



DIPARTIMENTO SANITA' DEL PIEMONTE

Materiale per i candidati

In questo documento sono raccolti alcuni dei principali argomenti che riguardano il sistema sanitario. Si tratta di riflessioni e appunti che il Dipartimento ha formulato per metterli a disposizione dei candidati alle elezioni regionali 2024. I contenuti provengono dal riassunto di osservazioni prodotte da testimoni professionali del mondo sanitario che collaborano ai lavori del Dipartimento o che hanno voluto onorarci delle loro opinioni e valutazioni. In alcuni casi sono richiamati i provvedimenti assunti dal Ministro Orazio Schillaci e dalla Giunta di Alberto Cirio con il concorso dei nostri Consiglieri e Assessori. Intendiamo questi contenuti soggetti ad eventuali aggiornamenti che saranno direttamente inviati agli indirizzi della mailing list del Dipartimento entro il mese di maggio. Considerato che il nostro testo non è esaustivo dei ragionamenti sulla sanità, chi vuole proporre integrazioni può inviare i propri scritti a: claudio.risso58@gmail.com.

Marzo 2024

Valter Galante, Claudio Riso

INDICE:

Pag. 2: Osservazioni generali

Pag. 5: Vicino agli ambienti delle persone

Pag. 10: La rete degli ospedali e dell'emergenza

Pag. 14: Edilizia sanitaria

Pag. 15: Le risorse umane: Medici, Infermieri, OSS, Specializzandi – In generale

Pag. 23: Tempi di attesa

Pag. 25: I contenziosi

Pag. 27: Università e Regione

Pag. 29: Il sistema informativo

Pag. 34: Il Volontariato

Pag. 35: Le Farmacie

Pag. 36: Rapporto tra pubblico e privato

Pag. 40: Educazione sanitaria

Pag. 40: Morti sul lavoro

Pag. 41: La Salute mentale

Pag. 42: Dipartimento di prevenzione

Pag. 44: Logistica e gestione dei materiali

Pag. 46: Logistica e percorso chirurgico

Pag. 48: Formule contrattuali e transizione energetica

Pag. 49: Silver economy e Longevity economy

Pag. 50: Medicina di genere

Pag. 50: Link utili per approfondimenti

Osservazioni generali

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute è uno stato di "benessere fisico, mentale e sociale", non identificabile solo per "l'assenza di malattie o infermità". Questi concetti, per diventare reali, conducono all'esigenza che tutte le attività umane e il governo politico di esse si orientino costantemente alla difesa della salute delle persone. Occuparsi di sanità significa prevenire, contrastare, curare ogni malattia e seguirne gli esiti.

In Italia l'organizzazione operativa della cura delle persone e della prevenzione dalle malattie è affidata alle Regioni, le quali svolgono il loro compito attraverso gli ospedali e i servizi territoriali, raggruppati in aziende sanitarie, mediante l'attività di migliaia di professionisti dotati di varie competenze. Per le Regioni si tratta di un compito di fondamentale importanza, non tanto perché alla sanità è destinata la quota più rilevante dei loro bilanci, quanto perché dall'organizzazione degli apparati operativi dipende il benessere fisico, mentale e sociale dei loro abitanti.

L'insieme del lavoro delle Regioni fornisce agli italiani buone aspettative di vita. Secondo l'Istat nel 2022 la stima della speranza di vita alla nascita è in Italia di 84,8 anni per le donne e di 80,5 anni per gli uomini. In Piemonte la stima è di 84,7 anni per le donne e di 80,3 anni per gli uomini. Secondo le stime di Eurostat al 2022, nell'ambito della UE a 27 nazioni, solo Spagna (83,2) e Svezia (83,1) sono paesi più longevi dell'Italia (83,0). I prossimi dati, aggiornati al 2023, dovrebbero essere rilasciati ufficialmente dai soggetti competenti nel luglio 2024.

Il modo di curare e di organizzare i servizi sanitari varia nel tempo e dipende dallo sviluppo delle conoscenze scientifiche, dallo sviluppo delle tecnologie, dai cambiamenti sociali e demografici della popolazione da seguire. Oggi in Piemonte, come in tutto il mondo occidentale, il sistema sanitario deve affrontare la sfida relativa alla crescita dell'età delle persone di cui si occupa. Il che significa l'aumento di soggetti più fragili fisicamente e socialmente, spesso portatori cronici di una o più patologie da curare nel tempo. Questo comporta almeno due effetti: un aumento della spesa sanitaria e la ricerca di soluzioni di trattamento sanitario che si collochino il più possibile negli ambiti territoriali, se possibile fino al domicilio. Alla ricerca della possibilità di non sradicare le persone dai loro contesti familiari e sociali (aumentandone la partecipazione cosciente e responsabile alle terapie) e di non far collassare gli ospedali sommergendoli di compiti impropri.

Il sistema socio-sanitario del Piemonte ha superato le sfide imposte dalla pandemia e anche grazie alla collaborazione con il terzo settore e la Protezione civile ha saputo coordinare un'imponente ed efficace campagna di vaccinazione. Considerato il ruolo

fondamentale del terzo settore nel tessuto sociale del Piemonte, durante la prossima legislatura sarà importante rafforzare la valorizzazione delle imprese della cooperazione sociale in tutti gli ambiti di interesse della comunità regionale e in particolare nella programmazione degli interventi socio sanitari. Per queste finalità le aziende sanitarie devono promuovere interventi di progettazione condivisa con le realtà associative locali.

L'introduzione delle innovazioni tecnologiche, di prodotto e di processo, sono fondamentali per migliorare l'esito degli interventi, delle cure e della diagnostica. L'utilizzo delle tecniche della telemedicina saranno fondamentali per rinforzare la medicina territoriale negli aspetti di monitoraggio, diagnosi e collegamento con gli specialisti ospedalieri. In questa prospettiva si potranno fare investimenti importanti grazie alle linee di finanziamento espressamente dedicate alla telemedicina dal PNRR. Guardando al futuro risulta anche necessario confrontarsi e sperimentare le applicazioni delle tecnologie appartenenti al settore dell'intelligenza artificiale, per migliorare l'efficacia delle cure in tutti gli ambiti di lavoro, dall'ospedale al territorio.

L'età piuttosto avanzata delle strutture fisiche dei presidi ospedalieri e la loro conseguente inadeguatezza rispetto a nuovi modelli organizzativi del lavoro e all'introduzione di moderne tecnologie, sarà ringiovanita e ammodernata da un imponente piano di costruzione di nuovi ospedali e importanti ristrutturazioni. Secondo le determinazioni dell'attuale Giunta regionale tutte le principali aree sanitarie del Piemonte saranno soggette a cambiamenti strutturali; alcune situazioni sono dal punto di vista progettuale più avanzate rispetto alla messa in cantiere, altre stanno muovendo i primi passi. Il nodo strategico di ogni intervento strutturale è il reperimento dei finanziamenti necessari. Nell'attuale fase storica, in Piemonte ci confrontiamo con le possibilità offerte dal Partenariato Pubblico Privato (PPP) o da accordi con INAIL. A queste operazioni si aggiungerà l'esito degli interventi edilizi realizzati tramite i fondi del PNRR in termini delle Case e Ospedali di Comunità.

Deve essere completata la messa in funzione del nuovo IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) specializzato nelle patologie ambientali e il mesotelioma con sede in Alessandria, unico in Italia, per condurre il Piemonte alla guida della ricerca medica del settore e per migliorare ulteriormente il livello delle cure di patologie che hanno gravemente colpito alcune nostre zone e che non hanno ancora concluso la loro incidenza. Lo sviluppo delle conoscenze prodotte dall'IRCCS saranno utili in tutti i contesti, anche mondiali, che devono affrontare eventuali disastri connessi ad attività produttive non controllate dal punto di vista sanitario.

Più recentemente si è anche consolidata l'intenzione di seguire un percorso di riconoscimento quale IRCCS per l'ospedale Regina Margherita di Torino, al fine di rafforzarne l'identità nazionale di presidio d'eccellenza interamente dedicato all'area materno infantile.

Vicino agli ambienti delle persone

L'organizzazione delineata dall'amministrazione regionale è finalizzata a favorire una sanità presente in maniera capillare sul territorio, in grado di curare anche al domicilio del paziente, utilizzando ad ampio raggio lo sviluppo delle tecnologie, specialmente nel campo della telemedicina. Questo è il modo di affrontare le cronicità, con un modello di azione dove è centrale l'integrazione socio-sanitaria.

Nel prossimo quinquennio sarà necessario pianificare il finanziamento integrativo per l'avvio delle strutture intermedie già previste con i fondi del PNRR. Azioni complementari allo sviluppo della medicina territoriale secondo un modello incentrato sulle Case di comunità, quali luoghi fisici pubblici di prossimità e di facile individuazione, nei quali le persone possono accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. Proseguirà il potenziamento delle cure intermedie con la presenza degli Ospedali di comunità, destinati ai ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Già storicamente basilare per l'estesa funzione di cura e di raccordo con i servizi specialistici e diagnostici del territorio e degli ospedali, il ruolo dei Medici di famiglia e dei Pediatri risulta accresciuto e strategico affinché i cambiamenti strutturali e organizzativi finanziati con il PNRR si traducano in un reale miglioramento della sanità pubblica.

Per una maggiore efficacia della sanità territoriale occorre:

- 1) **potenziare il ruolo dell'infermiere di comunità** per ottenere una visione integrata dei bisogni sanitari e sociali;
- 2) **rafforzare la pratica delle cure palliative**, sia di tipo ambulatoriale sia di ricovero presso gli Hospice;
- 3) **incrementare l'uso della telemedicina** per seguire con pratiche di telemonitoraggio e teleconsulti la popolazione fragile;
- 4) **irrobustire l'utilità del ricorso al numero unico 116 117** per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ai servizi sanitari territoriali a bassa intensità e priorità di cura;

5) **completare e consolidare le reti clinico assistenziali per patologia, secondo un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente**, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli diversi secondo le necessità. Queste reti devono consentire al paziente dei percorsi agili e flessibili di integrazione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e di accompagnamento eventuale al fine vita;

6) **garantire la migliore e omogenea accessibilità dei cittadini nei confronti dell'offerta di prestazioni**, indipendentemente dai luoghi fisici di residenza e dalle patologie da curare;

7) **rendere digitale in modo completo la connessione tra tutti i sistemi informativi**, facilitando per questa via i rapporti tra il cittadino e il Medico di famiglia e ogni singolo punto organizzativo del sistema sanitario, riducendo in tal modo gli spostamenti fisici, la ricerca e l'attesa di informazioni sulla propria salute;

8) **irrobustire la collaborazione tra le aziende sanitarie e i servizi dei Comuni** preposti ai sostegni di natura sociale per favorire una presa in carico dei cittadini non orientata solo ai bisogni sanitari ma alle fragilità complessive;

9) **ingrandire le reti di collegamento protetto e assistito** per le fasi di transizione tra ospedali e strutture residenziali (tipicamente RSA), domicilio, ospedali di comunità;

10) **aumentare il coinvolgimento della rete delle farmacie** per renderle stabilmente nodi strategici del rapporto tra aziende sanitarie e cittadini, ad esempio per diagnostiche minori, informazioni, verifica dell'aderenza alle terapie, collaborazione ai test di prevenzione, vaccinazioni in fasi sanitariamente critiche della nostra comunità;

11) **migliorare e amplificare i canali di prenotazione delle prestazioni** (per visite ed esami);

12) **concordare e progettare con i Medici di famiglia e i Pediatri l'utilizzo delle nuove strutture** messe a disposizione dal PNRR e lo sviluppo delle cure territoriali.

L'importanza del trattamento delle cronicità e la loro presa in carico lungo la

strada dei servizi territoriali in essere e di quelli che verranno (Ospedali della Comunità e Case della Comunità), limitando il ricorso all'ospedale nei casi acuti, richiama il **ruolo fondamentale dei medici di famiglia**. La loro attività è da sempre considerata essenziale per dare un senso compiuto all'utilità della disciplina medica che si concretizza fuori dai presidi ospedalieri. **Si tratta di una figura professionale che bisogna ulteriormente accompagnare verso situazioni di collegamento stabile e non sporadico con altre parti del sistema sanitario: gli specialisti e i reparti ospedalieri, il pronto soccorso, i centri diagnostici, le farmacie.**

Le stesse **amministrazioni comunali** sono centrali per la **disponibilità di spazi da adibire a provvisori o stabili luoghi di servizi sanitari, come dimostrato in modo sostanziale dagli avvenimenti connessi alla pandemia Covid-19**, rappresentando un punto di connessione già collaudato nel rapporto con la medicina di famiglia e territoriale in genere.

La rinnovata centralità dei servizi sanitari territoriali induce anche a sviluppare una formazione universitaria della medicina generale attualizzata rispetto al futuro dell'attività, a creare **una carriera specifica per il medico del territorio**, a incrementare negli studi medici le possibilità di fornire una diagnostica strumentale ambulatoriale.

Dopo l'ultima variazione di bilancio del 2023, la Regione ha investito quasi 100 milioni nel sociale. Si tratta della cifra più alta che sia stata stanziata in Piemonte fino a questo momento, in conseguenza anche della decisione di dirottare su questo capitolo di spesa una parte del Fondo Sociale Europeo (FSE). Servono per i cosiddetti extra-lea e prevedono l'assegno per chi accudisce un proprio caro affetto da patologie croniche in casa o attraverso strutture specializzate, la psichiatria (comprese le borse lavoro per i pazienti psichiatrici) e i contributi per il sostegno domiciliare agli assistiti affetti da sclerosi e altri servizi finanziati con risorse del fondo nazionale per le non autosufficienze. **Complessivamente le risorse messe a budget dall'Assessorato per le politiche sociali e l'integrazione socio sanitaria sono 99 milioni di euro, 14 milioni in più rispetto al 2022, quasi il doppio rispetto ai 50 milioni del 2021. I fondi europei (45 milioni) servono per finanziare il bonus scelta sociale che prevede un assegno da 600 euro al mese, erogato direttamente a favore di anziani e disabili non autosufficienti, utilizzabili in strutture residenziali o al domicilio. L'aumento delle risorse regionali ha portato anche a un incremento dei posti occupati nelle strutture residenziali piemontesi: nel 2021 erano 31.755, saliti a 34.586 nel 2022 e a 38.260 nel 2023. In particolare gli assistiti con le dimissioni protette sono passati da 1900**

del 2021, quando il progetto era applicato in maniera sperimentale, a 5029 di oggi, con un investimento di oltre 14,6 milioni di euro. In base al monitoraggio offerto dalla piattaforma RSA è in crescita anche il dato che riguarda il personale. Nel 2021 risultavano caricati sulla piattaforma 17.843 operatori, nel 2023 il numero è salito a 28.901 (+62%). Smentendo i luoghi comuni, il centro destra ha stanziato sulle politiche sociali in aiuto ai più fragili il doppio di quanto mai stanziato dalle giunte precedenti. Attraverso il rafforzamento di questi interventi è anche possibile alleggerire il pronto soccorso piemontesi dai pazienti anziani con cronicità. Nel 2023 l'Assessorato alle politiche sociali ha previsto anche lo stanziamento di 2 milioni per il bando invecchiamento attivo, un milione per vita nascente e un milione per vita indipendente sui progetti per l'autonomia dei disabili gravi.

Nel 2024 la Regione Piemonte e i rappresentanti degli enti gestori delle strutture residenziali - RSA, disabilità, psichiatria, dipendenze minori - hanno raggiunto un accordo sulle risorse a sostegno del comparto.

La volontà politica della Giunta di Alberto Cirio è quella di affrontare le difficoltà del settore ed individuare una strada che consenta di sostenere il sistema senza gravare sulle famiglie (come già avvenuto nel 2021 con un primo adeguamento).

Per l'anno 2024 la Regione Piemonte riconosce quindi un aumento delle risorse destinate ai gestori delle strutture residenziali, a integrazione della quota sanitaria, pari al 3,5%, per una cifra complessiva di 16 milioni di euro. Queste risorse sono riservate alla quota dei posti letto convenzionati con il sistema sanitario nazionale e sono vincolati al fatto che nemmeno la tariffa dei posti non convenzionati venga rivista al rialzo.

Stiamo parlando di un settore che si conferma fondamentale per l'assistenza agli anziani e alle persone fragili e che ha dato il suo prezioso contributo anche durante i lunghi mesi dell'emergenza Covid.

Gli aumenti tariffari sono riferiti solo alla quota sanitaria, senza rincarare la quota sociale, che altrimenti graverebbe direttamente sulle famiglie e sui gli enti gestori dei servizi sotto socio assistenziali dei Comuni. Il sostegno alla rete RSA potenzia gli interventi efficaci di prevenzione e assistenza, in modo da ridurre il ricorso all'ambito ospedaliero e i ricoveri inappropriati.

Una caratteristica fondamentale del nostro SSN è quella assicurare i servizi sanitari a tutta la popolazione e in tutti i territori. Sono intendimenti da controllare.

Occorre:

1) impostare e prevedere controlli di qualità su base regionale per verificare che tutti i cittadini piemontesi ricevano lo stesso livello di cura;

2) predisporre programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti in alcuni percorsi di salute, al fine di migliorarli attraverso la raccolta e l'analisi di pareri, riscontri e giudizi.

La rete degli ospedali e dell'emergenza

Il sistema ospedaliero del Piemonte è costituito da una rete di strutture che intervengono sul fabbisogno secondo una gerarchia di competenze e capacità di prestazioni, da quelle basilari a quelle più complesse. Il disegno della rete segue l'impostazione del DM 70/2015.

Si tratta di un disegno soggetto a revisione, in particolare nell'adeguamento alle esigenze di elasticità organizzativa che la pandemia ha messo in luce e nel potenziamento di alcune attività che il trattamento del Covid ha evidenziato come carenti (terapia intensiva e area semintensiva in primo luogo).

In Piemonte la riorganizzazione della rete ospedaliera è stata applicata in anticipo per via del piano di rientro (Del. 1-600/2014), con una riduzione di posti letto perfino più incisiva di quanto richiesto dalle regole nazionali.

Poiché l'impostazione della rete ospedaliera non è stata contestualmente subito collegata ad una riorganizzazione dei servizi territoriali, il risultato è che sugli ospedali indeboliti si è riversato comunque il quadro epidemiologico della popolazione anziana in crescita nel numero dei soggetti e delle patologie collegate. Così gli ospedali e la medicina territoriale hanno entrambi peggiorato la loro efficacia.

Di per sé, astruendo dall'intersezione con i servizi territoriali e i problemi sanitari della popolazione anziana, il disegno della rete ospedaliera è impostato razionalmente e tende ad ottimizzare l'uso delle risorse umane e strutturali a disposizione. Come tutte le impostazioni che si basano su una rete organizzativa, occorre che tutti i nodi siano fortemente specializzati nelle loro funzioni e che si rapportino in modo cooperativo con le altre realtà. Poiché i comportamenti collaborativi tra le parti non si realizzano sempre spontaneamente e con piena coscienza della loro importanza, **l'Assessorato regionale è chiamato a compiti strategici di verifica del funzionamento qualitativo e relazionale del sistema. Per fornire i migliori risultati, il modello non può permettersi comportamenti di concorrenza tra le strutture o di autarchia organizzativa. Ogni parte del sistema deve essere utile alle altre tramite convinte e ricercate integrazioni operative. Peralto, la rapidità dell'evoluzione tecnologica, clinica e dei costi da governare non può prescindere da una organizzazione sanitaria in rete.**

Per tutte le patologie, esempio principe l'oncologia, sono previsti dei tempi precisi per le diverse fasi del PDTA (percorso *diagnostico, terapeutico, assistenziale*). Gli interventi necessari al PDTA sono di livello diverso ed in un sistema organizzato

in rete possono essere effettuati in centri diversi, con tecnologie e professionisti diversi, ottimizzando di tempi e costi.

Come prima evidenziato, sia la rete ospedaliera e sia quella dell'emergenza soffrono del limitato sviluppo dei servizi territoriali che dovrebbero trattare e curare le patologie croniche di medio e basso livello, specialmente della popolazione anziana, liberando le strutture ospedaliere da compiti inappropriati che rallentano e pregiudicano le attività di elezione e quelle realmente urgenti.

In termini strutturali, il servizio di emergenza-urgenza sanitaria si basa sulla ripartizione delle funzioni tra il sistema pre-ospedaliero territoriale (simbolicamente richiamato dall'originario numero 118), riservato alle emergenze reali o presunte, e il sistema ospedaliero riservato alle emergenze e alle urgenze non procrastinabili (Pronto soccorso).

A causa delle carenze di personale, in molti casi le attività di pronto soccorso sono svolte tramite forme di atipiche di esternalizzazione e di impiego del personale. Si tratta di un fenomeno da considerare straordinario e che il sistema pubblico deve arginare puntando a strategie flessibili di reclutamento e di utilizzo del personale.

Ma il problema principale non è questo

Oggi spendiamo cifre notevoli per mettere medici di cooperative con professionalità molto variabili a lavorare in strutture che chiamiamo "Pronto soccorso" ma che in realtà, come già richiamato, gestiscono flussi di pazienti cronici provenienti dal territorio che intasano strutture costruite per trattare pazienti acuti, con medici formati alla gestione dell'emergenza urgenza e non alla gestione delle cronicità. Questo comporta:

- 1) Approccio del paziente cronico come un paziente acuto ed in modo difensivo, facendo levitare i costi con infiniti esami e consulenze inutili.
- 2) Non avendo i "Pronto soccorso" strutture per il ricovero dei pazienti cronici, si fanno stazionare i pazienti in situazioni spesso inaccettabili (il famoso boarding) per tempi infiniti ed in un secondo momento si riempiono i letti degli ospedali, compresi quelli dedicati all'alta complessità di cura, intasando le strutture ed interferendo con le liste di attesa.

Deve essere chiaro che investire sul sistema pre-ospedaliero e i Pronto soccorso senza risolvere a monte il problema della gestione delle cronicità

sul territorio significa buttare dalla finestra soldi ed energie professionali. **Per riformare con efficacia la situazione occorre creare una solida integrazione tra pronto soccorso e territorio, coordinata in modo verticale e disporre di strutture e personale in grado di gestire le cronicità sul territorio.**

Nell'approccio moderno alle emergenze sanitarie spicca l'importanza che deve essere attribuita alle reti per patologie tempo dipendenti, le vere urgenze (ad esempio quelle per le ischemie, gli infarti, i politraumi), le quali non possono prescindere da un sistema ospedaliero che agisca secondo livelli di assistenza incrementali e coordinati per assicurare gli interventi necessari nei tempi previsti ed un sistema hub-spoke dove il paziente possa tornare rapidamente nell'ospedale di origine una volta trattato. La manutenzione organizzativa e professionale di queste reti è fondamentale per essere dotati di un vero sistema di emergenza urgenza.

Il sistema pre-ospedaliero attinge a un panorama ampio di professionalità: medici, infermieri, tecnici, soccorritori, autisti e a un determinante rapporto con le reti associative di volontariato. Queste ultime sono anche un elemento fondamentale per la diffusione della cultura del soccorso nei territori, sostenendo anche la diffusione delle tecniche mirate all'utilizzo dei defibrillatori e alle manovre salvavita da parte della cittadinanza. **Per accrescere la resa del sistema occorre un potenziamento del nucleo degli infermieri e dei medici specialisti, con professionalità altamente qualificate nel settore. Sul lato infermieri, segnaliamo la possibile utilità dei corsi di PREHOSPITAL Trauma Life Support (PHTLS).**

Sono necessari sistemi d'incentivazione che favoriscano l'attrazione per alcune scuole di specialità. Il fenomeno più preoccupante è questo: la medicina d'urgenza è all'ultimo posto tra le preferenze dei laureati in medicina che entrano nelle scuole di specializzazione; per prendere una borsa è sufficiente un punteggio basso e l'anno scorso la metà dei posti è rimasta vuota.

Occorre favorire una costante integrazione del sistema pre-ospedaliero e del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza, al fine di garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura, nonché la gestione unitaria delle risorse nel caso di particolari emergenze sociali. I dipartimenti di emergenza

urgenza e accettazione (DEA) devono garantire il raccordo funzionale con il sistema pre-ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria.

Le strutture di pronto soccorso rappresentano spesso la prima interfaccia tra i cittadini e le strutture del SSN, assicurando l'accesso ai ricoveri in regime d'urgenza quando necessario, impostando un corretto percorso di diagnosi o di cura extra ospedaliero laddove il ricovero in ospedale non sia necessario e conseguentemente contribuiscono al corretto utilizzo delle strutture ospedaliere e all'appropriatezza delle prestazioni.

Un sistema evoluto di emergenza-urgenza evoluto si rapporta stabilmente e funzionalmente con la continuità assistenziale e la medicina territoriale. **Da migliorare sotto diversi profili operativi risulta il rapporto tra sistema ospedaliero e Medici di famiglia. Per citare alcuni esempi: valutare la possibilità di linee preferenziali per prelievi d'urgenza e di accessi diretti alle radiologie per tenere sotto controllo il fenomeno delle cadute dei pazienti delle RSA; evitare l'allungamento della fase diagnostica o di follow up che scaturisce dai passaggi tra interventi degli specialisti e Medici di famiglia; razionalizzare la distribuzione dei farmaci prescritti in occasione di dimissione dai reparti e spesso non consegnati dalla Farmacia ospedaliera territoriale in quantità adeguata per il periodo che precede la presa in carico del Medico di famiglia.**

Al fine di consentire una corretta e tempestiva gestione della domanda assistenziale a debole priorità e di ridurre l'accesso inappropriato al sistema di emergenza-urgenza, risulta importante lo sviluppo delle centrali operative territoriali, con il relativo numero di chiamata 116117 per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità di cura.

Sul medesimo tema, idonei sistemi di telemedicina devono consentire di ridurre i ricoveri inappropriati di soggetti fragili (attraverso la gestione condivisa con i servizi di medicina territoriale di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali domiciliari), il monitoraggio dei parametri clinici e l'attivazione precoce dei programmi di cure palliative e di assistenza domiciliare integrata.

Nell'ambito dei mezzi di emergenza che agiscono sul territorio, occorre programmare un aumento delle superfici ospedaliere certificate per l'atterraggio degli elicotteri: le aree che permettono di atterrare vicino agli ospedali.

Edilizia sanitaria

Il patrimonio edilizio delle strutture ospedaliere piemontesi è piuttosto datato. Questo non permette di applicare modelli operativi delle attività adeguati all'evoluzione delle tecnologie e del sapere scientifico applicato alle cure. Per questi motivi sono in corso molti progetti di costruzione di nuove strutture. La scelta dei siti per le nuove edificazioni è spesso caratterizzata da molti scontri politici per la tendenza delle realtà locali a cercare più un successo d'immagine nell'individuazione geografica della nuova costruzione piuttosto che la migliore collocazione e il miglior progetto del neo ospedale. È necessario che la Regione si doti di un sistema di valutazione integralmente razionale e trasparente, intellegibile a chiunque, che orienti in modo inequivocabile le scelte allocative secondo parametri esclusivamente proiettati verso l'interesse delle persone.

La Giunta Cirio ha preparato e sta applicando un piano di interventi che vale complessivamente 4,3 miliardi di euro, con cui si potrà rinnovare e ammodernare la rete ospedaliera e territoriale del Piemonte.

I piani di edilizia sanitaria devono essere costantemente aggiornati e corredati da un costante monitoraggio delle tempistiche di realizzazione.

I progetti del PNRR sono stati recentemente rimodulati. Come sottolinea il Ministro Schillaci (Quotidiano sanità, 11/12/23) **“non ci sono né tagli né definanziamenti nella rimodulazione della missione salute. Tutte le case e gli ospedali di comunità previsti nel PNRR saranno realizzati. Una parte anche con altre fonti di finanziamento. Nella negoziazione con la Commissione europea abbiamo ottenuto di spostare 750 milioni di euro su due leve fondamentali della sanità di prossimità: 500 milioni in più sulla telemedicina e 250 milioni in più sull'assistenza domiciliare. In questo modo abbiamo aumentato a 300.000 i nuovi assistiti con i servizi di telemedicina entro il 2025 (100.000 in più rispetto al target iniziale) e a 842.000 gli over 65 seguiti con assistenza domiciliare integrata (42.000 in più rispetto al target iniziale).”**

Le risorse umane. Medici

Nel sistema pubblico, i prossimi anni saranno caratterizzati da una forte carenza di personale sanitario. Per quanto riguarda i medici si tratta di una situazione già conclamata e per gli infermieri si stanno leggendo i primi dati preoccupanti. Nel caso dei medici siamo di fronte agli esiti del più grandioso fallimento della capacità pubblica di programmare il rapporto tra le previste uscite dal lavoro per via pensionistica, il reclutamento di nuovi studenti, il sistema delle specializzazioni. Considerato che stiamo parlando di numeri certi e conosciuti dagli organismi pubblici, per tempo segnalati da associazioni sindacali, professionali, scientifiche, chi tra il 2005 e almeno fino al 2018 ha ricoperto ruoli di responsabilità politica, amministrativa e formativa nel Ministero della Salute e in quello dell'Università ci ha irresponsabilmente condotto verso il disastro attuale.

Ci vorranno degli anni per riprendere il controllo della curva del personale medico. Nel frattempo dovranno essere utilizzate tutte le formule di flessibilità normativa, contrattuale, organizzativa presenti e opportunamente adottate ex-novo per inserire nei servizi sanitari pubblici il numero massimo possibile di professionisti. Per questo fine le soluzioni, per quanto parziali, devono essere cercate ad ogni livello: aziendale, regionale, nazionale. Su questo problema si è facilmente inserito un aspetto polemico inerente la crescita dei servizi gestiti dall'imprenditoria privata, i quali diventano una concreta alternativa alle difficoltà di erogazione della parte a gestione pubblica. Sull'argomento bisogna essere correttamente e drasticamente chiari: la crescita dei servizi privati non è il prodotto di una trama e ordito messa in campo da scelte politiche di chicchessia per favorirli. L'innesto massiccio e spesso incontrollato di soggetti tesi ad una attività imprenditoriale (in concorrenza diretta e in sostituzione di servizi come per esempio effettuato dall'offerta di body rental di certe cooperative) è stato principalmente favorito dall'incapacità, dalla superficialità e dalla non volontà di piegare gli interessi particolari verso quelli di tutti, sconsideratamente applicati da chi nella pubblica amministrazione doveva intervenire per tempo sulla programmazione del personale necessario.

In tempi di carenze professionali, la distribuzione del personale tra le varie aziende non è equilibrata. Risultano pertanto indispensabili un'analisi degli organici medici di ogni singola struttura organizzativa e una gestione concorsuale regolata a livello centrale, al fine di assegnare le risorse professionali in modo equo nel sistema non favorendo le Aziende già dotate di risorse nella media.

Le risorse umane. Infermieri

Siamo di fronte a un calo delle domande di iscrizione ai corsi di laurea in Scienze Infermieristiche. Si tratta di un fenomeno su cui incidono molti elementi e per cui si devono prevedere diverse risposte.

Sarebbe utile:

1) **potenziare la rete delle sedi di formazione convenzionate con gli atenei;**

2) **verificare la possibilità di ridurre in modo significativo le tasse universitarie** per l'iscrizione al primo anno di corso di laurea e mantenerne il peso secondo il profitto dello studente;

3) **accrescere il rilievo di borse di studio a livello regionale** per gli studenti infermieri, da confermare annualmente in relazione al profitto;

4) **attivare uno specifico contratto di formazione lavoro per gli studenti del terzo anno**, regolato in una sezione contrattuale del CCNL del personale del comparto sanità;

5) **prevedere la possibilità di assunzioni dirette a tempo indeterminato** da parte delle Aziende che hanno ospitato in tirocinio i neolaureati

6) **estendere la possibilità di incarichi professionali e organizzativi**, in particolare quelli di alta professionalità di infermieri specialisti/esperti;

7) **utilizzo di lauree magistrali specialistiche ad indirizzo clinico** quale evoluzione prevista dall'articolo 6 della legge 43/06 e relativo riconoscimento nell'impianto contrattuale;

8) **applicare la normativa sulla libera professione intramuraria** prevista dall'articolo 15 e seguenti del d.lgs. 502/92 estendendola anche ai dipendenti infermieri del SSN e agli altri professionisti di cui alla legge 251/00;

9) **introdurre innovazioni organizzative della normativa sulla libera professione intramuraria** prevista dall'articolo 15 e seguenti del dlgs 502/92 da estendere anche ai dipendenti infermieri del SSN e, ovviamente, anche agli altri professionisti di cui alla legge 251/00;

10) **sperimentare una organizzazione del lavoro che aumenti l'autonomia professionale degli infermieri** e che li liberi da competenze che possano svolgere altri professionisti e operatori, anche prevedendo in parallelo un nuovo profilo socio sanitario evolutivo dell'OSS.

Una carenza di personale infermieristico sarebbe fortemente critica per il nostro sistema sanitario. Il Piemonte è una regione anagraficamente anziana con patologie croniche e fragilità in crescita, le quali richiedono poche prestazioni cliniche e lunghi percorsi assistenziali con un numero considerevole di infermieri per affrontarle.

Nei Pronto soccorso l'80% dei pazienti sono codici bianchi e verdi, ovvero non sono delle emergenze: separare i pazienti leggeri da quelli gravi, lasciando specialmente i secondi al lavoro del medico specializzato in emergenza/urgenza e aumentando le responsabilità degli infermieri sui primi sarebbe una buona iniziativa.

Le risorse umane. OSS

Anche per gli operatori socio sanitari stiamo assistendo ad un calo delle iscrizioni ai corsi di formazione e **all'aumento del numero degli abbandoni. Fenomeno preoccupante** visto che sono i professionisti più "vicini" alla persona assistita.

Occorre aumentare l'attrazione al ruolo attraverso una crescita delle competenze con l'attivazione e il riconoscimento in Piemonte, così come in altre Regioni, dell'operatore socio sanitario con la "terza S". L'Operatore Socio Sanitario Specializzato è un OSS con una formazione complementare, l'esperto che assiste un soggetto in ospedale o al domicilio esercitando mansioni a carattere sanitario di aiuto all'equipe medica e infermieristica.

Le risorse umane. Medici specializzandi

In Italia i medici specializzandi si trovano sulla linea di confine posta tra il mondo universitario che prevede strutturalmente la presenza di un medico esperto con funzioni tutoriali e il mondo ospedaliero che affida sia pur gradualmente la responsabilità dell'atto medico a chi ne possenga le competenze. Succede così che in una stessa città o anche in uno stesso ospedale ci siano reparti in cui gli specializzandi fino all'ultimo anno si occupano solo del "lavoro marginale" (compilazione di cartelle, richieste di consulenze ed esami, colloqui con gli specialisti chiamati in causa ecc.) e altri in cui gli specializzandi svolgono il "lavoro nobile" in piena autonomia (giro dei malati, visite specialistiche ambulatoriali).

Il risultato è che nel primo caso sono sottoutilizzati, nel secondo una preziosa risorsa soprattutto nei reparti che hanno gravi carenze di personale. La parola magica per tutti è "affiancamento" che vuol dire semplicemente che si garantisce la disponibilità di qualcuno più esperto pronto ad intervenire (magari solo per telefono). La normativa italiana ed europea lascia ampio spazio all'interpretazione dei modelli. I direttori di Scuola tendono a tenersi gli allievi-specialisti per evitare problemi e sollevare i colleghi medici universitari da incombenze che sottraggono tempo alla ricerca e alla didattica. I primari ospedalieri si lamentano di ricevere solo con il contagocce questa preziosa professionalità. Il nostro punto di vista è riportato nelle affermazioni che seguono. Innanzitutto gli specializzandi sono già medici laureati ed abilitati, con sette anni di preparazione universitaria. Per svolgere un lavoro specialistico di routine due anni di un reale tirocinio sono più che sufficienti. Pertanto è ragionevole che nei primi due anni possano svolgere attività mediche di livello base. Nei due o tre anni successivi andrebbe affidato al responsabile del reparto la graduale progressione dei loro compiti assistenziali, garantendo comunque il sostegno di una pronta disponibilità nei casi che richiedono conoscenze ed esperienze particolari. L'assunzione di sempre maggiori responsabilità del singolo tirocinante deve essere graduale e approvata e garantita dal responsabile apicale del reparto di afferenza e comunicata al direttore della scuola di specialità. In considerazione dell'attuale carenza di personale medico specialista, è opportuno che gli specializzandi siano equamente distribuiti tra reparti universitari e ospedalieri. I criteri previsti per il riconoscimento d'idoneità del singolo reparto per lo svolgimento dei tirocini formativi devono essere realistici e non discriminatori delle realtà organizzative periferiche.

Nella riflessione su questi temi può essere **interessante conoscere il pensiero delle associazioni italiane maggiormente rappresentative dei medici specializzandi**. Riportiamo da un loro intervento: "l'unico modo è riformare il sistema della formazione medica, ferma al 1999, che ha oggettivamente fallito essendo governata da migliaia di Direttori di scuola che non intendono rispettare le più semplici regole e norme, prime tra tutte l'utilizzo della rete formativa che esiste solo sulla carta e con **specializzandi "ammassati"** in poche strutture

universitarie svolgendo mansioni ripetitive, demansionanti e soprattutto poco formative. Non si può più tollerare la strenua e coriacea difesa dello status quo da parte del mondo universitario che intende ancora tenerci inquadrati come studenti con molti doveri e pochi diritti invece che come professionisti qualificati che si specializzano, al pari dei loro colleghi europei, con un contratto di formazione lavoro” (Quotidiano sanità 9/10/23).

Accogliendo alcuni aspetti di queste osservazioni, il Ministero della Salute ha redatto una disposizione inerente il rispetto degli orari di lavoro. Si tratta di una attenzione mai sviluppata sino ad oggi verso gli specializzandi, le cui associazioni definiscono così: “dal Ministero della Salute una svolta epocale sul rispetto dell’orario di lavoro”. (Quotidiano sanità 23/2/24).

Nei primi giorni di marzo 2024 la Regione e le Università piemontesi hanno raggiunto un accordo che punta a favorire l’assunzione degli specializzandi e prevede incentivi economici per chi sceglierà di svolgere il tirocinio negli ospedali periferici e per chi si iscrive alle specialità in cui si registra carenza di personale. **In questo modo il Piemonte, tra le prime Regioni in Italia, riconosce un rimborso spese parametrato alla distanza tra l’ospedale scelto e la sede della scuola di specializzazione. L’operazione potrebbe coinvolgere 1500 specializzandi ed è finanziata con 5 milioni di euro.**

Si prevede l’assunzione degli specializzandi come previsto dalla norma nazionale e si aggiunge un’intesa straordinaria che prevede un incentivo economico parametrato alla distanza tra la sede di frequenza scuola di specializzazione (Città della salute di Torino, Maggiore della carità di Novara, San Luigi di Orbassano) e l’ospedale scelto per il tirocinio. In base alle necessità delle aziende sanitarie regionali sono state individuate due fasce di esigenze (priorità alta e media) relativamente agli ospedali e alle specialità di formazione. In priorità alta abbiamo 10 contesti ospedalieri regionali e 16 tipi di specialità (come ad esempio la medicina di emergenza urgenza e anestesia rianimazione); in fascia media 5 contesti ospedalieri e 29 specialità (come ad esempio la chirurgia generale e la nefrologia). Si punta a favorire il reclutamento degli specializzandi considerato che la legge 87 del 3 luglio 2023 ha anticipato la possibilità che possano partecipare ai concorsi banditi dalle Asl già al un secondo anno di formazione. È un primo passo verso una maggiore capillarità nella distribuzione degli specializzandi che consentirà una loro maggiore fidelizzazione nei diversi ambienti, poiché il periodo di formazione trascorso potrà rappresentare un incentivo a fermarsi successivamente negli ospedali scelti.

Le risorse umane. In generale

Nella consapevolezza che molti servizi delle aziende sanitarie siano stati affidati all'esterno per aggirare il rompicapo della carenza di personale, Regione e mondo sindacale hanno scommesso sulla possibilità di far "rientrare" una quota di questi lavori per cercare parallelamente di aumentare gli organici pubblici utilizzando i possibili risparmi connessi all'operazione. L'accordo siglato nel 2023 con i sindacati prevede che entro la fine del 2024 le aziende sanitarie recuperino il 20% degli attuali servizi assegnati all'esterno, per un valore di 27,2 milioni su una cifra complessiva di 136 milioni di euro all'anno. Nel 2023 le aziende sanitarie hanno completato progetti di recupero per un valore di 20,6 milioni nei servizi, generando un risparmio su base annua di 4,9 milioni e conseguentemente 305 assunzioni di personale sanitario. Per il 2024 si lavora su ulteriori 40,7 milioni di servizi esternalizzati che se recuperati prevedono un risparmio di 15,4 milioni e 419 assunzioni di personale sanitario. Questi numeri consentono di dire che un primo obiettivo del 20% è centrato. Alla fine del 2024 la quota di servizi recuperati sarà pari al 61,4 milioni di euro, quasi il 50% del totale.

Per rimediare alle carenze di personale, in base ad un accordo sindacale con le principali sigle del settore, la Regione ha previsto 2000 assunzioni a tempo indeterminato entro la fine del 2024, di cui il 25% da definire con la dirigenza medica, al netto del percorso ad hoc per l'inserimento degli specializzandi. Un potenziale di 700 ragazzi che potranno diventare dipendenti pubblici in anticipo per coprire settori in forte carenza come il pronto soccorso e altri reparti in difficoltà. Tutto questo al netto delle sostituzioni per i pensionamenti, che verranno coperte al 100% e dei contratti precari che saranno stabilizzati. L'operazione prevede lo stanziamento di 25 milioni nel 2023 e altri 50 milioni l'anno nel 2024, nel 2025 e 2026. Il disegno generale intende ottenere l'aumento degli organici delle aziende piemontesi, la riduzione dei contratti precari e il recupero della gestione diretta pubblica di servizi esternalizzati.

Dall'ultimo aggiornamento disponibile risulta che, al 31 gennaio 2024, lavorano nella sanità piemontese 915 professionisti in più rispetto al gennaio 2023, di cui 750 personale del comparto, 149 dirigenza medica e 16 dirigenza amministrativa.

Per accudire i livelli di benessere organizzativo del nostro sistema sanitario, si ritiene utile la preparazione di linee guida finalizzate al miglioramento delle condizioni degli operatori sanitari e in generale dei luoghi di lavoro, introducendo premialità e incentivi anche sul piano formativo, con l'obiettivo di rafforzare il senso di appartenenza al settore pubblico, la dignità, la serenità e la soddisfazione lavorativa, prevedendo su questi temi uno specifico osservatorio regionale.

Avvalendoci del "Quotidiano sanità" (14 marzo 2024), riportiamo una selezione del parere

espresso al Senato dal Ministro della Salute, rispondendo in un Question time ad una interrogazione sulla carenza del personale e sul fenomeno delle prestazioni a gettone. “Siamo in questa situazione a causa di decenni di errata programmazione. Non c’è traccia, nelle manovre dell’ultimo decennio, di azioni concrete per aumentare i posti nella facoltà di medicina in vista del fisiologico turnover. Non c’è traccia di battaglie nemmeno generiche a tutela del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), al netto di qualche slogan. Il SSN si sostiene con l’organizzazione, con la valorizzazione del personale e con la caccia alle inefficienze. Stupisce constatare che chi agita il fantasma di una crescente privatizzazione della sanità è proprio che ha innescato questa tendenza al gettone, non facendo nulla per contrastare le esternalizzazioni e il proliferare di cooperative di medici a cottimo. Con il decreto legge numero 34 del 2023, convertito nella legge numero 56 del 2023, per la prima volta abbiamo dettato specifiche disposizioni volte a contrastare questo abuso.

L’articolo 10 del decreto prevede la possibilità per le aziende e gli enti del SSN di procedere alla esternalizzazione dei servizi nei soli casi di necessità e urgenza, in un’unica occasione, senza possibilità di proroga laddove non sia possibile ovviare altrimenti alla carenza di personale sanitario. Occorre migliorare l’organizzazione dei servizi e far sì che il sistema sanitario nazionale torni ad essere maggiormente attrattivo per i giovani. A tale scopo abbiamo adottato diverse misure anche di tipo economico. Ricordo l’incremento della specifica indennità, con un impegno complessivo di 200 milioni di euro annui nella legge di bilancio 2024 per le particolari condizioni di lavoro presso i servizi di pronto soccorso. L’estensione fino al 31 dicembre del 2026 della facoltà di ricorrere agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico previste per l’anno 2023, aumentate da 60 a 100 euro lordi, disponendo che tale incremento riguardi tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Per fronteggiare gli errori della programmazione del reclutamento del personale sanitario, reiterati per decenni creando il problema della carenza dei medici, sono state adottate specifiche misure volte a facilitare il reclutamento strutturale di medici nel SSN, riconoscendo la possibilità a coloro che hanno maturato un congruo periodo di esperienza presso i servizi di emergenza urgenza di partecipare ai concorsi. Inoltre, d’intesa con il Ministro dell’Università, abbiamo invertito il trend all’origine, incrementando gli accessi al corso di laurea di medicina e chirurgia e alle scuole di specializzazione, passando da circa 10.000 unità nell’anno 2019 alle oltre 18.000 di quest’anno accademico. Con riferimento al problema dell’imbuto formativo delle specializzazioni mediche e del numero di borse di studio per l’accesso alle scuole di formazione specifica, questo oggi è in superamento grazie agli interventi posti in atto con la Missione 6, componente 2 del PNRR, che ha consentito il finanziamento di 4.200 contratti di formazione medico specialistica aggiuntivi rispetto a quelli finanziati con fondi ordinari e di 900 borse aggiuntive per la formazione specifica in medicina generale. Resta tuttavia ancora

una criticità legata alla distribuzione dei contratti di specializzazione medica dovuti ad una minore attrattività di alcune specializzazioni, rispetto soprattutto a quelle che offrono maggiori sbocchi lavorativi nel privato e nella libera professione.”

Le osservazioni precedenti del Ministro Schillaci sono talmente oggettive che vengono sostanzialmente confermate anche da un punto di vista e di analisi molto diverso, quello della rivista **Altroconsumo** che in articolo intitolato **“Cercasi dottore disperatamente” valuta i motivi della carenza di medici di famiglia (Insalute 10/2023).**” La disponibilità di camici bianchi è critica in molte aree ed è peggiorata negli ultimi anni: se fino a poco tempo fa il problema della carenza era concentrato solo sui pediatri, per questioni legate al calcolo del fabbisogno, oggi è ormai noto che coinvolge anche i medici di famiglia. Si tratta di una vera e propria desertificazione, che si è aggravata recentemente per via del grande esodo di dottori che vanno in pensione senza un ricambio proporzionato di giovani che li sostituiscano. Una maxi buca nel servizio sanitario che però si poteva prevedere per tempo. I motivi della desertificazione medica: la carenza di medici di base e di pediatri non è un evento inaspettato e imprevedibile né completamente attribuibile al Covid. Certo durante la pandemia molti medici sono stati travolti e hanno anticipato il momento della pensione facendo emergere ulteriormente i limiti del sistema. La causa è piuttosto una cattiva programmazione, se così la vogliamo chiamare: in poche parole negli anni passati i Ministeri preposti non si sono preoccupati di assumere un numero adeguato di medici che sopperisse ai tanti che uscivano (o sarebbero usciti) dal Sistema sanitario nazionale per andare in pensione.”

Ecco qua, senza slogan e bugie, come è stato indebolito il lato pubblico del sistema.

I tempi di attesa

L'importante dilatazione dei tempi di attesa per visite, diagnostica, interventi, dipende da due fattori. Il primo è il trascinarsi delle code create dai blocchi spesso totali di attività durante la pandemia Covid-19. Il secondo, più determinante, dalla carenza del personale che deve svolgere le attività. Anche in questo caso la criticità rimanda alla programmazione irresponsabile delle azioni che dovevano preparare adeguatamente i numeri del turn-over del personale.

In ogni caso, pur considerate le aggravanti prima citate, i tempi di attesa rappresentano un problema che a partire dai primi anni 2000 è andato via via peggiorando. Le variabili in gioco, dall'appropriatezza delle prescrizioni al numero di visite realizzabili nelle unità di tempo, dalla disponibilità delle sale operatorie alla presenza del personale necessario, per fare qualche esempio, sono complicate da gestire e l'invecchiamento della popolazione accentua le richieste di assistenza e quindi le criticità. Saranno necessari investimenti, revisioni organizzative, analisi continue del fenomeno.

In questi anni la Giunta Cirio ha lavorato sull'aumento della produttività del sistema sanitario per recuperare esami e visite che si erano accumulati durante la pandemia Covid-19 ed è stato smaltito l'arretrato delle prestazioni più urgenti, come ha recentemente certificato la Corte dei Conti.

L'attenzione si concentra ora sulle visite di controllo, ovvero quelle programmabili, secondo un percorso che consentirà nel 2024 di incrementare del 20% la produzione delle prestazioni. Esami e prestazioni per i pazienti cronici saranno esclusi dal Cup e gestiti con percorsi interni di presa in carico a partire dal pre ricovero, fino al post ricovero e al follow up. Percorsi specifici saranno anche individuati per la diagnosi di sospetta patologia tumorale e saranno previste giornate dedicate per prestazioni individuate sulla base dei fabbisogni. I risultati attesi e quelli fin qui ottenuti sono il risultato di una collaborazione tra aziende sanitarie, erogatori privati convenzionati, medici di medicina generale, associazioni dei pazienti e dell'impegno sulle risorse finanziarie che la Regione ha investito per l'assunzione del personale, per l'ammodernamento e l'adeguamento tecnologico.

A dimostrazione di quanto si stia cercando di intervenire su questo problema richiamiamo le decisioni innovative della Regione in merito agli obiettivi annuali assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie. Nella DGR 8279 di marzo 2024 il peso complessivo degli obiettivi inerenti le liste di attesa è superiore a quello del pareggio di bilancio e per la prima volta in questa Regione è stato assegnato un obiettivo relativo a nuove assunzioni, secondo quanto previsto dal Piano straordinario sul personale sanitario monitorato dai relativi osservatori con i sindacati di riferimento. Per migliorare la situazione viene utilizzata ogni possibilità

affinché queste azioni straordinarie possano diventare ordinarie per migliorare l'accesso e l'offerta del nostro Sistema Sanitario a livello regionale.

Su un altro versante, quello dell'appropriatezza, nel descrivere alcune delle azioni che il Governo intende mettere in atto per risolvere le principali criticità del Sistema Sanitario Nazionale, tra cui proprio i tempi di attesa, il ministro Orazio Schillaci ha recentemente affermato: **“È ugualmente prioritario diminuire il numero di prescrizioni per visite specialistiche e esami diagnostici, limitandosi a quelle realmente necessarie. Il medico che evita ad un paziente di sottoporsi ad un esame inutile gli fa un favore anche se, spesso, almeno nell'immediato, il soggetto interessato non se ne accorge”** (Quotidiano Sanità, 22 marzo).

Lo scorso 27 marzo, il presidente Alberto Cirio, l'assessore alla sanità Luigi Genesis Icardi hanno sottoscritto con i Sindacati un protocollo d'intesa per dare una risposta alle criticità delle liste d'attesa. Considerata l'importanza dell'accordo il testo è allegato a questo documento (Protocollo Liste attesa Cirio Sindacati).

I contenziosi

Un tema molto critico per il personale resta quello del timore di essere coinvolti, a qualche titolo, in un procedimento penale, civile o contabile. La conseguenza pratica di questo problema è che le prestazioni sanitarie avvengono spesso secondo una logica di “medicina protettiva”, per paura di possibili denunce piuttosto che per una vera e propria esigenza di salute. Questo fenomeno aumenta la sua dimensione man mano che passiamo dalle prestazioni in “elezione” alla “emergenza urgenza”. La soluzione a questo fenomeno trova sostanza nella elaborazione di linee guida e standard di buona pratica clinica da parte delle società scientifiche, a cui anche la giurisprudenza possa fare riferimento. Questo processo è iniziato anche in Italia dove l’Istituto Superiore di Sanità si rivolge ad alcune società scientifiche accreditate per l’elaborazione di specifiche linee guida. Il Regno Unito investe circa due miliardi di sterline all’anno nel sistema NICE che ha proprio questo tipo di funzione. Oltre a garantire l’appropriatezza delle cure ai pazienti, le linee guida evitano le prestazioni inutili, che specie se invasive significano costi inutili e molte volte un danno allo stato di salute del paziente con possibili richieste di risarcimento. È vero che la legge n. 24/2017 ha messo sullo sfondo la responsabilità penale del sanitario e offerto uno scudo importante riguardo a quella civile, stabilendo sostanzialmente che la struttura sanitaria o socio sanitaria pubblica o privata risponde in prima istanza delle condotte dolose dei propri collaboratori. Ulteriori miglioramenti possono essere introdotti sulla base di approfondimenti giuridici.

Poiché stiamo parlando di fatti che si collegano a richieste di risarcimento devono essere potenziate le soluzioni congegnate insieme al mondo assicurativo, utilizzando un dedicato sistema di gestione dei sinistri. Le esperienze in tal senso effettuate in Piemonte sono prevalentemente positive.

Sotto il profilo organizzativo delle aziende sanitarie lo sviluppo dei metodi e delle tecniche dedicate alla riduzione del rischio clinico devono rappresentare la risposta più autorevole al problema.

Ma il contenzioso giudiziario, pur mitigato, non esaurisce tutti gli aspetti di questo argomento, a cui bisogna purtroppo aggiungere l’atteggiamento diffuso di ostilità che pervade a volte gli utenti dei servizi nei confronti dei sanitari. La manifestazione più evidente di questo fenomeno sono le frequenti aggressioni nei Pronto Soccorso e non solo, in danno dei sanitari. Per mantenere attrattive certe professioni occorrono anche strategie e applicazioni organizzative che tengano conto della drammaticità di queste situazioni.

Nel maggio scorso mediante il cosiddetto “decreto bollette” sono state aumentate le pene per chi aggredisce gli operatori sanitari.

Per la riduzione del conflitto ci sono passi da fare anche in una direzione culturale e di coscienza sociale, puntando alla ricostruzione di una relazione fiduciaria fondata sulla consapevolezza dei cittadini che “in medicina vi è un grado di fallibilità che non dipende solo dal livello di diligenza e di perizia del medico ma anche dal grado di complessità sia della malattia che del malato stesso (Mancin, Quotidiano sanità, 12/3/24).

Università e Regione

Il tema generale è la ricerca di una compatibilità e integrazione tra gli obiettivi universitari di ricerca, didattica, assistenza e gli obiettivi regionali quali ad esempio la copertura degli organici e l'attuazione dei dipartimenti integrati. Integrare richiede da entrambe le parti un particolare impegno e il sacrificio di qualche spazio d'autonomia. Impresa resa difficile perché abbiamo di fronte due realtà tra loro differenti, con normative poco sovrapponibili.

Considerato il problema della consistenza delle risorse professionali, la Regione dovrebbe costituire una propria Commissione formata da tecnici della materia, includendo esperti di statistica, di demografia e di programmazione sanitaria con lo scopo di definire in pochi mesi i bisogni formativi del nostro sistema sanitario regionale per il prossimo decennio. Tali risultati potranno costituire la base per una programmazione concordata dei posti da assegnare tramite i relativi concorsi per l'accesso ai corsi universitari.

In tale contesto si pone anche il dibattito sul "numero chiuso" per la medicina e per le professioni sanitarie, risolvibile solo a livello nazionale, attraverso una soluzione che contemperi le esigenze qualitative dell'Università (un numero di aule, di letti e di ambulatori adeguato per un'ottimale formazione del futuro medico e un approccio seriamente meritocratico nella determinazione dei criteri minimi per l'accesso) con le esigenze quantitative della Regione che altrimenti non riesce a soddisfare il diritto alla salute dei cittadini. Tra quelle in campo, una soluzione che ci appare sensata è la seguente, articolata in **3 passaggi**:

1. **Test attitudinale per tutti gli aspiranti.** Il test evidenzia le attitudini e la preparazione di base dei singoli candidati, indicando quale sia il loro livello di possibilità di superare gli esami dei corsi prescelti. Tutti possono iscriversi al primo anno a prescindere dal risultato ottenuto e il giudizio rimane riservato.
2. **Accesso libero al primo anno di corso "sub condizione".** Al termine del primo anno viene consentito il proseguimento degli studi solo a coloro che hanno superato entro l'ultima sessione tutti gli esami previsti dal corso con una votazione media predeterminata (potrebbe essere intorno al 24/30).
3. **Possibilità per i "non idonei" di accedere ad altri corsi universitari.** Tale scelta consente di convalidare gli esami superati nel primo anno. Questa opzione potrebbe, per esempio, valere per i non idonei al corso di laurea in Medicina che si vogliano iscrivere a Biologia o ad uno dei corsi relativi alle professioni sanitarie.

Per realizzare una sostanziale integrazione tra università e sanità regionale occorre

puntare su dipartimenti realmente integrati, che osservino contemporaneamente gli obiettivi del SSR e quelli degli Atenei. I Dipartimenti integrati dovrebbero dotarsi di un centro unitario di responsabilità e di costo e di comuni uffici amministrativi e gestionali, per consentire sia il buon funzionamento delle attività e sia una concreta efficienza organizzativa. Le parti di Ricerca e didattica dovrebbero lavorare coinvolgendo la parte ospedaliera, utilizzando un budget condiviso. La valutazione delle attività dipartimentali dovrebbe essere comune, salvaguardando i reciproci spazi di autonomia. Ad un livello strategico superiore è proponibile una nuova formula di direzione e controllo che partendo da un organo centrale di indirizzo strategico, con un relativo consiglio direttivo, si colleghi sia all'Università (Scuola e Dipartimenti), sia alla Regione (tramite le Aziende miste). La costruzione a Torino del nuovo "Parco della salute" potrebbe essere l'occasione per applicare il nuovo tipo di "governance", con lo scopo di realizzare un progetto di "Teaching Hospital" pubblico, gestito pariteticamente da Regione e Università degli Studi di Torino.

Il rapporto tra Regione e Università è determinante per sviluppare i temi della ricerca e dell'innovazione. La Regione deve promuovere il dialogo e la collaborazione con gli atenei, i centri di ricerca pubblici e privati, l'industria e il mondo economico con il fine di mettere a sistema e a fattore comune le migliori competenze, risorse ed esperienze per il miglioramento e progresso delle diagnosi e delle cure. Le aziende ospedaliere universitarie devono essere il punto principale di connessione tra i ricercatori interni e gli operatori esterni.

Il sistema informativo

Nel profilo organizzativo del sistema regionale è previsto un ente in house: il CSI Piemonte, che dovrebbe occuparsi di rendere omogenei gli elementi di base del complesso informativo delle aziende sanitarie. Questo per semplificare le connessioni tra le aziende e con la Regione, facendo leva su servizi informativi di pari efficacia a costi controllati e trasparenti. Nel corso degli anni tutto questo non si è realizzato e dal punto di vista regionale si è preferito che le aziende si dotassero attingendo al libero mercato dei servizi informativi, senza regolare l'efficacia e l'economicità delle soluzioni adottate dalle singole Aziende. Questa scelta ha evitato che la in house strozzasse il possibile mercato dei fornitori assumendo tutti i servizi tramite affidamento diretto. Il CSI segue molti progetti speciali della sanità e le Aziende realizzano i loro sistemi informativi attraverso il ricorso a diversi fornitori, compreso il CSI stesso. Sotto il profilo dei prodotti usati si tratta quindi di una realtà molto variegata. Considerata la situazione, la Regione, deve controllare attentamente l'efficienza del sistema per tenere sotto controllo il peso economico dei sistemi informativi e paragonarne l'efficacia sotto il profilo dei servizi resi verso gli utenti interni ed esterni. Qualora si rilevassero oggettive difficoltà di gestione nella resa dei servizi è importante che la Regione intervenga con una visione di sussidiarietà, ovvero fornendo puntualmente alle aziende in difficoltà sia un supporto metodologico e sia strumenti operativi finalizzati alla conduzione ottimale delle attività sanitarie. Si tratta di agire con un'ottica puntuale sui problemi locali anche finalizzata a non disperdere con progetti unici regionali eventuali esperienze virtuose già presenti. Le indicazioni precedenti potrebbero trovare utile spazio nei compiti di Azienda Zero, la quale dovrebbe seguire e stimolare anche la realizzazione dei progetti di portata sovraregionale e coordinati a livello ministeriale, come il fascicolo sanitario elettronico e similari.

In prospettiva, non bisogna considerare un aspetto marginale del sistema il tema della "Cyber Security". In tempi recenti sono state attaccate la ASL "Città di Torino" e la AslTO5, con conseguenti danni agli apparati informativi. Un attacco informatico ai sistemi sanitari, essendo questi custodi di dati sensibili, comporta gravi conseguenze per la sicurezza delle persone, oltre al blocco delle attività anche per giorni e pesanti ricadute su diversi aspetti organizzativi.

In termini più generali, dobbiamo osservare che le tecnologie informatiche possono confrontarsi e fronteggiare con efficacia i più importanti elementi globali di cambiamento, come l'invecchiamento della popolazione, le crescenti aspettative nella domanda di servizi, l'efficienza contabile/gestionale dei sistemi sanitari nonché l'evoluzione metodologica dei modelli assistenziali. In questo contesto la

sanità digitale, con le diverse innovazioni che si stanno consolidando sul mercato (Telemedicina, Mobile e Cloud, Device Wearable e applicazioni Internet of Things, Intelligenza artificiale e analisi dei Big Data, Cyber Security e Blockchain) può aiutare il raggiungimento del traguardo della sostenibilità economica di lungo periodo del SSN, contribuendo all'erogazione di un adeguato livello di qualità delle cure.

Nel contesto di attuazione della sanità digitale, utilizzando se possibile la dotazione finanziaria del PNRR, bisognerà investire su vari versanti, di cui rappresentiamo quelli che ci sembrano più importanti.

1) Migrazione al Cloud dei sistemi informativi delle ASR e della Regione e creazione di infrastrutture digitali sicure che consentano efficienza e semplificazione nell'accesso ai dati e alle applicazioni degli enti sanitari. La centralizzazione delle risorse digitali consente una gestione più efficace, una maggiore resilienza e l'accessibilità da qualsiasi dispositivo connesso. Con un investimento significativo nel campo della Cyber Security si rafforza l'ecosistema digitale attraverso servizi di monitoraggio e gestione delle minacce cyber. Questo non solo protegge i dati sensibili, ma garantisce anche la fiducia dei cittadini nei servizi pubblici sanitari online.

2) Il processo di dematerializzazione, soprattutto nell'ottica di una completa digitalizzazione della sanità e in ottica di sostenibilità, permette di migliorare la qualità dei servizi rivolti ai cittadini e abbattere i costi che tali servizi comportano. In tal senso è fondamentale garantire interventi di manutenzione migliorativa ed evolutiva dell'ecosistema applicativo dei servizi sanitari digitali in capo alla Regione e che permettano di offrire al cittadino modalità semplificate per l'interazione con il servizio sanitario regionale, aumentando gli strumenti web fruibili anche mediante dispositivi mobile. Tali servizi consentono al cittadino di ottenere informazioni e/o di compiere delle operazioni, quali ad esempio la prenotazione di prestazioni, il pagamento del ticket, il ritiro del referto, la gestione del proprio fascicolo sanitario elettronico, la fruizione del sistema regionale di ricetta dematerializzata.

3) Altro aspetto centrale è la telemedicina. Un grande passo per il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza verrà fatto con i servizi di telemedicina, una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle ICT, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso posto. La telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la

prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. La telemedicina, nel rappresentare uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre opportunità di grande rilevanza soprattutto per l'equità di accesso all'assistenza sanitaria e migliora la qualità dell'assistenza, garantendo la continuità delle cure, specialmente quelle per le malattie croniche. Il telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una deospedalizzazione precoce e offre grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto, un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze. Nella Mission 6 del PNRR sono previste due linee di intervento dedicate alla infrastruttura tecnologica, analisi di dati, modello predittivo, governance e diffusione della telemedicina.

All'interno di questo contesto, sarà nevralgico promuovere un effettivo cambio culturale verso l'assistenza sanitaria a distanza, valorizzando le iniziative di telemedicina esistenti e future, sviluppate in linea con gli standard e le linee di indirizzo nazionali, e agevolarne la diffusione.

In particolare, sarà necessario presidiare aspetti di:

A) condivisione della struttura e definizione dei contenuti degli ambienti di informazione e comunicazione, formazione e vetrina delle soluzioni di telemedicina verificate secondo criteri e standard nazionali;

B) definizione dei processi, requisiti di inserimento e valutazione della conformità delle soluzioni di telemedicina rispetto agli standard nazionali in termini di dimensione tecnologica (requisiti tecnologici necessari per integrare le soluzioni all'interno dell'ecosistema digitale, accrescendo l'interoperabilità) e dimensione clinico-organizzativa (funzioni necessarie e da garantire per ogni tipologia di servizio erogato);

C) definizione dei contenuti e degli indicatori di performance (KPI) relativi all'ambiente di esposizione dei dati di utilizzo e analisi delle soluzioni tecnologiche in uso nelle esperienze di telemedicina.

4) Un altro pilastro su cui far convergere impegni finanziari a valere sui fondi PNRR è il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La sua alimentazione con tutti i documenti di tipo socio-sanitario, garantisce la tracciabilità della storia clinica del cittadino in qualunque momento e in qualunque luogo si trovi, in totale sicurezza. Infatti, anche in mobilità, il medico che prenderà in cura il paziente potrà accedere

ai dati e ai documenti necessari per le finalità di cura, evitando che il paziente debba avere con sé tutti i documenti cartacei. Il FSE, dal punto di vista del cittadino, consente di avere un accesso unico alla storia clinica del paziente che contiene i referti, le prescrizioni, le lettere di dimissioni, e molto altro. Questo permette al medico di accedere alla documentazione dell'assistito necessaria per un'anamnesi senza la necessità che il paziente abbia con sé tutta la documentazione cartacea, evitando anche il rischio che qualche documento venga perso. Il FSE consente inoltre alla cittadinanza totale gestione della privacy in quanto le modalità di accesso al FSE devono essere esplicitate dall'assistito mediante l'espressione di apposito consenso, reso a seguito della visione della relativa informativa. In tal senso sarà fondamentale continuare a governare e portare avanti il processo di digitalizzazione e semplificazione dei processi in Sanità. La Sanità Digitale è la strategia più importante per la realizzazione dei nuovi modelli assistenziali in sanità nel rispetto dei principi guida per gli interventi di informatizzazione della PA. Il modello che guida gli interventi coordinati a livello regionale è il Programma SIRSE – Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica, che promuove un Sistema informativo per la Sanità Digitale, basato sull'interoperabilità fra i servizi, la condivisione di dati e documenti clinico-sanitari, la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dei servizi on-line (SoL) sanità per i cittadini. Nell'ambito dei suddetti obiettivi, sarà impegno della futura Giunta, coadiuvata da realtà dalle forti expertise tecnologiche quali la società in house regionale CSI Piemonte e aziende dotate di tecnologie abilitanti, proseguire iniziative progettuali che facilitano l'interoperabilità del FSE con ASR, MMG/PLS e Privato accreditato, promuovono la diffusione e l'evoluzione dell'infrastruttura di FSE e l'integrazione degli erogatori pubblici e privati.

5) Sono necessarie azioni di divulgazione e formazione verso tutti i dipendenti del SSR, gli MMG/PLS, Farmacie e strutture private accreditate per sostenere l'incremento dell'interoperabilità dei sistemi informativi con il FSE e il numero dei documenti e dei dati strutturati in esso, come richiesto da Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). Più specificatamente sarà necessario: A) consolidare e diffondere attuali soluzioni online (SoL) e il Punto Unico di Accesso (PUA), il Portale Unico dei Servizi on Line per gli operatori sanitari e cittadini e allo sviluppare nuovi SoL in area clinica-sanitaria. I SoL sanità offrono funzionalità omogenee sul territorio, in logica multicanale (app mobile, web app e totem); B) favorire la gestione del percorso previsto dal Piano Regionale Cronicità grazie alla disponibilità e condivisione delle informazioni cliniche digitalizzate a tutti i soggetti interessati nel rispetto delle normative su privacy e sicurezza; C) realizzare strumenti regionali per sostenere modelli innovativi di erogazione di prestazioni a domicilio, assicurando equità

nell'accesso alle cure, migliore integrazione ospedale-territorio.

In molti casi l'utilizzo dei servizi informatici più evoluti è penalizzato da percorsi farraginosi di navigazione. Occorre lavorare allo snellimento delle procedure di accesso (per esempio al FSE). I Medici di Famiglia devono essere i primi interlocutori e valutatori della reale facilità d'uso degli strumenti che hanno a disposizione per integrarsi con il SSN.

Il volontariato

Secondo stime dell'Istat del 2021, sono circa 4,6 milioni le persone attive nelle organizzazioni e associazioni no profit italiane.

Di queste oltre il 16% sono impegnate nel settore sanitario e il 14% nell'assistenza sociale e nella protezione civile. Un insieme che è risultato straordinario nell'aiuto fornito al SSN durante la battaglia contro il Covid-19. Si tratta di persone che decidono di impegnare una parte del proprio tempo di vita e delle proprie capacità al servizio degli altri. Una comunità diffusa che si adopera ogni giorno per il bene della collettività e per alleviare una sofferenza umana con una varietà di azioni. I valori fondanti del volontariato spaziano dall'amore verso il prossimo all'esercizio della pietà umana.

Nell'impegno a favore degli altri si trasmette conforto e sostegno nei momenti di difficoltà e bisogno. Ognuna delle persone impegnate in attività di volontariato mette a disposizione un esempio morale concreto che può essere di importante insegnamento per la coscienza di tutta la società e per i comportamenti individuali. Nel sistema sanitario si realizza nel sostegno ai pazienti e agli operatori dentro e fuori i luoghi di cura.

L'aiuto al malato avviene attraverso attività di informazione, orientamento, ascolto, conforto, non solo ai pazienti ma anche ai loro familiari, incrociando bisogni che vanno oltre l'erogazione di una prestazione sanitaria. In alcuni casi l'opera del volontariato è pubblicamente in evidenza, come nei servizi di emergenza, in altri casi si vede meno, come quando si trasportano i malati a sottoporsi a dei cicli di cura, da casa all'ospedale, accompagnando, aspettando che il trattamento termini, ritornando a casa con il paziente.

Visibile o invisibile che sia l'opera, il volontariato affronta le attività con impegno, professionalità, sacrificio. Nei percorsi assistenziali attuali e del futuro, orientati verso la territorialità dei servizi e delle cure domiciliari, il ruolo del volontariato sanitario è destinato a crescere perché le comunità e le associazioni locali incrementano il ruolo di riferimento per aiutare i più deboli a integrarsi con il SSN. La Regione e le aziende sanitarie, se possibile insieme ai Comuni, devono sostenere e progettare percorsi di formazione per le persone del volontariato, in modo che si possa unire alla generosità una preparazione accurata sui bisogni e le necessità dei malati e sulla conoscenza dei cambiamenti nei percorsi assistenziali.

Le farmacie

La battaglia contro il Covid-19 ha dimostrato l'importanza delle farmacie nell'operare di concerto con il SSN.

La farmacia dei servizi prende ora il lancio definitivo con il Ddl sulle semplificazioni e diventa un luogo fondamentale per assicurare l'aderenza terapeutica a tanti pazienti, soprattutto per le persone più anziane. Le farmacie sono importanti anche per lo sviluppo della telemedicina e per far sì che possano essere fatte in sicurezza vaccinazioni e screening. Inoltre le farmacie rurali dei piccoli centri rappresentano un punto di aggregazione e di sicurezza per i cittadini.

Non solo farmaci quindi ma sempre più servizi sanitari: come tutti i vaccini previsti dal piano nazionale per gli over 12 anni, oltre a quelli per influenze e Covid già disponibili, nonché i tamponi diagnostici salivari e orofaringei, compresi i test per aiutare a scegliere la migliore terapia antibiotica per chi è colpito da una patologia respiratoria. Come i servizi di telemedicina quali un elettrocardiogramma o un holter pressorio e cardiaco, oltre alla possibilità di scegliersi il proprio medico di famiglia o il pediatra.

La farmacia dei servizi, oltre ad aggiungere nuove prestazioni a quelle che già offre oggi, dagli esami come glicemia colesterolo al controllo della pressione, potrà agire in nuovi spazi fisici con tanto di insegna ad hoc accanto alla tradizionale Croce Verde che la contraddistingue.

Per erogare i servizi sanitari si potranno utilizzare locali separati da quelli dove è ubicata la farmacia con l'accortezza però che in questi stessi locali sia vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti, con la possibilità di poter apporre sui locali stessi, oltre alla Croce Verde identificativa della farmacia, un'insegna riguardante la denominazione farmacia dei servizi.

Tra l'altro questi locali potranno essere condivisi da più farmacie stipulando un contratto di rete. In sostanza una crescita esponenziale di servizi per i cittadini.

Rapporto tra pubblico e privato

L'imprenditoria privata si collega al tema della salute in base a due situazioni che possono essere entrambe presenti nello stesso contesto strutturale e organizzativo ma che conviene rappresentare nella differenza sostanziale. Una riguarda gli operatori privati in senso stretto, che stanno di fronte alle persone come i venditori di servizi di un qualunque mercato, con regole e norme da osservare senza particolari connessioni con il SSN, stabilendo i prezzi delle prestazioni secondo le loro valutazioni rispetto alla concorrenza. Il loro rapporto economico con i cittadini è sovente mediato dal sistema delle assicurazioni private, le quali risultano un settore in crescita.

L'altro insieme è quello di una imprenditoria che eroga i servizi sanitari nell'ambito di un rapporto con il SSN disciplinato da convenzioni contrattuali che definiscono relazioni economiche e regole organizzative.

Di fronte alle attività sanitarie di questi imprenditori i cittadini italiani hanno gli stessi diritti di base offerti dal SSN, con l'importante caratteristica della medesima gratuità offerta dal sistema pubblico. Pertanto le imprese che erogano servizi sanitari nell'ambito di una convenzione con la parte pubblica sono parte integrante del SSN. **Le osservazioni politicamente prodotte contro questi erogatori non hanno quindi ragione di essere né sotto il profilo formale e né sotto quello sostanziale.** Il lavoro di questi soggetti serve a mantenere la salute dei cittadini tanto quanto quello della parte pubblica, le differenze stanno nelle tipologie di prestazioni offerte e non nella loro utilità. La differenza attuale di prestazioni rilevabile sul versante ospedaliero, con il lato pubblico più orientato al trattamento dei problemi sanitari acuti e urgenti e quello privato più dedicato agli interventi programmabili, può essere considerata ragionevole ma meriterebbe di essere rivisitata valutando le attività operative accreditabili sotto il profilo delle necessità e delle criticità del sistema pubblico. Ugualmente, nel campo delle cure sul territorio delle cronicità e della disponibilità di posti letto per trattamenti di bassa intensità sanitaria potrebbero essere convenienti delle finalità comuni con questa imprenditoria, al fine di liberare da accessi impropri gli ospedali pubblici dedicati agli interventi di medio e alto livello.

Durante la pandemia Covid-19, il privato convenzionato ha messo a disposizione importanti risorse strutturali e umane che hanno coadiuvato in modo determinante l'impegno del SSN. Nel futuro prossimo il suo apporto può essere altrettanto importante per ridurre il problema dei tempi di attesa e per contrastare il fenomeno della mobilità sanitaria verso altri sistemi regionali. Se la riduzione delle attese dipende principalmente dal numero di professionisti che si hanno a disposizione in termini di tempo e di organizzazione, aumentando l'offerta di prestazioni con l'aiuto

del privato convenzionato dovremmo ragionevolmente aspettarci importanti miglioramenti.

La mobilità sanitaria dei piemontesi verso altri sistemi sanitari avviene principalmente a favore del sistema lombardo, che sui territori di confine dispiega un'offerta di servizi sanitari di alto profilo per numerosità e qualità, tramite i suoi erogatori pubblici e privati convenzionati. Si tratta di un fenomeno che drena risorse economiche al sistema piemontese e che può essere arginato o invertito nelle dinamiche, rinforzando in modo significativo la gamma delle nostre prestazioni sanitarie sulle zone di frontiera geografica e amministrativa. Per ottenere questo risultato sarebbe strategica una concreta alleanza operativa con il sistema del privato accreditato, ad ogni livello dei servizi: ambulatoriali, diagnostici, ospedalieri.

Citiamo anche una forma originale di condivisione, più sviluppata in altre regioni come in Emilia Romagna, dove i professionisti del sistema pubblico utilizzano le strutture e le relative tecnologie del privato accreditato per eseguire le loro prestazioni del SSN, superando così i vincoli organizzativi interni ai loro presidi che a volte impediscono per saturazione il completo utilizzo orario di ambulatori, diagnostica, sale operatorie. Il risultato di queste iniziative è un aumento generale dei servizi resi e una riduzione dei tempi di attesa. Viceversa può essere utile il ricorso a convenzioni per utilizzare risorse umane del privato anche nel sistema pubblico laddove vi fossero reparti o strutture a rischio di chiusura o diminuzione dei servizi per carenze di personale.

Dunque il rapporto tra il sistema pubblico e quello accreditato deve declinarsi in formule operative di collaborazione, semmai di competizione per superarsi nella qualità e nei risultati di salute ottenibili, in base ad un approccio di reciproco sostegno strategico finalizzato ad erogare servizi di sanitari di alto livello in maggiore quantità.

Al sistema pubblico spetta il compito di:

- 1) programmare il rapporto con il privato accreditato sulla base di una lettura precisa dei fabbisogni della popolazione;
- 2) controllare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni acquistate;
- 3) adottare un modello di remunerazione delle tariffe realistico rispetto alle dinamiche dei costi.

Trattando del rapporto pubblico/privato risulta conseguente fare un riferimento ai temi della propaganda politica di sinistra particolarmente recitati in questo periodo elettorale. L'enunciato principale proclama che il governo di centro destra sta distruggendo la sanità pubblica e di conseguenza favorendo quella privata.

Pur allenati ai parossismi delle campagne elettorali e ai vagoni di pagliacciate che comportano, vale la pena di ricordare alcuni dati di fatto:

1) setacciando discorsi e documenti attribuibili al mondo di FdI non esistono affermazioni o azioni rivolte contro la sanità pubblica;

2) le decisioni del governo Meloni e in particolare del ministro Schillaci sono indiscutibilmente tese ad affrontare e trovare soluzioni per le principali criticità in corso, come dimostrano ad esempio i provvedimenti adottati in materia di personale e dei tempi di attesa;

3) le difficoltà sui finanziamenti per il SSN si evidenziano già nei primi anni del secolo 2000 e per diverse ragioni saranno presumibilmente problemi con cui anche in futuro bisognerà convivere;

4) a livello nazionale il governo Monti è quello che più ha falciato le risorse del SSN;

5) in Piemonte la più grande e determinata mattanza di posti letto e strutture organizzative ospedaliere pubbliche è avvenuta tramite i provvedimenti dell'Assessore Saitta della giunta Chiamparino, a cavallo degli anni 2014 e 2015 (DGR 19/11/2014 n. 1-600; DGR 23/1/2015 n. 1-924), con riduzioni superiori a quanto richiesto dalle normative;

Si è trattato di un passaggio devastante perché alla revisione in riduzione della rete ospedaliera non è stato collegato un contestuale rafforzamento dei servizi sanitari territoriali. Il risultato è stato quello di aggravare la pressione dei pazienti cronici e anziani (in continuo aumento) sui pronto soccorso e sugli ospedali, ridimensionati alla ricerca di una presunta efficienza che per essere trovata doveva ricevere il sostegno (non costruito) degli altri elementi di sistema;

6) in questi anni le aziende sanitarie hanno indetto dei concorsi per recuperare personale medico ma spesso non hanno nemmeno trovato i candidati. Aziende che avevano la possibilità di assumere per capienza finanziaria e nel rispetto dei tetti organizzativi. Rinforzare gli organici pubblici è stato oggettivamente complicato.

Invece che diffondere false informazioni e rappresentare le criticità della sanità pubblica con le lenti del condizionamento ideologico, da parte di tutti si dovrebbero analizzare a fondo le cause che hanno prodotto certe criticità, per superarle insieme e specialmente per non ricadere in errori strategici come quelli avvenuti.

La debolezza attuale ed evidente del SSN fa capo alla carenza di risorse umane, in special modo medici, frutto di una colpevole mancanza di programmazione

avvenuta tutta all'interno del sistema pubblico (Ministeri, Università, Regioni).

Se il sistema privato ha tratto beneficio da questi andamenti, risultando sempre più determinante e presente, utilizzando la sua flessibilità organizzativa per occupare gli spazi vuoti lasciati dal pubblico, non lo dobbiamo ad una strategia consapevolmente adottata da qualche preciso potere: è bensì il risultato (ripetuto nel tempo da soggetti e governi diversi) dell'incapacità di tutelare l'interesse pubblico da parte di chi era deputato a farlo, lasciando oggettivamente posto ad una somma di interessi particolari la cui risultante ha giocato contro la sanità pubblica.

Come già ampiamente dimostrato dalla giunta Cirio, per il centro destra e in particolare per FdI il sistema sanitario pubblico è un valore irrinunciabile, per il cui mantenimento e sviluppo sono e saranno dedicate le attenzioni e le capacità necessarie. FdI sviluppa le sue azioni politiche per rinforzare nel concreto i principi fondanti del nostro SSN: universalità, equità, uguaglianza. L'imprenditoria privata convenzionata rappresenta un insieme di mezzi e di competenze con cui è realisticamente utile collaborare per migliorare il sistema salute, inquadrando questa cooperazione nell'ambito di scelte e indirizzi stabiliti dalla programmazione della Regione, nell'esclusivo interesse pubblico rivolto alla salute dei cittadini.

Educazione sanitaria

Le stime del mondo della ricerca valutano che stili di vita sani possono ridurre fino al 30% il rischio di sviluppare tumori e gravi malattie come quelle cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative.

Devono essere costanti le azioni educative e informative rivolte alla popolazione di tutte le età per favorire corretti stili di vita e ridurre l'incidenza e la mortalità delle malattie. Programmi e progetti di educazione sanitaria devono essere collocati nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli spazi sociali, con la collaborazione del personale sanitario, media tradizionali e digitali, enti locali, associazioni del volontariato. Corretta informazione, comunicazione, sensibilizzazione sono importanti anche per l'adesione ai programmi di screening oncologici regionali.

Morti sul lavoro

I morti sul lavoro sono un fenomeno da contrastare con metodo e determinazione. "In Piemonte nel 2023 si sono registrati 75 decessi: in media ogni 5 giorni una persona uscita di casa per andare al lavoro non è tornata" (Luca Carretti segretario generale Cisl Piemonte). La Regione ha predisposto un progetto triennale da 14 milioni per fare corsi di formazione, aumentare il numero degli ispettori e la strumentazione necessaria. Le aziende sanitarie, con un potenziamento degli SPreSAL, devono programmare in estensione quantitativa le ispezioni per verificare le condizioni di sicurezza sui luoghi di lavoro. Risulta necessario un rafforzamento della disciplina della medicina del lavoro e l'istituzione di tavoli permanenti composti da rappresentanti delle imprese, dei lavoratori e delle Asl, finalizzati alla creazione, diffusione e manutenzione di protocolli e standard operativi con piani mirati di prevenzione. Sono da evitare i comportamenti unicamente repressivi perché siamo di fronte a fenomeni verso cui deve crescere consapevolezza, coscienza, maturità civica, sensibilità sociale, oltre che essere affrontati con i doverosi momenti di controllo e sanzione.

La salute mentale

Anche questo ramo sanitario soffre della carenza di medici, difficilmente trovabili nonostante l'impegno delle aziende sanitarie in tal senso. Deve però essere segnalata una importante novità.

Con l'Intesa in Conferenza Stato Regioni sancita il 21 dicembre del 2023 sulla "Nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN" si è posto rimedio all'assenza della salute mentale dal disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito col DM 77/22.

Ci sono innovazioni sia per gli aspetti organizzativi e sia per l'identificazione di standard minimi di personale. Si tratta di questioni il cui indirizzo risaliva a un DPR del 1999. L'arco temporale di attuazione seguirà quello del PNRR, ovvero entro il 2026. Richiamiamo gli standard organizzativi che si articolano in servizi specialistici di quattro livelli. Un primo di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene garantita all'interno delle Case di comunità in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con gli altri operatori che garantiranno le attività di individuazione e di primo intervento.

Comprende valutazioni specialistiche in loco con la possibilità di diagnosi per l'intervento precoce e garantisce l'appropriatezza di invio ai livelli superiori di trattamento. Un secondo livello si occupa di progetti terapeutico riabilitativi individuali a lungo termine, assicurati dai Centri di salute mentale. Un terzo livello garantisce l'assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale garantito dai Servizi ospedalieri di diagnosi e cura e dalle strutture residenziali terapeutiche.

Il quarto livello sono le reti specialistiche regionali o interregionali che comprendono servizi sovra zonali per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Dipartimento di prevenzione

L'organizzazione del dipartimento di prevenzione in Piemonte è basata sulla legge regionale 10/1995 e confermata da una riorganizzazione del 2014/15. **Il modello, datato, si trova ad affrontare le seguenti criticità:**

- Cambiamento del quadro normativo-operativo (nuovi LEA 2017), nuovo piano di prevenzione, DM 77 con mandato per nuovo sistema salute, ambiente, biodiversità e cambiamenti climatici);
- Carenza di medici, di infermieri e di tecnici della prevenzione;
- Scarsa attrattività di alcune strutture, come la sicurezza sui luoghi di lavoro a causa delle limitazioni alle attività libero professionali;
- Ambiti territoriali delle ASL con popolazione e attività produttive molto diversificate che, alla luce dei nuovi approcci e delle risorse economiche disponibili, non consentono di disporre di un numero sufficiente di personale

Molte Regioni nel corso dell'ultimo decennio hanno definito nuovi modelli organizzativi per la prevenzione.

Le innovazioni hanno riguardato l'individuazione di dipartimenti specializzati, la strutturazione di aree dipartimentali, la modifica delle strutture complesse dei dipartimenti.

- È allo studio l'aggiornamento organizzativo del Piemonte, basato sulla verifica dei risultati ottenuti dai cambiamenti introdotti da altre regioni e nell'ottica di essere coerenti con le disposizioni del DM 77.

Ai fini di una riorganizzazione occorre inoltre:

- *Studiare un opportuno inserimento di professionalità che richiedono il ruolo della dirigenza (medico, veterinario, biologo, ingegnere, ecc.) perché il ruolo da funzionari non è attrattivo per i laureati nelle discipline sanitarie*
- *Aggiornare i corsi universitari sia per quanto riguarda l'aumento dei corsi per determinate professionalità (tecnico della prevenzione), per alcune specializzazioni e per la creazione di nuove professionalità ad oggi non presenti in Piemonte (assistente sanitaria/o). Occorre inoltre delocalizzare i corsi in modo da compensare l'accentramento su Torino*

che rende complesso il reperimento delle professionalità nelle altre aree del Piemonte.

Uno dei principali obiettivi da raggiungere risiede nel creare le condizioni di un coordinamento stabile di tutti gli attori in gioco, spaziando dai temi dell'alimentazione a quelli del lavoro, per ottenere comportamenti e regole condivise, applicate in modo uniforme su tutto il territorio regionale. Per quanto riguarda il tema della peste suina, che colpisce economicamente i nostri allevatori/produitori e per cui la Regione ha già investito oltre 6 milioni per sostenere le varie azioni di contrasto, è necessaria una stabile integrazione di filiera, composta dalla collaborazione di agricoltori, allevatori, cacciatori e macellatori, che affronti ogni aspetto del problema, dalla ricerca attiva delle carcasse alla riduzione dei cinghiali nelle zone di rischio imprenditoriale, fino alle misure di bio sicurezza degli allevamenti.

In tema di **sicurezza alimentare occorre porre sullo stesso piano i controlli che vengono svolti sui produttori e sulla ristorazione tradizionale rispetto alle situazioni poco strutturate in termini di igiene e condizioni di lavoro del personale. Si tratta di evitare la presenza di soggetti che propongono merci, lavorazioni e cibo di dubbia qualità e sicurezza, specialmente in merito ai trattamenti chimici di conservazione.** Laddove la nostra legislazione è meritoriamente tutelante per i consumatori e i lavoratori, bisogna controllare e reprimere la presenza di realtà che aggirando le regole minano la salute dei cittadini, la dignità del lavoro e svolgono azioni di concorrenza sleale nei confronti dei soggetti osservanti delle norme.

Logistica e gestione dei materiali

La logistica sanitaria ha sempre avuto un impatto rilevante sulle prestazioni del sistema sanitario nel suo complesso. Questo ruolo è ampiamente sottostimato e non compreso nelle sue potenzialità. Solo recentemente (periodo Covid-19) ci si è resi conto dell'importanza nevralgica di una buona logistica per la gestione dei materiali di protezione e successivamente dei vaccini. Per raggiungere in breve tempo i livelli di efficienza richiesti il sistema sanitario ha centralizzato la distribuzione dei materiali garantendo punti unici di acquisto, stoccaggio e una distribuzione ad ampio spettro geografico. Questo approccio non è valido solo in contesti di emergenza, ma è quello corretto anche nella ordinarietà della gestione. La gestione dei materiali risulta sempre più complessa, a causa dell'aumento del numero di referenze, della varietà di fornitori, dei tempi di distribuzione e somministrazione sempre più brevi, delle tecnologie necessarie e degli investimenti necessari. Le singole Aziende Sanitarie non hanno più la possibilità di mantenere gli standard oggi richiesti e acquisire le risorse umane e tecnologiche necessarie.

La tendenza mondiale, e da alcuni anni anche italiana, è pertanto quella di delegare la logistica a operatori privati specializzati (in generale privati, qualche volta di tipo pubblico come nel caso di Amos).

Tale servizio esterno deve comprendere il ricevimento, lo stoccaggio, il prelievo, il trasporto e la distribuzione sino ai punti di utilizzo intra o extra ospedalieri, la conduzione dei magazzini centrali e periferici. In tale modo il flusso è visto nella sua interezza e consente di legare la domanda di cura con l'offerta di farmaci e altri materiali. La parte pubblica deve quindi sgravarsi della gestione operativa, mantenendo il governo del processo per quanto concerne le gare d'acquisto, le relazioni con i fornitori, il controllo delle scorte e dei fabbisogni, l'autorizzazione alle consegne e la gestione delle anagrafiche. Tale servizio terziarizzato, ove possibile in funzione del territorio e delle dimensioni delle Aziende, deve aggregare più Aziende Sanitarie per garantire economie di scala sul servizio, sulla supervisione degli acquisti, sulla riduzione delle referenze, sulla armonizzazione delle scelte di prodotti medicali e non.

Il processo logistico entra però anche nella gestione sanitaria intra ospedaliera, perché esso termina al momento della somministrazione al paziente e coinvolge quindi molte figure prettamente sanitarie (medici, infermieri, caposala). La gestione digitalizzata del processo di prescrizione, somministrazione si collega quindi alla fase di acquisizione stoccaggio e distribuzione, garantendo la tracciabilità la visibilità degli stock e dei consumi e migliorando la qualità della cura, riducendo i rischi di errori.

Simili approcci sono stati già attuati in diverse Regioni italiane: in primis la Toscana l'Emilia Romagna, Il Friuli Venezia Giulia, in parte il Veneto, che hanno già realizzato magazzini e gestioni accentrate; altre Regioni si stanno orientando allo stesso modo con progetti di gare d'appalto di servizi, quali la Campania, la Sardegna, la Puglia, ecc.

In Regione Piemonte le scelte organizzative sono state differenziate e non hanno definito una logica unitaria. Per cui attualmente la prevalenza delle tipologie gestionali sono quelle classiche in cui ogni Azienda gestisce in proprio o con l'aiuto di cooperative il processo. In tali contesti, si hanno livelli tecnologici differenziati, tra cui spiccano l'ASL Alessandria che utilizza un sistema di dose unitaria, il Mauriziano che ha automatizzato il magazzino farmaci. In altre realtà, come l'ASL TO 5 è presente una terziarizzazione a livello di singola Azienda, così come all'ASL di Alessandria. Si differenziano le Aziende del cuneese che hanno una gestione affidata ad AMOS e infine le 5 Aziende del nord Piemonte (ASL Novara, Biella, VCO, Vercelli e l'ASO di Novara) che hanno avviato una centralizzazione della gestione completa dei materiali, avviata nel 2023 e in corso di estensione a tutte le Aziende.

In questo scenario, si presentano due variabili: la prima è relativa a proposte di operatori specializzati che stanno suggerendo appalto in Partenariato Pubblico Privato per tutti i servizi logistici e la seconda relativa alla istituzione di Azienda Zero che ha nel suo mandato operativo anche la logistica, oltre agli Approvvigionamenti. Tale Azienda ad oggi non ha ancora operato effettivamente sul tema in oggetto. Al fine di operare delle scelte regionali univoche, anche in sintonia con l'avvio del Sistema Gestionale Unico Regionale (AMCO) occorrerebbe pertanto far attuare da Azienda Zero le seguenti attività:

1. Ricognizione dei sistemi contrattuali in essere della Aziende piemontesi
2. Rilevamento dei sistemi tecnologici e informatici utilizzati
3. Definizione di scenari operativi a diverso livello di accentramento
4. Coinvolgimento di ulteriori soggetti pubblici (es. SITO)
5. Analisi di scenari innovativi di consegna dei materiali a domicilio, sfruttando il prezzo ridotto dei farmaci acquisiti dalle Aziende Sanitarie evitando passaggi intermedi lungo la catena.

Logistica e percorso chirurgico

Le aziende sanitarie piemontesi sono dotate o si stanno dotando di supporti informatici di ultima generazione atti a poter utilizzare con profitto l'importante mole di dati che ogni giorno possono essere disponibili per le strutture stesse. Se, ad oggi, l'inserimento nelle basi dati preposte dei dati di tipo clinico è riconosciuto culturalmente come importante da parte del personale sanitario, non appare delineata allo stesso modo l'importanza di un attento inserimento dei dati di tipo logistico ed infrastrutturale. A questo proposito, riportiamo le seguenti considerazioni.

1. L'informatizzazione dei presidi ospedalieri in termini di tracciamento puntuale dei dati del passaggio dei pazienti in sala operatoria, completi della provenienza specifica del singolo paziente (lista di attesa, pronto soccorso, etc.), sono essenziali alla costruzione di strumenti di pianificazione e controllo di gestione dell'attività chirurgica nei PO.

2. La disponibilità di dati consistenti e accurati per gli interventi chirurgici eseguiti, i pazienti in lista di attesa e i flussi di provenienza dei pazienti, oltre ai dati strettamente necessari per uso clinico e obbligo legale, costituisce la base necessaria per la capacità delle strutture sanitarie locali e regionali di elaborare previsioni, individuare criticità sul sistema territoriale e valutare le iniziative di carattere gestionale, organizzativo e amministrativo da intraprendere.

3. L'evoluzione degli applicativi aziendali verso una base dati integrata per i flussi di pazienti di ogni provenienza, incluso il flusso dei pazienti in lista per interventi elettivi, può contribuire alla disponibilità di dati accurati e tempestivamente aggiornati.

4. La presenza di pazienti con prenotazione multipla su differenti PO può impattare significativamente sulle liste di attesa e distorcere valutazioni statistiche delle liste stesse e la pianificazione della capacità dei blocchi operatori, se non opportunamente presa in considerazione.

5. Ogni specialità è differente da un'altra in termini di percentuale di abbandono, percentuale di interventi non elettivi nelle sedute elettive (ad esempio le cosiddette urgenze differite), percentuale delle varie classi di priorità. Tali differenze possono avere impatto rilevante in sede di pianificazione delle attività chirurgica e nel confronto tra specialità diverse degli indicatori di sala operatoria e evoluzione delle liste di attesa.

6. Ad oggi, le strutture ospedaliere non sembrano dotate di una minuziosa conoscenza della propria struttura dati in modo da poter stimare ragionevolmente il livello di

criticità delle proprie liste elettive e corrispondentemente pianificare opportunamente l'assegnazione degli spazi di sala operatoria elettiva alle varie specialità.

In ragione delle considerazioni elencate, si segnalano i seguenti punti di attenzione.

1. È opportuno trasmettere al personale sanitario a tutti i livelli l'importanza della conoscenza dei dati, del salvataggio dati di tutti gli eventi temporali delle attività chirurgiche svolte e delle relative statistiche ricavabili con limitato sforzo dai database aziendali.
2. È necessaria una messa a punto di strumenti di monitoraggio dell'attività dei blocchi e computo della capacità reale di eseguire interventi dei blocchi operatori, ossia calcolo degli indicatori di sala operatoria e calcolo delle capacità dei blocchi operatori.
3. È necessaria una messa a punto di strumenti di controllo e previsione di andamento delle liste di attesa in funzione della capacità dei blocchi operatori.
4. È opportuno l'utilizzo di strumenti di pianificazione (da alimentare con i dati delle liste di attesa e dei parametri di pianificazione estrapolati dagli strumenti del punto precedente) elaborati secondo gli obiettivi di gestione della struttura sanitaria nel rispetto delle esigenze dei pazienti e relative classi di priorità degli interventi;
5. Vanno definite delle politiche di gestione delle prenotazioni multiple in diversi PO per uno stesso paziente e, indipendentemente dalla politica di gestione individuata, il dato della numerosità di pazienti in lista di attesa con prenotazione multipla per ogni presidio ospedaliero deve essere disponibile a tutte le strutture: tale dato permette di stimare la probabilità di abbandono dei pazienti in lista e, se necessario, di trattare (ad esempio) con priorità differenti le prenotazioni risultanti come multiple rispetto a prenotazioni singole con pari priorità.

Formule contrattuali e transizione energetica

Occorre stimolare la capacità delle stazioni appaltanti di individuare procedure di affidamento che promuovano gli investimenti finalizzati alla riqualificazione energetica del patrimonio e allo stesso tempo all'efficace gestione dei relativi servizi, i fattori indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza energetica europei e nazionali. Anche in questo caso, oltre al classico utilizzo per gli interventi edilizi, si possono analizzare gli eventuali vantaggi del ricorso al Partenariato Pubblico Privato.

Si tratta di un modello da analizzare su 3 versanti:

- 1) la possibilità di realizzare maggiori investimenti tramite l'utilizzo di capitali privati a fianco di quelli pubblici, generando un effetto leva delle risorse a disposizione;
- 2) l'opportunità di combinare in maniera flessibile diverse soluzioni tecnologiche, personalizzando il perimetro di servizi di cui avvalersi;
- 3) la potenzialità di incentivare il concessionario a gestire nel miglior modo possibile le opere progettate e riqualificate, prevedendo che percepisca il canone soltanto in corrispondenza dell'effettiva disponibilità dell'opera, della corretta prestazione dei servizi e della riduzione dei consumi: diversamente lo stesso canone viene proporzionalmente ridotto o annullato. Il modello proposto, da verificare nella sua fattibilità, presume che l'operatore economico riesca a recuperare l'investimento solo riuscendo a percepire il canone integralmente e per l'intera durata della concessione, pertanto viene incentivato a progettare al meglio le opere e a gestirle in piena efficienza.

Silver economy e Longevity economy

L'invecchiamento della popolazione complica la risposta sanitaria ma ridisegna anche importanti aspetti sociali. Consentire agli anziani di mantenersi in buona salute sarà il lavoro decisivo della sanità italiana futura. Oltre alla parte clinica cresce l'importanza della prevenzione, dell'educazione sanitaria, della coscienza personale sui propri stili di vita. Il cambiamento demografico e l'aumento della popolazione anziana sta plasmando il panorama economico mondiale quello italiano. L'età media crescente e la popolazione over 50 stanno influenzando i consumi, la produzione economica e il tessuto sociale del paese.

Comprendere appieno queste dinamiche demografiche è essenziale per lo sviluppo di politiche e strategie economiche e sanitarie adeguate alle sfide del futuro. Questi mutamenti demografici che caratterizzano una delle principali sfide da affrontare a livello globale, innescano dei meccanismi di trasformazione che stanno influenzando molte nazioni. In Italia, il cambiamento demografico in atto è una questione di rilevanza cruciale. L'età media della popolazione è in costante aumento, e questa tendenza è destinata a proseguire. Questo cambiamento può essere attribuito a diversi fattori, tra cui la diminuzione del tasso di natalità e l'aumento dell'aspettativa di vita. Tutti elementi che, combinati, creano una società in cui la popolazione anziana assume un ruolo sempre più rilevante, anche e soprattutto a livello economico. Infatti, la popolazione sopra i 50 anni svolge ora un ruolo chiave nel contesto sociale ed economico. Questa parte della popolazione è influente sia in termini di consumi che di contributo economico-pensionistico. L'analisi di questa realtà richiede una comprensione delle dinamiche che caratterizzano i termini "Silver Economy" e "Longevity Economy". La Silver Economy è un concetto fondamentale che, in sostanza, rappresenta l'insieme delle attività economiche collegate alle esigenze e ai desideri delle persone. La popolazione anziana, grazie all'esperienza e alle risorse finanziarie, ha il potenziale per contribuire in modo significativo all'economia. Questo contributo è evidente nel benessere fisico, mentale e finanziario degli anziani. La salute fisica e la prevenzione sono aspetti di vitale importanza in questa fase della vita, ma non vanno trascurate le dimensioni del benessere mentale e sociale. In tale contesto, la tecnologia svolge un ruolo crescente nel plasmare la Silver Economy. L'Age Tech, infatti sta emergendo come un settore chiave, offrendo soluzioni digitali per gli anziani, tecnologie assistive ed e-Health. La crescita dell'Intelligenza Artificiale offre ulteriori opportunità per migliorare il benessere degli anziani e rafforzare la forza competitiva della "popolazione Silver". Alla luce delle sfide e opportunità che emergono da queste tendenze demografiche, diventa evidente quanto sia essenziale sviluppare politiche e strategie adeguate per affrontare questa realtà in costante evoluzione. La comprensione approfondita delle sfide e opportunità in questo campo rappresenta un passo cruciale per il futuro dell'Italia e del Piemonte.

Medicina di genere

Con il concetto di genere ci si riferisce ad una complessa interazione fra il sesso (inteso come differenza biologica e funzionale dell'organismo) ed il comportamento psicologico e culturale dell'individuo che deriva dalla sua formazione etnica, educativa, sociale e religiosa. La salute umana è strettamente correlata a questi due fondamentali costituenti del genere. La medicina di genere è la scienza che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna.

Molte malattie comuni a uomini e donne presentano spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Inoltre uomini e donne possono presentare una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci.

Le aziende sanitarie del Piemonte devono prevedere un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche che tenga conto delle differenze derivanti dal genere al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura per ogni persona. Per affrontare questo tema deve essere sviluppata la promozione dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie in un'ottica di differenza di genere.

Link utili per approfondimenti. In questa parte metteremo alcuni link che possono essere consultati per approfondire argomenti non trattati o solo accennati.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117602

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1_stampa.jsp?id=6005

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121227

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121280

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121263

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121200