

Irescenari Irescenari

GLI SCENARI DELLA SANITÀ.
SFIDE OGGETTIVE E RISPOSTE NECESSARIE



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 socioeconomico e territoriale della regione;
- l'osservazione, la documentazione e l'analisi delle principali grandezze socioeconomiche 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*

Mario Marino e Liliana Maciariello, *Membri supplenti*

DIRETTORE

Marcello La Rosa

STAFF

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

© 2008 IRES – Istituto di Ricerche Economico – Sociali del Piemonte
via Nizza 18 – 10125 Torino
Tel. 011.66.66.411 – Fax 011.66.96.012

Iscrizione al Registro tipografi ed editori n. 1699,
con autorizzazione della Prefettura di Torino del 20/05/1997

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

Irescenari

**TERZO RAPPORTO TRIENNALE
SUGLI SCENARI EVOLUTIVI DEL PIEMONTE**

Coordinamento scientifico: Paolo Buran

2008/13

**GLI SCENARI DELLA SANITÀ.
SFIDE OGGETTIVE E RISPOSTE NECESSARIE**

di Gabriella Viberti

Oggi la sanità, settore che si sta delineando come l'ambito di responsabilità politica regionale più rilevante in termini di impatto economico, consenso politico e visibilità, è ben diversa da come si presentava qualche anno fa, dal punto di vista delle sfide, delle priorità e della distribuzione delle risorse: tutte queste trasformazioni hanno dato vita a un equilibrio instabile e ad assetti sanitari fluidi e di difficile lettura, che si cercherà di decifrare nelle pagine che seguono.

Il concetto di salute è sempre più intimamente collegato al benessere complessivo degli individui e la sua promozione non può essere considerata responsabilità esclusiva del settore sanitario, perché dipende anche dall'azione concertata di molteplici settori, quali quello dell'istruzione, delle abitazioni, dei trasporti, ecc.

UFFICIO EDITORIA IRES PIEMONTE

Maria Teresa Avato, Laura Carovigno

PROGETTO GRAFICO

Clips - Torino

IMPAGINAZIONE

Edit 3000 srl - Torino

INDICE

1.	UN SISTEMA CHE DÀ RISULTATI SODDISFACENTI, MA CHE LASCIA IN ALCUNI CASI INSODDISFATTI	1
2.	LE SFIDE	2
2.1	La transizione epidemiologica che ha trasformato la domanda sanitaria	2
2.2	I diritti esigibili: l'opportunità di un adeguamento dei livelli essenziali di assistenza	3
2.3	La sfida tecnologica	5
2.4	La crescita dei costi sanitari	7
3.	LE RISPOSTE	9
3.1	L'evoluzione degli scenari programmatori	9
3.2	Le risposte del Servizio sanitario alle sfide demografiche ed epidemiologiche: lo sviluppo delle cure primarie	10
3.3	L'offerta di beni e servizi sanitari: la tendenza all'aggregazione/integrazione	11
3.4	Il percorso piemontese verso l'integrazione sociosanitaria	14
4.	CONCLUSIONI	16
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	18

1. UN SISTEMA CHE DÀ RISULTATI SODDISFACENTI, MA CHE LASCIA IN ALCUNI CASI INSODDISFATTI

Il Servizio Sanitario italiano è uno dei sistemi migliori del mondo in termini di risultati misurabili (un esempio per tutti, i risultati diffusi nel 2000 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle performance dei diversi sistemi sanitari collocano l'Italia al secondo posto dopo la Francia), ma questo buon risultato globale non trova riscontro nella percezione dei cittadini che, in maggioranza, sono solo moderatamente soddisfatti del servizio offerto.

Le indagini empiriche (condotte dal Censis) evidenziano comunque come sui servizi sanitari esistenti le opinioni degli italiani si distinguano nettamente: se per il 57% dei residenti nella circoscrizione Nord-ovest i servizi e le strutture sanitarie risultano genericamente adeguati (52,4% media nazionale), percentuali molto elevate di adeguatezza emergono per:

- la medicina di base (gradita dal 72,9% dei residenti nella circoscrizione Nord-ovest, con una media nazionale che si attesta sul 74,5%);
- l'assistenza farmaceutica (69,1% nella circoscrizione Nord-ovest a fronte di una media nazionale del 71,5%).

Meno alte, ma comunque superiori al 50%, le quote di intervistati che giudicano adeguati i servizi di:

- medicina specialistica (59,1% la circoscrizione Nord-ovest e 56,8% la media nazionale);
- pronto soccorso (61,8% la circoscrizione Nord-ovest e 56,3% la media nazionale);
- ricovero ordinario (57,7% la circoscrizione Nord-ovest e 52,7% la media nazionale);
- day hospital (52,3% la circoscrizione Nord-ovest e 52,1% la media nazionale);
- servizi territoriali (51,5% la circoscrizione Nord-ovest e un valore molto più basso, 31,3%, nella media nazionale).

Risultano invece valutati in maniera meno positiva:

- i servizi domiciliari (45% la circoscrizione Nord-ovest e un valore molto più basso, 38,8%, nella media nazionale);
- i servizi di tutela degli alimenti (43,9% la circoscrizione Nord-ovest e un valore molto più basso, 37,3%, nella media nazionale).

Per questi ultimi servizi si rileva lo scarto positivo fatto registrare nel gradimento delle regioni della circoscrizione Nord-ovest rispetto ai valori medi nazionali, evidenziando una maggiore attenzione a tali livelli di assistenza in queste regioni.

2. LE SFIDE

2.1 LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA CHE HA TRASFORMATO LA DOMANDA SANITARIA

Negli ultimi anni quella che viene definita “transizione epidemiologica”, trainata dal crescente invecchiamento della popolazione italiana, ha condotto a un cambiamento della morbilità, portando da una situazione epidemiologica dominata da malattie infettive rapidamente letali a una dominata da malattie croniche e degenerative che sopraggiungono tardivamente ed evolvono in modo cronico. Tutto questo ha indotto **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 a una riorganizzazione del finanziamento delle cure. Secondo studi recenti (Sipkof, 2003) 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 e il 75% delle giornate di ospedalizzazione (l'impatto è notevole, anche se non ci si trova di fronte a un cambiamento dei bisogni, quanto a un prolungamento, nel tempo, degli stessi).

Riunendo i dati delle Indagini Multiscopo condotte dall'ISTAT, si può ottenere una stima approssimativa delle forme prevalenti di **patologie croniche** nella popolazione piemontese: al 2005, 537.000 piemontesi (il 12,4% della popolazione regionale) dichiarano almeno una malattia cronica grave (13,1% a livello nazionale) e 567.000 (il 13,1% della popolazione) dichiarano tre o più patologie croniche (13,8% a livello nazionale)¹. Si tratta del **25% della popolazione piemontese**.

Il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da patologie croniche, che non si curano ma si controllano, si ottiene attraverso un approccio proattivo, il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità, la forte integrazione tra cure primarie e secondarie, e l'utilizzo di percorsi assistenziali capaci di graduare l'intervento in modo appropriato. I pazienti in questione utilizzano le strutture ospedaliere ma anche day hospital e day surgery, ambulatori e, nella maggior parte dei casi, con un sostegno appropriato possono imparare a partecipare attivamente alla gestione delle proprie patologie e a convivervi. **Aiutare i pazienti ad essere più autonomi** risulterà fondamentale in una medicina che rischia di essere, come si vedrà in seguito, sempre di più intrappolata nelle conseguenze indotte dallo sviluppo tecnologico.

La domanda è quindi **se il sistema sanità sia in grado di rispondere ai bisogni della popolazione assistita con un modello organizzativo ancora prevalentemente ospedaliero**, se sia in grado di prepararsi alle sfide del futuro in modo adeguato: è sufficiente progettare uno sviluppo delle linee di tendenza dell'attuale realtà ospedaliera, prevedendo semplicemente un aumento delle persone affette da ictus, demenza e morbo di Parkinson perché la popolazione invecchia? o dobbiamo essere pronti ad affrontare situazioni completamente diverse?

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, e 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” che richiede il coordinamento delle risorse delle diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario per la

¹ 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.

specifica patologia di un paziente e la definizione di profili di cura in grado di guidare l'integrazione degli apporti provenienti dalle varie discipline.

Non si tratta di un declassamento delle cure a livello di assistenza sociale, ma, anzi, di una loro maggiore complessità, che richiede competenze diverse, con una più forte capacità di guida nel tempo.

2.2 I DIRITTI ESIGIBILI: L'OPPORTUNITÀ DI UN ADEGUAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'analisi del modello di cura prevalente nella nostra regione e in Italia ci porta a una riflessione relativa ai **livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)**, ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, nati per conciliare l'universalismo delle aspettative (diritti enunciati) con la limitatezza delle risorse e l'irrinunciabilità della qualità assistenziale (diritti effettivamente e universalmente fruibili). La definizione dei LEA ha introdotto nel SSN una visione innovativa, basata su tre importanti concetti:

- *livello*: esprime la necessità di misurare l'entità dell'assistenza erogata;
- *essenziale*: restringe le prestazioni erogabili a quelle appropriate per quella patologia, quella tipologia di paziente e quell'ambito assistenziale;
- *assistenza*: fa riferimento alla successione di prestazioni che devono essere erogate, in tempi congrui, al paziente in funzione delle sue condizioni di salute.

La definizione dei LEA rappresenta la principale responsabilità del livello centrale di governo, declinabile in cinque dimensioni:

- diritti soggettivi (a chi);
- tipi di servizi offerti (che cosa);
- standard quantitativi dei servizi (quanto);
- livelli qualitativi dei servizi;
- livelli di spesa per aree di bisogno o di servizi.

Nel Servizio Sanitario Nazionale i livelli di assistenza sono stati definiti (con il dpcm del 29 novembre 2001) in termini di **tipologia di servizi offerti** (lista positiva di prestazioni all'interno di tre macrolivelli, prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera) con un'indicazione di massima dei livelli di spesa per aree di servizi.

Successivamente sono stati definiti dal livello centrale gli standard quantitativi e qualitativi per specifiche tipologie di servizi, in particolare per quelle aree, quali l'assistenza distrettuale, ancora poco esplorate e nelle quali i servizi presentano ancora disomogeneità sul territorio nazionale per quanto riguarda le prestazioni garantite.

Si riporta a titolo di esempio il percorso seguito per le cure domiciliari – trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse – che si evidenziano a tutt'oggi estremamente disomogenee tra le regioni italiane sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento.

Il decreto sopra citato, istitutivo dei LEA, ne ha previsto la collocazione all'interno del macrolivello assistenza distrettuale, insieme all'assistenza della medicina di famiglia, all'assistenza farmaceutica e all'attività semiresidenziale e residenziale extraospedaliera.

Successivamente la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA ha precisato il contenuto del LEA per le cure domiciliari, con le modalità illustrate di seguito.

**COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA.
NUOVA CARATTERIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE
E DEGLI INTERVENTI OSPEDALIERI A DOMICILIO (18 OTTOBRE 2006)**

Il documento nasce dall'esigenza di precisare il contenuto dei LEA relativi all'assistenza prestata al domicilio del paziente e di fornire indicazioni utili, da un lato, a descrivere e confrontare le diverse tipologie di servizio fornite sul territorio e, dall'altro, a determinare la remunerazione degli erogatori. Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali-organizzativi attivati dalle diverse regioni, quattro diversi profili di cura in ordine crescente di intensità e complessità:

- 1) **Cure domiciliari prestazionali**, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
- 2) **Cure domiciliari integrate di primo-secondo e terzo livello**, caratterizzate dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
- 3) **Cure domiciliari palliative a malati terminali**, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, erogate da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

Per ciascun profilo di cura il documento individua le principali prestazioni erogate, distingue le diverse figure professionali coinvolte nelle cure domiciliari e fissa i cosiddetti "standard qualificanti", ovvero i parametri di riferimento del profilo di cura in termini di natura del bisogno, intensità, durata media, impegno assistenziale e disponibilità del servizio.

LE CURE DOMICILIARI IN PIEMONTE

Il modello di domiciliarità integrata, comprendente prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali è già definito ed è operante, in Piemonte, attraverso lo strumento del progetto individualizzato per ciascun caso seguito. Questo tipo di risposta conta 90.800 casi seguiti nel 2004 e 134.500 casi seguiti a fine 2006; complessivamente quindi il 13,6% degli anziani piemontesi riceve una qualche forma di assistenza domiciliare. La relativa spesa annua a carico del SSR è passata da 63.000.000 euro a consuntivo 2004 a 97.500 euro a consuntivo 2006.

All'interno delle cure domiciliari il numero di anziani presi in carico e seguiti con progetti di cure domiciliari in lungoassistenza, con compartecipazione del SSR al 50% sulla spesa sociale, è passata da 6.734 casi seguiti nel 2004 a 7.500 casi seguiti a fine 2006.



Il ruolo delle Regioni, per quanto concerne l'applicazione dei LEA, riguarda l'assicurazione dell'**effettiva erogazione delle prestazioni** in questi incluse, **sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale**, adottando le misure necessarie a far sì che le prestazioni siano erogate **in regime appropriato** e in modo da **garantire un efficace utilizzo delle risorse** da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

Di fatto, l'attuale sistema dei LEA è prevalentemente focalizzato sul rispetto dei livelli di spesa per area assistenziale e su un elenco negativo di prestazioni che non devono essere erogate, in tutto o

in parte (o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole), mentre **resta debole, ad esempio, la capacità di misurare i tassi di copertura dei bisogni** (la cui unica individuazione esplicita viene fatta, nel testo del decreto del 29 novembre 2001, all'interno del macrolivello assistenza distrettuale, per le attività integrate sociosanitarie ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, destinate a specifiche categorie di bisogno: donne e famiglia, psichiatria e disabili, tossicodipendenti, anziani, malati terminali, persone affette da HIV).

Una ricognizione sulle quote di finanziamento destinate ai tre macrolivelli di assistenza nell'ultimo triennio evidenzia una certa disparità regionale, ma soprattutto il fatto che, al cambiamento paradigmatico dell'idea di salute, cui già si è accennato, non abbia a tutt'oggi corrisposto una riforma dello specifico modo di essere della tutela, con un modello ancora troppo sbilanciato sulle funzioni di cura, ancorato principalmente all'idea di malattia: **all'idea nuova di salute il sistema sanitario italiano ha risposto con una vecchia idea della cura.**

2.3 LA SFIDA TECNOLOGICA

Lo sviluppo tecnologico è riconosciuto come uno dei fattori che maggiormente influenzeranno l'evoluzione della medicina e dei sistemi sanitari nei prossimi decenni, a livello di sanità territoriale (telemedicina, telesoccorso) e specialistica (grandi attrezzature); le attività sanitarie si stanno affermando come uno dei settori economici più dinamici sotto il profilo tecnologico.

In particolare, **la rivoluzione biologica promette profondi cambiamenti nelle terapie farmacologiche, nei dispositivi medici** (protesi, organi artificiali, apparecchi di monitoraggio delle funzioni vitali, strumenti diagnostici) **e nelle opportunità offerte dalla genetica** (screening e terapie geniche), mentre **la rivoluzione collegata alle tecnologie delle informazioni e della comunicazione (ICT) promette di migliorare i processi assistenziali e gestionali**, tramite la generazione di informazioni che consente la delocalizzazione delle prestazioni (refertazione, monitoraggio a distanza dei pazienti).

L'innovazione può presentarsi sotto differenti forme, da quelle più tradizionalmente considerate, quali nuovi processi e nuovi prodotti, alle nuove soluzioni organizzative, all'uso dei sistemi informativi e dei sistemi di supporto alle decisioni, ecc.

Ma lo sviluppo delle nuove tecnologie renderà ancora più pressante il confronto tra gli ingenti investimenti in ricerca necessari per portarle fino al mercato e la sostenibilità dei costi da parte dei sistemi sanitari per implementarle.

Su questo versante la sfida più importante si rivela quella dell'**appropriatezza clinica dei trattamenti** e delle loro modalità di erogazione:

Tab. 1 – Incidenza della spesa sanitaria per macrolivelli di assistenza nell'ultimo triennio

	MACROLIVELLO 1 PREVENZIONE	MACROLIVELLO 2 ASS. DISTRETTUALE	MACROLIVELLO 3 ASS. OSPEDALIERA
Piemonte (2005)	4,8 %	46 %	49,2 %
Lombardia (2007)	5,5 %	43,5 %	51 %
Liguria (2004)	-	46 %	54 %
Emilia-Romagna (2007)	4,6 %	45,4 %	50 %
Toscana (2005-07)	5 %	43 %	52 %

Fonte: CEIS 2007

- 1) in termini di governo della domanda, attraverso un uso ottimale delle informazioni oggi disponibili per il controllo delle aree di appropriatezza nei consumi sanitari e l'elaborazione condivisa di linee guida, per evitare che le decisioni professionali siano condizionate da meri incentivi economici;
- 2) in termini di governo dell'offerta, attraverso un controllo dell'uso e della diffusione delle tecnologie (*health technology assessment*): il Piemonte fa rilevare esempi in tal senso soprattutto nell'esperienza di alcune reti di cura quale quella oncologica.



Si tratta di scelte legate alla lungimiranza delle decisioni politiche e alla capacità di dialogo tra tecnici e decisori: purtroppo **non sempre i trend decisionali vanno nel senso della modernizzazione e, per contro, i responsabili della ricerca innovativa spesso si considerano portatori di vantaggi così rilevanti da essere accettati acriticamente.**

Alcuni dati diffusi dal Ministero della Salute consentono di collocare il Piemonte nella media delle regioni italiane con riferimento a uno degli aspetti più rilevanti ad oggi connessi all'innovazione tecnologica: la dotazione di grandi apparecchiature. La tabella 2 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.

Il Piemonte fa generalmente rilevare una dotazione di tali attrezzature più elevata rispetto ai valori della media delle regioni italiane, in particolare 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% e il 50% degli apparecchi di emodialisi si trova nelle strutture private.

Tab. 2 – Apparecchiature biomediche di diagnosi e cura presenti negli Ospedali Pubblici e Privati Accreditati – Indicatori per 1.000.000 abitanti – Anno 2004

		ACCELERATORI LINEARI (ALI)	APPARECCHI PER EMODIALISI (EMD) (GCC)	GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA (TAC)	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TRM)	TOMOGRAFIA A RISONANZA MAGNETICA
Piemonte	Strutture pubb.	6,1	226,9	7,7	20,1	7,7
	Strutture priv.	0,5	0,5	0,5	3,3	3,3
Lombardia	Strutture pubb.	4,7	185,4	7,9	15,8	5,5
	Strutture priv.	0,9	17,7	0,3	5,4	5,4
Veneto	Strutture pubb.	5	160	7,5	16,2	8,6
	Strutture priv.			0,2	0,9	0,9
Friuli-Venezia Giulia	Strutture pubb.	8,3	236,2	6,7	17,5	7,5
	Strutture priv.				2,5	3,3
Liguria	Strutture pubb.	5,1	266,9	9,5	17,7	10,8
	Strutture priv.					
Emilia-Romagna	Strutture pubb.	3,2	197,5	6,9	15,2	5,4
	Strutture priv.	0,5	6,6	0,7	4,4	3,9
Toscana	Strutture pubb.	5	231,1	8,7	14,9	7,3
	Strutture priv.		4,2	0,8	1,1	0,3
Italia	Strutture pubb.	3,9	185,5	7,8	15,7	6,5
	Strutture priv.	0,4	18,6	1,1	4,7	3,4

Fonte: Sistema Informativo Sanitario – Ministero della Salute

2.4 LA CRESCITA DEI COSTI SANITARI

Le sfide precedentemente esaminate conducono a un'incomprimibile crescita dei costi sanitari: la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) in Italia è passata, secondo i dati ISTAT, da 65.053 milioni di euro del 1995 a 120.820 milioni di euro nel 2005, con un incremento medio annuo nel decennio, in termini nominali, del 6,4%; **l'incremento medio annuo del Piemonte è un po' più elevato rispetto al valore medio nazionale** e alla generalità delle regioni del Centro e Nord Italia con le quali è stato messo a confronto nel presente lavoro, ad eccezione del Veneto (tab. 3).

La questione della sostenibilità della spesa sanitaria, che attualmente cresce a ritmi superiori a quelli del PIL, è resa complicata dal fatto che, di solito, all'interno di un omogeneo comparto produttivo vale la corrispondenza tra innovazione tecnologica ed effetto di contrazione sui costi delle prestazioni e dei servizi erogati, mentre **nel settore sanitario si è riscontrato un effetto espansivo delle nuove tecnologie sui costi**, cui il sistema sanitario ha risposto agendo su due versanti:

- 1) politiche restrittive sul lato dell'offerta: definizione di tetti di spesa, riorganizzazione delle strutture e del personale;
- 2) interventi sull'ambito della domanda: interventi restrittivi in termini di accesso, ticket (adottati in Piemonte fino al 2005, e nel biennio successivo progressivamente aboliti).

La complessità sempre maggiore delle politiche ci induce a pensare, per contro, che per risolvere i problemi di prospettiva **non sono più sufficienti soluzioni gestionali: occorre pensare a un altro modello di tutela capace di produrre più salute in condizione di economicità**, anche se scelte di questo tipo sono di difficile attuazione nell'orizzonte di breve periodo nel quale si muovono i decisori nel settore sanitario: la durata media in carica dei direttori generali nelle ASL italiane, nel decennio 1996-2007, è stata di 3 anni e mezzo, in Piemonte di 3,3 anni (Annessi Pessina, Cantù, 2007)

Tab. 3 – Spesa sanitaria regionale (pubblica e privata – migliaia di euro)

	1995, 2005 e incremento medio annuo		
	1995	2005	INCREMENTO MEDIO ANNUO
Piemonte	4.882,48	9.365,44	6,73
Lombardia	10.726,81	20.379,54	6,63
Veneto	5.162,35	10.006,65	6,84
Friuli-Venezia Giulia	1.451,45	2.520,68	5,67
Liguria	2.257,23	3.796,81	5,34
Emilia-Romagna	5.194,58	9.238,55	5,93
Toscana	4.212,33	7.228,50	5,55
Italia	65.053,54	120.819,79	6,39

Fonte: ISTAT

LA SANITÀ COME MOTORE DI CRESCITA DELL'ECONOMIA

La sanità viene intesa, generalmente, come una spesa improduttiva la cui dinamica va controllata e ove possibile contenuta.

In realtà essa gioca un ruolo significativo all'interno del sistema economico italiano: il processo di generazione di beni e servizi di questo settore ha una ricaduta significativa in termini di Pil e

può rappresentare un volano importante per il rilancio degli investimenti in ricerca e sviluppo, dato l'elevato contenuto tecnologico dei prodotti e servizi che ne sono oggetto.

Il contributo dell'industria della salute alla formazione della ricchezza del paese deriva sia dalla produzione diretta sia dalla produzione indiretta (le attività legate alle imprese che forniscono beni e servizi intermedi): sommando le due 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.

La spesa sanitaria dovrebbe quindi essere considerata come un investimento e non semplicemente un costo.

Il potenziale di crescita per il sistema economico piemontese indotto dalla spesa sanitaria è individuato, nel PSSR 2007-2010 recentemente approvato, in quattro macrosettori principali:

- 1) **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 tutti operativi 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).*
- 2) **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 ridotta e fragile presenza di operatori privati. Il campo ideale di sperimentazione in questo settore è rappresentato dalle reti regionali distribuite della salute e assistenza (oncologia, trapianti, emergenza).*
- 3) **Farmaceutica:** l'Italia è il quinto 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 un settore su cui il Piemonte può vantare fattori positivi di competitività.*
- 4) **Alta formazione:** gli Atenei piemontesi laureano nell'area medica e bioingegneristica 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 alta integrazione tra clinica-ricerca-industria e diventi polo attrattivo per studenti extra regione.*

3. LE RISPOSTE

3.1 L'EVOLUZIONE DEGLI SCENARI PROGRAMMATORI

In Piemonte lo scenario della programmazione sanitaria sarà caratterizzato, nei prossimi anni, dall'applicazione del **Piano sociosanitario 2007-2010** recentemente approvato, all'interno di una cornice di riferimento nazionale che viene brevemente sintetizzata nell'approfondimento che segue.

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 2006-2008 parte da una disamina degli scenari che nei prossimi tre-cinque anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano, in termini di opportunità e vincoli, rappresentata dall'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico, dall'evoluzione scientifica e tecnologica, dall'interazione con il contesto economico.

Di fronte a queste sfide il PSN individua, tra i principali ambiti verso cui andrebbero indirizzate le scelte innovative del sistema:

- 1) la garanzia e l'aggiornamento dei LEA;
- 2) la prevenzione sanitaria e la promozione della salute;
- 3) la riorganizzazione delle cure primarie;
- 4) l'integrazione delle reti assistenziali, tra diversi livelli di assistenza e sociosanitaria.

Il Patto per la salute tra governo e regioni

Il Patto per la salute siglato tra Ministero della Salute e regioni nel settembre 2006 è volto:

- a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, fissando la quota di finanziamento del SSN per gli anni 2007, 2008 e 2009;
- a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, richiedendo alle regioni adempimenti riguardanti la garanzia che i LEA vengano effettivamente mantenuti con un'appropriata erogazione delle prestazioni e che sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario per il rispetto del Patto di stabilità.

Dal Piano sanitario regionale recentemente approvato discenderanno le scelte di governo del sistema sanitario regionale nei prossimi anni.

Di seguito si elencano i valori fondanti che connotano l'architettura del Piano, leggibili come riferimento per le risposte alle sfide esaminate nella prima parte del lavoro:

- la **centralità della salute**, intesa come bene comune universale, diritto inalienabile e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, attraverso la rimozione o il contrasto dei fattori socioeconomici, ambientali e biologici che insidiano la salute e attraverso la concreta promozione specifica dei fattori socioeconomici, ambientali e biologici;
- la **centralità delle cittadine e dei cittadini** che, in quanto persone singole o gruppi sociali radicati in un territorio, sono titolari originari del diritto alla salute che va tutelato attraverso una vigile e assidua partecipazione democratica;

- un deciso e responsabile **coinvolgimento degli enti locali** i quali, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute ed esercitano la valutazione della qualità dei servizi nonché della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione;
- la **considerazione dell'informazione** e della rappresentazione del sistema come patrimonio democraticamente disponibile;
- l'applicazione dell'**integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale**, all'interno di e tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario;
- un trasparente e razionale governo della salute che persegua l'equità, rispetti la sussidiarietà e promuova la cooperazione e la solidarietà all'interno dei canoni della **sobrietà** e dell'**austerità**.

Il Piano fa riferimento, ancora, alle scelte progettuali e programmatiche caratterizzanti l'articolazione dei servizi che esso prevede:

- l'assegnazione di una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'**assistenza extraospedaliera e delle cure primarie**, attraverso una rete di servizi che fornisca una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
- l'organizzazione della **rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione**, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie, senza incorrere in artefatte e paralizzanti opposizioni tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio;
- un **sobrio stile di governo e di gestione del sistema sanitario**, che consenta, attraverso le valutazioni e i controlli di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni, di migliorare la salute, aumentare la soddisfazione degli assistiti e contenere la spesa;
- un'attenzione accentuata agli **aspetti formativi e partecipativi** di tutti gli operatori, in direzione dell'esercizio dei canoni della sobria razionalità e della qualità sostanziale.

3.2 LE RISPOSTE DEL SERVIZIO SANITARIO ALLE SFIDE DEMOGRAFICHE ED EPIDEMIOLOGICHE: LO SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

I cambiamenti demografici, epidemiologici, socioeconomici, tecnologici e culturali evidenziati nella prima parte del lavoro impongono un adeguamento del sistema sanitario per renderlo coerente con le nuove realtà oggi prevalenti.

Con le riforme degli anni novanta le regioni italiane hanno cominciato a spostare l'attenzione dal settore ospedaliero a quello territoriale, potenziando i distretti sanitari e i livelli di assistenza in questi erogati (assistenza primaria, domiciliare, residenziale) o coinvolgendo i medici su temi gestionali (assegnando loro budget di spesa e/o di attività).

- Ma l'analisi dei sistemi sanitari fa riscontrare, a tutt'oggi, tendenze discordanti: da una parte lavori recenti, come ad esempio uno studio dell'OMS del 2004 (Atun, 2004), evidenziano come **nei sistemi sanitari incentrati sulle cure primarie i risultati di salute, equità e continuità delle cure si rivelino superiori** agli output riscontrati nei sistemi più orientati alle cure specialistiche; l'allocazione delle risorse, per contro (come già evidenziato sopra, nell'analisi della spesa destinata ai diversi livelli di assistenza) è **ancora sbilanciata sul versante della specialistica ospedaliera**. La strada, però, non è quella di pensare le cure primarie e secondarie come mutuamente escludibili, di contrapporre l'ospedale ad alta tecnologia alla rete delle cure primarie a bassa tecnologia, quasi fosse un insieme volontaristico di attività "povere": servono innovazioni organizzative nelle proposte di programmazione dei servizi territoriali, nella consapevolezza che non è in gioco tanto la rile-

vanza in sé delle cure primarie, bensì l'individuazione di modelli organizzativi in grado di combinare efficienza ed efficacia, qualità e appropriatezza, equità sociale e soddisfazione dei pazienti (Docteur, Oxley, 2003).

La questione della governance dei servizi territoriali si presenta dunque articolata e complessa: il Patto per la salute sottoscritto nel settembre 2006 tra ministero e regioni sottolinea in effetti tra le criticità della sanità italiana **“l'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base, la carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata, le liste di attesa, l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante in alcune regioni”**.

La strada per il miglioramento della sanità passa attraverso una riorganizzazione della medicina del territorio, attraverso la costruzione di una rete di servizi territoriali in grado di dare risposte articolate ai diversi bisogni di salute, garantire la continuità dell'assistenza, nelle 24 ore e nell'intero arco di vita dei pazienti, ma anche il collegamento con la rete ospedaliera, assorbire anche la domanda di prestazioni urgenti di primo livello che oggi troppo spesso affolla i pronto soccorso ospedalieri. In assenza di tale riorganizzazione, un sistema sanitario come il nostro, fondato sulla libertà di scelta, sull'universalità delle cure, sul finanziamento per fiscalità generale, continuerà a registrare fenomeni di liste di attesa e consumismo sanitario.

I documenti di programmazione nazionale (Piano sanitario nazionale 2006-2008) e regionale (Piano sociosanitario regionale 2007-2010) pongono l'accento su due aspetti correlati, la riorganizzazione delle cure primarie (per superare una realtà che vede l'erogazione dell'assistenza primaria prevalentemente basata sullo studio individuale del medico) e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza (per disporre di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio e ospedale).

Diverse regioni in Italia stanno elaborando modelli associativi complessi, come risulta dalla tabella 4, dove sono rappresentate le principali soluzioni di riorganizzazione delle cure primarie individuate e realizzate in alcune regioni. Lo schema non intende essere esaustivo di tutte le realtà regionali ma si propone di selezionare, a titolo esemplificativo, alcune esperienze significative.

Le informazioni contenute nella tabella evidenziano l'esistenza di una molteplicità di denominazioni assegnate alle varie forme organizzative, che in ciascuna delle regioni esaminate hanno una propria identità, coinvolgono professioni diverse, in questo modo ampliando o restringendo i confini delle cure primarie, e hanno come riferimento bacini di utenza differenti.

Il denominatore comune è comunque rappresentato **dall'impegno a individuare forme organizzate e innovative di erogazione delle cure primarie**.

3.3 L'OFFERTA DI BENI E SERVIZI SANITARI: LA TENDENZA ALL'AGGREGAZIONE/INTEGRAZIONE

In un settore come quello della sanità, il cui *outcome*, la salute, è considerato un bene pubblico, sono stati introdotti con la riforma del 1992 criteri di gestione di tipo privatistico che, senza significare una diminuzione dell'impegno finanziario dello stato né mettere in discussione il principio dell'universalismo, hanno introdotto **meccanismi e incentivi volti a favorire la competizione** tra acquirenti e produttori.

Ma tutto questo **ha lasciato irrisolto**, come si è già visto sopra, **il problema dei costi**. Per questo, negli ultimi anni, l'enfasi si è spostata dal tema della competizione al tema della cooperazione: la sfida è quella di **sviluppare capacità di coordinamento e di integrazione** da parte dei soggetti che operano sul territorio, coinvolti nel processo di produzione ed erogazione delle prestazioni; l'obiettivo è quello di stimolare una maggiore efficienza attraverso una cooperazione programmata a livello regionale e locale tra le strutture sanitarie di base e quelle ospedaliere, in un continuum quale quello illustrato nella tabella 5, per garantire continuità di assistenza e decentramento delle cure.

Tab. 4 – Le forme di integrazione all'interno dell'Assistenza Primaria rilevate in alcune regioni italiane

REGIONI	PIEMONTE	LOMBARDIA	VENETO	EMILIA-ROMAGNA	TOSCANA
Modelli	CGP - Gruppi di Cure Primarie	CGP – Gruppi di Cure Primarie	UTAP – Unità Territoriali di Assistenza Primaria	NCP – Nuclei di Cure Primarie	UCP - Unità di Cure Primarie
Professioni coinvolte	Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Infermieri Professionali, Personale Amministrativo, Assistenti Sociali, Specialisti, Medici continuità assistenziale	Medici di medicina generale, Infermieri Professionali, Specialisti	Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale, Infermieri Professionali, Assistenti sociali, Specialisti	Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Infermieri Professionali, Profesioni sanitarie di distretto, Assistenti sociali e Terapisti	Medici di medicina generale, Infermieri professionisti, Medici di continuità assistenziale
Servizi aggiuntivi (oltre assistenza medico-pediatria)	Cure domiciliari, Sportelli unici di accesso, Prevenzione, Prestazioni Specialistiche	Cure domiciliari, Continuità assistenziale, Prevenzione, Prestazioni Specialistiche	Cure domiciliari, Prevenzione, Prestazioni Specialistiche	Assistenza domiciliare, ostetrica e pediatrica, farmaceutica e sociale	Primo soccorso, gestione cronici, prestazioni specialistiche
Sede unica	Si	Si	Si	Si	Si
Orario di attività	12 ore diurne (previste 24)	8 ore diurne	12 ore diurne	Da 9 a 12 ore diurne	9-12 ore (fino a 24 ore)
Bacino di utenza	5-10.000	Minimo 6.000	10-25.000	10-30.000	5.000 – 50.000

Nella tabella 5, che delinea il ventaglio delle cure, dalla minore alla maggior complessità clinica, si rileva come le cure meno complesse dal punto di vista clinico, quelle di competenza territoriale, siano quelle che richiedano una **complessità organizzativa** maggiore, implicando maggiori necessità di coordinamento e integrazione.

La tendenza all'integrazione si rileva a livello gestionale, tra i servizi e le strutture elencati sopra e a livello istituzionale, come risulta dalla tabella 6, che riporta il numero delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere ante legge n. 502 del 1992, al 31 dicembre 1995 e al 30 giugno 2007: il Piemonte è passato dalle 63 Unità socio sanitarie locali prima del 1992 alle 13 Aziende sanitarie locali del 30 giugno 2007.

Tab. 5 – Il continuum di cure Territorio-Ospedale

SERVIZI	INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONALITÀ E SERVIZI DEL TERRITORIO	INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE	INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI
<i>Pazienti di competenza territoriale</i>			
Pazienti bisognosi di assistenza domiciliare	X	X	X
<i>Pazienti cronicamente stabilizzati, con diversi gradi di dipendenza, bisognosi di assistenza residenziale</i>			
	X	X	X
<i>Pazienti trattabili in strutture ospedaliere o in presidi extraospedalieri</i>			
Pazienti in fase di recupero funzionale	X	X	
Pazienti ambulatoriali	X	X	
<i>Pazienti di competenza dell'Ospedale</i>			
Pazienti trattabili in regime di ospedalizzazione diurna		X	
Pazienti bisognosi di ospedalizzazione programmata per patologia medica o chirurgica non trattabile		X	
Pazienti acuti non differibili		X	
Pazienti in emergenza, bisognosi di sostegno delle funzioni vitali		X	

Tab. 6 – L'evoluzione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Sanitarie Ospedaliere nelle regioni medio grandi del Centro-nord

	AZIENDE SANITARIE LOCALI			POPOLAZIONE MEDIA 2007	AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE	
	NUMERO ANTE 502/92	NUMERO AL 31 DICEMBRE 1995	NUMERO AL 30 GIUGNO 2007		NUMERO AL 31 DICEMBRE 1995	NUMERO AL 30 GIUGNO 2007
Piemonte	63	22	13	333.979	7	8
Lombardia	84	44	15	631.680	16	29
Veneto	36	22	21	225.634	2	2
Friuli-Venezia Giulia	12	6	6	201.380	3	3
Liguria	20	5	5	322.027	3	3
Emilia-Romagna	41	13	11	380.687	5	5
Toscana	40	12	12	301.656	4	4
Italia	659	228	157	374.215	81	96

Fonte Rapporto OASI 2007

I vantaggi rilevabili dai processi di integrazione sono molteplici; l'integrazione:

- genera maggiore efficacia assistenziale, consentendo di **affrontare bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali interdisciplinari e multiprofessionali**;
- favorisce un uso più efficiente delle risorse, evitando inutili sovrapposizioni e **riducendo le prestazioni non essenziali**;
- riduce il disagio dei cittadini, favorendo la **semplificazione dell'accesso ai servizi** socio-sanitari.



Occorre però tener presenti alcune cautele nello sviluppo del processo di integrazione:

- le **relazioni tra i differenti elementi** che compongono il sistema devono essere costruite sui percorsi assistenziali e sui livelli di gravità/acuzie: ad esempio, gli ospedali per acuti e i centri di eccellenza non possono distrarre risorse per l'assistenza di primo livello (ambulatoriale e strumentale di base) e di converso i presidi territoriali di prossimità non possono essere dotati di alte tecnologie, per le quali devono fare riferimento al livello superiore;
- l'integrazione delle strutture passa attraverso **l'integrazione dei professionisti**: specialisti ospedalieri e ambulatoriali, professionisti delle cure primarie e operatori dei distretti devono lavorare insieme e definire insieme le strategie assistenziali;
- lo spostamento di risorse deve avvenire **contestualmente** alle modifiche di cui si parla, non prima e a rischio di creare pericolosi vuoti assistenziali.

3.4 IL PERCORSO PIEMONTESE VERSO L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

La domanda di salute e di cure si sta caratterizzando sempre più per lo stretto rapporto esistente tra bisogni sociali e bisogni sanitari: la questione della non autosufficienza rappresenta un caso emblematico, che rende non più sostenibile l'attuale rigida separazione istituzionale tra assistenza sociale e sanitaria.

L'integrazione sociosanitaria costituisce, a partire dal d.lgs n. 229 del 1999 e successivamente dalla legge n. 328 del 2000 e dal PSN 1998-2000, un tema fondamentale della normativa nazionale e oggetto privilegiato delle strategie di politica della salute e di sviluppo del Sistema sanitario e sociale a livello nazionale e regionale.

Le prestazioni sociosanitarie sono definite come quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi integrati, bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In definitiva l'integrazione sociosanitaria dovrebbe essere rappresentata dalla messa in rete di risorse umane, professionali, finanziarie e strutturali di un territorio per rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini/utenti.

In questo tassello del sistema di welfare, salute e benessere risultano quindi intimamente connessi, anche se separati già a partire dalla Costituzione, che riconosce il diritto sanitario come diritto universale e quello al benessere sociale correlato al reddito degli individui, e l'integrazione tra i soggetti deputati a fornire le risposte ai bisogni che emergono su entrambi i versanti rappresenta un obiettivo dei sistemi sociosanitari regionali.

Una recente ricerca condotta dal CEIS (Donia Sofio et al., 2007) mette a confronto diverse strategie regionali di integrazione sociosanitaria. Si riportano in tabella 7 le scelte effettuate dalle regioni medio-grandi del Centro-nord con le quali è stato messo a confronto il Piemonte nel presente lavoro.

L'agenda dell'integrazione sanitaria, nella nostra regione, scandita dal Piano sociosanitario 2007-2010 recentemente approvato, prevede un lavoro congiunto su più versanti:

- istituzionale, che non rappresenta ancora la realizzazione, di per sé, di attività e interventi assistenziali integrati, ma ne costituisce la premessa costruendone le condizioni attuative, attraverso Accordi di programma, Atti di delega;
- organizzativo, facendo coincidere il distretto sanitario con quello sociale, come sede, anche funzionale, nella quale realizzare l'integrazione, in cui sia centrale la presa in carico del cittadino, attraverso l'attivazione di strutture integrate che presiedono all'accesso ai servizi quali gli sportelli unici di accesso, gestiti da operatori sanitari e sociali;

Tab. 7 – Le strategie regionali di integrazione sociosanitaria

REGIONI	INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE
Lombardia	Piano sociosanitario regionale, due assessorati e due direzioni. Attraverso gli obiettivi di governo regionale sono previsti momenti di collaborazione tra Assessorati e direzioni generali.
Veneto	Due Assessorati, un Piano regionale politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali. A livello territoriale trasformazione delle Usl in Aziende Unitarie Locali per i Servizi alla persona, che uniscono servizi Usl e Comuni.
Friuli-Venezia Giulia	Unico Assessorato alla Salute e protezione sociale. Indicazioni verso politiche integrate nelle Linee Guida sui Piani delle Attività Territoriali e Piani di zona. Unica direzione centrale Salute e Protezione Sociale. Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale. Gli ambiti territoriali coincidono con i distretti sanitari.
Liguria	Piano sociosanitario dal 2004. Due Assessorati ma unico Dipartimento Salute e Servizi Sociali a livello tecnico. Istituzionalizzazione delle zone nei distretti sanitari.
Emilia-Romagna	Assessorato Politiche Sociali e Assessorato Sanità. Numerosi gruppi di lavoro interassessorili. A seguito dell'accorpamento delle Direzioni generali, si è unificata la Direzione Politiche Sociali con quella della sanità. Coincidenza delle zone sociali con i distretti sanitari. Piano Integrato Sociale e Sanitario 2005/07. Conferenza territoriale sociale e sanitaria.
Toscana	Società della Salute quali forme integrative di integrazione delle politiche sociali e sanitarie e di gestione associata dei servizi. Due Assessorati, unica direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà. Gruppo di lavoro intersettoriale per la redazione dei Piani Integrati di Salute. Definite le zone distretto socio sanitarie.

- finanziario, per superare l'attuale dispersione delle risorse: a questo proposito sarà utile seguire l'evoluzione del confronto avviato tra ministro della Salute e gli assessori regionali e il ministro della Solidarietà Sociale per l'attivazione del Fondo nazionale per la non autosufficienza, previsto come collegato alla legge finanziaria per il 2008 e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari per l'assistenza alle persone non autosufficienti e la promozione dei servizi domiciliari;
- gestionale, individuando configurazioni organizzative (le forme di assistenza integrata all'interno delle cure primarie, che prevedono esplicitamente l'apporto della funzione sociale) e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento dei processi e delle prestazioni;
- professionale, tra diverse figure professionali all'interno dello stesso servizio e con servizi facenti capo ad altre istituzioni (ad esempio, unità di valutazione multiprofessionali, già presenti in tutte le ASL della regione).

4. CONCLUSIONI



È quindi in corso, per concludere, una profonda innovazione di tendenza nei servizi sanitari nazionali e regionali, conseguente all'evoluzione stessa del sistema, prima ancora che a scelte programmatiche. In effetti la pressione congiunta delle sfide coinvolge:

- il fronte della domanda, in rapporto all'invecchiamento della popolazione, all'evoluzione multietnica, ai nuovi "diritti esigibili" connessi alla maturazione civile e giuridica del paese;
- il fronte delle tecnologie, che per un verso dischiudono grandi opportunità di intervento diagnostico e terapeutico, per altro verso pongono inediti interrogativi sul piano dell'etica e della stessa sostenibilità economica (per il loro costo crescente) e politica (per la pressione degli interessi coinvolti);
- il fronte dell'organizzazione del servizio, chiamato a sperimentare nuovi parametri di efficienza ed efficacia che tengano conto dei modelli manageriali adottati nei più innovativi settori dell'economia, ma li sappiano declinare in base alle caratteristiche etiche e socioculturali proprie del servizio sociosanitario;
- il fronte della ineludibile interazione con le altre attività produttive (in particolare con quelle che si legano al settore sanitario attraverso più intense interdipendenze strutturali): a questo proposito andrà valutata attentamente la possibile capacità del settore sanitario piemontese di contribuire alla crescita economica e allo sviluppo di competenze distintive del sistema produttivo regionale, evitando forzature che potrebbero distrarre l'attenzione dei livelli di efficacia complessiva del servizio;
- il fronte della integrazione con gli altri fronti delle politiche sociali, con l'inevitabile e urgentissima maturazione culturale del cittadino utente.

In tale contesto, le linee di sviluppo relative all'assistenza ospedaliera appaiono investite da una profonda trasformazione: il ruolo dell'ospedale si va sempre più configurando come erogatore di cure e assistenza per le patologie acute, ad alto contenuto tecnologico e professionale, con tempi di degenza limitati, e ciò rappresenta una delle modificazioni chiave richieste dall'"appropriatezza" dell'intervento sanitario.



La riorganizzazione dei servizi territoriali rappresenta, di conseguenza, una enorme scommessa ancora aperta. **Anche nella nostra regione, se i livelli di assistenza**, come dimostrano i dati analizzati, **risultano soddisfacenti nel confronto con le altre regioni** del paese, **si rileva ancora l'assenza di un adeguato coordinamento di servizi** pur presenti (da quelli destinati agli anziani, alla salute mentale, alla lotta alle dipendenze), mentre la promessa di prevenzione implicita nel passaggio da una "politica sanitaria" a una "politica della salute" rappresenterà una sfida su cui la regione piemontese dovrà misurarsi per decenni, sia per l'efficacia degli interventi che per lo stesso controllo dei costi.

Appare dunque evidente che quelle che oggi appaiono "criticità nel sistema", dallo sviluppo dell'ospedalizzazione abbreviata e del day hospital alla scarsità di posti letto, rappresentano il sintomo di un cambiamento di lungo orizzonte, il cui innesco richiede la determinazione – assunta consapevolmente nelle linee di programmazione sanitaria della regione – di garantire che il cittadino sia realmente "preso in carico" dal sistema, a iniziare dall'"interfaccia" fondamentale costituita dalle cure primarie.

Una tra le principali sfide del servizio sanitario sarà dunque questa: riuscire a mettere ordine nell'insieme delle attività territoriali, lavorando a percorsi assistenziali integrati che consentano di fornire risposte adeguate alle patologie croniche di maggiore impatto.

E, come si è visto nel corso del lavoro, le modalità e gli strumenti per l'integrazione trasversale di competenze e servizi sono stati individuati nei documenti di programmazione recentemente approvati in Piemonte.

Ma l'adeguamento dei servizi, in grado di fornire risposte adeguate ai nuovi bisogni di salute, richiederà, nei prossimi anni, un cambiamento culturale, che preveda la valutazione sistematica dei bisogni della comunità, l'identificazione dei principali problemi, l'erogazione di interventi appropriati e il monitoraggio del loro impatto, affinché i servizi siano utili e congruenti con i bisogni della popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2006), *Gli Scenari della Sanità*, Franco Angeli, Milano.
- Annessi Pessina E., Cantù E. (2007), *Rapporto Oasi 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- Atun R. (2004), *What Are the Advantages of Restructuring a Health Care System to Be More Focused on Primary Care Services*, OMS Report, Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Caroppo M.S., Turat G. (2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia*, Vita e Pensiero, Milano.
- Christensen C.M., Bohmer R., Kenagy J (2000), *Will Disruptive Innovation Cure Health Care?*, in "Harvard Business Review", n. 78, pp. 102-12.
- Del Missier S., Tedeschi P. (2007), *Lo sviluppo organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale: evoluzioni in corso e spunti dall'esperienza lombarda dei Gruppi di cure primarie*, in "Mecosan", n. 61, pp. 83-108.
- Docteur H., Oxley H. (2003), *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, "OCSE Health working Papers", Paris.
- Donia Sofio A., Meneguzzo M., Mannini F.S., Spandonaro F. (2007), *Rapporto CEIS Sanità 2007*, CEIS, Roma.
- Gensini G.F. et al. (2007), *Servizi sanitari in rete, Dal territorio all'Ospedale al territorio*, Fondazione Smith Kline, Rapporto Sanità 2007, Il Mulino, Bologna.
- Marino I. (a cura di), (2007), *Sistema Salute, Analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Fondazione Italiani Europei, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica (2007), Libro Verde sulla spesa pubblica*, Roma.
- Paccaud F., Bovet P. (2005), *Una transizione epocale*, in "Salute e Territorio", XXVI, marzo-aprile, pp. 90-94.
- Sipkoff M. (2003), *Health Plans Begins to Adress Chronic Care Management*, in "Managed Care", n. 12, pp. 29-31.