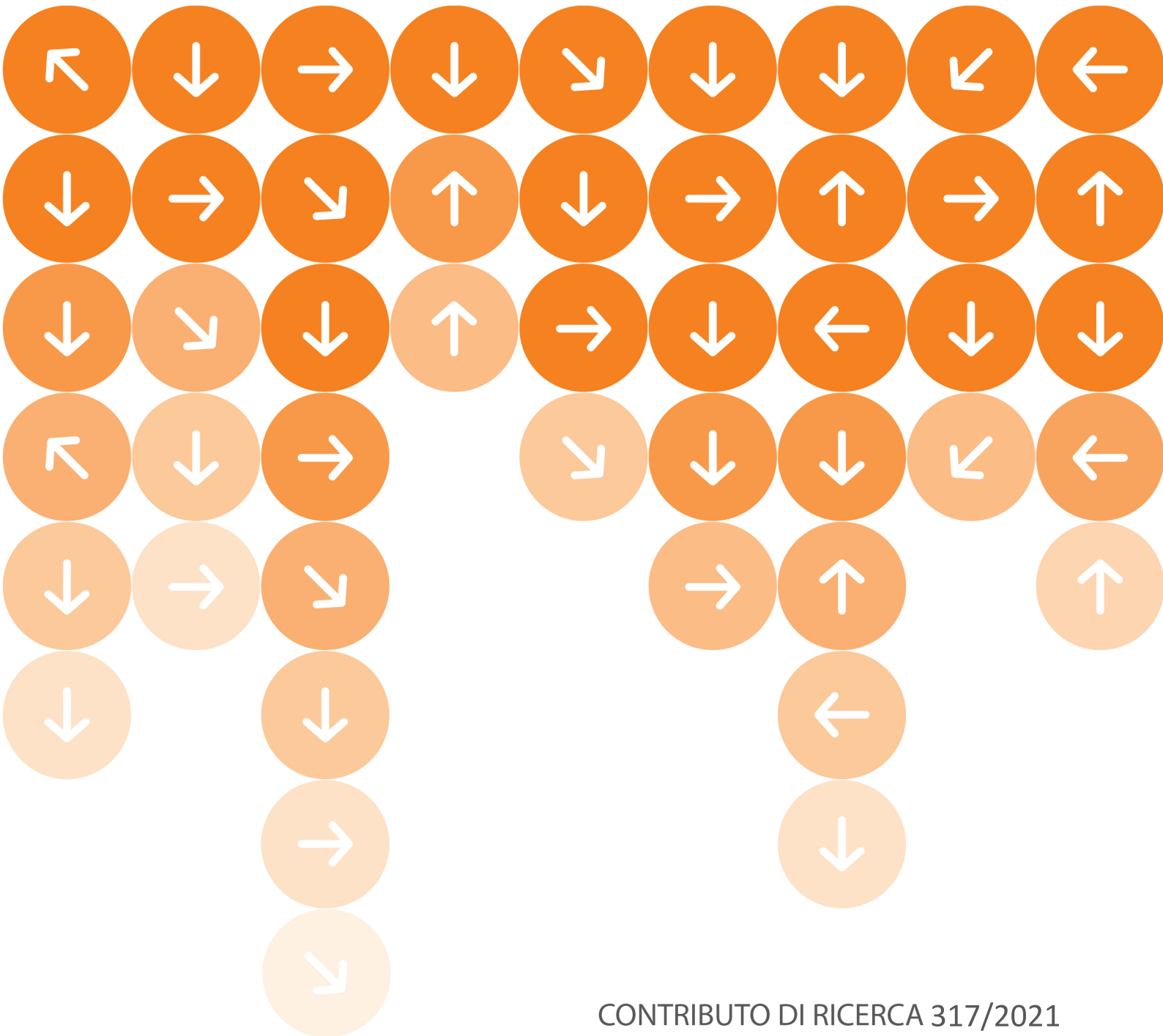




CONTRIBUTO DI RICERCA 317/2021

RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE
IN PIEMONTE
Evoluzione, scenari, linee di intervento 2020

Giovanna Perino, Luisa Sileno, Guido Tresalli e Gabriella Viberti

L'IRES PIEMONTE è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Michele Rosboch, Presidente
Mauro Durbano, Vicepresidente
Alessandro Carriero, Mario Viano, Gianpaolo Zanetta

COLLEGIO DEI REVISORI

Alessandro Rossi, Presidente
Maria Carmela Ceravolo, Silvio Tosi, Membri effettivi
Stefano Barreri, Luca Franco, Membri supplenti

COMITATO SCIENTIFICO

Irma Dianzani, Presidente
Filippo Brun, Anna Cugno, Roberta Lombardi, Ludovico Monforte, Chiara Pronzato, Pietro Terna

DIRETTORE

Vittorio Ferrero

STAFF

Marco Adamo, Stefano Aimone, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Stefania Bellelli, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cugno, Alessandro Cunsolo, Luisa Donato, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlaino, Vittorio Ferrero, Claudia Galetto, Anna Gallice, Lorenzo Giordano, Martino Grande, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macagno, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Gianfranco Pomatto, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Martina Sabbadini, Lucrezia Scalzotto, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Roberta Valetti, Giorgio Vernoni.

COLLABORANO

Niccolò Aimò, Filomena Berardi, Debora Boaglio, Cristiana Cabodi, Chiara Campanale, Silvia Caristia, Paola Cavagnino, Stefano Cavaletto, Elisabetta Cibini, Salvatore Cominu, Lucilla Conte, Giovanni Cuttica, Elide Delponte, Paolo Feletig, Lorenzo Fruttero, Silvia Genetti, Enrico Gottero, Massimiliano Granceri Bradaschia, Giulia Henry, Ilaria Ippolito, Veronica Ivanov, Ludovica Lella, Daniela Leonardi, Marina Marchisio, Stefania Medeot, Luigi Nava, Sylvie Occelli, Serena Pecchio, Valerio V. Pelligra, Ilaria Perino, Samuele Poy, Laura Ruggiero, Paolo Saracco, Alessandro Sciullo, Antonio Soggia, Anda Tarbuna, Valentina Topputo, Nicoletta Torchio, Silvia Venturelli, Paola Versino, Gabriella Viberti, Augusto Vio.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito www.ires.piemonte.it

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

©2021 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte via Nizza 18 – 10125 Torino – www.ires.piemonte.it

RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE
IN PIEMONTE
Evoluzione, scenari, linee di intervento
2020

© 2021 IRES
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
Via Nizza 18 -10125 Torino

www.ires.piemonte.it

GLI AUTORI

Il Contributo di Ricerca è stato realizzato nel 2020 dal gruppo di lavoro composto da Giovanna Perino, Luisa Sileno, Guido Tresalli e Gabriella Viberti.

Giovanna Perino

Ricercatrice senior, esperta in sanità e programmazione regionale, attualmente coordina l'area Salute. Responsabile dei progetti di gestione e innovazione delle reti ospedaliere e territoriale del Piemonte, degli studi di fattibilità dei nuovi ospedali, di analisi e valutazione di Partenariati Pubblico Privati in ambito sanitario, si occupa di analisi del personale e di organizzazione dei servizi del sistema socio sanitario regionale.

Luisa Sileno

Ricercatrice senior in Edilizia Sanitaria, si occupa principalmente di strumenti di gestione per il monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale, per la qualificazione edilizia e funzionale dello stesso, e dei progetti d'innovazione della rete ospedaliera regionale mediante la costruzione di nuovi ospedali.

Guido Tresalli

Ricercatore senior in Edilizia Sanitaria, si occupa del supporto scientifico alla programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria e di modelli innovativi per il finanziamento e la realizzazione delle opere pubbliche e di nuovi ospedali, con particolare riferimento alle forme del Partenariato Pubblico Privato. È esperto di cultura giuridica italiana negli ordinamenti esteri.

Gabriella Viberti

Ricercatrice e esperta di ricerca, attualmente si occupa di studi in vari filoni dell'economia sanitaria: organizzazione e valutazione della performance dei servizi, spesa e finanziamento, approfondendo in particolare applicazioni di innovazioni organizzative nel sistema socio sanitario. Ha seguito e curato numerosi studi di fattibilità per il riordino delle reti ospedaliere, nell'ambito di collaborazioni con Istituzioni di ricerca e sanitarie.

INDICE

INDICE	III
INTRODUZIONE	V
 Capitolo 1	 1
EVOLUZIONE E SCENARI DELLA RETE OSPEDALIERA	1
Uno sguardo al passato	1
Uno sguardo al futuro	7
 Capitolo 2	 11
LA DOMANDA DI RICOVERI OSPEDALIERI: MOBILITÀ INTERREGIONALE E INFRAREGIONALE	11
La mobilità interregionale	11
La mobilità infraregionale	12
 Capitolo 3	 15
EVOLUZIONE E SCENARI DELLA RETE TERRITORIALE	15
La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale	15
Il riordino della rete territoriale in Piemonte	15
I SERVIZI DI PROSSIMITÀ. CURE PRIMARIE E DOMICILIARI, CASE DELLA SALUTE	16
LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA RETE TERRITORIALE NELLA NOSTRA REGIONE	20
CONCLUSIONI	23

INTRODUZIONE

Il presente contributo, sviluppato nel corso del 2020, restituisce gli esiti della seconda fase di un percorso di ricerca dedicato ai temi della organizzazione delle reti sanitarie e della sostenibilità, immaginato nel 2018. Alle analisi condotte per lo sviluppo della prima fase – l'organizzazione della sanità piemontese, sia in termini di funzioni, strutture e dotazioni, sia in termini di criticità e punti di forza con i quali si dà riscontro ai bisogni di salute della popolazione – segue infatti il focus sull'immagine del modello di sanità nel medio periodo. Esso, si legge nella Introduzione del precedente contributo di ricerca¹, *“dipende da processi già in atto, come quelli conseguenti al riordino delle reti ospedaliera e territoriale delle ASR regionali, e da fenomeni, più o meno prevedibili, che riguardano il significato stesso della sanità e l'evoluzione di altri sistemi in relazione con essa, (...)”*.

Tra i fenomeni “più o meno prevedibili”, rientra certamente l'emergenza sanitaria dovuta al Coronavirus SARS CoV-2. Senza entrare nel merito dell'ampio dibattito scientifico circa la sua maggiore o minore prevedibilità, è certamente possibile affermare che il COVID-19 ha stravolto le nostre vite, per la rapidità con la quale si è diffuso il contagio e per l'intensità dei suoi effetti.

La capacità di risposta del Sistema Sanitario all'emergenza connessa al COVID-19 è in parte dipesa dalla organizzazione che a questo è stata data nei decenni precedenti. Se la rete ospedaliera in Piemonte ha tenuto, pur con necessari interventi repentini, beneficiando della specializzazione determinata dalle strategie di riordino avviate nel 2014 e pur necessitando di interventi di riorganizzazione, è risultato critico il filtro della rete territoriale, il cui disegno, a fronte di provvedimenti normativi assunti nel 2015, e che hanno avuto una parziale attuazione, presenta un potenziamento incompiuto e da consolidare.

Il sistema sanitario regionale è stato pertanto analizzato nel presente contributo richiamando l'evoluzione della rete ospedaliera piemontese, ripercorrendone sinteticamente le principali tappe, per poi prefigurarne possibili cambiamenti e strategie. Analogamente, nella seconda parte, sono stati descritti gli esiti di una analisi sulla domanda di ricoveri ospedalieri dei piemontesi, distinguendo tra mobilità interregionale e infraregionale, e successivamente gli scenari evolutivi e le prospettive di sviluppo della rete territoriale. Caratterizzata da una governance più complessa rispetto a quella della rete ospedaliera e da servizi maggiormente frammentati, la rete territoriale è stata analizzata anche con un focus sui servizi di prossimità, sulla rete delle Case della Salute e sulle cure domiciliari.

I provvedimenti regionali avviati nella seconda parte del 2020, il Patto della salute 2019-2021, la Legge che ha convertito il Decreto “Rilancio” e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza “Next Generation Italia”, prefigurano linee di intervento della sanità nel medio periodo, ancora in divenire anche a causa del permanere dello stato di emergenza sanitaria.

Tali indirizzi, se certamente sono mirati a fornire una risposta efficace al COVID-19, contemporaneamente sono funzionali a migliorare la rete ospedaliera e la rete territoriale,

¹ Perino G, Sileno L., Tresalli G. e Viberti G., “Rete ospedaliera e rete territoriale in Piemonte. Fabbisogni di salute, reti di cura, nuovi modelli organizzativi”, IRES Piemonte, CR 300, 2020

nell'ottica di garantire la tanta auspicata occasione di ripartenza del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

Questo cambiamento potrà essere monitorato attraverso l'analisi dei percorsi che, partendo dalla verifica dell'adeguatezza dell'esistente allo scenario di riferimento, definiscono le strategie per una possibile trasformazione verso l'assetto prospettato per il medio periodo, restituendo un disegno complessivo di intervento per la sanità regionale piemontese, terza tappa del nostro disegno di ricerca che verrà sviluppata nel corso del 2021.

Capitolo 1

EVOLUZIONE E SCENARI DELLA RETE OSPEDALIERA

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si basa sui principi dell'universalità, dell'uguaglianza e dell'equità. Il principio di universalità definisce l'ambito di competenza del SSN, che è l'intera popolazione. Ciò non significa solo che il diritto alla salute è tutelato per tutti i cittadini, ma significa – soprattutto – che la salute non è un bene individuale, bensì un valore per la collettività. Il principio di uguaglianza e quello di equità rimarcano quello di universalità, definendo i cardini del rapporto fra il SSN ed i cittadini: tutti i cittadini sono uguali rispetto al SSN, prescindendo dalle loro condizioni individuali, economiche e sociali, ed il SSN, a sua volta, garantisce a tutti parità di accesso in rapporto ad uguali bisogni di salute. Questa è la cornice, avente rango costituzionale, che abbraccia l'evoluzione del SSN e quindi anche quella del nostro Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Nel presente capitolo² ripercorriamo il principio di concorrenza del SSN e le tappe che hanno segnato la ricerca di questa sostenibilità nell'ultimo decennio, messa alla prova ancora oggi dall'emergenza in corso.

Uno sguardo al passato

La cornice generale: il principio di concorrenza del Sistema Sanitario Nazionale

La tutela della salute è una materia di legislazione concorrente e quindi, fatti salvi i principi affermati dalle leggi dello Stato, ciascuna Regione può disciplinare autonomamente l'organizzazione e la gestione del proprio sistema sanitario. Poiché l'universalità del SSN ha una rilevanza più ampia rispetto a quella dei confini regionali, il modello concorrente non è perfettamente federalista, poiché lo Stato e le Regioni fissano delle strategie comuni per il perseguimento dell'obiettivo di tutela della salute, siglando Patti per la salute, fissando i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e ricorrendo a strumenti ordinari di indirizzo e programmazione, come la Conferenza Stato-Regioni.

Nel rispetto dei principi generali affermati dallo Stato e delle strategie comuni di intesa fra lo Stato e le Regioni, ciascuna Regione può però curare l'organizzazione e la gestione del proprio sistema sanitario in modo da renderlo più appropriato agli specifici bisogni di salute della propria popolazione, ma – al tempo stesso – anche coerente alle proprie capacità in termini di risorse e competenze. Anche solo con riferimento alle risorse economiche, si consideri che la spesa sanitaria è quella che più incide sul bilancio regionale, toccando in

² Sezione curata, in parte, con contributi estratti e adattati da: Sileno L., Tresalli G., Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali – rapporto 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione).

Piemonte gli 8,4 miliardi di euro nel 2018 (circa il 75% del bilancio complessivo)³. Ecco la rilevanza del tema della sostenibilità, che, visti i principi di universalità, uguaglianza ed equità, non può essere meramente ridimensionato in termini di controllo della spesa, ma deve essere affrontato in termini di appropriatezza delle cure e di congruità degli investimenti. La ricerca della sostenibilità, infatti, impone di abbandonare il paradigma che associa la spesa sanitaria ad un costo e richiede uno sforzo per ricercare strategie capaci di trasformare questa spesa in investimenti, in modo che questi, nel rispetto delle risorse disponibili, possano restituire valore nel tempo.

L'evoluzione della rete ospedaliera: tappe ed effetti

La prima tappa è quella dei piani di rientro, dal 2010 al 2017, che, puntando prevalentemente alla razionalizzazione della spesa pubblica, hanno determinato una contrazione della spesa sanitaria e, in particolare, di quella per gli investimenti, costringendo SSR all'innovazione del proprio assetto organizzativo in un contesto di sobrietà.

Si assiste quindi, con la seconda tappa, al tentativo di specializzare il SSR con l'innovazione della rete ospedaliera, tentando di trasformare la stessa da un sistema diffuso e sostanzialmente locale di unità sanitarie in un sistema gerarchico e a rete, già incoraggiato dal DM 2 aprile 1995, n. 70, che definiva i bacini di utenza minimi e massimi per ciascuna categoria di ospedale ed introduceva il criterio delle aree di attività, da intendersi come territori, approssimabili con i confini provinciali, nei quali avrebbe dovuto essere garantito il garantito il livello primario di assistenza attraverso l'integrazione fra servizi ospedalieri, servizi distrettuali e di sanità pubblica.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015, infatti, recuperava il concetto di gerarchia fra ospedali e tentava di strutturare la rete ospedaliera assegnando un ruolo funzionale – e non solo territoriale – a ciascun ospedale, prevedendo anche la trasformazione o la dismissione delle strutture non corrispondenti a bacini di utenza minimi e necessari a garantire un adeguato livello di qualità delle cure.

Al PSSR fa seguito la terza tappa dell'evoluzione qui delineata, che è quella descritta dalle strategie di riordino della rete ospedaliera e della rete delle strutture della DGR 1-600⁴ e della DGR 26-1653⁵, licenziate con l'obiettivo di ricercare la più sostenibile corrispondenza fra ciascun bisogno sanitario e le prestazioni erogate presso diversi tipi di luoghi di cura, dall'ospedale al domicilio degli assistiti. Nella logica della rete l'ospedale è visto come un polo di un sistema – gerarchico, specializzato e strutturato per percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione – che sa indirizzare ciascun utente verso diversi punti di erogazione, garantendo

³G. Perino, G. Viberti, Prima della tempesta: 10 numeri su salute e sanità in Piemonte, in note brevi sul Piemonte, n. 3/2020, https://www.ires.piemonte.it/images/pubblicazioni/note-brevi/2020/2020-03_NotaSanita.pdf

⁴Regione Piemonte, DGR n. 1-600 del 19/11/2014, "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" e s.m.i.

⁵Regione Piemonte, DGR n. 26-1653 del 29/06/2015, "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n. 1-600 del 19/11/2014" e s.m.i.

congruità dei tempi di attesa e dei costi, appropriatezza degli accessi e qualità delle prestazioni, ossia sostenibilità del sistema sanitario.

La gerarchia e la specializzazione degli ospedali ha sottratto loro il ruolo di luogo omnicomprensivo per la sanità ed ha quindi comportato una razionalizzazione dell'attività ospedaliera che, nell'ottica della costituzione di percorsi di cura sostenibili, ha puntato alla riconversione del ricovero ordinario in ricovero diurno, alla trasformazione del ricovero diurno in assistenza ambulatoriale e all'incremento dell'assistenza residenziale e domiciliare, contando sul contestuale potenziamento della rete delle strutture e delle funzioni sanitarie e socio-assistenziali territoriali.

Gli effetti di questa trasformazione sono evidenti se si considera che in Piemonte⁶ la spesa sanitaria è ormai in linea con quella media nazionale, ma anche che il Piemonte, stando agli esiti del monitoraggio annuale del Ministero della Salute sugli indicatori riferiti ai tre macro livelli di assistenza (Promozione della Salute e Prevenzione, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera), è la Regione italiana con la migliore performance. Ciò nonostante le scelte fatte sembrano più improntate al sostentamento, piuttosto che alla sostenibilità, e ciò è evidente se si considera che, come ammonisce la Corte dei Conti, la spesa per gli investimenti in Sanità ha subito un progressivo rallentamento, passando da 24 milioni di euro nel 2016 a circa 21 milioni di euro nel 2017, fino a circa 8 milioni di euro nel 2018⁷.

Trattandosi di un'evoluzione in termini organizzativi e gestionali verso la specializzazione e la gerarchizzazione, un secondo effetto evidente è la riduzione delle unità amministrative che gestiscono la sanità (Aziende sanitarie). Si assiste quindi alla progressiva riduzione del numero delle Aziende Sanitarie e dei presidi ospedalieri. Infatti, dalle 63 USSL (Unità Socio Sanitarie Locali) istituite con LR n. 20 del 23/08/1982 si è arrivati a 18 Aziende Sanitarie così suddivise: 12 ASL (Aziende Sanitarie Locali), 3 AO (Aziende Ospedaliere) e 3 AOU (Aziende Ospedaliere Universitarie). Nell'ultimo decennio, inoltre, il numero degli ospedali pubblici a gestione diretta si è ridotto da 63 a 48 unità. Anche il numero dei posti letto ospedalieri in rete pubblica si è ridotto, passando da 18.720 unità (anno 2010) al numero di 16.130 (anno 2019)⁸, con la ripartizione descritta nella tabella¹.

⁶ Relazione Piemonte Economico Sociale 2019. Verso un Piemonte più sostenibile, Il sistema Salute, AA.VV., Torino, <https://www.ires.piemonte.it/index.php/relazione>.

⁷ Corte dei Conti, Sezione Regionale di Controllo per il Piemonte, 3 luglio 2019.

⁸ Per l'anno 2010 la fonte sono gli Open Data del Ministero della Salute. Per l'anno 2019 la fonte è il flusso Regionale DWARPE_R011.

TABELLA 1.1 - OSPEDALI E POSTI LETTO IN PIEMONTE, ANNO 2019

Tipo Struttura	Numero	Numero di posti letto ²			TOTALE
	di ospedali ¹	Day hospital	Day surgery	Ordinari	
Pubblico a gestione diretta ³	48	928	636	9.908	11.472
Privato accreditato ⁴	35	2	93	3.034	3.129
Privato equiparato ⁴	9	100	40	1.389	1.529
TOTALE	92	1.030	769	14.331	16.130

Note:

1. Sono stati considerati ospedali le strutture con posti letto per il ricovero a ciclo continuativo in specialità ospedaliere. Ad un medesimo ospedale possono corrispondere più strutture.
2. Dal computo è escluso il nido, che è presente solo negli ospedali pubblici a gestione diretta come specialità per il ricovero a ciclo continuativo con un totale di 388 culle.
3. Il computo non comprende il presidio Saapa s.p.a. (di proprietà privata), il Day Surgery del Distretto di Nichelino (privo di letti per il ricovero a ciclo continuativo), l'ospedale Oftalmico (riconvertito), l'ospedale di Venaria (sostituito da un nuovo ospedale, computato in tabella).
4. Del privato accreditato e del privato equiparato sono stati considerati solo i letti contrattualizzati (e quindi in rete pubblica).

Fonte: Sileno L., Tresalli G., *Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali – rapporto anno 2020*, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione).

Il processo sopra tratteggiato e la riduzione del numero dei posti letto corrispondono al processo di deospedalizzazione con il quale il SSN si è adeguato alla dinamica sia della domanda di prestazioni sanitarie, che ha chiesto un maggiore riscontro ai temi della non autosufficienza e della cronicità, sia dell'offerta di prestazioni sanitarie, che ha beneficiato dell'innovazione in campo medico, tecnologico e farmaceutico, riducendo la degenza media nel caso di ricovero, ovvero offrendo percorsi alternativi al ricovero stesso.

Per verificare se il processo di deospedalizzazione abbia interessato anche l'alta complessità – e ci si attende che non sia così, perché l'alta complessità non ha corrispondenti territoriali – si può osservare quale sia stata nell'ultimo decennio la variazione del numero dei posti letto in ricovero ordinario destinati alla terapia intensiva.

Si rileva, in effetti, che la variazione dal 2010 al 2019⁹ è di sole 7 unità, restando il numero di posti letto per la terapia intensiva nell'intorno di 300 unità. Occorre tra l'altro fare presente che la complessità dell'assistenza intensiva, in termini clinici, tecnologici e farmaceutici, allarga il ventaglio delle possibilità di beneficiare dell'innovazione ed è pertanto possibile che la riduzione osservata, sebbene contenuta, sia l'effetto di un incremento dell'efficacia e dell'efficienza dei trattamenti intensivi, ovvero delle cure che vengono erogate a monte, fino al limite di non rendere più necessario il trasferimento in terapia intensiva.

⁹Ibidem.

TABELLA 1.2 - POSTI LETTO, IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, PER LA TERAPIA INTENSIVA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE IN RETE PUBBLICA

STRUTTURA	2010	2019
Ospedali pubblici	309	305
Ospedali privati in rete pubblica	3	0
TOTALE	312	305

Fonte: elaborazione a cura degli Autori su dati del Ministero della Salute, open data (2010), e su flusso Regionale DWARPE_R011 (2020)

Il processo di deospedalizzazione e, contestualmente, quello di specializzazione della rete ospedaliera non hanno quindi penalizzato l'alta complessità. Tale permanenza si accompagna, però, a quella di criticità storiche della rete ospedaliera regionale, rese ancor più evidenti dall'emergenza sanitaria in corso.

BOX: GLI OSPEDALI PUBBLICI A GESTIONE DIRETTA IN NUMERI

In Piemonte ci sono 92 ospedali in rete pubblica con 16.130 posti letto (escluso il nido). Gli ospedali pubblici a gestione diretta sono 48, si articolano su 52 strutture ed hanno 11.472 posti letto (escluso il nido). Poiché la loro superficie è pari a 2.283.980 m², la superficie a posto letto è di circa 200 m²/pl.

La loro qualità strutturale è pari al 74,4%, in una scala dove al 100% corrisponde il pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento. Il 40% circa delle strutture ospedaliere risulta critico per qualità strutturale.

Assunta convenzionalmente la durata della vita utile delle strutture pari a 100, la loro obsolescenza è pari a 69,7: valore che indica che le dinamiche evolutive degli ospedali si stanno attualmente svolgendo nella fase intermedia della loro vita utile. Il 67% circa delle strutture ospedaliere risulta critica per obsolescenza. Una parte di queste strutture, che costituisce circa il 27% delle 52 strutture ospedaliere, inoltre, ha vincoli tipologici, costruttivi o normativi che non la rende più pienamente disponibile ad interventi diffusi ed intensivi per l'adeguamento od il recupero con risorse ordinarie.

Il fabbisogno per l'adeguamento edilizio degli ospedali regionali a gestione diretta è stimato in circa 1,71 miliardi di euro (al netto degli interventi già ammessi a finanziamento alla data del 31 luglio 2020 e degli adeguamenti antisismici).

FIGURA 1.1 - LIVELLI DI QUALITÀ STRUTTURALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI (MEDIA REGIONALE), ANNI 2008-2020

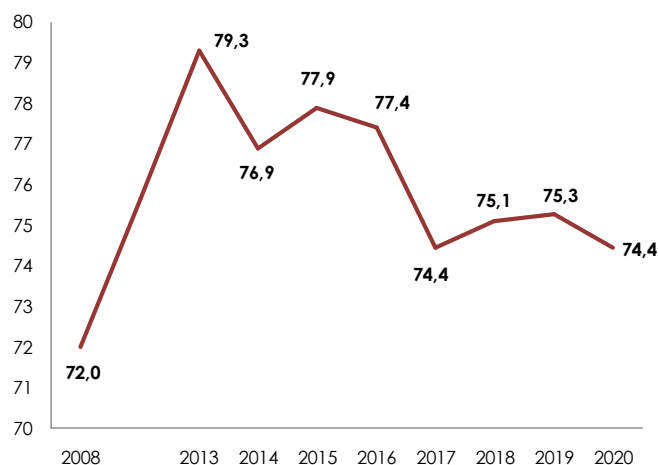


FIGURA 1.2 - LIVELLI DI OBSOLESCENZA DEI PRESIDI OSPEDALIERI (MEDIA REGIONALE), ANNI 2008- 2020

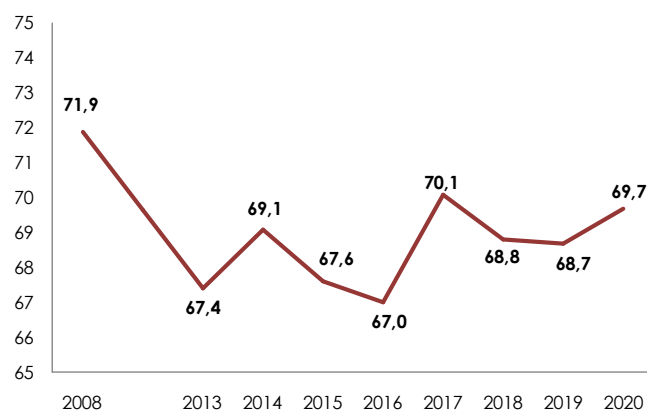
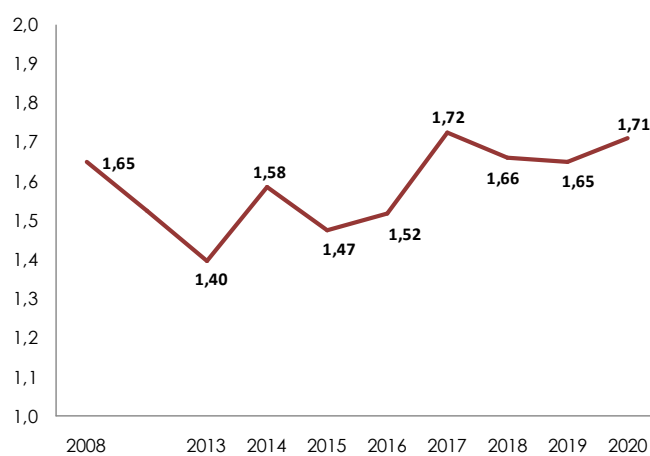


FIGURA 1.3 - STIMA DEL FABBISOGNO PER L'ADEGUAMENTO DEI PRESIDI OSPEDALIERI REGIONALI (IN MILIARDI DI EURO): ANNI 2008-2020



Fonte delle Fig. 1.1, 1.2, 1.3: Sileno L., Tresalli G., Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali – rapporto anno 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione).

La rete ospedaliera Regionale si presenta quindi con le seguenti criticità:

- Le superfici ospedaliere sono in esubero rispetto a quelle che sarebbero strettamente necessarie per ospitare in condizioni di piena sostenibilità i posti letto previsti dalla programmazione sanitaria, anche al lordo dell'incremento previsto dal Decreto Rilancio. Ciò nonostante lo stato di obsolescenza ed i vincoli di natura tipologica, costruttiva o normativa che caratterizzano parte del patrimonio ospedaliero regionale non permettono la valorizzazione della sua potenzialità insediativa residua, stimata in 2.708 letti, se non – eventualmente – in termini di ampliamento di funzioni già svolte presso le singole strutture e, comunque, a fronte di investimenti.
- Parte del patrimonio ospedaliero non può più essere pienamente recuperato con risorse ed interventi ordinari a causa dell'obsolescenza e dei vincoli tipologici, costruttivi o normativi che lo caratterizzano. Questa criticità riguarda 14 strutture ospedaliere su 52.
- Il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali, stimato in circa 1,71 miliardi di euro, è di entità tale da determinare la necessità di programmare gli interventi sulla base di criteri di priorità, che devono legarsi a quelli di opportunità e di appropriatezza. L'opportunità dipende dal fatto che la struttura interessata sia effettivamente disponibile all'adeguamento, ossia capace di migliorare a seguito della sua realizzazione. L'appropriatezza, invece, dipende dalla pertinenza fra gli obiettivi dell'adeguamento ed il ruolo previsto per la struttura dalla programmazione sanitaria, anche per effetto dell'evoluzione complessiva della rete ospedaliera.
- L'emergenza sanitaria in corso ha messo in evidenza che nell'ottica di un Sistema Sanitario integrato il comparto ospedaliero è solo una delle dimensioni dei percorsi per la prevenzione, la cura, l'assistenza e la riabilitazione e tale dimensione è tanto più valorizzata, ossia capace di svilupparsi per quella che è la propria competenza, quanto più risultano efficaci ed efficienti le continuità ospedale-ospedale ed ospedale-territorio.
- Ciascuna dimensione, ospedaliera o territoriale, è caratterizzata da responsabilità, competenze e risorse differenti, delle quali le strutture sono soltanto una delle disponibilità necessarie. Le strutture, in altre parole, possono risultare comunque vuote se prive del personale, delle tecnologie e dei dispositivi necessari all'esercizio delle funzioni previste o, peggio ancora, inappropriate se non sono parte di un sistema che sappia accompagnare gli assistiti verso i punti di erogazione più idonei al riscontro dei loro bisogni di cura, ovunque questi siano collocati.

Uno sguardo al futuro

La sfida del COVID 19

L'emergenza sanitaria determinata dal COVID si è presentata con sfide che hanno imposto riflessioni sul significato complessivo del Servizio Sanitario. Gli ospedali, in particolare, hanno dovuto confrontarsi con nuovi ed urgenti bisogni di salute e, se da un lato hanno potuto beneficiare della specializzazione determinata dalle strategie di riordino della rete ospedaliera, dall'altro hanno dovuto compensare gli effetti dell'incompiuto potenziamento e

consolidamento della rete territoriale. Il rapporto ospedale-ospedale, derivante dalla specializzazione della rete ospedaliera, ed il rapporto ospedale-territorio, derivante dalla necessità di gestire percorsi di cura articolati per prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, sono stati centrali nel dibattito sulle strategie per riscontrare l'emergenza sanitaria. La consapevolezza del fatto che tali strategie avrebbero dovuto avere non solo l'ambizione di riscontrare l'emergenza sanitaria in corso, bensì, anche, l'obiettivo di accompagnare l'evoluzione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale è poi emersa a seguito del Decreto Rilancio (DL 19 maggio 2020, n. 34), che, con l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e della terapia sub-intensiva, ha inciso ulteriormente sulla specializzazione degli ospedali sul fronte dell'alta complessità e, con il potenziamento della rete territoriale, ha messo in evidenza l'importanza del comparto non ospedaliero nella funzionalità complessiva del sistema sanitario.

Quella della specializzazione ospedaliera e quella del potenziamento del comparto territoriale erano comunque due strategie già in parte definite ed attuate dalla Regione Piemonte. L'emergenza sanitaria in corso ha quindi comportato l'accelerazione di trasformazioni già avviate e costituisce ancora l'occasione per ricondurre le strade già intraprese per il miglioramento della rete ospedaliera e della rete territoriale ad un unico percorso che sia la trasformazione dell'esistente secondo un disegno complessivo, unitario e coerente di quello che potrebbe essere un sistema sanità integrato.

BOX: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE IN EMERGENZA COVID-19

La Regione Piemonte, con la D.G.R. del 12 giugno 2020¹⁰, in attuazione delle disposizioni contenute nel D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, ha deliberato di approvare il Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

Il Piano, come da indicazioni delle Circolari ministeriali, è corredato, tra gli altri, da allegati dedicati 1) alla programmazione e 2) agli interventi previsti per i posti letto di terapia intensiva e semintensiva, a interventi previsti per 3) l'adeguamento dei Pronto soccorso e per 4) l'implementazione dei mezzi da dedicare ai trasferimenti ospedalieri, oltre che da allegati che focalizzano il personale sia per le terapie intensive sia per i mezzi di soccorso.

A fronte dei 327 posti letto di terapia intensiva pre-emergenza della Regione Piemonte, di cui 16 sono posti letto di Day-Hospital (già incrementati dai 305+16 censiti nel 2019), il Piano ha previsto di attivarne ulteriori 299, mentre ha determinato la dotazione di posti letto di terapia semi-intensiva nel numero pari a 305, per la metà dei quali – 153 posti letto – si prevede la possibilità di convertirli in posti letto di terapia intensiva.

Per i posti letto di terapia intensiva e semintensiva, il Piano prevede che siano considerati come parzialmente "compensabili", ovvero realizzabili, in caso di impedimento di tipo strutturale o impiantistico, in presidi delle Aziende diversi dagli Ospedali o in altra struttura se appartenente alla medesima area/quadrante.

¹⁰ Deliberazione di Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492, "Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19", da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020

I cambiamenti e le possibili strategie

Guardando ad uno scenario di medio periodo si possono quindi prevedere dei cambiamenti ineluttabili e dei cambiamenti opportuni.

I cambiamenti ineluttabili sono quelli sostanzialmente obbligati perché riscontrano trasformazioni del contesto di riferimento già avvenute e alle quali corrispondono criticità del Servizio Sanitario attuale, oppure perché si riferiscono a precetti normativi.

I cambiamenti opportuni sono invece quelli che possono accompagnare l'evoluzione indotta dai cambiamenti ineluttabili permettendo di ricercare condizioni di più ampia sostenibilità dell'evoluzione complessiva del Sistema Sanitario in termini di qualità, efficienza, efficacia.

Sono cambiamenti ineluttabili:

- il potenziamento e la specializzazione dell'attività ospedaliera, anche per riscontrare l'esigenza di ampliamento dei posti letto per la terapia intensiva e per la terapia sub-intensiva;
- il potenziamento della rete sanitaria e socio-assistenziale territoriale;
- il mantenimento delle strutture sanitarie ed il loro adeguamento per il controllo delle criticità indifferibili, come quelle in materia di sicurezza.

Le parole chiave dei cambiamenti ineluttabili sono quindi "innovazione", "adeguamento", "partecipazione".

L'innovazione e l'adeguamento sollecitano investimenti sulla programmazione come presupposto per il "poter fare". Il riferimento è ad una programmazione che sia in grado di tracciare un disegno complessivo, unitario e coerente di trasformazione del sistema sanitario e che sappia garantire la certezza degli oggetti, dei tempi e delle risorse per il compimento delle azioni necessarie al perseguimento degli obiettivi che si pone.

Il tema dell'innovazione può essere articolato in due percorsi: quello della trasformazione degli ospedali esistenti e quello della realizzazione di nuovi ospedali. I due percorsi possono essere combinati nel caso di previsione di nuove realizzazioni in luogo di più strutture esistenti.

L'eccesso di superfici ospedaliere rispetto ai posti letto e, al tempo stesso, la difficoltà di valorizzare tale eccesso come una potenzialità insediativa a causa dell'obsolescenza e di vincoli tecnici e normativi che limitano la trasformazione degli ospedali esistenti, riconduce il tema dell'innovazione a quello del riordino. Si tratta, in sostanza, di interpretare la nuova realizzazione di ospedali non solo in chiave di potenziamento dell'esistente o di mera sostituzione edilizia di strutture non più idonee agli usi attuali, bensì anche nell'ottica della trasformazione complessiva che potrebbe essere perseguita con la dismissione o la trasformazione di parte delle strutture ospedaliere attualmente esistenti, almeno a livello della rete locale. Ecco, quindi, che i nuovi ospedali potrebbero costituire l'occasione per restituire in tutto od in parte ad altre funzioni, anche sanitarie, le strutture ospedaliere esistenti ed in relazione con la nuova realizzazione. Per le strutture ospedaliere esistenti, ad esempio, un modello d'uso potrebbe essere quello che fa gravitare attorno al nocciolo ospedaliero funzioni di continuità a bassa complessità, oppure territoriali.

Il riordino complessivo e la razionalizzazione a livello di ogni singola struttura solleverebbero in parte dalla criticità insediativa attuale, derivante dall'eccesso di superfici ospedaliere non valorizzabili per ulteriori attività ospedaliere, e, restituendo in tutto od in parte strutture ad usi più compatibili, determinerebbero una contrazione del fabbisogno per l'adeguamento e, al tempo stesso, un incremento della qualità strutturale ed il recupero degli effetti dell'obsolescenza. Se è vero che alla contrazione del fabbisogno corrisponderebbe comunque un investimento è altrettanto vero che nel contesto di una programmazione complessiva tale investimento potrebbe essere interpretato non come un costo od una spesa, bensì come valore per la comunità.

A proposito dell'innovazione sono ambiti di sicuro interesse quelli delle seguenti Aziende Sanitarie (mediamente critiche per qualità strutturale, obsolescenza ed incidenza dei costi per l'adeguamento degli ospedali di loro competenza): l'AOU Maggiore della Carità di Novara, l'ASL VCO: Verbano-Cusio-Ossola, l'ASL NO: Novara, l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, l'AO S. Croce e Carle di Cuneo, l'ASL CN2: Alba-Bra, l'ASL Città di Torino, l'ASL TO4: Torino nord, l'AOU S. Luigi di Orbassano.

Con riferimento alle strutture esistenti, il fabbisogno complessivo per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali, pari a circa 1,71 miliardi di euro, conferma l'opportunità di continuare a definire delle strategie di investimento per scenari rivolti ad obiettivi specifici, in modo che possano essere risolte – fra tutte quelle esistenti e con le disponibilità economiche effettive – le criticità inderogabili, quali – ad esempio – quelle in materia di sicurezza. A questo proposito si mette in evidenza che solo l'entità delle richieste di finanziamento presentate dalle Aziende Sanitarie alla Regione Piemonte per il triennio 2020-2022 per il comparto ospedaliero ammontano a circa 188 milioni di euro per gli adeguamenti antincendio, a circa 18 milioni di euro per gli adeguamenti antisismici e a circa 45 milioni di euro per altri adeguamenti normativi in materia di tutela della sicurezza.

Anche sul fronte dell'adeguamento il tema chiave è quello della programmazione in modo che le strategie per l'innovazione si combinino con quelle per il recupero dell'esistente secondo criteri di priorità che permettano di concentrare le risorse ove le criticità risultano più rilevanti o coerenti agli obiettivi dei finanziamenti disponibili.

Capitolo 2

LA DOMANDA DI RICOVERI OSPEDALIERI: MOBILITÀ INTERREGIONALE E INFRAREGIONALE

La mobilità dei pazienti per ricoveri tra aree della Regione e al di fuori dei confini regionali¹¹ segnala un'inappropriata corrispondenza tra domanda e offerta di servizi sanitari. Secondo l'AGENAS¹², la mobilità sanitaria sintetizza il livello di adeguatezza/soddisfazione degli utenti per le prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere, la qualità percepita delle cure, il rispetto dei tempi di attesa, le valutazioni professionali per le prestazioni erogate dai clinici che operano nelle strutture.

Sono due gli indici utilizzati per misurare la mobilità.

- **L'indice di fuga.** I flussi di pazienti verso strutture esterne alla propria area di residenza sono misurati con l'indice di fuga, che indica la percentuale di residenti che si ricoverano al di fuori della propria ASL. L'indice misura quindi la fuga e la scelta di curarsi al di fuori del territorio di residenza.
- **L'indice di attrazione.** L'analisi dell'indice di attrazione delle strutture ospedaliere fornisce, per contro, i flussi di ricoveri in ingresso, ovvero la percentuale di ricoverati non residenti nell'area di riferimento. L'indice misura l'attrazione esercitata dalle strutture in favore di utenti non residenti.

Sono due le dimensioni della mobilità che è possibile analizzare.

- **Mobilità interregionale.** Comprende la mobilità dei ricoveri tra il Piemonte e le altre Regioni.
- **Mobilità infraregionale.** Comprende la mobilità dei ricoveri all'interno della nostra Regione, con riferimento alla domanda di ricoveri dei residenti nelle singole Asl e all'attrazione di ricoveri da parte delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie.

La mobilità interregionale

La mobilità interregionale incide in misura non indifferente sulle casse della sanità piemontese: la Regione rimborsa i ricoveri dei residenti consumati al di fuori del proprio territorio. Spesso la mobilità interregionale è dovuta a problemi fisiologici (in Piemonte, tra questi, vi è la vicinanza di molte ASL al territorio lombardo): è questo il caso della "mobilità di confine", ma si aggiungono motivazioni legate all'esistenza di servizi più attrattivi e appetibili al di fuori della Regione.

In Piemonte i pazienti usciti sono più numerosi di quelli entrati: la Regione Piemonte è quindi economicamente in debito con altre Regioni che hanno curato i suoi pazienti. Nel 2018 il saldo

¹¹ Sezione curata con contributi rielaborati ed adattati da: Viberti G., Perino G. La Mobilità dei Ricoveri, 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione)

¹² F. Bortolan, Mobilità sanitaria: La chiave di lettura dell'agenzia, AGENAS; Roma, 18 novembre 2020

tra ricoveri esportati e importati, secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute, era di - 6.486.

Nello stesso anno il saldo era

- negativo per i ricoveri per acuti, ordinari (- 3.769) e in day hospital (- 5.556);
- positivo per i ricoveri in riabilitazione ordinari (+ 2.445) e leggermente negativo per i ricoveri di riabilitazione in day hospital (- 142);
- negativo per i ricoveri in lungodegenza (-6.486).

Dei 594.351 ricoveri di residenti in Piemonte, 44.645 erano in mobilità passiva nel 2018, il 7,5 % del totale.

La mobilità infraregionale

La domanda di ricoveri è influenzata dall'offerta di servizi, ospedalieri e territoriali, presenti nelle ASL di residenza.

I pazienti di una ASL possono ricoverarsi:

- in strutture ospedaliere presenti nella propria ASL;
- in Aziende Ospedaliere (o Ospedaliere Universitarie);
- in strutture ospedaliere presenti in altre ASL della Regione;
- in strutture ospedaliere fuori Regione.

Specifici fattori possono determinare una mobilità dei pazienti tra aree della Regione. Alcune strutture come le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), ad esempio, sono riferimento per un bacino di utenti superiore a quello dell'ASL in cui insistono. Questo bacino è rappresentato, in Piemonte, dall'Area Omogenea¹³.

La tabella che segue (suddivisa per ricoveri ordinari e ricoveri in regime di day hospital) analizza la mobilità dei ricoveri dei residenti provenienti dalle 12 Asl piemontesi (in colonna), diretti (in riga):

- verso le Aziende Ospedaliere (e Aziende Ospedaliere Universitarie),
- verso le strutture di altre Asl
- fuori Regione.

La maggior parte dei residenti nelle ASL piemontesi si ricovera nelle strutture presenti sul proprio territorio. Per la mobilità infraregionale il dato è aggiornato al 2019.

L'afflusso verso le AO/AOU è sempre inferiore al 50% tra i residenti nelle ASL appartenenti alle Aree Omogenee di afferenza (fanno eccezione i ricoveri in regime day hospital dei residenti nell'ASL Novara rivolti verso l'AOU di Novara).

¹³ Ex DGR n. 17-4817 del 27 marzo 2017, "Il Programma regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-19. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali"

I residenti nell'ASL di Alessandria si ricoverano per più del 10 % in strutture fuori Regione sia per i ricoveri ordinari sia per i ricoveri in regime di day hospital.

Tabella 2.1 - Mobilità infraregionale ricoveri ordinari dei residenti nelle Asl Piemontesi, 2019

Destinazione \ Provenienza	CITTA' DI TORINO	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN2	AT	AL
EX TO1	10,5	5,1	1,8	4,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,4	0,5	0,5	0,1
EX TO2	26,8	7,4	11,9	4,8	0,4	0,9	0,1	0,1	0,5	1,5	1,3	0,2
TO3	3,5	39,4	0,8	2,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0
TO4	4,4	2,5	56,8	1,4	1,4	2,1	0,2	0,4	0,1	0,3	0,6	0,1
TO5	2,3	1,9	1,3	43,4	0,1	0,2	0,1	0,0	0,4	0,6	1,6	0,1
VC	0,6	0,4	2,3	0,5	56,0	4,3	2,4	0,8	0,1	0,1	0,3	1,5
BI	0,2	0,2	0,7	0,1	4,2	72,2	0,5	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2
NO	0,1	0,1	0,4	0,1	9,8	2,2	30,1	8,3	0,2	0,3	0,2	0,6
VCO	0,3	0,2	0,5	0,3	2,5	1,2	2,9	67,7	0,2	0,3	0,2	0,2
CN1	0,3	1,0	0,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	41,0	8,2	0,3	0,1
CN2	0,4	1,0	0,3	1,2	0,1	0,1	0,0	0,0	2,8	63,3	2,7	0,2
AT	0,3	0,2	0,2	0,7	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	3,8	67,0	1,4
AL	0,2	0,2	0,4	0,1	1,1	0,2	0,1	0,2	0,2	1,3	5,3	44,0
CITTA' DELLA SALUTE - Torino	31,4	16,9	13,6	27,0	2,1	2,4	0,9	0,7	2,9	5,0	4,5	1,1
MAURIZIANO UMBERTO I - Torino	11,5	4,5	2,3	3,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,6	0,8	0,1
AOU S.LUIGI - Orbassano	1,5	12,9	1,0	2,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,4	0,1
MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	0,1	0,1	0,3	0,1	10,3	4,2	46,4	6,1	0,0	0,1	0,1	0,5
AO S. CROCE E CARLE - Cuneo	0,2	0,6	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	45,6	8,2	0,3	0,1
OSP. SS.ANTONIO E BIAGIO -	0,1	0,1	0,1	1,3	1,0	0,3	0,3	1,0	0,2	1,0	7,0	34,7
FOND. PIEMONTE ONCOLOGIA -	0,6	1,5	0,6	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,5	0,7	0,3
Altre Regioni	4,7	3,9	4,7	3,8	9,6	8,2	15,5	13,8	3,8	3,9	5,7	14,6
Totale (valori assoluti)	85.767	50.958	47.681	28.730	17.271	17.031	34.446	17.304	45.178	16.048	20.338	50.174

Tabella 2.2 - Mobilità infraregionale ricoveri day hospital residenti nelle Asl Piemontesi, 2019

Destinazione \ Provenienza	CITTA' DI TORINO	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN2	AT	AL
EX TO1	12,9	8,1	4,4	6,4	0,6	0,5	0,1	0,3	0,8	1,1	2,3	0,4
EX TO2	24,2	10,5	14,6	8,4	1,0	1,4	0,2	0,1	1,4	2,9	2,3	0,3
TO3	0,5	19,9	0,3	1,2	0,1	1,7	0,0	0,0	0,5	1,0	0,1	0,0
TO4	1,0	1,4	46,4	0,5	1,5	1,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,1
TO5	2,1	1,9	1,3	33,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	0,6	1,3	0,0
VC	0,1	0,1	0,8	0,0	50,1	4,6	2,3	0,9	0,1	0,1	0,2	1,0
BI	0,1	0,1	0,4	0,1	4,5	68,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
NO	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	0,3	15,3	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0
VCO	0,2	0,2	0,2	0,2	3,0	0,8	3,7	75,8	0,1	0,1	0,2	0,1
CN1	0,1	0,8	0,1	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	28,1	3,9	0,1	0,0
CN2	1,0	2,3	0,6	2,4	0,0	0,2	0,0	0,0	12,6	64,5	4,9	0,8
AT	0,2	0,2	0,3	1,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	3,1	54,8	1,6
AL	0,1	0,1	0,3	0,0	1,4	0,2	0,1	0,0	0,2	0,4	5,0	38,1
CITTA' DELLA SALUTE - Torino	38,9	24,3	19,4	30,1	3,6	4,8	2,0	1,1	5,7	7,8	9,1	2,1
MAURIZIANO UMBERTO I - Torino	11,2	7,1	4,1	5,2	0,4	0,4	0,1	0,1	0,4	0,8	1,6	0,3
AOU S.LUIGI - Orbassano	3,7	16,1	2,3	4,3	0,6	0,6	0,1	0,2	0,6	0,6	1,0	0,3
MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	0,2	0,2	0,5	0,2	19,8	7,9	66,8	7,5	0,0	0,1	0,4	1,1
AO S. CROCE E CARLE - Cuneo	0,2	0,5	0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	44,5	7,2	0,3	0,1
OSP. SS.ANTONIO E BIAGIO - Alessandria	0,2	0,2	0,1	3,7	1,2	0,7	0,4	0,2	0,8	2,6	10,1	41,8
FOND. PIEMONTE ONCOLOGIA - Candiolo	1,5	4,2	1,3	0,4	0,6	0,4	0,1	0,1	0,6	0,9	1,5	0,3
Altre Regioni	1,9	1,8	2,5	1,3	6,0	5,1	8,2	7,7	3,2	2,3	4,1	11,6
Totale	36.671	24.902	22.168	14.343	5.889	5.881	13.079	5.983	17.137	7.220	7.096	17.135

Fonte delle Fig. 2.1 e 2.2: Viberti G, Perino G., Elaborazione da dati SEPI.

Capitolo 3

EVOLUZIONE E SCENARI DELLA RETE TERRITORIALE

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che aprono la presente sezione¹⁴, declinano il diritto esigibile alla salute in termini di prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di compartecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono stati introdotti nel Servizio Sanitario nel 2001¹⁵, suddividendo le prestazioni in tre grandi linee di attività – Promozione della Salute e Prevenzione, Assistenza territoriale e Assistenza ospedaliera – confermate nell'aggiornamento operato nel 2017.

I LEA, nella versione aggiornata al 2017¹⁶, suddividono, a loro volta, il Macrolivello Assistenza territoriale in aree di attività:

- a) Assistenza sanitaria di base
- b) Emergenza sanitaria territoriale
- c) Assistenza farmaceutica
- d) Assistenza integrativa
- e) Assistenza specialistica ambulatoriale
- f) Assistenza protesica
- g) Assistenza termale
- h) Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale
- i) Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale.

I livelli di assistenza territoriali sono globalmente compresi nei “Percorsi assistenziali Integrati”, che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, erogata nei Distretti delle ASL piemontesi, sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio.

Il riordino della rete territoriale in Piemonte

Lo presa in carico dei pazienti sul territorio richiede integrazione, prossimità e continuità nelle cure, erogate da team multi professionali, in rete. Servono operatori e servizi sul territorio delle Asl, in luoghi dove i professionisti, congiuntamente – medici, infermieri, professioni sanitarie, sociali, amministrativi – garantiscano ai cittadini un luogo unitario di accesso. Il Servizio sanitario

¹⁴ Sezione curata, in parte, con contributi rielaborati ed adattati da: Viberti G., Perino G., La Sperimentazione regionale delle Case della Salute in Piemonte, 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione)

¹⁵ DPCM del 29 novembre 2001

¹⁶ DPCM 12 gennaio 2017, art. 21

deve essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento.

Ma il processo di integrazione fatica a consolidarsi sul versante territoriale. Qui i servizi sono più frammentati e la governance più complessa. Sul territorio sono presenti molteplici attività gestite da personale convenzionato (in primis cure primarie e attività specialistica ambulatoriale) e realtà private accreditate o in collaborazione con gli Enti Locali (strutture residenziali extra ospedaliere per anziani, disabili, salute mentale, minori, dipendenze, etc). Nelle Cure Primarie prevalgono ancora modelli organizzativi obsoleti basati sul lavoro prevalentemente individuale e sull'integrazione mono professionale: solo il 31,5% dei medici di medicina generale piemontesi lavorano in gruppo e un altro 33,5% in rete (per i pediatri di libera scelta le due percentuali sono 26,5% e 2,5%).

In Piemonte la Deliberazione di Giunta n. 26 del 2015¹⁷ per il riordino della rete territoriale si prefigge di completare il ridisegno complessivo dell'offerta assistenziale già avviato con la rete ospedaliera¹⁸, puntualizzando e definendo:

- il modello organizzativo e il ruolo del Distretto, l'articolazione dell'ASL deputata a garantire l'erogazione dei Livelli di Assistenza sul proprio territorio;
- le forme organizzative multi professionali cui affidare l'assistenza primaria (Aggregazioni Funzionali Territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie e Case della Salute);
- indicazioni relative alla configurazione dei Dipartimenti territoriali – Prevenzione, Materno Infantile, Salute Mentale e Dipendenze –
- indicazioni relative all'integrazione socio sanitaria, che comprende quelle Cure integrate portatrici di competenze sanitarie e sociali, quali le Cure Domiciliari e le Cure erogate nelle Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche.

Se il ridisegno della rete ospedaliera ha raggiunto nella nostra Regione una fase avanzata, la riconfigurazione della rete territoriale è stata realizzata solo in parte: nelle Case della Salute esistenti l'integrazione delle diverse professionalità del territorio, sanitarie e sociali, si è rivelato un processo complesso; l'introduzione di servizi di prossimità nel sistema piemontese della Salute Mentale è tuttora in fase di perfezionamento.

I SERVIZI DI PROSSIMITÀ. CURE PRIMARIE E DOMICILIARI, CASE DELLA SALUTE

Nel triennio 2017-20 è partita, in Piemonte, la sperimentazione delle Case della Salute, una rete, tutt'ora in espansione, che vuole rappresentare un luogo di accoglienza e di cura vicino

¹⁷ Regione Piemonte, DGR n. 26-1653 del 29/05/2015 "Interventi per il riordino della rete territoriali in attuazione del Patto per la Salute 2014/16 e della DGR n. 1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."

¹⁸ Regione Piemonte, DGR n. 1-600 del 19/11/2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/16 d linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriali e s.m.i."

ai cittadini, sede di servizi territoriali integrati. Le Case della Salute rappresentano la sede in cui si sviluppano i percorsi assistenziali dei pazienti cronici, e il riferimento per la medicina di iniziativa. Una rilevazione condotta dalla Direzione Sanità nel primo semestre del 2020, cui IRES ha partecipato, traccia le caratteristiche peculiari della sperimentazione, della quale si riportano di seguito gli elementi principali.

Le Case della Salute

Di seguito alcuni dei risultati più rilevanti della Sperimentazione piemontese delle Case della Salute, così come rilevata a metà 2020.

Diffusione delle Case della Salute (CS) nel territorio delle ASL piemontesi: capillare, con bacini di utenza limitati

Quante sono le CS attivate nel corso della sperimentazione? **70**

Qual è la percentuale di popolazione regionale coperta dalle CS? **40%**

In quanti Distretti delle ASL piemontesi sono presenti CS? **30** (su 33)

Quante CS hanno un bacino d'utenza inferiore ai 30.000 abitanti? **57**

Quante CS hanno un bacino d'utenza superiore ai 90.000 abitanti? **3**

Modelli misti per le Case della Salute e proprietà pubblica

Quante CS hanno un modello strutturale? **21**

Quante CS hanno un modello funzionale? **27**

Quante CS hanno un modello misto strutturale-funzionale? **22**

Quante sono le CS di proprietà delle ASL? **45**

Quante sono le CS di proprietà degli Enti Locali? **17**

Quante sono le CS di proprietà di privati o Fondazioni? **8**

Nelle Case della Salute sono presenti i servizi per l'accesso, ma solo una minoranza lavora H12 e H24

Quante CS lavorano H24? **11**

Quante CS lavorano H12? **16**

Quante CS hanno solo accesso diretto? **1**

Quante CS hanno solo accesso su prenotazione? **14**

Quante CS hanno accesso diretto e su prenotazione? **53**

In quante CS (o in prossimità) è presente la Continuità Assistenziale? **50**

In quante CS è presente un Punto Accoglienza? **69**

In quante CS è presente un CUP? **59**

In quante CS è presente uno Sportello Unico Socio Sanitario? **47**

Le attività erogate: centralità della figura infermieristica

In quante CS sono presenti le attività dei medici di medicina generale? **51**

In quante CS sono presenti le attività dei pediatri di libera scelta? **30**

In quante CS son presenti ambulatori infermieristici? **67**
In quante CS son presenti le attività degli Infermieri di Famiglia? **57**
In quante CS son presenti posti letto di osservazione breve? **4**
In quante CS son presenti attività socio assistenziali? **49**
In quante CS son presenti le attività di Unità di Valutazione Multidimensionali? **31**
In quante CS son presenti le Prestazioni del 118 o Protocolli con EMUR? **34**

Il supporto tecnologico: presente

In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento interno? **61**
In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento con i Distretti? **55**
In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento con gli Ospedali? **31**
In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento con Aree diagnostiche? **32**
In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento con DEA/EMUR? **21**
In quante CS son presenti strumenti informatici per collegamento con la rete di Mmg/Pls? **19**
In quante CS son presenti attività di Teleassistenza domiciliare? **11**
In quante CS son presenti attività di Teleconsulto tra professionisti? **27**
In quante CS son presenti altre attività di telemedicina? **2**

Le Cure domiciliari

L'articolo 22 del DPCM 12.1.2017 prevede la garanzia, da parte del Servizio Sanitario, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, di percorsi assistenziali a domicilio costituiti da trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, migliorare la qualità della vita.

Le Cure domiciliari, inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza fin dal 2001, rappresentano una tipologia di assistenza sanitaria erogata al domicilio dei pazienti in modo continuo e integrato, per fornire cure appropriate da parte del Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e socio sanitari.

L'obiettivo perseguito è favorire il recupero delle persone e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e relazione, garantire la continuità delle cure, prevenire ricoveri impropri, fornire educazione terapeutica ai pazienti perché collaborino attivamente alla realizzazione del percorso di cura e si prendano cura del proprio stato di salute, forniscano un supporto ai caregiver.

Il Piano Regionale Cronicità approvato in Piemonte nel 2018 definisce le Cure Domiciliari come una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone con malattie croniche e non autosufficienti e delle persone disabili.

Le Cure Domiciliari richiedono una complessa organizzazione – il Distretto coordina gli apporti professionali forniti da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, dai suoi operatori e dagli specialisti – e una consolidata competenza gestionale: occorre integrare competenze sanitarie e sociali, valorizzare il ruolo del nursing Infermieristico e la collaborazione delle famiglie. In Piemonte, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) prevista nei LEA è

affiancata da altre forme di assistenza più "leggera", quali l'Assistenza Domiciliare Programmata o il Servizio Infermieristico Domiciliare, che prevedono un'Equipe domiciliare più ridotta, o forme di lungo assistenza e/o interventi economici a sostegno della domiciliarità, o ancora le cure palliative al domicilio.

Il lento decollo delle Cure Domiciliari in Piemonte

Negli ultimi anni, dal 2012 al 2018, sono diminuiti, in Piemonte, i casi di cure domiciliari: da 69.681 a 62.938: quasi l'11% in meno in sei anni. E questo è avvenuto parallelamente a una riduzione dei ricoveri ospedalieri. Tale tendenza prefigurerebbe quindi una riduzione dei livelli di assistenza socio sanitari erogati ai piemontesi, dal momento che a una razionalizzazione della rete ospedaliera non è conseguito un contestuale potenziamento delle attività territoriali delle ASL?

Nell'evoluzione dal 2010 al 2018 è diminuito il peso delle forme di lungo assistenza e degli interventi economici, destinate prioritariamente a pazienti cronici non autosufficienti, mentre è aumentato il peso delle tipologie di assistenza domiciliare a maggior valenza sanitaria, come l'Assistenza Domiciliare Integrata o le Cure Palliative.

Circa l'88% degli interventi è stato erogato, in questi ultimi sei anni, ad anziani > 65 anni.

Tabella 3.1 - Casi di Cure Domiciliari in Piemonte

Tipologie di cure domiciliari	2012	2018	Percentuale su totale Cure Domiciliari		2018/12
			2012	2018	
Assistenza Domiciliare Integrata	8.794	12.332	12,6	19,6	40,2
Assistenza Domiciliare Programmata	27.071	17.892	38,8	28,4	-33,9
Servizio Infermieristico Domiciliare	26.980	26.287	38,7	41,8	-2,6
Cure Palliative	3.736	5.086	5,4	8,1	36,1
Lungoassistenza	968	618	1,4	1,0	-36,2
Interventi Economici	2.132	723	3,1	1,1	-66,1
Totale Casi	69.681	62.938	100	100	-9,7

Fonte: G. Viberti, Elaborazioni da Dati Flussi SIAD diffusi dal SEPI Piemonte, 2012 e 2018

Uno dei motivi del mancato decollo delle cure domiciliari, in Piemonte e nelle altre Regioni italiane, è legato alla scarsità di risorse dedicate, che si ripercuote nella carenza di personale e di beni e servizi.

Dall'analisi dei dati dei bilanci delle ASL piemontesi¹⁹ risulta che, nel 2018, alle cure domiciliari è stato destinato appena l'1,3% della cifra complessivamente spesa dal Servizio sanitario regionale.

¹⁹ Modello LA (Livelli di Assistenza) allegato ai conti Economici, fonte Open Data MEF, 2018.

LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA RETE TERRITORIALE NELLA NOSTRA REGIONE

Nel corso del 2020 l'impatto travolgente della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali dovrà farsi carico il Servizio sanitario regionale prossimo futuro.

Cosa serve?

La riorganizzazione avviata dei servizi territoriali delle ASL piemontesi, pensata per far fronte all'epidemia di malattie croniche, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva. Le Case della Salute, in molte delle esperienze nate nella realtà piemontese, costituiscono il collante dei servizi sul territorio, e con questo ruolo possono rappresentare una convincente – e vincente – risposta.

Inoltre, per potenziare le attività territoriali delle ASL, diventa cruciale un atteggiamento proattivo e multidisciplinare, che non si limiti a prendere in carico le patologie conclamate: il Servizio sanitario deve essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Nel caso della pandemia Covid19, servono, ad esempio:

- sorveglianza attiva e monitoraggio da parte dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Medici di Famiglia, questi ultimi aggregati in rete o in gruppo, o in forme organizzative più complesse;
- Unità di Continuità Assistenziale (USCA), nel territorio e presso le strutture residenziali per anziani, in grado di prendersi carico dei pazienti nel loro luogo di vita;
- assistenza domiciliare e territoriale alle persone vulnerabili, con malattie croniche, disabili, con problemi di salute mentale, dipendenze patologiche, non autosufficienti.

I medici di famiglia lavorano in team multi professionali composti da infermieri, personale amministrativo, specialisti, psicologi e assistenti sociali. Sarà di grande utilità l'introduzione, prevista nel Patto della salute 2019-2021 e ripresa dal Decreto Rilancio, oggi legge²⁰ della nuova figura dell'infermiere di famiglia/comunità, fino a otto ogni 50.000 abitanti (circa 700 in Piemonte), per l'assistenza territoriale e domiciliare, all'interno di un ulteriore potenziamento delle USCA.

Cosa è previsto?

La Bozza del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Next Generation Italia", diffusa a fine 2020, prevede una specifica linea di intervento per il potenziamento della rete territoriale, suddivisa negli ambiti brevemente descritti di seguito. Data la natura del presente contributo si ritiene utile evidenziare le opportunità previste:

²⁰ Legge 17 luglio 2020, n. 77, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

- integrare i servizi sanitari e i servizi socio assistenziali, per una presa in carico globale delle persone, che preveda anche il contrasto alla povertà;
- garantire le cure domiciliari integrate e lo sviluppo locale di un modello digitale dell'assistenza domiciliare. Occorrerà sicuramente potenziare le cure al domicilio dei pazienti, su cui oggi possono contare circa 63.000 cittadini in Piemonte. Un ulteriore potenziamento delle cure domiciliari è rappresentato dall'applicazione delle tecnologie digitali, per incentivare attività di tele monitoraggio e telepresenza dei medici. Tale sviluppo consentirà di mantenere gli anziani non autosufficienti nel loro contesto di vita, salvaguardando i legami con i familiari e rafforzando il legame con la comunità di riferimento; abbattendo i costi sociali dovuti all'istituzionalizzazione; innalzando la qualità delle cure prestate; sostenendo le famiglie con congiunti disabili nelle loro attività lavorative.
- garantire la promozione della salute e la prevenzione per tutte le persone prese in carico nella Casa della Salute, anche grazie all'integrazione delle soluzioni tecnologiche. Le Case della Salute, o Case della Comunità, dovranno diventare un punto di riferimento certo per i cittadini, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e della presa in carico, in integrazione con i professionisti del sociale, garantendo l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini. In esse operano équipe multi professionali e interdisciplinari, secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati. Tali strutture, nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, dovranno al contempo diventare parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. In queste strutture dovranno essere diffusi sistemi di sanità digitale, per governare i percorsi clinici degli assistiti, in grado di connettere le diverse strutture e figure professionali, per gestire con efficacia il governo centrale dei dati e il monitoraggio degli assistiti più fragili.
- potenziare sul territorio presidi sanitari a degenza breve (15-20 giorni), che svolgano una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Gli Ospedali di comunità consentono di decongestionare gli ospedali e ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, in connessione con il sistema delle cure primarie. Tali presidi, a degenza temporanea, hanno lo scopo di ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione per soggetti con patologie croniche riacutizzate, che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata su specifica necessità. I pazienti possono provenire dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti. Le strutture, inoltre, favorendo l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, hanno lo scopo di facilitare le dimissioni, fornendo alle famiglie e ai servizi territoriali il tempo necessario per adeguare gli ambienti domestici alle nuove necessità emerse. Le strutture saranno interconnesse con il sistema dei servizi sanitari e sociali, tramite la costituzione di Centrali Operative Territoriali, che operano per coordinare le varie forme di risposta assistenziale non urgente sul territorio (numero unico 116-117). Si ribadisce l'opportunità di valorizzare, inoltre, il ruolo delle Farmacie dei Servizi, quali strutture intermedie, che possono fornire un servizio di prossimità a disposizione dei cittadini.

- migliorare gli standard assistenziali nelle Residenze sanitarie per pazienti disabili e non autosufficienti, organizzate per moduli, differenziate per livello di intensità assistenziale, avendo particolare attenzione a garantire
 - spazi adeguati agli assistiti (camere, spazi condivisi per la socializzazione, etc);
 - elevati standard di sicurezza e impianti adeguati;
 - spazi dedicati all'assistenza (ambulatori, medicherie, farmacia, locali e palestre per la riabilitazione);
 - aree generali di supporto;
- attrezzature agli ospiti (letti articolati, sollevatori, materassi e cuscini antidecubito).

Le strutture dovranno ammodernare la dotazione tecnologica garantendo una dotazione di strumentazione diagnostica e di tele monitoraggio (ECG, Rx portatile, Ecografo, etc), l'utilizzo di device tecnologici per monitoraggio e assistenza (monitor multiparametrici, strumentazione per la riabilitazione, etc), nonché una interconnessione dei dati tale da rendere effettivo l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, visibile a tutti i medici impegnati nell'assistenza, e la possibilità, da parte degli utenti, di disporre di device per la comunicazione con i familiari da remoto.

CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria dovuta al Coronavirus SARS CoV-2 è stata caratterizzata dalla rapidità con la quale si è diffuso il contagio, che ha generato una forte e improvvisa pressione sugli ospedali coinvolgendo la rete ospedaliera, da un lato, e la rete territoriale dall'altro lato, con tutti i servizi fondamentali per identificare, sorvegliare e monitorare i casi che progressivamente aumentavano e gestire i pazienti al domicilio o nelle strutture, residenziali e di comunità, in cui si trovavano.

Con riferimento alla **rete ospedaliera**, l'emergenza sanitaria ha evidenziato la necessità di non rimandare ulteriormente i cambiamenti ineluttabili, quelli sostanzialmente obbligati, perché riscontrano trasformazioni del contesto di riferimento già avvenute, e alle quali corrispondono criticità del Servizio Sanitario attuale, oppure perché si riferiscono a precetti normativi. Rientrano tra questi cambiamenti il potenziamento e la specializzazione dell'attività ospedaliera, anche per riscontrare l'esigenza, che si è andata repentinamente definendo, di ampliamento dei posti letto per la terapia intensiva e per la terapia semi-intensiva, il mantenimento delle strutture sanitarie ed il loro adeguamento per il controllo delle criticità indifferibili, come quelle in materia di sicurezza.

Innovazione, adeguamento, partecipazione, parole chiave dei cambiamenti ineluttabili, sollecitano investimenti sulla programmazione, come presupposto in grado di tracciare un disegno complessivo, unitario e coerente di trasformazione del sistema sanitario e che sappia garantire la certezza degli oggetti, dei tempi e delle risorse per il compimento delle azioni necessarie al perseguimento degli obiettivi che si pone.

L'innovazione, nel caso della rete ospedaliera piemontese, caratterizzata da un patrimonio significativamente vetusto, può articolarsi nella trasformazione degli ospedali esistenti, nella realizzazione di nuovi ospedali oppure in una combinazione di queste due strade, ovvero nuove realizzazioni in luogo, in tutto o in parte, quando compatibili, di più strutture esistenti. Ecco che il nuovo ospedale non sarà visto unicamente come potenziamento dell'esistente, o mera sostituzione edilizia di strutture non più idonee agli usi attuali, bensì anche nell'ottica della trasformazione complessiva che potrebbe essere perseguita con la dismissione o la trasformazione di parte delle strutture ospedaliere esistenti, almeno a livello della rete locale, restituendole in tutto o in parte ad altre funzioni, anche sanitarie. Il riordino complessivo e la razionalizzazione a livello di ogni singola struttura, restituendo in tutto o in parte strutture ad usi più compatibili, determinerebbero una contrazione del fabbisogno per l'adeguamento e, al tempo stesso, un incremento della qualità strutturale ed il recupero degli effetti dell'obsolescenza, generando valore per la collettività.

La programmazione è il tema chiave anche sul fronte dell'adeguamento, in modo che le strategie per l'innovazione si combinino con quelle per il recupero dell'esistente secondo criteri di priorità che permettano di concentrare le risorse ove le criticità risultano più rilevanti o coerenti agli obiettivi dei finanziamenti disponibili.

I cambiamenti ineluttabili devono essere accompagnati dai cambiamenti opportuni, che possono accompagnare l'evoluzione indotta dai primi permettendo di ricercare condizioni di

più ampia sostenibilità dell'evoluzione complessiva del Sistema Sanitario in termini di qualità, efficienza, efficacia. Fondamentale a questo fine il potenziamento della rete sanitaria nel suo complesso.

Con riferimento alla **rete territoriale**, l'emergenza sanitaria ha evidenziato l'importanza di attuare i servizi in parte già previsti dalla programmazione regionale. La riorganizzazione dei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie piemontesi avviata per far fronte all'epidemia di malattie croniche può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva. Le Case della Salute, in molte delle esperienze nate nella realtà piemontese, costituiscono il collante dei servizi sul territorio, e con questo ruolo possono rappresentare una convincente – e vincente – risposta.

Per potenziare le attività territoriali delle Aziende Sanitarie diventa cruciale un atteggiamento proattivo e multidisciplinare, che non si limiti a prendere in carico le patologie conclamate: il Servizio sanitario deve essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Ecco che la pandemia COVID-19 ha evidenziato la necessità di una sorveglianza attiva e del monitoraggio da parte dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Medici di Famiglia; delle Unità di Continuità Assistenziale (USCA), nel territorio e presso le strutture residenziali per anziani; dell'assistenza domiciliare e territoriale alle persone vulnerabili, disabili, non autosufficienti, con malattie croniche, problemi di salute mentale, dipendenze patologiche.

I provvedimenti regionali avviati nella seconda parte del 2020, il Patto della salute 2019-2021, la Legge che ha convertito il Decreto Rilancio e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Next Generation Italia", indicano linee di intervento per il potenziamento della rete territoriale con riferimento a: personale; riorganizzazione e integrazione dei servizi, per una presa in carico globale delle persone; potenziamento e diffusione delle dotazioni tecnologiche, di strumentazione diagnostica e di tele monitoraggio e di interconnessione dei dati per rendere fattibile l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico; promozione della salute e prevenzione delle persone prese in carico nelle Case della Salute, così come nelle strutture residenziali; presidi sanitari da potenziare, per la degenza breve, che svolgano una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e consentano di decongestionare gli ospedali e ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, in connessione con il sistema delle cure primarie. Il tema delle strutture intermedie chiama in causa le Farmacie dei Servizi, per fornire un servizio di prossimità a disposizione dei cittadini.

Le linee di intervento indicate dagli strumenti sopra richiamati tratteggiano un possibile modello di sanità nel medio periodo, ancora in divenire, molto diverso da quello che ha affrontato l'emergenza da COVID-19. L'immagine che si intravede è quella di un modello che abbandona, anche semanticamente, la suddivisione tra rete ospedaliera e rete territoriale, per approdare a una "rete di cure", basata su una concreta collaborazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale, che ricomponga la frammentazione tra i diversi sistemi di cura, ospedalieri e territoriali. Come sottolineato in diverse sedi di ricerca sul tema, è auspicabile che l'indirizzo tracciato vada verso l'organizzazione di processi trasversali di presa in carico della cronicità, al fine di superare la specializzazione e la separazione nell'erogazione dei servizi sanitari, per una risposta più appropriata ai bisogni della popolazione.

NOTE EDITORIALI

Editing

IRES Piemonte

Ufficio Comunicazione

Maria Teresa Avato

Grafica

Ludovica Lella

© IRES

Febbraio 2021

Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza 18 - 10125 Torino

www.ires.piemonte.it

si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

Ambiente e Territorio

Cultura

Finanza locale

Immigrazione

Industria e Servizi

Istruzione e Lavoro

Popolazione

Salute

Sviluppo rurale

Trasporti

