



Attività connesse al progetto
“Città della Salute – Programma Regionale Unico
in attuazione della D.G.R. 8-8674 del 24 aprile 2008”

MARCELLO LA ROSA, GIOVANNA PERINO,
ANTONELLA RAIMONDO, GABRIELLA VIBERTI

Accordo di Programma Quadro in materia di Sanità della Regione Piemonte

Linee di indirizzo per un programma
di salute pubblica



L'IRES PIEMONTE è un istituto di ricerca che svolge la sua attività d'indagine in campo socioeconomico e territoriale, fornendo un supporto all'azione di programmazione della Regione Piemonte e delle altre istituzioni ed enti locali piemontesi.

Costituito nel 1958 su iniziativa della Provincia e del Comune di Torino con la partecipazione di altri enti pubblici e privati, l'IRES ha visto successivamente l'adesione di tutte le Province piemontesi; dal 1991 l'Istituto è un ente strumentale della Regione Piemonte.

L'IRES è un ente pubblico regionale dotato di autonomia funzionale disciplinato dalla legge regionale n. 43 del 3 settembre 1991.

Costituiscono oggetto dell'attività dell'Istituto:

- ▶ la relazione annuale sull'andamento socio-economico e territoriale della regione;
- ▶ l'osservazione, la documentazione e l'analisi delle principali grandezze socio-economiche e territoriali del Piemonte;
- ▶ rassegne congiunturali sull'economia regionale;
- ▶ ricerche e analisi per il piano regionale di sviluppo;
- ▶ ricerche di settore per conto della Regione Piemonte e di altri enti e inoltre la collaborazione con la Giunta Regionale alla stesura del Documento di programmazione economico finanziaria (art. 5 L.r. n. 7/2001).

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Angelo Pichierri, *Presidente*

Brunello Mantelli, *Vicepresidente*

Paolo Accusani di Retorto e Portanova, Antonio Buzzigoli, Maria Luigia Gioria, Carmelo Inì,
Roberto Ravello, Maurizio Ravidà, Giovanni Salerno

COMITATO SCIENTIFICO

Giorgio Brosio, *Presidente*

Giuseppe Berta, Cesare Emanuel, Adriana Luciano,
Mario Montinaro, Nicola Negri, Giovanni Ossola

COLLEGIO DEI REVISORI

Emanuele Davide Ruffino, *Presidente*

Fabrizio Allasia e Massimo Melone, *Membri effettivi*
Liliana Maciariello e Mario Marino, *Membri supplenti*

DIRETTORE

Marcello La Rosa

STAFF

Luciano Abburrà, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Cristina Aruga,
Maria Teresa Avato, Marco Bagliani, Davide Barella, Cristina Bargerò, Giorgio Bertolla,
Paola Borriore, Laura Carovigno, Renato Cagno, Luciana Conforti, Alberto Crescimanno,
Alessandro Cunsolo, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlaino, Vittorio Ferrero,
Anna Gallice, Filomena Gallo, Tommaso Garosci, Maria Inglese, Simone Landini,
Antonio Larotonda, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso,
Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Ocelli, Giovanna Perino, Santino Piazza, Stefano Piperno,
Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Lucrezia Scalzotto, Filomena Tallarico, Giuseppe Virelli

©2010 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte
via Nizza 18 – 10125 Torino – Tel. 011/6666411 – Fax 011/6696012
www.ires.piemonte.it

Si autorizza la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto del volume con la citazione della fonte.

**INDICE**

PRESENTAZIONE	5
<i>(Marcello La Rosa, Giovanna Perino)</i>	
IL QUADRO DI RIFERIMENTO GENERALE	9
IL CONTESTO	9
<i>L'Intesa Istituzionale di Programma e l'Accordo di Programma Quadro</i>	9
<i>L'Accordo di Programma Quadro per programmi regionali in materia di salute pubblica e la programmazione integrata della Regione Piemonte</i>	10
LA RICERCA	13
<i>Raccolta Documentale</i>	14
<i>Raccolta Tecnica</i>	14
<i>Linee di Indirizzo</i>	16
I RIFERIMENTI DELL'APQ SALUTE PUBBLICA 2006	19
EVOLUZIONE, BISOGNI E DOMANDE: SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE FUTURE	19
<i>La transizione epidemiologica che ha trasformato la domanda sanitaria</i>	19
<i>I fenomeni demografici ed epidemiologici più significativi e le politiche di sviluppo per la salute/sanità</i>	20
LE RISPOSTE DI POLICY	23
LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA	23
<i>Il collegamento con il PSN 2006-2008</i>	23
<i>Coerenza programmatica e collegamento con il PSSR 2007-2010</i>	24
<i>Documenti di programmazione settoriale: gli investimenti in ambito ICT e il Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica</i>	32
LE SFIDE EMERGENTI: SPESA SANITARIA E SVILUPPO ECONOMICO	33
GLI ASSETTI TERRITORIALI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	33
LA SPESA PER BENI E SERVIZI SANITARI: IL POSIZIONAMENTO DEL PIEMONTE	34
<i>L'appropriatezza dei servizi sanitari piemontesi</i>	36



I LIVELLI DI ASSISTENZA EROGATI DAL SSR PIEMONTESE: L'ASSISTENZA OSPEDALIERA E LA DOTAZIONE TECNOLOGICA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE	37
<i>Il governo del sistema sanitario: government e governance in sanità</i>	39
<i>Gli strumenti per agevolare il processo di governance</i>	44
I PROGETTI DELL'APQ	47
CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	49
RISTRUTTURAZIONE GRANDI OSPEDALI	51
RISPARMIO ENERGETICO NEGLI EDIFICI SANITARI	53
REALIZZAZIONE DELLA SCUOLA DI GOVERNO DI VERCELLI	57
REALIZZAZIONE DELLA CITTÀ DELLA POLITECNICA SUI MATERIALI POLIMERICI NELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA	59
GLI APPROFONDIMENTI	61
<i>La sanità elettronica in Piemonte e il Programma SIRSE</i>	64
<i>Il risparmio energetico negli edifici sanitari</i>	66
LINEE DI INDIRIZZO PER UN PROGRAMMA DI SALUTE PUBBLICA	73
L'IMPATTO DELL'APQ SALUTE PUBBLICA 2006 SULLA SALUTE DEI PIEMONTESI	73
PROGRAMMI APQ SALUTE PUBBLICA 2006 E ASSI STRATEGICI DI SVILUPPO DEL SISTEMA PIEMONTE: CONSIDERAZIONI	74
RIFERIMENTI DOCUMENTALI	81
BIBLIOGRAFIA	83
SITOGRAFIA	83



PRESENTAZIONE

(Marcello La Rosa, Giovanna Perino)

La presente pubblicazione ha lo scopo di presentare i risultati dello studio svolto dall'Istituto di Ricerche Economico Sociali (IRES) del Piemonte a supporto dell'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari (AReSS) e della Direzione Innovazione, Ricerca ed Università della Regione Piemonte. Entrambi gli enti erano stati incaricati di adeguare l'*Accordo di Programma Quadro per programmi regionali in materia di salute pubblica* (di seguito, per brevità, APQ), sottoscritto dalla Regione Piemonte nel 2006, a quanto indicato successivamente in materia da parte del Ministero dello Sviluppo Economico. Obiettivo di tale adeguamento sarebbe stata la redazione del *Programma Regionale in materia di salute pubblica*.

L'incarico affidato da AReSS a Ires è consistito, dunque, nella raccolta e nell'analisi dei contenuti progettuali delle cinque tipologie di programmi costituenti l'APQ, di seguito elencati:

1. Città della Salute;
2. Ristrutturazione dei Grandi Ospedali;
3. Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari;
4. Scuola di Governance Sanitaria;
5. Cittadella Politecnica sui materiali polimerici.

Obiettivo di tale analisi era l'individuazione delle principali **linee di indirizzo** di un programma regionale unico in materia di sanità, da sottoporre alla Giunta Regionale per la successiva approvazione¹.

Il 22 marzo 2000 la Regione Piemonte ha sottoscritto con lo Stato Italiano un'**Intesa Istituzionale di Programma (IIP)** avente per oggetto lo sviluppo del territorio regionale, in ossequio a quei principi di contrattualizzazione delle politiche pubbliche inaugurati a metà degli anni '90, e da allora tradotti nella programmazione negoziata tra Stato e Regioni. Sulla base di tale IIP sono stati siglati 26 APQ fra il 2000 e il 2006.

Segnatamente, poiché l'APQ in materia di sanità pubblica è stato sottoscritto soltanto il 30 maggio 2006, è facile comprendere come, nei 6 anni intercorsi, altri pronunciamenti nazionali e comunitari abbiano concorso a ridefinire parzialmente il quadro di riferimento prospettato dall'IIP, e che pertanto i programmi regionali debbano essere analizzati con particolare riferimento alla loro proiezione nel recente futuro, stante il **Documento di Programmazione Strategico Operativa (DPSO)**, riferito al periodo 2007-2013.

Da qui la rilevanza dell'ultima delle tre fasi nelle quali è stato organizzato lo studio svolto, definita «**Linee di Indirizzo**», nella quale sono state individuate alcune linee che evidenzino le ricadute esterne attese, associate agli interventi e progetti già avviati nel settore sanitario, allo scopo di suggerire una possibile traccia del percorso da intraprendere per promuovere risposte regionali maggiormente mirate al soddisfacimento dei mutati bisogni sanitari della popolazione, ed in grado di coniugare l'efficacia con l'efficienza.

Per quanto riguarda il contesto territoriale, la salute dei piemontesi in questi ultimi anni ha dato modo di assistere ad una **transizione epidemiologica** dovuta all'effetto congiunto di due fattori principali: da un lato l'aumento dell'efficacia delle terapie rivolte a contrastare le patologie acute, dall'altro il conseguente progressivo innalzamento dell'età media della popolazione. Si sta in tal modo pervenendo ad un vero e proprio cambiamento di morbilità, in conseguenza del quale si assiste alla trasformazione di un'epidemiologia infettiva con decorso relativamente breve in una cronica e degenerativa.

¹ Accordo di Cooperazione AReSS – IRES stipulato in data 8 maggio 2008.



D'altro canto, se è vero che la tecnologia ha saputo rispondere con terapie e procedure atte a ridurre la disabilità derivata dal recente scenario epidemiologico, essa ha fornito soluzioni costose che vieppiù richiedono somministrazioni prolungate nel tempo, con ciò causando un progressivo aumento dei costi del servizio sanitario per i cittadini.

A fronte di un simile mutamento di condizioni si rendono inevitabili innovazioni significative, aventi come elementi distintivi dello scenario a tendere:

- la riduzione del numero di posti letto per patologie acute;
- la riduzione dell'utilizzo percentuale di personale medico specialistico;
- l'aumento dell'utilizzo percentuale di personale medico generico e paramedico;
- la standardizzazione delle procedure intorno alla definizione di profili di base per patologie croniche e degenerative;
- la gestione di risorse ed utenti nel coordinamento tra il profilo patologico di base e quello specialistico.

Dal punto di vista economico, inoltre, il progressivo **invecchiamento della popolazione** comporta un'ulteriore distinzione tra le fasce delle cosiddette «terza» (60-74 anni) e «quarta età» (75 anni-oltre), in quanto la fascia più giovane risulta mediamente in grado di coprire parte dei costi dell'assistenza che richiede, percentuale che si assottiglia man mano che ci si sposta verso i gruppi di pazienti più anziani.

Allo stesso tempo, è tuttavia previsto per il Piemonte un tendenziale invecchiamento medio della forza lavoro, con una conseguente ipotizzabile perdita di produttività generale ed aumento dei costi dell'assistenza sanitaria.

Al di là dell'ovvia tutela della salute dei cittadini, il servizio sanitario implica l'esistenza di un «sistema», comprensivo di ricerca, trasferimento dei processi di innovazione e sviluppo delle conoscenze operative. Ciò è determinato anzitutto per assicurare l'adeguamento costante e tempestivo del servizio ai progressi scientifici (e tecnologici), ma costituisce altresì un significativo ambito di sviluppo economico complessivo.

Da questo punto di vista risulta quindi cruciale considerare i servizi sanitari erogati dalla Regione sia come **opportunità di investimento pubblico** che come componente del generale **processo di sviluppo** favorito dall'attività pubblica.

Altro elemento distintivo riguarda un processo di generale mutazione del rapporto fra erogatori ed utenza, trasversale a tutto il settore dei servizi, rappresentato dalla penetrazione delle tecnologie di comunicazione ed interazione attraverso le **reti internet**. In massima approssimazione, questo decentramento *patient-oriented* attraverso la comunicazione *web* consente efficientamenti sotto l'aspetto:

- della diffusione di informazioni (patologie, terapie, accesso al servizio, requisiti, modalità di fruizione ecc.);
- della diluizione di processi gestionali (prenotazioni, richieste, ecc.) tradizionalmente limitati a singoli punti spaziali (sportelli sanitari) e a finestre temporali (orari), con conseguente diminuzione del disagio per l'utente e miglioramento della programmazione del servizio;
- del monitoraggio e la tracciatura degli andamenti delle patologie croniche, sia nei confronti delle informazioni relative al singolo utente, che a quelle variamente raggruppate e predisposte in forma di *report* collettivo;
- della rapidità nell'attivazione delle procedure sanitarie necessarie, nelle valutazioni dei risultati, nel controllo delle voci di costo, nelle comunicazioni con i pazienti e le loro famiglie.



Si tratta di opportunità di sviluppo sempre più rilevanti, soprattutto se incrociate al progressivo rinnovo generazionale ed all'aumento della base di utenti dotati di tecnologia e competenze adeguate.

Fatte le premesse di cui sopra, la programmazione regionale in materia di sanità pubblica integra le politiche nazionali attraverso una serie di leve economiche (finanziamenti diretti ed indiretti), organizzative (raccordo ed integrazione fra le attività dei diversi soggetti preposti), ed infrastrutturali (attività istituzionale di ricerca in materia sanitaria). In ossequio a tale coerenza il *Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010* si è esplicitamente ispirato alle strategie del *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, di cui vuole essere estensione ed integrazione sul piano politico, organizzativo ed amministrativo regionale.

Di seguito vengono elencati gli interventi che il PSSR 2007-2010 considera nodali del rapporto fra spesa sanitaria e sviluppo economico.

- **Il riassetto territoriale del servizio.** Gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali vengono fatti corrispondere ai territori delle Province fino a 400.000 abitanti, prevedendo un maggior numero di Asl solo nei casi delle Province con popolazione superiore, e ciò al fine di ridurre la disomogeneità delle Aziende Sanitarie sul territorio regionale e di perequare la rilevanza locale di fenomeni di contesto.
- **L'indirizzo della spesa verso i settori di maggior potenziale di crescita.** Dall'esame di quattro macrosettori (tecnologie e terziario per la salute; biogenomica, nanotecnologie e materiali; farmaceutica; alta formazione) si evince che le maggiori opportunità di sviluppo riguardano gli investimenti in conoscenza sviluppata nelle strutture di ricerca e di assistenza del settore sanitario.
- **Il passaggio dalla logica di *government* alla logica di *governance*.** Con ciò si intende il raggiungimento di un modello decisionale intrapreso a partire dagli anni '90, che prevede una condivisione degli obiettivi e degli strumenti della politica pubblica. Nel caso della politica sanitaria, tale passaggio viene attuato attraverso la pianificazione partecipata da parte dei diversi soggetti che operano nel settore.

Ai fini della presente analisi il PSSR riveste inoltre particolare importanza in quanto fa esplicito riferimento ai progetti previsti nell'APQ oggetto dello studio, nonché al Programma Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica (SIRSE), anch'esso approfondito nelle pagine che seguono.

L'attività di raccolta e analisi della documentazione prodotta per la realizzazione dell'APQ, e la successiva identificazione delle linee di indirizzo a supporto dell'attività programmatica regionale, sono state possibili grazie alla collaborazione degli enti e dei diversi livelli istituzionali coinvolti, ovvero l'AReSS, la Direzione Innovazione Ricerca ed Università, la Direzione Programmazione e Statistica dell'Assessorato alla Programmazione, il Politecnico di Torino, l'Università degli Studi del Piemonte Orientale. Senza la collaborazione dei referenti di progetto e di processo a vario titolo coinvolti, e soprattutto senza la disponibilità degli stessi a condividere le informazioni e le conoscenze acquisite e maturate alla data nella quale l'IRES è stato incaricato di svolgere lo studio, non sarebbe stato possibile giungere ad individuare le Linee di Indirizzo richieste dall'AReSS.

Un ringraziamento particolare va a Davide Barella dell'IRES Piemonte.

Gli autori di questa pubblicazione sono Marcello La Rosa, Giovanna Perino, Antonella Raimondo, Gabriella Viberti. In particolare, Marcello La Rosa e Gabriella Viberti hanno lavorato alla definizione dei capitoli *Riferimenti dell'APQ Salute pubblica 2006*, *Risposte di policy e sfide emergenti: spesa sanitaria e sviluppo economico regionale*, e all'approfondimento *La sanità elettronica in Piemonte e il programma Sirse*.



Giovanna Perino, coordinatrice delle attività di raccolta, di analisi della documentazione prodotta e della ricerca, e Antonella Raimondo, hanno lavorato all'impostazione metodologica dello studio e, nello specifico, ai capitoli *Struttura della ricerca*, al *Quadro di riferimento generale*, alla raccolta e all'analisi della documentazione di riferimento e, pertanto, al capitolo *I progetti dell'Apq* e all'approfondimento *Il risparmio energetico negli edifici sanitari*, sviluppato con il contributo di Alberto Pela.

I capitoli e i sottocapitoli non attribuiti sono il risultato del lavoro congiunto degli autori.

Le ricerche documentate da questa pubblicazione sono state sviluppate fra aprile e luglio 2008, e successivamente predisposte per la stampa, pertanto corredate da un apparato statistico non più aggiornato al momento della pubblicazione. Gli autori ritengono tuttavia che ciò non influisca sulla portata interpretativa del documento, anche in considerazione dell'invariato scenario italiano delineato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 tutt'oggi ultimo riferimento programmatico.



IL QUADRO DI RIFERIMENTO GENERALE

IL CONTESTO

A metà degli anni '90, con la legge n. 662 del 23 dicembre del 1996, “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”, vengono definiti gli accordi che costituiranno la base per regolare gli interventi coinvolgenti una molteplicità di soggetti pubblici e privati ed implicanti decisioni istituzionali e risorse finanziarie a carico degli enti locali e delle amministrazioni statali, regionali e delle province autonome.

Si avvia il fenomeno della “contrattualizzazione delle politiche pubbliche” definite, in un recente studio curato da IRES, “una delle novità più rimarchevoli intervenute nel sistema di funzionamento della pubblica amministrazione del nostro paese (...)”².

Tra gli accordi definiti dalla Legge 662, ovvero:

- ✓ la Programmazione negoziata;
- ✓ l’Intesa istituzionale di programma;
- ✓ l’Accordo di programma quadro;
- ✓ il Patto territoriale;
- ✓ il Contratto di programma;
- ✓ il Contratto di area;

l’Intesa Istituzionale di Programma e l’Accordo di Programma Quadro rivestono particolare interesse per il presente studio.

L’Intesa Istituzionale di Programma e l’Accordo di Programma Quadro

L’Intesa Istituzionale di Programma (IIP) è un “accordo tra amministrazione centrale, regionale o delle province autonome con cui tali soggetti si impegnano a collaborare sulla base di una ricognizione programmatica delle risorse finanziarie disponibili, dei soggetti interessati e delle procedure amministrative occorrenti, per la realizzazione di un piano pluriennale d’interventi d’interesse comune o funzionalmente collegati”³.

L’Accordo di Programma Quadro (APQ) è un “accordo di enti locali ed altri soggetti pubblici e privati in attuazione di un’intesa istituzionale di programma per la definizione di un programma esecutivo di interventi di interesse comune o funzionalmente collegati.

L’APQ indica in particolare: 1) le attività e gli interventi da realizzare, con i relativi tempi e modalità di attuazione e con i termini ridotti per gli adempimenti procedurali; 2) i soggetti responsabili dell’attuazione delle singole attività ed interventi; 3) gli eventuali accordi di programma ai sensi dell’articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142; 4) le eventuali conferenze di servizi o convenzioni necessarie per l’attuazione dell’accordo; 5) gli impegni di ciascun soggetto, nonché del soggetto cui competono poteri sostitutivi in caso di inerzie, ritardi o inadempienze; 6) i procedimenti di conciliazione o definizione di conflitti tra i

² Strategia e Negoziato. Studio di valutazione sull’Intesa Istituzionale di Programma Stato-Regione Piemonte, Quaderno di Ricerca IRES Piemonte.

³ Legge 23 dicembre 1996, n. 662 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 303 del 28 dicembre 1996, art. 2 comma 203 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/966621.htm>, <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/96662109.htm#2.210>.



soggetti partecipanti all'accordo; 7) le risorse finanziarie occorrenti per le diverse tipologie di intervento, a valere sugli stanziamenti pubblici o anche reperite tramite finanziamenti privati; 8) le procedure ed i soggetti responsabili per il monitoraggio e la verifica dei risultati. L'accordo di programma quadro è vincolante per tutti i soggetti che vi partecipano (...)”⁴.

Attraverso l'Intesa Istituzionale di Programma, quindi, si definisce il quadro di riferimento per le scelte strategiche, i settori e gli interventi prioritari per lo sviluppo economico del territorio. Attraverso l'Accordo di Programma Quadro si è inteso fornire uno strumento per l'attuazione dell'Intesa.

Dalle definizioni di Intesa e di APQ sopra riportate, risulta evidente lo sforzo congiunto richiesto alle Amministrazioni centrali e periferiche coinvolte per definire e attuare tali strumenti in relazione alle priorità strategiche regionali. L'APQ diviene, infatti, terreno comune di obiettivi, risorse, conoscenze e linguaggi, che devono necessariamente essere condivisi dai diversi partners per poter raggiungere risultati ottimali e sviluppare una *governance* efficace ed efficiente.

L'Accordo di Programma Quadro per programmi regionali in materia di salute pubblica e la programmazione integrata della Regione Piemonte

L'Intesa Istituzionale di Programma tra la Regione Piemonte e lo Stato Italiano, sottoscritta il 22 marzo del 2000, ovvero 4 anni dopo la pubblicazione della Legge che l'ha istituita, definisce per il Piemonte gli obiettivi di accelerazione e qualificazione dei processi di sviluppo territoriale previsti dall'articolato normativo dell'Intesa, e rappresenta lo strumento di riferimento per la programmazione negoziata tra lo Stato e la Regione⁵.

Dal 2000 al 2004 sono stati sottoscritti 14 APQ, per un investimento complessivo pari a 871 milioni di € che ha coinvolto numerosi ed eterogenei settori di policy: risorse idriche, beni culturali, turismo, trasporti, difesa del suolo, bonifiche di siti inquinati, infrastrutture aeroportuali, società dell'informazione⁶.

Dal 2004 al 2006 sono stati stipulati altri 12 APQ. La Regione Piemonte nel 2006 aveva, pertanto, sottoscritto 6 APQ per le Risorse Idriche, 1 per i Beni Culturali, 3 per la Difesa del Suolo, 1 per la Valorizzazione Turistica, 1 per i Trasporti, 2 per le Bonifiche, 3 per la Società dell'Informazione, 3 per la Ricerca scientifica applicata in Piemonte, 2 per lo Sviluppo Locale e 2 per i Giochi Olimpici invernali 2006, 1 per programmi regionali in materia di Sanità Pubblica, e 1 per le infrastrutture dei Patti Territoriali, per complessivi 26 Accordi di Programma Quadro dal 2000 al 2006, come di seguito rappresentato.

⁴ Ibidem.

⁵ http://www.oplab.corep.it/materiali/form_uff_tec_2006/Programma2006.pdf.

⁶ Relazione tecnica del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici della Regione Piemonte in accompagnamento agli interventi da inserire negli Accordi di Programma Quadro (Delibera CIPE n. 20/2004, Nuval Regione Piemonte).

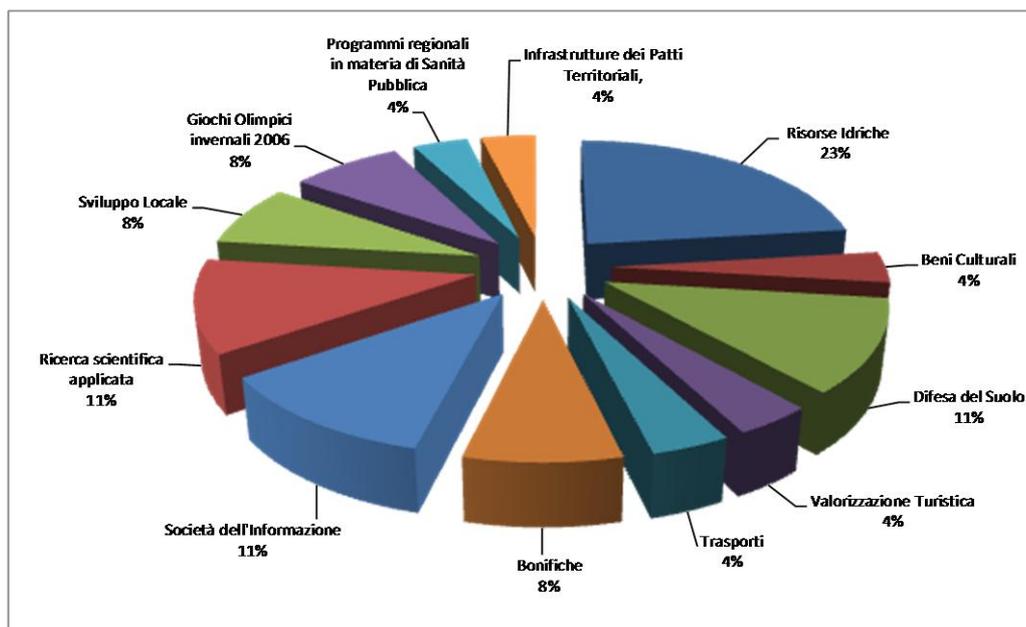


Fig. 1 – L'Intesa Istituzionale di Programma (IIP) tra lo Stato e la Regione Piemonte sottoscritta nel 2000 e gli APQ stipulati nei 6 anni successivi, suddivisi per policy (elaborazione IRES Piemonte)

Attraverso l'attività di monitoraggio, ovvero l'esame periodico dello stato di avanzamento degli interventi e il conseguente aggiornamento della strategia, si persegue l'obiettivo di accelerare la spesa degli investimenti pubblici a favore dello sviluppo, vero e proprio obiettivo strategico del Governo e della Regione.

A marzo del 2006 una nuova Deliberazione del CIPE ripartisce le risorse per gli interventi nelle aree sottoutilizzate⁷, destinando alla Regione Piemonte risorse pari a Euro 94.729.284,00, di cui poco più dell'80% attribuite ad opere infrastrutturali e il restante 20% a ricerca e società dell'informazione, finanziando in questo modo sia i settori Risorse Idriche, Difesa del suolo, Beni culturali e Trasporti, sia Ricerca e Società dell'informazione, Sviluppo Locale, studi di fattibilità e azioni di sistema.

Per la Regione Piemonte, su iniziativa della Direzione Programmazione, le Azioni di sistema sono confluite in un APQ specifico generato dalla necessità di rispondere alla nuova configurazione assunta dall'Intesa Istituzionale di Programma e dall'Accordo di Programma Quadro, a seguito delle Delibere CIPE, 3 e 14, del 2006.

Queste ultime hanno confermato il documento relativo al "Rafforzamento e la semplificazione delle Intese Istituzionali di Programma e degli Accordi di Programma Quadro (APQ)"⁸, e hanno previsto la revisione di alcune regole e procedure inerenti le fasi di

⁷ Deliberazione CIPE del 22 marzo 2006, n. 3. Rifinanziamento della Legge 208/98, periodo 2006-2009, Legge Finanziaria 2006.

⁸ Approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome il 15 dicembre 2005.



programmazione, di istruttoria per la selezione degli interventi, ed i criteri premiali⁹, che richiedono una rivisitazione degli strumenti della politica di programmazione.

Le modifiche all'IIP e all'APQ del 2006, introdotte dalle Delibere del CIPE, sono state di poco precedute da una nuova impostazione della programmazione pubblica, finalizzata a renderne più efficace l'azione, e condivisa da tutte le Regioni. Tale impostazione, definita nel 2005 in sede di conferenza unificata Stato Regioni ed Enti Locali, prevede forte integrazione tra programmazione ordinaria e programmazione negoziata, e tra programmazione economica regionale e politica territoriale.

Sempre nel 2005 la Regione Piemonte, con il Programma di Legislatura prima e con il Documento Strategico Preliminare (DSR) poi, ha evidenziato rispettivamente la natura policentrica della Regione e, quindi, la necessità di integrare le differenti politiche e la pluralità di obiettivi delle politiche medesime. Tale integrazione si è concretizzata nel 2006, con il Documento di Programmazione Strategico-Operativa (DPSO).

Gli obiettivi del Fondo Europeo Sviluppo Regionale (FESR) e del Fondo Sociale Europeo (FSE), del Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR), del Fondo Aree Sottoutilizzate (FAS) e delle altre iniziative comunitarie, nazionali e regionali attivabili sul territorio regionale, sono stati integrati alla luce degli obiettivi della politica di coesione regionale 2007-2013, con l'intento di determinare l'accrescimento degli investimenti nei settori ad alto potenziale di sviluppo e nei "motori di crescita e di occupazione", la promozione di una progettualità integrata, il miglioramento del sistema della *governance* e della valutazione.

Di particolare importanza risulta, ai fini della definizione del contesto dello studio svolto da IRES, l'obiettivo di promuovere una progettualità integrata, in coerenza con la dimensione di medio lungo termine propria della strategia comunitaria, che prevede la ricerca di sinergie e complementarità fra i diversi fondi (FESR, FSE, FEASR, FAS ecc.), le altre politiche comunitarie e le risorse supplementari mobilitabili.

Il Documento di Programmazione Strategico Operativa, relativo alla politica di coesione regionale 2007-2013, ha, quindi, introdotto la necessità di coerenza delle Intese IIP e degli APQ con gli altri fondi europei (FESR, FSE, FEASR) e con la strategia regionale di sviluppo complessivo.

Tale progettualità è stata preceduta dalla definizione di alcune priorità, ovvero linee progettuali di riferimento attinenti innovazione e transizione produttiva, sostenibilità ambientale, efficienza energetica e sviluppo delle fonti energetiche rinnovabili, riqualificazione territoriale e valorizzazione delle risorse umane.

⁹ Le principali novità procedurali, rispetto alle delibere CIPE precedenti, riguardano la redazione del Quadro Strategico dell'APQ (QSA) che impegna formalmente le Amministrazioni coinvolte anche per i successivi atti programmatici di competenza e la possibilità di inserire alla stipula dell'APQ nella "Sezione programmatica", interventi coerenti con gli obiettivi e criteri dell'accordo, ma che non dispongono ancora delle condizioni tecnico-finanziarie per essere immediatamente attivati. Le amministrazioni regionali dovranno provvedere alla definizione dei Quadri Strategici entro il 31 gennaio 2007.



È da questo contesto che, a distanza di 6 anni dalla sottoscrizione dell'Intesa Istituzionale di Programma tra lo Stato e la Regione Piemonte, il **30 maggio del 2006** viene pubblicato sul sito del Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica il comunicato stampa relativo all'APQ firmato a Roma dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca Scientifica e la Regione Piemonte, e che avvia in tale direzione l'esperienza piemontese.

LA RICERCA

L'APQ in materia di salute pubblica sottoscritto nel maggio 2006 da Regione Piemonte, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero dell'Istruzione Ricerca e Università al fine di predisporre gli strumenti per anticipare e governare i processi di trasformazione del sistema sanitario regionale, destinava € 4.977.425,74 (di cui € 2.360.376,99 provenienti dal Fondo Aree Sottoutilizzate ed il resto a carico della finanza regionale) alla promozione e sostegno della redazione di programmi regionali su interventi di carattere strategico.

L'Accordo prevedeva, dunque, cinque aree tematiche, o interventi: Città della Salute, Ristrutturazione dei Grandi Ospedali, Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari, Scuola di Governo (*Governance* Sanitaria), Cittadella Politecnica sui materiali polimerici.

ARESS, Politecnico di Torino, Università del Piemonte Orientale vennero individuati, nei mesi successivi alla sottoscrizione dell'Accordo, quali soggetti idonei per la formulazione delle proposte progettuali in ragione della competenza nelle diverse aree tematiche, pertanto a seguito di opportuni procedimenti vennero formalmente affidati gli incarichi.

La prima fase dello studio svolto da IRES è stata definita **Raccolta Documentale**, in quanto volta a delineare il contesto di relazioni, processi e piani di attività, a partire dal quale l'APQ aveva avuto origine.

Parallelamente a questa prima fase è stato avviato il contatto dei diversi Referenti di progetto, la condivisione con gli stessi della volontà dell'Ente committente e, pertanto, la richiesta di aggiornare i singoli progetti al fine di poter disporre di tutte le informazioni necessarie per effettuare, sulla base di quanto richiesto dal Ministero, la schedatura degli stessi confluita poi nella **Raccolta Tecnica**.

La terza fase, definita **Linee di Indirizzo**, ha richiesto lo sforzo maggiore, concentrato in un ridotto lasso di tempo, ed è consistita nella sistematizzazione delle indicazioni raccolte nel corso dell'analisi dei diversi progetti e, successivamente, nell'individuazione delle correlazioni esistenti con la pianificazione regionale e con i bisogni e le necessità del panorama piemontese nell'ambito della sanità.

Successivamente alla consegna dello studio commissionato, avvenuta nel rispetto dei tempi previsti, la Regione Piemonte ha chiesto all'IRES l'approfondimento dei temi "Sanità elettronica" e "Risparmio energetico in sanità"; temi evidenziati come strategici già nella prima versione della documentazione consegnata.



Di seguito riportiamo una descrizione più dettagliata delle diverse fasi costituenti il progetto di ricerca.

Raccolta Documentale

La raccolta e l'analisi della documentazione prodotta da AReSS, Politecnico di Torino, Università di Torino e Università del Piemonte Orientale, hanno caratterizzato la prima fase del progetto di ricerca complessivo, sviluppato da maggio a giugno del 2008.

La Raccolta Documentale, integrata dalla Raccolta Tecnica prodromica alla definizione del documento "Linee di indirizzo. Proposta metodologica", è stata organizzata in due Volumi articolati come di seguito riportato.

Organizzazione dei capitoli del **Volume I**:

1. Introduzione generale
2. AReSS, Piano Attività 2008
3. Programma SIRSE, Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica

Organizzazione dei capitoli del **Volume II**:

1. Riferimenti Regionali
2. Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di Programma Quadro", 09.10.2003
3. Delibera CIPE, 27.05.2005 "Ripartizione delle risorse per interventi nelle aree sottoutilizzate – Rifinanziamento Legge 208/1998 periodo 2005-2008 (Legge Finanziaria 2005)
4. Rassegna stampa

L'analisi dei documenti inseriti nel **Volume I** è stata condotta con l'obiettivo di rispondere alla necessità di garantire coerenza tra il prodotto finale dell'attività AReSS e i progetti inseriti nel piano di attività annuale dell'Agenzia medesima, con particolare riferimento allo sviluppo di un modello organizzativo di sanità in rete a supporto della progettazione di un sistema informatico sanitario integrato regionale, ai progetti relativi al patrimonio immobiliare ospedaliero e, più in generale, a tutti i progetti diretti alla riorganizzazione dei servizi e delle attività degli Ospedali, alla minimizzazione dei consumi energetici, nonché agli interventi progettuali e organizzativi contenuti nel "programma SIRSE".

Il **Volume II** raccoglie i Riferimenti Regionali, comprendenti le Determinazioni Regionali, i Verbali di Giunta Regionale e le Comunicazioni di particolare rilievo per la comprensione dell'iter procedurale dell'APQ. Sono presenti le circolari sulle procedure di monitoraggio di Accordi di Programma Quadro, assunte come riferimento per l'analisi della documentazione relativa ad ogni progetto, l'attribuzione delle risorse dell'APQ in materia di Sanità pubblica della Regione Piemonte (Legge 208/1998 periodo 2005-2008, Legge Finanziaria 2005), e la Rassegna stampa riportante articoli inerenti i progetti dell'APQ sui quali si è soffermata l'attenzione dell'opinione pubblica nel corso degli ultimi 2 anni.

Raccolta Tecnica

La seconda fase è il risultato del coordinamento degli atenei piemontesi e, in taluni casi, del supporto fornito agli stessi per aggiornare i differenti programmi costituenti l'APQ al fine di integrarli con il progetto Città della Salute, curato dall'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari



del Piemonte (AReSS), sulla base delle indicazioni fornite dal Ministero tramite i report di monitoraggio.

Al termine dell'attività sono state sintetizzate le caratteristiche principali di ogni singolo progetto finanziato, evidenziandone obiettivi e stato di attuazione con aggiornamento al momento della ricerca.

La sintesi di ciascun progetto, sulla base delle informazioni acquisite durante il lavoro di indagine svolto dall'IRES, riporta un *abstract* con la descrizione, gli obiettivi perseguiti, i soggetti attuatori e lo stato di avanzamento delle attività¹⁰.

In particolare, la Raccolta Tecnica si è concentrata sui cinque progetti indicati di seguito:

- ✓ Città della Salute della Scienza di Torino;
- ✓ Ristrutturazione Grandi Ospedali (RGO);
- ✓ Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari (REES);
- ✓ Scuola di Governo di Vercelli;
- ✓ Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella Provincia di Alessandria;

ed è stata organizzata all'interno di 4 Volumi comprendenti, laddove presenti, la documentazione di progetto, le proposte di programma originariamente predisposte da ogni Responsabile Referente e i documenti attestanti lo stato di sviluppo del progetto alla data dell'analisi della documentazione.

A seguito della fase di raccolta della documentazione, per ciascun progetto è stata redatta la sintesi succitata, che ne evidenzia le caratteristiche principali con riferimento a quanto riportato nella "Circolare sulle procedure di monitoraggio degli accordi di Programma Quadro, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione" del 9 ottobre 2003, la cui struttura è di seguito indicata:

- ✓ Titolo dell'intervento
- ✓ Elementi descrittivi
 - Descrizione dell'intervento
 - Obiettivi
 - Benefici attesi
 - Localizzazione aree d'intervento
 - Coerenza programmatica
 - Soggetti attuatori
- ✓ Elementi tecnici
 - Costo complessivo
 - Cronoprogramma dell'intervento
 - Avanzamento attività
- ✓ Fonti documentali

Per ogni progetto, sono state citate le fonti documentali di riferimento, fra queste:

- ✓ proposte di programma redatte a seguito dell'invito della Regione Piemonte pubblicato sul B.U. Bollettino Ufficiale n. 34 del 24 agosto 2006, in attuazione dell'Accordo di Programma Quadro tra Regione Piemonte, Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e Ministero dell'Economia e delle Finanze, del 30 maggio 2006;

¹⁰ Per una descrizione più ampia degli stessi si rimanda alla Relazione Tecnica e ai Volumi ad essa allegati.



- ✓ documentazione di progetto in relazione al livello di sviluppo raggiunto dallo studio di fattibilità e/o ai sottostanti impegni/accordi;
 - ✓ comunicazioni/report di aggiornamento inerenti le attività di progetto.
- Copia di tali fonti è contenuta nei Volumi allegati alla Raccolta Tecnica.

Linee di Indirizzo

Nella parte conclusiva dello studio condotto dall'IRES, **Linee di Indirizzo**, sono state individuate alcune possibili linee guida per lo sviluppo del programma regionale unico, attraverso le quali si cerca di evidenziare l'importanza delle ricadute esterne, positive, associate agli interventi/progetti già avviati nel settore sanitario.

La terza fase della ricerca costituisce, quindi, il vero e proprio corpo dello studio, ed è stata condotta in modo tale da suggerire possibili indicazioni di *policies*.

A tale scopo è stata effettuata la ricostruzione del contesto della sanità regionale partendo dall'esame degli aspetti caratterizzanti la realtà piemontese ed evidenziando, in connessione con lo strumento APQ e con gli obiettivi previsti dall'APQ della Regione Piemonte, le strategie e le linee di attività indicate nei principali documenti di programmazione regionale sanitaria.

Sono stati individuati i due fenomeni più rilevanti ai fini dell'analisi di contesto: epidemiologico l'uno e demografico l'altro ovvero quello che viene definito "transizione epidemiologica", che ha condotto ad un cambiamento della morbilità, portando la situazione epidemiologica da dominata da malattie infettive rapidamente letali a dominata da malattie croniche e degenerative, e dall'invecchiamento della popolazione.

Per ciascuno dei due fenomeni sono stati evidenziati dapprima gli indicatori più rilevanti e successivamente le modalità con le quali la salute/sanità può diventare soggetto capace di attuare politiche di sviluppo.

L'attenzione si è poi concentrata sui riferimenti dei progetti esaminati e sui possibili collegamenti con le risposte di policy: la programmazione nazionale e regionale in materia di sanità pubblica, la programmazione territoriale regionale, e altri documenti di programmazione settoriale, al fine di enucleare i collegamenti tra gli assi strategici di intervento individuati dalla programmazione regionale e le dimensioni di riforma del servizio sanitario regionale evidenziate nel PSSR 2007-2010.

L'esame conclusivo delle sfide emergenti raccoglie alcuni dati utili per meglio interpretare i fenomeni esaminati: l'accorpamento delle ASL; il posizionamento del Piemonte rispetto alla spesa sostenuta nel 2007 per l'assistenza sanitaria pubblica; l'analisi della spesa del Servizio Sanitario Nazionale come opportunità di creare valore per l'industria della sanità (la sanità è l'impresa piemontese che ha mostrato la maggior crescita per occupazione e investimenti negli ultimi anni), e, ancora, le caratteristiche che hanno assunto lo sviluppo ICT e sistemi informativi in rete nella Regione, che hanno fatto registrare una forte evoluzione in questi anni, anche se ancora suscettibili di possibili forti valorizzazioni, le principali caratteristiche della rete ospedaliera piemontese ed, infine, alcuni dati relativi alla dotazione di grandi apparecchiature.



La considerazione di partenza riguarda l'opportunità di sviluppare, in un sistema fortemente regionalizzato come il Servizio Sanitario Nazionale, una forte relazione tra gli interventi esaminati e il processo di programmazione sanitaria in corso, suggerendo una revisione delle priorità esplicitate a suo tempo a livello regionale e riconducendo benefici attesi e azioni previste al progetto "Città della Salute e della Scienza di Torino", avente una forte rilevanza e ad oggi compiutamente sviluppato sotto il profilo progettuale.

Di fatto, i progetti "Ristrutturazione dei Grandi Ospedali" e "Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari" si riferiscono alla tipologia di benefici relativi alla riorganizzazione dei processi assistenziali e alla riqualificazione dei contenitori edilizi, mentre il progetto Scuola di Governo, anche per le sue caratteristiche intrinseche, di natura trasversale, permette maggiori collegamenti e sinergie che possono essere attivate tra le diverse componenti del sistema sanitario.

L'analisi effettuata ha suggerito l'integrazione di questi tre ultimi progetti, sviluppando in modo esplicito il punto dei benefici attesi riferito all'opportunità di adeguare le strutture ai mutati bisogni sanitari della popolazione.

Risultava evidente quanto sarebbe stato possibile ottenere calibrando in maggior misura le Azioni previste negli interventi esaminati: l'attenzione all'efficienza ed alla riorganizzazione dei processi assistenziali, che in alcuni casi consente di individuare soluzioni di indubbio rilievo ed impatto organizzativo, sicuramente deve essere temperata con una maggiore attenzione all'appropriatezza, nonché all'impatto, di tali interventi sulla salute dei cittadini.

Il documento elaborato può essere interpretato come prima traccia del percorso da intraprendere per promuovere risposte maggiormente mirate al soddisfacimento dei mutati bisogni sanitari della popolazione, in grado di coniugare l'efficacia con l'efficienza degli interventi.





I RIFERIMENTI DELL'APQ SALUTE PUBBLICA 2006

L'APQ 2006 individua, tra i fattori endogeni dell'aumento della spesa sanitaria:

- il progresso tecnologico, che migliora le performance diagnostiche e terapeutiche;
- i cambiamenti epidemiologici, che inducono cronicizzazione di patologie un tempo mortali;
- la modifica degli equilibri demografici, che inducono un aumento di richiesta di assistenza sanitaria da parte della popolazione anziana.

L'agire congiunto di fattori legati all'invecchiamento, cui si collega il problema della disabilità, al progresso tecnologico, che mette a disposizione terapie e procedure sempre migliori aumentando però i costi che il servizio sanitario è tenuto a sostenere, ed all'efficiente erogazione delle prestazioni, è fonte di continua crescita del fabbisogno finanziario per il settore.

EVOLUZIONE, BISOGNI E DOMANDE: SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE FUTURE

La transizione epidemiologica che ha trasformato la domanda sanitaria

Negli ultimi anni¹¹ quella che viene definita “transizione epidemiologica”, trainata dalla transizione demografica (che ha visto una riduzione della mortalità, seguita da una diminuzione della fecondità) ha condotto ad un cambiamento della morbilità, portando la situazione epidemiologica da dominata da malattie infettive rapidamente letali a dominata da malattie croniche e degenerative che sopraggiungono tardivamente ed evolvono in modo cronico.

Tutto questo induce l'opportunità di una transizione sanitaria, intesa come risposta del sistema sanitario ai bisogni nati dalla transizione epidemiologica, che comporta la modifica delle attività di risposta del sistema sanitario, contestualmente ad una riorganizzazione del finanziamento delle cure.

Secondo studi recenti¹² già oggi gli affetti da malattie croniche, che rappresentano circa il 25% del totale della popolazione, consumano l'88% delle prescrizioni, il 72% delle visite mediche ed il 75% delle giornate di ospedalizzazione: non si tratta di un cambiamento dei bisogni bensì di un prolungamento degli stessi, insieme all'aggiunta di nuovi.

Riunendo i dati delle Indagini Multiscopo condotte dall'ISTAT si può effettuare la stima approssimativa della prevalenza delle forme più comuni di patologie croniche nella popolazione piemontese al 2005 tocca in tutto, il 25% della popolazione: 537.000 piemontesi, il 12,4% della popolazione regionale, dichiara almeno una malattia cronica grave (13,1% a livello nazionale), 567.000, il 13,1% della popolazione, dichiara tre o più patologie croniche (13,8% a livello nazionale)¹³.

¹¹ Viberti G., (2008), Gli scenari della sanità. Sfide oggettive e risposte necessarie. Terzo rapporto triennale “Scenari per il Piemonte del 2015, IRES Piemonte, Torino.

¹² Sipkoff M., (2003), Health Plans begins to adress chronic care management, Managed Care 12.

¹³ L'ISTAT considera malattie croniche gravi: infarto del miocardio, diabete, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, Parkinsonismo, Alzheimer e demenze senili.

*Indicatori demografici in Piemonte nell'ultimo ventennio*

	<i>Indice di invecchiamento (> 65)</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza senile</i>
1985	15,1	91,9	22,1
1995	18,7	154,2	26,9
2005	22,2	179,3	34
2007	22,7	181,2	35

Fonte: IRES Piemonte, Relazione Socio Economica 2007

Il concetto di innovazione dirompente, nato in un contesto industriale (Cristhensen et al., 2000), è applicabile anche alla sanità: in tale scenario il numero di posti letto per acuti tenderà a scendere, i medici si limiteranno ad essere utilizzati per quelle prestazioni per le quali è necessaria la formazione prescritta ed altre figure professionali, con una formazione meno costosa, potranno prendere il posto dei medici in gran parte delle loro attività, in una logica di “case management”. Tale logica richiede il coordinamento delle risorse delle diverse strutture ed organizzazioni del sistema sanitario per la specifica patologia di un paziente e la definizione di profili di cura in grado di guidare l'integrazione degli apporti provenienti dalle varie discipline.

Rispetto alle modalità con le quali la salute/sanità può diventare soggetto capace di politiche di sviluppo, si rileva l'opportunità di prevedere gestioni integrate (tra diversi professionisti e servizi del Servizio Sanitario) dei pazienti cronici, contestualmente allo sviluppo in rete dei sistemi di cura, con il collegamento di tutti i segmenti del Servizio Sanitario impegnati nei percorsi di cura e di assistenza, al fine di monitorare i bisogni assistenziali delle persone, gestirle nel tempo, assumendo la responsabilità di attivare i servizi necessari, valutare il risultato, assicurare la congruenza economica, essere il referente per i pazienti e le loro famiglie.

La domanda che si pone è: riusciranno i servizi sanitari a utilizzare le nuove e più accessibili tecnologie nei settori della prevenzione delle cure e sottrarsi all'influenza di prestazioni ospedaliere ad alto costo?

I fenomeni demografici ed epidemiologici più significativi e le politiche di sviluppo per la salute/sanità

La Relazione “La salute in Piemonte – Misure e problemi per la salute e la sanità”, predisposta nel maggio 2006 dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI), identifica, come situazione critica prioritaria della realtà regionale, meritevole di attenzione per le azioni della programmazione, l'invecchiamento della popolazione, che viene analizzato con attenzione alle principali opportunità con cui salute/sanità possono diventare soggetto capace di partecipare alle politiche di sviluppo.

Per quanto riguarda gli aspetti demografici il Piemonte, dove risiede poco più del 7% della popolazione italiana, si evidenzia come una Regione più vecchia e dipendente della media delle Regioni italiane: l'indice di invecchiamento, che rapporta gli ultrasessantacinquenni al



totale della popolazione, è cresciuto, dal 2001 al 2006, dal 21,3 al 22,4%, in Italia dal 18,7 al 19,8.

La popolazione piemontese – Indicatori demografici

	<i>Piemonte</i>		<i>Italia</i>	
	2001	2006	2001	2006
Popolazione				
Percentuale su Italia	7,4	7,4		
Indice di invecchiamento (> 65/residenti *100)	21,3	22,4	18,7	19,8
Indice di vecchiaia (> 65/< 15 *100)	175,9	180,7	131,4	140,7
Indice di dipendenza globale (<15+>65)/(30-59)*100	76,9	77,9	77,5	76,9
Rapporto tra quarta e terza età (> 75/(65-74)*100)	80,5	86,9	81,2	88,5

Fonte: IRES Piemonte, Relazione Socio Economica 2007

L'indice di vecchiaia, che mette in rapporto la popolazione anziana con quella infantile, è costantemente in crescita, e si è passati dai 92 anziani ogni 100 giovani del 1985 ai 181 anziani del 2007, che salirebbero a quasi 200 senza il contributo degli stranieri¹⁴.

L'aumento della popolazione anziana ha, inoltre, fatto crescere l'indice di dipendenza senile (percentuale di popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa), passato da 22 a 35 dal 1985 al 2007, bilanciato per contro dalla diminuzione del peso dei giovani.

Per quanto riguarda l'indice di dipendenza globale, che mette in relazione le classi di età più bisognose di cura (bambini e anziani) con la popolazione in età lavorativa (30-59 anni) normalmente chiamata a farsene carico, nel passaggio dal 2001 al 2006, la Regione Piemonte ha superato il valore medio nazionale, passando da 76,9 a 77,9 per cento (in Italia da 77,5 a 76,9): tutto questo sembrerebbe indicare una maggior vitalità demografica della nostra Regione, dove, accanto ad una percentuale elevata di anziani, si registra una percentuale più elevata della media nazionale anche nella popolazione della fascia di età 0-15 anni.

Il rapporto tra quarta e terza età, che mette in relazione la popolazione ultrasettantacinquenne, con bisogni di cura più elevati, con la meno anziana (60-74 anni), potenzialmente in grado di contribuire alla cura, fa apparire, invece, la situazione regionale meno problematica di quella nazionale: il peso dei "grandi vecchi" sul totale della popolazione anziana è più basso rispetto al valore medio nazionale.

Con riferimento alle conseguenze sui servizi poste dall'invecchiamento della popolazione, a breve termine si osserverà un fenomeno di invecchiamento progressivo della forza lavoro, che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria.

Più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi: con ogni probabilità ci sarà maggiormente bisogno di beni e servizi relativi all'assistenza sanitaria, e tutto questo confermerà il settore della sanità come volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi per una popolazione di consumatori con bisogni e preferenze nuovi rispetto al passato.

Questo fenomeno potrebbe anche avere un'influenza sulle professioni sanitarie e sull'assistenza: il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza, richiesto

¹⁴ IRES (2007), Relazione Socio Economica, IRES Piemonte, Torino.



dall'invecchiamento della popolazione, imporrà la necessità di più infermieri e medici di medicina generale.

Presumibilmente anche la relativa maggiore incidenza, nella nostra Regione, di giovani anziani (65-74 anni), che godono, secondo i dati epidemiologici, di buona salute (l'incidenza della non autosufficienza cresce a partire dai 75 anni), sono finanziariamente forti (spesso sono proprietari di case e di risparmi) e hanno buona possibilità di interazioni sociali, può rappresentare un'opportunità di crescita e di benessere per l'economia.



LE RISPOSTE DI POLICY

LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

Il collegamento con il PSN 2006-2008

Nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ancora vigente, relativamente al tema “Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo”¹⁵ viene descritta la filiera nella quale il sistema per la salute la ricerca, il trasferimento, i processi di innovazione e lo sviluppo delle conoscenze operative, costituiscono un fattore in grado non solo di garantire l’adeguamento costante e tempestivo del sistema sanitario alle innovazioni in campo scientifico e tecnologico, ma anche di favorire lo sviluppo complessivo del sistema Paese.

La filiera rappresenta, nell’ambito dello specifico settore, una leva importante per i settori correlati e per l’indotto, in particolare attraverso i seguenti elementi:

- ✓ **il finanziamento della ricerca**, che deve essere congruente con le linee strategiche e i processi attivi a livello europeo ed internazionale, favorendo lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra gli attori del Servizio Sanitario, i Centri di Ricerca, le Imprese e gli *stakeholders* territoriali;
- ✓ **la selezione dei progetti finanziabili**, da raccordare alla pianificazione nazionale in materia di infrastrutture tecnologiche e informative, evitando le duplicazioni di investimento e le sovrapposizioni;
- ✓ **l’integrazione delle attività degli IRCCS e delle Aziende Sanitarie**, con l’obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse di conoscenza, tecnico-operative, di *skills* professionali e finanziarie, ed accedere a processi di finanziamento;
- ✓ lo sviluppo, nelle Regioni e all’interno delle Aziende Sanitarie, della capacità di **gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSN**, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza, che comporti la capacità di valutare e tempestivamente adottare le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimarne l’impatto economico e, soprattutto, analizzarne il possibile impatto sull’organizzazione ed eventuali ricadute sulla programmazione locale e regionale dei servizi;
- ✓ **l’incentivo alla relazione fra il sistema per la salute e il sistema industriale e commerciale**, con particolare riferimento alle industrie chimico-farmaceutiche, biomedicali e alle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, favorendo lo sviluppo di sinergie controllate nel settore della ricerca e della formazione.

Secondo il documento la sfida sulla salute si può vincere soltanto attraverso una ricerca caratterizzata da una visione unitaria, obiettivi comuni e, dunque, un costante interscambio, facendo convergere con pari dignità discipline diverse, da quelle mediche e infermieristiche a quelle economiche, ingegneristiche, epidemiologiche, statistiche ed informatiche.

¹⁵ PSN 32006-2008, Paragrafo 4.1.



Coerenza programmatica e collegamento con il PSSR 2007-2010

In Piemonte, il Piano Socio-Sanitario Regionale del triennio 2007-2010¹⁶ riconosce, in particolare affrontando il tema “Opportunità di crescita, governo delle risorse, innovazione”¹⁷, la possibilità, per le politiche sociosanitarie e di assistenza alla persona, di dare un nuovo impulso all’economia terziaria della Regione mediante l’integrazione forte tra i diversi settori della Pubblica Amministrazione; di contribuire ad una diversa modellazione e vocazione del territorio e al rilancio della competitività, di fungere da attrazione del territorio per la ricerca, il lavoro di qualità, l’alta formazione.

Il PSSR, delineando esplicitamente le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività piemontese, inserisce e connota un sistema di strutture, funzioni, servizi e attività che tende a tradurre e a rendere visibili i tratti portanti e caratteristici del modello ispiratore.

La lunga mancanza di formali ed organiche indicazioni programmatiche che delineassero obiettivi strategici, individuassero scelte organizzative e promuovessero modalità di organizzazione del lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie e socio-assistenziali, ha sfavorevolmente condizionato l’evoluzione del sistema socio-sanitario regionale.

La mancata integrazione con le specifiche politiche socio-assistenziali e, complessivamente, con le politiche intersettoriali che hanno spesso maggior efficacia circa gli effetti di una buona tutela della salute rispetto agli interventi sanitari in sé, ha determinato fatalmente la perdita di una serie di opportunità e il delinarsi di squilibri difficilmente recuperabili e sanabili all’interno del sistema socio-sanitario.

Il documento di pianificazione traccia, a grandi linee, l’evoluzione a medio e a lungo termine del sistema nel quale le fila dell’organizzazione socio-sanitaria regionale sono ricondotte ad un quadro di programmazione razionale e ragionevole, che trae origine dalle informazioni epidemiologiche relative allo stato di salute, con un’attenzione particolare all’analisi dei determinanti, delle domande e dei bisogni socio-sanitari.

Il PSSR individua, tra le opportunità di crescita, di governo delle risorse e di innovazione, i temi dei progetti oggetto dell’APQ 2006 ed il programma trasversale SIRSE. Di seguito, con particolare riferimento ai temi sviluppati nell’APQ, si riportano le principali indicazioni del PSSR 2007-2010 relative ai progetti Città della Scienza e della Salute e Cittadella Politecnica di Alessandria, Ristrutturazione Grandi Ospedali, Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari, Scuola di Governo di Vercelli e Programma SIRSE.

Una trattazione più approfondita relativa a ciascuno dei Progetti previsti nell’APQ è contenuta nella Relazione Tecnica ai punti “Coerenza Programmatica”.

¹⁶ Elaborazione IRES da PSSR 2007-2010, Premessa “Una nuova politica per la salute”.

¹⁷ Ibidem, Capitolo 1.



Progetto Città della Scienza e della Salute

Le indicazioni del PSSR sono contenute nel capitolo “Un nuovo paradigma organizzativo: i parchi della salute”¹⁸ di seguito riportato.

Vi sono in Piemonte due ospedali, l'ASO San Giovanni Battista di Torino e l'ASO di Novara, che richiedono in tempi brevi un radicale rinnovamento strutturale e possono consentire, per le loro caratteristiche, di affrontare un nuovo modello organizzativo in sanità ed essere l'occasione per la nascita di due Parchi della Salute, punti cardine di una nuova filiera-salute piemontese.

Si tratta in entrambi i casi di ricollocare in una nuova struttura attività sanitarie di elevata professionalità e complessità organizzativa, attività di didattica e di ricerca proprie delle due Università che hanno sede nei suddetti ospedali.

La concentrazione di queste importanti attività di assistenza, insegnamento e ricerca, il grande bacino di utenza prevedibile, l'esistenza di valide infrastrutture, possono costituire la leva per insediamenti ad alto contenuto tecnologico e una spinta agli spin-off per quei settori in cui vi è maggiore competenza in Piemonte: tecnologia e ingegneria applicata alla salute, biogenomica, scienza dei materiali ed informatica.

Il modello del Parco della Salute costituisce dunque un'occasione di sviluppo economico per l'area torinese e novarese, è in grado di attrarre investimenti pubblici e privati, può far crescere nuovi servizi a disposizione dei due territori con ricadute occupazionali dirette ed indirette, valorizzando il ruolo di innovativa ricerca ed alta formazione che può essere garantito da una virtuosa integrazione tra le strutture universitarie ed ospedaliere.

Lo sviluppo contemporaneo dei due progetti consente una sperimentazione coordinata di nuovi modelli organizzativi interni alle strutture; una migliore integrazione con la rete ospedaliera ed i servizi territoriali; un'occasione, anche attraverso una corretta competizione di mercato, per l'incubazione e l'insediamento di imprese stimolate dalla scelta del settore di ricerca offerto dai due presidi ospedalieri; una possibilità di integrazione tra pubblico e privato, sistemi finanziari ed assicurativi, Fondazioni Bancarie in due aree piemontesi con consolidate, ma diverse, esperienze in questo campo.

Il modello proposto, sarà quello di un ospedale plurispecialistico capace di fornire interventi sanitari di elevata complessità, dotato dei moderni strumenti tecnologici richiesti con standard di edilizia avanzati e attenti anche agli aspetti alberghieri, attrezzato con moderne aule per la didattica, rivolto sia ai medici, sia a tutti gli altri operatori sanitari.

Si prevede sia affiancato da un'area destinata al campus universitario e da un'area, estendibile nel tempo in base alle capacità attrattive d'investimenti che il Parco saprà realizzare, in cui insediare le imprese, anche con l'intenzione di posizionare i due progetti su networks internazionali, capaci di portare ad investimenti dall'estero.

Il modello sopra descritto, che prevede una forte integrazione tra attività di assistenza, didattica, ricerca e incubazione di impresa, potrà realizzarsi anche in altre aree della Regione, valorizzando le esperienze e le potenzialità presenti nelle Aziende Sanitarie regionali e nelle Università del Piemonte, e potrà essere adottato con un approccio di natura specialistica. Ciò potrebbe avvenire in primo luogo ad Alessandria, per la relazione tra salute e materiali e per

¹⁸ PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.10.



la prevenzione dei problemi di salute a preminente origine ambientale e, a Verduno, per la relazione tra salute e alimentazione.

Ristrutturazione Grandi Ospedali

Le indicazioni del PSSR sono contenute nel capitolo “Intraprendere la modernizzazione strutturale e organizzativa”¹⁹ di seguito riportato.

Il PSSR disegna principi largamente condivisi riguardanti la prevenzione, la medicina territoriale, l'integrazione socio-sanitaria, il ruolo degli enti locali e dei portatori di interessi territoriali come attori positivi di un processo di rinnovamento.

Le politiche di riorganizzazione della salute e dei servizi sociali, nel significato più ampio di politiche per la salute identificano nel coinvolgimento del territorio il fattore strategico di successo: processi decisionali e negoziazione, aree vaste e distretti, esigibilità delle prestazioni, accessibilità, continuità sono i fattori prioritari del nuovo sistema.

Ricerca, innovazione e tecnologia sono leve a sostegno e a rafforzamento dei processi di riorganizzazione, di raggiungimento di maggiore efficacia ed efficienza, al servizio del governo clinico complessivo e di singolo presidio, e non valori a sé stanti. Nella percezione della bontà del servizio da parte del cittadino la qualità strutturale e di organizzazione media dei presidi ha un impatto estremamente rilevante, e presenta mediamente indici di insoddisfazione piuttosto elevati, senz'altro più acuti rispetto alla qualità percepita per i servizi medico specialistici.

Anche se il posizionamento attuale del sistema non è insoddisfacente in termini medi, esso presenta però una distribuzione fortemente disomogenea della qualità tra struttura e struttura e comunque con un livello sintetico ancora distante dagli standard indispensabili ai requisiti per l'accreditamento. Un piano di ammodernamento strutturale medio dei presidi regionali è dunque uno dei requisiti essenziali di crescita media della qualità del sistema e uno dei fattori chiave nella relazione con il cittadino/paziente.

La situazione attuale è caratterizzata da un patrimonio immobiliare non vincolato e consistente, posto in capo alle Agenzie Sanitarie Regionali (ASR). La disponibilità del patrimonio ha costituito in questi anni un significativo fattore di sperequazione tra le diverse aziende, e un elemento generale di disfunzione per il sistema regionale. Il patrimonio non vincolato può essere una risorsa importante per la salute piemontese, se gestita attivamente e in modo integrato, al servizio cioè dell'intero sistema, liberando le ASR del ruolo improprio di immobilista e focalizzando l'azione di governo sulle funzioni e le proprietà effettivamente strategiche.

Una gestione attiva del patrimonio – tramite uno strumento di gestione pubblico – consentirà l'avvio di un processo di ammodernamento strutturale generale e profondo.

Tale fattore costituisce priorità per il sistema piemontese, quale parte essenziale della riorganizzazione del sistema e forte elemento di qualificazione dell'azione a favore dei territori.

¹⁹ PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.5.



Parte essenziale del piano di ammodernamento delle strutture riguarderà gli interventi sull'organizzazione degli spazi, sulla loro fruibilità e accesso, per implementare presidi clinici più amichevoli e corrispondenti ai bisogni dei cittadini.

La logistica interna (accessi, mobilità, segnaletica), l'uso dei materiali, i tratti architettonici e l'organizzazione degli spazi (materiali, colori, arredi, aree per famiglie ed altro), il risparmio energetico, l'*ecodesign*, rappresentano parte degli interventi di ammodernamento per la costruzione di presidi sanitari sostenibili.

Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari

Le indicazioni del PSSR sono contenute nel capitolo "Il risparmio energetico"²⁰ di seguito riportato.

L'alto livello di confort e di salubrità da assicurare negli ambienti dedicati alla salute imporranno livelli sempre più elevati nel controllo delle emissioni inquinanti, della produzione di rifiuti e del contenimento dei consumi energetici. In particolare la gestione energetica nelle strutture ospedaliere è importante per i costi, la qualità del servizio energetico, la sicurezza energetica per la continuità del servizio sanitario.

La riduzione dei costi energetici può essere ottenuta intervenendo a diversi livelli e con diverse modalità. Il piano per il risparmio, la riduzione delle emissioni e la sicurezza che si propone in sede di Piano prevede:

- ✓ la conoscenza del patrimonio edilizio e la diagnosi energetica dello stato attuale dei presidi e il primo check degli interventi migliorativi;
- ✓ lo schema di finanziamento degli interventi;
- ✓ interventi che non comportano modifiche agli impianti e sull'involucro edilizio, ma solo azioni di razionalizzazione della conduzione e della regolazione degli impianti;
- ✓ interventi finalizzati all'eliminazione dei grandi sprechi relativi agli involucri edilizi, alle sostituzioni;
- ✓ interventi a larga scala sulle dotazioni impiantistiche e sui sistemi di produzione dell'energia che comportano il ricorso a tecnologie innovative e fonti rinnovabili.

I risparmi ottenibili attraverso l'uso razionale dell'energia sono sempre a parità di servizio fornito, o con miglioramento dello stesso, e non impongono rinunce o tagli. La finanziabilità di terzi consente l'intervento di società di servizi energetici i cui minori costi derivano dai risparmi conseguiti grazie all'aumento dell'efficienza energetica che si può stimare in questa fase nell'ordine del 20-25% dei costi energetici attuali. Stime recenti indicano tra 50 e 60 milioni di euro il costo energetico del sistema sanitario piemontese, con efficienze facilmente calcolabili.

Scuola di Governo di Vercelli

Le indicazioni del PSSR sono contenute nel capitolo "Università, formazione e sistema della salute"²¹ di seguito riportato.

²⁰ PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.7.

²¹ PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.9.



Perno del ridisegno e rilancio dell'offerta di formazione per il sistema salute piemontese sono le Università. Esse costituiscono un elemento essenziale per le politiche di alta formazione e, dunque, per il rilancio di un'azione di ampio respiro sul fronte della formazione continua e dei nuovi fabbisogni determinati dal modello di integrazione territoriale socio-sanitaria che costituisce uno degli elementi strategici del piano.

Il Piano prevede di realizzare, a fronte di un monitoraggio dei fabbisogni quantitativi del sistema, un'analisi puntuale della domanda qualitativa di competenze, funzionale al ridisegno dei servizi, al funzionamento efficiente ed efficace delle organizzazioni, al loro sviluppo, in particolare ai bisogni di integrazione territoriale, alla necessità di una più accurata articolazione della struttura professionale, che tenga conto:

- ✓ dei fabbisogni di competenze delle organizzazioni e del territorio;
- ✓ dei bisogni individuali;
- ✓ dei nuovi assetti e soggetti dell'offerta formativa: Università, formazione continua, ospedali, presidi, servizi socio-territoriali, altre agenzie formative.

L'elemento più rilevante delle politiche formative riguarda l'assetto dell'offerta di alta formazione universitaria. Tale riassetto si fonda su di una proposta da orientare ad una politica multipolare (Ospedali di insegnamento) e di specializzazione dell'offerta di alta formazione per la salute sul territorio, che apra il proprio catalogo ad una platea di soggetti più ampia, che riduca le repliche sul territorio, introduca i principi della programmazione interateneo e interfaccoltà per i percorsi che prevedono una forte integrazione disciplinare (a cavallo tra l'area economico sociale e quella più tipicamente bio-clinica-assistenziale) e che veda nel potenziamento dell'offerta per la salute dell'Università del Piemonte Orientale (di ricerca e alta formazione) un polo di frontiera e di attrazione (di mobilità attiva) nei confronti delle regioni confinanti.

Nel quadro di una ridefinizione dei contenuti e delle modalità di relazione tra Regione Piemonte e Università, di Torino e del Piemonte Orientale è stata definita la convenzione generale da estendere alle Facoltà di Medicina e Chirurgia. La convenzione prevede la regolazione e lo sviluppo di una serie di progetti strategici per rilanciare il rapporto tra Università e territorio, per razionalizzare la logistica formativa, riducendo le repliche e specializzando i poli, per varare una serie di servizi allo studio e alla ricerca che allineino i nostri Atenei agli standard europei di servizio (borse, prestiti d'onore, residenze, biblioteche, *university press* ed altro).

In primo luogo occorre che la Facoltà di Medicina sia parte integrante e attiva di questa convenzione in cui vengono stabiliti i principi generali di programmazione, di distribuzione territoriale dell'offerta e di servizio.

Nel quadro di questi principi e nel rafforzamento degli assetti di specializzazione multipolare dell'offerta di alta formazione, data la centralità che l'alta formazione socio-bio-medica rappresenta nel catalogo degli atenei piemontesi, la Regione promuove un progetto speciale di alta formazione sotto la regia regionale, con l'auspicabile coinvolgimento degli diversi attori istituzionali pubblici e privati tra cui le Fondazioni di origine bancaria in primo luogo, secondo i criteri di programmazione interateneo, per la sperimentazione di un ospedale di insegnamento misto università ospedale pubblico secondo un modello diverso ed innovativo



di conduzione dell'insegnamento, della ricerca, dell'assistenza con l'obiettivo di essere esportabile e ripetibile.

L'ospedale d'insegnamento rappresenta il soggetto promotore di una nuova offerta formativa per il territorio, sia per le figure a competenze più marcatamente tecnico-clinico-assistenziali, sia per quelle che integrano alle competenze mediche contenuti a carattere gestionale e di integrazione di processi complessi sul territorio; tale figura è essenziale nel ridisegno degli assetti dei sistemi di salute evoluti e indispensabile ai fini della realizzazione di un sistema socio-sanitario integrato.

Nell'ottica di questa proposta sarebbe opportuno proporre la sperimentazione di un nuovo percorso formativo in cui la formazione e la pratica di ricerca e di assistenza dovrebbero essere non solo interessate ad un approccio biologico e tecnologico, se pure fondamentali, ma anche ispirate ai principi di:

- ✓ sostenibilità finanziaria del sistema;
- ✓ ricerca continua dell'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale;
- ✓ miglioramento continuo di qualità attraverso il ciclo di analisi, progettazione, realizzazione, verifica, nuova analisi;
- ✓ integrazione tra elementi universitari ed ospedalieri come facenti parti del medesimo sistema;
- ✓ integrazione con il sistema sanitario pubblico territoriale, rete della quale l'ospedale di insegnamento dovrebbe costituire un nodo strategico in relazione agli orientamenti ormai condivisi che vedono nell'integrazione socio-sanitaria uno degli elementi fondamentali della sostenibilità del sistema di welfare a medio lungo termine.

Le conflittualità e le inerzialità esistenti, peraltro motori rilevanti di costi impropri, si rivelano difficilmente risolvibili mantenendosi entro lo schema classico delle due realtà da integrare senza definire le premesse e le condizioni per un rilancio dell'accordo che guardi a orizzonti e terreni nuovi di sperimentazione.

Gli "ospedali d'insegnamento" o le "alte scuole per la salute" traggono ad un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza per il territorio che presuppone non l'omologazione dell'ospedale all'università o viceversa, ma un approccio integrato di assistenza, didattica e ricerca anche ai fini dell'economicità complessiva del sistema.

Poiché ad oggi non esistono in Italia sperimentazioni di rilievo in tal senso, il Piemonte potrebbe costituire una palestra e un micro-modello di sperimentazione gestionale sulla sostenibilità economico-finanziaria del sistema. La revisione del Protocollo di Intesa regionale Università-Regione, in termini giuridici e di allocazione delle risorse, anche in base all'autonomia e alla parziale discrezionalità offerta dalla riforma del titolo quinto della Costituzione, deve costituire la priorità nell'ambito del ripensamento dei rapporti tra le due Istituzioni.

L'adeguamento delle competenze della struttura professionale del sistema salute rappresenta uno degli aspetti più precari e rispetto al quale la Regione Piemonte sconta un grave ritardo nell'iniziativa. La formazione, e in particolare l'elevamento medio dei livelli di competenza, è una delle condizioni essenziali per la realizzazione del cambiamento organizzativo, dei



comportamenti di cura e assistenza, per il raggiungimento degli obiettivi di qualità di efficacia e di efficienza che sono alla base delle linee di Piano.

I passi per garantire un'azione sistematica sul piano dell'apprendimento continuo sono:

- ✓ la definizione di un sistema di perimetro e di regia regionali per la formazione continua in sanità, fondato sull'integrazione funzionale tra le Agenzie Sanitarie Regionali (ASR) ed i presidi del Sistema Sanitario Regionale (SSR), gli Atenei piemontesi, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) e l'AReSS;
- ✓ la definizione di bisogni formativi in base alle esigenze manifestate dai soggetti che costituiscono il sistema e dalle rappresentanze delle categorie e dei gruppi professionali interessati, in rapporto alla sua evoluzione, ai trend relativi al suo funzionamento efficace e al suo sviluppo sono il presupposto per il piano di formazione continua per il sistema salute piemontese;
- ✓ l'accreditamento ECM in funzione delle priorità regionali, in relazione con la struttura delle competenze individuabili disponibili, in accordo con il sistema dell'offerta formativa, con particolare riferimento a quella garantita dal sistema universitario;
- ✓ la messa a punto degli strumenti *web based* e tradizionali per le azioni governate di formazione informazione sul sistema;
- ✓ la realizzazione di un sistema per la valutazione dell'impatto e dei risultati degli interventi di formazione attraverso il coinvolgimento attivo dei soggetti destinatari degli interventi stessi.

Programma SIRSE

Le indicazioni del PSSR sono contenute nel capitolo "Il sistema socio sanitario, le tecnologie e l'ICT"²² di seguito riportato.

La salute in senso generale ha rappresentato negli ultimi anni uno degli ambiti più intensivi di applicazione delle tecnologie, specifiche e trasversali. L'integrazione tra tecnologie ICT ed elettromedicale ha condotto ad una vera e propria rivoluzione nel settore sia in campo diagnostico sia in campo terapeutico. La diffusione delle tecnologie ICT e di quelle *web based*, in particolare, sta producendo radicali cambiamenti nella disponibilità della conoscenza e dell'informazione distribuite, specie per le potenzialità che essa offre all'integrazione territoriale dei servizi e delle basi informative. Per il 2010 si stima che circa il 30% delle risorse informative circolanti nel campo della salute saranno esclusivamente basate sul web.

L'Italia e la nostra Regione in particolare scontano da questo punto di vista un particolare ritardo. La previsione dell'impatto dell'adozione delle tecnologie per la salute in senso molto ampio, circa i costi e i benefici, rappresenta una delle linee guida essenziali per il sistema socio-sanitario regionale.

Riteniamo che le funzioni di un moderno *technology assessment* siano la premessa indispensabile all'adozione o al mantenimento di interventi di diversa complessità, una funzione importante a supporto della decisione politica circa l'utilizzo delle tecnologie applicate alla salute, il trasferimento dalla ricerca alle applicazioni della stessa.

²² PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.8.



In questa sede si fa riferimento ad un'accezione ampia di tecnologia che si riferisce "all'insieme dei mezzi utilizzati per l'erogazione delle cure, medicinali, strumenti, attrezzature, procedure e sistemi organizzativi di supporto, di diagnosi precoce, di riabilitazione e terapia alternativa".

L'istituzione di una funzione/struttura regionale per il *tech assessment* e il *data quality control* biostatistico ed epidemiologico si articolerebbe su tre funzioni, di consiglio tecnico scientifico per il TA, di direzione e ricerca per il TA all'interno del sistema sanitario regionale, di comunicazione, diffusione e formazione per il sistema.

Per il versante delle tecnologie ICT è necessaria una breve premessa circa l'evoluzione avuta nel campo della salute dal sistema IT. Si tratta di una leva importante per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi (tempi di attesa, strumenti di gestione e di programmazione, appropriatezza, restituzione/refertazione in primo luogo).

Nel corso dell'ultimo decennio si è registrata una notevole diffusione di sistemi e applicazioni, evoluzione caratterizzata da scarso governo dell'architettura, più centrata su una logica di semplice informatizzazione delle funzioni singole che non sull'integrazione del sistema complessivo. Ciò determina allo stato attuale un basso livello di interoperabilità, inefficienza, una ridotta flessibilità e adattabilità, elevati costi di gestione, presumibilmente replicati e ingovernabili.

Oggi e in prospettiva occorre mirare ad una dimensione di piattaforma salute-assistenza integrata che sia figlia del modello organizzativo, la tecnologia costituisce, quindi, ora più che mai, essenzialmente fattore di organizzazione, e non fattore condizionante.

I vincoli che le linee guida del piano identificano in questa fase sono:

- ✓ **ribaltamento dell'approccio verticale per singoli atti in approccio orizzontale per processi;**
- ✓ **definizione dei bisogni chiave di una piattaforma IT per la salute e l'assistenza,** che consenta una reale gestione trasversale sia della parte più clinica (da contatto a percorso a sostegno della continuità assistenziale) sia delle parti trasversali e di supporto (cup, e-proc, controllo di gestione, logistica interna ed esterna, accoglienza);
- ✓ la Regione dispone oggi di uno straordinario magazzino "muto" di competenze e dati gestito da CSI; è indispensabile valorizzarlo, estrarlo e renderlo patrimonio a sostegno della programmazione e delle politiche di integrazione sociosanitaria sul territorio; al CSI, in virtù delle molte conoscenze, potrebbe spettare il compito di **varare un programma di condivisione dei dati**, essenziale al governo del sistema e garante di maggiore appropriatezza di assistenza e cura;
- ✓ **costituire un centro di competenza di alto profilo all'interno degli assessorati alla salute e al welfare**, reintegrare nella direzione IT regionale le competenze tecnico specifiche con compiti di integrazione e semplificazione delle soluzioni IT adottate sul territorio;
- ✓ il Piano sottolinea con forza **l'importanza delle azioni di deospedalizzazione in favore del territorio e delle reti**; l'innovazione tecnologica e l'IT diffusa costituiscono una valenza strategica per assecondare questo percorso (telemedicina e tele-assistenza, gestione e distribuzione dei dati clinici *web based* ed altro) e per dare sostanza organizzativa alla continuità di assistenza e cura, alla facilità di accesso ai servizi;
- ✓ **l'IT applicata al cluster della salute sociale rappresenta una grande opportunità assolutamente non colta dal sistema piemontese**; l'azione del governo regionale deve



fare da catalisi per un processo di crescita del mercato in questo settore; un ruolo chiave è situato nell'evoluzione e potenziamento dell'attuale laboratorio salute del CSI verso una vera e propria struttura autonoma, con compiti di sviluppo del mercato IT health oggi così frammentato e despecializzato.

Documenti di programmazione settoriale: gli investimenti in ambito ICT e il Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica

Il PSSR 2007-2010 prevede una tendenza alla crescita della spesa ICT dall'attuale 1,3% sul bilancio totale al 7% entro il 2010. Coerentemente con la necessità di crescita degli investimenti in ambito ICT, condizione imprescindibile per il raggiungimento di tali finalità, la Regione Piemonte intende promuovere un'azione coordinata a livello regionale per l'evoluzione degli strumenti ICT a disposizione del Servizio Sanitario Regionale, che pone il cittadino al centro di una "rete" di servizi sanitari, quale attore del sistema stesso.

Lo scenario evolutivo della componente ICT della Sanità piemontese è stato definito nel documento "Programma SIRSE" (Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica), strumento di indirizzo e di modello istituzionale per il governo degli interventi progettuali e organizzativi.

Le azioni di competenza della Regione, in proposito, sono rivolte al raggiungimento di tre grandi obiettivi:

- ✓ il governo del sistema sanitario, sia dal punto di vista economico sia dal punto di vista sanitario, richiede la disponibilità per l'Amministrazione di strumenti di analisi dei dati raccolti che ad oggi risultano in gran parte inadeguati;
- ✓ dotare il sistema delle aziende dei servizi infrastrutturali per l'interoperabilità dei dati e dei documenti sanitari (cooperazione applicativa, sicurezza all'accesso, registri dei servizi informatici);
- ✓ prevedere la realizzazione di un Portale multicanale di servizi sanitari al cittadino, ad oggi assente, che aggrega in modo omogeneo i servizi resi disponibili dalle strutture del territorio.

Le azioni di competenza delle Aziende Sanitarie riguardano principalmente il completamento dei sistemi informativi dipartimentali e la loro integrazione nelle intranet aziendali.

Il documento "Programma SIRSE" è da intendersi quale strumento di accompagnamento e rafforzamento del PSSR 2007-2010, che prevede espressamente un modello di "sanità in rete". In questo modello le tecnologie ICT costituiscono il fattore chiave per la realizzazione di una piattaforma di salute-assistenza integrata, che potrebbe costituire elemento abilitante e di supporto per migliorare l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale garantendone la sostenibilità economica, consentire l'implementazione di nuovi modelli assistenziali, facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte del cittadino.



LE SFIDE EMERGENTI: SPESA SANITARIA E SVILUPPO ECONOMICO

GLI ASSETTI TERRITORIALI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il Servizio Sanitario Regionale era caratterizzato, sino alla fine del 2007, da 22 Aziende Sanitarie locali e 8 Aziende Sanitarie Ospedaliere: contestualmente all'approvazione del PSSR 2007-2010, la Giunta Regionale del Piemonte ha previsto un riassetto del Servizio Sanitario Regionale, ridefinendo gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (resta immutato l'attuale assetto delle Aziende Ospedaliere), secondo lo schema illustrato di seguito.

Il criterio è che gli ambiti territoriali delle nuove Aziende devono, di norma, corrispondere ai territori delle Province, con la facoltà, nel caso in cui una Provincia abbia una popolazione superiore a 400.000 abitanti, di individuare un numero maggiore di Aziende.

<i>Nuove ASL dal 2008</i>	<i>Residenti 2006</i>	<i>% Residenti > 65 anni</i>	<i>Vecchie ASL</i>	<i>Residenti 2006</i>	<i>% Residenti > 65 anni</i>
TO 1	488.788	24,5	Torino 1	253.689	23,7
			Torino 2	235.099	25,4
TO 2	411.948	22,8	Torino 3	218.471	23,0
			Torino 4	193.477	22,6
TO 3	508.283	20,8	5 Collegno	375.439	19,9
			10 Pinerolo	180.032	23,6
TO 4	564.859	21,0	6 Ciriè	195.884	19,4
			7 Chivasso	297.277	20,0
			9 Ivrea	188.943	23,6
TO 5	297.277	19,6	8 Chieri	297.277	19,6
VC	174.566	25,1	11 Vercelli	174.566	25,1
BI	177.618	24,5	12 Biella	177.618	24,5
NO	335.444	21,1	13 Novara	335.444	21,1
VCO	172.429	22,9	14 VCO	172.429	22,9
CN 1	409.336	22,3	15 Cuneo	157.087	21,6
			16 Mondovì	86.689	25,6
			17 Savigliano	165.560	21,3
CN 2	164.400	22,3	18 Alba-Bra	164.400	22,3
AT	202.909	24,4	19 Asti	202.909	24,4
AL	445.138	26,2	20 Alessandria	187.225	25,5
			21 Casale	114.854	25,9
			22 Novi Ligure	143.059	27,4
Piemonte	4.352.995	22,7		4.352.995	22,7

Fonte: elaborazione IRES Piemonte

La disomogenità delle Aziende Sanitarie Territoriali della Regione, in termini di bacino di popolazione afferente è, peraltro, ancora elevata: si va dai 164.400 residenti dell'ASL CN2 ai quasi 565.000 dell'ASL TO4.

L'accorpamento delle ASL ha "normalizzato" l'incidenza di fenomeni di contesto quale quello dell'elevata incidenza della popolazione anziana, smussando picchi quali quelli della vecchia ASL di Novi Ligure, caratterizzata da una percentuale di anziani del 27,4%.

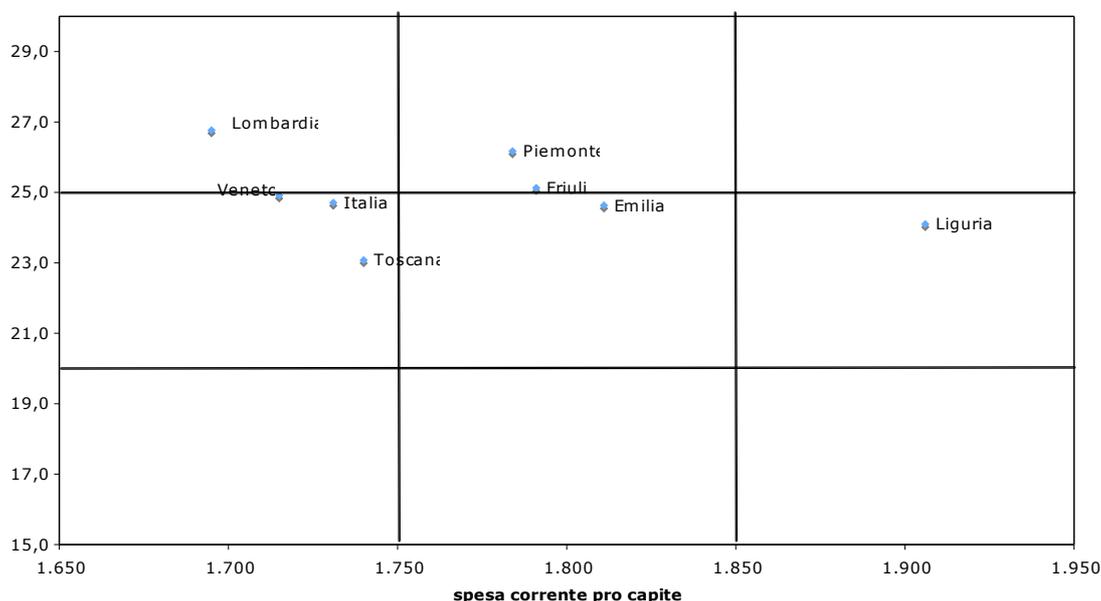


LA SPESA PER BENI E SERVIZI SANITARI: IL POSIZIONAMENTO DEL PIEMONTE

Nella matrice che segue la spesa pro capite sostenuta dalla Regione Piemonte nel 2007 per l'assistenza sanitaria pubblica viene messa a confronto con quella di un gruppo di Regioni medio grandi dell'Italia del centro-nord, insieme al tasso percentuale di crescita dell'ultimo quinquennio.

La matrice colloca il Piemonte tra le Regioni con spesa pro capite media (la casella al centro sull'asse delle ascisse) e tasso di incremento elevato (la casella in alto sull'asse delle ordinate).

SPESA SANITARIA PRO CAPITE 2007 E INCREMENTO % 2007/03



L'APQ Salute Pubblica 2006 riconosce la Spesa del Servizio Sanitario Nazionale come opportunità di creare valore per l'industria della sanità, governabile con approccio sistemico (ricadute socio sanitarie di ogni iniziativa di carattere politico), interdisciplinare (incoraggiante il dialogo tra diverse discipline) e integrato (tecnologie e logiche organizzative al servizio delle esigenze dei cittadini).

La sanità costituisce peraltro l'impresa piemontese che ha mostrato la maggior crescita per occupazione e investimenti negli ultimi anni²³, con un potenziale effetto volano per lo sviluppo di filiera che non è stato ancora adeguatamente studiato. Le risorse assorbite (oltre il 7% del PIL nel 2004) ne testimoniano la rilevanza tra tutti gli altri settori nel panorama nazionale; la sua posizione è superiore a quella dell'intera agricoltura (3%), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2%) e dell'auto (1,3%).

Le imprese operanti nel settore sono più di 8.000 in Piemonte con un totale di circa 80.000 addetti, di cui 58.000 nel solo Servizio Sanitario Regionale pubblico. La sanità, in forza di

²³ IRES (2004), Relazione Socio-Economica 2004, IRES Piemonte, Torino.



queste caratteristiche, rappresenta un soggetto economico “creatore” di sviluppo, e questo richiederebbe la garanzia di un andamento coerente con le altre politiche della Regione in materia di sviluppo. Il contributo dell’industria della salute alla formazione della ricchezza del Paese deriva non soltanto dalla produzione diretta ma anche dalla produzione indiretta, che comprende le attività legate alle imprese che forniscono beni e servizi intermedi: sommando entrambe le componenti, l’industria della salute rappresenta la terza branca produttiva in termini di valore aggiunto – dopo alimentari ed edilizia – del nostro sistema economico, raggiungendo il 12% del PIL.

Il potenziale di crescita per il sistema economico piemontese indotto dalla spesa sanitaria è individuato nel PSSR 2007-2010²⁴ in corrispondenza del tema della crescita delle opportunità, articolato in quattro macrosettori principali:

- ✓ **Tecnologie e terziario per la salute:** tecnologie medicali (anche se il Piemonte è escluso dalla produzione dominata dai grandi gruppi internazionali, vi operano poco più di 40 imprese per 1.000 addetti, quasi tutte operative nel campo della manutenzione) e nuove applicazioni consentite dallo sviluppo dell’ICT (l’ICT piemontese per la salute rappresenta il 12% del totale nazionale, con una tendenza prevista alla crescita; la sua applicazione consente di ampliare l’offerta sul fronte della standardizzazione dei processi diagnostici e sul versante della gestione del percorso di cura);
- ✓ **Settori biogenomica, nanotecnologie e materiali:** in Piemonte si rilevano notevoli potenziali e grandi centri di competenza in questo settore, che è però caratterizzato da una presenza di operatori privati ridotta e fragile. Il campo ideale di sperimentazione in questo settore è rappresentato dalle reti regionali distribuite della salute e assistenza (oncologia, trapianti, emergenza);
- ✓ **Farmaceutica:** l’Italia è il 5° produttore al mondo di farmaci (in termini di fatturato e addetti): il 70% dell’industria farmaceutica è controllata da capitali stranieri ed esclusa dal circuito internazionale R&S per il settore. Non si ritiene un asset a forte crescita né su cui il Piemonte può vantare fattori positivi di competitività;
- ✓ **Alta formazione:** gli Atenei piemontesi laureano nell’area medica e bio ingegneristica circa 2.000 giovani l’anno, in rapporto alla popolazione piemontese un laureato ogni 2.054 abitanti contro 1.496 e 1.472 di Lombardia e Liguria. Il Piemonte potrebbe, per competenze e articolazione territoriale dell’offerta, essere in grado di promuovere un nuovo modello di offerta di alta formazione per la salute, che ricerchi una più elevata integrazione tra clinica-ricerca-industria e diventi polo attrattivo per studenti extra Regione.

Per la promozione di questi sviluppi tecnologici è evidente che gli ospedali non rappresentano solo luoghi di cura, sono luoghi di generazione di conoscenza. Spesso manca la consapevolezza della rilevanza di questa conoscenza e la capacità di trasferirla, di valorizzarla al di là della pubblicazione scientifica, verso la brevettazione e le successive applicazioni in chiave industriale.

In conclusione, l’impatto della conoscenza sviluppata nelle strutture di ricerca e di assistenza del settore sanitario e del territorio sembrerebbe rappresentare una delle leve delle politiche per lo sviluppo economico, tecnologico e dell’innovazione.

Sul versante dei sistemi informativi, lo sviluppo tecnologico ha fatto registrare una forte evoluzione in questi anni, ma è stato valorizzato in modo insoddisfacente nel mondo

²⁴ PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.2, “Far crescere le opportunità”.



sanitario: da un lato si osservano tecnologie che diventano sempre più rapidamente obsolete e non danno adeguate garanzie alle amministrazioni sanitarie per investimenti di lungo impegno, dall'altro le organizzazioni sanitarie regionali e aziendali non sanno esplicitare le funzionalità strategiche e specifiche a cui i sistemi informativi dovrebbero rispondere.

Nella Regione, importanti passi avanti si sono fatti per quanto riguarda sistemi informativi dalle finalità specifiche e sostenuti da ben giustificate motivazioni gestionali (rimborso delle attività erogate), ad esempio le schede di dimissione ospedaliera, le prescrizioni farmaceutiche, l'assistenza specialistica. Viceversa, importanti funzionalità come quelle della prenotazione o quella dell'anagrafe, o intere aree del bisogno e dell'assistenza come quelle della non autosufficienza, sono tuttora scarsamente presidiate dai flussi informativi esistenti.

Le principali informazioni utili al controllo ed alla pianificazione delle attività sanitarie sul territorio regionale e delle risorse ad esse destinate sono quelle descritte nello schema che segue.

<i>Sistemi</i>	<i>Principali applicazioni</i>
Sistemi amministrativo/contabili	Flussi Economici e Contabili (FEC), Piani di Attività Aziendali, Flussi Informativi Conto Annuale (CAN), Edilizia Sanitaria, Flussi finanziari per Edilizia Sanitaria, Flussi Informativi Ministeriali (FIM), Osservatorio Prezzi/Osservatorio Tecnologie, Registro Unico dei Ricettari - R.U.R.
Sistemi amministrativo/contabili con valenza clinica	Flussi Farmaceutica, Flussi Attività Ospedaliera (SDO), Flussi Specialistica ambulatoriale (C)
Sistemi anagrafici	Anagrafe strutture sanitarie, Graduatorie Medici e zone carenti, Elenchi nominativi del personale (RUOLI), Gestione Nuova Tessera Sanitaria (BAR-TS Web).
Sistemi clinico sanitari	Registro Regionale Diabetici, IVG/Aborti spontanei, Farmacovigilanza.

Fonte: Programma SIRSE

L'appropriatezza dei servizi sanitari piemontesi

L'analisi dei tradizionali indicatori utilizzati per valutare l'appropriatezza dei servizi ospedalieri assegna al Piemonte, nel confronto con le altre Regioni medio grandi del Centro Nord con le quali è stata messa a confronto nel presente lavoro, un ruolo coerentemente virtuoso.

L'indicatore utilizzato per leggere l'appropriata gestione dell'attività ospedaliera, percentuale di dimessi da reparto chirurgico, è sensibilmente diminuito nell'ultimo decennio (dal 38,5 al 29%) ed è inferiore alla media nazionale (del 36%).

L'indicatore utilizzato per leggere l'appropriato utilizzo dei servizi territoriali (ricoveri per diabete, che dovrebbero tendere a zero, se i servizi territoriali svolgono in modo appropriato la loro funzione di filtro) è diminuito drasticamente nell'ultimo decennio (dal 124,4 al 48,45 per 100.000 abitanti) ed è anche in questo caso inferiore alla media nazionale di 91,7.

Anche l'indicatore relativo alla "percentuale di ricoveri oltre il valore soglia per acuti in Ricovero Ordinario", che misura una inefficiente modalità di erogazione ospedaliera (il



valore soglia è definito dalla normativa nazionale come il valore di riferimento per la durata media della degenza riferita ad una determinata patologia) è diminuito (da 2,5 a 1,8) anche se un po' più elevato del valore medio nazionale di 1,2.

	% dimessi da rep. chirurgico con drg med.		Ricoveri per diabete per 100.000 ab.		% Ricoveri oltre valore soglia per acuti in RO	
	1998	2007	1998	2007	1998	2005
Piemonte	38,5	29	124,4	48,5	2,5	1,8
Lombardia	38,3	29,8	125,8	102,4	1,5	1,1
Veneto	41,9	32,9	133,2	67,9	2	1,6
Friuli	36,1	28,1	117,6	74,5	1,9	1,4
Liguria	40,4	35,4	151,5	62,2	2,1	1,3
Emilia	34,5	26,1	128,1	89,4	1,3	1,0
Toscana	41,5	35,1	106,9	47	1,4	0,9
Italia	44,9	36	150,6	91,7	1,8	1,2

Fonte: elaborazioni OASI (Cergas Bocconi) su dati Ministero della Salute, 2007

I LIVELLI DI ASSISTENZA EROGATI DAL SSR PIEMONTESE: L'ASSISTENZA OSPEDALIERA E LA DOTAZIONE TECNOLOGICA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

In termini strutturali, in Piemonte **l'assistenza ospedaliera** è erogata da:

- ✓ ospedali pubblici;
- ✓ case di cura e strutture di ricovero private accreditate.

La classificazione funzionale delle strutture ospedaliere della Regione evidenzia la presenza di:

- ✓ 10 Ospedali di Alta Specializzazione (8 Aziende ospedaliere e 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico);
- ✓ 5 Ospedali monospecialistici (di ASL e autonomi);
- ✓ 24 Ospedali di rete (generalmente organizzati, per quelle ASL dove ne siano presenti più di uno, in Presidi unificati, caratterizzati da una direzione sanitaria unica e servizi integrati funzionalmente);
- ✓ 42 Case di Cura private accreditate.

La distribuzione nel 2006 nelle quattro tipologie di strutture, per le Aree Territoriali individuate dalla programmazione regionale, evidenzia il quadro che segue:

- ✓ i posti letto in Ospedali di alta specializzazione sono ovviamente presenti in maggior numero nella Città di Torino, che svolge anche funzioni sovrazionali a carattere regionale, nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere;
- ✓ i posti letto in Ospedali in rete rappresentano la maggioranza dei posti letto in tutte le aree della Regione, se si esclude Torino Città;



- ✓ una percentuale di posti letto in Ospedali monospécialistici è presente nelle Aree Torino Città e Provincia (Ospedale Oftalmico, alcuni istituti di riabilitazione...).

Distribuzione dei Posti letto nelle diverse tipologie di strutture ospedaliere – Aree Funzionali Sovrazionali – 2006

Aree Funzionali Sovrazionali 2006	Ospedali Alta Specializzati	Ospedali di rete	Ospedali Mono Specialistici	Case di cura accreditate	Posti letto totali (v.a.)
	Percentuale (per riga) sui posti letto totali				
Torino Città	56,9	26,5	6,1	10,5	5.464
Provincia Torino	8,7	55,9	4,5	30,9	4.418
AFS NE *	39,2	42,4	0	18,4	3.732
AFS SO **	27,3	50,5	0	22,2	2.676
AFS SE ***	26	52,6	0	21,4	2.817
Piemonte	33,6	43,6	2,8	20	19.107

Fonte: IRES Piemonte, Relazione Socio Economica 2008

* Area Funzionale Sovrazionale Nord Est: Province di Vercelli, Biella, Novara, VCO

** Area Funzionale Sovrazionale Sud Ovest: Provincia di Cuneo

*** Area Funzionale Sovrazionale Sud Est: Province di Asti e Alessandria

Alcuni dati diffusi dal Ministero della Salute consentono di collocare il Piemonte nel contesto delle Regioni Italiane con riferimento ad uno degli aspetti più rilevanti connessi all'innovazione tecnologica: la **dotazione di grandi apparecchiature**. La tabella che segue riporta gli indicatori (numero per 1.000.000 di abitanti) relativi alle dotazioni di alcune apparecchiature diagnostiche presenti negli ospedali pubblici e privati convenzionati delle Regioni italiane.

Apparecchiature biomediche di diagnosi e cura presenti negli Ospedali Pubblici e Privati Accreditati – Indicatori per 1.000.000 abitanti – Anno 2004

Regioni	Tipologia Strutture	Acceleratori lineari (ALI)	Apparecchi per emodialisi (EMD)	Gamma camera computerizzata (GCC)	Tomografia assiale computerizzata (TAC)	Tomografia a risonanza magnetica (IRM)
Piemonte	pubbliche	6,1	226,9	7,7	20,1	7,7
	private	0,5	0,5	0,5	3,3	3,3
Lombardia	pubbliche	4,7	185,4	7,9	15,8	5,5
	private	0,9	17,7	0,3	5,4	5,4
Veneto	pubbliche	5	160	7,5	16,2	8,6
	private			0,2	0,9	0,9
Emilia	pubbliche	3,2	197,5	6,9	15,2	5,4
	private	0,5	6,6	0,7	4,4	3,9
Toscana	pubbliche	5	231,1	8,7	14,9	7,3
	private		4,2	0,8	1,1	0,3
Italia	pubbliche	3,9	185,5	7,8	15,7	6,5
	private	0,4	18,6	1,1	4,7	3,4

Fonte: IRES Piemonte, Relazione Socio Economica 2008



In Piemonte si rileva generalmente una dotazione di attrezzature più elevata rispetto ai valori della media delle Regioni italiane, con una dotazione più cospicua nelle strutture pubbliche. L'unico dato in controtendenza si riferisce alla presenza di apparecchi di emodialisi nelle strutture private: in questo caso la media nazionale è trascinata dai valori anomali di Regioni come Lazio e Sardegna, nelle quali rispettivamente il 90% ed il 50% degli apparecchi di emodialisi si trova nelle strutture private.

Il governo del sistema sanitario: *government* e *governance* in sanità

Un processo di deciso cambiamento nella sanità italiana è stato avviato dal D.Lgs 502, che ha riformato il Servizio Sanitario Nazionale al termine del 1992. Nella sostanza viene riconosciuta, a partire dal provvedimento in questione, con riferimento all'opportunità di governare un sistema così complesso come quello sanitario, l'inefficacia di un sistema di governo nel quale i soggetti con compiti di indirizzo (la Regione, con il PSSR 2007-10, in Piemonte) stabiliscono, insieme agli obiettivi da perseguire, anche le modalità con le quali questi devono essere perseguiti. Ciò a favore di un sistema di governo nel quale chi detiene il potere di indirizzo fissa i risultati finali da perseguire e al contempo vigila affinché ciò avvenga²⁵. In questo modo i soggetti aventi compiti gestionali godono di margini di autonomia più ampi nell'organizzarsi e gestire il raggiungimento degli obiettivi secondo i principi di una *governance* efficace, intesa, quindi, nel senso più allargato del termine, ovvero come fusione dei concetti di *government* e *alliance*.

In un sistema sanitario come quello nazionale e regionale, che punta più alla cooperazione che alla competizione, diventa di estrema rilevanza lo sviluppo di un sistema che consenta di valutare i risultati conseguiti, in grado di monitorare la capacità delle aziende di raggiungere e mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario ma anche di centrare gli obiettivi strategici definiti.

Ma come dotarsi di un sistema di *governance* in grado di guidare, in modo integrato, l'azione comune dei soggetti coinvolti nel governo e nella gestione dei servizi socio sanitari? La sfida consiste nello sviluppare un sistema di *governance* interistituzionale, in grado di far colloquiare Enti Locali, Enti sanitari ed assistenziali.

In Piemonte il PSSR 2007-2010 prevede che si passi da una logica di "*government*" (regole, divieti, autorizzazioni) ad una logica di "*governance*" (costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche scelte), attraverso la previsione di un processo di programmazione partecipato tra soggetti nell'ambito sanitario (Regione, ASL), sociale, (Enti gestori dei servizi sociali) e non solo (al processo di predisposizione dei Profili e Piani di Salute, gli strumenti previsti dal PSSR 2007-10 per indirizzare le risorse della collettività nella direzione di politiche di salute, partecipano attivamente i sindaci dei Comuni piemontesi).

Si riporta di seguito un tentativo di condurre, con un esempio, un'analisi delle modalità con cui si è sviluppato il ciclo di programmazione avviato con il PSSR 2007-10 in Piemonte: l'ambito di riferimento nel quale ci si colloca è quello relativo all'area "Assistenza distrettuale".

²⁵ CASATI G., (1999), Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità, Egea, Milano.



Il Documento Strategico Preliminare Regionale, approvato dalla Giunta Regionale nel 2005, individua gli assi strategici di intervento ai quali sono riconducibili altrettante dimensioni di riforma del servizio sanitario regionale, presenti nel PSSR 2007-2010 e riportate nella colonna destra dello schema che segue.

Inoltre, con riferimento ai contenuti dell'APQ Salute Pubblica 2006, tutto il documento presta particolare attenzione all'integrazione delle azioni di sistema e, in particolare, all'architettura informativa e scientifica necessaria per garantire qualità e performance ai programmi.

Assi di sviluppo individuati dal Documento Strategico Preliminare Regionale e Sanità

<i>Assi strategici di sviluppo del sistema Piemonte</i>	<i>Dimensioni di riforma del servizio sanitario regionale</i>
Innovazione multidimensionale, non solo risultato della ricerca scientifica e tecnologica, ma sintesi di un ampio ventaglio di conoscenze organizzative, sociali ed economiche.	Una maggiore capacità di innovazione organizzativa più che tecnologica: parco della salute, etc.
Crescita dimensionale delle imprese, tale da consentire economie di scala adeguate.	Aumento della dimensione delle Aziende Sanitarie.
Qualificazione della popolazione e del lavoro.	<i>Empowerment</i> dei cittadini e arricchimento del capitale umano (Formazione).
Realizzazione delle grandi infrastrutture, garantendo l'accessibilità del territorio regionale.	Decentramento delle funzioni superiori garantendone il livello qualitativo con logiche di rete.
Priorità e trasversalità fondamentale delle pari opportunità di genere e delle pari opportunità in senso ampio.	Attenzione del PSSR 2007-2010 alle pari opportunità in senso ampio, in particolare nel Par. 4.5.3, "Aree prioritarie di intervento".
Promozione di modelli di <i>governance</i> multilivello e intersettoriali.	Formule di pianificazione partecipata locale dei livelli di tutela della salute, che coinvolgono più soggetti attorno al settore sanitario (Profili e Piani di salute).

Fonte: adattamento da La Salute in Piemonte, SEPI, 2006

Partendo dalle dimensioni delineate nella parte destra dello Schema, si illustrerà, di seguito, lo sviluppo della "pianificazione partecipata" all'interno del processo di programmazione sanitaria nella Regione Piemonte, con riferimento all'assistenza territoriale, uno degli ambiti strategici del settore sanitario.

Considerati gli obiettivi strategici indicati nel PSSR 2007-10, è stata operata una selezione sulla base delle priorità individuate a livello regionale che ha consentito di determinare gli obiettivi di salute contestualmente agli obiettivi economico finanziari per i Piani di rientro posti alle ASR della Regione. L'ambito di riferimento per gli obiettivi strategici è rappresentato dai tre macrolivelli di assistenza indicati dalla programmazione nazionale: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Focalizzando l'attenzione sul macrolivello "Assistenza Distrettuale", sono stati individuati, partendo dai contenuti del Piano, i 21 Macro obiettivi riportati di seguito.

*I macro obiettivi dell'Assistenza distrettuale*

<i>Obiettivi strategici PSSR 2007-10</i>	<i>Obiettivi DGR 1 del 16 aprile 2008</i>
Integrazione dei servizi sanitari e sociali	1) Facilitazione dell'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli sportelli socio sanitari distrettuali gestiti da operatori sanitari e sociali
	2) Riconoscimento del ruolo della cooperazione sociale quale attore delle politiche attive del lavoro a favore delle fasce deboli e per l'inclusione sociale
	3) Stipula di Accordi di Programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, ed assumano il Piano di Zona come un Patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della Comunità locale
Distretto e promozione delle cure primarie	4) Potenziamento dell'organizzazione distrettuale quale stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete
	5) Governo della domanda di servizi e prestazioni attraverso il miglioramento dell'appropriatezza dei profili prescrittivi in ambito diagnostico e farmaceutico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
	6) Riorganizzare i servizi territoriali attraverso la costituzione di forme associative della medicina di famiglia integrate con le figure professionali ed i servizi dei distretti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza
Aree prioritarie di intervento: la tutela della salute della popolazione anziana	7) Potenziamento delle cure domiciliari, con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti destinatari degli interventi di lungoassistenza
	8) Incremento dei posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani non autosufficienti previsto dal PSSR 2007-10
	9) Potenziamento del percorso di cura in continuità assistenziale attraverso la stipula di convenzioni per la messa a disposizione di posti letto per ricoveri successivi ad un intervento ospedaliero nonché attraverso l'attivazione di interventi post acuzie a domicilio, da perseguirsi con l'attivazione delle Centrali Operative per la Continuità Assistenziale
Aree prioritarie di intervento: la tutela della salute mentale	10) Potenziamento delle attività dei Servizi psichiatrici territoriali migliorando l'accessibilità e la presa in carico dei pazienti gravi
	11) Definizione e strutturazione di modalità e procedure unitarie per la presa in carico multi professionale e integrata di pazienti gravi e multiproblematici
	12) Partecipazione della Comunità Locale, delle Associazioni di volontariato, delle organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti alla programmazione e sviluppo dei servizi
Aree prioritarie di intervento: disabilità	13) Applicare le normative in materia di inserimento lavorativo di disabili e di persone svantaggiate, nonché di ogni altra misura atta ad incentivare l'impegno delle amministrazioni operanti
Assistenza farmaceutica territoriale, integrativa e protesica	14) Aumento della distribuzione diretta di prodotti farmaceutici, ausili e protesi, da sviluppare, ove non ancora previsto, anche per gli ospiti anziani non autosufficienti di Rsa e Raf
	15) Piena attività delle "Commissioni farmaceutiche per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici delle ASR e per la promozione della continuità assistenziale" e adozione delle iniziative necessarie a sviluppare la prescrizione e l'utilizzazione di specialità medicinali equivalenti
Percorsi integrati	16) Percorsi Area Materno Infantile: razionalizzazione organizzativa, qualitativa e quantitativa delle strutture in attuazione del Percorso Nascita dell'Azienda
	17) Percorsi Area Materno Infantile: Assicurare, per i Consultori familiari di ogni ASL all'interno del Dipartimento Materno Infantile, una struttura operativa dedicata
	18) Percorsi Area Materno Infantile: Assicurare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica nonché il percorso per le urgenze psichiatriche dei minori
	19) Patologie delle Dipendenze: Istituire un Dipartimento funzionale di Patologie delle Dipendenze in ogni ASL, con un saldo legame in ambito distrettuale ed elaborare il Piano locale delle Dipendenze
	20) Percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti: Assicurare i Livelli di Assistenza previsti nel Progetto Gestione Integrata del Diabete
	21) Assistenza e supporto al processo di costruzione dei Profili e Piani di Salute



Ciascuno degli obiettivi individuati è stato sviluppato, nella Delibera citata, con le modalità illustrate di seguito nella Scheda riferita all'obiettivo 1.

Integrazione Socio Sanitaria – Scheda Obiettivo 1

PSSR 2007-10 (par. 4.2.9) – Sportelli socio sanitari distrettuali

“... Facilitazione dell'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli “sportelli socio sanitari distrettuali”, gestiti da operatori sociali e sanitari... strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria... Compete allo sportello fornire indirizzo, “connessione” e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili... e la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e socio assistenziali) connesse all'erogazione degli interventi...”

Obiettivo 1 – Stipula di Protocolli di Intesa tra ASL ed Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali per l'attivazione di Punti unici di accesso ai servizi socio sanitari (al cui finanziamento può contribuire l'erogando Fondo per le non autosufficienze 2007). Gli sportelli unici possono trovare collocazione anche in articolazioni organizzative già esistenti (Centrali Operative per le cure domiciliari, Centrali Operative per la Continuità Assistenziale, proiezione funzionale nei Gruppi di Cure Primarie in costituzione

Entro il 2008: almeno uno sportello per ASL

Entro il 2010: almeno uno sportello per distretto

Indicatori: Numero di protocolli di intesa stipulati e di Sportelli Unici avviati

L'obiettivo, definito con le modalità di cui sopra ha visto, nel corso del biennio successivo all'approvazione del PSSR 2007-10, l'autorizzazione di provvedimenti attuativi: con riferimento all'Obiettivo 1, ad esempio, sono state prodotte le linee guida regionali per l'attivazione degli sportelli unici socio sanitari, come da esempio seguente.

LO SPORTELLO UNICO DELL'ACCESSO AI SERVIZI DISTRETTUALI

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI-SINTESI

Finalità dello Sportello Unico

Lo Sportello Unico Socio-Sanitario si delinea come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione d'interventi. È legittimato a svolgere le sue funzioni ed i suoi compiti attraverso la formalizzazione di “Protocolli d'Intesa” fra gli attori che hanno aderito al progetto (...).

Soggetti coinvolti

Lo Sportello Unico – deve essere realizzato in collaborazione tra ASL ed Enti Gestori dei Servizi Sociali –. Le attività dello sportello potranno coinvolgere altri Enti Pubblici ed attori territoriali di cui al Capo III della Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, in una logica di rete (...).

Ambito degli interventi

Le proposte progettuali devono fare riferimento all'ambito territoriale distrettuale (...).

Destinatari

Tutti i cittadini residenti nell'ambito territoriale di pertinenza con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza: anziani affetti da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza; persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia, persone colpite da minorazione fisica.

**Attività dello Sportello Unico Socio-Sanitario**

- ✓ accoglienza, ascolto e presa in carico;
- ✓ dare risposte integrate socio-sanitarie rispetto a problematiche complesse;
- ✓ favorire la soluzione di un determinato problema, per quanto riguarda l'ambito informativo e dell'orientamento;
- ✓ gestire ed organizzare la base delle informazioni pervenute dai vari soggetti aderenti della rete;
- ✓ orientare il cittadino nella rete dei servizi, attraverso la base informativa che ha a disposizione, attraverso il collegamento con i referenti di back-office e con i sistemi informativi;
- ✓ restituire interventi semplificati; ed attivare le procedure per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie, sanitarie e sociali;
- ✓ svolgere azioni di accompagnamento di processo;
- ✓ esercitare il monitoraggio dei processi (accoglie i suggerimenti ed i reclami dei cittadini in un'ottica di miglioramento del servizio);
- ✓ orientamento e accompagnamento, in particolare in favore di persone e famiglie in condizioni di fragilità, di non autosufficienza o di dipendenza, all'accesso ai servizi (art 23, c. 1, punto c della Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1);
- ✓ specifiche azioni mirate a facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali, con particolare attenzione ai residenti in zone svantaggiate, nelle aree montane, collinari e rurali, nei piccoli centri e nelle periferie urbane (art 23, c. 6 della Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1).

Successivamente, operando una selezione all'interno degli obiettivi individuati nella DGR 1 del 16 aprile 2008, sono stati individuati (con successiva DGR) gli indicatori per la valutazione dei direttori generali delle ASR regionali. A ciascun indicatore è stato assegnato un punteggio, che riflette la priorità attribuita all'obiettivo relativo. Quello che segue rappresenta l'elenco degli indicatori individuati per misurare il conseguimento degli obiettivi selezionati all'interno dell'area distrettuale.

<i>Obiettivi</i>	<i>Indicatori individuati</i>
<i>Obiettivi assistenziali</i>	
5) Governo della domanda di servizi e prestazioni attraverso il miglioramento dell'appropriatezza dei profili prescrittivi in ambito diagnostico e farmaceutico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta	Ricoveri prevenibili per asma: numero di dimessi diagnosi 493/popolazione residente Ricoveri prevenibili per diabete: numero di dimessi diagnosi 250/popolazione residente
7) Potenziamento delle cure domiciliari, con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti destinatari degli interventi di lungo assistenza 8) Incremento dei posti letto per rispondere al fabbisogni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani non autosufficienti previsto dal PSSR 2007-10	Anziani trattati in ADI e/o cure domiciliari in lungo assistenza e/o in assistenza residenziale e/o con assegno di cura/anziani Numero di posti utilizzati in Rsa per 100 anziani
9) Potenziamento del percorso di cura in continuità assistenziale attraverso la stipula di convenzioni per la messa a disposizione di posti letto per ricoveri successivi ad un intervento ospedaliero nonché attraverso l'attivazione di interventi post acuzie a domicilio, da perseguirsi con l'attivazione delle Centrali Operative per la Continuità Assistenziale	Percentuale di anziani dimessi dagli ospedali trattati in regime di continuità assistenziale
10) Potenziamento delle attività dei Servizi psichiatrici territoriali migliorando l'accessibilità e la presa in carico dei pazienti gravi	Numero di utenti assistiti in Case di Cura/Totale degli utenti in carico al Dsm



<i>Obiettivi</i>	<i>Indicatori individuati</i>
<i>Obiettivi strumentali</i>	
1) Facilitazione dell'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli sportelli socio sanitari distrettuali gestiti da operatori sanitari e sociali	Attivazione di Sportelli Unici Socio Sanitari distrettuali
3) Stipula di Accordi di Programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, ed assumano il Piano di Zona come un Patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della Comunità locale	Protocolli di Intesa con gli Enti Gestori delle Funzioni Socio Assistenziali
6) Riorganizzare i servizi territoriali attraverso la costituzione di forme associative della medicina di famiglia integrate con le figure professionali ed i servizi dei distretti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza	Gruppi di Cure Primarie: atto costitutivo, documento organizzativo e relazione su prima applicazione
13) Applicare le normative in materia di inserimento lavorativo di disabili e di persone svantaggiate, nonché di ogni altra misura atta ad incentivare l'impegno delle amministrazioni operanti	Assunzione disabili Convenzione con cooperative sociali di tipo B
14) Aumento della distribuzione diretta di prodotti farmaceutici, ausili e protesi, da sviluppare, ove non ancora previsto, anche per gli ospiti anziani non autosufficienti di Rsa e Raf	Percentuale di utilizzo di farmaci equivalenti Percentuale di fornitura diretta in continuità terapeutica
17) Percorsi Area Materno Infantile: Assicurare, per i Consultori familiari di ogni ASL all'interno del Dipartimento Materno Infantile, una struttura operativa dedicata	Identificazione struttura dedicata e responsabile Applicazione delle raccomandazioni regionali (contraccezione, gravidanza a basso rischio, percorso UVG)
20) Percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti: Assicurare i Livelli di Assistenza previsti nel Progetto Gestione Integrata del Diabete	Percentuale di pazienti diabetici presi in carico dai medici di medicina generale in gestione integrata

Gli strumenti per agevolare il processo di *governance*

Lo sviluppo e la manutenzione, del processo di *governance* avviato, richiedono la messa a punto e l'utilizzo di strumenti che consentano di costruire sistemi di misurazione dei risultati esistenti ed elementi che consentano di valutare le caratteristiche quali-quantitative delle prestazioni e dei risultati prodotti.

All'interno di siffatto percorso si rende opportuno il passaggio dall'approccio legato alla valutazione della performance, orientato a considerare prevalentemente aspetti gestionali di natura economico finanziaria, ad altri in grado di tenere conto delle caratteristiche dell'organizzazione e della qualità dei servizi sanitari.

In questa direzione, le tecnologie ICT sono elemento in grado di migliorare l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale, rendendo esplicite le regole di governo e di *governance* del sistema e le relazioni con i soggetti interessati.

Lo sviluppo previsto dell'ICT assume una valenza strategica in grado di assecondare i punti chiave del Piano Socio Sanitario 2007-10, che ruotano attorno alla centralità del cittadino, alla continuità delle cure ed all'integrazione dei servizi: forme quali telemedicina e teleassistenza, gestione e distribuzione dei dati clinici *web based* potranno contribuire a dare sostanza organizzativa a tali concetti.



I sistemi informativi possono consentire l'organizzazione dei dati relativi ai pazienti e alla popolazione per facilitare l'assistenza efficiente ed efficace e, quindi, supportare:

- ✓ l'identificazione dei sotto-gruppi di popolazione per organizzare un'assistenza proattiva;
- ✓ la pianificazione e personalizzazione dell'assistenza;
- ✓ la condivisione delle informazioni con i pazienti e gli erogatori di cure per organizzare l'assistenza;
- ✓ il monitoraggio della performance del sistema.

I dati del sistema informativo possono consentire altresì di sviluppare sistemi di valutazione della performance²⁶.

²⁶ Nuti S., Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane, in S. Baraldi (a cura di) *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano 2005.





I PROGETTI DELL'APQ

L'Accordo di Programma Quadro in materia di salute pubblica prevedeva cinque aree tematiche e/o interventi: Città della Salute e della Scienza, Ristrutturazione dei Grandi Ospedali, Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari, Scuola di Governo, Cittadella Politecnica sui materiali polimerici.

Il valore originariamente previsto per ciascun progetto indicato nella figura che segue, è stato successivamente rimodulato dalla Regione Piemonte, con Determinazione n. 141 del 24 gennaio 2007, che ha individuato l'importo massimo concedibile ad ogni programma.



Fig. 2 – Valore degli interventi dell'APQ

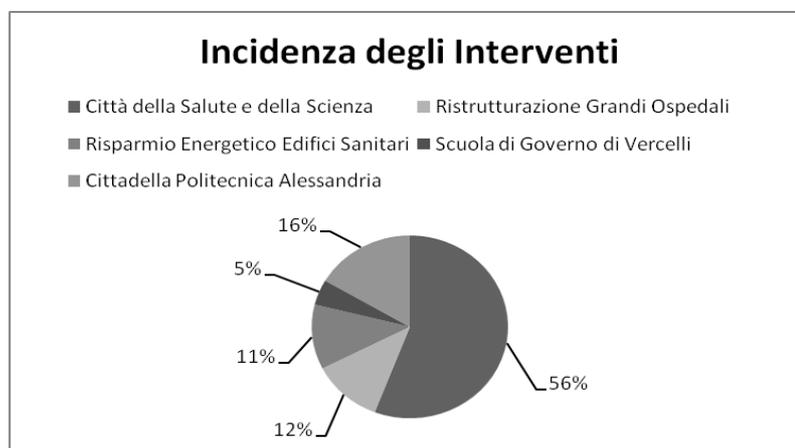


Fig. 3 – Incidenza percentuale degli interventi dei progetti dell'APQ

Con la rimodulazione non viene modificato l'importo destinato al progetto Città della Salute e della Scienza, si contrae in misura del 20% il contributo destinato ai progetti Ristrutturazione Grandi Ospedali e Risparmio Energetico Edifici Sanitari, del 16% il progetto della Cittadella Politecnica di Alessandria, mentre per il progetto della Scuola di Governo di Vercelli è disponibile solo il dato postumo all'intervento di ottimizzazione della Regione Piemonte.

Nella figura che segue si evidenzia l'incidenza degli interventi a seguito della rimodulazione.



Fig. 4 – Incidenza degli interventi dei progetti dell'APQ a seguito della rimodulazione regionale

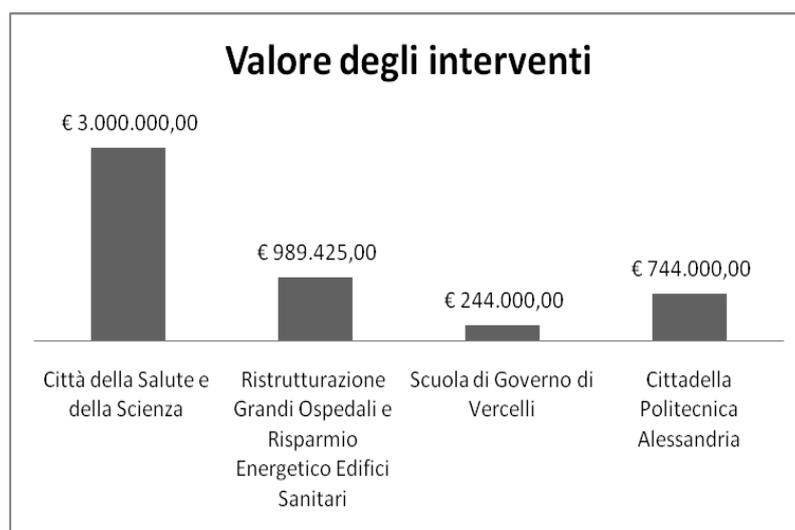


Fig. 5 – Valore degli interventi dei progetti dell'APQ a seguito della rimodulazione regionale

Per la formulazione delle proposte progettuali, a seguito dell'attivazione di opportuni procedimenti amministrativi, vennero individuati idonei soggetti istituzionali ai quali affidare formalmente gli incarichi di sviluppo in ragione delle diverse aree tematiche da strutturare: AReSS, Politecnico di Torino e Università del Piemonte Orientale (cfr. Capitolo "La Ricerca").

Di seguito si propone una sintesi di ciascun progetto, sulla base delle informazioni acquisite durante il lavoro di indagine svolto da IRES nel giugno 2008, che ne mette in evidenza obiettivi, caratteristiche distintive e stato delle attività²⁷.

²⁷ Per una descrizione più approfondita consultare Relazione Tecnica e Volumi allegati.



CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

La “Città della Salute e della Scienza” rappresenta il modello di riferimento per la nuova struttura sanitaria di assistenza, ricerca e formazione della Città di Torino, che nasce dall’evoluzione dell’attuale ASO San Giovanni Battista – Le Molinette.

Caratteristiche distintive del progetto

L’obiettivo del progetto si concretizza nella proposta e nella definizione di un modello strutturale ed organizzativo relativo ad una nuova e più moderna struttura ad elevata complessità assistenziale e di insegnamento, integrata nei percorsi e nei luoghi di cura del sistema sanitario “La Città della Salute e della Scienza”.

Fra i benefici attesi dal progetto vengono elencati i seguenti aspetti:

- ✓ **fronteggiare i diversi bisogni sanitari emergenti ed espressi dalla popolazione e dalle mutate esigenze strutturali e funzionali delle nuove strutture sanitarie**, che richiedono un modello tecnologicamente avanzato ma agile, aperto al territorio e con costi sostenibili; tutto questo anche in considerazione delle rinnovate esigenze di formazione e ricerca che nel frattempo si sono consolidate nel contesto del sistema;
- ✓ **creare nuove sinergie tra assistenza, ricerca universitaria e industria** attraverso la definizione, non solo di un nuovo polo sanitario, ma anche di un parco tecnologico e di un sistema incubatore di imprese. La ricerca biomedica e biotecnologica possono essere volano di sviluppo e possono partecipare alla crescita economica e di competitività della Regione;
- ✓ **realizzare una nuova Struttura** che, oltre a risolvere i problemi strutturali, tecnologici e dei sistemi informativi in chiave di efficacia ed efficienza, deve diventare l’occasione per riorganizzare i processi assistenziali avendo come livello di confronto costante gli utenti, per stimolare la massima integrazione multidisciplinare e per valorizzare il ruolo di tutte le professioni sanitarie.

La struttura ospedaliera ASO San Giovanni Battista di Torino costituisce un’Azienda Ospedaliera multi specialistica di rilevanza nazionale, integrata con l’Università, con funzioni di assistenza, insegnamento e ricerca, dotata complessivamente di 1.370 posti letto, 1.185 in ricovero ordinario e 185 in regime di *day hospital/day surgery*.

Il Presidio delle Molinette si estende su un’area di 142.000 metri quadrati ed è uno dei più vasti d’Europa: all’interno hanno sede quasi tutte le discipline medico-chirurgiche generali e specialistiche, ad eccezione di oculistica, ostetricia e ginecologia, pediatria e malattie infettive. L’ipotesi progettuale nasce proprio dalla constatazione delle progressive criticità che l’attuale struttura Molinette si trova ad affrontare nella rete del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Gruppo di lavoro

Il progetto è stato predisposto da AReSS. Il gruppo di lavoro si è costituito nel mese di gennaio 2007²⁸ e si è avvalso di collaborazioni esterne per argomenti di particolare specificità

²⁸ Scarmozzino A. – Relazione sintetica, documento pervenuto ad IRES il 13 giugno 2008.



quali l'impatto urbanistico, la valutazione dei siti indicati dalle Istituzioni, la valutazione dell'accessibilità e della viabilità intorno al sito ritenuto da preferirsi (SITI), il metaprogetto (Dipartimento BEST del Politecnico di Milano), il modello di sistema informativo (CSI), l'impatto socioeconomico e l'analisi del modello gestionale di un incubatore di imprese con associata riflessione su analoghe esperienze internazionali (Step), l'analisi del fabbisogno di salute (Siti-Associazione Luoghi delle Cure).

ARESS ha elaborato direttamente le analisi relative allo scenario Molinette rispetto all'assetto strutturale e alle caratteristiche dell'attività sanitaria prestata, alla proposta di un modello organizzativo innovativo, all'ipotesi di assetto dipartimentale con individuazione delle specialità mediche da rappresentare e dimensionamento in termini di posti letto, al modello di integrazione ospedale-territorio, all'ipotesi di revisione della rete ospedaliera, alle linee guida per la realizzazione di un ospedale di insegnamento, al modello tecnologico e ai costi di realizzazione.

Parallelamente sono stati condotti incontri con il gruppo di docenti in rappresentanza della Facoltà di Medicina (tavolo tecnico ARESS-Facoltà) che hanno consentito di raggiungere l'accordo politico Regione-Università contenente la definizione della mission della nuova struttura, la definizione degli elementi costitutivi della Città della Salute e della Scienza, il dimensionamento relativo in termini di superficie (e posti letto per la parte assistenziale), la definizione dell'assetto dipartimentale sia per la parte assistenziale sia per la parte di didattica e ricerca.

Ha partecipato alla realizzazione del programma, per l'individuazione delle strutture adeguate agli obiettivi d'indagine, l'Università di Torino.²⁹

Fasi attuative

La durata del programma è stata prevista in tre anni dall'affidamento con termine entro il 30 ottobre 2009.³⁰

Le fasi originariamente previste per lo sviluppo del programma erano due:

- ✓ Fase 1) individuazione degli standard per la costruzione di un nuovo modello di ospedale: dimensione aziendale ottimale, specialità mediche ospitate, raccordo con il territorio e posizionamento dei confronti degli attori esistenti, localizzazione/i possibile/i, tecnologie innovative ospitate, formazione degli operatori sanitari, livello di elasticità per i futuri processi di trasformazione, il raccordo con l'industria farmaceutica e tecnologica per lo sviluppo di servizi e prodotti innovativi, la sua organizzazione interna, anche al fine di introdurre logiche innovative nella fornitura dei servizi ed dei prodotti sanitari;
- ✓ Fase 2) realizzazione dello studio di fattibilità.

Il progetto di prefattibilità è terminato nel giugno 2007, il documento finale è stato trasmesso alla Regione Piemonte nel febbraio 2008.

²⁹ ARESS – Indagine conoscitiva su ospedali di insegnamento e ricerca localizzati in Europa e Nord America – Città della Salute e della Scienza, documento pervenuto ad IRES il 10 giugno 2008.



Nell'ambito del progetto generale è stata successivamente approfondita l'analisi con un'indagine conoscitiva sugli ospedali d'insegnamento collocati in Europa e Nord America. Tale indagine iniziata nell'Aprile 2008 ha avuto termine nel Giugno 2008.

Tutti i gruppi, sia interni sia esterni, al momento del lavoro di raccolta dei contributi svolto da IRES avevano completato l'analisi per la parte di competenza.

RISTRUTTURAZIONE GRANDI OSPEDALI

Il programma ha ad oggetto lo studio delle innovazioni tecnologiche e organizzative relative ai processi gestionali del settore ospedaliero, con analisi dei possibili interventi migliorativi inerenti la tracciabilità delle informazioni relative al paziente e ai materiali, la riduzione del rischio clinico nonché la riduzione dei costi.

Caratteristiche distintive del progetto

L'obiettivo del progetto è monitorare le modalità organizzative delle grandi strutture sanitarie della Regione Piemonte con particolare riferimento a ciò che attiene la gestione delle informazioni e dei materiali ospedalieri che coinvolgono i pazienti.

Fra i benefici attesi dal progetto vengono elencati i seguenti aspetti:

- ✓ **dotare la Regione di uno strumento di riferimento che permetta di conoscere le principali caratteristiche organizzative e tecnologiche relative al ciclo paziente medico-reparto-farmacia** delle strutture ospedaliere piemontesi;
- ✓ **fornire a progettisti e responsabili dei servizi tecnici delle ASL e delle Aziende Ospedaliere indicazioni per poter orientare gli interventi tecnologici e informatici;**
- ✓ **porre le basi per l'applicazione di norme e direttive** finalizzate al miglioramento delle prestazioni sanitarie e alla riduzione dei costi derivanti da tali prestazioni;
- ✓ **favorire lo sviluppo e l'applicazione di un approccio integrato nei confronti delle soluzioni tecnologiche e informatiche** con le modifiche organizzative ai processi in grado di rendere efficaci le innovazioni tecnologiche;
- ✓ **costituire i presupposti per la trasparenza dei processi**, oltre che la certificazione dell'efficienza organizzativa per le singole unità operative della struttura ospedaliera;
- ✓ **promuovere l'innovazione tecnologica** al fine del miglioramento dei processi, in misura sostenibile e adeguata al contesto sanitario di riferimento;
- ✓ **favorire l'introduzione di soluzioni gestionali innovative finalizzate alla riduzione dei costi elevando i livelli qualitativi necessari al tipo di servizio richiesto;**
- ✓ **garantire la fornitura di prestazioni sanitarie** assicurando un miglioramento degli standard di qualità complessivi, in particolare per quanto concerne i servizi al malato rispettando i livelli di sicurezza che devono caratterizzare le strutture ospedaliere.

La localizzazione dell'intervento è l'area piemontese sulla quale esiste la reale necessità – stante, da un lato, la sempre più elevata richiesta di qualità in ambito di erogazione dei servizi sanitari e, dall'altro, l'incessante riduzione delle risorse economiche – di incrementare l'efficacia dei processi finalizzati alla gestione delle informazioni relative alla cura del paziente e alla conseguente riduzione del rischio clinico, alla tracciabilità di tali informazioni, nonché



dei materiali di tipo medico, e, infine, di incrementare la riduzione dei costi e del consumo di materiali.

Gruppo di lavoro

Il progetto è stato predisposto dal Politecnico di Torino. Per la realizzazione del programma è stato previsto il coinvolgimento diretto dell'Università di Torino, Facoltà di Medicina, Dipartimento di Medicina Interna, per contribuire alla definizione dei requisiti e all'analisi dei meccanismi interni agli ospedali.

È stato, inoltre, previsto l'affiancamento di fornitori specializzati in apparecchiature e dispositivi tecnologici nonché consulenti specifici con il relativo compito di fornire le apparecchiature di base per la realizzazione delle sperimentazioni e le competenze specifiche sui processi e sulle soluzioni applicabili.

Fasi attuative

Il programma originario del progetto si sviluppa in tre anni ed è articolato in sette fasi:

- ✓ Fase 1) Individuazione strutture e strumenti di analisi: si individuano le tipologie delle strutture ospedaliere che posseggono caratteristiche necessarie per l'adesione al programma, si raccolgono le informazioni sui processi organizzativi, i consumi di materiali e gli aspetti tecnologici con successiva elaborazione di schemi di indagine e/o check list finalizzate all'organizzazione delle informazioni stesse per l'individuazione di indicatori di performance e di modalità di controllo dei costi delle attività oggetto del monitoraggio.
- ✓ Fase 2) Conoscenza dello stato dell'arte: ricerca di informazioni nelle realtà ospedaliere all'avanguardia in Italia, in Europa e negli USA, nonché tramite approfondita ricerca bibliografica e convegnistica per conoscere il contesto nazionale ed internazionale in cui è inserito il programma.
- ✓ Fase 3) Monitoraggio: si procede ad eseguire le indagini oggetto della proposta mediante interviste, recupero della documentazione e osservazioni prolungate sul campo.
- ✓ Fase 4) Proposta di interventi: il gruppo di ricerca allestisce un data-base organizzato con le informazioni di tipo gestionale, logistico e tecnologico relative alla possibile sperimentazione. Sulla base dei dati acquisiti vengono successivamente condotte ipotesi di sperimentazione su almeno un caso concreto, individuando le innovazioni organizzative e tecnologiche applicabili. La linea seguita è la definizione di alternative di intervento "tipo", che siano replicabili anche in altre realtà sanitarie, garantendo un miglioramento generalizzato e non univoco. Vengono successivamente analizzati, da un punto di vista di sistema, i benefici economico-finanziari delle diverse alternative, in modo da valutare quella più conveniente.
- ✓ Fase 5) Scelta interventi: vengono individuate le alternative tecnico-economiche da sviluppare nella sperimentazione, grazie ad un confronto con l'ospedale/i destinatario della sperimentazione stessa.
- ✓ Fase 6) Caso di studio: sulla base dei risultati ottenuti nella fase precedente si individua, almeno un caso studio su cui svolgere un'analisi completa degli interventi programmabili che porterà alla realizzazione di un nuovo modus operandi la cui entità dipenderà a monte dalla disponibilità finanziaria. In questa fase si valutano anche le possibilità di finanziamento da parte degli enti ospedalieri coinvolti nella sperimentazione.
- ✓ Fase 7) Disseminazione: al termine del progetto si esegue una relazione riportante i risultati del monitoraggio e il resoconto della sperimentazione per consentire agli organi di governo regionale e agli operatori del settore di maggiore livello la conoscenza dello stato



attuale e soprattutto di individuare fasi evolutive supportate dai risultati della sperimentazione. È prevista la discussione con le autorità sanitarie sulle modalità di proseguimento della ricerca o delle sue applicazioni, in modo da creare una continuità del processo evolutivo.

Un documento successivamente elaborato dal Politecnico di Torino³¹ riporta un elenco delle fasi rivisto rispetto a quando originariamente previsto nella proposta iniziale redatta.

Le attività concluse nel giugno 2008, ovvero al momento della raccolta dei contributi da parte di IRES,³² sono relative alla Fase 1) e alla Fase 2), nelle quali sono state individuate le strutture ospedaliere oggetto di esame ed è stata effettuata la macroanalisi delle stesse ovvero l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino (Molinette), l'Ospedale Civile di Chivasso, l'Ospedale Civile di Ciriè, l'Ospedale Civile di Ivrea; è stata effettuata l'analisi completa di un dipartimento chirurgico, un dipartimento medico e del servizio farmacia svolta presso gli ospedali di Chivasso, Ciriè e Ivrea (ASL TO4) e l'analisi dell'efficienza di un blocco operatorio presso l'Ospedale San Giovanni Battista della Città di Torino.

RISPARMIO ENERGETICO NEGLI EDIFICI SANITARI

Il programma ha ad oggetto lo studio delle possibilità di risparmio energetico nel settore sanitario, con analisi degli interventi sugli aspetti edilizi, degli impianti e della produzione di energia e delle loro ricadute in campo economico e ambientale e la redazione di linee guida per la realizzazione, la ristrutturazione e la gestione energetica delle strutture sanitarie.

Caratteristiche distintive del progetto

L'obiettivo del progetto è l'analisi, dal punto di vista energetico, ambientale ed economico, circa lo stato attuale delle strutture sanitarie della Regione Piemonte per valutare i migliori interventi sulle tecnologie, sui sistemi e sulle strategie di gestione applicabili, coerentemente con gli obiettivi di risparmio energetico previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale. A tale fine sono state condotte analisi sullo stato di fatto delle strutture sanitarie e redatte Linee Guida per la razionalizzazione dei consumi energetici, il soddisfacimento di requisiti di sicurezza e la qualità ambientale, l'ottimizzazione economica dell'apparato contrattualistico legato alle forniture energetiche, la sensibilizzazione dell'utenza. Tali Linee Guida, che contemplano sia le funzioni ambulatoriali, di degenza sia le principali funzioni specialistiche, potranno essere applicate nell'ambito di attività di manutenzione ordinaria e straordinaria e/o di interventi di ristrutturazione di strutture ex-novo.

Fra i benefici attesi dal progetto vengono elencati i seguenti aspetti:

- ✓ **dotare la Regione di uno strumento di riferimento che permetta di conoscere le principali caratteristiche energetiche del patrimonio delle strutture ospedaliere piemontesi;**
- ✓ **fornire a progettisti e responsabili dei servizi tecnici delle ASL e delle Aziende ospedaliere indicazioni per poter orientare le azioni degli utenti e gli interventi edilizi ed impiantistici verso il risparmio energetico ed un minor impatto ambientale;**

³¹ Politecnico di Torino – DISPEA – Progetto ristrutturazione Grandi Ospedali, Report-01, giugno 2008.

³² Ibidem.



- ✓ **porre le basi per l'applicazione di norme e direttive finalizzate al miglioramento delle prestazioni energetiche e alla riduzione dei costi derivanti dalla bolletta energetica;**
- ✓ **favorire lo sviluppo e l'applicazione di un approccio integrato nei confronti delle prestazioni energetiche degli edifici** ovvero nella progettazione di infrastrutture, impianti ed ambiente;
- ✓ **costituire i presupposti, anche strumentali, per la trasparenza dei consumi energetici** attraverso una adeguata applicazione di metodologie di contabilizzazione energetica, in modo da consentire l'individuazione e la quantificazione disaggregata delle maggiori fonti di spreco oltre che la certificazione dell'efficienza energetica per le singole unità operative della struttura ospedaliera;
- ✓ **promuovere l'innovazione tecnologica** al fine della riduzione dei consumi energetici delle emissioni inquinanti e dei costi di gestione;
- ✓ **favorire l'introduzione di soluzioni gestionali innovative** finalizzate alla riduzione dei costi garantendo i livelli qualitativi necessari al tipo di servizio richiesto;
- ✓ **garantire la fornitura di servizi energetici** assicurando un miglioramento degli standard di qualità complessivi, in particolare per quanto concerne il comfort del malato rispettando i livelli di sicurezza che devono caratterizzare le strutture ospedaliere.

Nelle strutture del Sistema Ospedaliero Piemontese, come di tutti i Sistemi Ospedalieri Italiani, esiste un notevole potenziale di risparmio energetico, che può portare ad una significativa riduzione dei costi e delle emissioni in atmosfera derivanti dall'utilizzo di energia elettrica e calore. Il soddisfacimento dei requisiti di qualità ambientale nelle strutture sanitarie, dal punto di vista della sicurezza, dell'igiene e del comfort, è di importanza cruciale per la società.

Gruppo di lavoro

Il progetto è stato predisposto dal Politecnico di Torino. Per la realizzazione del programma è stata coinvolta l'Università del Piemonte Orientale, contribuendo alla definizione dei requisiti della domanda che devono essere soddisfatti sia in termini igienico-sanitari sia in termini di impiantistica specializzata (apparecchiature TAC, RMN, etc).

Ruolo fondamentale ha la Fondazione per l'Ambiente Teobaldo Fenoglio, per quel che concerne il censimento dei contratti di gestione energia e le modalità di finanziamento degli interventi; la stessa Fondazione si occupa altresì del confronto tra differenti soluzioni contrattuali. Inoltre, segue gli incentivi derivanti dai mercati per l'ambiente e in generale dalle misure legate all'attuazione del Protocollo di Kyoto in Italia e svolge un ruolo di assistenza anche nella redazione delle Linee Guida.

Ai soggetti citati si affianca un consulente che ha il compito di realizzare l'analisi dei costi di installazione delle differenti tecnologie e sistemi, utilizzando la chiave di accesso diretta al mercato.

Fasi attuative

Il programma si sviluppa in tre anni ed è articolato nelle cinque Fasi che seguono:

- ✓ Fase 1) Censimento e descrizione energetica delle strutture esistenti: coinvolgimento di tutte le strutture ospedaliere pubbliche in modo da reperire per ciascuna di esse le informazioni necessarie per determinare le caratteristiche principali degli edifici (volumetrie, numeri di posti letto) e degli impianti (potenze installate, consumi termici ed



elettrici), evidenziando alcuni indicatori delle loro prestazioni energetiche. In questa fase vengono raccolte le informazioni sui contratti di fornitura e gestione in essere per delineare un quadro delle strutture esistenti, sulla base del quale si costituisce una divisione in categorie. Oltre alle tipicità tale fase è utile anche per far sì che emergano eventuali situazioni critiche particolari, che vengono catalogate per ogni insediamento ospedaliero. Questa fase fornisce un quadro chiaro dei punti di forza e di debolezza delle strutture esistenti, dal punto di vista energetico, ambientale e della dotazione di impianti tecnici.

- ✓ Fase 2) Analisi delle possibilità d'intervento: le categorie principali in cui vengono suddivise le strutture ospedaliere regionali al termine del censimento sono analizzate con lo scopo di evidenziare le aree di intervento maggiormente promettenti, in relazione ai requisiti ambientali ed impiantistici da soddisfare prendendo in considerazione:
 - l'approvvigionamento di energia, valutando soluzioni innovative per la produzione di calore, del freddo, di elettricità;
 - le tecnologie impiantistiche necessarie al soddisfacimento dei requisiti propri delle strutture nosocomiali, come i problemi di Legionella, il controllo del microclima delle degenze, il trattamento climatico delle sale operatorie, i sistemi di sterilizzazione, ecc;
 - le tecnologie edilizie innovative più adatte al patrimonio ospedaliero;
 - i sistemi di regolazione, monitoraggio e tele gestione che mediante tecniche innovative permettano di ottimizzare la conoscenza e il controllo dei parametri impiantistici ed ambientali anche da postazione remota;
 - i comportamenti dell'utenza che, previa opportuna sensibilizzazione, potrebbero venire modificati comportando risparmi energetici ed economici a fronte di investimenti quasi nulli;
 - i contratti di gestione energia.

- ✓ Fase 3) Analisi economico-ambientale: all'analisi energetica viene affiancata la valutazione economica delle soluzioni proposte sulla base di un'approfondita indagine di mercato. Parallelamente alla valutazione dei costi di investimento (progettazione e installazione) e dei costi legati ai consumi di energia primaria, si procede a simulare i costi di gestione in differenti scenari contrattualistici, analizzando criticamente le opportunità di risparmio ed utilizzando come benchmark soluzioni gestionali presenti sul mercato nazionale ed europeo.

L'analisi economica si pone dal punto di osservazione dell'Amministrazione Pubblica, considerando sia puramente l'aspetto economico "diretto" (risparmio sui costi di gestione e/o investimento iniziale), sia valutando i vantaggi indiretti quali quelli ambientali e quelli derivanti dalle potenzialità di impatto che l'applicazione su larga scala di nuove tecnologie potrebbe avere sul sistema socio-economico regionale.

Accanto alla valutazione energetico-economica sono valutate, nel corso delle simulazioni, le possibili riduzioni delle emissioni di gas climalteranti in atmosfera agevolate dagli interventi innovativi proposti ai fini del risparmio di energia primaria ed efficienza energetica negli usi finali.

- ✓ Fase 4) Simulazioni (sono state indicate due sottofasi):

Fase 4.1 – Identificazione di strutture tipo e validazione del modello

All'interno delle categorie di tipicità evidenziate durante la fase di censimento, vengono identificate strutture di riferimento per ogni categoria, rappresentative del parco edilizio sanitario regionale. Per ogni struttura successivamente si realizza un modello matematico che viene validato attraverso dati sperimentali, da acquisirsi durante idonea campagna di monitoraggio cartaceo e se necessario strumentale.



Fase 4.2 – Simulazione degli interventi

Sui modelli validati delle strutture rappresentative, vengono simulati gli interventi individuati nel corso della Fase 2. Dall'esito di queste simulazioni, abbinate alle valutazioni economiche, si ricavano le analisi costi-benefici per ogni soluzione proposta e i tempi di ritorno di ogni investimento. In questo modo è possibile stilare una graduatoria degli interventi migliori in relazione al periodo di tempo su cui si intende ottenere un effetto utile e ammortizzare i costi di investimento.

- ✓ Fase 5) Redazione di linee guida: si propongono quale strumento fondamentale per garantire la qualità degli edifici di nuova costruzione e la loro migliore gestione energetica. Nei casi di ristrutturazione di edifici esistenti rappresentano una guida per identificare le priorità di intervento in funzione dell'impatto economico e ambientale, ad iniziare da interventi a costo quasi nullo come quelli realizzabili grazie alla sensibilizzazione degli utenti, ed un supporto all'identificazione degli interventi per i quali potrebbe essere di interesse applicare strumenti di finanziamento innovativi.

All'interno del documento vengono proposte le migliori tecnologie e le soluzioni disponibili alla luce del lavoro effettuato ai punti precedenti, sia nel campo delle forniture energetiche, sia per quanto concerne i sistemi impiantistici specifici delle strutture sanitarie.

Le linee guida hanno un ruolo strategico nel supportare gli Uffici regionali preposti alla redazione di bandi di finanziamento e/o capitolati tipo per la realizzazione di interventi sulle strutture ed impianti o per l'implementazione di innovativi sistemi di gestione dei servizi energetici.

Nello sviluppo vengono esaminati i seguenti aspetti:

- Caratteristiche del sito;
- Caratteristiche degli edifici;
- Utenze termiche e relativi profili della domanda – climatizzazione estiva ed invernale; acqua calda sanitaria; usi tecnologici (vapore); altre utenze termiche;
- Utenze elettriche e relativi profili della domanda – illuminazione; ventilazione; grandi utenze elettriche; altre utenze elettriche;
- Impianti – climatizzazione e ventilazione ambienti, acqua calda sanitaria, di servizio (produzione di vapore per usi tecnologici, elettrici);
- Produzione e approvvigionamento di energia elettrica e termo-frigorifera – sostituzione vettori energetici (fuel switch), cogenerazione e rigenerazione;
- Aspetti economico – finanziari e di sistema – ottimizzazione dei costi complessivi; ottimizzazione dei costi di gestione: realizzazione di un sistema decisionale (DSS- Decision Support System); automazione ed Edificio intelligente.

Per ogni aspetto vengono proposti specifici interventi ed effettuato il calcolo della riduzione del consumo di energia primaria e delle mancate emissioni di CO₂, a fronte del costo dell'intervento stesso. Dalle analisi si perviene al calcolo di indicatori finanziari (VAN, TIR, PBT) da cui discenderà una valutazione della maggiore o minore idoneità degli interventi proposti.

Al momento del lavoro di raccolta dei contributi svolto da IRES³³ il cronoprogramma del progetto indica che le attività sviluppate riguardano la conoscenza del contesto in cui si inserisce il programma e le caratteristiche delle strutture oggetto di indagine. Il documento non riporta dati ed informazioni relativi alle indagini in situ ed alle successive analisi degli interventi di efficienza energetica potenzialmente applicabili alla realtà ospedaliera regionale.

³³ Risparmio energetico nell'edilizia sanitaria (REES), progetto regionale – documento di programma, bozza 10.06.2008, documento edito dal Politecnico di Torino.



REALIZZAZIONE DELLA SCUOLA DI GOVERNO DI VERCELLI

Il progetto si propone l'attivazione di una struttura operativo-formativa, ovvero una scuola superiore interfacoltà dotata di autonomia didattico-scientifica, organizzativa, finanziaria e contabile, finalizzata all'offerta di percorsi formativi di alta qualificazione concernenti le scienze di governo in ambito pubblico e privato.

Caratteristiche distintive del progetto

Il progetto della Scuola di Governo della Sanità, come scuola di alta formazione ha la finalità di³⁴:

- ✓ migliorare l'organizzazione e il funzionamento dell'organo di gestione e degli altri organi e organismi consultivi delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle altre aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ precisare funzioni e ruolo degli organismi e degli strumenti che a livello nazionale svolgono compiti di supporto e di monitoraggio del SSN, con particolare riferimento all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, della quale andrebbe sottolineato il carattere di ente pubblico nazionale, snodo della ricerca applicata e del monitoraggio delle funzioni;
- ✓ coinvolgere partecipativamente cittadini e utenti delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- ✓ precisare doveri e responsabilità del personale del Servizio medesimo ai fini del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute;
- ✓ migliorare la definizione dei tempi e dei percorsi per pervenire a un modello unico di azienda ospedaliero-universitaria.

Fra i benefici attesi dal progetto vengono elencati i seguenti aspetti:

- ✓ **creare professionisti capaci di interiorizzare i punti di forza delle strutture e dei sistemi in cui operano;**
- ✓ **fornire elementi di conoscenza sul metodo e sulle procedure della programmazione sanitaria**, così da indurre l'utente, quale che sia il suo ruolo all'interno del Servizio Sanitario Regionale, ad acquisire tale metodo e tali procedure;
- ✓ **creare le condizioni per la costruzione/sperimentazione di un modello** che possa essere oggetto di una validazione e conseguentemente di una messa in pratica da parte delle competenti autorità regionali.

Il progetto prevede che la Scuola di Governo della sanità diventi un utile punto di riferimento per la valutazione dei progetti e degli eventi ECM nella parte che riguarda l'alta formazione manageriale. L'intervento ipotizzato interessa parte dell'immobile denominato "EX Ospizio di Carità", sito in Vercelli tra le vie Alessandro Manzoni e Quintino Sella.

Un documento successivo³⁵ suggerisce un itinerario di sviluppo tematico, individuando dieci temi-guida:

1. situare l'operatore in contesto, aiutandolo a cogliere gli elementi strutturali comuni dei Servizi Sanitari Regionali e, all'interno di questi, le peculiarità del Servizio Sanitario Regionale Piemontese;

³⁴ Università degli Studi del Piemonte Orientale – Scuola di Governo della Sanità, progetto, giugno 2008.

³⁵ Progetto, documento redatto da Università degli Studi del Piemonte Orientale – Scuola di Governo della Sanità, giugno 2008.



2. ricostruire le differenziazioni endoregionali nella fruizione dei livelli essenziali di assistenza;
3. conoscere e valutare gli elementi caratteristici del Servizio Sanitario Regionale a partire dai contenuti del Piano Sanitario Regionale;
4. simulare la vita aziendale, attraverso percorsi di ruolo connessi alle differenti funzioni;
5. simulare analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, nonché ipotesi di valorizzazione del patrimonio immobiliare con relativi conferimenti e dismissioni;
6. approfondire i principali profili strutturali edilizi e tecnologici che concernono le strutture sanitarie;
7. approfondire la funzione di prevenzione e le sue caratteristiche organizzative sul territorio regionale;
8. individuare relazioni tra Aziende Sanitarie Locali e soggetti erogatori delle prestazioni assistenziali;
9. studiare le esperienze più significative di sperimentazione gestionale attuate nella Regione e in via di attuazione;
10. studiare le tematiche connesse all'organizzazione del personale.

La Scuola di Governo dovrà tenere in considerazione le esperienze di alta formazione manageriale realizzata in Piemonte: attività svolte da singole aziende, master in economia politica sanitaria del Coripe Piemonte e attività del CEIMS di Piemonte Orientale.

Gruppo di lavoro

Il progetto è stato predisposto dall'Università degli Studi del Piemonte Orientale.

Fasi attuative

Le Fasi di sviluppo dell'intervento sono:

- ✓ Fase 1) Test di applicabilità al SSR dello schema base, confrontato con le scelte strategiche e gestionali contenute nel Piano Sanitario Regionale e posto in coerenza con i contenuti del Documento Strategico Preliminare della Regione Piemonte 2007-2013 con riferimento agli assi strategici, agli obiettivi e alle priorità di intervento per la politica di coesione;
- ✓ Fase 2) Test degli indicatori di efficienza/efficacia utilizzati con l'intento di fornire un test affidabile di equità del SSR. Saranno oggetto di studio scientifico i principali indicatori proposti dall'esperienza internazionale e le esperienze italiane di costruzione di indicatori di out come a livello nazionale e di elaborazione di modelli di risk adjustment. È una fase delicata, perché consistente nell'elaborazione dei parametri di riferimento dell'attività di valutazione. Nell'individuazione di tali parametri si terrà conto della più recente rilevazione nazionale sulla spesa sanitaria pro-capite, così da posizionare i relativi parametri sulla situazione "storica" della Regione Piemonte e definire, sulla scia degli obiettivi dei documenti regionali di programmazione, un'omogeneità tendenziale nelle prospettive e negli obiettivi di miglioramento del sistema stesso;
- ✓ Fase 3) Sviluppata in parallelo alla Fase 2, consta nella messa a punto di un modello di scheda di rilevazione delle preferenze e della soddisfazione dell'utente che tenga conto sia del modello regionale di organizzazione, sia della reale situazione della morbilità rilevata attraverso gli archivi SDO regionali. È una fase assai delicata, tenuto conto della particolare situazione italiana che vede il nostro Paese posizionato generalmente in misura soddisfacente per quanto attiene ad indicatori hard come quelli della mortalità evitabile o dell'ammontare delle risorse destinate alla sanità, mentre i dati disponibili



evidenziano una marcata distanza tra l'indicatore del soddisfacimento e gli altri indicatori. A fronte di ciò, rilevazioni regionali settoriali inducono a riflettere sull'affidabilità di tali dati. Si tratterà di equalizzare il modello di valutazione e i suoi indicatori di salute ed epidemiologici con il modello di rilevazione delle preferenze e della soddisfazione dell'utente, al fine di meglio focalizzare i profili problematici e consentire al programmatore e al decisore di sapere dove puntare.

- ✓ Fase 4) Definizione e stesura del Programma contenente la descrizione analitica degli obiettivi perseguiti, gli orientamenti generali in merito a proposte di redazione del modello di valutazione del SSR, la strategia di coinvolgimento delle diverse categorie di operatori e responsabili da coinvolgere, l'indicazione della tipologia e del programma temporale degli interventi da adottare. I contenuti del Programma temporale andranno confrontati e concordati con le strutture regionali incaricate della programmazione dei relativi interventi. Il Programma dovrà testare il contesto e la praticabilità di quattro categorie di interventi, da attivare in sequenza: 1) riformulazione del programma formativo per il governo della sanità; 2) ridefinizione delle regole di *governance* sanitaria infraregionale; 3) sperimentazione della scheda di rilevazione delle preferenze e della soddisfazione dell'utenza in coerenza con gli orientamenti emersi dalla progettazione; 4) studio di fattibilità dell'applicazione al di fuori del campo sanitario della metodologia acquisita con le azioni disegnate del Programma.

Al momento della raccolta dei contributi svolta da IRES non sono stati individuati elementi temporali indicanti l'avanzamento delle attività.

REALIZZAZIONE DELLA CITTADELLA POLITECNICA SUI MATERIALI POLIMERICI NELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

L'intervento prevede la realizzazione in Alessandria di una struttura nella quale possano essere svolte attività di ricerca applicata e ricerca tecnologica avanzata su materiali polimerici e compositi con riferimento ai settori della bioingegneria, dell'energetica e dell'elettronica, nonché agli interventi di sostegno alla formazione, universitaria e non, riconducibile all'ambito delle materie plastiche.

Caratteristiche distintive del progetto

L'obiettivo del progetto si concretizza nella redazione di studio di fattibilità, progettazione preliminare, esecutiva e definitiva dell'intervento che prevede la realizzazione di lotti riconducibili alle attività di ricerca su materiali polimerici ad uso medicale e/o alla realizzazione di opere accessorie.

Fra i benefici attesi dal progetto vengono elencati i seguenti aspetti:

- ✓ **realizzare un polo per lo svolgimento di attività di ricerca avanzata applicata ai materiali polimerici e compositi** cui possano fare riferimento le numerose imprese operanti sul territorio;
- ✓ **promuovere investimenti di ricerca e formazione sulle materie plastiche;**
- ✓ **favorire lo sviluppo di aziende fortemente innovative** creando le condizioni per la nascita di un incubatore aziendale;



- ✓ **mettere a disposizione spazi adeguati per lo sviluppo di materiali polimerici e compositi di interesse biomedico**, da realizzare con il concorso di altre realtà locali, in primo luogo con il coinvolgimento e la collaborazione dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale e delle Aziende Sanitarie dell'area alessandrina;
- ✓ **rendere possibile sostenere attività di formazione, universitaria e non, sulle materie plastiche**, in concorso con il Politecnico di Torino, l'Università del Piemonte Orientale e con il contributo delle aziende del settore, anche per quanto concerne le attività di tirocinio e di stage e gli sbocchi occupazionali.

La proposta di programma del Politecnico di Torino ha come riferimento tre aree situate lungo Viale T. Michel nella città di Alessandria la cui contiguità è destinata a favorire interazioni sul fronte sia della ricerca, sia dell'acquisizione di attrezzature scientifiche di uso comune, sia dell'uso congiunto di mense, foresterie, palestre, spazzi di aggregazione studentesca:

- ✓ l'area occupata dalla sede di Alessandria del Politecnico di Torino, che ne è proprietario, nella quale vengono svolte le attività didattiche relative alle lauree in ingegneria delle Materie Plastiche, Ingegneria Meccanica e Ingegneria Elettrica, attività di ricerca applicata e di servizio alle imprese del settore plastico svolte dal Consorzio Proplast e attività di promozione della cultura plastica svolte dal Centro di Cultura per l'Ingegneria delle Materie Plastiche;
- ✓ l'area occupata dalla Facoltà di Scienze dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale ove operano dipartimenti e corsi di laurea dell'ambito chimico e vengono svolte ricerche di base e applicate sui materiali polimerici, anche di Interesse biomedico, in collaborazione con i corrispondenti ambiti del Politecnico di Torino;
- ✓ l'area corrispondente al mercato ortofrutticolo, di proprietà del Comune di Alessandria e in procinto di essere ceduta alla società Newco, di cui all'estratto del "Protocollo d'Intesa per l'attuazione di un sistema per lo sviluppo del settore plastico in Alessandria".

Gruppo di lavoro

Il progetto è stato predisposto dalla I Facoltà di Ingegneria – Chimica Industriale e Tecnologica. Nella realizzazione dell'intervento edilizio, compresi lo studio di fattibilità e la progettazione, sono coinvolti gli Enti inseriti nel "Protocollo d'Intesa per l'attuazione di un sistema per lo sviluppo del settore plastico in Alessandria" quali Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria, Finpiemonte, Comune di Alessandria, Politecnico di Torino, Provincia di Alessandria, Consorzio Proplast, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Gruppo Guala, Gruppo Ghisolfi.

Fasi attuative

Nel documento del Politecnico di Torino "Proposta di Programma per la realizzazione della Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella provincia di Alessandria" viene indicato l'anno 2007 quale momento di inizio delle attività e l'anno 2010 quale termine delle stesse.

Dallo stesso documento sono deducibili le fasi di sviluppo strutturate come di seguito indicato:

- ✓ realizzazione di un ampio locale destinato ad ospitare macchinari pesanti con i quali sperimentare metodologie innovative per la produzione di componenti in materiale plastico e mettere a punto nuovi materiali anche d'interesse biomedico;
- ✓ realizzazione di laboratori di ricerca avanzata, di analisi di prodotti, di certificazioni di componenti;
- ✓ realizzazione di laboratori per supportare le attività sperimentali legate alla formazione;



- ✓ realizzazione di spazi per lo sviluppo di servizi a favore delle imprese del settore con l'obiettivo di promuovere, in tutti i modi possibili, lo sviluppo della cultura plastica;
- ✓ realizzazione di un edificio finalizzato ad ospitare le attività amministrative;
- ✓ destinare, previa ristrutturazione, l'edificio attualmente esistente alla realizzazione di un laboratorio polimeri ad uso medicale.

Con un documento successivo il Politecnico di Torino³⁶ integra le fasi di sviluppo del progetto prevedendo anche la realizzazione di una struttura dedicata ai biomateriali polimerici.

Al momento del lavoro di raccolta dei contributi svolto da IRES non sono stati individuati elementi temporali indicanti l'avanzamento delle attività.

GLI APPROFONDIMENTI

I risultati emersi dalla comparazione dei progetti costituenti l'APQ con i Piani Sanitari Regionali e Nazionali, e successivamente gli incontri svolti con i Responsabili della ricerca, hanno evidenziato la necessità di procedere con ulteriori approfondimenti riguardanti due assi strategici del Sistema Sanitario Piemonte ovvero:

- ✓ l'innovazione multidimensionale, intesa non solo quale risultato della ricerca scientifica e tecnologica, ma anche in termini di sintesi di un ampio ventaglio di conoscenze organizzative, sociali ed economiche;
- ✓ la crescita dimensionale delle imprese, quale fattore in grado di consentire economie di scala adeguate.

L'integrazione delle linee di azione, riportate nello schema che segue, consente di perseguire l'ambizioso obiettivo di promuovere e indurre modelli di *governance* multilivello e intersettoriali, che coinvolgono i soggetti che a diverso titolo intervengono nelle politiche della salute.

Il Documento Strategico Preliminare Regionale, approvato dalla Giunta Regionale nel 2005, individua, tra gli assi strategici di intervento, l'innovazione, la crescita dimensionale delle imprese, la qualificazione della popolazione e del lavoro, le risorse territoriali e urbane, le pari opportunità, i processi di *governance*. In particolare, il DSPR evidenzia, trattando il tema dei processi di *governance*³⁷, quale elemento fondamentale delle esperienze di programmazione integrata condotte in Piemonte, l'importanza delle varie forme di partnerariato a livello locale (pubblico-pubblico e pubblico-privato) e tra i vari livelli di governo (Stato-Regione-Enti Locali) per la promozione di sistemici economici locali, che fondano la propria competitività sui saper fare radicati, sulla tecnologia, sui servizi alle imprese, sui vantaggi infrastrutturali e ambientali.

Notevoli miglioramenti nella qualità della spesa e nell'ottimizzazione dei progetti possono essere indotti dalla "*governance* multilivello" basata sui citati meccanismi di partnership che consentono agli interventi di raggiungere la dimensione critica necessaria migliorando la scansione temporale degli interventi e, quindi, la loro efficacia applicativa.

³⁶ Integrazione alla Proposta di Programma per la realizzazione della Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella provincia di Alessandria, Politecnico di Torino, 28 marzo 2007.

³⁷ Documento Strategico Preliminare Regionale 2007-2013, tratto da cap. 2.8 "I processi di Governance".



Il DSPR evidenzia, inoltre, come l'esperienza piemontese nella gestione dei fondi strutturali e del sistema dell'Intesa Istituzionale di Programma e relativi Accordi di Programma Quadro (APQ) ha mostrato che per raggiungere tale obiettivo è necessario rispettare alcune condizioni essenziali, una fra queste impone che i partner essenziali del coordinamento siano competenti, informati ed efficaci.

Gli assi strategici di sviluppo del sistema piemontese sono riconducibili ad altrettante dimensioni di riforma del Servizio Sanitario Regionale e sono altresì collegabili ai temi toccati dai progetti dell'APQ 2006 e dal trasversale programma SIRSE (Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica). Nella tabella che segue è evidenziata tale correlazione.

<i>Assi Strategici di Sviluppo del Sistema Piemonte³⁸</i>	<i>Dimensioni di Riforma del Servizio Sanitario Regionale</i>	<i>Programmi APQ Salute Pubblica 2006 riferimenti</i>
Innovazione multidimensionale, non solo risultato della ricerca scientifica e tecnologica, ma sintesi di un ampio ventaglio di conoscenze organizzative, sociali ed economiche.	Una maggiore capacità di innovazione organizzativa più che tecnologica (Parco della salute...).	Città della Salute e della Scienza. Ristrutturazione organizzativa dei Grandi Ospedali. Programma SIRSE.
Crescita dimensionale delle imprese , tale da conseguire economie di scala adeguate quale condizione per realizzare investimenti non alla portata di singole piccole imprese.	Aumento della dimensione delle Aziende Sanitarie.	Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari.
Qualificazione della popolazione e del lavoro non inteso unicamente nei termini di aumento della quota delle figure occupazionali maggiormente qualificate bensì inteso come mutamento della qualificazione richiesta per svolgere tutte le occupazioni riferite ad un ventaglio ampio di mansioni.	Empowerment dei cittadini e arricchimento del capitale umano (Formazione...).	Formazione del management sanitario – Scuola di Governo.

³⁸ Documento Strategico Preliminare Regionale 2007-2013, tratto da cap. 2 “Gli assi strategici dello sviluppo regionale”, paragrafi da 2.1 a 2.5, 2.7 e 2.8.



<i>Assi Strategici di Sviluppo del Sistema Piemonte³⁹</i>	<i>Dimensioni di Riforma del Servizio Sanitario Regionale</i>	<i>Programmi APQ Salute Pubblica 2006 riferimenti</i>
Risorse territoriali e urbane nella prospettiva strategica legata alla collocazione del Piemonte nello spazio e nelle reti transeuropee, all'integrazione sistemica del territorio regionale e macroregionale, alle nuove opportunità per le politiche di sviluppo locale e all'organizzazione delle funzioni urbane.	Decentramento delle funzioni superiori garantendone il livello qualitativo con logiche di rete.	Programma SIRSE.
Pari opportunità: priorità e trasversalità intensificando le misure in tal senso mediante l'adozione di un approccio coerente e sistematico di mainstreaming-integrazione sistematica delle situazioni, delle priorità e dei bisogni al fine di promuovere la parità e mobilitare tutte le politiche e le misure d'ordine generale sensibilizzandole alla necessità di raggiungere sia la pari opportunità di genere e sia la pari opportunità in senso ampio.	Attenzione alle pari opportunità in senso ampio producendo politiche di inclusione atte a promuovere azioni globali di sviluppo dell'impegno civile estendendo i processi di informazione, consultazione e gestione a nuove forme di partecipazione ⁴⁰ . Attenzione alla personalizzazione delle risposte frutto della cultura dell'accoglienza e dell'ascolto, pensando che il cittadino in condizioni di bisogno è un "cliente" al quale vendere i servizi.	Valore aggiunto fornito dall'integrazione tra i Progetti/Interventi predisposti e le Azioni da questi previste.
Processi di Governance multilivello basati su meccanismi di partnership possono condurre a notevoli miglioramenti nella qualità della spesa, evitando l'inutile duplicazione dei progetti, permettendo agli interventi di raggiungere la dimensione critica necessaria, migliorando la scansione temporale degli interventi e quindi la loro efficacia.	Formule di pianificazione partecipata locale dei livelli di tutela della salute, che coinvolgono più soggetti attorno al settore sanitario (Profili e Piani di salute).	

Nel corso della ricerca condotta da IRES, a seguito del raffronto tra gli assi strategici del DSPR e gli obiettivi principali dell'APQ sanità, e su richiesta del committente (ARESS), sono stati sviluppati due approfondimenti, in sinergia con gli altri temi, dedicati alle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione, **P ICT, tema legato al Sistema integrato Regionale di Sanità Elettronica, Programma SIRSE, e al Risparmio Energetico nelle strutture sanitarie.** Tra gli obiettivi principali della nuova programmazione nazionale e quindi regionale, diretta conseguenza degli orientamenti comunitari⁴¹, questi stessi obiettivi sono tra quelli indicati agli stati membri. Gli approfondimenti relativi sono, pertanto, una naturale espressione di queste indicazioni, fortemente perseguite dalle Istituzioni Regionali.

³⁹ Documento Strategico Preliminare Regionale 2007-2013, tratto da cap. 2 "Gli assi strategici dello sviluppo regionale", paragrafi da 2.1 a 2.5, 2.7 e 2.8.

⁴⁰ PSSR 2007-2010, Paragrafo 4.5.3, "Aree prioritarie di intervento".

⁴¹ Principi contenuti nelle agende di Lisbona e Goteborg.



La sanità elettronica in Piemonte e il Programma SIRSE

Contesto

Lo sviluppo dell'E-Health avvenuto negli ultimi anni, inteso come applicazione e utilizzo delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT) in ambito sanitario, da parte dei diversi attori che operano in tale settore all'interno del sistema sanitario piemontese, si può considerare analizzabile sotto due differenti prospettive, l'una di tipo quantitativo e l'altra di tipo qualitativo.

Per quanto riguarda la prospettiva di tipo quantitativo si rileva, innanzitutto, uno scarso investimento in ICT da parte delle Aziende Sanitarie piemontesi: secondo i dati contenuti nel PSSR 2007-2010, la spesa per ICT in Piemonte rappresenta l'1,3% della spesa del settore sanitario, percentuale ancora lontana dalla media europea del 2,5%; peraltro, sempre secondo il PSSR, è prevedibile una tendenza alla crescita di questa spesa, in misura variabile da 1,3% attuale al 7% e oltre al 2010.

Relativamente alle dinamiche di tipo qualitativo, lo sviluppo dell'ICT registrato nel Servizio Sanitario Regionale nell'ultimo decennio è stato caratterizzato da una notevole diffusione di sistemi e di applicazioni che hanno indotto una maggiore qualità a livello amministrativo, una maggiore integrazione tra le strutture ed i servizi delle Aziende Sanitarie e, in generale, processi più efficienti. Allo stesso tempo risulta necessario sottolineare come tale sviluppo non sia sempre stato accompagnato da un attento governo della sua architettura, causando inefficienze, ridotta flessibilità e adattabilità della stessa.

Ad oggi, come desumibile dal Piano Strategico di Informatica Sanitaria approvato dalla Regione Piemonte nel 2006, le informazioni sugli eventi sanitari sono frammentate e distribuite in molteplici applicazioni. Inoltre, da un lato manca la possibilità di avere una visione d'insieme del paziente e, d'altro lato, quella di integrare fra loro i differenti sistemi.

È possibile individuare i **principali aspetti problematici connessi alla scarsa applicazione dell'ICT** in sanità in:

- ✓ scarso utilizzo di sistemi integrati di gestione, ed in particolare tasso di informatizzazione della parte clinica ancora molto basso (ben al di sotto del 50% l'utilizzo, nelle Aziende Sanitarie della Regione, delle applicazioni più evolute, quali cartella clinica elettronica, armadi farmaceutici informatizzati, progetti di telemedicina); gli investimenti in ICT hanno riguardato soprattutto applicazioni in ambito amministrativo-gestionale;
- ✓ resistenze al cambiamento da parte del personale, poco incline ad accettare l'utilizzo di nuove tecnologie, che implicano generalmente cambiamenti nei processi di lavoro;
- ✓ bassa integrazione tra aziende sanitarie e tra differenti strutture/servizi all'interno delle Aziende (strutture ospedaliere e servizi territoriali...);
- ✓ scarsa standardizzazione delle infrastrutture e dei dati.

Linee di sviluppo

Lo scenario di sviluppo relativo all'applicazione dell'ICT al sistema della sanità piemontese è delineato nel documento "Programma SIRSE", approvato con Delibera Regionale n. 15 del 21 aprile 2008, che prevede un modello di "sanità in rete" nel quale le tecnologie ICT sono il



fattore chiave per realizzare una piattaforma di salute-assistenza integrata, elemento in grado di migliorare l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale, garantendone la sostenibilità economica, implementando nuovi modelli assistenziali, facilitando l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

Coerentemente con gli obiettivi del Piano Operativo che identificherà le azioni da porre in atto, organizzate per linee strategiche di intervento, di seguito si elencano possibili linee di sviluppo da perseguire, al fine di proporre le tecnologie ICT quale elemento in grado di migliorare l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale:

- ✓ rendere esplicite le regole di governo e di *governance* del sistema con i soggetti interessati;
- ✓ definire la politica regionale sul tema della sanità elettronica, in termini di obiettivi raggiungibili con le risorse economiche disponibili;
- ✓ predisporre il piano operativo degli interventi progettuali, quantificando le risorse economiche necessarie per la sua attuazione ed individuandone le fonti e le modalità di finanziamento;
- ✓ definire gli strumenti per assicurare il governo strategico ed operativo relativo alla realizzazione e messa in esercizio del piano operativo stesso.

L'ICT e lo sviluppo del PSSR 2007-2010

Lo sviluppo previsto dell'ICT assume una valenza strategica in grado di assecondare i punti chiave del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, che ruotano attorno alla centralità del cittadino, alla continuità delle cure e all'integrazione dei servizi: forme quali telemedicina e teleassistenza, gestione e distribuzione dei dati clinici web based, potranno contribuire a dare sostanza organizzativa a tali concetti.

I sistemi informativi potranno consentire l'organizzazione dei dati dei pazienti e della popolazione, in grado di facilitare un'assistenza efficiente ed efficace e, quindi, supportare:

- ✓ l'identificazione dei sotto-gruppi di popolazione per organizzare un'assistenza proattiva;
- ✓ la pianificazione e la personalizzazione dell'assistenza;
- ✓ la condivisione delle informazioni con i pazienti e con gli erogatori di cure per organizzare l'assistenza;
- ✓ il monitoraggio della performance del sistema.

L'ICT e le possibili aree di miglioramento: efficienza e qualità dei servizi

L'ICT sarà in grado di contribuire ad un più efficiente utilizzo delle risorse dedicate al sistema sanitario, consentendo il conseguimento di risparmi (secondo dati citati nel "Programma SIRSE" l'introduzione delle tecnologie, a regime, può portare ad un risparmio del 2% annuo della spesa sanitaria), ottenibili estendendo l'utilizzo di forme quali l'E-Procurement (ad es. la gara effettuata nel 2007 dall'Ospedale Molinette, per conto di tutte le aziende piemontesi e per un copertura biennale su circa 1000 principi attivi farmaceutici, effettuata tramite la piattaforma resa disponibile da Regione Piemonte, ha determinato un risparmio sulla base d'asta di circa 11 milioni di euro), o l'informatizzazione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero, che riduce il rischio per i pazienti nelle fasi di prescrizione, distribuzione e somministrazione dei farmaci e porta ad una significativa ottimizzazione dei consumi, delle scorte e dei tempi di gestione.



Tutto questo potrà avvenire contestualmente ad un miglioramento della qualità dei servizi resi agli assistiti, consentito, ad esempio, dall'eliminazione della ridondanza degli esami diagnostici e dalla diminuzione dei margini di errore, attraverso la disponibilità in rete dei dati e dei documenti sanitari.

Le condizioni per il miglioramento

In definitiva, l'ICT sarà in grado di contribuire in modo determinante allo sviluppo del sistema sanitario se si provvederà a:

- ✓ individuare chiaramente standard su infrastrutture e applicazioni, favorevoli all'integrazione;
- ✓ avviare un processo di *governance* coordinata e centralizzata degli investimenti in ICT;
- ✓ definire, accanto agli investimenti, le strategie di utilizzo dell'ICT;
- ✓ gestire le tecnologie con modalità incentrate sul paziente: sarà importante arrivare in tempi brevi alla definizione del fascicolo sanitario elettronico per ogni cittadino, che consenta la tracciabilità della storia dei suoi contatti con i diversi attori del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ comunicare e condividere gli investimenti in ICT.

Il risparmio energetico negli edifici sanitari

Contesto

IL PSSR 2007-2010 sul tema del risparmio energetico evidenzia come "l'alto livello di comfort e di salubrità da assicurare negli ambienti dedicati alla salute, imporranno livelli sempre più elevati nel controllo delle emissioni inquinanti, della produzione di rifiuti e del contenimento dei consumi energetici. In particolare" continua il PSSR – Par. 1.7 "la gestione energetica nelle strutture ospedaliere è importante per i costi, la qualità del servizio energetico, la sicurezza energetica per la continuità del servizio sanitario".

Al fine di ottenere, quindi, la riduzione dei costi energetici è necessario intervenire a diversi livelli e con diverse modalità, pertanto, sempre il PSSR, indica che "il piano per il risparmio, la riduzione delle emissioni e la sicurezza prevede":

- ✓ la conoscenza del patrimonio edilizio, la diagnosi energetica dello stato attuale dei presidi, un primo check up di massima degli interventi di miglioramento;
- ✓ lo schema di finanziamento degli interventi;
- ✓ interventi che non comportano modifiche agli impianti e sull'involucro edilizio, ma interventi gestionali con azioni di razionalizzazione nella conduzione e nella regolazione degli impianti di produzione e di consumo dell'energia;
- ✓ interventi sugli involucri edilizi finalizzati a migliorarne le prestazioni di efficienza energetica e interventi di sostituzione e riqualificazione degli impianti di produzione e di consumo dell'energia con minore rendimento;
- ✓ interventi a larga scala sulle dotazioni impiantistiche ricorrendo a tecnologie innovative di generazione, di distribuzione, di emissione, di controllo e all'introduzione e alla diffusione dei sistemi di produzione da fonti rinnovabili in sostituzione dei sistemi di produzione dell'energia di origine fossile.

"I risparmi ottenibili con un uso razionale dell'energia sono sempre a parità di servizio fornito, o con miglioramento dello stesso, non impongono rinunce o tagli. La finanziabilità di terzi consente di intervenire attraverso società di servizi energetici che si pagano



l'intervento attraverso i risparmi conseguiti grazie all'aumento dell'efficienza energetica che si può stimare in questa fase nell'ordine del 20-25% dei costi energetici attuali. Le stime attuali indicano tra 50 e 60 milioni di euro il costo energetico del sistema sanitario piemontese con efficienze facilmente calcolabili.”⁴²

L'analisi e l'elaborazione dei dati riferiti ai consumi energetici attuali della sanità evidenziano, tuttavia, un'azione tradizionalmente e generalmente mirata a esercire e mantenere gli impianti di produzione e consumo di energia ma non un'azione integrata che consideri nella sua interezza e complessità il sistema edificio-impianto-organizzazione/utenza finale. La conseguenza di questo approccio è la scarsa efficacia delle azioni di razionalizzazione economica volte alla produzione di energia di origine fossile e alla mancata produzione di energia rinnovabile.

Per razionalizzare in termini economici e ambientali la produzione e l'uso dell'energia, dunque, è necessaria la stesura di un Piano di Risparmio Energetico ispirato a criteri estesi di efficienza energetica tipicamente finalizzati a ridurre:

- ✓ la domanda di energia;
- ✓ i consumi di energia;
- ✓ migliorare a parità di risorse rese disponibili i livelli prestazionali dei servizi accessori al *core business* “prestazioni sanitarie”;
- ✓ individuare misure di accompagnamento finalizzate a migliorare la soddisfazione del cliente finale.

Linee di sviluppo

Per cogliere tutti gli elementi sopra indicati, il Piano di Risparmio Energetico deve essere attuato, quindi, trasformando in “opportunità” di sviluppo e in occasioni di maggiore redditività economica gli obblighi e le raccomandazioni imposte dalla più recente normativa nazionale e comunitaria e in particolare dalla Direttiva CE 2006/32⁴³ sui Servizi Energetici e dalla Raccomandazione CEE relativa agli Acquisti Verdi, *Green Public Procurement* (GPP).

Entrambe le norme citate prevedono un ruolo attivo della Regione alla quale, per la modifica dell'art. 117 della Costituzione, è stata trasferita la competenza legislativa di attuazione della materia⁴⁴, per cui il Piano di Risparmio Energetico si propone di essere il motore dello sviluppo energetico nell'ambito del territorio regionale e attribuisce alla sanità il ruolo proattivo di sviluppare e dimostrare la convenienza economica di una politica basata proprio sull'efficienza energetica.

In questa ottica, recependo la politica della UE, il Piano di Risparmio Energetico, pur operando nell'ambito di una politica di liberalizzazione dei vettori energetici, che dovrebbe favorire a medio termine un mercato più concorrenziale dei vettori energetici di origine fossile, sollecita e promuove la diffusione dei servizi energetici quale alternativa competitiva

⁴² PSSR 2007-2010, Paragrafo 1.7, “Il Risparmio Energetico”.

⁴³ La Direttiva 2006/32/CE è pubblicata nella G.U.U.E. del 27 aprile 2006, n. L. 114.

⁴⁴ Per la materia considerata in riferimento a quanto disposto dall'art. 117, quinto comma, della Costituzione e dall'art. 16, comma 3, della Legge 4 febbraio 2005, n. 11, si applicano le disposizioni di cui all'art. 11, comma 8, della medesima Legge n. 11 del 2005.



alle tradizionali pratiche di acquisto di forniture ed uso dei vettori energetici da parte delle Aziende Sanitarie viste come cliente finale.

In accordo alla Direttiva CE 2006/32 sui Servizi Energetici e alla normativa nazionale di recepimento⁴⁵, il Piano di Risparmio Energetico impegna in particolare la Sanità pubblica, ad adottare nel programma attuativo strumenti, quali Diagnosi Energetiche sui sistemi di produzione e consumo di energia e Certificazioni Energetiche degli edifici⁴⁶, finalizzati ad approfondire la conoscenza dei bilanci energetici dei singoli sistemi di competenza a livello di fabbisogno e consumo di energia per poter individuare soluzioni che conseguono la migliore efficienza energetica del singolo sistema analizzato.

Considerata la particolare tipologia dell'uso finale "sanitario" in cui l'energia si deve necessariamente manifestare in forme diverse e in servizi, alcuni "accessori" altri "obbligati" caratterizzati ciascuno da diverse intensità di lavoro e/o energetico, la formulazione di Diagnosi Energetiche propedeutiche agli interventi deve essere di tipo integrato per considerare e attribuire "pesi specifici" alle soluzioni ipotizzate, in funzione della maggiore o minore accessorietà del risultato, rispetto alla esigenza primaria di rendere la struttura sanitaria più efficiente in termini di prestazioni e nel contempo più attenta a contenere i costi gestionali. Le Certificazioni Energetiche degli edifici diventano, nell'ambito del programma di miglioramento attuativo, occasione per individuare quelle soluzioni che consentono di trasformare l'involucro edilizio da contenitore "consumatore energetico" a "sistema produttore di energia", anche mediante interventi che ne modificano gli elementi architettonici.

Per razionalizzare il ricorso alle risorse economiche e finanziarie, la logica da adottare nella esecuzione del Piano di Risparmio Energetico, ovvero del programma attuativo, è la "sinergia e complementarità" tra gli interventi obbligati di ripristino e manutenzione straordinaria e gli interventi di riqualificazione finalizzati ad attribuire all'edificio una maggiore efficienza energetica.

Il sistema di applicazione del programma attuativo è costituito da tre sottoinsiemi involucro/impianto produzione-consumo energetico/utenza, le azioni da porre in atto non solo devono considerare e tenere conto delle esigenze della "organizzazione che fruisce del sistema" ma devono anche generare indicazioni rivolte alla organizzazione stessa per la migliore fruibilità energetica del sistema. Le indicazioni rivolte all'organizzazione dovranno, altresì, risolvere, da una parte, la convenienza della "distribuzione dei servizi centralizzati ad alta intensità energetica" e, dall'altra, considerare la maggiore visibilità dei servizi che si interfacciano direttamente con il cliente della struttura. Nel primo caso gli interventi si riferiscono all'introduzione di nuove tecnologie di produzione di energia con maggiore rendimento e nel secondo caso ad interventi bioclimatici e di riorganizzazione della fruibilità dell'edificio, proponendo modalità che rendono la struttura più vivibile e più flessibile rispetto alle esigenze del cliente finale.

La convenienza e la redditività economica degli interventi di miglioramento dell'efficienza energetica privilegiano il ricorso all'affidamento a terzi dei servizi gestionali riconducibili ad

⁴⁵ D.Lgs n. 115 del 30.05.2008 "Attuazione della direttiva 2006/32/CE relativa all'efficienza degli usi finali dell'energia e i servizi energetici e abrogazione della Direttiva 93/76/CEE" (G. U. 03/07/2008 n. 154).

⁴⁶ D.Lgs 192/05 e ss.pp.aa, D.Lgs 115/08, art. 13.



un risultato contrattuale oggettivamente misurabile che consente alla struttura sanitaria di non dirottare risorse su attività collaterali e attribuisce al fornitore la responsabilità di conseguire un livello prestazionale predefinito dall'Azienda Sanitaria.

Considerata la struttura dell'attuale mercato dell'offerta, rappresentata da pochi fornitori "poligestionali", che eseguono il contratto essenzialmente con un approccio di coordinamento di imprese specializzate di minore dimensione e da imprese fortemente specializzate verso un servizio o una singola attività, si può prevedere, sulla base delle esperienze più recenti -*best practice*- la costituzione di una centrale di *governance*. Tale centrale ha il compito di individuare la congruità dei risultati attesi in termini di costi/benefici, le formule e le procedure di acquisizione ed erogazione dei servizi alternativi all'acquisizione di forniture e lavori, onde lasciare alle aziende sanitarie il compito di individuare le specifiche prestazionali puntuali, e nel contempo sfruttare l'effetto delle economie di scala pur liberando le stesse aziende sanitarie di oneri impropri di aggiornamento amministrativo per gli aspetti contrattuali da seguire.

Per far fronte agli aspetti finanziari, in recepimento della citata Direttiva CE 2006/32, all'interno del Piano, dovrà essere disciplinato, altresì, il ricorso al finanziamento tramite terzi⁴⁷, utilizzando in particolare per tutte le attività e servizi con un contenuto o con un ritorno energetico significativo, procedure che attribuiscono al fornitore l'onere del finanziamento dell'opera/intervento di riqualificazione energetica e condividono con l'azienda sanitaria il risparmio economico indotto da un minore consumo energetico per interventi sia di recupero dell'energia e sia di sostituzione dell'energia di origine fossile con energia rinnovabile.

In una logica di sviluppo sociale ed economico, nel percorso attuativo si potrà favorire e privilegiare il ricorso alle ESCO⁴⁸ che per definizione "accettano un margine di rischio finanziario, tramite un pagamento correlato in tutto o in parte, al conseguimento di indici di prestazione di miglioramento energetico stabiliti contrattualmente". In questa logica di sviluppo sociale ed economico, la selezione delle ESCO, con le quali sviluppare forme di partenariato, dovrà innanzitutto basarsi sulla loro capacità dimostrata di "saper gestire l'energia", "definire un progetto finalizzato ad un risultato misurabile", "garantire il risultato misurato".

In quanto "pubblico" il Piano e, quindi, il Sistema Sanitario considerato dovrà, altresì, utilizzare prodotti a basso consumo energetico e adottare una politica di Acquisti Verdi, *Green Public Procurement* (GPP). Adottare una politica di Acquisti Verdi significa "*integrare i criteri ambientali in tutte le fasi del processo di acquisto, incoraggiando la diffusione di tecnologie ambientali e lo sviluppo di prodotti validi sotto il profilo ambientale, attraverso la ricerca e la scelta dei risultati e delle soluzioni che hanno il minore impatto possibile sull'ambiente lungo l'intero ciclo di vita*".

⁴⁷ La Direttiva 32/2006/CE definisce il finanziamento tramite terzi uno strumento finanziario, sotto forma di "accordo contrattuale che comprende un terzo – oltre al fornitore di energia e al beneficiario della misura di miglioramento dell'efficienza energetica – che fornisce i capitali per tale misura e addebita al beneficiario un canone pari a una parte del risparmio energetico conseguito avvalendosi della misura stessa. Il terzo può essere una ESCO".

⁴⁸ Il D.Lgs n.115/2008 definisce «ESCO»: persona fisica o giuridica che fornisce servizi energetici ovvero altre misure di miglioramento dell'efficienza energetica nelle installazioni o nei locali dell'utente e, ciò facendo, accetta un certo margine di rischio finanziario. Il pagamento dei servizi forniti si basa, totalmente o parzialmente, sul miglioramento dell'efficienza energetica conseguito e sul raggiungimento degli altri criteri di rendimento stabiliti.



I miglioramenti introdotti grazie alle azioni tese al risparmio energetico, seguendo i criteri e le linee guida del Piano d'Azione Nazionale per il GPP (Green Public Procurement)⁴⁹ potranno diventare strumento di miglioramento ambientale e stimolo per l'innovazione tecnologica e la competitività del sistema produttivo nazionale e regionale, generando immediate ricadute sul piano locale delle azioni e degli interventi eseguiti nel settore sanitario.

Il Piano di Risparmio Energetico, sulla base di quanto espresso in precedenza, deve, quindi, rispondere ai seguenti macro obiettivi:

- ✓ migliorare le prestazioni di efficienza energetica degli involucri edilizi in cui si svolgono attività di natura sanitaria riducendo il fabbisogno energetico dell'involucro in condizioni normalizzate;
- ✓ ridurre il consumo energetico dedicato all'uso sanitario attraverso:
 - interventi coordinati sugli impianti di produzione, distribuzione, emissione, controllo di energia di origine fossili;
 - interventi di produzione di energia da fonti rinnovabili in sostituzione di impianti di produzione da energia fossili;
 - interventi di introduzione di nuove tecnologie di produzione e distribuzione della energia che migliorano la correlazione tra produzione e consumo di energia;
 - interventi di razionalizzazione degli spazi e dei tempi di consumo dell'energia per favorire l'uso a cascata entalpica dell'energia comunque prodotta;
 - interventi di valorizzazione dei servizi gestionali dedicati alle attività che favoriscono l'ammortamento degli investimenti di recupero/razionalizzazione energetica;
 - interventi di razionalizzazione sui servizi gestionali ad alta intensità di lavoro attraverso l'introduzione di tecnologie domotiche.

Il programma "Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari", a cui ha lavorato il Politecnico di Torino⁵⁰, individua fra le azioni da porre in atto in termini di innovazione nell'approvvigionamento energetico delle strutture sanitarie piemontesi:

- ✓ approvvigionamento centralizzato;
- ✓ sviluppo dell'attività delle ESCO per il settore sanitario:
 - strumenti e risorse regionali per l'attuazione con riferimento agli strumenti di riferimento operativo, normativo e di indirizzo e alle risorse finanziarie.

Lo stesso programma che parte dall'analisi dei consumi energetici di un primo data-base di bollette reso disponibile dalla Regione Piemonte, tratta l'illustrazione delle principali tecnologie, investigate per il loro potenziale di applicazione alle strutture ospedaliere esistenti e illustra le potenzialità di risparmio legate ad una gestione intelligente dei contratti di fornitura e gestione dell'energia.

Il programma prevede, fra le attività conclusive, la costituzione di una task di supporto alla definizione degli indirizzi del tavolo tecnico interdirezionale da istituire fra le Direzioni

⁴⁹ Il Piano d'Azione Nazionale per il GPP (Green Public Procurement) è stato recepito con Decreto Interministeriale n. 135 dell'11 Aprile 2008 ed è uno strumento volontario sviluppato da organismi tecnici quali APAT, ENEA, CONSIP al quale si vuole contribuire trasferendo l'esperienza e i criteri del Piano al miglioramento della Sanità.

⁵⁰ Risparmio Energetico nell'Edilizia Sanitaria (REES) – Progetto Regionale – *Rapporto intermedio e di programmazione*, bozza 16 giugno 2008.



Regionali competenti; un'attività di sinergia con gli uffici e le Direzioni stesse per la condivisione dei risultati dell'attività di raccolta dati relativi al patrimonio edilizio ed impiantistico sanitario; la consultazione di un panel di portatori di interesse (AReSS, ESCO, FIRE); il supporto tecnico nella fase di verifica degli strumenti operativi e delle risorse finanziarie; la selezione di un primo gruppo di ASL/ASO da coinvolgere nella fase attuativa; la redazione delle linee-guida sull'approvvigionamento energetico; la disseminazione dell'attività svolta.

In termini generali, dunque, le linee di sviluppo e le conseguenti attività da porre in atto ai fini della realizzazione, mediante l'attuazione del programma di miglioramento dell'efficienza energetica, dovranno essere orientate a soddisfare in modo sinergico esigenze:

- ✓ finanziarie, legate alla razionalizzazione delle risorse economiche da destinare ad interventi in conto capitale di mantenimento /riqualificazione favorendo la sinergia tra gli interventi e il ricorso al finanziamento di terzi, in termini non di prestito o indebitamento, ma, in termini di affidamenti in cui il capitale investito possa essere ammortizzato da attività gestionali con livello prestazionale garantito;
- ✓ economiche, attraverso la sostituzione degli acquisti di forniture con l'acquisto di servizi il cui corrispettivo economico è vincolato all'erogazione di un risultato misurabile;
- ✓ tecniche, attraverso l'introduzione e lo sviluppo di nuove tecnologie di produzione/consumo di energia di origine fossile, la sostituzione della produzione di energia fossile con fonti rinnovabili e tramite l'utilizzo di prodotti a basso consumo energetico e basso impatto ambientale;
- ✓ progettuale, tramite l'individuazione di specifiche, criteri, livelli prestazionali della progettazione preliminare che costituiscono la base della progetto di adeguamento e riqualificazione da porre a concorso.

L'integrazione ed il coordinamento strategico delle azioni relative ai diversi ambiti, finanziario, economico, tecnico e progettuale, e delle relative interrelazioni saranno fattori determinanti per consentire la realizzazione di quanto definito, e in corso di sviluppo, per contenere i consumi energetici delle strutture sanitarie della Regione Piemonte.





LINEE DI INDIRIZZO PER UN PROGRAMMA DI SALUTE PUBBLICA

Con riferimento al mutamento dello scenario epidemiologico, rispetto alle modalità con le quali la salute/sanità può diventare soggetto capace di politiche di sviluppo, si rileva l'opportunità di prevedere gestioni integrate (tra diversi professionisti e servizi del Servizio Sanitario) dei pazienti cronici, contestualmente allo sviluppo in rete dei sistemi di cura, con il collegamento di tutti i segmenti del Servizio Sanitario impegnati nei percorsi di cura e di assistenza, al fine di monitorare i bisogni assistenziali delle persone, gestirli nel tempo, assumendo la responsabilità di attivare i servizi necessari, valutare il risultato, assicurare la congruenza economica, essere il referente per i pazienti e le loro famiglie.

Con riferimento all'invecchiamento della popolazione, ci si può attendere che il fenomeno cambi radicalmente la domanda di beni e servizi e che, con ogni probabilità, ci sarà maggiormente bisogno di beni e servizi relativi all'assistenza sanitaria, confermando il settore della Sanità come volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi per una popolazione di consumatori con bisogni e preferenze nuovi rispetto al passato.

Questo fenomeno potrebbe anche avere un'influenza sulle professioni sanitarie e dell'assistenza: il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza, richiesto dall'invecchiamento della popolazione, imporrà la necessità di più infermieri e medici di medicina generale.

Probabilmente anche la relativa maggiore incidenza, nella Regione Piemonte, di giovani anziani (65-74 anni), che godono, secondo i dati epidemiologici, di buona salute (l'incidenza della non autosufficienza cresce a partire dai 75 anni), sono finanziariamente forti (spesso sono proprietari di case e di risparmi) e hanno buona possibilità di interazioni sociali, rappresenta un'opportunità di crescita e di benessere per l'economia.

Stante queste prime considerazioni relative all'impatto dell'evoluzione dello scenario demografico ed epidemiologico sulle politiche di sviluppo, seguono alcune ulteriori considerazioni sull'impatto dell'APQ sulla salute dei piemontesi.

L'IMPATTO DELL'APQ SALUTE PUBBLICA 2006 SULLA SALUTE DEI PIEMONTESI

All'interno dei Programmi sviluppati con l'APQ Salute Pubblica 2006, nel Programma "Città della Salute" la questione dell'impatto delle scelte relative alla salute dei piemontesi viene presa in considerazione attraverso due possibili meccanismi: innanzitutto il fatto che si tratti dell'insediamento di una nuova importante attività economica, e in secondo luogo perché questa nuova attività economica si occupa di salute.

L'impatto viene considerato rilevante soprattutto con riferimento al primo meccanismo, per il fatto che l'insediamento di una nuova attività può avere effetti positivi o negativi sulla salute delle persone che vivono nel territorio interessato dall'insediamento.

Sul versante dei benefici l'intervento Città della Salute si caratterizza come un'attività economica che qualifica il territorio ospitante sotto i seguenti tre diversi punti di vista:



- ✓ occupazionale, per le professioni caratterizzate da alto capitale umano e prestigio sociale che attrae;
- ✓ abitativo, perché le stesse figure potrebbero cercare residenza nell'area;
- ✓ di reddito, per la posizione retributiva della parte dirigenziale di queste professioni, che potrà avere ricadute sui consumi dell'area stessa.

Sul versante dei rischi il lavoro prende atto del fatto che l'impatto ambientale di un nuovo insediamento ospedaliero (ad esempio i problemi di trattamento dei rifiuti) può essere contenuto con appropriate tecnologie e soluzioni organizzative, che sono alla portata delle ordinarie pratiche di buona tecnica da tenere in debita considerazione nella progettazione e fabbricazione di un impianto. L'eventuale ripercussione negativa sulla salute dei residenti nel territorio può essere ritenuta, pertanto, sostanzialmente controllabile.

Questa valutazione di impatto, negli altri progetti esaminati, appare meno sviluppata.

PROGRAMMI APQ SALUTE PUBBLICA 2006 E ASSI STRATEGICI DI SVILUPPO DEL SISTEMA PIEMONTE: CONSIDERAZIONI

I Programmi APQ Salute Pubblica 2006 già prevedono, come ampiamente citato nel corso della trattazione, collegamenti con i singoli Assi Strategici di sviluppo del sistema Piemonte previsti nel Documento Strategico Preliminare Regionale.

L'integrazione dei Programmi e delle linee di azione in questi previste consentirà di pervenire al conseguimento dell'ultimo obiettivo posto nello schema che segue, più generale ed ambizioso, volto al conseguimento della promozione di modelli di *governance* multilivello e intersettoriali, coinvolgenti più soggetti che a diverso titolo intervengono nelle politiche di salute.



<i>Assi Strategici di Sviluppo del Sistema Piemonte</i>	<i>Dimensioni di Riforma del Servizio Sanitario Regionale</i>	<i>Programmi APQ Salute Pubblica 2006 riferimenti</i>
<i>Innovazione multidimensionale, non solo risultato della ricerca scientifica e tecnologica, ma sintesi di un ampio ventaglio di conoscenze organizzative, sociali ed economiche.</i>	<i>Una maggiore capacità di innovazione organizzativa più che tecnologica (Parco della salute...)</i>	<i>Città della Salute e della Scienza. Ristrutturazione organizzativa dei Grandi Ospedali. Programma SIRSE.</i>
<i>Crescita dimensionale delle imprese, tale da consentire economie di scala adeguate.</i>	<i>Aumento della dimensione delle Aziende Sanitarie.</i>	<i>Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari.</i>
<i>Qualificazione della popolazione e del lavoro.</i>	<i>Empowerment dei cittadini e arricchimento del capitale umano (Formazione...).</i>	<i>Formazione del management sanitario – Scuola di Governo.</i>
<i>Realizzazione delle grandi infrastrutture, garantendo l'accessibilità del territorio regionale.</i>	<i>Decentramento delle funzioni superiori garantendone il livello qualitativo con logiche di rete.</i>	<i>Programma SIRSE.</i>
<i>Priorità e trasversalità fondamentale delle pari opportunità di genere e delle pari opportunità in senso ampio.</i>	<i>Attenzione del PSSR 2007-10 alle pari opportunità in senso ampio, in particolare nel Par. 4.5.3, "Aree prioritarie di intervento".</i>	<i>Valore aggiunto fornito dall'integrazione tra i Progetti/Interventi predisposti e le Azioni da questi previste.</i>
<i>Promozione di modelli di governance multilivello e intersettoriali.</i>	<i>Formule di pianificazione partecipata locale dei livelli di tutela della salute, che coinvolgono più soggetti attorno al settore sanitario (Profili e Piani di salute).</i>	

Un sistema fortemente regionalizzato come il Servizio Sanitario Nazionale richiede di sviluppare una forte relazione tra gli interventi esaminati ed il processo di programmazione sanitaria in corso (Piano Socio Sanitario Regionale, Documento Strategico Preliminare Regionale, Strumenti e documenti attuativi del Piano...), che si potrà conseguire solo attraverso il contributo dei diversi soggetti che concorrono alla programmazione regionale.

Questa considerazione, unita al fatto che i materiali esaminati hanno evidenziato uno sviluppo disomogeneo degli interventi in esame, suggerisce una revisione delle relative priorità esplicitate a suo tempo a livello regionale, riconducendo benefici attesi e azioni previste al progetto di maggiore rilevanza e più compiutamente sviluppato sotto il profilo progettuale, Città della Salute.

La riconduzione dei benefici attesi potrebbe seguire l'iter di seguito delineato.

Il Progetto Città della Salute, che si propone come riferimento, individua tre macrotipologie di benefici rispettivamente riferite alle opportunità che seguono:

- ✓ adeguamento delle strutture ai mutati bisogni sanitari della popolazione;



- ✓ creazione di nuove sinergie tra le diverse componenti del Sistema Sanitario Piemonte intenso in senso ampio;
- ✓ riorganizzazione dei processi assistenziali.

Di fatto i Progetti “Ristrutturazione dei Grandi Ospedali” e “Risparmio Energetico negli Edifici Sanitari” sembrano riferirsi, allo stato attuale dei lavori, prevalentemente alla terza tipologia dei benefici sopra elencati (relativi alla riorganizzazione dei processi assistenziali), mentre il Progetto volto alla realizzazione della “Scuola di Governo”, anche per le sue caratteristiche intrinseche, di natura trasversale, permette, in aggiunta, maggiori collegamenti anche con il punto A2) dei benefici attesi (relativo alle sinergie tra le diverse componenti del sistema sanitario).

L’analisi effettuata suggerisce, pertanto, di integrare i succitati Progetti sviluppando in modo esplicito il punto A1) dei benefici attesi, riferito all’opportunità di adeguare le strutture ai mutati bisogni sanitari della popolazione.

Tutto questo si renderà possibile calibrando in maggior misura le Azioni previste negli interventi esaminati: l’attenzione all’efficienza ed alla riorganizzazione dei processi assistenziali, che in alcuni casi consente di individuare soluzioni di indubbio rilievo ed impatto organizzativo (si pensi alle modalità innovative di gestione dei farmaci e dei presidi medico chirurgici proposte nel Progetto Ristrutturazione Grandi Ospedali), andrà sicuramente temperata con una maggiore attenzione all’appropriatezza di questi – prescrizione appropriate di farmaci e interventi diagnostici – nonché all’impatto di tali interventi sulla salute dei cittadini.

Un percorso di questo tipo consentirà di promuovere risposte maggiormente mirate al soddisfacimento dei mutati bisogni sanitari della popolazione, in grado di coniugare l’efficacia con l’efficienza degli interventi (lo sviluppo delle reti e la promozione dell’ICT andranno, ad esempio, maggiormente riferiti alle necessarie risposte legate alle trasformazioni epidemiologiche precedentemente evidenziate, privilegiando, sempre con riferimento all’esempio relativo al progetto Ristrutturazione dei Grandi Ospedali, soluzioni organizzative quali la diffusione della telemedicina, funzionali alla spinta alla deospedalizzazione, prefigurata peraltro nella Determina di Invito alla presentazione della proposta di Programma relativo).

*I benefici attesi degli interventi*

<i>A) Città della salute e della scienza di Torino</i>	<i>B) Ristrutturazione dei grandi Ospedali e Risparmio Energetico</i>	<i>C) Realizzazione della Scuola di Governo</i>
<p>A1) Fronteggiare i diversi bisogni sanitari della popolazione e le mutate esigenze strutturali e funzionali delle nuove strutture sanitarie, che richiedono un modello tecnologicamente avanzato ma agile, aperto al territorio e con costi sostenibili; tutto questo in considerazione delle rinnovate esigenze di formazione e ricerca nel frattempo consolidate nel contesto del sistema.</p> <p>A2) Creare nuove sinergie tra assistenza, ricerca universitaria e industria attraverso la definizione non solo di un nuovo polo sanitario, ma anche di un parco tecnologico e di un sistema di incubatore di imprese. La ricerca biomedica e biotecnologica possono diventare così volano di sviluppo e partecipare alla crescita economica e di competitività della Regione.</p> <p>A3) Realizzare una nuova Struttura che, oltre a risolvere i problemi strutturali, tecnologici e dei sistemi informativi in chiave di efficacia ed efficienza, divenga occasione per riorganizzare i processi assistenziali avendo come livello di confronto costante gli utenti, per stimolare la massima integrazione multidisciplinare e per valorizzare il ruolo di tutte le professioni sanitarie.</p>	<p>B1) Dotare la Regione Piemonte di uno strumento di riferimento che permetta di conoscere le principali caratteristiche organizzative e tecnologiche.</p> <p>B2) Fornire a progettisti e responsabili dei servizi tecnici delle ASL e delle ASO indicazioni per orientare gli interventi.</p> <p>B3) Porre le basi per l'applicazione di norme e direttive finalizzate al miglioramento delle prestazioni.</p> <p>B4) Favorire lo sviluppo e l'applicazione di un approccio integrato nei confronti delle prestazioni.</p> <p>B5) Costituire i presupposti per la trasparenza dei processi.</p> <p>B6) Promuovere innovazione tecnologica al fine del miglioramento dei processi, in misura sostenibile e adeguata al contesto di riferimento.</p> <p>B7) Favorire l'introduzione di soluzioni gestionali innovative finalizzate alla riduzione dei costi elevando i livelli qualitativi necessari.</p> <p>B8) Garantire la fornitura di prestazioni sanitarie assicurando un miglioramento degli standard di qualità complessivi.</p>	<p>C1) Creare professionisti capaci di interiorizzare i punti di forza delle strutture e dei sistemi in cui operano</p> <p>C2) Fornire elementi di conoscenza sul metodo e sulle procedure della programmazione sanitaria, così da indurre l'utente, quale che sia il suo ruolo all'interno del Servizio sanitario regionale, ad acquisire tale metodo e tali procedure.</p>

*Progetti AReSS Piano di Attività e di Spesa 2008 riferiti alle linee di intervento esaminate*

<i>A) Città della salute e della scienza di Torino</i>	<i>B) Ristrutturazione dei grandi Ospedali e Risparmio Energetico</i>	<i>C) Realizzazione della Scuola di Governo</i>	<i>D) ICT e reti</i>
Progetto già realizzato nel corso del 2007	14. Valutazione del livello di adozione degli strumenti di clinical governance 15. Supporto all'adozione di strumenti migliorativi per la governance delle attività cliniche 21. Progetto di telemedicina per le aree geograficamente decentrate 25. Analisi e monitoraggio su scala regionale delle funzioni di ingegneria clinica 26. Sviluppo di modelli innovativi nel settore della logistica 27. Edilizia Sanitaria; potenzialità edilizie dei presidi ospedalieri 28. Edilizia Sanitaria: Monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale 29. Edilizia Sanitaria: potenzialità produttive dei presidi ospedalieri 30. Edilizia Sanitaria: definizione di percorsi per la configurazione dei sistemi tecnologici ed ambientali dei presidi ospedalieri 33. Edilizia Sanitaria: controllo dei consumi energetici degli edifici ospedalieri.	1. Formazione regionale ECM 59. Master universitario di primo livello in "Management e Tecnologie Sanitarie"	5. Attivazione Health Technology Assessment 6. Sviluppo di un modello organizzativo di sanità in rete a supporto della progettazione di un SIS regionale integrato

Come già descritto nei capitoli iniziali, l'APQ nasce con il fine di promuovere programmi regionali in materia di salute pubblica, e prevede pertanto il finanziamento di interventi ricadenti nei Programmi regionali finalizzati in tale direzione.

La negoziazione e la concertazione tra Stato, Regione ed Enti Locali, alla base della programmazione introdotta con l'Intesa Istituzionale di Programma e, in particolare, con gli Accordi di Programma Quadro, hanno consentito di avviare investimenti significativi in differenti settori di intervento, e tra questi in quello della Sanità, introducendo una nuova forma di *governance*.

I macro obiettivi dei singoli interventi consistevano, infatti, da un lato, nel fornire maggiore efficienza e competenza alle strutture ospedaliere e nell'individuare logiche innovative nella fornitura dei servizi e dei prodotti sanitari, e dall'altro nell'individuare modelli di *governance* capaci di esplicitare la relazione esistente tra salute e sviluppo.

Relativamente al lavoro svolto da IRES, si ritiene opportuno evidenziare come il secondo punto sopra elencato abbia richiesto una particolare attenzione.



La proposta delle linee guida per addivenire ad unico Programma Regionale è stata sviluppata a partire dai diversi interventi previsti da ciascun progetto, dai report dell'attività di monitoraggio svolti sino a giugno del 2008, e non ultimo dai rapporti con il partenariato istituzionale, con l'intento di evidenziare:

- ✓ le problematiche di partenza in ambito di rinnovamento organizzativo, strutturale, tecnologico, industriale del settore della salute in Piemonte;
- ✓ gli obiettivi attraverso i quali affrontare e proporre soluzioni alle problematiche individuate;
- ✓ gli interventi e le azioni per il raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ l'analisi di tempi e costi per l'attuazione del programma stesso.

Comprensibilmente, il ricorso ad uno strumento articolato come è l'Accordo di Programma Quadro, al fine di operare in un settore delicato e complesso quale quello della Sanità, ha richiesto un dialogo nuovo tra le amministrazioni, centrali e non, tra diverse realtà del mondo accademico piemontese e della ricerca.

Data la pluralità di attori, questo dialogo è andato progressivamente sviluppandosi per fornire una risposta all'esigenza di programmazione effettivamente integrata, e, quindi, in grado di fare dialogare i Programmi operativi per la gestione dei Fondi dell'Unione Europea (FSE, FESR, FAS, FEASR in particolar modo), con gli altri strumenti di pianificazione previsti dal QSN, tra i quali vi è programmazione regionale per la sanità e il Piano Socio Sanitario Regionale.

L'esperienza piemontese degli APQ in Sanità ha avuto, per molti aspetti, un carattere sperimentale, consistente nella modalità scelta dall'Ente Regione per programmare interventi basilari per lo sviluppo di un sistema dedicato alla salute pubblica.

Le attività di monitoraggio e valutazione dell'APQ, avviate dal settore programmazione della Regione Piemonte, e le indicazioni del CIPE conseguenti l'esame dei rapporti di monitoraggio inviati allo stesso, hanno reso necessarie, in diversi momenti, la revisione dell'Accordo, a volte rettificando l'impostazione iniziale del lavoro e verificando le richieste effettuate ai diversi attori coinvolti.

È stata, quindi, un'occasione per sperimentare una sinergia tra la programmazione dei diversi livelli del sistema pubblico, di non facile attuazione ma che, opportunamente gestita e monitorata, in grado di portare risultati di grande interesse per un settore regionale fondamentale quale quello della Sanità.





RIFERIMENTI DOCUMENTALI

Progetto – Città della Salute e della Scienza di Torino

Scarmozzino A., *La Città della Salute e della Scienza di Torino*, gennaio 2008 – Documento di riferimento utilizzato per la stesura dei contributi redatti da IRES e relativi allo studio di fattibilità

Regione Piemonte, Verbale n. 97 del 23.10.2006 – Affidamento ad AReSS della attuazione del programma regionale Città della Salute come distretto sanitario dedicato all'innovazione di cui all'Accordo di Programma Quadro del 22 maggio 2006

AReSS, *Indagine conoscitiva su ospedali di insegnamento e ricerca localizzati in Europa e Nord America – Città della Salute e della Scienza*

Scarmozzino A., *Relazione sintetica*, giugno 2008

Progetto – Ristrutturazione Grandi Ospedali

Politecnico di Torino, Proposta di programma Ristrutturazione dei Grandi Ospedali (RGO) integrata dalla Proposta relativa al Risparmio energetico degli Edifici Sanitari (REES), luglio 2007 – Documento di riferimento utilizzato per la stesura dei contributi redatti da IRES e relativi allo studio di fattibilità

Politecnico di Torino – DISPEA, Progetto ristrutturazione Grandi Ospedali, Report, 01 giugno 2008

Progetto – Risparmio Energetico negli Edifici sanitari

Politecnico di Torino, Proposta di programma Ristrutturazione dei Grandi Ospedali (RGO) integrata dalla Proposta relativa al Risparmio energetico degli Edifici Sanitari (REES), luglio 2007 – Documento di riferimento utilizzato per la stesura dei contributi redatti da IRES e relativi allo studio di fattibilità

Politecnico di Torino, Risparmio energetico nell'edilizia sanitaria (REES), progetto regionale – documento di programma, bozza 10 giugno 2008

Progetto – Realizzazione della Scuola di Governo di Vercelli

Università degli Studi del Piemonte Orientale – Scuola di Governo della Sanità, progetto, giugno 2008

Università degli Studi del Piemonte Orientale, Comunicazione prot. 187 del 30 luglio 2007

Università degli Studi del Piemonte Orientale, Comunicazione prot. 31658 del 20 dicembre 2006

Università degli Studi del Piemonte Orientale, Comunicazione prot. 22940 del 19 settembre 2006

Progetto – Realizzazione della Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella Provincia di Alessandria

Politecnico di Torino, Proposta di Programma per la realizzazione della Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella Provincia di Alessandria – Documento di riferimento utilizzato per la stesura dei contributi redatti da IRES

Politecnico di Torino, Integrazione alla Proposta di Programma per la realizzazione della Cittadella Politecnica sui materiali polimerici nella Provincia di Alessandria, 28 marzo 2007





BIBLIOGRAFIA

CASATI G., (a cura di), (1999), Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità, Milano, Egea.

CASATI G., VICHI MC., (a cura di), (2002), Il percorso assistenziale del paziente in ospedale, Milano, Mc Graw-Hill.

CASATI G., (2008), Valutazione della performance dei sistemi sanitari. Tra government e governance, CARE n. 4.

CHRISTENSEN C.M., BOHMER R., KENAGY J., (2000), Will disruptive innovation cure health care?, Harvard Business Review.

IRES, Strategia e Negoziato. Studio di valutazione sull'Intesa Istituzionale di Programma Stato-Regione Piemonte, Quaderno di Ricerca, IRES Piemonte, Torino.

IRES (2004), Relazione Socio Economica, IRES PIEMONTE, Torino.

IRES (2007), Relazione Socio Economica, IRES PIEMONTE, Torino.

NUTI S., (a cura di), (2008), La valutazione della performance in Sanità, Il Mulino, Bologna.

NUTI S., (2008), La valutazione come metodo di lavoro: il sistema adottato dalla Regione Toscana. I quaderni di Monitor, 1.

RAIMONDO A., (a cura di), (2004), Il Multiservizio Tecnologico. L'uso razionale dei vettori energetici nelle strutture sanitarie: analisi e metodologie operative, Il Sole 24ore, Milano.

SIPKOFF M., (2003), Health Plans begins to adress chronic care management, Managed Care 12.

VIBERTI G., (2004), Le sfide per il servizio sanitario regionale. Secondo rapporto triennale sugli scenari evolutivi del Piemonte, IRES Piemonte, Torino.

VIBERTI G., (2008), Gli scenari della sanità. Sfide oggettive e risposte necessarie. Terzo rapporto triennale "Scenari per il Piemonte del 2015", IRES Piemonte, Torino.

SITOGRAFIA

<http://www.AReSS.piemonte.it>

http://www.AReSS.piemonte.it/download/Pubblicazioni/Ospedali_di_insegnamento_e_ricerca_COMPLETO.pdf

<http://www.AReSS.piemonte.it/SIRSE.aspx>

http://www.oplab.corep.it/materiali/form_uff_tec_2006/Programma2006.pdf

http://www.oplab.corep.it/materiali/form_uff_tec_2006/Programma2006.pdf

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/96662l.htm>,

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/96662l09.htm#2.210>

<http://www.progettomonitoraggio.piemonte.it/accordi/index.htm>

<http://www.progettomonitoraggio.piemonte.it/news/dwd/allegato2.pdf>

<http://www.regione.piemonte.it/energia/energia-in-piemonte.html>

<http://www.regione.piemonte.it/programmazione/cipe2005/index2006.htm>

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salute2006/index.htm>

http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/relaz_san/index.htm

<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=230>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1916_allegato.pdf

<http://www.salute.gov.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=psn>







BIBLIOTECA – CENTRO DI DOCUMENTAZIONE

Orario: dal lunedì al venerdì ore 9.30-12.30

Via Nizza 18 – 10125 Torino

Tel. 011 6666441 – Fax 011 6666442

e-mail: biblioteca@ires.piemonte.it – <http://213.254.4.222>

Il patrimonio della biblioteca è costituito da circa 30.000 volumi e da 300 periodici in corso. Tra i fondi speciali si segnalano le pubblicazioni ISTAT su carta e su supporto elettronico, il catalogo degli studi dell'IRES e le pubblicazioni sulla società e l'economia del Piemonte.

I SERVIZI DELLA BIBLIOTECA

L'accesso alla biblioteca è libero.

Il materiale non è conservato a scaffali aperti.

È disponibile un catalogo per autori, titoli, parole chiave e soggetti.

Il prestito è consentito limitatamente al tempo necessario per effettuare fotocopia del materiale all'esterno della biblioteca nel rispetto delle vigenti norme del diritto d'autore.

È possibile consultare banche dati di libero accesso tramite internet e materiale di reference su CDROM.

La biblioteca aderisce a BESS-Biblioteca Elettronica di Scienze Sociali ed Economiche del Piemonte.

La biblioteca aderisce al progetto ESSPER.

UFFICIO EDITORIA

Maria Teresa Avato, Laura Carovigno – Tel. 011 6666447-446 – Fax 011 6696012 –

E-mail: editoria@ires.piemonte.it

ULTIMI CONTRIBUTI DI RICERCA

CARLA NANNI E DONATELLA DEMO

Gli Istituti professionali statali in Piemonte

Torino, IRES, 2009, “Contributo di Ricerca” n. 232

OSSERVATORIO SULLE CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE SOCIALE (OCCS)

Le buone prassi comunicative nelle regioni d'europa nel settore della promozione dei diritti e delle pari opportunità per tutti

Torino, IRES, 2009, “Contributo di Ricerca” n. 233

CRISTINA BARGERÒ, MAURIZIO DELFINO E MAGDA ZANONI

Le strategie finanziarie dei comuni piemontesi 2007-2008

Torino, IRES, 2009, “Contributo di Ricerca” n. 234

ALBERTO CRESCIMANNO, FIORENZO FERLAINO, FRANCESCA SILVIA ROTA

Classificazione della marginalità dei piccoli comuni del Piemonte 2009

Torino, IRES, 2009, “Contributo di Ricerca” n. 235

SIMONE LANDINI

Commercio e comuni in piemonte. La classificazione

dei comuni per tipologia di dotazione di strutture commerciali tra il 2005 ed il 2008

Torino, IRES, 2009, “Contributo di Ricerca” n. 236

CARLO ALBERTO DONDONA, MARCELLO LA ROSA, GIOVANNA PERINO

Territorio e qualità ambientale. Metodiche e parametri per la definizione di un metamarchio di denominazione di ambiente controllato

Torino, IRES, 2010, “Contributo di Ricerca” n. 237