

politiche**piemonte**

SANITA' REGIONALE E PNRR

72 | 2022



IRES
PIEMONTE

- 3 [EDITORIALE: IL PNRR DELLA REGIONE PIEMONTE. LA SALUTE AL CENTRO PER UNA NUOVA COMUNITÀ](#)
di *Giovanna Perino (IRES Piemonte)*
- 7 [LE STRUTTURE DI PROSSIMITÀ ED INTERMEDIE NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA DELLA RETE TERRITORIALE](#)
di *Mario Minola e Franco Ripa (Regione Piemonte)*
- 10 [RETI DOMICILIO-TERRITORIO-OSPEDALE E PERCORSI DI SALUTE NELLA REGIONE PIEMONTE](#)
di *Franco Ripa (Regione Piemonte)*
- 15 [ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE E RISORSE UMANE](#)
di *Fabio Aimar (dirigente Azienda Cuneo1), Mario Raviola (Regione Piemonte)*
- 20 [LA SPERIMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI](#)
di *Arabella Fontana (Regione Piemonte), Alice Borghini, Francesco Enrichens, Michela Santurri, Antonio Paris (AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)*
- 25 [MONITORARE E VALUTARE LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI DELLE ASL: IL CRUSCOTTO DEGLI INDICATORI TERRITORIALI](#)
di *Giovanna Perino e Gabriella Viberti (IRES Piemonte)*
- 29 [LA METRICA DI SALUTE PER GUARDARE E VALUTARE LE INNOVAZIONI](#) di
di *Giuseppe Costa (DSCB Università di Torino e ASL TO3 SCaDU Servizio di Epidemiologia)*
- 35 [ATTUAZIONE DEL PNRR. RISCHI E SFIDE FUTURE SUL FRONTE DELL'ANTICORRUZIONE IN AMBITO SANITARIO PIEMONTESE](#)
di *Biagio Fabrizio Carillo (AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)*

Questo numero di Politiche Piemonte è stato curato da Giovanna Perino

Editoriale: Il PNRR della Regione Piemonte. La salute al centro per una nuova comunità

di Giovanna Perino (IRES Piemonte)

L'emergenza da Covid-19 ha sottoposto il Servizio Sanitario a una pressione mai sperimentata prima, ha ribadito alcuni concetti basilari ed ha evidenziato la necessità di intervenire con urgenza su più fronti, recepiti successivamente dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In generale, il tema della salute è stato rimesso al centro delle decisioni pubbliche e delle priorità individuali, confermandone il valore universale, la natura di bene pubblico fondamentale ed evidenziando la rilevanza macroeconomica dei servizi pubblici sanitari. La pandemia ha contribuito a ricordare come il concetto di salute sia andato progressivamente ampliandosi nel corso del tempo, coinvolgendo aspetti non solo sanitari e connessi all'assenza di malattia ma anche aspetti economici, sociali e culturali, psicologici e mentali, condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, come già esplicitato nella definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1946. È risultato evidente come il concetto di prevenzione riguardi i bisogni individuali ma sia strettamente connesso ai bisogni collettivi e alla salute delle comunità, secondo l'approccio *One Health*, modello sanitario che riconosce come indissolubilmente legate la salute umana, quella animale e dell'ecosistema.

Con riferimento specifico all'organizzazione delle reti sanitarie piemontesi, la pandemia ha impattato in Piemonte su una riconfigurazione della realtà ospedaliera ormai in fase avanzata – avviata nel 2014 secondo un modello a rete nel quale le strutture meno complesse (Spoke) fanno riferimento a ospedali deputati all'erogazione di alte specialità (Hub) – e l'ospedale ne ha retto l'impatto, pur con i necessari interventi repentini. Per contro, la rete territoriale ha evidenziato diverse criticità, scontando la realizzazione solo parziale della riconfigurazione iniziata nel 2015. Il territorio, nelle sue molteplici articolazioni – Dipartimento di prevenzione e Distretto – si è rivelato ancora eccessivamente frammentato per concertare azioni che consentissero di sviluppare, con l'urgenza necessaria, i percorsi più appropriati per i pazienti. E questo nonostante la ventennale esperienza di “fare rete” nei Distretti piemontesi.

Il PNRR, pensato per rispondere alle conseguenze della pandemia, e le diverse leve di innovazione che lo articolano, con particolare riferimento alla Rete di prossimità prevista dalla Missione 6 Salute, si inseriscono nel quadro generale e regionale sin qui brevemente tratteggiato, per rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera. Consapevoli che la sfida che il Piemonte (come molte altre Regioni italiane) deve affrontare, comporta l'innovazione materiale per rafforzare la rete territoriale ma anche la

promozione di innovazioni immateriali, nei processi, nelle competenze e nei ruoli. Una delle sfide principali del PNRR è infatti il potenziamento e la reinterpretazione dei luoghi della cura, per creare spazi dotati di identità, punti di ingresso di innovazioni immateriali sui processi. Non più solo ospedali ma città, residenze, spazi per il benessere della persona e della qualità delle relazioni, cruciali delle diverse e principali fasi della vita di ciascuno.

Una programmazione orientata dai principi sin qui ricapitolati richiede necessariamente la ricomposizione tra i due silos del sociale e del sanitario; guardare alle organizzazioni ma soprattutto ai processi, ai percorsi di salute del cittadino; stimolare la nascita di meccanismi che generano interazioni sociali attive, in grado di favorire la risposta ai bisogni di salute e che creano un clima di fiducia; adottare sistemi di raccolta, analisi, monitoraggio e valutazione dei dati che siano incisivi, cogenti e soprattutto integrati, per individuare prontamente le carenze del sistema e colmarle in tempi brevi; investire nel personale e adottare approcci interdisciplinari e multidisciplinari; potenziare le tecnologie e la digitalizzazione dell'assistenza medica, promuovendo il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina, temi questi che richiederanno un ulteriore approfondimento oltre al presente numero di Politiche Piemonte. Chiaramente la sfida del PNRR è articolata e complessa, le azioni previste devono essere portate a termine entro la fine del 2026 e, in coerenza con le indicazioni comunitarie e nazionali, richiedono una forte integrazione non solo tra Regione, Aziende sanitarie e Comuni, ma anche con gli enti del terzo settore e con il privato. Obiettivo ultimo è infatti fare Comunità, generare valore sociale.

Il contesto nel quale la sfida del PNRR si inserisce è descritto nel contributo di **Mario Minola**, che evidenzia come il quadro epidemiologico riscontrabile a livello nazionale e regionale sia ancora caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi. Strategico sarà il ruolo dell'assistenza primaria nel fornire servizi sanitari che siano universalmente accessibili, incentrati sulla persona e inseriti in uno scenario di continuità delle cure. Punto focale di riferimento nella prospettiva della revisione della rete territoriale è il Distretto, articolazione territoriale dell'Azienda sanitaria che svolge una funzione essenziale nella *governance* del sistema territoriale, assicurando l'espletamento delle funzioni e delle relative attività indicate dalla normativa. Per rispondere alle differenti esigenze, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, è necessario definire progressivamente un modello di erogazione dei servizi e una rete di assistenza territoriale adeguata, articolata nelle Case della Comunità (CdC), negli Ospedali di Comunità (OdC) e nelle Centrali Operative Territoriali (COT). La realizzazione di questa nuova cornice potrà avere un impatto positivo anche sul *setting* ospedaliero e sulla già citata e strategica prevenzione, in particolare per quanto riguarda lo snellimento dei percorsi di salute e il coordinamento tra i diversi processi socio-sanitari.

Reti e percorsi "domicilio-territorio-ospedale" vengono approfonditi da **Franco Ripa** come risposta ai crescenti e poliedrici bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione, in una prospettiva performante di creazione di valore tecnico e organizzativo e di garanzia della sostenibilità del sistema. Nel contributo si

descrivono gli esiti del percorso effettuato dalla Direzione Sanità e Welfare nel 2021, per orientare lo sviluppo delle reti cliniche e assistenziali anche a livello locale nella Regione Piemonte. Sarà necessario garantire l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti, predisporre e validare il Piano di Rete, organizzare la connessione tra i nodi di rete, progettare e valutare i percorsi di salute e diagnostico terapeutici assistenziali (PSDTA), i protocolli e le procedure, verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi anche mediante indicatori di miglioramento. In particolare, sarà centrale la transizione verso il concetto di "percorsi di salute" e diagnostico terapeutici assistenziali (PSDTA), per sottolineare una prospettiva più globale di gestione dei pazienti, con la presa in carico proattiva tra domicilio, territorio e ospedale e con le specifiche interconnessioni tra i diversi *setting*.

Fabio Aimar e **Mario Raviola** leggono il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale in termini di professionisti formati, risorse economiche assegnate in spesa corrente e standard richiesti. I provvedimenti emergenziali in materia di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) costituiscono i primi elementi di questo percorso, anticipato in Piemonte da esperienze pilota come il progetto *Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society* (CoSENSo), che proseguirà con la riforma dei medici di medicina generale e gli standard per l'assistenza territoriale. Nel contributo si evidenzia in particolare come il rafforzamento della connessione tra organizzazione del Servizio sanitario e bisogni della popolazione potrà avvenire con l'incremento del personale, per costruire rapporti tra le diverse reti – emergenza, ospedale e territorio – ricercando un nuovo equilibrio tra le professioni sanitarie.

Il territorio è centrale nel contributo di **Arabella Fontana, Alice Borghini, Francesco Enrichens, Antonio Paris** e **Michela Santurri** sul modello sperimentale delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Piemonte, con il quale si persegue la promozione della salute della popolazione di riferimento attraverso un "rimodellamento" dell'organizzazione territoriale che favorisca modalità di lavoro sempre più integrate e multi-professionali, deputate alla presa in carico globale del paziente. Attraverso la descrizione del modello – la cui sperimentazione è in corso nelle Aziende Sanitarie Locali della Torino 3, di Novara, della Cuneo 2 e della Città di Torino – si descrivono i benefici attesi. Questi spaziano dall'opportunità per i professionisti di essere sperimentatori di nuovi modelli di riorganizzazione e di diventare propulsori di reti di integrazione di competenze diverse e multi specialistiche, alla condivisione di obiettivi che puntano a fornire risposte integrate, sanitarie e sociali e a strutturare percorsi di connessione tra i diversi *setting* assistenziali. Ulteriore valore aggiunto deriverà dalla capacità di effettuare un continuo monitoraggio delle attività svolte attraverso un sistema strutturato di raccolta ed analisi dei dati, dalla crescita culturale generata dal continuo confronto tra professionisti del Sistema sanitario regionale e dalla creazione di "comunità di pratica".

La frattura tra i silos del sociale e del sanitario, sulla quale occorre lavorare ancora, torna nel contributo di **Giovanna Perino** e **Gabriella Viberti** avente ad oggetto il

monitoraggio e la valutazione della riorganizzazione dei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). L'approfondimento evidenzia la necessità di un utilizzo e in particolare di una lettura congiunta delle informazioni presenti nel cruscotto indicatori territoriali – informazioni selezionate, che consentono di valutare il raggiungimento degli obiettivi posti – mettendo in relazione i fenomeni oggetto di valutazione con il contesto di riferimento, per acquisire una visione integrata e congiunta dell'evoluzione dei fenomeni. Anche per i dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS), così come per i servizi delle Aziende sanitarie, si deve contrastare una lettura per “silos” e leggere invece con approccio sistemico i pazienti presi in carico, le risorse utilizzate, le attività erogate e l'efficacia delle stesse.

Il contributo di **Giuseppe Costa**, riprendendo il concetto citato inizialmente, origina dalla preoccupazione che gli investimenti strutturali non siano capaci di promuovere anche nuovi contenuti per la sanità territoriale, in termini di salute più ricca e giusta, livelli di assistenza più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale. Partendo dai riferimenti teorici delle innovazioni di contenuto e processo elaborati nel modello di *Integrated Community Care (ICC)*, si descrive il modello a cui si potrebbe tendere con il PNRR. Dall'epidemiologia per tracciare il profilo dei bisogni e dei rischi secondo le differenze geografiche e sociali della popolazione delle Aziende sanitarie, al coinvolgimento degli attori della innovazione, al domandarsi che ruolo ha ciascuno di essi, il contributo evidenzia come i cambiamenti introdotti devono dimostrare di creare valore – salute, soddisfazione e accesso – in modo equo, secondo una metrica di apprendimento e valutazione dalle conseguenze delle azioni intraprese, di grande interesse per gli investitori sempre più attenti alla *social impact economy*.

Biagio Fabrizio Carillo restituisce un contributo trasversale ai precedenti, focalizzando rischi e sfide future sul fronte dell'anticorruzione in ambito sanitario in attuazione del PNRR. Le azioni importanti e strategiche evidenziate sono infatti relative a stabilire con chiarezza gli obiettivi programmatici e strategici della performance aziendale; identificare una corretta strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo; valutare la possibilità di reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie; impiegare gli strumenti per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa. Nel contributo si evidenzia come sarà possibile vincere le sfide del PNRR se i referenti individuati sapranno entrare in una logica volta alla programmazione delle diverse azioni correttive, fornendo non solo dati o restituendo analisi, ma divenendo un valido supporto alle decisioni dei vertici aziendali e garantendo, in via preventiva e in modo più adeguato, la limitazione della corruzione e l'impiego corretto e migliore delle risorse previste dal PNRR.

Le strutture di prossimità ed intermedie nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria della rete territoriale

di Mario Minola (Direttore Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte) e Franco Ripa (Dirigente Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte)

Introduzione

A inizio 2022, il quadro epidemiologico riscontrabile a livello nazionale e regionale è ancora caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono una risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie croniche di lunga durata, spesso affrontabili vicino al loro luogo di vita.

L'assistenza primaria riguarda la fornitura di servizi sanitari che siano universalmente accessibili, incentrati sulla persona e inseriti in uno scenario di continuità delle cure.

Il modello di programmazione sanitaria e socio-sanitaria è orientato a garantire i percorsi di salute fra domicilio, territorio ed ospedale, con la definizione di interventi finalizzati al rafforzamento della *governance* del sistema territoriale e del ruolo delle forme organizzative multidisciplinari e multi-professionali, con l'implementazione progressiva delle *strutture di prossimità ed intermedie*.

La Missione 6 del PNRR

A scala nazionale, la missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) individua i temi chiave del futuro impianto organizzativo in ambito sanitario e socio-sanitario, prevedendo investimenti in:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Le risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Lo sviluppo della Missione 6 del PNRR nella Regione Piemonte per l'area territoriale

In Piemonte, le azioni della Missione 6 del PNRR si inseriscono sul modello esistente, per la definizione della nuova organizzazione della rete sanitaria volta a sviluppare prassi operative e standard di assistenza territoriale.

Nella prospettiva della revisione della rete territoriale, il punto focale di riferimento è rappresentato dal Distretto. Quale articolazione territoriale dell'ASL svolge infatti una funzione essenziale nella *governance* del sistema territoriale, assicurando l'espletamento delle funzioni e delle relative attività indicate dalla normativa vigente.

In tale contesto, per rispondere alle differenti esigenze, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, è necessario definire progressivamente un modello di erogazione dei servizi e una rete di assistenza territoriale adeguata, anche in termini di spazi fisici e di localizzazione delle strutture.

La Casa della Comunità rappresenta il luogo in cui il sistema sanitario si coordina e si integra con l'area dei servizi sociali, proponendo l'integrazione intersettoriale delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio trasversale ai bisogni dell'assistito.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria territoriale rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, caratterizzati da una assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna, non erogabile a domicilio.

La Centrale Operativa Territoriale è un servizio a valenza distrettuale che assolve al ruolo di raccordo e di coordinamento della presa in carico della persona tra i diversi *setting* e professionisti sanitari coinvolti (transizione tra ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, nel trattamento temporaneo e/o definitivo presso le strutture di ricovero intermedie o domiciliari o residenziali ecc.).

Il lavoro di programmazione effettuato nella seconda metà dell'anno 2021 dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte con le Aziende Sanitarie regionali, in risposta alle indicazioni del PNRR, ha portato a due provvedimenti:

- la DGR 11 febbraio n. 4 - 4628 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale";
- la DCR 22 febbraio n. 199 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali".

In tali atti è stata definita la localizzazione dei siti delle Strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL): 91 Case della Comunità, 30 Ospedali di Comunità e 43 Centrali Operative Territoriali come presupposto per lo sviluppo del futuro assetto organizzativo territoriale.

Conclusioni

Allo stato attuale, in Piemonte quanto nel resto del Paese, si sta consolidando un nuovo modello di sviluppo dell'assistenza sanitaria, con un approccio di "salute globale", anche basato sulla integrazione di discipline diverse.

Le azioni includono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, della dimensione sanitaria territoriale in base ai bisogni consolidati ed emergenti con sedi di erogazione più prossime agli utenti.

È prevedibile che questa nuova cornice possa avere un impatto positivo anche sul setting ospedaliero e sull'ambito della prevenzione, in particolare per quanto riguarda lo snellimento dei percorsi di salute e il coordinamento tra i diversi processi socio-sanitari.

Bibliografia

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2014, Preliminary report on definition of a frame of reference in relation to primary care with special emphasis on financing systems and referral systems, EXPH.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), aprile 2021, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation Italia, Roma: MEF.

Starfield B., 1994, Is primary care essential?, Lancet, 344: 1129-1133

Parole chiave: Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, strutture di prossimità, strutture intermedie

Abstract

La Missione 6 del PNRR, con riferimento allo sviluppo delle reti di prossimità, delinea le componenti della nuova organizzazione territoriale della rete sanitaria piemontese: il punto focale di riferimento, il Distretto, e i diversi punti di erogazione, ovvero le Case della Comunità, l'ospedale di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Questo nuovo modello di sviluppo dell'assistenza sanitaria potrà avere un impatto positivo anche sul setting ospedaliero e sull'ambito della prevenzione, in particolare per quanto riguarda lo snellimento dei percorsi di salute e il coordinamento tra i diversi processi socio-sanitari.

Reti domicilio-territorio-ospedale e percorsi di salute nella Regione Piemonte

di Franco Ripa (Dirigente Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte)

Introduzione

Le organizzazioni sanitarie si caratterizzano per un grande livello di complessità, nel senso che agiscono come ambiti multi-professionali e multidisciplinari con rapporti causa-effetto spesso di difficile determinazione, si connotano per numerosi centri decisionali e di controllo e pongono in contatto tra loro diverse aspettative degli stakeholder verso un risultato – la salute – non sempre compiutamente misurabile.

In tale contesto la finalità cui tendere è la ricerca di un equilibrio tra accentramento e delega decisionale, tra aumento delle regole e sburocratizzazione, tra gioco individuale e gioco di squadra.

Anche per questo si sono sempre più affermati nelle organizzazioni sanitarie i modelli delle “reti” e dei “percorsi” trasversali domicilio-territorio-ospedale, al fine di rispondere ai crescenti e poliedrici bisogni sanitari e socio-sanitari, in una prospettiva performante di “creazione di valore” tecnico e organizzativo e di garanzia della sostenibilità del sistema.

Il concetto di rete sanitaria

In generale il concetto di rete è proprio di diverse logiche organizzative e si caratterizza per contaminazioni derivanti da discipline eterogenee e molto diverse tra loro.

In informatica una rete si sviluppa come un insieme di dispositivi hardware e software di commutazione, ossia nodi collegati l'uno con l'altro da appositi canali di comunicazione (link), tali da fornire un servizio che permette lo scambio e la condivisione di dati e la comunicazione tra più utenti e terminali (host).

Molte organizzazioni di servizi hanno impostato modelli in rete (Poste, Ferrovie, Banche ecc.), al fine di coniugare adeguatamente la domanda espressa dagli utenti e la razionale erogazione dell'offerta sul territorio.

In Italia il concetto di rete sanitaria può essere fatto risalire già a uno dei principi cardine del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e della Legge 833/78, che definiva le Unità Sanitarie Locali (USL), trasformate poi in Aziende Sanitarie Locali (ASL) con i decreti 502/92 e 517/93, come l'insieme dei presidi e dei servizi finalizzati alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione. Peraltro, risalgono soltanto agli inizi degli anni 2000 i primi veri tentativi di progettazione in rete dei servizi di erogazione delle cure.

La rete clinica ed assistenziale rappresenta oggi una prospettiva per la migliore risposta ai bisogni di salute delle persone, attraverso l'individuazione dei nodi organizzativi dell'offerta sanitaria e delle specifiche interconnessioni.

L'evidenza indica che le reti cliniche ed assistenziali possono essere efficaci veicoli per il miglioramento della qualità nell'erogazione dei servizi e nei risultati clinico-assistenziali in una vasta gamma di discipline sanitarie. Tuttavia, rimane la variabilità nella capacità delle reti di apportare modifiche significative, a livello locale o di sistema, in processi complessi come quelli che richiedono una riprogettazione più ampia dell'assistenza erogata.

In particolare i modelli di rete sono da costruire concretamente in base al tipo di bisogno espresso e si possono sviluppare in relazione ai macro-setting assistenziali (reti territoriali, ospedaliere, di prevenzione), alle modalità di organizzazione dei servizi (reti hub e spoke, poli e antenne o multilivello), alla condizione di urgenza ed emergenza (reti tempo-dipendenti e non tempo-dipendenti), anche se è possibile riscontrare tratti di riferimento e connotazioni comuni nei diversi modelli.

Nel Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, sul regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, si riporta che tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, efficienza, centralità del paziente e umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Nello stesso DM vengono quindi definiti, ad esempio, gli elementi comuni delle reti, il modello di governance, il modello organizzativo, i risultati attesi.

In tale ambito, a fronte di un'importante sviluppo delle reti sanitarie a livello della Regione Piemonte, si è reso necessario ridefinire il riferimento nei contenuti essenziali, al fine di permettere una omogeneizzazione delle attività di progettazione e di gestione e garantire il miglioramento continuo dei servizi offerti.

Il Documento elaborato dalla Direzione Sanità e Welfare nell'ottobre 2021 si pone la finalità di formulare un riferimento metodologico operativo di ambito generale, per orientare lo sviluppo delle reti cliniche e assistenziali anche a livello locale nella Regione Piemonte, secondo un'impostazione univoca, comunque da contestualizzare in base alla tipologia di rete.


Nel Documento vengono definite le caratteristiche organizzative e funzionali della rete; il coordinamento della rete con gli organismi regionali ed i gruppi multidisciplinari, il piano di rete, il modello organizzativo, i nodi e le specifiche interconnessioni.

Si prevede che la rete sia coordinata da un apposito organismo che deve garantire l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti, predisporre e validare il Piano di Rete, definire le modalità organizzative volte a definire e realizzare la connessione tra i nodi di Rete, progettare e valutare i percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), i protocolli e le procedure, verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi.

Il Piano di rete è lo strumento che annualmente definisce, in coerenza con gli obiettivi assegnati e con le risorse disponibili, le attività che la Rete è tenuta a sviluppare. Il Piano contiene le linee di indirizzo, le azioni operative e le tempistiche per il loro raggiungimento e dev'essere sottoposto a revisione periodica sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute e delle eventuali criticità, prevedendo azioni di miglioramento con le relative tempistiche.

Nel Piano di rete sono anche da esplicitare alcuni ambiti di riferimento fondamentali, come gli indicatori di miglioramento e il sistema informativo a supporto, la formazione, la comunicazione interna ed esterna.

Figura 1. Il Documento di riferimento nella Regione Piemonte per lo sviluppo delle reti cliniche e assistenziali (RCA)



Documento metodologico

Sviluppo Reti Cliniche e Assistenziali (RCA)

Direzione Sanità e Welfare
Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitaria

Ottobre 2021

SOMMARIO

	PAG.	
ANALISI DELLA SITUAZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3	
1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4	PAG.
2. RETE CLINICA ED ASSISTENZIALE	4	PAG.
3. COORDINAMENTO DELLA RETE	5	PAG.
4. INTERRELAZIONI TRA IL LIVELLO PROGRAMMATARIO REGIONALE E QUELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	5	PAG.
5. PIANO E PROGRAMMA ANNUALE DI RETE	6	PAG.
6. CONTESTO DI RIFERIMENTO	6	PAG.
7. MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO DELLA RETE	6	PAG.
8. PERCORSI DI SALUTE E DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI, PROTOCOLLI E PROCEDURE	7	PAG.
9. ACCORDI DI CONFINI E/O INTERREGIONALI PER LA GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA	8	PAG.
10. SISTEMA INFORMATIVO E INDICATORI DI RETE	8	PAG.
11. FORMAZIONE DEL PERSONALE	9	PAG.
12. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO	9	PAG.
13. COMUNICAZIONE	9	PAG.
14. ALLEGATI	10	PAG.
GRIGLIA DI VALUTAZIONE RETE	10	PAG.
15. RIFERIMENTI	11	PAG.

2

Reti - documento metodologico

Il Documento metodologico regionale è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie.

I percorsi di salute come evoluzione dei PDTA

I percorsi assistenziali hanno come riferimento i Critical Path, creati negli USA alla fine degli anni '50 nel mondo industriale come strumento di valutazione e di riprogettazione delle fasi di un processo di produzione, per individuare le criticità impattanti in modo negativo sui tempi di completamento dei processi.

In ambito sanitario i percorsi sono stati introdotti negli USA tra il 1985 e il 1987 presso il *New England Medical Center* di Boston (USA) per adeguare le attività ospedaliere alle tariffe introdotte dal nuovo sistema di finanziamento basato sui *Diagnosis Related Groups* (DRG), avviato sperimentalmente negli USA nel 1983 per il rimborso dei ricoveri ospedalieri nei programmi federali Medicare e Medicaid.

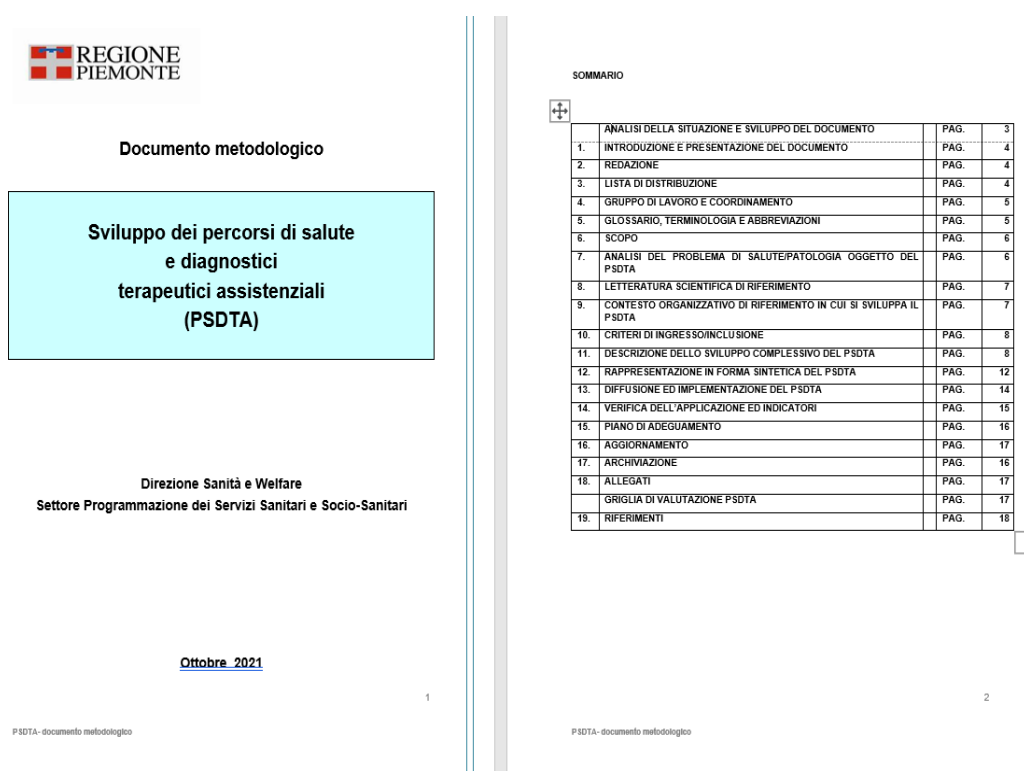
In Italia, nella Legge 23 dicembre 1996 NT 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" (Finanziaria 1997), si riporta che allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. In tal senso, i percorsi sono stati caratterizzati su un ruolo di strumenti utilizzabili ai fini della razionalizzazione anche economica dei processi clinici e assistenziali.

Nelle analisi della letteratura la durata della degenza ospedaliera è stata la misura di esito più comunemente impiegata; nella maggior parte degli studi i percorsi clinici

sono associati a una riduzione delle complicitanze ospedaliere e anche una diminuzione dei costi connessi alla ospedalizzazione. Peraltro non è stata fornita evidenza del fatto che i minori costi ospedalieri siano confermati anche negli altri settori sanitari, in particolare a livello territoriale.

Nelle applicazioni attuali i percorsi rappresentano la contestualizzazione a livello locale delle linee guida, intese come raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i clinici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche (Institute of Medicine, 1992), anche per ridurre la variabilità nell'assunzione di decisioni cliniche e di iniziative organizzative ed orientarle verso risposte sanitarie più rapide ed omogenee.

Figura 2. Il Documento di riferimento nella Regione Piemonte per lo sviluppo dei PSDTA



Conclusioni

A fronte di una robusta definizione e implementazione dei percorsi a livello della Regione Piemonte, si è reso opportuno il ridisegno di un prototipo aggiornato di indirizzo metodologico per le Aziende Sanitarie in tale ambito.

In particolare, nella nuova versione è rimarcata sostanzialmente la transizione verso il concetto di "percorsi di salute" e diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), per sottolineare una prospettiva più globale di gestione dei pazienti, con la presa in carico proattiva tra domicilio, territorio e ospedale e con le specifiche interconnessioni tra i diversi setting.

È stato quindi predisposto il Documento metodologico aggiornato della Regione Piemonte, da utilizzare in sede di progettazione dei PSDTA, in relazione ai bisogni di salute e organizzativi di volta in volta individuati a livello aziendale.

Pur nelle fisiologiche variazioni locali sul tema, nella progettazione dei PSDTA è opportuno dare evidenza ad alcuni punti dominanti:

- il gruppo di lavoro multi-professionale e multidisciplinare;
- le linee guida e le buone prassi di riferimento;
- i criteri di inclusione dei pazienti, la sequenza delle azioni e gli snodi decisionali;
- la rappresentazione grafica del processo;
- la modalità di diffusione ed implementazione interna ed esterna;
- gli indicatori per la verifica dell'applicazione e per il miglioramento tecnico ed organizzativo.

Il Documento metodologico regionale per lo sviluppo dei PSDTA è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie.

Bibliografia

Porter M. E., 2010, What is value in health care? NEJM.org.

Brown B et al, 2016, The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies, Health Service Research.

Rotter T. et al, 2010, Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs, Cochrane Database Syst Rev.

Parole chiave: reti, percorsi, integrazione

Abstract

I modelli delle “reti” e dei “percorsi” trasversali domicilio-territorio-ospedale nelle organizzazioni sanitarie rispondono ai crescenti e poliedrici bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione.

Per orientare lo sviluppo delle reti cliniche e assistenziali nel nostro territorio, la Regione Piemonte ha diffuso un Documento metodologico operativo e un Documento metodologico di supporto alla progettazione dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA), in relazione ai bisogni di salute e organizzativi di volta in volta individuati a livello aziendale.

Assistenza sanitaria territoriale e risorse umane

di Fabio Aimar (Dirigente Settore Bilancio e contabilità dall'Azienda Cuneo1), Mario Raviola (Dirigente Settore Sistemi organizzativi e risorse umane del Servizio Sanitario Regionale, Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte)

Introduzione

La situazione italiana rivela un grande gap in termini di presenza di medici e di infermieri per abitante rispetto ai paesi OCSE.

Per quanto riguarda i medici di base, quindi i Medici di Medicina Generale (MMG), secondo le elaborazioni dell'Osservatorio dei conti pubblici italiani (OCPI) su dati Eurostat 2019, con 1.408 abitanti per medico di base nel 2019 l'Italia si attesta leggermente al di sotto della media europea, 1.430. La media europea, peraltro, è influenzata da valori alti per questo indice nei paesi dell'Est europeo.

Secondo le Elaborazioni OCPI su dati Ministero della Salute 2019, il numero degli assistiti al Nord (1326), ed anche nella Regione Piemonte (1289), attribuiti ad un MMG è più elevato rispetto alla media del Paese (1224).

Il Rapporto *Health at a Glance 2021* dell'OCSE indica la presenza in Italia di 6,2 infermieri per mille abitanti a fronte di una media OCSE di 8,8 (13 in Germania, 11 in Francia).

La situazione nazionale presenta quindi una limitata dotazione di professionisti in partenza, per ragioni storiche e di struttura dell'offerta pubblica e privata.

Evoluzione del quadro normativo di riferimento. USCA, IFeC, forme associative della medicina generale

Sin dalle fasi iniziali della pandemia da Covid-19, è emersa la necessità di decretare in urgenza il potenziamento dell'assistenza territoriale. Il Governo nazionale è intervenuto a marzo 2020 istituendo le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), per supportare i MMG nella gestione sul territorio dei pazienti positivi o sospetti positivi.

Il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, stabiliva, all'articolo 1, ulteriori disposizioni per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con specifico riferimento alla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). In merito, la Regione Piemonte aveva precedentemente avviato esperienze pilota (ad esempio mediante le partecipando, in qualità di capofila, al progetto Co.N.S.E.N.So (Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society) e proseguendo con la promozione, presso alcune ASL e in collaborazione con gli Atenei piemontesi, della formazione specifica in infermieristica, attraverso il Master di I livello "Infermieristica di Famiglia e di Comunità".

Successivamente, sono state approvate le Linee di indirizzo regionali in materia di IFeC, elaborate dalla Regione Piemonte avvalendosi di un gruppo di lavoro costituito dai diversi stakeholders a vario titolo interessati¹.

Il provvedimento prevede una pluralità di azioni, fra cui si ricordano la presentazione, diffusione e implementazione del progetto IFeC aziendale agli stakeholders territoriali e alla comunità – MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS), professionisti operanti sul territorio, associazioni dei cittadini, volontariato, altri –, la previsione nelle consistenze organiche aziendali degli IFeC, previsti dalla normativa vigente ex Legge n. 77 del 2020, e la formazione degli stessi, attraverso percorsi formativi regionali specifici.

La Regione Piemonte crede fermamente nell'importanza dell'assistenza territoriale: con la Legge n. 5 del 9 marzo 2021, "Sviluppo delle forme associative della medicina generale", il Piemonte ha stanziato risorse proprie – non legate al Fondo Sanitario Regionale – per la realizzazione di ulteriori aggregazioni di "medicina di gruppo" e "medicina di rete".

Tale investimento, di 10 milioni di euro annui, costituisce un contributo determinante per migliorare la fruizione di servizi assistenziali attraverso un maggiore orario di apertura degli studi, la presa in carico del paziente, della cronicità ed una migliore accessibilità alle prestazioni, anche nei territori montani o con caratteristiche di zona disagiata.

Nelle more del rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, il 7 luglio 2021 è stato sottoscritto l'Accordo Integrativo Regionale per l'incentivazione delle forme associative della Medicina Generale, per dare attuazione alle disposizioni previste dalla Legge regionale.

I medici che operano nelle forme associative di gruppo e rete sono tenuti al rispetto degli obblighi contrattuali derivanti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e degli Accordi Integrativi Regionali (AIR), con particolare riferimento al raggiungimento degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale: Piano Nazionale delle Cronicità (PNC); Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV); governo delle liste d'attesa e appropriatezza.

Sono stabiliti criteri integrativi per la costituzione e l'operatività delle forme di medicina di gruppo che, agendo nel rispetto dello scopo istituzionale e degli obiettivi della forma associativa in oggetto, possano adattarsi alle diverse esigenze poste da particolari situazioni. Viene altresì previsto il modello associativo di Medicina di Gruppo-Rete, contraddistinto dalla presenza di una sede centrale e di studi satelliti.

Ciascun medico presta la propria opera anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'associazione, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale e al fine di favorire lo sviluppo della medicina in rete e quella di gruppo. Le percentuali di riferimento sono state stabilite nel 44% di Medicina in Rete e nel 56% di Medicina di Gruppo.

Dalle Case della Salute alla rete di prossimità: Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali

Dal punto di vista strutturale il Piemonte aveva già avviato un proprio percorso di potenziamento della medicina territoriale attraverso le Case della Salute (CdS), che

¹ Coordinamento regionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, Atenei piemontesi, Aziende sanitarie regionali e Associazione AIFeC

costituiscono la base per le attività di integrazione e ulteriore investimento previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

I fondamenti della presa in carico dell'assistito, della medicina d'iniziativa, di un approccio circolare nell'assistenza programmata alla persona (continuità territorio ospedale territorio), poggiano sulla disponibilità di professionisti (medici, infermieri), che devono operare, spesso in team, presso sedi fisiche.

La Missione 6 Salute, Component 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", prevede la definizione, entro il primo semestre 2022, di un nuovo modello organizzativo per l'assistenza sanitaria territoriale.

Il cosiddetto Decreto Ministeriale (DM) 71, che sarebbe dovuto seguire all'originario DM 70 del 2015, inerente la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, è stato oggetto di passaggio nella Cabina di Regia e sarà oggetto di prossima acquisizione dell'intesa per la sua approvazione. Il provvedimento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" è stato inviato alla segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome per l'acquisizione dell'Intesa.

Sempre entro il primo semestre 2022, le Regioni dovranno stipulare i Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) ed adottare i Piani Operativi Regionali previsti dal PNRR.

Il 18 febbraio 2022, il documento contenente lo schema da utilizzare è stato inviato alle Regioni, che lo hanno esaminato con le strutture ministeriali, dal punto di vista tecnico, nel corso della riunione del 23 febbraio. Il documento sarà approvato nel corso delle prossime Conferenze Stato Regioni.

Le Case della Comunità (CdC), previste a livello nazionale in numero di 1350, svolgeranno il compito fondamentale di attivare, sviluppare e aggregare i servizi di assistenza di base, per una risposta integrata al bisogno degli assistiti.

Gli Ospedali di Comunità (OdC), previsti a livello nazionale in numero di 381, erogheranno interventi sanitari a bassa intensità clinica per pazienti cronici, per degenze di breve durata.

Le 602 Centrali Operative territoriali (COT), sempre a livello nazionale, avranno la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

Un ruolo importante viene confermato nella casa quale primo luogo di cura, con un importante potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della telemedicina.

La Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni del 1mo marzo di quest'anno ha ricevuto un contributo dal titolo "PNRR M6C1 Investimento 1.2.3 e M6C2 Investimento 1.3.1, Sanità digitale", a titolo informativo su Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e telemedicina, che sarà esaminato dalle aree tecniche a supporto della Commissione.

Il fabbisogno del personale

Il dibattito sullo sviluppo delle risorse umane necessarie a soddisfare i fabbisogni di personale sanitario è sempre attuale e si concentra, da anni, sull'entità delle risorse umane disponibili (*as is*), l'evoluzione attesa (differenziale fra innesti da assunzioni meno quiescenze, secondo il completamento delle attività formative necessarie e

considerate le specifiche mansioni professionali) e, ovviamente, la copertura dei costi relativi.

La già citata Commissione Salute riunitasi il 17 novembre del 2021, condividendo la preoccupazione della generalità delle Regioni e delle Province autonome per le criticità che riguardano il fabbisogno del personale, dipendente e convenzionato, per il funzionamento dei propri sistemi sanitari, ha ritenuto di formulare una proposta organica di evoluzione normativa allo Stato. Le aree tecniche competenti hanno quindi stilato un “Documento programmatico Fabbisogni di personale sanitario” che è stato esaminato in Commissione Salute ed approvato nella sua stesura definitiva il 1mo marzo. Sono presenti proposte per contrastare la carenza di personale dipendente del sistema sanitario e socio sanitario e di riforma del vigente sistema giuridico per fronteggiare la carenza di medici in regime di convenzione.

Con riferimento all'evoluzione del rapporto con i MMG, è stato avviato un percorso di confronto fra le Regioni ed il Ministero della Salute, consultati i sindacati e gli Ordini professionali. La revisione del rapporto avverrà attraverso un provvedimento normativo che sarà adottato nei prossimi mesi.

Le principali norme nazionali previste dal PNRR per dare linfa all'assistenza territoriale sono quindi in fase di completamento.

Conclusioni

In termini di risorse umane, la riuscita del PNRR è direttamente correlata al tempestivo intervento, da parte dello Stato, nel potenziamento delle attività formative volte a rendere disponibili nuovi professionisti sanitari (quali ad esempio medici e infermieri).

Il PNRR rappresenta una grande opportunità ma anche una sfida, nella ridefinizione dell'offerta attraverso il maggior ruolo da riconoscere all'assistenza territoriale, la rimodulazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture ed un sempre maggiore utilizzo delle tecnologie.

Della necessità di un cambiamento si discuteva da anni: allo Stato il compito di saper valorizzare le proposte delle Regioni nell'evoluzione normativa nazionale, nell'ambito del consueto dialogo istituzionale, e di assegnare le risorse di parte corrente per sostenere le spese per remunerare le attività da svolgere a favore dei cittadini.

Le chiavi del nostro futuro sono nelle nostre mani: il cambiamento non sarà immediato, si estenderà anche oltre il periodo previsto dal PNRR e necessiterà di un percorso, progressivo che, a fianco degli interventi previsti per l'edilizia, dovrà prevedere l'arruolamento dei professionisti ed il cambio delle modalità di erogazione dell'assistenza.

Bibliografia

Regione Piemonte, Deliberazioni di Giunta Regionale n. 18-2891, 8 febbraio 2016

Regione Piemonte, Deliberazioni di Giunta Regionale n. 6-3472, 2 luglio 2021

Regione Piemonte, Deliberazioni di Giunta Regionale n. 8-3818, 24 settembre 2021

Parole chiave: PNRR, IFeC, MMG, assistenza territoriale, personale

Abstract

Il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale richiede un progressivo adattamento del Sistema Sanitario Nazionale, in termini di professionisti formati – medici e infermieri –, risorse economiche assegnate in spesa corrente e standard richiesti. I provvedimenti emergenziali in materia di Unità Speciali di Continuità Assistenziale e Infermiere di Famiglia e di Comunità costituiscono i primi elementi di questo percorso. Alcune Regioni, come il Piemonte, avevano già effettuato esperienze pilota in questa direzione (progetto CoSENSo); altri provvedimenti di carattere nazionale sono in dirittura di arrivo, fra cui la riforma dei medici di medicina generale e gli standard per l'assistenza territoriale.

Il PNRR rappresenta una grande opportunità ma anche una sfida, un cambio di passo che deve riguardare il modo di intendere il rapporto con l'assistito e i suoi bisogni assistenziali, da programmare, monitorare e gestire sul territorio; la rimodulazione dei servizi; l'ammodernamento delle strutture; un sempre maggiore utilizzo delle tecnologie.

Centrali operative territoriali in Piemonte. Un modello sperimentale

di Arabella Fontana (Project Manager COT, Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte), Alice Borghini, Francesco Enrichens, Michela Santurri, Antonio Paris (AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

Introduzione

La Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, AGENAS, PONGOV ICT e Cronicità e le ASL TO3, NO, CN2 e Città di Torino, hanno condiviso un progetto di ricerca per la definizione e implementazione di un modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali (COT) previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117² in coerenza col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte.

Un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi-professionale, costituito da rappresentanti dei Project Team attivati dalle Direzioni Generali in ciascuna ASL, espressione delle differenti componenti aziendali debitamente coinvolte e responsabilizzate, supportati da figure esperte della Regione Piemonte e di AGENAS, ha condotto un'analisi organizzativa secondo le dimensioni di analisi sistemica di una struttura sanitaria (Vaccani,1992), composte dai singoli elementi costitutivi: Input, Variabili interne, Risultati.

Ne è emerso un modello condiviso, rispettoso delle peculiarità evidenziate dalle singole Aziende, che è stato validato dalla "Cabina di Regia" regionale costituita da Regione, AGENAS, ASL partecipanti, e che sarà sperimentato sul campo sotto la supervisione della stessa Cabina.

Il modello sperimentale

La COT è un modello organizzativo dell'ASL a valenza distrettuale che svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale compresi gli Enti Gestori dei Servizi Socio-Assistenziali. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

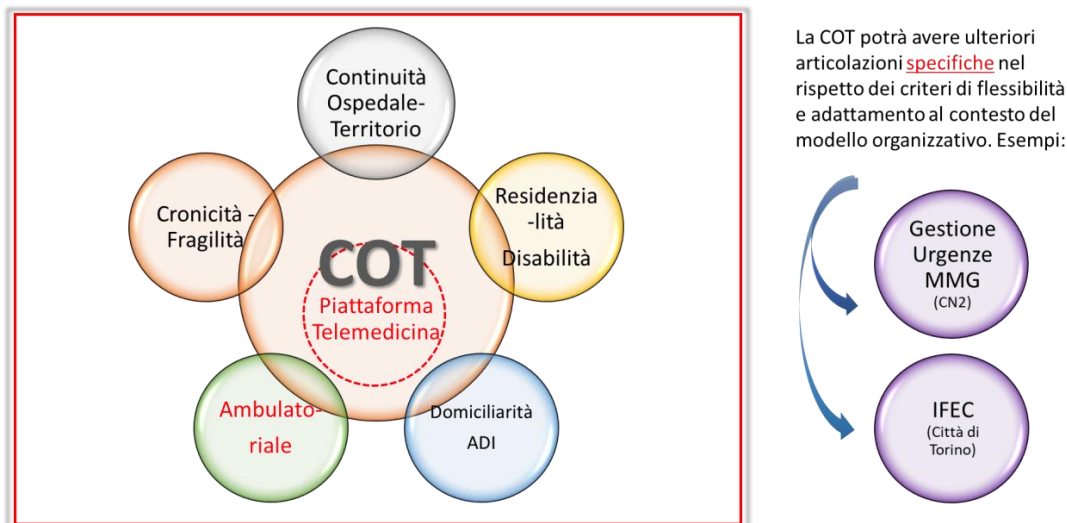
La Centrale è il punto spaziale, ovvero il luogo fisico, che connette le macroaree e che si avvale della piattaforma di telemedicina quale strumento di lavoro.

Una COT ogni 100.000 abitanti (o comunque una per Distretto) dovrà raccogliere il bisogno espresso dai nodi della rete territoriale ed effettuare azioni organizzative per i bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale immediata) e quelli complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale), attivare le risorse più appropriate per garantire percorsi coordinati tra professionisti e servizi ospedalieri, distrettuali e sociali, assicurare il monitoraggio degli interventi.

² Il numero telefonico 116117 è il numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura

Figura 1. Macro aree organizzative essenziali

Macroaree organizzative essenziali:



Sono condizioni necessarie: la personalizzazione degli interventi; la conoscenza specifica della rete di offerta; l'allineamento di più processi produttivi in modo da velocizzare la gestione del singolo caso ed evitare di bloccare il transito nella rete; l'integrazione di più processi informativi relativamente a paziente, contesto di riferimento, *setting*³ necessario.

Il servizio è rivolto ad operatori sanitari e sociosanitari, rappresentando l'interfaccia tra Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, MCA, IFeC), Servizi territoriali, Rete Emergenza-Urgenza, Ospedali, Dipartimenti Territoriali, Strutture Sanitarie Intermedie (*Hospice*, Ospedali di Comunità, RSA), Servizi Sociali (aziendali ed Enti Gestori del territorio) coinvolti nei processi di cure dei cittadini ed assicura:

- attivazione delle risorse presenti nella rete assistenziale e coordinamento delle azioni, grazie alla mappatura aggiornata in tempo reale delle risorse e delle dotazioni a disposizione dei nodi della rete di offerta;
- tracciamento e monitoraggio del percorso assistenziale del paziente nei vari *setting* di cura assicurando la continuità terapeutica/assistenziale e la registrazione dei flussi;
- supporto informativo a tutti gli attori della rete riguardo ai servizi disponibili sul territorio e alle tempistiche di attivazione;
- monitoraggio e reporting dei sistemi di telemedicina a supporto della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.

Le suddette funzioni sono complementari a quelle dei servizi sanitari di continuità assistenziale del numero unico europeo 116117, che costituisce invece un punto di riferimento per il cittadino, fornendo informazioni sull'offerta dei servizi territoriali nonché sulle modalità di accesso ad essi. Alla COT competente per territorio saranno trasferite dal nodo 116117 le segnalazioni dei bisogni ad elevata complessità espressi da utenti fragili che necessitano di essere indirizzati al percorso "giusto" per ottenere tempestivamente la risposta appropriata.

³ Con *setting* si intende la "matrice funzionale" che media la costruzione della relazione professionale tra paziente e terapeuta, e la rende clinicamente efficace

Al fine di garantire l'esercizio integrato ed uniforme delle funzioni sul territorio aziendale, il governo operativo della COT potrà essere esercitato dai Distretti o centralizzato a livello di Direzione Generale Aziendale.

La COT si coordinerà con le altre modalità organizzative già presenti a livello aziendale (es. Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure, Punto Unico di Accesso) delle quali vengono riconvertite e riassegnate le risorse; dovendo valutare i bisogni clinici, assistenziali e sociali dei cittadini per i quali costruire un progetto di cura necessita di un team in cui siano presenti professionalità sanitarie mediche e infermieristiche e professionalità del sociale, supportati da figure amministrative.

L'ASL nella propria autonomia organizzativa assicura la disponibilità di personale dedicato, in totale o in parte, alla COT, in numero sufficiente al corretto funzionamento 7 giorni/7 per 12 ore/die, adeguatamente formato rispetto ad abilità professionali relative ad accoglienza, orientamento, valutazione del bisogno e presa in carico, anche sulla base di pregresse esperienze lavorative in settori oggetto di riconversione o di accordi di programma con Enti Gestori dei servizi socio assistenziali.

Conclusioni e proposte per le politiche

Il disegno strategico di implementazione delle COT sostenuto dal PNRR mira a promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso un "rimodellamento" dell'organizzazione territoriale che favorisca modalità di lavoro sempre più integrate e multi-professionali, deputate alla presa in carico globale del paziente.

Nell'ambito della "cornice" del modello COT disegnato, ciascuna Azienda partecipante alla sperimentazione potrà declinare con la dovuta flessibilità applicativa le modalità operative, in maniera da risultare aderente alle peculiarità del proprio territorio (differente ad esempio per una realtà territoriale estesa su ambito provinciale con comuni scarsamente abitati, sparsi anche in zone difficilmente accessibili, che affida il governo della COT al Distretto per privilegiare prossimità e domiciliarità, rispetto ad una realtà metropolitana con una elevata concentrazione di abitanti su una superficie territoriale contenuta, che necessita di un governo forte centrale a livello di Direzione Generale che assicuri un'offerta omogenea ed efficace) e contestualmente garantire il coordinamento organizzativo finalizzato al passaggio dalla prestazione isolata al processo assistenziale integrato.

Il Regolamento della COT (fig. 2) sarà lo strumento operativo comune ed omogeneo nella architettura, ma specifico nei contenuti caratterizzanti ciascuna realtà.

Prioritariamente, per poter dare attuazione al Progetto COT in Regione Piemonte, vanno assicurate alcune condizioni vincolanti, quali:

- disponibilità di un **sistema informativo di supporto** unico ed omogeneo a livello regionale, che garantisca le possibilità di connessione interaziendale per facilitare i percorsi su tutto il territorio; la piattaforma che sarà sviluppata deve essere integrata/interfacciabile con i principali applicativi di gestione aziendale, con accesso al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) e ai principali database aziendali;
- **riorganizzazione dell'offerta aziendale** (servizi/linee produttive) in modo che i servizi siano in grado di rispondere 7/7 giorni per assicurare efficienza ed efficacia dei percorsi gestiti dalla COT;
- **attuazione del piano di investimenti** per disporre di logistica idonea (sede, tecnologia) e di risorse umane da dedicare alla COT (nuove professionalità e/o riconversione di personale);

- **programmazione di formazione continua per tutti i professionisti coinvolti** in modo da assicurare una corretta gestione delle interfacce tra Ospedale e Distretto; rete dei servizi sanitari e sociali; professionalità diverse; contesti organizzativi diversi.

I benefici attesi dall'attuazione del progetto nelle quattro aziende "pilota" sono importanti. Spaziano dall'opportunità per i professionisti di essere sperimentatori di nuovi modelli di riorganizzazione e di diventare propulsori di reti di integrazione di competenze diverse e multi specialistiche, alla condivisione di obiettivi che puntano a fornire risposte integrate, sanitarie e sociali e a strutturare percorsi di connessione tra i diversi setting assistenziali. Si persegue inoltre la capacità di effettuare un continuo monitoraggio delle attività svolte attraverso un sistema strutturato di raccolta ed analisi dei dati, fino alla crescita culturale derivante dal continuo confronto tra professionisti del SSR e alla creazione di "comunità di pratica", grimaldello per vincere la sfida posta dal PNRR.

Figura 2. Regolamento delle Centrali Operative Territoriali

AZIENDA	REGOLAMENTO CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	CODICE:
INDICE		
Art 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO		
Art 2 – DEFINIZIONE DI COT		
ART 3 - MISSION e VISION		
Art 4 - AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO		
<ul style="list-style-type: none"> • Campo di applicazione • Destinatari delle attività: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Professionisti coinvolti nei processi di cura ◦ Utenti target • Integrazione CUA-COT 		
Art 5 – MODELLO ORGANIZZATIVO		
<ul style="list-style-type: none"> • Servizi/Prestazioni erogabili • Sede/risorse strutturali e strumentali • Orario di funzionamento e modalità di attivazione della COT 		
Art 6 - RISORSE UMANE E RESPONSABILITÀ:		
<ul style="list-style-type: none"> • Organigramma • Funzionigramma 		
Art 7 - STRUMENTI DI GESTIONE		
<ul style="list-style-type: none"> - Modalità di valutazione del bisogno e modalità di follow up casi segnalati e presi in carico - Procedure/protocolli per le diverse articolazioni della COT 		
ART. 8 LE POLITICHE E LE STRATEGIE		
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO • COMUNICAZIONE • COLLABORAZIONE E COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI: <ul style="list-style-type: none"> - Raccordo con 118 - Relazione con i Dipartimenti - Relazione con Ospedale - Relazione con Enti gestori 		
Art. 9 – FORMAZIONE		
Art. 10 -TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI, RENDICONTAZIONE DELL'ATTIVITA' E DEBITI INFORMATIVI		
Art. 11 – MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		
Art. 12 – LISTA DI DISTRIBUZIONE		
RIFERIMENTI NORMATIVI		
GLOSSARIO/SIGLARIO		

Bibliografia

Vaccani R., 1992, La Sanità Incompiuta, Nuova Italia Scientifica, Milano

AA.VV., 2021, Monitor 45, Semestrale AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali

Enrichens F., 2021, I pilastri di una nuova rete territoriale, @forwardRPM

Parole chiave: PNRR, Telemedicina, Servizi socio-sanitari territoriali

Abstract

L'articolo presenta una buona pratica sperimentale sull'attuazione del disegno strategico di implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) in quattro aziende "pilota" piemontesi, sostenute da AGENAS, progetto PonGov "ICT e cronicità", in un'ottica di "rimodellamento" dell'organizzazione territoriale, favorendo modalità di lavoro integrate, multi-professionali, aiutate da strumenti di Telemedicina e intelligenza artificiale.

Monitorare e valutare la riorganizzazione dei servizi territoriali delle ASL: il cruscotto degli indicatori territoriali

di *Giovanna Perino (Dirigente Area Salute e sviluppo del sistema sanitario, IRES Piemonte)* e *Gabriella Viberti (Ricercatrice Esperta Area Salute e sviluppo del sistema sanitario, IRES Piemonte)*

Bisogni di salute e indicazioni della programmazione sanitaria

La programmazione sanitaria nazionale e regionale insiste da tempo sull'opportunità di riorganizzare e sviluppare la componente territoriale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), a livello di:

- Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con gli ultimi Patti per la Salute, il Piano Nazionale della Cronicità del 2016, fino al recente Decreto Ministeriale, cosiddetto "DM 71", dal Documento AGENAS "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale";
- Servizio Sanitario Regionale (SSR), con i due Provvedimenti regionali che hanno ridisegnato la rete territoriale nelle ASL piemontesi e avviato la sperimentazione delle Case della Salute⁴.

Oggi i bisogni di salute, articolati e complessi, anche per la prevalenza di patologie croniche, richiedono una presa in carico continua, accessibile e integrata di persone affette da patologie di lunga durata, vicino al loro luogo di vita.

La riorganizzazione territoriale rappresenta il presupposto per una riorganizzazione del Sistema Sanitario che accompagni sempre più il passaggio da sanità a salute e la ricomposizione dei 2 "silos", sociale e sanitario. Ciò è stato reso evidente anche dallo sviluppo della pandemia da Covid-19, che ha nuovamente posto all'attenzione di tutti il concetto di salute e sottolineato le criticità dei sistemi territoriali delle ASL.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dedica, nella Missione 6 Salute, risorse straordinarie e indicazioni puntuali allo sviluppo delle Reti di prossimità, nasce quindi non improvvisamente, ma ha radici più o meno profonde nel Servizio Sanitario Nazionale e nei vari Sistemi sanitari delle Regioni italiane,

All'interno del quadro di riferimento tratteggiato, il cruscotto di indicatori cui sta lavorando la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte si sviluppa come strumento di monitoraggio e valutazione dei percorsi dei pazienti che accedono ai servizi territoriali delle ASL piemontesi, in questa fase di profonda trasformazione.

Utilizzo e lettura congiunta degli indicatori per superare la separazione tra sanitario e sociale

⁴ Deliberazione di Giunta Regionale n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014-16; della Deliberazione di Giunta Regionale n.1-600 del 19-11-2014 e s.m.si."; Deliberazione di Giunta Regionale n. 3-4287 del 29-11-2016, "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute".

Per attuare la ricomposizione dei 2 silos del sociale e del sanitario, come ribadito nel PNRR, è necessario prendere atto che se i dati del Sistemi Informativo Sanitario (SIS), così come i servizi delle ASL, sono organizzati "a silos", leggeranno i pazienti presi in carico, le risorse utilizzate, le attività erogate e l'efficacia di queste con riferimento ai singoli servizi: ospedali, poliambulatori, strutture residenziali, cure domiciliari e molto altro.

L'utilizzo, e in particolare la lettura congiunta degli indicatori – informazioni selezionate che consentono di valutare il raggiungimento degli obiettivi posti – mettendo in relazione i fenomeni oggetto di valutazione con il contesto di riferimento, consentirebbero invece una lettura integrata e congiunta dell'evoluzione dei fenomeni, quali ad esempio l'introduzione delle cure domiciliari rapportata all'invecchiamento della popolazione, all'organizzazione dei servizi in una determinata realtà e altri.

La Regione Piemonte ha coordinato con questo obiettivo un gruppo di lavoro per definire il cruscotto regionale di indicatori territoriali, composto dal Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari della Direzione Sanità e Welfare, dal CSI Piemonte, dall'area Salute e sviluppo del sistema sanitario dell'IRES Piemonte e dal Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 (SEPI) del Piemonte.

Sinteticamente, i principi guida del lavoro sono i seguenti:

- valutazione dalla prospettiva dei pazienti: ad esempio, le Case della Comunità previste dalla Missione 6 Salute del PNRR nascono per rispondere ai bisogni di continuità nelle cure dei pazienti. Dai loro percorsi di salute scaturiscono i modelli organizzativi, le specialità e le figure professionali che concorrono a perfezionare i Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA);
- continuità delle cure tra *setting* di cura differenti: ad esempio, le Centrali Operative Territoriali (COT) coordinano e collegano con gli altri Servizi delle ASL l'Assistenza Domiciliare, presupposto fondamentale perché l'assistenza di prossimità si realizzi;
- interdipendenze delle reti di offerta, in un contesto di "Community building", nel quale tutte le risorse messe in campo dalla comunità concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Le Caratteristiche del cruscotto di indicatori proposto

Del sistema di indicatori che si sta predisponendo, sono stati predisposti sino ad ora 20 indicatori, di risorse e appropriatezza organizzativa: 9 di questi sono riferiti agli indicatori core del "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG), individuato dal Ministero della Salute per il Monitoraggio dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) introdotti nel gennaio 2017.

Gli altri indicatori sono riferiti a fenomeni "traccianti" e/o sperimentali a livello regionale, quali ad esempio l'introduzione della telemedicina, la sperimentazione delle Case della Salute, lo sviluppo della nuova figura professionale degli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC).

Quando i flussi informativi lo consentono, si prevede la costruzione degli indicatori a livello di Distretto.

Gli indicatori sono riferiti al Contesto e al Bisogno, alle Risorse, all'Efficienza e Appropriatezza organizzativa, all'Efficacia e alla appropriatezza clinica, alla Qualità percepita e alla Umanizzazione delle cure.

Nello schema seguente si riportano gli indicatori per Risorse e Efficienza e Appropriata organizzativa.

Tabella 1. Dimensioni della valutazione e indicatori costruibili

Risorse
R1) Spesa pro capite per il Livello Assistenza territoriale/spesa sanitaria complessiva R2) Percentuale di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta in rete e gruppo R3) Numero di Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC)/popolazione > 65 R4) Numero di Case della Salute (Suddivise in Hub e Spoke/residenti)
Efficienza-Appropriata organizzativa
A1) Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura A2) Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto a > 75, per intensità di cura A3) Percentuale di Case della Salute che lavorano in modalità H12 e H24 A4) Percentuale di Case della Salute con sportelli integrati per l'accesso A5) Consumo di farmaci sentinella traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici A6) Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio A7) Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B Breve A8) Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza A9) Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria A10) Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente A11) Numero di deceduti causa tumore assistiti dalla Rete di Cure palliative sul numero di deceduti per causa di tumore A12) Tasso di ospedalizzazione in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco A13) Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite A14) Tasso di accessi in Pronto Soccorso con codice Bianco/Verde A15) Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso A16) Numero di prestazioni specialistiche erogate in modalità di telemedicina/Residenti

Un sistema in evoluzione: manutenzione, costruzione e utilizzo del cruscotto di indicatori

Il monitoraggio e la valutazione dei nuovi *setting* di cura previsti dal PNRR, affidati ad Age.Na.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) dal Decreto Ministeriale n. 71 (DM 71), verranno integrati dal cruscotto – ad esempio con indicatori di monitoraggio dell'avvio e del successivo sviluppo delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità – nella sua “manutenzione annuale”. L'introduzione e l'utilizzo degli indicatori nella programmazione sanitaria nazionale saranno coerenti con la logica secondo la quale, partendo dai bisogni dei pazienti, si prefigurano lo sviluppo dei percorsi di cura destinati alle patologie croniche più diffuse (diabete, scompenso cardiaco, BPCO), definendo di conseguenza i modelli organizzativi e le risorse opportune, sia di personale che tecnologiche.

Dei 20 indicatori proposti ne sono stati sinora costruiti 18, illustrati e restituiti alle Aziende sanitarie piemontesi sotto forma di Schede, una per ogni singola realtà aziendale, che permettono una lettura congiunta del sistema.

Un primo dato positivo per il Piemonte: la Regione e tutte le ASL piemontesi destinano già oggi, al territorio, una percentuale di spesa sanitaria superiore al 51% indicato nei criteri di riparto nazionali. Tale percentuale era, nel 2019 in Piemonte, del 57%.

Conclusioni

I nuovi LEA del 2017 prevedono l'erogazione congiunta di attività, quindi percorsi che mettono insieme attività diverse, orientati verso la tanto ricercata integrazione tra sanità e sociale. Il PNRR, risposta nazionale alla pandemia da Covid-19, coerente alle indicazioni europee, rappresenta una sfida cruciale per i sistemi sanitari, e introduce obiettivi che dovranno coniugarsi con quelli dei LEA.

L'utilizzo accurato degli indicatori previsti e di nuovi indicatori attentamente selezionati, nell'ottica di "sistema", rappresenta un potente strumento di monitoraggio e valutazione, contribuendo a rendere più efficiente e efficace l'utilizzo delle risorse non esigue che il Servizio sanitario regionale destina già oggi ai servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali.

Per raggiungere questo risultato sarà necessario una forte sinergia tra il livello regionale e quello aziendale, per allinearsi su quali dati utilizzare e su come raccogliarli per restituire gli indicatori. Sarà così possibile "illuminare" i fenomeni più rilevanti, come evolvono, se si discostano, e di quanto, dagli obiettivi attesi, oltre che punti di forza e di criticità dei nostri Sistemi Sanitari. Per restituire risposte sempre più mirate ai bisogni della popolazione.

Parole chiave: servizi territoriali, indicatori, monitoraggio, valutazione

Abstract

La programmazione sanitaria nazionale e regionale insiste da tempo sull'opportunità di riorganizzare e sviluppare la componente territoriale delle Aziende Sanitarie Locali. La riorganizzazione territoriale rappresenta il presupposto per una riorganizzazione del Sistema Sanitario.

L'utilizzo, e in particolare la lettura congiunta del cruscotto indicatori territoriali – informazioni selezionate che consentono di valutare il raggiungimento degli obiettivi posti –, mettendo in relazione i fenomeni oggetto di valutazione con il contesto di riferimento, consentono una lettura integrata e congiunta dell'evoluzione dei fenomeni.

La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR

di Giuseppe Costa (DSCB Università di Torino e ASL TO3 SCA DU Servizio di Epidemiologia)⁵

Innovazioni non solo materiali

La missione 6 del PNRR riguarda investimenti strutturali e di processo che la programmazione nazionale sta disciplinando tramite standard per ospedali di comunità, case della comunità e centrali operative territoriali; standard che a loro volta le Regioni stanno trasferendo nella programmazione applicativa nelle aziende sanitarie. In molti è viva la preoccupazione che questi investimenti strutturali non siano capaci di promuovere anche nuovi contenuti per la sanità territoriale, in termini di salute più ricca e giusta, livelli di assistenza più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale.

I riferimenti teorici per queste innovazioni di contenuto e processo sono stati ben elaborati nel modello di *Integrated Community Care* (ICC), sviluppato dal progetto internazionale *Transform*, voluto da un gruppo di fondazioni bancarie, con un ruolo importante di Compagnia di San Paolo per l'Italia⁶. Il modello di ICC a cui si potrebbe tendere con il PNRR si caratterizza per alcune cifre distintive di seguito riassunte.

La comunità per la salute che vorremmo

Il sistema deve essere centrato sul valore di benessere e salute da creare per le persone in modo proporzionale al bisogno. Un bisogno che va cercato attivamente tramite una lettura plurale e corale del territorio e dei suoi bisogni da parte delle persone che ne diventano così protagoniste. Questo requisito definisce quindi la metrica di programmazione e valutazione del sistema, che è la salute, misurabile attraverso indicatori specifici, da distribuire nella popolazione nel modo più equo possibile.

La ricerca dei bisogni e delle soluzioni (a loro volta basate su prove di efficacia) persegue un approccio di iniziativa e non di attesa: questo requisito richiede un atteggiamento di ricerca attiva/anticipazione dei rischi e dei bisogni e di relativa presa in carico secondo gli indirizzi delle linee guida, contestualizzate in percorsi specifici per il territorio, pensati per rispondere anche a chi è in condizione di maggiore vulnerabilità sociale, seguendo una logica di capacitazione e generazione di autonomia.

Tutti gli attori del territorio concorrono a questo scopo, quelli dei servizi pubblici e convenzionati, dei servizi sanitari e sociali, degli enti locali, come gli attori del privato

⁵ Questo documento è il risultato di due esperienze pilota che stanno usando la metrica della salute disuguale per indirizzare le innovazioni del PNRR e del Piano Cronicità, rispettivamente nella ASL TO3 e nella ASL Città di Torino.

⁶ Transform (transform-integratedcommunitycare.com).

produttivo e sociale, orientando i loro stili di impresa (privato) o di management (pubblico) in modo intersettoriale e multilivello.

Le soluzioni introdotte dalle innovazioni nascono da un processo di ricerca-azione in cui tutti questi attori imparano valutando cosa funziona meglio, partendo dalla esperienza e dal confronto, configurando in questo modo un governo che è al tempo stesso orizzontale, perché aperto a tutti i contributi, e competente, perché capace di apprendere dai dati dell'esperienza. Le soluzioni introdotte devono poi essere sostenibili, cioè devono funzionare nell'ordinario e non solo nei progetti sperimentali.

In questo modo nel territorio si fa crescere anche il capitale sociale, cioè una speciale capacità di generare nuove risorse e funzionamenti nelle persone della comunità, attraverso nuovi linguaggi, culture e meccanismi di governance i cui benefici possono andare oltre quelli di salute per cui l'innovazione nasce.

Le case della comunità saranno il luogo, l'occasione, il simbolo di questa trasformazione a cui gli attuali servizi del territorio nei vari luoghi in cui operano e gli attuali attori della comunità sono chiamati a partecipare come agenti del cambiamento.

Un meta PDTA⁷ ampio e flessibile per la cronicità

Cosa devono fare (e cosa non debbono fare) questi attori per tendere a questo modello, rinnovando i luoghi delle cure sanitarie e sociali e della prevenzione, il loro ruolo e le loro competenze, compresi gli strumenti di loro responsabilità?

Seguendo le priorità del Piano Cronicità e del Piano Prevenzione, occorre progettare e implementare un meta PDTA per le malattie croniche e la non autosufficienza che si preoccupi di disciplinare con procedure tecniche di provata efficacia tutta la piramide del fabbisogno (dalla prevenzione alla autocura, alla presa in carico e cura di ogni importante malattia cronica, alla presa in carico della multi-morbidità e fragilità). Questo meta PDTA deve integrare:

il contributo di base e specialistico di ogni figura professionale in processi regolati e condivisi nelle responsabilità; deve integrare la responsabilità sanitaria con quella sociale e delle altre politiche locali; deve attivare relazioni orizzontali di cooperazione e responsabilità con tutte le risorse per la salute che sono mobilitabili nella comunità e nel territorio, per farli diventare una comunità e un territorio che curano; deve investire sui nuovi formati e processi stabiliti da una figura competente nel disegnare i servizi per dematerializzare e semplificare processi e prodotti intorno al fascicolo elettronico e alla telemedicina; deve imparare ad apprendere dalla propria esperienza attraverso un sistema di valutazione continuo e una metrica di misura dei prodotti e dei risultati. Questo impegno deve riguardare le principali malattie croniche e le limitazioni funzionali e la loro integrazione reciproca nel meta PDTA, in un approccio di medicina di iniziativa che sia fatto su misura della stratificazione del rischio, per ottimizzare le capacità e competenze di prevenzione, autocura, aderenza a linee guida fino al piano di assistenza individuale per la gestione della fragilità.

Per questo traguardo oltre al luogo della Casa della Comunità occorrono alcuni prerequisiti, come una infrastruttura informativa, un modello utile per la stratificazione del rischio e per il monitoraggio degli indicatori di processo e risultato dei PDTA, una funzione di raccordo e capacitazione come l'Infermiere di Famiglia e Comunità, un meccanismo di ricerca azione che permette di apprendere dalle esperienze.

⁷ Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Per ognuna di queste innovazioni i territori possono contare già su esperienze esemplari che hanno coinvolto molti attori dentro e fuori la sanità locale. Serve un investimento iniziale di ingaggio, armonizzazione e arricchimento di competenze attraverso formazione, accompagnamento, valutazione, meccanismi incentivanti per allargare sempre di più la comunità degli agenti che conoscono e possono moltiplicare queste linee di cambiamento, motivandoli attraverso miglioramenti che li riguardano da vicino. Però serve anche un filo rosso che permetta di far convergere l'impegno di tutti verso i risultati su una salute più ricca ed equa.

Una metrica di salute per le Case della Comunità nella ASL TO3

Il traguardo di un benessere più abbondante e giusto nella comunità dipende dalle scelte che ogni attore deve fare nel suo settore di competenza, sanitario e non sanitario. Ognuno di questi settori si prefigge risultati di promozione e salvaguardia del benessere (l'esito ultimo degli sforzi delle politiche pubbliche) che si misurano su metriche spesso tra loro non comunicanti, con la conseguenza che proprio uno dei requisiti della Casa della Comunità che è la condivisione della responsabilità tra settori diversi non si riesce a realizzare per carenza di una metrica comune di comunicazione tra i settori.

In questo contesto la salute ha molte ragioni per candidarsi ad essere una delle metriche più utili per far dialogare i diversi settori, perché tra tutte le dimensioni del benessere quella della salute è la più analiticamente rilevata in tutta la popolazione in modo continuo nel tempo, e perché è quella trasversalmente sensibile all'influenza di tutti i settori come insegna l'approccio di "*Health in All Policies*".

Del resto proprio nella recente pandemia si è dimostrato come tutte le scelte quotidiane della società (dal tempo libero, alla scuola, al lavoro, ai trasporti) venissero influenzate dai bollettini sull'andamento dei contagi e delle conseguenze della malattia; questa primogenitura della salute come metrica su cui misurare le scelte di tutte le politiche è un lascito che la pandemia consegna al senso comune e che va valorizzata. Questa metrica diventa ancora più eloquente quando la si declina lungo l'asse delle disuguaglianze sociali e geografiche perché la salute disuguale sta a rivelare se qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro, dimostrando così che si può fare e dando una misura del potenziale di miglioramento che ogni azione può guadagnare in termini di benessere.

Questa metrica è anche quella che la nuova economia e finanza di impatto si aspettano di maneggiare per fare scelte ben informate di priorità di investimento ex ante e valutarne l'impatto ex post. È così che alcuni progetti pilota di Case della Comunità si stanno costruendo intorno ad un filo rosso della metrica di salute ed equità.

La tesi di queste esperienze è che tutti gli attori devono misurarsi con le differenze nei bisogni di salute prioritari della Casa della Comunità, la cui evidenza serve ad attivare processi di audit clinico ed organizzativo, dove tutti i partecipanti sono chiamati a cercare cause evitabili e alla loro portata, la cui soluzione dovrà diventare la prima occasione di costruzione del nuovo modello di assistenza territoriale. In questi esperimenti i bisogni prioritari vengono scelti tra quelli identificati da tre categorie di indicatori:

- a) le disuguaglianze territoriali e sociali in incidenza, prevalenza e mortalità nelle principali malattie croniche (che corrispondono ai traguardi del profilo di salute del PNP-Piano Locale di Prevenzione);

- b) le disuguaglianze territoriali e sociali in esiti dell'assistenza (traguardo del programma di valutazione degli esiti PREVALE)⁸;
- c) le disuguaglianze territoriali e sociali nella ripresa di un equo accesso a prestazioni e interventi dopo la pandemia (traguardo del programma MIMICO)⁹.

Se si trovano disuguaglianze statisticamente significative in ognuno di questi programmi, allora significa che ci sono luoghi o persone che fanno meglio di altri in termini di salute e di accesso e risultati delle cure; se è così, significa che c'è spazio per un miglioramento a patto che si identifichino i meccanismi attraverso cui si generano queste disuguaglianze, sapendo che dietro ad ogni meccanismo ci sono responsabilità che, ben identificate e coinvolte, diventano partner di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute più uguale per le persone. Per ognuna di queste disuguaglianze occorre innescare processi di audit in cui partecipano tutti i soggetti della comunità che ne possano avere responsabilità: investigare insieme meccanismi e azioni di correzione deve diventare obiettivo prioritario del sistema di incentivazione e sanzione della organizzazione per mettere in moto il processo.

A questo punto tutte le leve di innovazione del PNRR si mettono in moto verso questo traguardo comune: ridefinire e implementare le nuove procedure tecniche (PDTA), centrate sui pazienti bersaglio (stratificazione del rischio e infrastruttura informativa in sviluppo attraverso la Centrale Operativa Territoriale COT), con l'ausilio della funzione dell'IFeC nell'attivazione e raccordo tra le responsabilità e le risorse dei servizi e della comunità, e valorizzando l'impulso logistico e simbolico che il nuovo luogo delle cure Casa della Comunità può rappresentare in questo processo.

La metrica del diabete disuguale nel piano cronicità locale di Torino

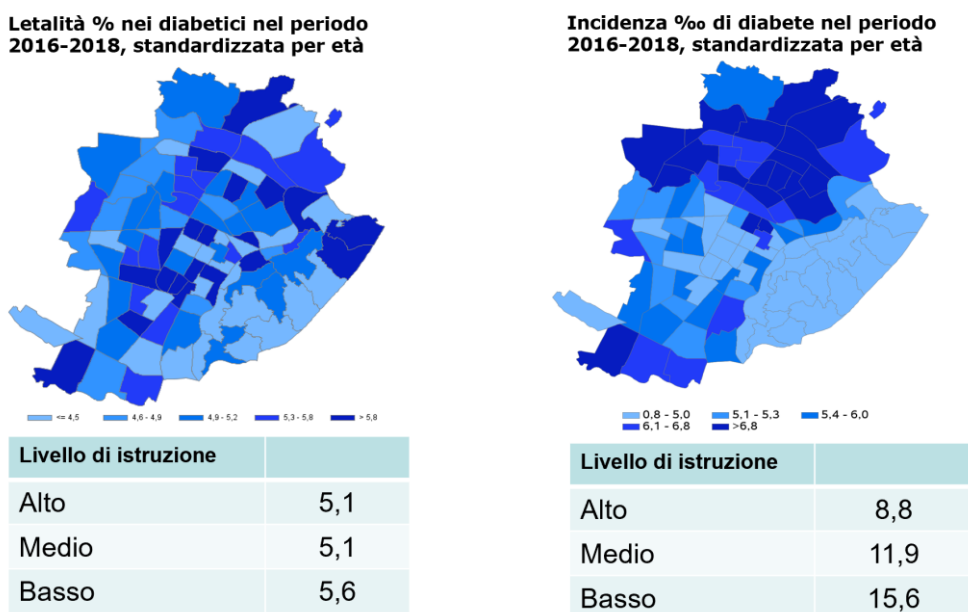
L'ASL Città di Torino ha incominciato la sua programmazione del Piano Locale Cronicità prestando particolare attenzione alla distribuzione disuguale del diabete¹⁰. L'incidenza del diabete (figura di destra) si concentra nelle zone più povere della città; infatti la distribuzione sociale è fortemente a sfavore delle persone meno istruite. Viceversa la letalità tra i diabetici è distribuita in modo casuale nella città senza nessuna evidente disuguaglianza tra più o meno istruiti. La conclusione è che i torinesi si ammalano in modo disuguale di diabete ma una volta diagnosticati il corso della loro malattia è uguale. Dunque se si vuole guadagnare salute si deve intervenire soprattutto sui meccanismi che generano nuovi casi di diabete (incidenza), e non si deve disinvestire sui meccanismi con cui si prende in carico e si tratta la malattia che invece funzionano in modo equo. È così che questa metrica di salute disuguale è capace di ingaggiare ognuno degli attori della comunità locale guidando le domande che si fanno per prevenire le disuguaglianze di incidenza e conservare o migliorare le uguaglianze di cura e risultato.

⁸ Servizio di Epidemiologia - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2018.

⁹ Servizio di Epidemiologia - Impatto del Covid sulla qualità dell'assistenza: il contributo degli indicatori PNE.

¹⁰ L'epidemiologia a supporto delle priorità di intervento: il caso del diabete a Torino, Epidemiologia & Prevenzione (epiprev.it).

Figura 1. Disuguaglianze in come ci si ammala e in come ci si cura

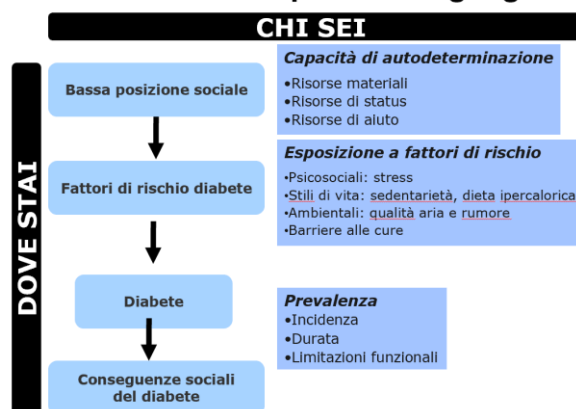


Fonte: R. Gnani et Al, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2020.

In effetti una comunità di pratiche si sta organizzando alle Vallette, uno dei quartieri più colpiti, per interrogarsi sui meccanismi di generazione di questo diabete disuguale, quelli che originano dallo svantaggio individuale ("chi sei", misurato dal livello di istruzione nella figura 2) o dallo svantaggio del contesto di vita ("dove stai", descritto dalla mappa). Ognuno dei meccanismi identificati è un potenziale punto di ingresso per le azioni di risposta, come quelle su cui si stanno interrogando gli attori della comunità di pratiche, dalla bocciofila che prova a spingere i soggetti a rischio a controllare la glicemia, alle scuole che promuovono attività fisica per la prevenzione dell'obesità disuguale, agli specialisti e medici di medicina generale che allargano la platea dei pazienti seguiti in modo attivo secondo le linee guida.

Figura 2. Da dove nascono queste disuguaglianze?

Da dove nascono queste disuguaglianze?



Modificato da Diderichsen et al. 2001

Fonte: Elaborazione dell'Autore da F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, 2001

Conclusioni

L'innovazione si innesca più facilmente se c'è una narrazione che coinvolge le responsabilità degli stakeholder: le differenze geografiche e sociali nei bisogni e nei rischi sono una buona metrica per ingaggiare l'attenzione degli attori "a Torino, ci si chiede, perché a Vallette ci dovrebbe essere il doppio dei diabetici che a Borgo Po?".

L'epidemiologia è in grado di tracciare un profilo dei bisogni e dei rischi secondo le differenze geografiche e sociali della popolazione delle ASL.

Tutti gli attori della innovazione dovrebbero essere coinvolti a chiedersi perché ci sono queste differenze (colpa di sanità e di altre politiche e condizioni?) e se loro possono farci qualcosa, o direttamente nell'ambito del programma di innovazione territoriale, o indirettamente come *advocacy* verso i decisori di altri settori delle politiche.

I cambiamenti introdotti devono dimostrare di creare valore (salute, soddisfazione e accesso) in modo equo, è così che torna la stessa metrica di sopra come metrica di apprendimento e valutazione dalle conseguenze delle azioni intraprese.

Si tratta di una metrica di grande interesse per gli investitori (attenti alla social impact economy): dalla Commissione Europea, agli enti filantropici (fondazioni), ai grandi investitori privati, tutti interessati alla misurabilità dell'impatto sul benessere-salute come misura di impatto sociale.

Parole chiave: metrica, salute, disuguaglianze

Abstract

Gli investimenti strutturali previsti dalla Missione 6 del PNRR saranno capaci di promuovere anche nuovi contenuti per la sanità territoriale, in termini di salute più ricca e giusta, livelli di assistenza più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale? Partendo da specifici riferimenti teorici si descrive il modello a cui si potrebbe tendere con il PNRR. Dall'epidemiologia per tracciare il profilo dei bisogni e dei rischi, al coinvolgimento degli attori della innovazione, al ruolo di ciascuno di essi, il contributo evidenzia come i cambiamenti introdotti devono dimostrare di creare valore in modo equo, secondo una metrica di apprendimento e valutazione dalle conseguenze delle azioni intraprese.

Attuazione del PNRR. Rischi e sfide future sul fronte dell'anticorruzione in ambito sanitario piemontese

di Biagio Fabrizio Carillo (Esperto in materia anticorruzione AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

Introduzione

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, con l'Allegato 1 al Piano omonimo del 2019 di cui alla deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, ha richiesto a tutte le Amministrazioni di intervenire sul proprio sistema di gestione del rischio al fine di renderlo maggiormente aderente alla propria realtà organizzativa e operativa.

Ogni Azienda Sanitaria del Piemonte, pertanto, deve obbligatoriamente svolgere una corretta mappatura dei processi come elemento fondamentale, al fine di predisporre le adeguate misure di prevenzione e controllare il livello di rischio corruttivo.

Ciò premesso, il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è un documento complesso e articolato e per vigilare sulla sua corretta applicazione possono essere utilizzati, ai fini dei controlli, gli strumenti che sono attualmente utilizzati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione¹¹.

La materia sull'anticorruzione diventa quindi importante ai fini di una corretta attuazione delle risorse previste dal PNRR per prevenire i rischi corruttivi in ambito sanitario, per individuare nuovi e moderni strumenti e affrontare così i diversi pericoli e mettere in atto le attività di contrasto alla corruzione in ambito sanitario. Sarà altrettanto importante, per le 18 Aziende Sanitarie e Ospedaliere piemontesi, la continua formazione dedicata ai propri manager e referenti per il tema della prevenzione del fenomeno corruttivo.

In quest'ottica, il dispositivo di Ripresa e Resilienza (RRF), di cui al Regolamento (UE) 2021/241, prevede che la sua attuazione sia rivolta al principio della precisa gestione finanziaria, che comprende la prevenzione e il perseguimento efficaci di frodi ed evasione fiscale oltre che della corruzione, il conflitto di interessi, il divieto di duplicazione dei finanziamenti erogati con diverse modalità di accredito di fondi.

Anche per la sanità regionale nel settore dell'anticorruzione sarà quindi importante e strategico (art. 6 del Decreto Legge, comma 2):

1. stabilire con chiarezza gli obiettivi programmatici e strategici della performance aziendale;
2. identificare una corretta strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;
3. valutare la possibilità di reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie;

¹¹ Il Piano Anticorruzione è destinato a confluire nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ma restano invariati i poteri e il ruolo di ANAC, spettando alla Funzione pubblica solo il potere di punire la mancata approvazione del Piano, e potendo invece ANAC applicare le sanzioni di cui all'art. 19 del Decreto Legge 90/2014.

4. impiegare gli strumenti per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa.

Il sistema di prevenzione anticorruzione nel controllo sull'illecito impiego delle risorse del PNRR

Nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere piemontesi si è lavorato al miglioramento della redazione dei piani anticorruzione per sviluppare al meglio il preciso modello organizzativo già esistente, puntando sempre più su un sistema di qualità che riduca il rischio di corruzione legando questi temi alla migliore organizzazione e alla performance aziendale¹².

Una delle priorità delle Amministrazioni in questo settore riguarderà le attività che svolgeranno i responsabili della prevenzione anticorruzione per l'attuazione delle corrette misure contenute nel PNRR. Infatti, uno degli obiettivi fondamentali sarà quello di prevenire che l'ingente entità di denaro erogato non venga intaccato da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, evitando frodi e corruzione.

Ciascuna amministrazione sanitaria piemontese sarà allora tenuta a esplicitare periodici controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese, adottando le misure necessarie a prevenire eventuali irregolarità e indebiti utilizzi delle risorse. Si dovranno adottare tutte le iniziative necessarie a proteggersi dai conflitti di interesse per eludere il rischio del doppio finanziamento pubblico degli interventi, garantendo la tracciabilità delle operazioni circa l'utilizzo delle risorse del PNRR¹³.

Le Aziende Sanitarie Regionali saranno responsabili dell'avvio delle procedure di recupero e restituzione delle risorse indebitamente utilizzate, ovvero oggetto di frode o doppio finanziamento pubblico. Ecco perché è importante fare una corretta analisi dei processi aziendali che permetterà di identificare meglio i punti più vulnerabili e i rischi di corruzione che si potrebbero generare per mezzo di attività svolte dall'azienda.

Per impiegare bene le risorse del PNRR sarà quindi necessario:

- evitare la duplicazione delle attività;
- fronteggiare le inefficienze organizzative che generano inevitabilmente mancanza di trasparenza;
- migliorare la qualità dei servizi erogati;
- evitare che i processi decisionali non siano correttamente identificati e descritti;
- evitare analisi non sufficientemente dettagliate delle attività che scandiscono il processo;
- identificare i responsabili del processo e dei soggetti deputati alla gestione dello stesso.

¹² Pertanto è lecito aspettarsi che il Piano di prevenzione della corruzione possa essere ricompreso tra quelli che saranno abrogati ed assorbiti nel nuovo Piano, consistendo il suo contenuto proprio nell'individuazione di misure (*strumenti*) per il trattamento del rischio residuo di corruzione e nella loro programmazione (*fasi*) anche in termini di tempi di attuazione e di relative responsabilità. Il nuovo PIAO dovrà quindi farsi carico anche degli strumenti di prevenzione della corruzione previsti dalla legge 190.

¹³ A tal proposito, l'art. 7, comma 8, del Decreto Legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla Legge del 29 luglio 2021, n. 108, prevede la possibilità di stipulare specifici protocolli d'intesa con il Corpo della Guardia di Finanza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Strategicamente importante a livello di anticorruzione in ambito sanitario piemontese sarà inoltre il potenziamento dell'assetto di supporto alle attività anticorruzione, ossia un impiego di maggiori risorse umane da dedicare. È altresì utile il rispetto delle recenti linee guida sulla predisposizione dei codici di comportamento per dare al sistema sanitario una maggiore trasparenza.

Riferimenti normativi, prevenzione e controllo delle frodi nel PNRR

L'estrema articolazione del PNRR richiede l'osservazione di una normativa specifica nonché il riferimento a prassi per la prevenzione e per il controllo delle frodi riportati nello schema seguente.

Tabella 1. PNRR, normativa e prassi per la prevenzione e il controllo delle frodi

- Decreto Legge del 31 maggio 2021, n. 77, art. 7, attività di rendicontazione, monitoraggio e controllo sulle attività del PNRR;
- Decreto Legge del 6 novembre 2021, Titolo IV, n. 152, investimenti e rafforzamento del sistema di prevenzione del sistema antimafia;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2021, rilevazione dei dati di attuazione finanziaria fisica e procedurale per singolo progetto del PNRR, con disposizioni organizzative e procedurali per il controllo e il contrasto di eventuali attività illecite, nell'ambito dell'attuazione dei progetti con un ruolo importante e trasversale dell'ANAC nelle varie fasi di attuazione del Piano;
- Sviluppo e implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), strumento indispensabile per garantire monitoraggio della spesa pubblica nazionale ed europea e che porta alla digitalizzazione dei processi di dichiarazione e verifica dei requisiti per la partecipazione agli appalti pubblici;
- Digitalizzazione delle procedure di gara e qualificazione delle stazioni appalti, unitamente all'istituzione del portale unico della trasparenza;
- Creazione del "Fascicolo virtuale dell'operatore economico";
- Istituzione del portale unico della trasparenza, allo scopo principale di consentire alle amministrazioni, soprattutto di piccole dimensioni, di gestire minori adempimenti e, di conseguenza, di consentire all'amministrazione centrale di disporre di un numero maggiore di informazioni utili;
- Collaborazione di ANAC con la Ragioneria Generale dello Stato, che svolge attività di monitoraggio come già previsto dal PNRR, in considerazione del patrimonio conoscitivo a disposizione acquisito tramite la BDNCP, ove confluiscono tutti i dati delle opere pubbliche.

Conclusioni

Per vincere le sfide future sul fronte dell'anticorruzione in ambito sanitario piemontese e garantire la corretta attuazione del PNRR è necessario agire per migliorare la capacità di fare analisi soprattutto del contesto regionale interno ed esterno, oltre alla adozione di buone pratiche nello svolgimento di attività conseguenti.

Utile l'istituzione del portale unico della trasparenza, allo scopo principale di consentire alle amministrazioni, soprattutto di piccole dimensioni, di gestire minori adempimenti e, di conseguenza, di consentire all'amministrazione centrale di disporre di un numero maggiore di informazioni.

Importante ruolo avrà l'attività di monitoraggio, così come già prevista nel PNRR, svolta dalla Ragioneria Generale dello Stato e da ANAC, che collabora con la Ragioneria, in considerazione del patrimonio a sua disposizione acquisito tramite la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, ove confluiscono tutti i dati delle opere pubbliche. In questo modo si intende rendere partecipe la Ragioneria stessa del patrimonio conoscitivo in proprio possesso su tale tema.

Attraverso l'entrata in vigore delle recenti Linee Guida sulla corretta predisposizione e attuazione dei Codici di comportamento delle 18 Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Piemonte, recentemente approvati dalla Giunta in data 25 febbraio 2022, saranno messi a fattor comune indicatori utili per far emergere con maggiore puntualità i diversi fattori abilitanti del rischio corruzione e, conseguentemente, ricavarne i correttivi, e quindi le prassi, da mettere in atto in relazione ovviamente a quello che potrebbe essere il livello e grado di rischio.

Ad esempio: a partire dalle buone pratiche in materia di decessi ospedalieri, che individuano prassi utili da inserire nei piani anticorruzione attraverso la compilazione periodica dei rischi nei singoli processi, da predisporre a cura dei responsabili delle camere mortuarie e attraverso procedure standard, predisporre una formazione specifica per i nuovi operatori appena assunti in materia di corruzione, in relazione ai decessi ospedalieri e ai rapporti con le camere mortuarie; pubblicazione sul sito aziendale, e sulla intranet, di tutte le procedure aziendali approvate, intensificando i controlli a campione dell'operato dei dipendenti delle camere mortuarie; diffusione delle buone pratiche in tema di liste di attesa, sul rispetto dei codici e delle priorità in relazione ai due canali visita ambulatoriale, ricoveri e registri aziendali.

Obiettivo cui tendere è la diffusione, nei referenti deputati all'anticorruzione, del modello del controllo come esito di un approccio integrato e sistemico tra modello professionale e gestione aziendale, così da garantire legittimità e correttezza dell'area amministrativa e contabile.

I responsabili vinceranno infatti le sfide future del PNRR solo se saranno capaci di entrare in una logica sempre più volta alla programmazione delle diverse azioni correttive, fornendo non solo dati o restituendo analisi, ma divenendo un valido supporto alle decisioni dei vertici aziendali e garantendo – in via preventiva e in modo più adeguato – la limitazione della corruzione e l'impiego corretto e migliore delle risorse previste dal PNRR in ambito sanitario.

Bibliografia

Corte dei Conti, 2016, "Relazione annuale 2016. I rapporti finanziari con l'Unione Europea e l'utilizzazione dei Fondi comunitari" (Delibera n. 17)

Regione Piemonte, 25 febbraio 2022, Deliberazione di Giunta Regionale n. 9, Linee guida per la predisposizione dei codici di comportamento delle aziende sanitarie

Martinelli F., 2014, Manuale di Diritto dell'Unione europea. Aspetti istituzionali e politiche dell'Unione", Edizioni Giuridiche Simone

Parole chiave: Trasparenza, organizzazione amministrativa, chiarezza.

Abstract

Le Aziende sanitarie piemontesi saranno tenute ad applicare periodici controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese, fronteggiando le inefficienze organizzative che generano mancanza di trasparenza per una corretta attuazione del PNRR. importante e strategico diventa allora stabilire con chiarezza gli obiettivi programmatici e migliorare così le performance aziendali, ricercando la massima efficienza e trasparenza per prevenire la corruzione anche attraverso una continua formazione dei responsabili in materia di procedure e processi aziendali.

politichepiemonte

Redatto in **IRES Piemonte** - Via Nizza, 18 - 10125 Torino

Comitato di Redazione.



Fiorenzo Ferlino
Direttore editoriale.
IRES Piemonte.



Francesca Silvia Rota,
Redattrice. Università di
Torino, IRCrES CNR.



Maria Teresa Avato
Redattrice . IRES
Piemonte.



Cristina Bargerò
Redattrice. IRES
Piemonte.



Davide Barella
Redattore. IRES
Piemonte.



Carlo Alberto Dondona
Redattore responsabile
IRES Piemonte.



Carla Nanni
Redattrice . IRES
Piemonte.



Daniela Nepote
Redattrice. IRES
Piemonte



Marco Bagliani
Redattore. Università di
Torino.

La Rete dei Corrispondenti.

Prof. **Francesco ADAMO**, Presidente Geoprogress, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Carlo Alberto BARBIERI**, vice-Presidente INU, Politecnico di Torino. - Dott. **Franco BECCHIS**, Presidente Fondazione per l'Ambiente Teobaldo Fenoglio. - Prof. **Giuseppe BERTA**, Università Bocconi di Milano. - Dott. **Enrico BERTACCHINI**, Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Dott. **Federico BOARIO**, esperto analisi sul commercio, Torino. - Dott. **Francesco BRIZIO**, Presidente Gruppo Torinese Trasporti – GTT. - Prof. **Giorgio BROSIO**, Presidente SIEP, Università di Torino. - Dott. **Marco CAMOLETTO**, Presidente, AMIAT Torino. - Prof. **Riccardo CAPPELLIN**, Presidente Associazione Italiana di Scienze Regionali. - Prof. **Alberto CASSONE**, POLIS, Università Piemonte Orientale. - Dott. **Marco CAVAGNOLI**, Responsabile Centro di Competenza Edilizia e Gestione del Territorio CSI-Piemonte. - Dott.sa **Tiziana CIAMPOLINI**, Responsabile Osservatorio delle Povertà e delle Risorse, Caritas Torino. - Prof. **Sergio CONTI**, DIter, Università di Torino. - Prof. **Giuseppe COSTA**, Università di Torino, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute DoRs.- Dott. **Roberto CULLINO**, Banca d'Italia, Sede di Torino. - Dott. **Luca DAL POZZOLO**, Presidente Fondazione Fitzcarraldo. - Prof. **Luca DAVICO**, Comitato Rota - Eau Vive. - Prof. **Antonio DE LILLO**, Università degli Studi di Milano Bicocca. - Prof. **Giuseppe DEMATTEIS**, Presidente Dislivelli, DIter, Politecnico di Torino. - Dott. **Livio DEZZANI**, Regione Piemonte, Direttore Programmazione strategica, Politiche territoriali. - Prof. **Cesare EMANUEL**, Pro-Rettore Università Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto GAMBINO**, European Documentation Centre on Nature Park Planning, Politecnico di Torino. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Arch. **Mauro GIUDICE**, Presidente Istituto Nazionale di Urbanistica del Piemonte. - Prof. **Francesca GOVERNA**, Professore associato confermato, Politecnico di Torino - Arch. **Daniela GROGNARDI**, Urbanistica, Comune di Torino. - Prof. **Piero IGNAZI**, Dipartimento di Scienza Politica, Università di Bologna. - Prof. **Adriana LUCIANO**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Prof. **Maria Luisa BIANCO**, Presidente del Dipartimento di Ricerca Sociale del Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto MAZZOLA**, Dipartimento di Scienze Giuridiche ed Economiche, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Alfredo MELA**, Direttore Appunti di Politiche Territoriali, DINSE, Politecnico di Torino. - Prof. **Manfredo MONTAGNANA**, Presidente Unione Culturale Franco Antonicelli. - Dott.sa **Paola MORRIS**, CEI-Invest in Torino Piemonte Centro Estero per l'Internazionalizzazione. - Prof. **Angelo PICHIERRI**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Dott. sa **Pina NAPPI**, ARPA-Piemonte. - Prof. **Enzo RISSO**, Presidente IRES-Piemonte. - Dott. **Marco RIVA**, Fondazione Rosselli. - Prof. **Giuseppe RUSSO**, Founding Partner, Step Ricerche. - Prof. **Salvatore RIZZELLO**, Preside Facoltà di Giurisprudenza, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Riccardo ROSCELLI**, Presidente SITI, Politecnico di Torino. - Prof. **Nanni SALIO**, Presidente Centro Studi Sereno Regis. - Prof. **Mario SALOMONE**, Presidente Istituto per l'Ambiente e l'Educazione Scholé Futuro. - Prof. **Carlo SALONE**, DIter, Università di Torino. - Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Prof.sa **Agata SPAZIANTE**, DIter, Politecnico di Torino. - Dott. **Roberto STROCCO**, Ufficio Studi e Statistiche dell'Unioncamere Piemonte. - Dott.sa **Francesca TRACLO'**, Direttrice Fondazione Rosselli. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Prof. **Giampaolo VITALI**, Ceris-Cnr. - Dott. **Mauro ZANGOLA**, Direttore Ufficio Studi della Confindustria di Torino.