



6. Sanità



UN NUOVO PIANO PER LA REGIONE

Nel mese di aprile 2006 la Giunta regionale ha adottato la proposta del nuovo piano socio-sanitario regionale 2006-10, atteso ormai da sette anni (l'ultimo piano risale al triennio 1997-99). Alla versione definitiva della proposta si è giunti dopo tre mesi di consultazioni con enti locali, operatori sanitari e associazioni su una prima bozza preliminare di piano, presentata negli ultimi giorni del 2005¹.

La filosofia generale del piano è incentrata sulla necessità di calibrare l'offerta sanitaria rispetto alla domanda effettiva, per evitare di sviluppare una rete di servizi sovradimensionata o distribuita in modo disomogeneo, con duplicazione di alcune offerte e mancata copertura di determinate esigenze (soprattutto nell'assistenza residenziale extraospedaliera).

La prevenzione assume un ruolo importante² con l'istituzione dei Peps (Profili e piani di salute): ognuno dei 65 distretti sanitari della regione (con il coinvolgimento degli enti locali, delle ASL, dei consorzi socio-sanitari) dovrà predisporre una descrizione quantitativa e qualitativa dello stato di salute del proprio territorio e, sulla base di tale profilo, pervenire ad un piano per valutare l'impatto sulla salute delle politiche locali di sanità. Al tempo stesso, il piano propone la costituzione di una Direzione unica per la prevenzione, per garantire un maggiore coordinamento tra le numerose iniziative di tutela della salute, spesso autonome le une dalle altre.

Una forte priorità viene assegnata anche all'assistenza di base extraospedaliera, che ha il compito di garantire una più continua e completa presa in carico dei cittadini negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio. In quest'ottica va letta la ridefinizione degli ambiti territoriali delle ASL, che dovranno di norma corrispondere ai territori delle province (tranne nei casi in cui queste ultime abbiano una popolazione superiore a 400.000 abitanti)³. L'assistenza di base deve inoltre integrarsi sempre più stabilmente con i servizi sociali per garantire sostegno e riabilitazione alle persone in difficoltà: il piano presenta alcuni «percorsi di lavoro» da sviluppare negli anni a venire, quali la costruzione di momenti di programmazione

¹ La bozza preliminare del piano era consultabile sul sito web della Regione Piemonte, dove era predisposto un apposito modulo per inviare suggerimenti e osservazioni.

² A luglio 2005 la Giunta regionale ha approvato anche il nuovo piano regionale di prevenzione. Quattro gli ambiti di intervento previsti: prevenzione della cardiopatia ischemica; prevenzione delle complicanze del diabete; screening dei tumori; piano delle vaccinazioni. La spesa prevista è di oltre 14 milioni di euro.

³ Insieme al piano socio-sanitario, la Giunta regionale ha proposto con un'apposita deliberazione il ridisegno territoriale dei confini delle ASL, che dovrebbero ridursi da 22 a 13 o 15: in ogni provincia dovrebbe esserci un'unica azienda sanitaria, tranne a Cuneo (dove ne resterebbero due delle quattro attuali) e a Torino (dove le quattro aziende oggi esistenti verrebbero concentrate in due, mentre nel resto della provincia verrebbero accorpate le ASL di Collegno e Cirié, di Chivasso e Ivrea). La Giunta deve ancora scegliere se mantenere autonoma l'ASL di Casale o unificarla con quelle di Alessandria e di Novi Ligure, e se accorpare

comune degli interventi sanitari e sociali, la rivisitazione degli assetti organizzativi e operativi dei due settori rispetto alle singole e specifiche malattie, l'utilizzo delle tecnologie per monitorare le condizioni di non autosufficienza, l'integrazione delle competenze e delle culture professionali.

Gli ospedali vengono infine indicati come risorsa fondamentale, cui ricorrere però solo quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie. Il piano di riordino della rete ospedaliera si pone come obiettivo «l'eccellenza diffusa e l'alta specializzazione in rete»: i trattamenti ad elevata complessità devono essere concentrati in pochi centri, dotati di tecnologie e professionalità altamente specialistiche, mentre gli interventi riabilitativi devono essere collocati in ospedali di prossimità diffusi sul territorio, per garantire al paziente lungodegente la vicinanza con i familiari.

LA RIORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI

L'intesa Stato-Regioni del 2005 stabilisce il raggiungimento entro il 2007 dello standard di posti letto nelle strutture ospedaliere pubbliche e accreditate non superiore a 4,5 ogni mille abitanti (comprensivi dei posti per riabilitazione e lungodegenza)⁴. Il nuovo piano socio-sanitario regionale prevede che entro la fine del prossimo anno i 19.628 posti letto totali della regione (dato al 31/12/2004) vengano ridotti di 141 unità⁵: verranno tagliati 741 posti letto per degenti acuti, mentre aumenteranno di 600 unità i letti per lungodegenti, arrivando così a 1 posto letto per lungodegenti ogni 3,5 posti letto per degenti acuti.

In provincia di Torino, dove alcune strutture svolgono anche funzioni di carattere regionale e sovraregionale (CTO, Centro trapianti delle Molinette ecc.), il piano prevede un tasso maggiore di posti letto, pari al 4,6 per mille, da raggiungere con una riduzione di 338 posti letto per degenti acuti e un incremento di 441 posti letto per lungodegenti. Oltre la metà di questa dotazione sarà concentrata nella città di

o meno le ASL di Chieri e di Pinerolo. Dovrebbe invece restare invariato a otto il numero delle aziende ospedaliere nella regione.

⁴ Oltre a fissare lo standard sui posti letto, l'Intesa stabilisce che le Regioni debbano entro il 2007 rispettare il limite di 180 ricoveri per mille abitanti, di cui almeno il 20 per cento in regime di day-hospital. Il Piemonte non è lontano da questo obiettivo: nel 2004 i ricoveri sono stati 185,1 ogni mille abitanti, in aumento però (per la prima volta dopo molti anni) rispetto ai 184,4 del 2003 (fonte: Regione Piemonte - Assessorato alla sanità). È già rispettato il tasso relativo al day-hospital, superiore al 30 per cento dei ricoveri (Istat e Unioncamere Piemonte, 2005).

⁵ Viene ipotizzato, sulla base delle proiezioni Istat, che la popolazione regionale al 2007 resti stabile sui valori di fine 2004.

Torino: qui, nel 2003, i posti letto (esclusi quelli per day-hospital) e i ricoveri sono stati rispettivamente 5,3 e 172 ogni 1.000 abitanti, valori tra i più bassi per le città metropolitane del centro nord (tabella 1).

Tabella 1 – Offerta di strutture di ricovero pubbliche e accreditate nelle città metropolitane - 2003
(fonte: L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Ministero della Salute)

	Posti letto per ricoveri ordinari ogni 1.000 ab.	Degenza media (gg.)	Medici per posto letto	Infermieri per posto letto	Ricoveri ogni 1.000 ab.
Torino	5,3	9,0	0,7	1,3	172
Milano	6,9	7,5	0,7	1,2	266
Venezia	5,5	11,2	0,4	1,1	145
Genova	3,4	8,6	0,8	1,9	117
Bologna	9,6	8,3	0,5	1,2	330
Firenze	5,1	8,5	0,6	1,3	164
Roma	6,5	9,7	0,6	1,1	204
Napoli	5,9	6,8	0,8	1,4	256
Bari	5,4	6,5	0,6	1,0	238
Palermo	4,0	6,4	0,6	0,9	158
Catania	4,1	5,9	0,6	1,0	176
Cagliari	6,7	7,6	0,5	1,0	227

Il piano evidenzia anche la necessità di redistribuire i posti letto nell'ambito del capoluogo e della sua cintura (tabella 2), per riequilibrare l'attuale eccessiva concentrazione qualitativa e quantitativa di attività ospedaliera nella parte sud della città: i cambiamenti proposti non hanno mancato di suscitare vivaci polemiche. Sono previsti ampliamento, ammodernamento e innalzamento del livello di complessività del S. Luigi di Orbassano, il potenziamento del S. Giovanni Bosco (già oggetto di rafforzamento nel 2005), del Mauriziano e dell'ospedale di Rivoli, l'incremento dell'attività chirurgica presso l'Ircc di Candiolo.

Un nuovo ospedale da 300 posti potrebbe sorgere tra Moncalieri e Nichelino e riassorbire parzialmente i posti letto delle attuali strutture di Moncalieri e Carmagnola. È anche prevista la riduzione dei posti letto alle Molinette (-115) e soprattutto al S. Anna (-254), per compensarne l'attuale ridotto tasso di utilizzo e per trasferire alcune attività di base ai presidi della zona nord e della prima cintura. Dovrebbe essere riorganizzato l'Oftalmico, perché la cura delle malattie dell'occhio verrà effettuata in reparti specialistici presso gli altri ospedali della città: una prima ipotesi di chiusura totale dell'Oftalmico aveva provocato le proteste da parte del personale della struttura – e, al tempo stesso, il plauso dell'Associazione piemontese retinopatici e ipovedenti –, anche alla luce dei significativi interventi di ristrutturazione attuati nell'ospedale negli ultimi anni. Il Centro di rieducazione funzionale S. Vito verrebbe trasferito nella nuova ala del CTO, che dovrebbe

Tabella 2 – Strutture di ricovero pubbliche a Torino - 2004
(fonte: Regione Piemonte - Assessorato alla sanità)

	Posti letto totali	% posti letto per DH	Ricoveri totali	% ricoveri in DH	Degenza media
Aziende ospedaliere					
S. Giovanni Battista - Molinette	1.562	14,4	59.540	40,8	10,8
CTO CRF Maria Adelaide	448	8,0	15.228	39,0	11,7
Oirm S. Anna	895	18,2	58.142	38,5	4,9
S. Luigi Gonzaga (Orbassano)	398	13,1	18.490	45,5	9,7
Presidi ospedalieri non aziendali					
Maria Vittoria	347	16,4	18.045	33,9	7,4
Martini	256	7,4	12.209	28,6	7,8
Oftalmico	78	37,2	6.830	70,0	6,6
S. Giovanni Bosco	360	10,0	13.652	28,1	11,0
Amedeo di Savoia	109	29,4	2.123	37,4	14,9
Ospedali classificati o assimilati					
Umberto I - Mauriziano	405	11,4	20.435	32,7	8,5
Evangelico Valdese - Torino	55	16,4	7.960	69,2	4,8
Presidio sanitario Ausiliatrice	50	50,0	244	48,8	71,2
Presidio sanitario Gradenigo	183	21,9	10.154	55,3	9,7
S. Camillo	107	14,0	1.416	30,9	33,2

essere inaugurata a giugno 2006. A Settimo è infine previsto, nel corso del triennio, l'utilizzo di 60 dei 120 posti letti dell'Hôpital du Piemont, la cui realizzazione, avviata nel 2003, è in fase di completamento.

Questa riorganizzazione della rete ospedaliera mira a garantire standard di servizio adeguati, nell'attesa che si concretizzi il progetto Parco della Salute (già noto come Città della Salute o Molinette 2): tale progetto⁶ si configura nel piano sociosanitario come un ospedale plurispecialistico (più piccolo rispetto alle attuali Molinette), che dovrebbe integrare anche insediamenti universitari, centri di ricerca e un incubatore di imprese. Il nuovo presidio dovrebbe sorgere (probabilmente non prima del 2010) in un'area da identificare da circa 400-450.000 metri quadrati nella parte nord-ovest della città di Torino, con un investimento complessivo intorno ai 320 milioni di euro.

⁶ Il progetto è stato definito con il contributo di una commissione formata da rappresentanti degli enti locali, delle ASL e Aso torinesi, del Politecnico e dell'Università, delle fondazioni bancarie.

L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DI BASE

Il nuovo piano socio-sanitario regionale assegna all'assistenza sanitaria di base un ruolo primario. In questo settore il Piemonte (insieme con Toscana e Friuli-Venezia Giulia) è già considerato un caso di eccellenza in Italia: l'efficienza dell'assistenza di base fa sì che giungano agli ospedali per lo più casi con un alto indice di gravità, mantenendo il tasso di ospedalizzazione nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (fonte: Assr).

Per quanto riguarda le ASL torinesi, gli ultimi dati disponibili mostrano che il numero dei medici generici, dopo essere rimasto sostanzialmente invariato dal 1999, si è ridotto nel 2003 di 7 unità (in tutte le altre città metropolitane, con l'eccezione di Milano e Bari, è invece rimasto immutato o è cresciuto): questa riduzione è più consistente di quella che si è contemporaneamente avuta nella popolazione adulta della città, cosicché tra il 2002 e il 2003 i medici generici sono passati da 1 ogni 996 abitanti con più di 13 anni a 1 ogni 1.000. Il numero dei pediatri, dopo essere diminuito di oltre un quarto tra il 1999 e il 2002, si è stabilizzato; in compenso è aumentata la popolazione infantile, per cui il numero di bambini per medico pediatra è salito in un anno da 994 a 1.004 (tabella 3).

Tabella 3 – I medici nelle ASL dei comuni metropolitani - 2003
(fra parentesi le variazioni assolute rispetto al 2002; fonte: Ministero della Salute)

	Medici generici		Popolazione >13 anni per medico generico		Medici pediatri		Popolazione infantile per medico pediatra	
Torino	771	(-7)	1.000	(+4)	90	(-)	1.004	(+10)
Milano	1.070	(-32)	1.044	(+22)	124	(+4)	1.052	(-10)
Venezia	264	(+3)	1.024	(-20)	33	(+1)	936	(+4)
Genova	670	(-)	982	(-9)	86	(-)	850	(+21)
Bologna	307	(+1)	1.103	(-1)	40	(+1)	859	(+27)
Firenze	700	(+1)	987	(-3)	99	(+2)	859	(+2)
Roma	2.576	(+120)	884	(-42)	415	(+16)	761	(-46)
Napoli	860	(+5)	988	(+9)	136	(+5)	1.165	(-117)
Bari	492	(-5)	1.002	(+20)	89	(-)	939	(-43)
Palermo	1.003	(+8)	1.040	(+7)	239	(-1)	837	(-50)
Catania	875	(+74)	1.011	(-79)	190	(-)	914	(-38)
Cagliari	401	(+4)	1.049	(+3)	75	(-3)	793	(+2)

Il numero degli ambulatori e dei laboratori è sceso nel 2003 da 178 a 175; rispetto al 1999 è diminuito di 16 unità: ognuno di essi serve quasi 5.000 abitanti, il valore più alto tra le città metropolitane. È rimasto stabile invece il numero dei consultori materno-infantili e dei Sert per le tossicodipendenze (tabella 4).

Tabella 4 – I servizi nelle AsL dei comuni metropolitani - 2003

(fra parentesi le variazioni assolute rispetto al 2002; fonte: Ministero della Salute)

	Ambulatori e laboratori		Popolazione per ambulatorio e laboratorio	Consultori materno-infantili		Servizi pubblici tossi-codipendenze (Sert)
Torino	175	(-3)	4.924	46	(-)	10
Milano	318	(+19)	3.922	57	(-1)	5
Venezia	73	(+3)	4.126	33	(-)	2
Genova	197	(+2)	3.711	32	(-)	1
Bologna	78	(-)	4.782	17	(-)	4
Firenze	213	(-5)	3.642	53	(-2)	11
Roma	796	(+1)	3.257	72	(+2)	18
Napoli	589	(+54)	1.712	27	(+2)	9
Bari	134	(+11)	4.301	16	(-71)	6
Palermo	548	(+25)	2.268	41	(-)	11
Catania	419	(+32)	2.525	35	(-2)	10
Cagliari	177	(+1)	2.713	15	(-)	3

Quanto ai servizi sociali offerti dal Comune di Torino, nel 2004 sono aumentati soprattutto quelli rivolti ai disabili. Diminuiscono gli anziani ospiti in strutture comunali, mentre crescono quelli in affido familiare residenziale e diurno. In calo i servizi per i minori, con l'eccezione degli interventi di educativa territoriale. Continua a ridursi anche l'assistenza economica (tranne quella per i disabili), principalmente a seguito dei maggiori controlli sulle autocertificazioni rispetto a redditi e beni posseduti (tabella 5).

Tabella 5 – L'assistenza sociale nel comune di Torino

(valori assoluti; fonte: Sistema informativo della divisione servizi socio-assistenziali del Comune di Torino)

	2001	2003	2004
Servizi per minori			
Interventi residenziali e diurni	882	1.052	1.045
Assistenza economica	1.367	877	736
Attività istruttoria per adozioni	184	153	141
Affidi residenziali	1.297	1.568	1.251
Educativa territoriale*	700	1.900	2.250
Borse di formazione	142	189	99
Provvedimenti dell'autorità giudiziaria**	626	5.314	5.487
Minori stranieri***	266	404	1.280

segue Tabella 5

Servizi per adulti			
Accessi all'ufficio stranieri	20.166	21.707	23.084
Ospitati in centri notturni****	n.d.	812	1.177
Assistenza economica a stranieri	960	473	341
Servizi per anziani			
Ospiti in strutture comunali	649	723	615
Ospiti in comunità alloggio	32	24	23
Assistenza economica	3.546	2322	856
Affido familiare residenziale e diurno	520	1.152	1.225
Assistenza domiciliare	2.000	2.038	1.534
Pasti caldi a domicilio	450	973	1.194
Telesoccorso	800	1.308	1.496
Servizi per disabili			
Interventi residenziali	468	795	1.283
Assistenza economica	1.000	745	972
Affido familiare residenziale e diurno	158	386	471
Utenti in centri di lavoro guidato	102	130	146
Frequentanti i CST	618	654	1.608
Taxi	2.898	3.830	3.760

* Nel 2001 sono stati considerati solo i singoli beneficiari, nel 2003 e 2004 anche l'educativa rivolta a gruppi di giovani.

** Il dato relativo al 2001 è parziale.

*** Dato relativo ai nuovi interventi.

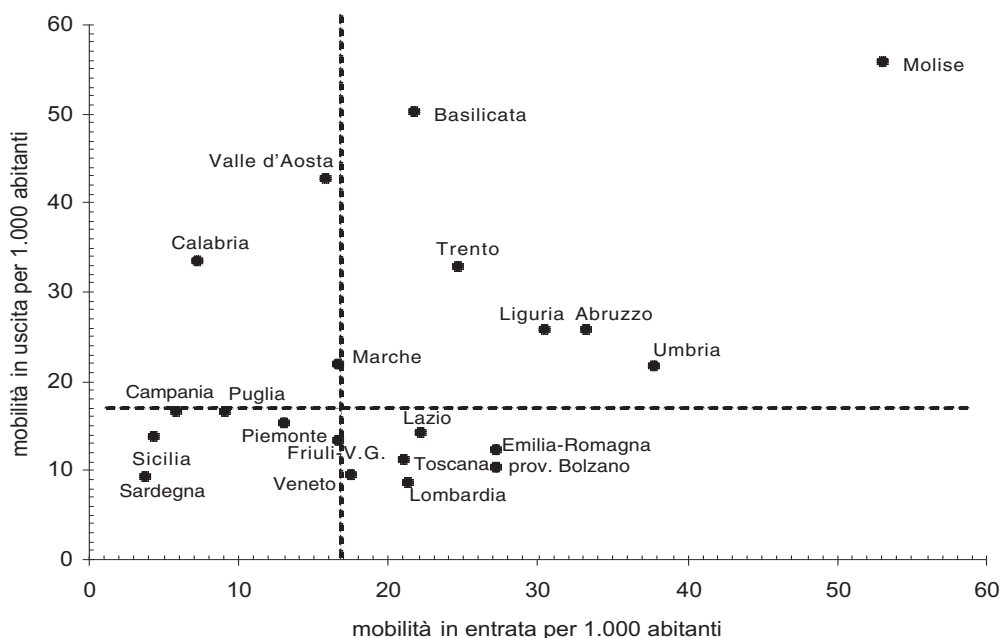
**** Dato relativo al numero di utenti che hanno usufruito dei dormitori di «prima soglia».

VIAGGIARE PER CURARSI

Come nel triennio precedente, anche nel 2003 il Piemonte ha mostrato una mobilità sanitaria prevalentemente passiva: 65.110 piemontesi (ossia 8 piemontesi ricoverati su 100) sono andati a curarsi in altre regioni, soprattutto in Lombardia (59,9 per cento) e in Liguria (19,2 per cento), mentre si sono ricoverati nelle strutture piemontesi 55.972 pazienti provenienti da altre regioni (per il 25,2 per cento dalla Lombardia, per il 24,1 per cento dalla Liguria). Nel complesso, si ha un saldo negativo pari a 9.138 pazienti. La mobilità in uscita (15,2 pazienti ogni 1.000 abitanti) è prossima alla media italiana (16,9), mentre quella in entrata è decisamente inferiore (13,1): solo alcune regioni meridionali presentano valori inferiori (Figura 1). Non a caso, tra le prime dieci strutture di ricovero in Italia aventi il più alto numero di pazienti extraregionali, nessuna ha sede in Piemonte (Assr, 2005).

Figura 1 – L'attrattività dei sistemi sanitari regionali - 2003

(fonte: L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Assr)



La provincia di Torino presenta invece un saldo attivo (rispetto alle altre province piemontesi e alle altre regioni) pari a quasi 14.000 pazienti⁷: i 418.244 malati ricoverati nel 2004 per l'89,6 per cento risiedono nella provincia, per il 5,5 per cento provengono dal resto della regione e per il restante 4,9 per cento arrivano da altre regioni (fonte: Regione Piemonte - Assessorato alla sanità). La quota extraregionale di pazienti è sostanzialmente stabile e in linea con quella delle altre province metropolitane, superiore nel Nord Italia a quella di Milano e Bologna, inferiore a quella di Genova e Venezia (tabella 6). Di questa quota, oltre la metà (12.153 pazienti) si cura nelle ASL torinesi: le principali regioni di provenienza sono la Sicilia e la Calabria, da cui arrivano rispettivamente il 13,5 e il 12,7 per cento dei pazienti extraregionali ricoverati nel capoluogo (fonte: Regione Piemonte - Assessorato alla sanità).

⁷ La mobilità sanitaria prevalentemente passiva del Piemonte è dovuta soprattutto alle province di Novara e Alessandria, che hanno ciascuna un saldo negativo di oltre 10.000 pazienti.

Tabella 6 – L'emigrazione ospedaliera per provincia metropolitana - 2003
(percentuale di pazienti ricoverati in regione diversa da quella di residenza;
posizione nella graduatoria delle province per valori crescenti di emigrazione;
fonte: Sole 24 Ore su dati Istat e Ministero della Salute)

Provincia	%	Posizione
Cagliari	3,1	8
Bologna	3,2	9
Milano	4,0	15
Firenze	4,1	18
Catania	4,1	20
Torino	4,8	26
Napoli	4,8	27
Roma	5,0	28
Bari	5,0	29
Palermo	5,2	31
Venezia	5,9	42
Genova	7,7	57

LUNGHE LISTE DI ATTESA NEGLI OSPEDALI

Nel 2003 la Regione Piemonte ha fissato i tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie non urgenti: 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici e strumentali. Grazie ai CUP (Centri unificati di prenotazione delle ASL, che permettono al cittadino di scegliere la struttura che, nell'ambito di ogni azienda sanitaria, presenta l'attesa minore in un determinato momento), i tempi per gli accertamenti diagnostici sono stati rispettati. Non così per molte visite specialistiche: in alcuni casi sono necessari tempi di attesa molto superiori ai limiti, fino a più di 200 giorni (tabella 7).

Da settembre è partita la sperimentazione di un progetto pilota (avviato sin dal 2001) finalizzato a realizzare un Sovra-CUP, centro unificato di prenotazione a livello regionale. Per il momento la sperimentazione riguarda la sola città di Torino⁸: è possibile scegliere tra le strutture sanitarie non più delle singole ASL, ma di tutta la città. L'ultima colonna della tabella 7 mostra quali sarebbero stati i tempi massimi di attesa nel 2005, se fosse già stato attivo il Sovra-CUP centralizzato sin da gennaio: un cittadino disposto a svolgere la sua visita o il suo esame in qualsiasi struttura della città non avrebbe dovuto aspettare più di dieci giorni, con l'eccezione delle visite allergologiche, endocrinologiche e neurochirurgiche.

⁸ La sperimentazione coinvolgerà 180 medici di base che, attraverso Internet, potranno scegliere con il paziente dove e quando prenotare la visita o l'esame.

Tabella 7 – Tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie - 2005
(in giorni; fonte: Direzione controllo attività sanitarie della Regione Piemonte)

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Sovra-CUP regionale
Visite specialistiche					
Allergologia	61	204	79	141	61
Cardiologia	2	10	5	7	2
Chirurgia generale	1	4	8	3	1
Dermosifilopatia	2	2	9	2	1
Endocrinologia	60	99	74	90	38
Neurochirurgia	61	204	79	141	61
Neurologia	7	4	8	6	2
Oculistica	8	10	8	21	4
Odontostomatologia	107	1	14	10	3
Ortopedia e traumatologia	2	10	10	26	1
Ostetricia ginecologica	2	11	14	4	1
Otorinolaringoiatria	3	3	5	2	2
Pneumologia	35	13	85	0	0
Prestazioni di diagnostica					
Colposcopia	3	21	14	25	3
Ecocardiografia	3	8	4	7	3
Ecodopler arti	3	5	14	7	2
Ecodopler tronchi sovraortici	3	6	14	5	2
Ecografia addome	3	15	7	7	2
Elettromiografia semplice	11	11	45	25	8
Esofagogastroduodenoscopia	60	49	57	10	9
Mammografia	1	17	8	6	1
Risonanza magnetica colonna	3	11	4	4	2
Risonanza magnetica encefalo	3	25	4	5	2
TAC capo	2	14	60	3	2
TAC rachide	2	14	7	3	1
TAC torace	2	14	7	3	2

Ben più lunghe le liste di attesa relative ai ricoveri ordinari per interventi operatori non urgenti negli ospedali: a luglio 2005, le situazioni più critiche si sono riscontrate per accedere a un letto nei reparti di urologia (con un'attesa di 900 giorni al S. Luigi e 459 al Mauriziano), ortopedia (660 giorni al Mauriziano e 610 alle Molinette), otorinolaringoiatria (630 giorni al Regina Margherita), chirurgia generale (390 giorni alle Molinette), chirurgia plastica (365 giorni al CTO) (fonte: Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità).

Per far fronte a queste criticità, il nuovo piano socio-sanitario regionale prevede un più ampio utilizzo delle sale operatorie, che in molti casi non sono sfruttate a pieno regime.

SANITÀ SEMPRE PIÙ CARA

L'intesa Stato-Regioni del 2005 ha anche stabilito un vincolo alla crescita complessiva dei costi di produzione delle ASO e delle ASL pari al 2 per cento annuo, al netto dei costi del personale: tale vincolo è ben lontano dall'essere raggiunto nell'area torinese (come, del resto, nelle altre città metropolitane).

Le ASO torinesi sono tra le più care aziende ospedaliere delle città metropolitane, con spese di produzione che vanno dai 305.800 euro per posto letto delle Molinette ai 194.700 del S. Luigi (dati 2003; fonte: Assr). Oltre ad essere consistenti in senso assoluto, tali costi sono in continuo aumento: nel periodo 2000-2003 sono cresciuti (al netto dei costi del personale) ad un tasso annuo medio dell'8,5 per cento per le Molinette, del 10,4 per il CTO CRF, del 6,2 per l'Oirm S. Anna, del 19,9 per il S. Luigi (fonte: Ministero della Salute). Alla base dei costi elevati vi sono di-

Tabella 8 – Costi per posto letto e indicatori di attività delle ASO nelle città metropolitane - 2003
(fonte: Assr)

	Costo per posto letto (migliaia di euro)	Personale per posto letto	Tasso utilizzo posti letto (%)	Indice difficoltà casi trattati
Aziende ospedaliere dell'area torinese:				
Molinette	305,8	3,7	77,7	1,9
CTO CRF M. Adelaide	277,0	3,9	68,5	1,7
Oirm S. Anna	194,7	2,9	64,4	0,8
S. Luigi	244,0	3,3	76,1	1,5
Principali aziende ospedaliere delle città metropolitane:				
Niguarda (MI)	238,4	3,3	82,9	1,6
S. Martino (GE)	182,0	2,7	79,2	1,6
S. Orsola Malpighi (BO)	202,4	3,0	76,3	1,4
Careggi (FI)	205,3	2,8	71,9	1,5
S. Camillo (RM)	289,8	4,0	85,2	1,4
Cardarelli (NA)	272,6	3,3	92,8	1,0
Policlinico (BA)	204,3	2,7	82,2	1,2
Ospedale Civico Benefratelli (PA)	225,5	3,0	72,0	1,1
Ferrarotto (CT)	184,7	2,8	69,3	1,2
Brotzu (CA)	194,7	2,9	79,7	1,3
<i>Media nazionale</i>	<i>183,3</i>	<i>2,7</i>	<i>73,0</i>	<i>1,3</i>

versi fattori (tabella 8): un personale in genere superiore ai 3 addetti per posto letto, contro una media nazionale di 2,7; un basso tasso di utilizzo dei posti letto, inferiore all'80 per cento (nel caso del CTO CRF e dell'Oirm S. Anna, inferiore al 70 per cento); un'elevata complessità media delle cure effettuate.

Le Molinette, il CTO CRF e il S. Luigi sono rispettivamente la prima, la seconda e l'undicesima azienda ospedaliera in Italia per indice di complessità dei casi trattati (se si esclude il Lancisi di Ancona, specializzato solo nelle cure cardiologiche) (fonte: Assr): le eccellenze riguardano soprattutto i reparti di dermatologia, chirurgia generale, neurochirurgia e reumatologia alle Molinette, di medicina del lavoro e grandi ustioni al CTO CRF, di neurochirurgia e urologia pediatriche all'Oirm S. Anna (fonte: Ministero della Salute).

Per quanto riguarda i costi sostenuti dalle ASL, Torino è al secondo posto in Italia dopo Bologna (dati 2004; fonte: Ministero della Salute). Nel corso del 2004 la crescita della spesa è stata superiore al 9 per cento; nel periodo 2000-2004, il tasso annuo medio di crescita (al netto dei costi del personale) è stato superiore al 18 per cento, il più consistente dopo quello di Genova (tabella 9).

A livello regionale, le spese sanitarie di produzione sono cresciute tra il 2003 ed il 2004 del 9,4 per cento al netto dei costi del personale, dell'8 per cento inclusi tali costi: la perdita di esercizio di tutte le ASL e ASO della regione è stata pari a 336 milioni di euro, quasi il doppio rispetto al 2003 (fonte: Ministero della Salute).

Per far fronte al problema della spesa, il nuovo piano socio-sanitario regionale prevede, tra le varie misure, di ricorrere in misura maggiore ad acquisti centralizzati di beni e servizi da parte di più ASL e ASO.

Tabella 9 – Costi delle ASL nelle città metropolitane - 2004

(L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Ministero della Salute)

	Euro per abitante	Variazione % 2003-2004	Tasso medio annuo di crescita 2000-2004
Torino	2.050	9,4	18,1
Milano	1.363	2,6	4,3
Genova	1.712	6,4	28,2
Venezia	1.967	5,9	8,5
Bologna*	2.137	-	8,6
Firenze	1.578	4,6	7,2
Roma	1.574	6,0	9,6
Napoli	1.739	7,6	9,8
Bari	1.530	4,7	3,6
Palermo	995	14,5	11,9
Catania	1.007	12,9	13,5
Cagliari	1.481	7,9	8,4

* Il dato di costo è relativo al 2003, il tasso di crescita annuo si riferisce quindi al periodo 2000-2003.

PROGETTI E PROBLEMI

Quello trascorso non è stato solo l'anno del nuovo piano socio-sanitario regionale, delle discussioni sulla Città della Salute e delle polemiche sui costi della sanità regionale: ha anche visto il completamento o l'avvio di diversi progetti di strutture sanitarie nell'area metropolitana.

L'Azienda ospedaliera CTO CRF Maria Adelaide ha inaugurato formalmente a gennaio 2006 la nuova Unità spinale unipolare⁹: sarà operativa da giugno ed andrà ad ampliare l'offerta terapeutica dell'unità già in funzione presso l'ospedale (unica esistente in Piemonte). Costata 25 milioni di euro, la struttura è articolata su quattro piani in adiacenza al corpo centrale del CTO (cui è collegata tramite una struttura a ponte) e disporrà di 80 posti letto, più che raddoppiando la precedente capacità di ricovero; anche il Day-Hospital aumenterà da quattro a dodici letti. Con l'apertura della nuova unità, come già detto, verrà dismesso il Centro di rieducazione funzionale San Vito.

Nel corso dell'anno è stata completata la nuova ala dell'ospedale San Giovanni Bosco, costata 15 milioni di euro, la cui progettazione era iniziata nel 1988: a gennaio è stato aperto il centro dialisi, a giugno si sono inaugurate le nuove strutture del pronto soccorso (cui ora fanno riferimento anche i cittadini di San Mauro, prima afferenti all'ospedale di Chivasso), della terapia intensiva (che rientra tra le otto unità nazionali coinvolte nel progetto per la realizzazione della cartella clinica elettronica) e dell'unità coronarica; in autunno sono diventati operativi il laboratorio di analisi e farmacia, i reparti di radiologia e di angioradiologia interventistica e le sale operatorie. Il potenziamento dell'ospedale dovrebbe continuare, alla luce delle indicazioni del nuovo piano socio-sanitario regionale.

Il presidio ospedaliero Maria Vittoria ha terminato ad agosto la ristrutturazione dei reparti di ostetricia, di neonatologia con l'unità di terapia intensiva neonatale, e di ginecologia, oltre al pronto soccorso ostetrico-ginecologico, con l'obiettivo di agevolare l'integrazione tra le varie strutture del Dipartimento materno infantile. A dicembre si sono conclusi i lavori di ristrutturazione del pronto soccorso chirurgico, mentre quelli relativi al pronto soccorso di medicina dovrebbero terminare nel 2006. È stato inoltre attivato un Centro multidisciplinare di senologia, dedicato a diagnosi, prevenzione e cura dei tumori della mammella.

L'ospedale Oftalmico ha inaugurato a luglio un nuovo pronto soccorso, dotato di due sportelli per il triage e tre sale per le visite, per meglio rispondere alle esigenze delle circa 70.000 persone (in media, 190 al giorno) che vi affluiscono ogni

⁹ Questa struttura avrebbe dovuto ospitare il Trauma center olimpico, ma problemi durante i lavori di costruzione hanno impedito di terminarne la realizzazione in tempo: le cure per gli atleti sono comunque state garantite dal reparto per le emergenze traumatologiche del CTO, recentemente ristrutturato.

anno. È stato inoltre inaugurato il nuovo reparto di diagnostica strumentale, mentre sono in corso i lavori di ristrutturazione della quinta sala operatoria e del reparto di diagnostica radiologica. Negli ultimi cinque anni, gli interventi di ristrutturazione hanno comportato un investimento di 8 milioni e 500 mila euro: da qui le polemiche sull'ipotesi di chiusura dell'ospedale avanzata nella versione preliminare del nuovo piano regionale.

L'Ircc di Candiolo ha attivato una nuova Unità di Ricerca, con assunzione di 51 ricercatori; inoltre, grazie ai 4 milioni di euro di utile netto del 2004, sta realizzando un secondo reparto per le degenze, che ospiterà 75 nuovi posti letto e attività di alta specializzazione oggi presenti all'Umberto I di Torino. La Regione sta avviando le pratiche per riconoscere la struttura come Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico (Irccs): in tal modo il centro diventerebbe una realtà autonoma dall'Ordine Mauriziano, gestita da una Fondazione, con la possibilità di accedere a finanziamenti statali per la ricerca.

Ad ottobre, la Casa di cura ospedale Cottolengo è stata ufficialmente riconosciuta presidio dell'ASL 4. Da lungo tempo atteso, il provvedimento ha anche definito i servizi di cui l'ospedale dovrà farsi carico: è previsto l'ampliamento delle attività di ortopedia, urologia e chirurgia generale, al fine di ridurre le liste di attesa presenti in queste discipline; dovrebbero essere ridotti i posti letto per acuti ed aumentati quelli di recupero e rieducazione funzionale e di lungodegenza.

Si sono invece fermati i lavori per la costruzione della Clinica della memoria a Collegno, una struttura di 40 posti letto destinata alla ricerca e al ricovero per malati di Alzheimer. La realizzazione della clinica era iniziata grazie a donazioni di fondazioni e privati, ma senza che fosse definito chi ne avrebbe sopportato gli elevati costi di gestione: il nuovo piano socio-sanitario regionale prevede il completamento della clinica con un riadattamento della sua funzione, attraverso l'ampliamento dell'attività assistenziale secondo modelli innovativi indicati dall'Università¹⁰.

¹⁰ La Regione ha firmato anche una convenzione con l'Inpdap (Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica) e la Fondazione Ferrero per l'assistenza socio-sanitaria a soggetti malati di Alzheimer. Beneficiari della convenzione sono i lavoratori e pensionati Inpdap e i loro familiari: l'Inpdap destinerà lo 0,36 per cento (1,5 milioni di euro all'anno) delle trattenute sugli stipendi dei dipendenti al fondo per finanziare il progetto, mentre la Fondazione Ferrero metterà a disposizione le strutture in grado di ospitare i malati (40 posti letto a Torino e 20 ad Alba).