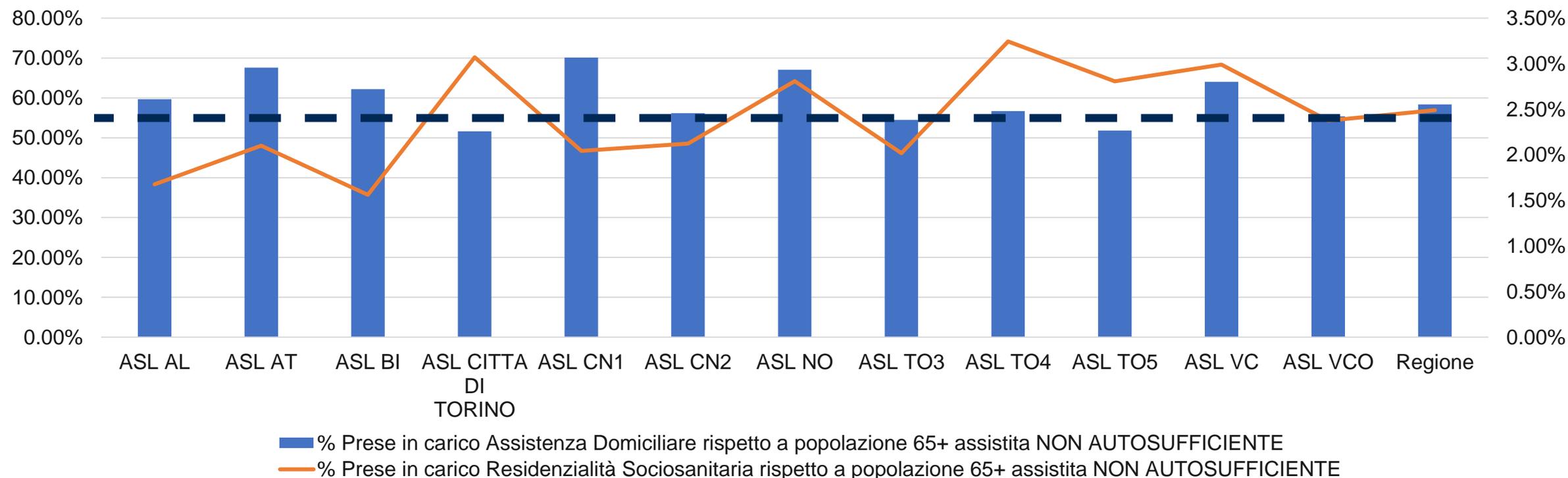
Ospiti dei presidi residenziali per regione e casi ADI, per regione e per e tasso di copertura del bisogno cittadini 65+ non autosufficienti, 2023

Regione	Popolazione 65+ NA	Prevalenza 65+ NA	65+ NA	Casi ADI anziani	Copertura 65+ NA con ADI	Copertura 65+ con ADI (target PNRR)
Veneto	1.168.563	22,9%	267.601	124.660	46,6%	10,7%
Toscana	959.361	26,8%	257.109	136.716	53,2%	14,3%
Emilia-Romagna	1.086.649	33,0%	358.594	142.630	39,8%	13,1%
Lombardia	2.326.530	24,4%	567.673	176.055	31%	7,6%
Piemonte	1.121.870	22,9%	256.908	58.806	22,9%	5,2%
Italia	14.181.297	28,4%	4.027.488	1.232.203	30,6%	8,7%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati Istat e Ministero della Salute

Nota metodologica: sono stati usati in questo caso dati che derivano da fonti nazionali (ovvero: ISTAT, Le condizioni della popolazione anziani; Annuario Statistico del SSN: offerta e utenti in carico alla rete di servizi in kind) e non fonti regionali. Si segnala che le due diverse tipologie di fonti restituiscono una discrepanza tra i dati utilizzati, perchè fanno riferimento ad annualità diverse e, come in altre regioni, le modalità di imputazione del dato possono differire ed essere difficili da ricostruire, elemento che rende complesso ricondurre a un quadro uniforme le due fonti dati.

SPECIFICITA' DELL'OFFERTA REGIONALE E DIFFERENZE TRA TERRITORI – ATTIVAZIONE DELLE PRESE IN CARICO IN RAPPORTO AI CITTADINI 65+ NON AUTOSUFFICIENTI - dati in corso di revisione



Le diverse ASL presentano posizionamenti strategici diversi con un gruppo di ASL che presenta prese in carico superiori alla media regionale per la residenzialità e inferiori per la domiciliarità e viceversa.

NB: per la residenzialità si mostra la ASL inviante ovvero quella che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura residenziale/semiresidenziale. Anche per A.D. si mostra il dato per le Aziende invianti, definite in questo caso come azienda che eroga l'assistenza

Lavorare sulla definizione delle vocazioni delle RSA

- Chiarendo quali
 - sono funzionali a garantire continuità assistenziale e alla gestione delle dimissioni protette
 - deputate alla gestione delle emergenze da ADI o gestione domiciliare
 - collegate alla non autosufficienza «stabile»

Rafforzamento della rete di residenzialità socio-sanitaria

- La rete dei servizi deve essere potenziata nel territorio regionale, specialmente in quei territori in cui è preponderante la presenza di posti letto in solvenza. Particolare attenzione deve essere data ai posti destinati ad anziani con demenza o altre patologie neuro-degenerative, con focus su:
 - Equità tra ASL/provincia dal punto di vista dei PL
 - Equità sui PL per ASL/provincia tra posti a pagamento e posti a carico del SSN
- La rete dei servizi potrebbe essere aumentata tramite contributo pubblico se questo è correlato alla riorganizzazione degli spazi territoriali e dei piccoli ospedali (o di quote degli stessi)

Rafforzamento dei percorsi di integrazione tra servizi

- I meccanismi di coordinamento e integrazione tra servizi che prendono in carico gli anziani non autosufficienti sono oggi limitati con il risultato di una grande frammentazione nelle risposte offerte ad anziani e famiglie.
- È necessario lavorare per rafforzare i meccanismi di raccordo:
 - Per le prese in carico al domicilio, assegnando agli MMG o agli infermieri di comunità un esplicito ruolo di monitoraggio e case management rispetto agli anziani non autosufficienti, che faciliti il processo di valutazione del bisogno e attivazione di risposte al domicilio. Quando il percorso di cura dell'anziano prevede un ricovero ospedaliero, anche i professionisti dell'ospedale devono essere coinvolti nell'attivazione della presa in carico al domicilio, con lo scopo di facilitare la dimissione e garantire appropriatezza degli interventi.
 - Per le prese in carico in servizi residenziali socio-sanitari, individuando nel Distretto sanitario la responsabilità di monitorare le singole casistiche e di lavorare alla programmazione di interventi e risorse con lo scopo di allineare le programmazione dei bisogni socio-sanitari alle caratteristiche dei territori.

Rafforzamento dell'assistenza domiciliare a vocazione socio-sanitaria

Precisa vocazione x prestazioni transitorie

- L'assistenza domiciliare, come rappresentata dai dati 2023, si basa oggi prevalentemente su prestazioni infermieristiche (SID), contrapposte alla modalità di integrazione al domicilio prevista da ADI. La scelta di attivazione della tipologia SID o ADI deve basarsi su una valutazione individuale ma deve tenere conto anche delle scelte più ampie di allocazione delle risorse e attivazione dei servizi. È necessario, inoltre lavorare ad una esplicitazione della vocazione dei diversi tipi di assistenza domiciliare a cui abbinare una riprogrammazione delle risorse assegnate. In questo modo di raggiungerà un miglior livello di risposta i bisogni, dato che si investirà sulla capacità di attivare servizi il più possibile vicini ai bisogni dei singoli.

2.7

Area materno infantile

L'analisi delle variabili emerse offre spunti di riflessione su alcune problematiche significative:

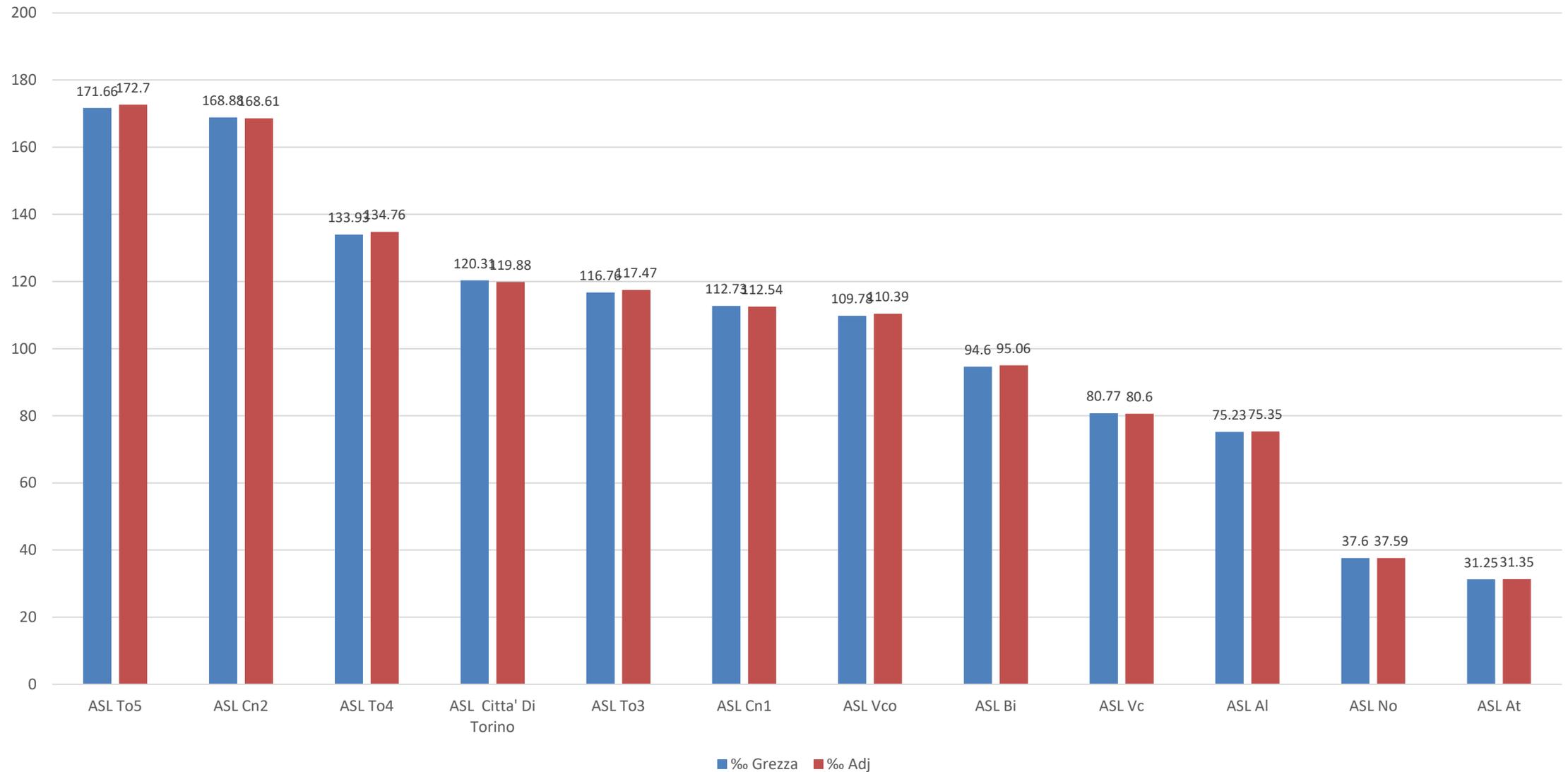
- **Punti nascita < 500 parti e mobilità delle partorienti:** vi sono ancora alcuni punti nascita sotto standard, ed è stata rilevata una mobilità significativa delle donne in gravidanza in alcune province.
- **Accessi ai Pronto Soccorso nella popolazione minorile:** si riscontrano disomogeneità significative negli accessi ai PS da parte della popolazione minorile, variabili in base alla residenza nelle diverse ASL.
- **Crescita nelle prestazioni di neuropsichiatria infantile:** si osserva una notevole crescita nelle prestazioni di neuropsichiatria infantile, con un incremento delle prestazioni specialistiche e dei consumi di farmaci.

PUNTI NASCITA E PARTI. DATI DA PNE (SDO) 2023

RICOVERI PER PARTO 2023		N
Totale ricoveri in strutture > 500 parti/anno		23.111
Totale ricoveri in strutture < 500 parti/anno		1.784
% ricoveri per parto in strutture >500 parti/anno		92,8%
STRUTTURE CON MENO DI 500 PARTI/ANNO		
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VERBANIA	474
Ospedale Maggiore	TORINO	430
Ospedale Sant'andrea	VERCELLI	392
Ospedale Santo Spirito (Casale Monferrato)	ALESSANDRIA	279
Ospedale SS. Pietro e Paolo (Borgosesia)	VERCELLI	106
Ospedale San Biagio (Domodossola)	VERBANIA	77
Altre n.s.	TORINO	26

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO: 0-14 ANNI

Tasso di accessi in PS (lun-ven 8.00-20.00) codici dimissione bianco/verde. Valori per 1.000



Appaiono necessari alcuni interventi di policy per affrontare le problematiche emerse:

- **Maggiore razionalizzazione della rete dei punti nascita:** senza prescindere dalla considerazione delle caratteristiche geografiche dei territori, procedere alla razionalizzazione dei punti nascita al di sotto degli standard, anche alla luce delle prospettive demografiche future, al fine di garantire competenza clinica e sicurezza, e di conseguenza migliorare gli esiti di salute. A ciò si accompagnerà l'impegno per rafforzare su tutto il territorio regionale il Percorso Nascita come modello organizzativo, nonché l'impegno per la riduzione dell'incidenza di parto cesareo nelle gravidanze a basso rischio.
- **Potenziamento della rete pediatrica territoriale:** è necessario attuare iniziative di benchmarking tra aziende al fine di mutuare le best practices cliniche e organizzative dei territori più virtuosi, anche comprendendo le ragioni della variabilità nel ricorso ai Pronto Soccorso. In particolare, si dovranno rafforzare i servizi di presa in carico e continuità assistenziale pediatrica, anche attraverso l'uso della telemedicina.
- **Rafforzamento dei servizi di neuropsichiatria infantile:** è necessario rafforzare l'offerta di prestazioni ambulatoriali e il supporto psicologico per affrontare il crescente disagio giovanile, favorendo l'implementazione di percorsi terapeutico-assistenziali e la presa in carico, anche attraverso l'integrazione fra MMG/PLS, servizi pediatrici e neuropsichiatrie infantili. A tal fine, si prevede un lavoro di rafforzamento della prevenzione e della collaborazione tra i servizi aziendali, le scuole e i servizi sociali.

2.8

La salute mentale

- Età media dei pazienti elevata, in linea con i dati nazionali che riflette l'**invecchiamento della popolazione in carico ai DSM**, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (67,3%). Risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni (9%);
- Buona capacità di copertura della popolazione di riferimento, ma **scarsa capacità di intercettare precocemente il bisogno** con differenze e variabilità significative sia in termini di dimensioni e risorse sia di target e approcci;
- Il Piemonte presenta complessivamente una **dotazione di risorse più limitata** rispetto alla media italiana e alle principali regioni benchmark (soprattutto in termini di risorse professionali dedicate), ma mantiene una buona capacità di presa in carico degli utenti nelle strutture residenziali;
- La dotazione di posti letto in strutture residenziali è più alta rispetto alla media italiana e alle principali regioni benchmark. Si osserva una **lunga permanenza degli utenti** in queste strutture con basso turn over e tempi di attesa più lunghi per i trattamenti successivi alla dimissione ospedaliera.

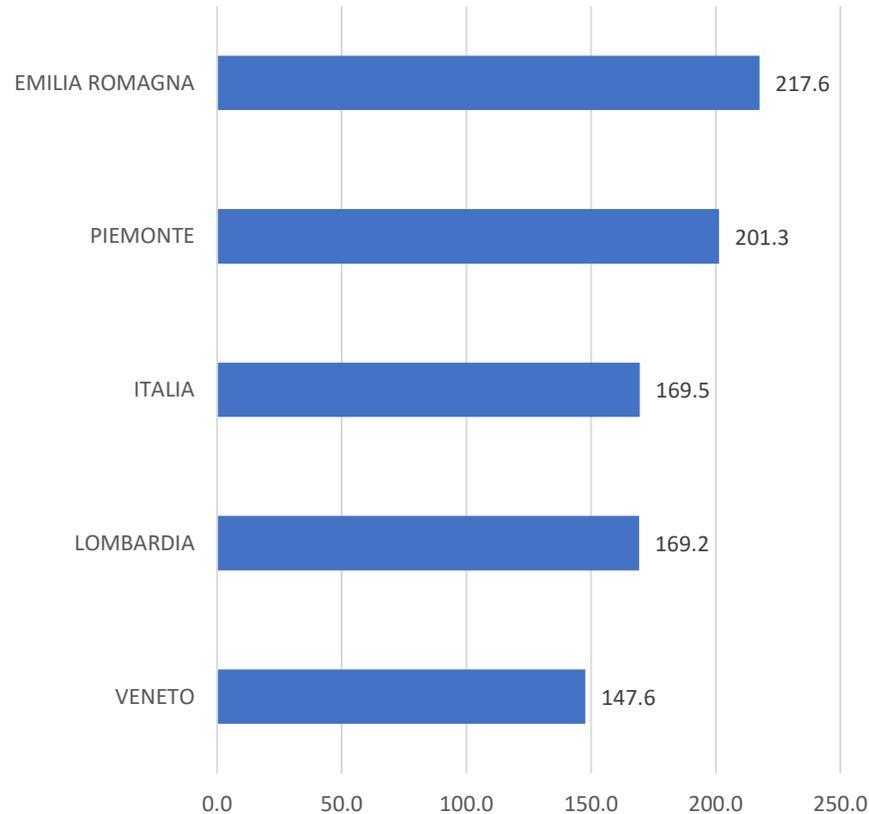
DIFFERENZE E VARIABILITÀ INTERREGIONALI: UNA VISIONE DI SINTESI

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2,1	1,7	4,9	1,6	3,7	2,2
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	7,9	4,9	4,4	5,4	3,2	5,1
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	2,6	2,5	3,6	1,4	4,1	2,7
Posti in strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	9,2	9,5	23,5	12,3	9,9	9,9
Personale del dipartimento di salute mentale per 100.000 abitanti	39,7	66,0	51,7	72,2	78,6	58,3
Costo pro-capite (territoriale e ospedaliero) per assistenza psichiatrica	67,4	70,5	57,8	84,3	81,9	71,9
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	201,3	169,2	147,6	217,6	111,6	169,5
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	50,1	52,4	50,7	68,1	30,6	54,2
Utenti presenti in strutture semi residenziali per 10.000 abitanti	6,0	6,4	0,3	2,2	4,9	3,8
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 abitanti	6,0	7,4	0,6	7,6	3,2	5,5

- Dotazione di risorse più limitata rispetto alle altre regioni benchmark (spesa pro capite e dotazione di personale);
- Maggiore prevalenza di posti letto in strutture di tipo residenziale (7,9 per 100.000 abitanti) rispetto a quelle semiresidenziali (2,6 per 100.000 abitanti);
- Dotazione di posti letto nei SPDC più bassa della media nazionale;
- Variabilità di approcci nei trattamenti farmacologici in termini di utenti trattati con antidepressivi (Piemonte 164 e Italia 132 per 1.000 ab.) e antipsicotici (Piemonte 7,2 e Italia 23,2 per 1000 ab.).

BUONA CAPACITÀ DI COPERTURA, MA SCARSA CAPACITÀ DI INTERCETTAZIONE DEL BISOGNO

Prevalenza utenti trattati, tasso standardizzato per 10.000 abitanti (2023)



Fonte: Sistema informativo salute mentale (2024)

Regione	Capacità di intercettazione di nuovi utenti (tasso nuovi utenti ogni 10.000 abitanti)
Piemonte	47,5
Veneto	49,4
Italia	51,3
Lombardia	51,8
Emilia Romagna	61,7

Prevalenza utenti in carico per fasce di età (*)	45-54 anni 21,3%	55-64 anni 22,8%

*In linea con le regioni benchmark

Incidenza degli utenti trattati (first ever) per fasce d'età (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	Fasce d'età							Totale
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Piemonte	101,8	61,1	51,0	48,1	48,0	34,4	22,8	47,5
Lombardia	130,6	73,0	50,9	41,7	47,4	38,8	23,8	51,8
Veneto	63,7	55,5	49,6	49,8	52,9	47,3	34,7	49,4
Emilia Romagna	127,5	79,6	60,6	58,4	61,0	48,0	35,7	61,7
Toscana	68,7	40,9	30,8	29,7	28,0	20,4	11,5	29,1
Italia	82,0	55,0	49,1	52,3	58,8	43,2	31,9	51,3

RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA: BASSO TURN OVER E RISCHIO ISTITUZIONALIZZAZIONE

- Il Sistema informativo salute mentale (SISM) indica che in Piemonte sono presenti **nel 2023 circa 2.868 posti letto in strutture residenziali psichiatriche**, con una dotazione più alta di posti letto rispetto alla media italiana.
- Si osserva una **lunga permanenza di utenti presso strutture sanitarie**: carenza di alternative residenziali (ad es., «residenzialità leggera») e/o bassi livelli di integrazione socio-sanitaria e con la rete dei servizi di comunità ?

Regione	Fasce d'età							Totale
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Piemonte	465,8	935,7	1.362,8	1.689,7	2.083,2	2.913,8	3.549,4	1.883,2
Lombardia	209,6	328,4	415,9	529,7	665,9	787,6	937,3	517,3
Veneto	246,6	928,4	1.029,6	1.174,4	1.440,0	2.819,5		1.142,6
Emilia Romagna	211,7	434,9	711,9	752,5	974,0	1.122,6	1.517,5	790,1
Italia	288,2	566,4	841,7	1.071,7	1.365,5	1.866,9	2.713,1	1.097,9

Durata media del trattamento in strutture residenziali per fasce d'età (dati 2023)

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2023

- Il gradiente decrescente della dotazione di residenze, da quelle a maggiore protezione ed intensità di trattamento verso quelle che prevedono maggiori livelli di autonomia, fa ipotizzare **che in molti DSM possa configurarsi una situazione a «collo di bottiglia» in uscita**: la scarsa dotazione di Comunità Alloggio e Appartamenti semi-protetti potrebbe impedire ai DSM di promuovere, per quegli utenti delle Comunità Terapeutico-Riabilitative con più bassi livelli di disabilità, una possibile esperienza di vita progressivamente autonoma, favorendone invece lo stazionamento in Comunità e procrastinando sine die gli eventuali tempi della verifica finale; da ciò conseguirebbe una saturazione dei posti letto, scarso o assente turn-over degli utenti.

- Intercettare e **ingaggiare la nuova utenza precocemente**: giovani e transizione all'età adulta, doppia diagnosi e bisogni emergenti (integrazione con le aree e i servizi di confine NPIA, SERD e DP):
 - Progetti comuni e mirati di **prevenzione** per migliorare gli esiti ed evitare la cronicità: **il 75% delle patologie psichiatriche dell'adulto compare durante l'adolescenza**; maggior rischio per un disturbo da uso di sostanze prima dei 25 anni, disturbi da uso di sostanze aggravano una preesistente patologia psichiatrica e altri disturbi della condotta, affettivi e psicotici facilitano un disturbo da uso di sostanze).
- Residenzialità psichiatrica: **superare il basso turn over** e rischio istituzionalizzazione (collo di bottiglia):
 - Recovery come nuovo paradigma (più efficace secondo EBM): sviluppo strutture «community based» e a minor intensità (comunità terapeutico-riabilitative, appartamenti protetti, ecc.)
 - Approccio «place and train» a sostituzione del «train and place»: l'abitare non solo come transizione dalla residenzialità psichiatrica tradizionale, ma «l'housing first» come palestra per esperienze concretamente disponibili e realizzabili fin dagli esordi.

2.9

Le dipendenze

- **Trend in crescita del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani ed emergere di nuove dipendenze.**
- In Piemonte, nel 2023, rispetto al 2021, si osservano variazioni (principalmente in aumento) nelle dipendenze trattate:
 - Riduzione della dipendenza da eroina/oppiacei (-4%)
 - Aumento dei giocatori d'azzardo (+40%) e tabagisti (+90%)
 - Stabili gli alcolisti (+1,6%) e in lieve aumento gli utenti con dipendenza da cannabinoidi (+8,8%)
 - Crescita della dipendenza da cocaina/crack (+17,4%)
- Per quanto riguarda la tipologia di intervento erogato dai servizi di primo livello, **l'offerta varia notevolmente su base regionale**: il case management viene offerto da oltre il 75% dei servizi di primo livello in Piemonte. Il Piemonte presenta il **numero più alto di unità di personale in rapporto alla popolazione** (15,7 unità per 100.000 abitanti) con **una dotazione molto variabile** in rapporto al numero di utenti assistiti e di skill-mix.
- **Si intensificano i progetti di prevenzione.** Particolarmente rilevanti risultano le attività di prevenzione attivate nelle scuole secondarie di I e II grado che rendono possibile raggiungere massivamente proprio la popolazione giovanile che è più esposta all'utilizzo delle sostanze. I ragazzi che hanno partecipato a interventi informativi o di prevenzione mostrano una maggiore consapevolezza relativamente ai rischi collegati al consumo di sostanze e una minore propensione all'uso frequente.

DIFFERENZE E VARIABILITÀ NELL'OFFERTA TERRITORIALE: CONFRONTO TRA REGIONI

Servizi ambulatoriali ogni 100.000 residenti	
Piemonte	3
Lombardia	3
Veneto	3,7
Emilia Romagna	4,5
Toscana	5,2

Servizi di primo livello ogni 100.000 residenti	
Piemonte	0,4
Veneto	0,5
Toscana	0,7
Lombardia	0,8
Emilia Romagna	1,2

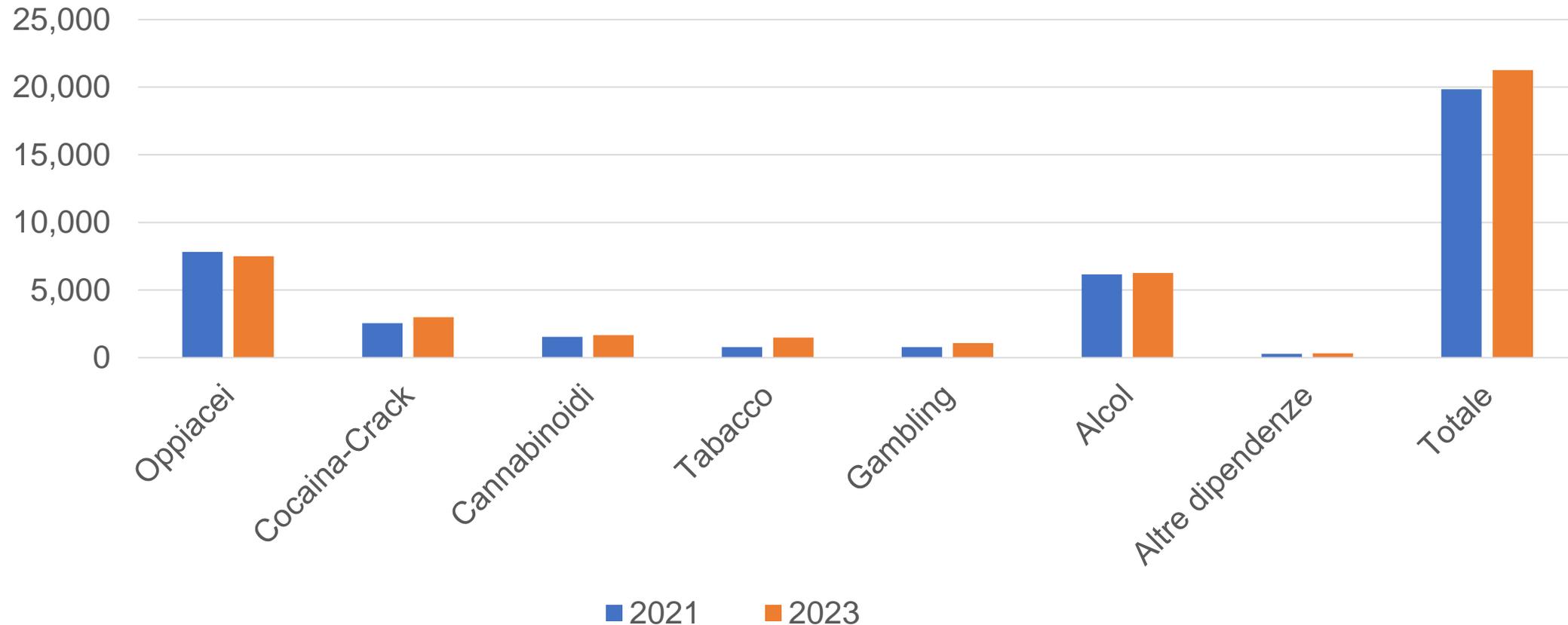
Strutture residenziali e semi-residenziali ogni 100.000 residenti	
Veneto	3,1
Lombardia	3,3
Piemonte	3,6
Emilia Romagna	3,6
Toscana	3,8

Per quanto riguarda la tipologia di intervento erogato dai servizi di primo livello, l'offerta varia notevolmente su base regionale:

- il case management viene offerto da oltre il 75% dei servizi di primo livello in Piemonte (a eccezione delle unità mobili), Lombardia e Emilia Romagna;
- il counselling psicosociale è erogato da oltre il 75% dei servizi di primo livello in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana;
- lo screening dei disturbi psichiatrici viene erogato da oltre il 75% dei servizi in Lombardia;
- il trattamento delle persone in doppia diagnosi è erogato da oltre il 75% dei servizi presenti in Emilia-Romagna;
- l'accompagnamento all'inserimento in comunità terapeutiche viene erogato da oltre il 50% dei servizi presenti nella regione Lombardia, ma anche in Emilia-Romagna (a eccezione delle unità mobili);
- il trattamento farmacologico sostitutivo è erogato da oltre il 75% dei servizi a bassa soglia presenti nelle regioni Piemonte e Lombardia.

DIFFERENZE E VARIABILITÀ NEL TARGET DI UTENZA: CONFRONTO TRA AZIENDE

Utenti dei servizi delle dipendenze patologiche per tipologia di dipendenza: variazione 2021-2023 tra ASL



Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - Osservatorio
Epidemiologico delle Dipendenze

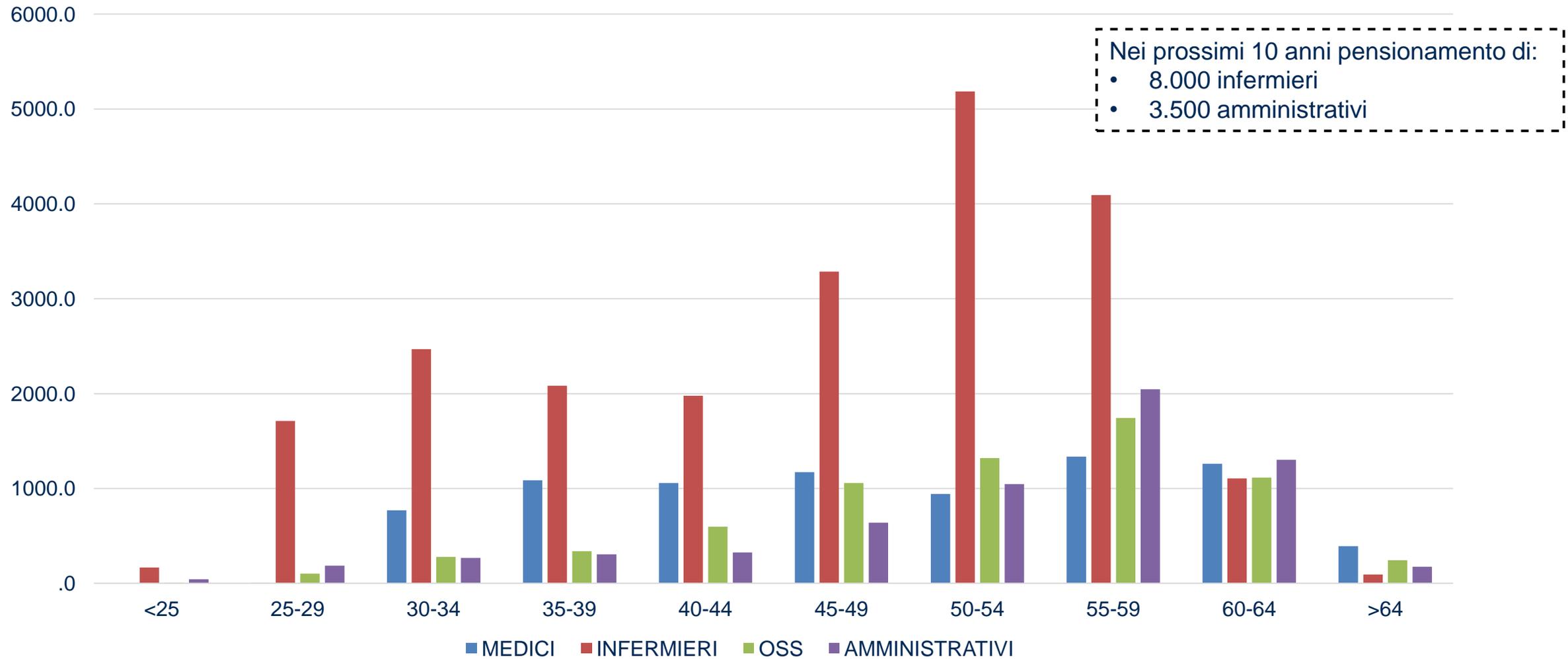
SPAZI DI LAVORO

- **Rilancio dell'attività di prevenzione**, essenziale a fronte dell'aumento fra gli adolescenti del consumo di sostanze illegali e della maggiore diffusione di nuove dipendenze e comportamenti a rischio legati all'uso di Internet, al gaming e al gioco d'azzardo,
- **Implementazione di un approccio integrato tra servizi**. Sono molti i punti di contatto tra i servizi per le dipendenze (SERD) delle aziende e altri servizi e funzioni confinanti: salute mentale (DSM e NPIA) e prevenzione (DP).
- **Miglioramento dell'accesso ai servizi di riduzione del danno e riabilitazione.**

3.1

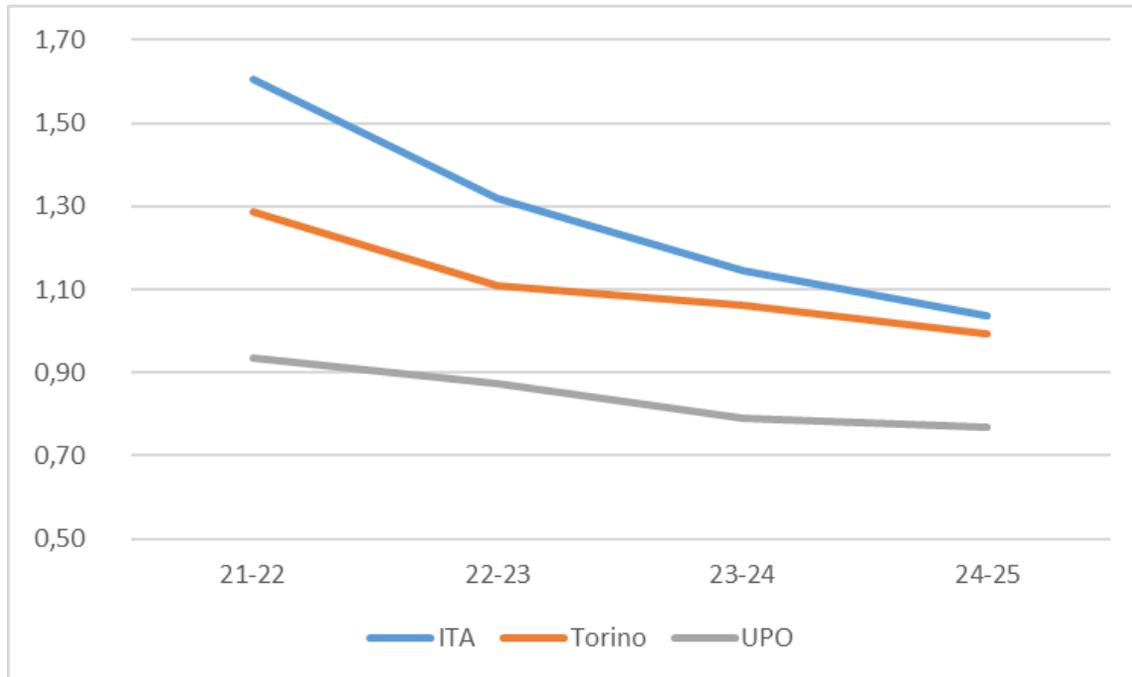
Le politiche del personale

- Il Piemonte ha un'**età media del personale più alta** rispetto alle grandi Regioni del Nord Italia.
- Nei prossimi anni dovrà affrontare una massiccia **ondata di pensionamenti del personale, soprattutto infermieristico**, a cui si accompagnerà un rilevante fenomeno di mobilità del personale verso altre Regioni, **non compensata dal numero di laureati**.
- L'**evoluzione delle dotazioni di personale** presenta forti eterogeneità tra aziende, e in alcuni casi scostamenti importanti rispetto ai **fabbisogni massimi** definiti da Agenas
- In diverse aziende si riscontra un numero significativo di **dimissioni di personale sanitario**, soprattutto medico e in discipline critiche
- Le **giornate medie di assenza** presentano numeri molto diversi tra aziende, segnalando livelli differenti di benessere organizzativo o di governo di comportamenti opportunistici



Fonte: CAN 2022
Personale a tempo indet.

Domande/Posti



	AA 24-25			AA 23-24			AA 22-23			AA 21-22		
	D	P	D/P									
Torino	724	730	0,99	775	730	1,06	876	790	1,11	936	727	1,29
UPO	326	424	0,77	335	424	0,79	353	404	0,87	369	394	0,94
Piemonte	1050	1154	0,91	1110	1154	0,96	1229	1194	1,03	1305	1121	1,16
ITA	21178	20435	1,04	22957	20059	1,14	25539	19375	1,32	27952	17394	1,61

- Le domande nelle università regionali sono poco più di 1000 all'anno, con trend fortemente negativo.
- Solo una frazione di essi si iscrive, arriva alla laurea e decide di esercitare la professione e lavorare nel SSR.
- Le probabili politiche di mobilità di altre Regioni per fronteggiare le carenze di personale attrarranno importanti numeri di dipendenti oggi impiegati nel SSR

Fonte: Elaborazioni Angelo Mastrillo su dati MUR

EVOLUZIONE DOTAZIONI PER AZIENDA (2010=100)

Totale	2010	2015	2019	2022
ASL CN2	100	92,4	91,6	118,4
AO NOVARA	100	102,6	111,8	117,8
AO MAURIZIANO	100	94,6	96,3	108,1
AO ALESSANDRIA	100	96,6	103,6	108,0
ASL NO	100	93,3	100,5	107,9
ASL BI	100	94,2	95,6	103,3
AO S. LUIGI GONZAGA	100	95,0	98,2	102,9
ASLAT	100	92,4	92,6	99,4
ASL TO5	100	89,5	93,9	99,4
ASL VCO	100	91,4	91,6	98,6
ASL VC	100	88,8	92,8	98,1
AO CUNEO	100	95,8	95,6	98,0
ASL CITTA' DI TORINO	100	92,3	92,1	95,6
ASL TO4	100	93,1	91,3	94,8
ASL CN1	100	94,0	91,6	94,2
ASL TO3	100	92,2	89,3	93,9
CDSS	100	93,9	92,1	91,8
ASLAL	100	92,5	89,1	86,8
TOT	100	93,5	93,8	98,0

Negli ultimi 12 anni, in alcune aziende il personale è aumentato in misura significativa:

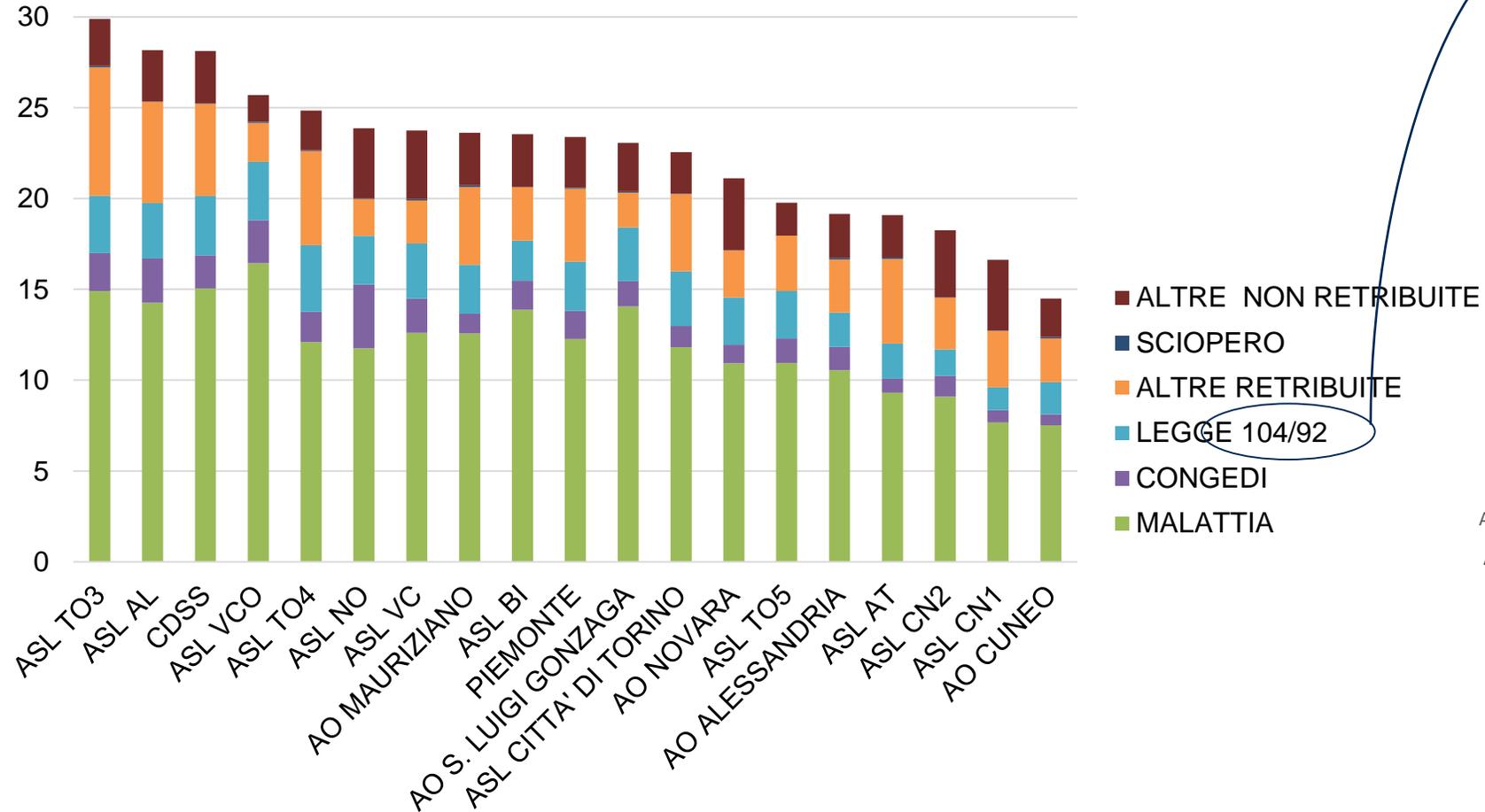
- ASL CN2 e AO NO (+18%)
- AO Mauriziano, AO AL e ASL NO (+8%)

ASL CN2 e ASL NO presentano oggi dotazioni superiori ai fabbisogni massimi definiti da Agenas secondo le elaborazioni KPMG (2023)

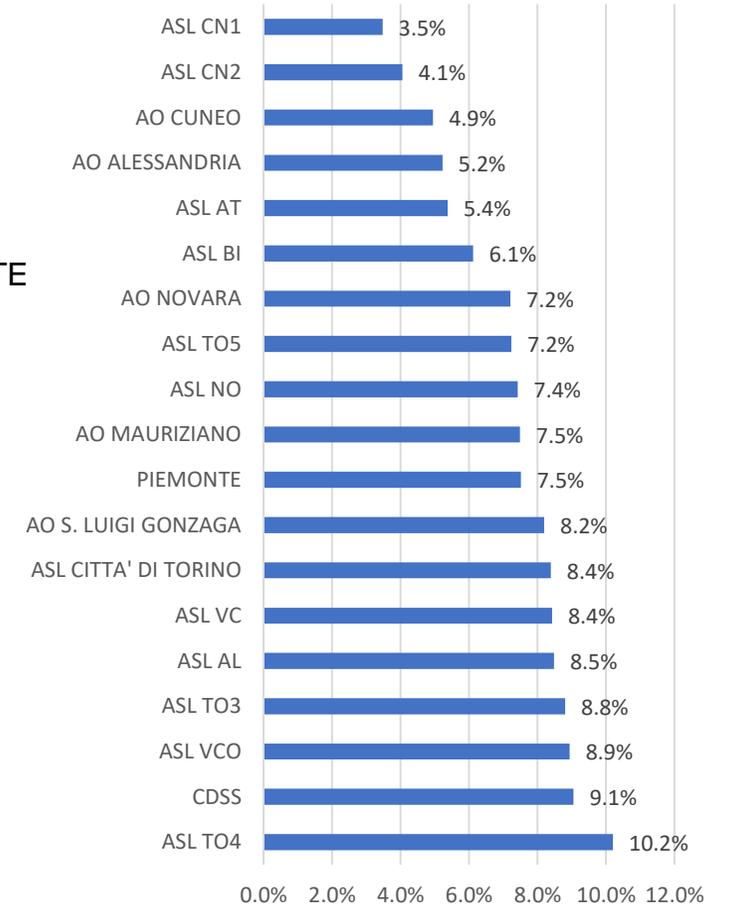
Fonte: CAN 2022

Personale a tempo indet. e det., non sono incluse altre forme contrattuali

Assenze (escluse ferie, maternità, congedo parentale e malattia figli)



Dipendenti con permessi ex L. 104/92



Fonte: CAN 2022

Personale a tempo indet.

Per dipendenti permessi ex L. 104/92 ipotesi di 3 giorni al mese di assenza per ogni beneficiario di permesso

Personale professioni sanitarie

- Avviare strategie per qualificare ulteriormente le professioni, superando forme di riconoscimento economico che premiano prevalentemente il disagio a favore di **incentivi alla competenza e alla responsabilità**
- Esplicitare le **attività che possono essere svolte in parziale o totale autonomia**, sviluppando analisi delle **attività trasferibili** da infermieri/tecnici a personale sociosanitario o amministrativo, e implementandole con coraggio; incrementare la formazione e le assunzioni di personale **OSS preparato e giovane**.
- Avviare un piano capillare di **presentazioni della professione infermieristica nelle scuole superiori** da parte delle aziende sanitarie, nonché campagne di comunicazione, e forme di potenziamento degli istituti professionali a indirizzo sociosanitario. Affidare ad una o più agenzie specializzate **il reclutamento e l'inserimento di infermieri dall'estero** adeguatamente formati.
- Favorire politiche efficaci di **gestione dell'invecchiamento** (flessibilità, job rotation, affiancamento, presidio della sorveglianza sanitaria, ecc.) e avviare in particolare un tavolo di confronto interaziendale per la mappatura del **fenomeno delle limitazioni** e la definizione di procedure operative per la sua prevenzione e gestione.

Personale dirigenza medica e sanitaria

- Potenziare i percorsi individuali di formazione e **sviluppo delle competenze professionali** e garantire gli adeguati supporti organizzativi, amministrativi e tecnologici all'attività lavorativa del personale medico.
- Rendere effettiva la possibilità di garantire ai professionisti con **incarichi professionali di altissima specializzazione** uguali potenzialità salariali rispetto ai titolari di incarichi gestionali.
- Definire incentivi e adeguate soluzioni organizzative e contrattuali per le **discipline e sedi di lavoro meno attrattive**.
- Valorizzare i professionisti che lavorano presso **presidi periferici**, grazie al rafforzamento delle reti ospedaliere che esplicitino le vocazioni delle diverse strutture, alla centralizzazione della casistica, allo sviluppo di UO uniche interpresidio, all'avvio di equipe itineranti, così da garantire adeguati volumi di attività, tecnologie e formazione.

Personale amministrativo e tecnico

- Sostituzione dell'attuale personale con un **numero decisamente inferiore di unità, ma con un più elevato livello di competenza** da mettere al servizio dei pazienti, dei professionisti e delle aziende. Investire in competenze digitali, di operations management, service design e user experience, data analysis, people management, stakeholder management, supporto alla ricerca clinica, ecc.
- Inserire **nuove competenze di gestione delle risorse umane nelle aziende** (valutazione fabbisogni, employer branding, selezione, inserimento, promozione clinical competences, sviluppo, rotazione e mobilità, sviluppo del benessere organizzativo, ecc.).
- Valutare quali attività di **amministrazione** del personale possono essere **centralizzate** a livello interaziendale o regionale (Azienda Zero), e procedere alla centralizzazione.

Governo del sistema

- Definire **Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale** coerenti con le stime Agenas, con gli emanandi DM e con le indicazioni tratte dal confronto tra aziende e con altri SSR, e con la necessità di potenziare l'assistenza territoriale. A tale proposito, sarà necessario un focus particolare sul personale di Città della Salute e della Scienza di Torino.
- Dare piena implementazione del **Flusso OPPEAN** per garantire la raccolta dei dati, e allo sviluppo delle reportistiche.
- Avviare **tavoli di lavoro** delle direzioni del personale per benchmarking e benchlearning interaziendale.
- Promuovere il rafforzamento delle **competenze manageriali**, di gestione del personale e leadership di tutte le linee intermedie, chiamate a gestire processi sanitari e sfide di gestione dei collaboratori sempre più complesse.

3.2

La digitalizzazione e il patrimonio informativo regionale

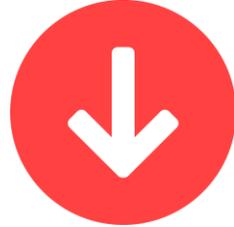
- **Quadro regionale comparabile con quello dei principali SSR**, con un fermento sostenuto dagli investimenti del PNRR, che stanno permettendo di consolidare l'infrastruttura digitale di tutte le aziende sanitarie
- Pur in un quadro espansivo in termini di investimenti e consapevolezza strategica, attualmente persistono **rilevanti differenze inter- e intra-aziendali**, che sono state favorite dalla carenza di un governo unitario a livello regionale.
- Significative **sfide relative al management e alla governance dell'innovazione digitale** dovute alla compresenza di più attori (Regione, Azienda Zero, CSI Piemonte e Aziende Sanitarie), che richiede la definizione di strumenti, responsabilità e modalità di interazione per strutturare un dialogo proficuo

ASSESSMENT CANTIERE DIGITALIZZAZIONE

BENCHMARKING

- **Digitalizzazione presidi ospedalieri**

- Tutti i presidi regionali sono stati classificati a livello 0 della scala EMRAM, ad eccezione della Città della Salute (livello 1) e dell'Ospedale Mauriziano (livello 4)



- **FSE**

- Differenti livelli di indicizzazione per i vari documenti considerati
 - Referti di laboratorio e radiologia mostrano indicizzazione sostanzialmente totale, con livelli molto elevati di indicizzazione in formato FSE 2.0
 - Referti di specialistica ambulatoriale e di anatomia patologica mostrano livelli di indicizzazione in formato FSE 2.0 molto limitati (10% circa), seppure con livelli totali di alimentazione molto differenti
- **Variabilità tra aziende**, particolarmente significativa in alcuni casi, specialmente per quanto riguarda la % di indicizzazione in formato CDA2

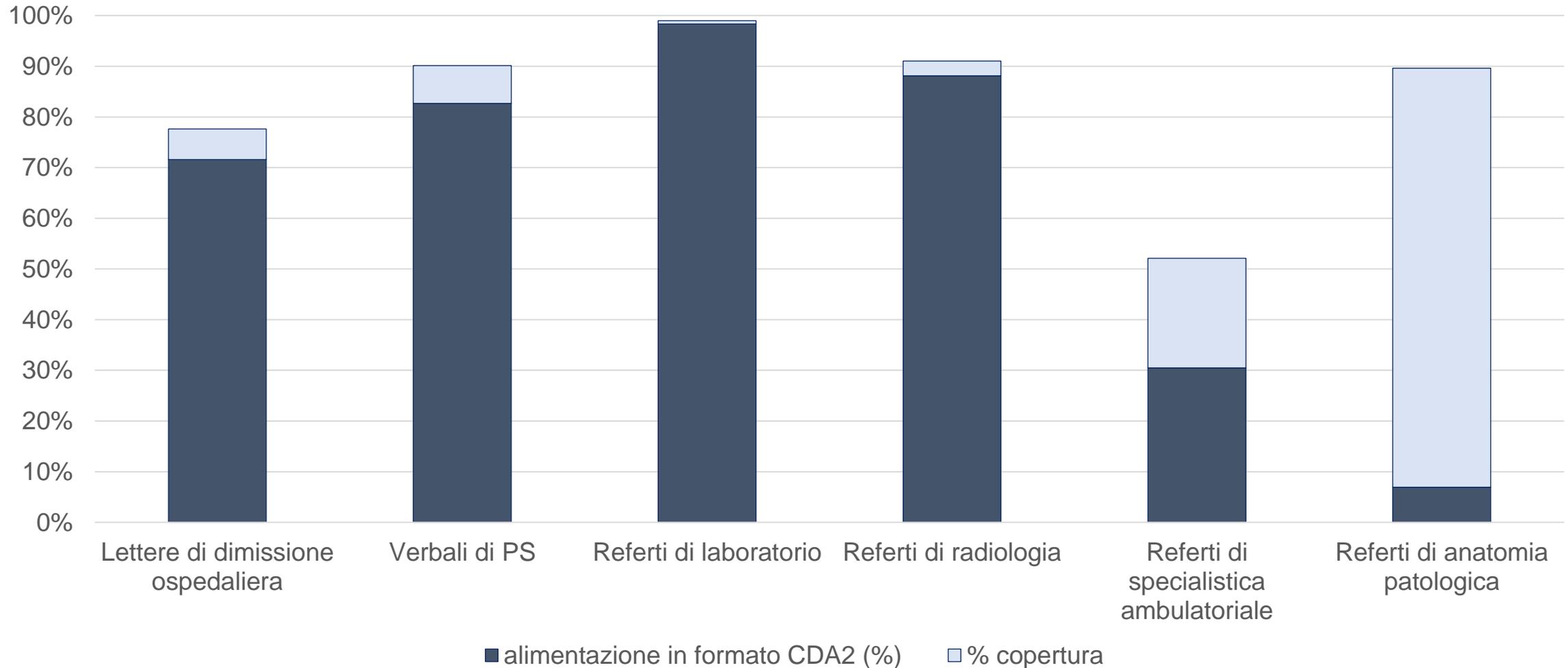


- **Telemedicina**

- Stipulato il contratto per attivazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina con Engineering
- Attivazione gruppi di lavoro regionali (tecnico-informatico e clinico-organizzativo) con esponenti di tutte le aziende sanitarie per accompagnare l'introduzione della piattaforma
- Mappatura di circa 40 piattaforme a livello aziendale e valutazione in corso in merito a quelle da integrare
- Alcuni territori hanno sperimentato con maggiore intensità, pur in assenza di un quadro di governo unitario a livello regionale



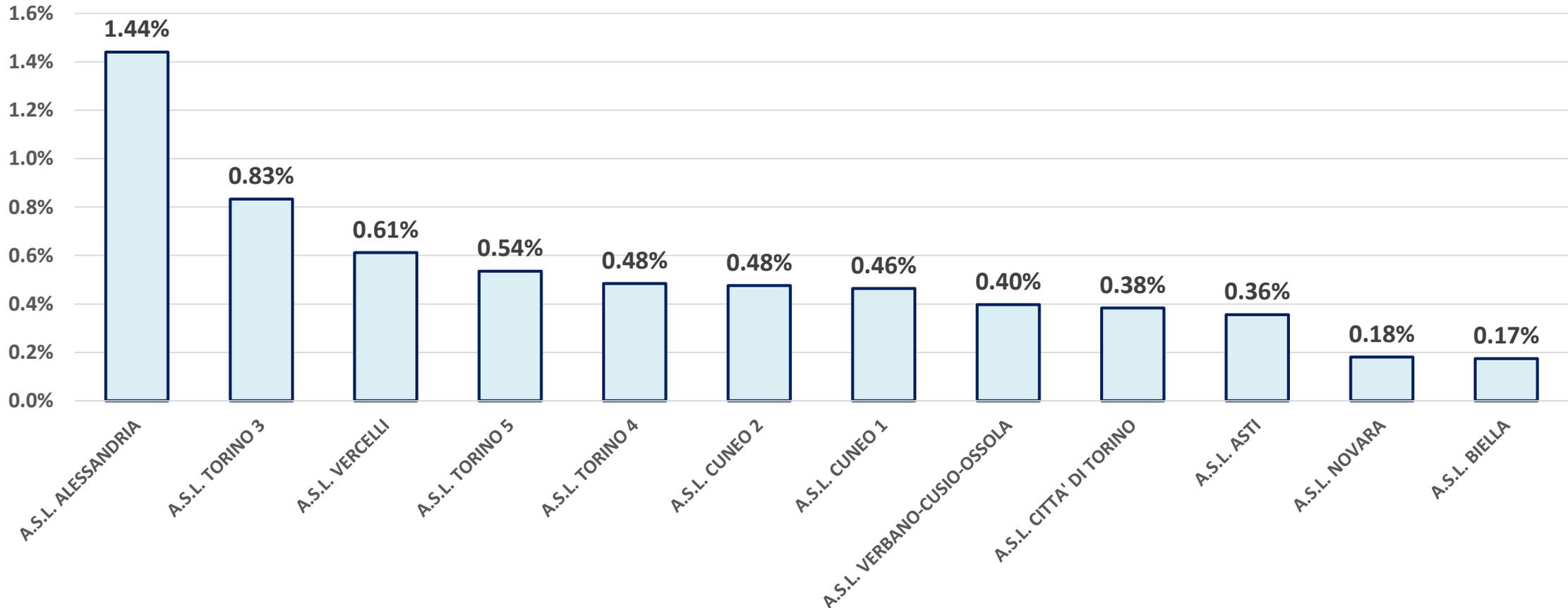
Percentuale di alimentazione del FSE da parte delle aziende sanitarie pubbliche del SSR, per formato (2024)



Fonte: elaborazione CERGAS Bocconi su dati CSI Piemonte (Fonte FSE)

II. TELEMEDICINA – APPROFONDIMENTO 2023

Approfondimento per azienda di residenza



Alla luce dell'analisi dell'*as is* emergono alcune traiettorie di sviluppo:

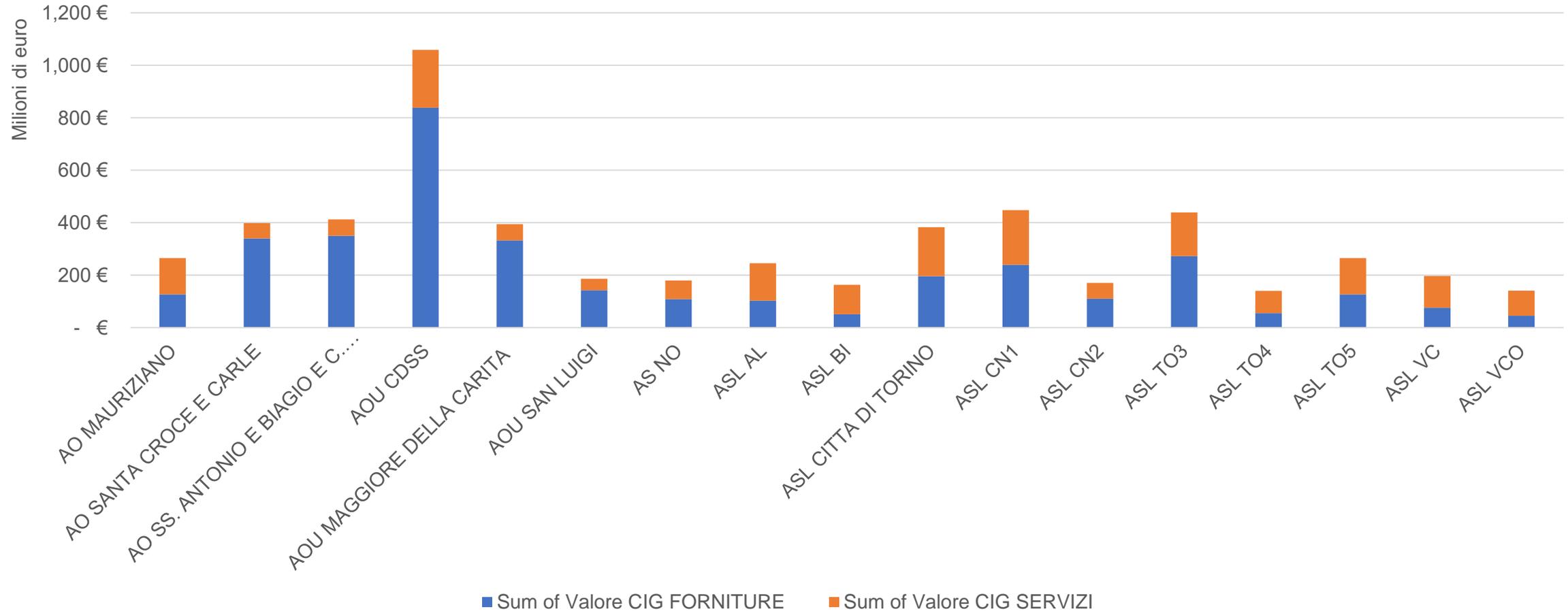
1. **La definizione di chiari obiettivi aziendali a cui legare gli incentivi dei direttori**
2. **Il rafforzamento della governance e dei processi di coordinamento regionale** favorendo il dialogo strutturato, continuo e partecipativo tra i vari attori coinvolti sia a livello regionale, compreso eventuali società in house, che a livello aziendale
3. **La definizione di un modello organizzativo per governare l'innovazione digitale** che delinei il ruolo dei diversi attori regionali (Regione, Azienda Zero e Aziende sanitarie) nei processi di trasformazione digitale e valorizzi attraverso un approccio bottom-up le innovazioni digitali e le esperienze emergenti dai singoli territori
4. **L'implementazione di un sistema di valutazione e monitoraggio dell'innovazione digitale**, attraverso la definizione di indicatori di performance e metriche per misurare l'impatto dell'innovazione digitale e monitorarlo
5. **Accentramento e governance condivisa** degli applicativi; **innovazione** anche in termini di interoperabilità e user experience; sviluppo della cultura del dato e **potenziamento dei cruscotti** su alcune aree chiave; adozione di sistemi informativi regionali anche per le **strutture private** accreditate.
6. Esplorazione delle modalità per **introdurre soluzioni di intelligenza artificiale** nel sistema (mappatura delle esperienze aziendali, raccolta delle priorità segnalate dalle aziende, definizione di strategia condivisa e roadmap)

3.3

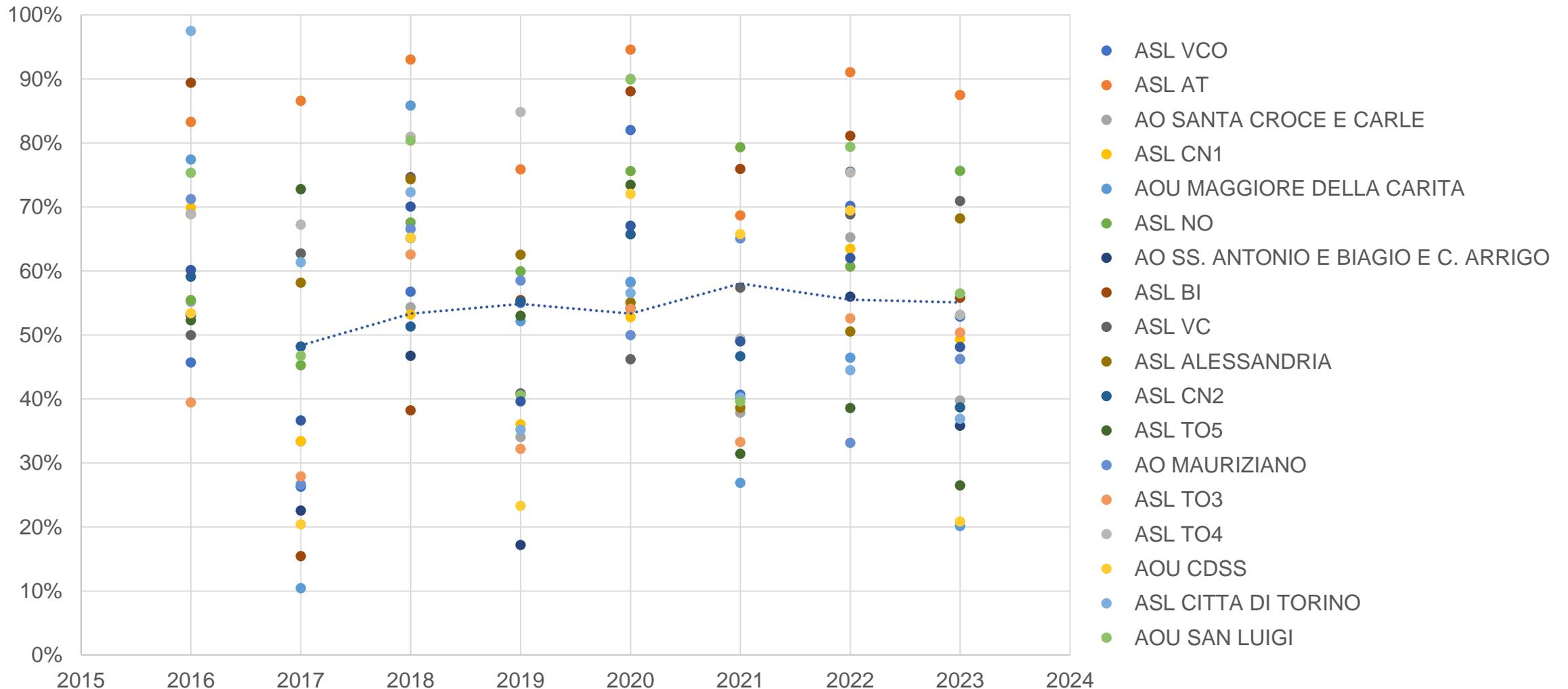
Il procurement

- Il Piemonte, rispetto alle altre regioni benchmark, pur avendo una grande tradizione in termini di politiche di centralizzazione, raggiunge risultati leggermente inferiori in quanto non sembrerebbe in grado di aggregare anche acquisti senza obbligo di centralizzazione per legge.
- Si rilevano delle variabilità tra AO e ASL, sia in termini di valore che in termini di lotti
- Il SSR Piemonte presenta degli spazi di miglioramento in termini di possibilità di aggregazione ulteriore dei propri acquisti di beni e servizi così come fatto in altri contesti regionali.
- Emerge una dispersione dei comportamenti di acquisto a livello aziendale senza l'emersione di chiari pattern.

Acquisti aziendali di forniture e servizi (valore lotti 40.000-20 milioni di euro, 2018-2023)



Tasso di centralizzazione acquisti di beni e servizi aziende sanitarie e ospedaliere piemontesi (2016-2023)



Fonte: elaborazione su dati CSI, 2023

AZIONI DI CAMBIAMENTO ACQUISTI – AZIONI DI BREVE TERMINE

- Standardizzare i documenti di gara per garantire una maggiore uniformità all'interno delle aziende e tra aziende, definire delle checklist di controllo qualità della documentazione di gara; creare un servizio di newsletter per i responsabili acquisti su novità giurisprudenziali
- Uniformare gli approcci: definire standard comuni di comportamento nella modalità di applicazione di alcune norme (es. modalità di calcolo dei costi della manodopera)
- Migliorare la qualità dei dati (es. caricamento sistematico e corretto dei dati nei gestionali, rispettare il tracciato ANAC)
- Creare dei gruppi di lavoro permanenti per l'analisi dei dati per la corretta definizione dei fabbisogni sulla base non soltanto delle singole categorie merceologiche ma in logica di PDTA
- Analizzare i micro-acquisti sotto i 10.000€ per individuare aree di razionalizzazione (accorpamento in acquisti più grandi onde evitare procedure ripetute) e valutare definizione di strumenti di acquisto più snelli (mercati elettronici)
- Analizzare le proroghe, per le procedure più grandi definire delle task force per «smaltire» l'arretrato
- Definire di linee guida regionali sulla gestione dei conflitti di interesse e sulle modalità di gestione dei gruppi di lavoro per la definizione dei capitolati: repository aziendale dei CV, modalità di raccolta dei consensi e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse
- Definire delle linee guida regionali sulla gestione dei processi di HTA aziendale / acquisto di nuovi prodotti al fine di uniformare le pratiche e allineare alla nuova rete nazionale HTA. Tali linee guida dovrebbero inoltre contenere delle indicazioni sulla raccolta di evidenze per dimostrare l'infungibilità, la verifica dell'esistenza di alternative sul mercato
- Creare un portale regionale per il confronto dei prezzi di acquisto
- Supportare le aziende nella definizione di modelli organizzativi per la gestione dell'esecuzione e monitoraggio dei contratti
- Predisporre linee guida per la gestione del sistema a rete degli acquisti prevedendo modelli comuni di gestione delle comunicazioni tra aziende e SCR, modalità e tempistiche di individuazione delle professionalità per la partecipazione a tavoli tecnici e commissioni giudicatrici

AZIONI DI CAMBIAMENTO ACQUISTI – MEDIO TERMINE

- Razionalizzare i sistemi logistici con la creazione di magazzini unificati a livello aziendale e sovraaziendale, eliminazione delle scorte di reparto, razionalizzazione dei conti deposito e acquisizione di strumenti che garantiscano la piena tracciabilità dei consumi al fine di ridurre gli sprechi e migliorare la qualità del dato per la definizione dei fabbisogni di acquisto
- Rafforzare gli strumenti di programmazione e controllo
- Definire nuovi processi di definizione del budget garantendo la responsabilizzazione sugli acquisti delle Direzioni di Dipartimento ancorando maggiormente la programmazione degli acquisti alla programmazione sanitaria
- Ridefinire i modelli organizzativi aziendali degli acquisti che garantiscano maggiore uniformità tra aziende, una razionalizzazione delle procedure interne, maggiore responsabilizzazione della componente clinica, migliore coordinamento tra provveditorato-farmacia, migliore coordinamento con SCR e Azienda Zero

3.4

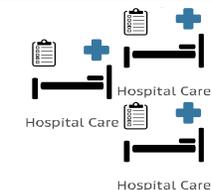
La logistica

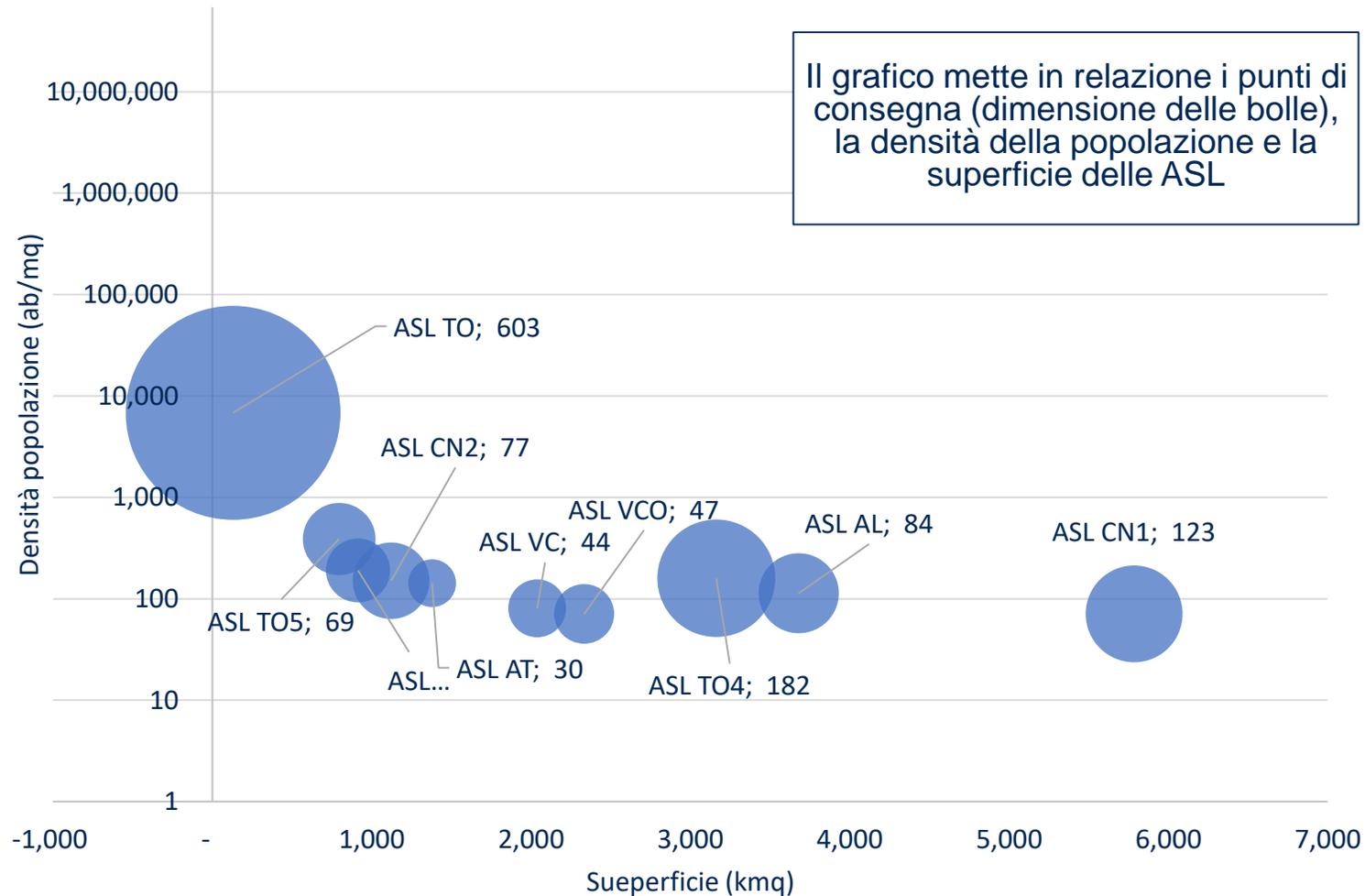
- In Regione non è stato ancora implementato un modello di logistica accentrato, né a livello regionale, né a livello di AIC, soggetti a cui dovrebbe competere la gestione della logistica.
- All'interno delle AIC, deputate all'esercizio della funzione logistica, non si segnalano iniziative significative in ottica di centralizzazione o razionalizzazione dei magazzini, a parte alcune eccezioni
 - Magazzini autonomi, con un'unica di centralizzazione per AIC (MUSA)
 - In fase di riflessione per la realizzazione di magazzino unico per ogni AIC
- Numero consistente di punti di consegna e *transit points*
- In sintesi, la gestione si presenta pertanto frammentata, lasciandola ad iniziative individuali o spontanee (si veda il caso AMOS, che propone la gestione della logistica per le aziende aderenti)

IL CONFRONTO CON LE ALTRE REGIONI

Nella tabella si riporta una rappresentazione sintetica delle soluzioni di logistica sanitaria integrata adottate in diverse realtà italiane.

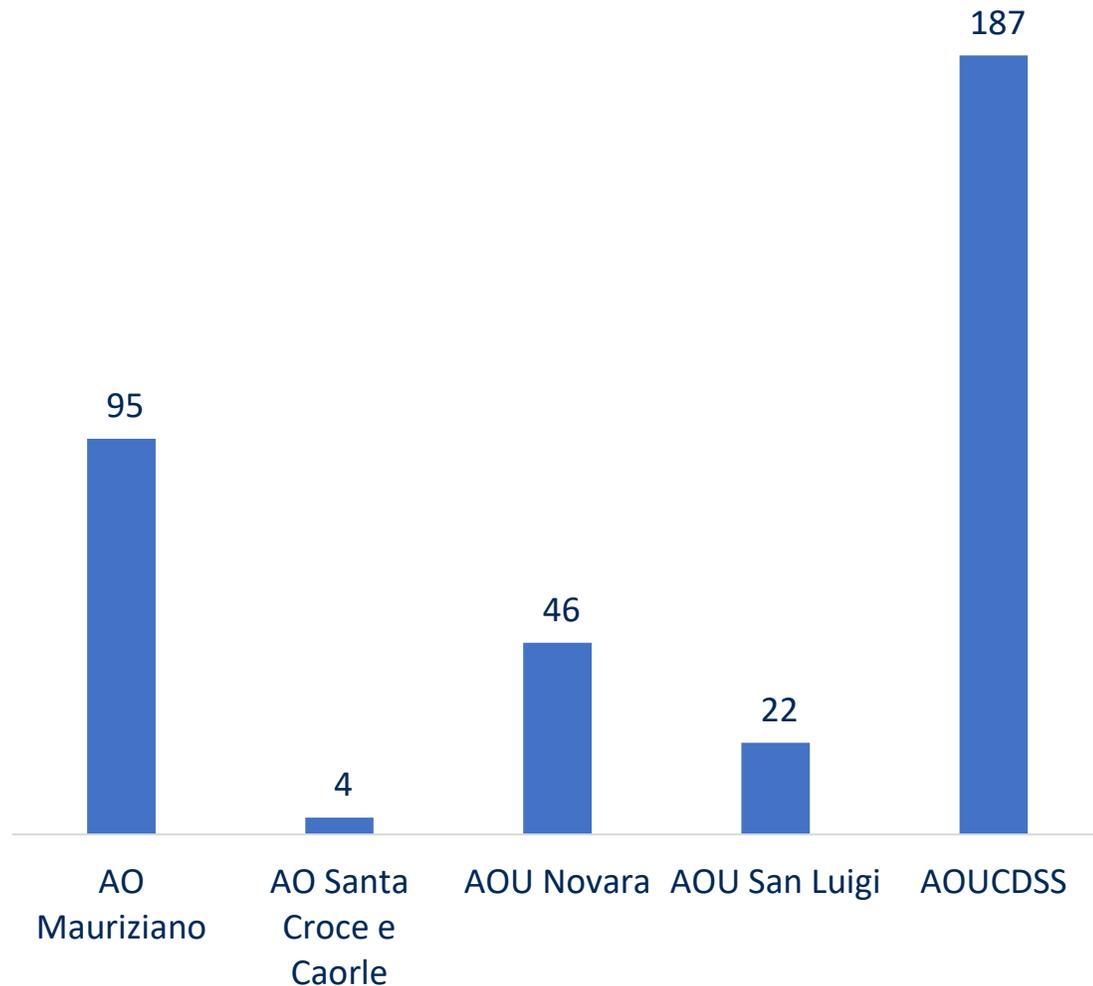
Regione	Struttura	Gestione della logistica	Magazzini	Beni Gestiti
Emilia Romagna	AVEN	ASL Reggio Emilia per Area Vasta	1 magazzino centrale	Farmaci e Dispositivi medici, beni economici
Emilia Romagna	AUSL Romagna	ASL unica della Romagna	1 magazzino centrale	Farmaci e Dispositivi medici, beni economici
Toscana	ESTAR	ESTAR	6 magazzini, 1 piattaforma transiti, 20 Transit Point e 1 Hub	Farmaci e Dispositivi medici
Friuli Venezia Giulia	ARCS	ARCS	1 Magazzino centralizzato	Farmaci e Dispositivi medici
Veneto	Azienda Zero	ASL/AO	Magazzini autonomi Centralizzazione sistema informativo	-
Lombardia	ARIA	ASST e AST	Magazzini autonomi Implementazione del sistema informativo centralizzato regionale	-
Campania	SORESA	ASL E AO	Magazzini autonomi In realizzazione Magazzino unico regionale - PPP	-
Piemonte	Azienda Zero - SCR	ASL E AO, sebbene all'interno di Aree interaziendali di coordinamento (A.I.C.)	Magazzini autonomi Un'esperienza di centralizzazione per AIC (MUSA) In fase di riflessione per la realizzazione di magazzino unico per ogni AIC	-





Azienda	Punti di consegna per kmq
ASL AL	0,02
ASL AT	0,02
ASL BI	0,06
ASL CN1	0,02
ASL CN2	0,07
ASL TO	4,64
ASL TO4	0,06
ASL TO5	0,09
ASL VC	0,02
ASL VCO	0,02

PUNTI DI CONSEGNA AZIENDE OSPEDALIERE



Tra le aziende ospedaliere si distingue l'AO Santa Croce e Caorle di Cuneo che nell'assetto logistico attuale prevede solo 4 punti di consegna così articolati:

- punto unico di ricevimento merce
- farmacia ospedaliera
- magazzino generale
- servizio di medicina nucleare

Al contrario nelle altre aziende prevale un modello che prevede punti di consegna direttamente nei reparti oltre che la presenza di numerosi magazzini

PROSPETTIVE DI SVILUPPO. IMPLEMENTAZIONE DEI MODELLI LOGISTICI

Quale modello di logistica per la Regione Piemonte

Sulla base delle evidenze della letteratura, degli altri modelli regionali, delle prime esperienze locali (vedi MUSA) e delle tendenze in atto, si ritiene che la Regione Piemonte debba convergere verso un modello di logistica centralizzato. Tuttavia, occorre riflettere sulla definizione dell'assetto e su cosa ricomprendere nei confini del modello.

Assetto del modello

Sulla base dell'esperienza già in essere e dell'assetto istituzionale della Regione, già suddivisa nelle 5 Aree interaziendali di coordinamento (per l'esercizio in forma aggregata delle funzioni amministrative, tecniche logistiche), si potrebbe pensare ad un modello centralizzato per quadrante (1 magazzino unico per ogni quadrante). Questa soluzione potrebbe ottenere i vantaggi e i risparmi gestionali delineati in precedenza

Confini del modello

Al fine di sfruttare appieno i vantaggi (costi cessanti risparmi gestionali, maggiore coordinamento e sinergie logistiche), il modello di logistica potrebbe ricomprendere le seguenti aree:

- Logistica esterna – Macrologistica (1 magazzino per quadrante), per tutti i beni generalmente oggetto di gestione accentrata (farmaci e vaccini; dispositivi medici, beni economici; materiale amministrativo);
- Allestimento e distribuzione dei farmaci in dose unitaria;
- Distribuzione dei beni e dei dispositivi nei confronti del cittadino (ad esempio, ausili per incontinenza, presidi per i diabetici);
- Distribuzione ausili e beni per medici di medicina generale (ad esempio, vaccini antinfluenzali).

Si ritiene utile sfruttare la fase di costruzione di un nuovo modello per definire la soluzione più completa, che permetta di ottenere una piena razionalizzazione dei processi logistici.

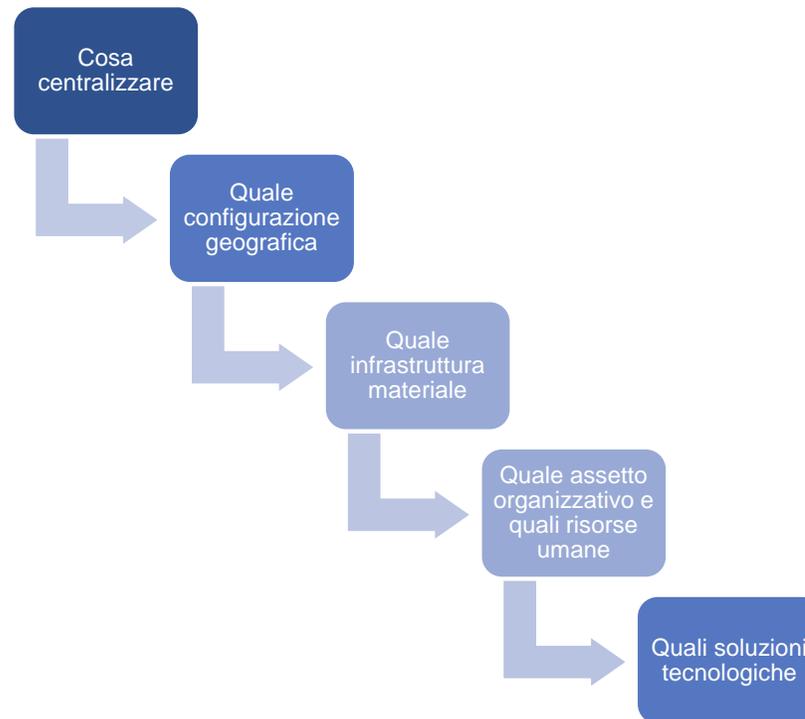
PROSPETTIVE DI SVILUPPO. IMPLEMENTAZIONE DEI MODELLI LOGISTICI

AZIONI E NODI DA SCIogliere PER LO SVILUPPO DEL MODELLO

Gli step operativi per l'implementazione

- Individuazione/Creazione del magazzino centrale per ogni AIC;
- Definizione dei magazzini satellite/transit point;
- Adozione di un unico sistema informativo presso il magazzino centrale e i satelliti.

Gli aspetti da definire per l'implementazione del modello



Criticità/elementi di attenzione

La realizzazione di un magazzino centrale ed eventuali transit point per AIC impone una profonda riflessione sulla **localizzazione geografica** degli stessi. Tra le variabili da considerare nella scelta dell'area si evidenziano i costi di gestione del magazzino, i costi di consegna e spedizione legati all'ubicazione rispetto alle aziende territoriali, la disponibilità di terreni o edifici da riconvertire e le possibilità di realizzazione della struttura.

È importante in primo luogo individuare la posizione migliore per Magazzini e Transit Point, andando a minimizzare le distanze rispetto ai Punti di Consegna da servire.

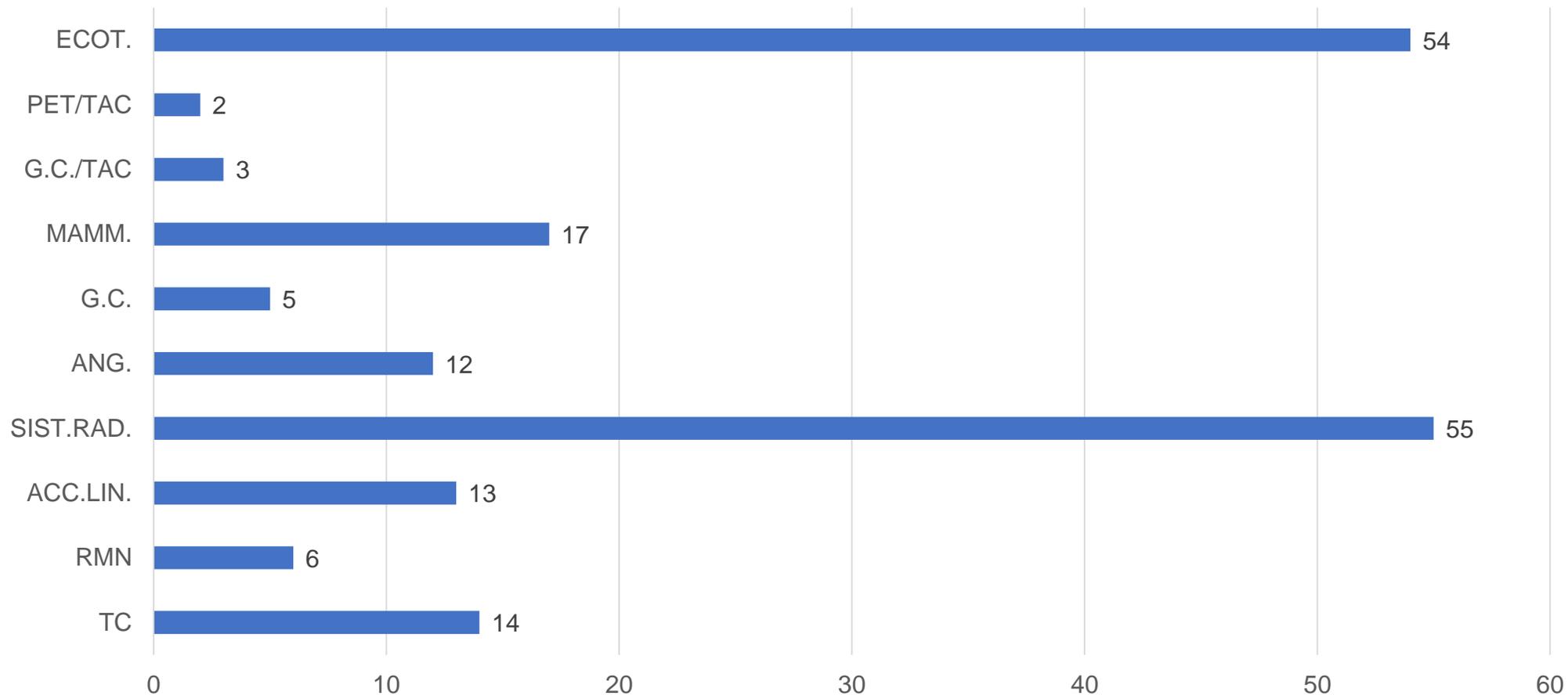
3.5

Gli investimenti: nuovi ospedali, strutture territoriali, le grandi apparecchiature e le tecnologie sanitarie

- **Dotazione tecnologica regionale:** in linea con altre regioni, con eccellenze in alcuni settori come TC/PET e TC di alta gamma.
- **Obsolescenza delle apparecchiature:** una quota significativa presenta bassi livelli prestazionali e necessita di aggiornamenti.
- **Opportunità del PNRR:** risorse disponibili per modernizzare le strutture con tecnologie avanzate, come acceleratori lineari e TC/PET.
- **Eterogeneità interna al contesto piemontese:** presenza di disparità territoriali e investimento relativo su tecnologie di media/alta gamma.
- **Esempi di ambiti in sofferenza:** mammografi digitali e TC-RMN di media gamma.

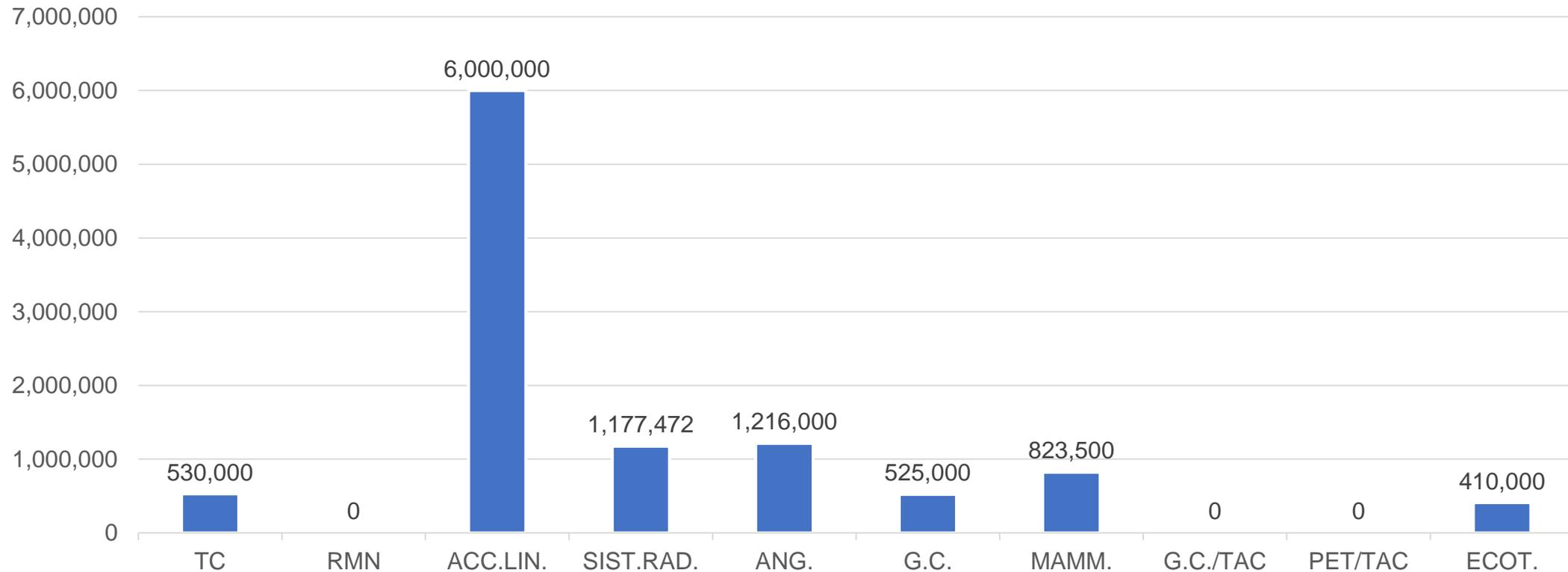
LE OPPORTUNITÀ DEI FONDI PNRR PER LA REGIONE PIEMONTE

GRANDI APPARECCHIATURE FINANZIATE DA PNRR IN REGIONE PIEMONTE



LE OPPORTUNITÀ DEI FONDI PNRR PER LA REGIONE PIEMONTE

Esempio di CDSS Torino. Risorse per ammodernamento tecnologico per apparecchiature



Fonte: AGENAS, 2023

IL PIANO DI RINNOVAMENTO INFRASTRUTTURALE OSPEDALIERO



**I NUOVI
OSPEDALI**



**LE
RISTRUTTURAZIONI**

Struttura	Azienda	Posti letto	Superficie	Importo complessivo
Nuovo parco della salute, ricerca e innovazione Torino	AOU CSST	1.040	140 mila mq	611 milioni di euro
Nuova città della salute e della scienza di Novara	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA	711	170 mila mq	530 milioni di euro
Nuovo ospedale ASL TO5	ASL TO5	496	60 mila mq	302 milioni di euro
Nuovo ospedale Torino Nord-Ovest	ASL CITTÀ DI TORINO	511	76,5 mila mq	348 milioni di euro
Nuovo ospedale Savigliano	ASL CN1	382	55 mila mq	250 milioni di euro
Nuovo ospedale di Ivrea	ASL TO4	276	45 mila mq	215 milioni di euro
Nuovo ospedale di Vercelli (2° lotto)	ASL VC	291	46 mila mq	155 milioni di euro
Nuovo ospedale Cuneo	AO S.CROCE E CARLE DI CUNEO	805	139 mila mq	410 milioni euro
Nuovo ospedale Alessandria	AOU SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO DI ALESSANDRIA	628	97,5 mila mq	410 milioni di euro
Nuovo ospedale Verbania	ASL VCO	150	30 mila mq	100 milioni di euro
Nuovo ospedale Domodossola	ASL VCO	150	30 mila mq	100 milioni di euro

Struttura	Azienda	Posti letto	Case della Comunità	Superficie	Importo complessivo
Ristrutturazione ospedali di Alba e Bra	ASL CN2	40	2	25 mila mq	26 milioni di euro - Importo Alba 20,5 milioni di euro - Importo Bra
Ampliamento ospedale di Borgomanero	ASL NO	60		8 mila mq	26,5 milioni di euro
Ampliamento ospedale Vercelli (1° lotto)	ASL VC	20		12,6 mila m	53,5 milioni di euro

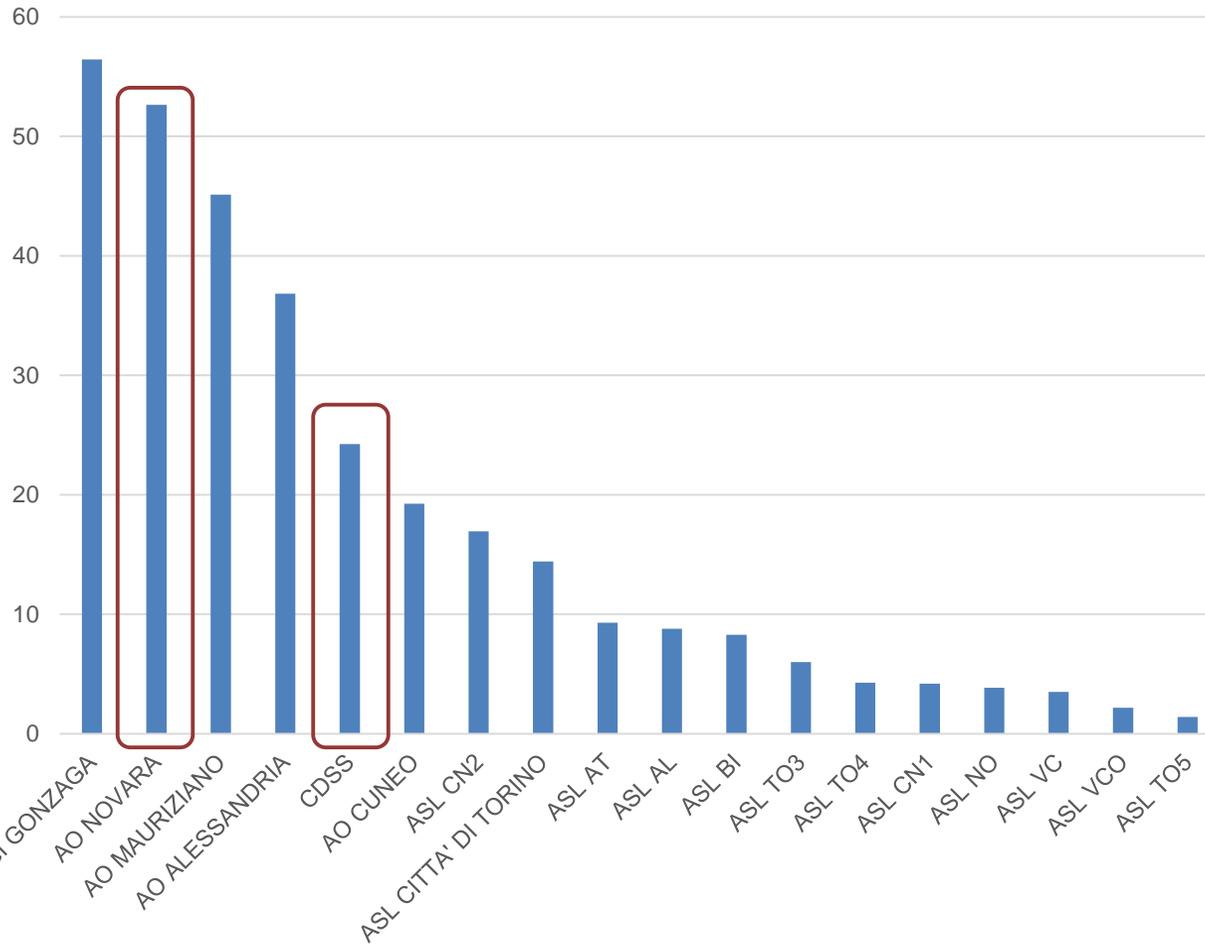
- Programmazione sovraziendale: l'aggiornamento tecnologico deve seguire una logica di rete ospedaliera per ottimizzare le risorse e migliorare l'efficacia del sistema.
- Rafforzamento dei poli di riferimento per sostenere logiche di Hub&Spoke anche sul fronte del parco tecnologie
- Creare meccanismi di monitoraggio sull'obsolescenza delle attrezzature, sulla saturazione della capacity e sui livelli produttivi garantiti
- Abbandonare l'uso di noleggi e service e promuovere logiche di programmazione di medio-periodo, attivando tavoli di lavoro che consentano scambi tra professionisti e amministrativi
- HTA e investimenti strategici: la Regione deve rafforzare gli investimenti in tecnologia e promuovere una gestione più responsabile delle priorità attraverso valutazioni di Health Technology Assessment (HTA).

3.6

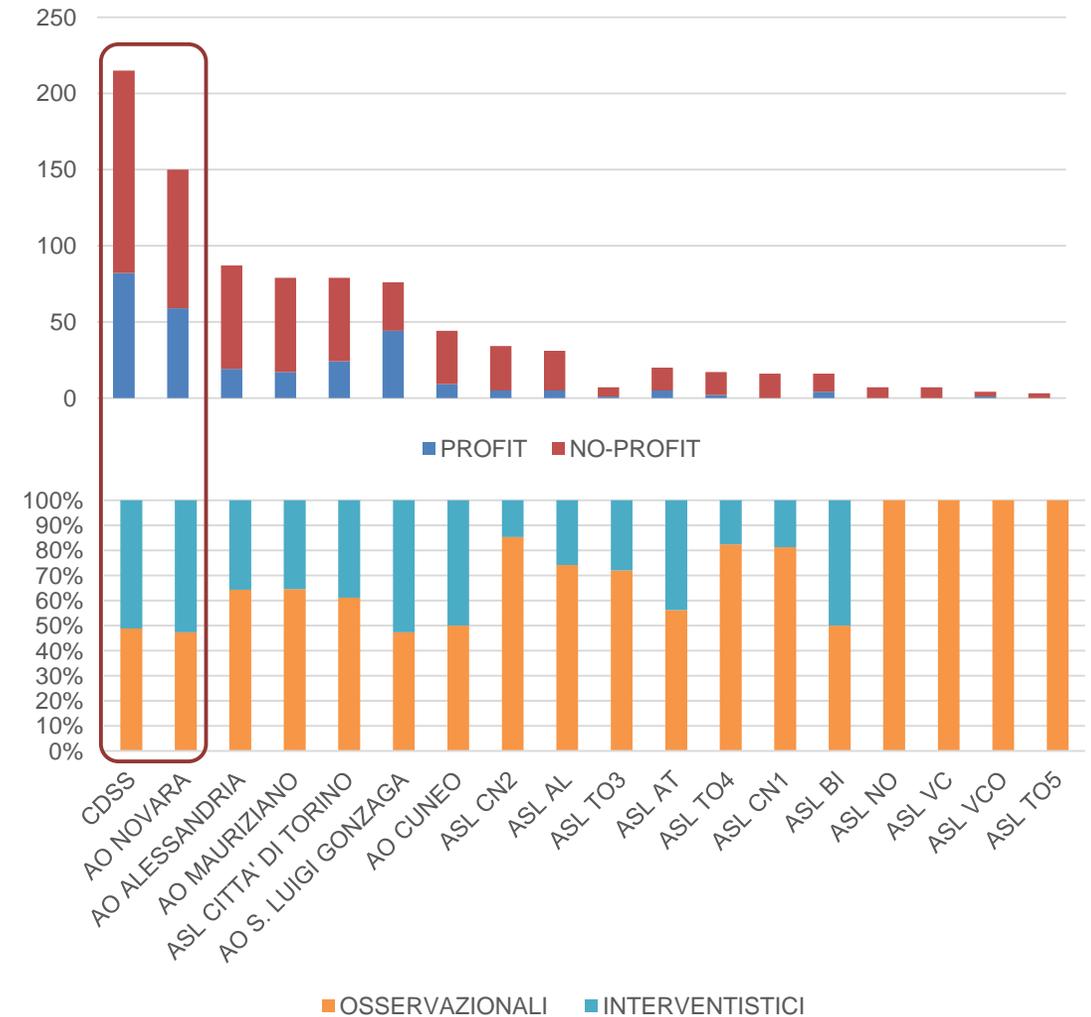
La ricerca clinica

- Nel 2022 Regione Piemonte ha istituito, nell'ambito di Azienda Zero, il **Dipartimento Attività Integrate Ricerca Innovazione – DAIRI** con l'obiettivo di promuovere e allineare le iniziative di ricerca sul territorio regionale
- **Nel 95% delle aziende sono presenti facilities a supporto dell'attività di ricerca**
- Il trend degli studi clinici attivati negli ultimi tre anni è leggermente negativo
- Vi sono **significativi potenziali di sviluppo** dell'attività di ricerca, sia profit che no profit.
- In particolare, i livelli di **produttività delle AOU** regionali hanno appaiono contenuti, sia a confronto con le altre aziende regionali che – nonostante la scarsità di dati comparativi disponibili – a confronto con altre Regioni

Studi 2023 autorizzati per 1000 dipendenti

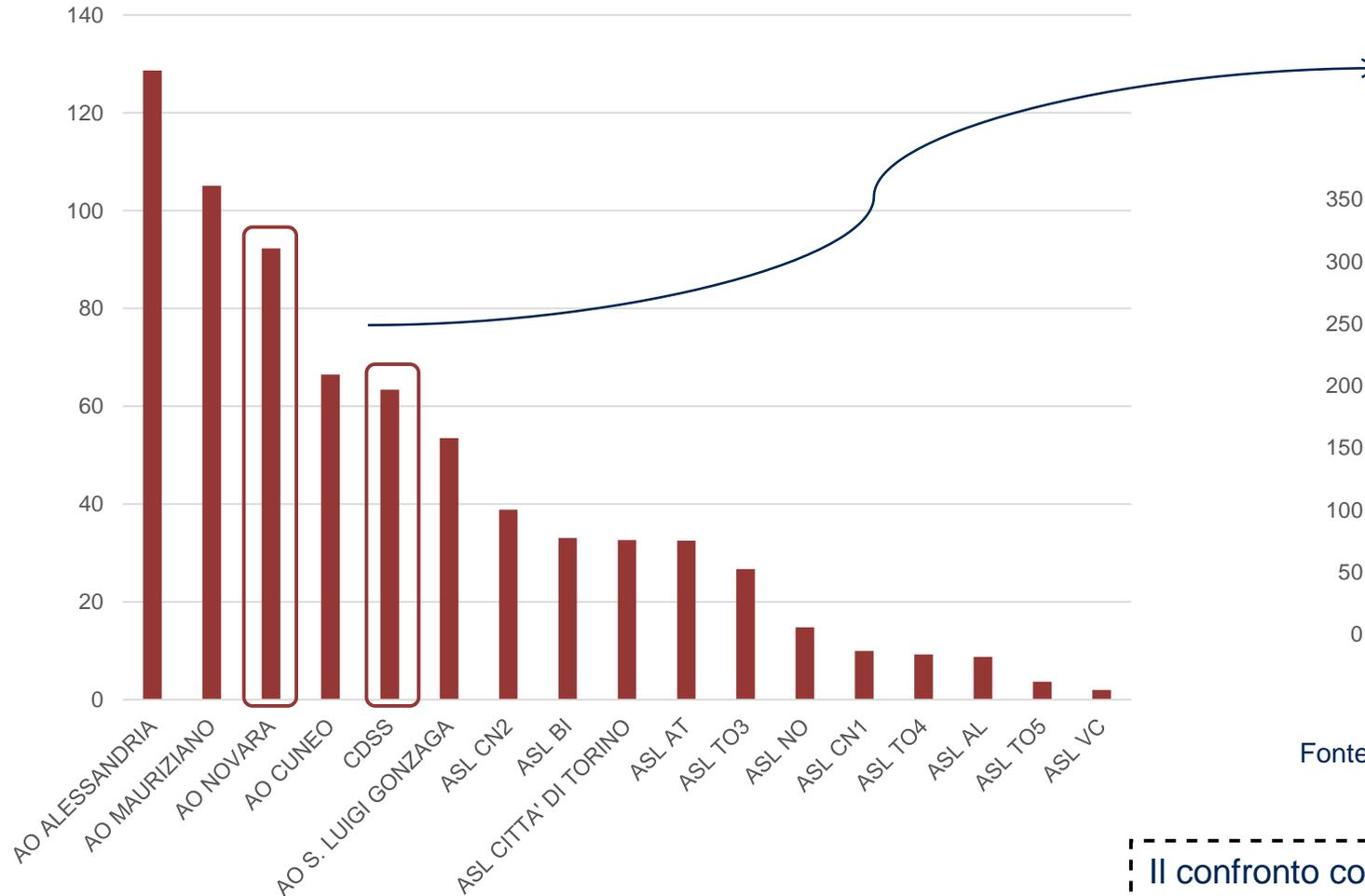


Studi clinici autorizzati nel 2023



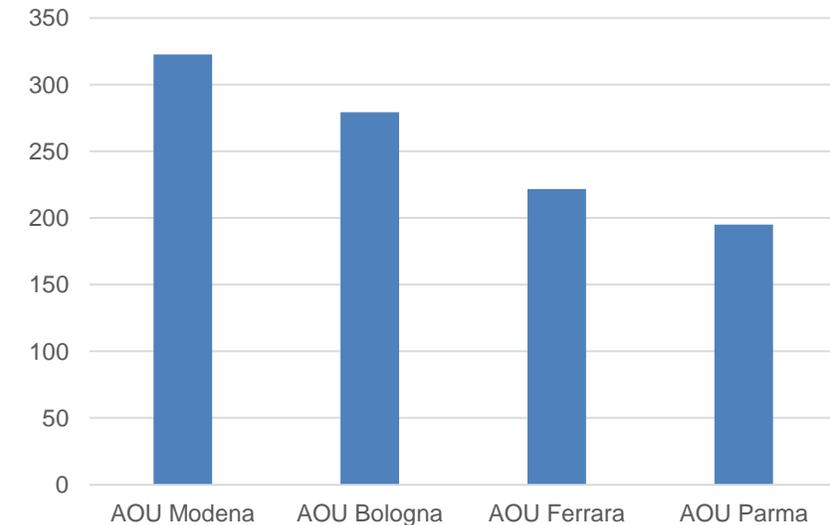
Fonte: DAIRI R e CAN (totale dip. a t. indet. 2022)
Nel riquadro sono indicate le AOU (AO AL è AOU dal 2024)

**Publicazioni Regione Piemonte 2023
per 1000 dipendenti**



Fonte: DAIRI R su Repository BVS e CAN (totale dip. a t. indet. 2022)

**AOU Regione Emilia Romagna
Publicazioni annue (media 2015-2019)
per 1000 dipendenti**



Fonte: Dossier Ricerca Clinica RER 2021 e CAN (totale dip. a t. indet. 2017)

Il confronto con le altre aziende e con le AOU di Emilia Romagna (sebbene con dati di anni diversi) evidenzia la minore produttività delle AOU Piemontesi

- Potenziamento della **produzione scientifica delle AOU** (soprattutto Città della Salute e della Scienza di Torino), anche assegnando obiettivi alle direzioni.
- Promozione dello sviluppo di **IRCCS a livello regionale**.
- **Istituzionalizzazione della ricerca** sanitaria come una delle funzioni primarie proprie di tutte le aziende sviluppando centri di eccellenza diffusi sul territorio, così da rendere più attrattivi gli ospedali provinciali e ridurre la mobilità passiva verso altre Regioni.
- Istituzione di CTU dove non presenti e **rafforzamento della rete delle CTU**, garantire adeguate dotazioni di personale formato e dedicato all'attività di ricerca, infrastrutture informatiche e gestionali, procedure operative e regolamenti, sistemi di rendicontazione economica (in particolare con procedure per l'attribuzione delle risorse della ricerca for profit) e di audit interno per la verifica della qualità.
- Promozione nelle aziende di strumenti e «riti» aziendali volti a diffondere la **cultura della ricerca** (fondi per la ricerca, giornata della ricerca, premi per la ricerca, seminari, piattaforme sugli studi attivi per favorire il knowledge sharing, ecc.).
- Promozione del **sostegno del tessuto profit e non profit** regionale alla ricerca clinica.

Il processo di attuazione e cambiamento culturale si basa su diversi livelli di lavoro, che devono essere affrontati simultaneamente e non necessariamente in sequenza:

1. Atti Programmatori Esecutivi

- Specificano dettagli operativi per ogni capitolo del piano socio-sanitario.
- Identificano soggetti attuatori (aziende sanitarie, reti territoriali, enti centrali).

2. Piattaforme di Benchlearning

- Permettono il monitoraggio sistematico dei dati.
- Agevolano la discussione e condivisione di best practice e strategie di successo in logica di aggiornamento costante.

3. Gruppi Tecnici Inter-aziendali

- Finalizzati alla co-progettazione di linee guida tecniche e percorsi formativi e all'innovazione nei processi e nei servizi.

4. Percorsi formativi e di sperimentazione inter-aziendali

- Per mettere a regime delle innovazioni proposte, sia cliniche che organizzative.

AREE DI LAVORO, AZIONI E TEMPISTICHE PREVISTE

Area di lavoro	Azioni	Atto di indirizzo regionale	Atto programmatico di esecuzione delle aziende
La governance del sistema regionale	Definizione ruoli e attivazione di una cabina di regia sanitaria della Capogruppo.	Entro 3 mesi*	-
	Definizione personalizzata degli obiettivi aziendali, specifici per ogni azienda o cross-aziendali.	Entro 6 mesi*	-
	Introduzione di una funzione socio-sanitaria.	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Introduzione di un funzione di gestione operativa (operation manager).	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Attivazione tavoli di coordinamento delle reti ospedaliere	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Redazione piano ospedaliero integrato	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavoli di coordinamento dell'integrazione ospedale-territorio	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
Promozione della salute e prevenzione	Redazione piano strategico inter-aziendale di integrazione dei setting per ciascuna area provinciale o sub-provinciale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione processi trimestrali di benchlearning	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Definizione obiettivi aziendali personalizzati e/o comuni	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione di P(P)DTA.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Piano per la modernizzazione degli strumenti di comunicazione.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
L'assistenza territoriale e la presa in carico della cronicità	Piano per il rafforzamento dell'integrazione tecnologica e operativa.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Redazione Piano di sviluppo strategico per ASL con definizione dei target di paziente di riferimento, delle relative vocazioni dei setting, dei meccanismi di coordinamento da attivare e, più in generale, della (ri)configurazione della rete di offerta di specialistica ambulatoriale	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Attivazione e potenziamento dei Tavoli di lavoro condivisi tra MMG, specialisti e aziende.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
La rete dell'Emergenza-Urgenza e il Pronto Soccorso	Attivazione tavoli di monitoraggio per area vasta (es. profili prescrittivi, aderenza terapeutica, appropriatezza dei consumi)	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Attivazione tavolo di coordinamento per il potenziamento dell'organizzazione di rete per aree funzionali omogenee (quadranti)	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione Piano di Rete dell'Emergenza-Urgenza	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Il setting ospedaliero: rete di offerta, volumi di attività ed esiti	Potenziamento numero unico 116117 per l'accesso ai servizi e per la continuità assistenziale, differenziato dal numero 112 o 118 per i codici rossi e gialli	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavoli di coordinamento delle reti ospedaliere	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione piano ospedaliero integrato	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavoli di lavoro intra-aziendali	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione piano strategico aziendale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**

* dall'approvazione del Piano Socio-sanitario

** dall'emanazione dell'atto di indirizzo regionale

AREE DI LAVORO, AZIONI E TEMPISTICHE PREVISTE

Area di lavoro	Azioni	Atto di indirizzo regionale	Atto programmatico di esecuzione delle aziende
Il consumo di farmaci e dispositivi medici	Attivazione Tavolo di monitoraggio, che definisca livelli di appropriatezza e target di consumi per territorio ed epidemiologia	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Definizione obiettivi aziendali di appropriatezza e consumi specifici per territorio ed epidemiologia	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Attivazione tavoli di lavoro per area vasta/quadranti per sostenere ASL e AO nell'aumento di distribuzione diretta e distribuzione per conto	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Attivazione tavolo di lavoro per lo sviluppo della Farmacia dei Servizi per area vasta/quadranti	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Predisposizione di un piano di sviluppo della Farmacia dei Servizi per area vasta, che integri la programmazione territoriale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Il sistema socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti	Attivazione di un tavolo di coordinamento a matrice socio-sanitaria, dedicato agli anziani non autosufficienti	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Definizione di un piano integrato del settore socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti, che integri il piano strategico per ASL	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione di uno standard di volume di mix regionale e sostegno della convergenza tra ASL.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Assegnazione agli MMG o agli infermieri di comunità un esplicito ruolo di monitoraggio e case management rispetto agli anziani non autosufficienti.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Assegnazione alla CoT della funzione di indirizzo: segnalazione ai case manager e ai prescrittori dei setting disponibili, dei tempi di attesa, in modo che le azioni di indirizzo ai servizi socio-sanitari e di presa in carico siano coerenti alla reale disponibilità di capacità erogativa nel SSN.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Assegnazione al distretto sanitario della responsabilità del monitoraggio dei casi nei servizi residenziali socio-sanitari e della programmazione di interventi e risorse per adeguare l'offerta ai bisogni del territorio.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
L'area materno-infantile	Attivazione tavoli di coordinamento delle reti ospedaliere - affondo su PN	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Contributo alla redazione del piano ospedaliero integrato	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavoli di coordinamento della rete territoriale pediatrica, ivi inclusi i PLS	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Contributo alla redazione del piano strategico di ASL	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavoli di coordinamento dei servizi di neuropsichiatria infantile	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Redazione di un piano specifico di sviluppo integrato dei servizi di neuropsichiatria infantile	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
La salute mentale	Attivazione tavoli di coordinamento dei servizi dedicati alla salute mentale	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Redazione di un piano specifico di sviluppo integrato dei servizi dedicati alla salute mentale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Le dipendenze	Attivazione tavoli di coordinamento dei servizi dedicati alla salute mentale	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
	Redazione di un piano specifico di sviluppo integrato dei servizi dedicati alla salute mentale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**

* dall'approvazione del Piano Socio-sanitario

** dall'emanazione dell'atto di indirizzo regionale

AREE DI LAVORO, AZIONI E TEMPISTICHE PREVISTE

Area di lavoro	Azioni	Atto di indirizzo regionale	Atto programmatico di esecuzione delle aziende
Le politiche del personale	Attivazione di tavoli di lavoro delle direzioni del personale per benchmarking e benchlearning interaziendale rispetto a: invecchiamento e limitazioni, percorsi di inserimento neoassunti, pianificazione fabbisogni personale amministrativo, competenze amministrativo/gestionali da reclutare	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione di tavolo di lavoro delle direzioni del personale per definizione fabbisogni in coerenza con stime Agenas e potenziamento attività territoriale	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione di tavolo di lavoro delle direzioni delle professioni sullo skill mix (attività eseguibili in autonomia, attività trasferibili a OSS/amministrativi, ecc)	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione di tavolo di lavoro delle direzioni sanitarie rispetto rafforzamento logiche di rete e valorizzazione dei professionisti che lavorano presso le sedi periferiche	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione tavolo di lavoro regionale per avviare piano di presentazioni della professione infermieristica nelle scuole superiori, nonché campagne di comunicazione e forme di potenziamento degli istituti professionali a indirizzo sociosanitario	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Coinvolgimento di una o più agenzie specializzate per il reclutamento e l'inserimento di infermieri dall'estero adeguatamente formati.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Piena implementazione del Flusso OPPEAN per garantire la raccolta sistematica dei dati, e allo sviluppo delle reportistiche di monitoraggio periodico.	Entro 3 mesi*	Entro 2 mesi**
La digitalizzazione e il patrimonio informativo regionale	Definizione di chiari obiettivi aziendali da attribuire in forma specifica alle direzioni aziendali	Entro 6 mesi*	-
	Definizione di un modello organizzativo per governare l'innovazione digitale che strutturi e delinea chiaramente il ruolo dei diversi attori regionali (Regione, Azienda Zero e Aziende sanitarie) nei processi di trasformazione digitale, promuovendo una gestione integrata dell'innovazione.	Entro 3 mesi*	-
	Rafforzamento della governance dell'ecosistema digitale e dei processi di coordinamento regionale attraverso la creazione di momenti strutturati di confronto: istituzione cabina di regia e attivazione tavoli tecnici.	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Implementazione di un sistema di valutazione e monitoraggio dell'innovazione digitale, attraverso la definizione di indicatori di performance e metriche per misurare l'impatto dell'innovazione digitale e monitorarlo.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Armonizzazione dei processi di acquisizione dei software e dei sistemi informativi, nonché i meccanismi di governance e utilizzo dei dati, funzionali all'efficace accesso e gestione del patrimonio informativo.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione di un sistema di reportistica chiaro e definito	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Promozione dell'adozione di sistemi informativi regionali anche per le strutture private accreditate, garantendo integrazione e l'interoperabilità;	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Garantire formazione continua al personale sanitario e amministrativo sull'uso dei nuovi strumenti informatici e sulle procedure di interconnessione.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Esplorazione delle possibili modalità per introdurre soluzioni di intelligenza artificiale nel sistema e definizione di un piano per area vasta/quadrante	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**	

* dall'approvazione del Piano Socio-sanitario

** dall'emanazione dell'atto di indirizzo regionale

AREE DI LAVORO, AZIONI E TEMPISTICHE PREVISTE

Area di lavoro	Azioni	Atto di indirizzo regionale	Atto programmatico di esecuzione delle aziende
Il procurement	Attivazione di un tavolo tecnico interaziendale per un confronto trimestrale sulla gestione dell'esecuzione e monitoraggio dei contratti	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Redazione di un piano per la definizione dei modelli organizzativi per la gestione dell'esecuzione e monitoraggio dei contratti.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Predisposizione di linee guida per la gestione del sistema a rete degli acquisti prevedendo modelli comuni di gestione delle comunicazioni tra aziende e SCR, modalità e tempistiche di individuazione delle professionalità per la partecipazione a tavoli tecnici e commissioni giudicatrici.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Standardizzazione dei documenti di gara per garantire una maggiore uniformità all'interno delle aziende e tra aziende, definire delle checklist di controllo qualità della documentazione di gara; creare un servizio di newsletter per i responsabili acquisti su novità giurisprudenziali.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione di standard comuni di comportamento nella modalità di applicazione di alcune norme (es. modalità di calcolo dei costi della manodopera)	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Attivazione di tavoli di lavoro permanenti per l'analisi dei dati per la corretta definizione dei fabbisogni sulla base non soltanto delle singole categorie merceologiche ma in logica di PDTA.	Entro 3 mesi*	Entro 3 mesi**
	Definizione di linee guida regionali sulla gestione dei conflitti di interesse e sulle modalità di gestione dei gruppi di lavoro per la definizione dei capitolati: repository aziendale dei CV, modalità di raccolta dei consensi e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione delle linee guida regionali sulla gestione dei processi di HTA aziendale / acquisto di nuovi prodotti al fine di uniformare le pratiche e allineare alla nuova rete nazionale HTA.	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Rafforzamento degli strumenti di programmazione e controllo aziendali, mettendo a disposizione dei gestionali comuni a livello regionale con adeguati livelli di personalizzazione utili ai processi decisionali interni delle aziende	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**	
La logistica	Attivazione tavolo di lavoro per la razionalizzazione dei sistemi logistici	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione di un piano integrato dei sistemi logistici	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
Gli investimenti: grandi apparecchiature, tecnologie sanitarie ed edilizia sanitaria	Attivazione tavolo di coordinamento sovraziendale che integri e supporti il tavolo di lavoro sulle reti ospedaliere	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione di un piano degli investimenti integrato sovraziendale che integri e supporti il piano integrato delle reti ospedaliere	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
La ricerca clinica	Attivazione di un tavolo permanente integrato e interaziendale per il monitoraggio e il sostegno alla ricerca clinica in Piemonte	Entro 3 mesi*	Entro 1 mese**
	Redazione di un piano di governance della ricerca, a partire dal modello DAIRI	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**
	Definizione di metriche e attivazione di un sistema di monitoraggio permanente della produzione scientifica delle AOU, assegnando obiettivi più chiari alle direzioni aziendali	Entro 3 mesi*	Entro 6 mesi**

* dall'approvazione del Piano Socio-sanitario

** dall'emanazione dell'atto di indirizzo regionale



SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

**RESEARCH
RETHINK
REIMAGINE**

SDA Bocconi School of Management
Via Sarfatti, 10 - 20136 Milano, Italy
Phone: +39 02 5836 6605-6606 - email: info@sdabocconi.it
www.sdabocconi.it