



# RAPPORTO SANITÀ

Il neo-liberismo governa, con accanimento, le nostre società, nonostante sia portatore di crisi, di disuguaglianze e di ingiustizie: non è solo una teoria economica, è anche una forma di controllo sociale, in quanto assegna al “mercato” il ruolo di principale istituzione nella società contemporanea e allo “Stato” un ruolo marginale, di semplice garante della libera competizione tra attori economici. Il neo-liberismo fa riferimento all’*homo economicus* che applica la propria “razionalità” alla valutazione di costi e benefici in ogni sua azione. Restringe il campo dell’azione Pubblica, smantella il welfare, riduce quanto faticosamente ottenuto con le conquiste economiche e sociali della seconda metà del Novecento e svaluta i principi fondamentali delle “*Costituzioni*” nate nel dopoguerra. **La fase storica che stiamo vivendo nasce dalla rottura del compromesso tra capitalismo, democrazia e lavoro.** Tra le conseguenze risulta un **ipersfruttamento delle risorse naturali, fino a portare il pianeta oltre i limiti della sostenibilità**, con gravi ripercussioni sulle condizioni di vita di porzioni crescenti dell’umanità. **Alcuni settori sociali soffrono più di altri e fra questi la sanità. A che punto siamo? Cosa possiamo aspettarci per Venaria?**

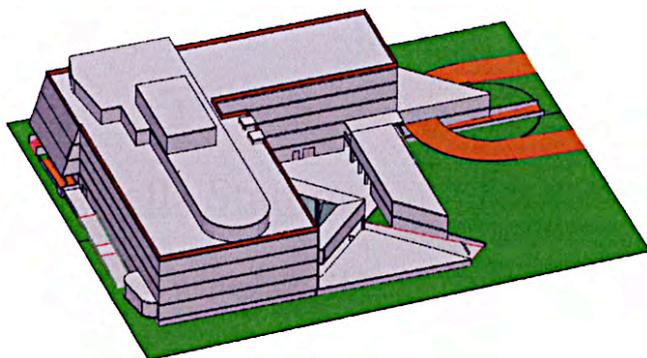
- 1 - **Dal vecchio ospedale al nuovo presidio sanitario** ..... pag. 1  
Breve storia del progetto di realizzazione della nuova struttura sanitaria del Distretto dell’Area Metropolitana Nord in Venaria.
- 2 - **Quale sanità moderna e tecnologicamente avanzata?** ..... pag. 3  
Sintesi intorno ai sistemi organizzativi della sanità rispetto ai nuovi contesti sociali, economici e tecnologici.
- 3 - **L’organizzazione della sanità in Piemonte (situazione in Venaria)** ..... pag. 5  
Organizzazione della Sanità regionale nelle ASL e nei distretti (cfr. distretto “*area Metropolitana Nord*”, in ASLTO3, comprendente il nuovo presidio di Venaria quale anche “*casa della salute*”).
- 4 - **La condizione dei “pronto-soccorso”** ..... pag. 11  
La pandemia da Covid-19 che stiamo subendo ha messo in luce le condizioni che caratterizzano i “pronto-soccorso”, uno degli aspetti più evidenti di una organizzazione sanitaria complessiva inadeguata.
- 5 - **Considerazioni** ..... pag. 12  
Breve analisi delle condizioni economiche del Servizio Sanitario Nazionale, anche mediante confronti con altri Paesi europei.
- 6 - **Conclusioni** ..... pag. 15  
Alla luce di quanto espresso nei precedenti capitoli e valutando la mancata integrazione finanziaria per il Sistema Sanitario Nazionale quale principale fattore negativo (resa particolarmente evidente dal dramma Covid-19) e per quanto riguarda la situazione locale, si propongono **10 punti cardine** per l’individuazione di una strategia politica per la Venaria Reale.

**Documento approvato nel  
febbraio 2021**

## 1 - DAL VECCHIO OSPEDALE AL NUOVO PRESIDIO SANITARIO

**22 dicembre 2009:** nella Cappella di S. Uberto (Reggia di Diana), venne firmato l'**accordo di programma fra Regione Piemonte, ASL TO3 e comune di Venaria Reale** per la nuova struttura sanitaria dal costo di 48 milioni di Euro.<sup>1</sup> Nel comunicato stampa congiunto dell'ASL TO3 e del comune di Venaria l'allora sindaco N. POLLARI indicava tale evento come una "giornata storica per Venaria Reale e la sua zona", mentre il direttore generale dell'ASL TO3, G. RABINO definiva la struttura un "progetto all'avanguardia della tecnologia sanitaria e ambientale".

Quel comunicato fu il documento con il quale vennero informati i cittadini e con il quale venne fornita un'immagine/aspettativa che si diffuse nella città. In tale documento si affermava:



*"Il nuovo ospedale conterà 84 posti letto, con l'ampio ricorso all'assistenza alternativa, al ricovero in degenza ordinaria (day hospital, day surgery, ambulatori, diagnostica strumentale), con l'umanizzazione degli ambienti e la sicurezza, attraverso un elevato uso di tecnologie impiantistiche. La superficie coperta dal nuovo ospedale sarà di 4.890 m<sup>2</sup>, per un volume di 82.678 m<sup>3</sup>. Il piano interrato ospiterà i servizi generali, archivi, depositi, impianti tecnologici, mensa e spogliatoi del personale; al piano ter-*

*reno, oltre all'ingresso principale, troveranno posto il **Pronto Soccorso**, ambulatori, accettazione e informazioni, area prelievi, laboratorio di analisi, servizio di radio diagnostica, **Centro Unico Prenotazioni (CUP)**, uffici e bar, **118 e Guardia Medica**. Al primo piano gli uffici della direzione sanitaria, dialisi, servizio di recupero e rieducazione funzionale con degenza, numerosi ambulatori e servizio di endoscopia digestiva. Al secondo piano la degenza di chirurgia, **blocco operatorio e centrale di sterilizzazione** ed infine, al terzo piano, la degenza di medicina, day hospital, day surgery enday hospital oncologico. L'area destinata a parcheggi su 9.6759 m<sup>2</sup>, per 387 posti auto."*

Nell'immaginario collettivo un ospedale è un luogo dove si effettuano ricoveri di urgenza ed operazioni chirurgiche anche per salvare vite umane in situazioni di rischio. Allora cittadini ed amministratori locali immaginarono finalmente (dopo una lunga stagione di mobilitazioni, confronto, ma anche di riduzioni e di soppressione di importanti servizi, di accordi disattesi come quelli sottoscritti con la Regione del Presidente Ghigo), di aver ottenuto un ospedale adeguato ai loro bisogni, con "...pronto soccorso..." e "...blocco operatorio e centrale di sterilizzazione...". Un ospedale di distretto, o Country Hospital, che avrebbe fornito solo alcuni servizi; certo non il Mauriziano e tanto meno le Molinette, ma funzionale ad un sistema ospedaliero più diffuso ed adeguato alle esigenze del territorio.

La nuova struttura fu prevista in via Don Sapino, ma il suo costo venne ritenuto eccessivo nell'allora contesto di crisi e di tagli alla sanità: si decise di procedere per lotti funzionali. La prima tappa si configurava "...come una scatola che comunque consente di realizzare, anche in un momento successivo, la struttura completa" per la quale venne resa disponibile una prima risorsa di 18 milioni di euro. Il primo lotto dopo diversi anni venne costruito in modo da agevolare i lotti successivi.

Per tale ragione è necessario avere ben presenti le caratteristiche dell'opera completa e delle sue funzioni che hanno condizionato il primo intervento. Esse sono illustrate nel documento descrittivo dedicato al "...riordino e la valorizzazione del presidio di Venaria Reale" e nel relativo allegato "centro di assistenza primaria (CAP) di Venaria Reale" del 23 settembre 2013, a cura dell'ASL TO3. In quel documento si affermava che il territorio di interesse è "...il Distretto di Venaria Reale..." che

<sup>1</sup> Il 66 per cento (32 milioni di euro) a carico della Regione Piemonte. Il resto a carico di Stato ed ASL TO3; Venaria mette a disposizione l'area di via Don Sapino (30.000 m<sup>2</sup>) con cessione gratuita del diritto di superficie per 99 anni.

“...si estende su una superficie di 144,94 km<sup>2</sup> con una densità abitativa di 602,68 abitanti per km<sup>2</sup>...”: un bacino di utenza di 87.000 abitanti, ai quali occorre aggiungere le presenze giornaliere dei turisti della Reggia e della Mandria che potrebbero portare a 90.000 abitanti equivalenti. Sono numeri che condizionarono le caratteristiche progettuali dimensionali della nuova struttura. Questa la previsione in lotti successivi:

- **piano seminterrato:** locali tecnici, archivi cartelle cliniche, spogliatoi, sala riunioni, spazi per addetti alle pulizie, magazzino/distribuzione farmaci, mensa, camera mortuaria;
- **piano terra:** servizio radiologia (diagnostica tradizionale digitale, TAC, ecografia, prevenzione serena), 118 (con postazione di sosta per l'autoambulanza, dotata di alimentazione elettrica e idrica), guardia medica, Punto di Primo Intervento su 12 ore (più ambulanza medicalizzata 118), CUP e punto prelievi, day hospital;
- **piano primo:** Centro Assistenza Primaria (CAP), area ambulatoriale specialistica (con sala attesa per i settori allergologia, cardiologia, dermatologia, neurologia, oculistica, odontoiatra/odontoprotesi, ortopedia, pneumologia, urologia), endoscopia, direzione distrettuale;
- **piano secondo:** 40/45 posti letto di continuità assistenziale.

Sono prestazioni/servizi paragonabili a quelli del vecchio ospedale, ma meglio organizzati, più efficienti (almeno nelle intenzioni) ed in un'unica struttura anzichè sparsi in più luoghi e poco accessibili. Con un tale scenario venne espressa una valutazione positiva, soprattutto tenendo conto della previsione di un incremento della qualità e quantità dei servizi/prestazioni. **Sul piano politico risultò evidente la necessità di una continua pressione per la realizzazione effettiva delle successive opere necessarie a completare l'intero progetto.**

Ma che fine hanno fatto le voci “...pronto soccorso...” e “...blocco operatorio e centrale di sterilizzazione...” previste nell'Accordo di Programma del dicembre 2009? Tale struttura è definita “*Presidio*” dotato di “*Punto di Primo Intervento*” che, tra l'altro, prevede un servizio di 12 ore dal lunedì al venerdì (dalle ore 8 alle ore 20) e di 4 ore il sabato (dalle ore 8 alle ore 12), anziché 24 ore per “tutti” i giorni della settimana.<sup>2</sup> La vecchia struttura ospedaliera disponeva invece di un pronto soccorso che, seppure in condizioni al limite dell'operatività, oltre a fornire un servizio utile ai cittadini, contribuiva all'importante funzione di alleggerimento della pressione sui pronti soccorsi degli ospedali di Rivoli e del Maria Vittoria. Risulta quindi che la nuova struttura non è un vero, seppure piccolo, ospedale come “sognato” nell'immaginario collettivo dei cittadini e della gran parte dei politici e degli amministratori.

Quale prova di tale stato d'animo è esemplificativo citare il Consiglio Comunale di Val della Torre che l'8 febbraio 2013 approvò un ordine del giorno con il quale si esprimeva la “...ferma contrarietà alla riconversione dell'ospedale... di Venaria”, chiedeva “...al Presidente della Regione il rispetto degli accordi di programma... e di adoperarsi affinché i lavori del primo lotto... abbiano inizio al più presto possibile”, invitava “...il Presidente della Regione e l'assessore alla sanità a rivedere la decisione di riconvertire l'ospedale di Venaria,...” e chiedeva “... al Presidente della Regione e all'assessore alla sanità di destinare una parte dei 449 posti letto per acuti che la Regione può programmare di aumentare, al presidio ospedaliero di Venaria...” Quindi si confermava quella sorta di aspirazione di conservare il “piccolo ospedale”, con incremento di “...posti letto per acuti...”

**Ma come deve funzionare una sanità moderna ed avanzata tecnologicamente? Quali sono le indicazioni programmatiche nazionali e regionali?**

---

<sup>2</sup> Come esplicitamente osservato dal Sindaco G. CATANIA nella conferenza dei servizi del 19 dicembre 2013.

## 2 - QUALE SANITÀ MODERNA E TECNOLOGICAMENTE AVANZATA?

Significativo è il par. 2.9.1 (**problematica dei piccoli ospedali**) dello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013 (Ministero della Salute): *“...la riconversione dei piccoli ospedali gioca un ruolo fondamentale nella... rete ospedaliera e nel potenziamento della risposta territoriale. I piccoli ospedali hanno una difficoltà oggettiva ad acquisire adeguate caratteristiche di complessità, che permettano di garantire nel tempo il mantenimento ed il perfezionamento delle competenze professionali, con raggiungimento dei livelli di sicurezza richiesti nella erogazione delle prestazioni per minimizzare i rischi per i pazienti ed implementare continuamente la casistica degli stessi operatori. Per questi presidi occorre prevedere lo sviluppo di una duplice integrazione, verso gli ospedali maggiori e verso le funzioni assistenziali distrettuali...”*

Tale concetto venne esplicitamente espresso, per la prima volta, al par. 2.6 del Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 dove si affermava che, alla luce del nuovo scenario che si stava profilando, *“...la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento. Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive. Solo se si saprà cogliere, con questa ed altre modalità, il cambiamento ed il nuovo che avanza in sanità, se si saprà attuare una buona comunicazione con i cittadini per far loro capire come sia necessario, nel loro interesse, assecondare il cambiamento ed adeguarvisi, se si saprà gestire il servizio pubblico con mentalità imprenditoriale, sarà offerta al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità”*.

In sostanza è richiamata la **difficoltà dei piccoli ospedali a garantire mantenimento e perfezionamento delle competenze professionali e ad assicurare i livelli di sicurezza richiesti per gli assistiti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie**. È riconosciuta l'autonomia delle singole regioni nel delineare la migliore organizzazione dei servizi in relazione alle esigenze della popolazione, alle specificità del territorio e alle risorse della collettività.

In passato era consuetudine definire “piccolo” un ospedale con meno di 120 posti letto. Alcuni studi condotti alla fine degli anni Novanta evidenziarono che gli ospedali con meno di 200 posti letto presentano diseconomie di scala. Ma le dimensioni e la distribuzione degli ospedali, nodi delle reti regionali, sono anche correlate ai caratteri demografici e geografici del territorio e devono essere attentamente programmate dalle regioni, le quali non possono prescindere da una approfondita valutazione dell'equità di accesso alle cure da parte delle popolazioni residenti.

**La dimensione dell'ospedale è proporzionale alla capacità di fruizione delle risorse attribuite** (spesso la qualità degli esiti è direttamente correlata al volume di attività erogata); **ma non è l'unico elemento da considerare nel processo decisionale relativo al rafforzamento o alla riconversione di specifiche funzioni assistenziali di un ospedale**.

Una moderna sanità andrebbe predisposta con il **modello di organizzazione Hub & Spoke**. I centri *spoke* svolgono la funzione di assistere i pazienti che non superino una determinata soglia di gravità clinico assistenziale. I pazienti più gravi sono inviati ai centri *hub* per cure/prestazioni più complesse e specializzate. I centri *spoke* sono incaricati anche del trattamento dei pazienti dimessi dai centri *hub*, ma ancora bisognosi di assistenza a minore intensità.

Un singolo centro *hub* fornisce prestazioni altamente qualificate, garantite dalla competenza clinica e dall'efficienza operativa rese possibili dai loro volumi di attività. I centri *hub* sono pochi con un ampio bacino di popolazione ed in grado di assicurare trattamenti clinici omogenei in riferimento a protocolli e linee guida a livello nazionale.

In altri paesi, l'adozione di tale modello ha permesso di verificare come la concentrazione dei servizi sanitari ad alta complessità in un numero limitato di centri *hub* e la conseguente razionalizzazione del rapporto con i centri *spoke*, abbia consentito di raggiungere importanti risultati in termini di efficienza, accessibilità ai servizi, qualità nell'assistenza e riduzione della frequenza di esiti avversi.



Le modalità di gestione del sistema sanitario a livello nazionale sono state condizionate da questo nuovo e più moderno approccio organizzativo.

Negli ultimi due decenni le diverse azioni di governo e le scelte politiche dello Stato e delle regioni sono state coerenti con tale indirizzo; resta da vedere se con reale convinzione circa la necessità di rendere il sistema sanitario complessivo più moderno ed efficiente, oppure teso a soddisfare gli obiettivi di risparmio derivante dalla chiusura dei piccoli ospedali, ma senza effettiva revisione organizzativa sul territorio, soprattutto per mancanza di risorse economiche appropriate. Si tratta di un tema ripreso più avanti.

Quanto sopra esposto è coerente rispetto alle importanti trasformazioni economico-sociali e soprattutto tecnologiche sempre più rapide come si stanno dimostrando soprattutto in questo terzo millennio. Tuttavia bisogna ammettere che si tratta di principi (in buona parte condivisibili, ma anche discutibili) che hanno determinato linee di indirizzo prevalentemente teoriche, raramente applicate.

Nella realtà, come osserveremo più in dettaglio nei prossimi capitoli, se esaminiamo la condizione reale della sanità, osserviamo come essa sia caratterizzata da una crescita delle inefficienze, delle difficoltà di accesso per i meno abbienti e soprattutto, come è emerso con la drammatica crisi pandemica, della inadeguatezza dei servizi territoriali e di prevenzione. Tale situazione risulta evidente anche nella Regione Piemonte, con inevitabili riflessi negativi anche sulla vicenda venariese: a tutti i livelli (nazionale e locali) hanno prevalso logiche di riduzione e di tagli, senza una effettiva progettazione di un nuovo sistema di tutela e prevenzione della salute, ovvero senza applicazione concreta di quanto previsto dai documenti succitati. D'altra parte **in assenza di adeguati finanziamenti, ogni progetto, visione, riforma,... rimangono solo sulla carta.**

### 3 - L'ORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN PIEMONTE (situazione in Venaria)

Il Piano Sanitario Regionale è un documento che purtroppo rimane un testo impostato sul piano teorico in molte sue parti, condizionato dalle scelte politiche e coerenti con quello nazionale. Tiene conto dei caratteri normativi e tecnici indispensabili, in un panorama caratterizzato da scarse risorse economiche. Fra i temi che più interessano, importante è la organizzazione della rete pubblica dei presidi sanitari che, in attuazione al principio della diversificazione delle funzioni correlate alle diverse complessità delle prestazioni, sono classificati in tre livelli:

- a) **Primo livello (presidi di territorio)**; prestazioni diagnostiche-terapeutiche di base diffuse e di bassa intensità, di riabilitazione. Sede di pronto soccorso semplice, di area disagiata o Punto di Primo Intervento. Presidi di prossimità, da interpretare come strutture *spoke* (Medicina generale e geriatrica, lungodegenza, riabilitazione di primo livello, pediatria base, day surgery, servizi ambulatoriali, dialisi, diabetologia ambulatoriale, CAP,...). Es. piccoli ospedali destinati alla riconversione: Venaria, Giaveno, Avigliana,...
- b) **Secondo livello (ospedali cardine)**; sono effettuate, oltre a quelle precedenti, prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche con ricovero ordinario, anche in emergenza/urgenza da espletare, in quanto usualmente sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello. Nodi fondamentali per acuti (media-alta gravità clinica). Presidi da interpretare come *Hub* di base (Pneumologia/broncoscopia I livello, medicina del lavoro, neurologia, chirurgia generale, ortopedia, oncologia I livello, cardiologia, emo 24 ore, gastroenterologia-endoscopia I livello, anestesia-rianimazione, nefrologia-dialisi, urologia, servizi diagnostici, medicina interna-urgenze, endocrinologia, salute mentale, ginecologia, pediatria, ostetricia-neonatologia, otorinolaringoiatria, medicina generale e geriatrica). Es. ospedali di Chieri, Rivoli, Ivrea,...
- c) **Terzo livello (ospedali di riferimento)**; sono effettuate, oltre a quelle di cui ai punti a) e b), prestazioni mediche-chirurgiche di alta specialità e trattati casi ad alta gravità-instabilità clinica. Sede di attività didattica e di ricerca, anche con l'apporto dell'università. Sede di DEA di II livello. Presidi da interpretare come strutture *Hub* di alto livello (Riabilitazione di III livello, cardiocirurgia, neurochirurgia, trauma team - ortopedia, gastroenterologia-endoscopia II livello, oncologia II livello, chirurgia maxillo facciale, cardiologia + emo II livello, chirurgia toracica, chirurgia plastica, centro trasfusionale, radiologia interventista, DEA II livello, pneumologia-broncoscopia secondo livello, ematologia II livello, trapianti, chirurgia vascolare,...). Es. Molinette, Maria Vittoria, Mauriziano,...

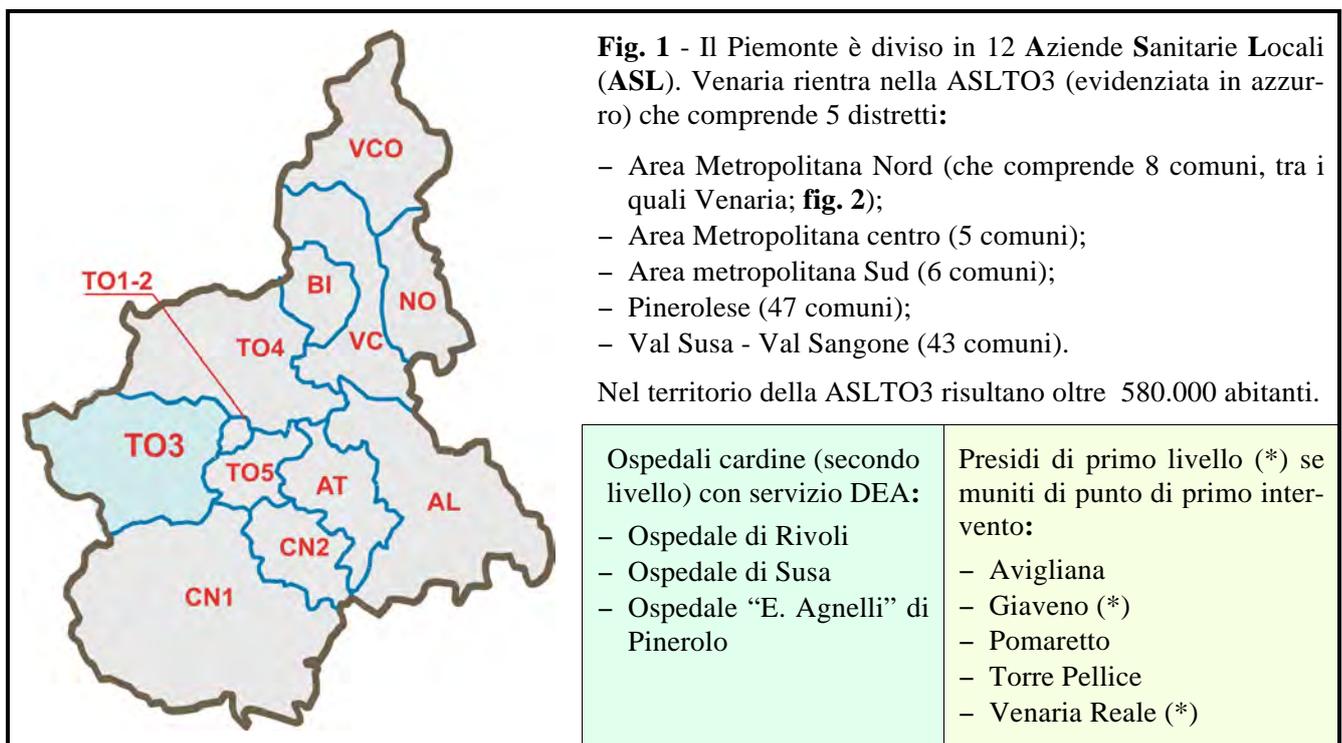
Il territorio piemontese (**fig. 1**) è diviso in 12 Aziende Sanitarie Locali - ASL (oltre a tre Aziende ospedaliere universitarie e tre Aziende sanitarie ospedaliere), con quasi 55.000 dipendenti, per un bilancio complessivo superiore a 8 miliardi di Euro/anno (oltre il 70 % dell'intero bilancio regionale). L'ASL di nostra competenza è la **TO3** che comprende, a sua volta, 5 distretti (**fig. 2**).

I piani nazionale e regionale sembrano ispirarsi al modello *Hub & Spoke* sopra descritto; di conseguenza, **nel caso dell'ospedale di Venaria è prevista una conversione in presidio di primo livello; secondo i criteri utilizzati per la classificazione dei presidi sanitari nei diversi livelli, sembrano mancare le condizioni affinché possa essere convertito in un ospedale cardine (secondo livello).**

Per Venaria (presidio di primo livello) si prevede un Punto di Primo Intervento operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie locali. Per questa funzione sono necessari ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

**Nel caso di Venaria è importante ribadire l'obiettivo di garantire il funzionamento del punto di primo intervento per 24 ore**, considerando che la realtà è tuttavia assai complessa. Consideriamo infatti un DEA (Dipartimento di Emergenza e di Accettazione - espressione per indicare il "pronto soccorso") di primo livello, quello connesso con gli "ospedali cardine" prima descritti:

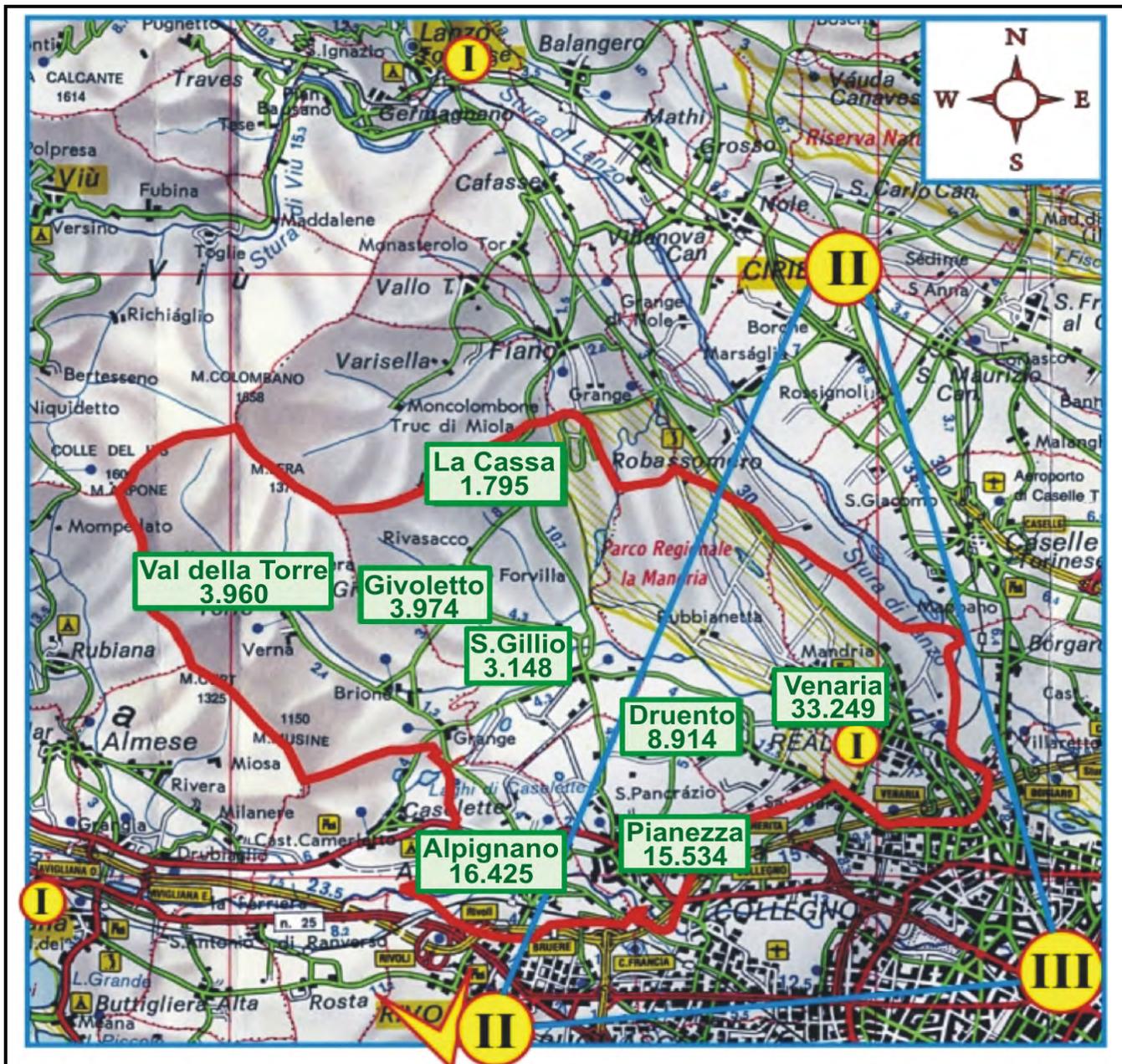
- è un pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro di riferimento (DEA di secondo livello presso gli ospedali di riferimento), secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità;
- deve essere ubicato in un presidio ospedaliero con dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza;
- deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva e per la terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare e connessi con l'area di osservazione breve intensiva);
- l'ospedale deve essere dotato di struttura di medicina generale, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica), neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista;
- devono essere presenti o disponibili 24/24 ore i servizi di radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.



In mancanza di tali condizioni un pronto soccorso non può definirsi tale. Un DEA di primo livello che non sia in grado di garantire anche solo alcuni dei servizi-prestazioni sopra elencati, risulterebbe pericoloso per i pazienti.

Sembra quindi ovvio esprimere una posizione politico-programmatica favorevole ad un tale modello organizzativo. Esso costituisce la ragione fondamentale della riconversione dei piccoli ospedali che, ormai da parecchi anni, non riescono più a mantenere adeguati livelli di servizio.

Tuttavia **i piccoli ospedali non vanno demonizzati per illogico assioma**. A parte i casi di irrazionale moltiplicazione clientelare, spesso hanno rappresentato modelli di buona sanità, capaci di risolvere tante situazioni (quando non condizionate dalle gravità più acute), permettendo quindi di ridurre la pressione sui grandi ospedali. Tutto ciò considerato, non è possibile la presenza di numerosi piccoli ospedali sul territorio, non tanto perché inutili o troppo costosi, ma perché si vuole migliorare "ulteriormente" l'organizzazione territoriale dei presidi al fine di **ottenere più efficienza e più sicurezza** a vantaggio dei cittadini.



**Fig. 2 - Il Distretto di Venaria (Area Metropolitana Nord)** comprende otto comuni che, nella carta sono compresi entro la **linea rossa**; per ciascun comune è indicato il numero di abitanti (anagrafi 2019): complessivamente il distretto **coinvolge 87.000 abitanti**. I cerchi in giallo rappresentano i presidi sanitari di primo livello o “territoriali” (I), di secondo livello o ospedali “cardine” (II) e di terzo livello o ospedali di “riferimento” (III). Il presidio di Venaria si trova al centro di un triangolo (delimitato in blu) i cui vertici sono ospedali di secondo (Ciriè e Rivoli) e di terzo (Maria Vittoria) livello. Con Google maps, è possibile ottenere indicazioni sull’accessibilità dei vertici del triangolo. Per le distanze da percorrere in auto risultano: 11,1 km per il Maria Vittoria e 14,5 km sia per l’ospedale di Ciriè, sia per quello di Rivoli. Nella tabella risultano i tempi di percorrenza in auto privata e con mezzo pubblico per giungere ai tre ospedali succitati.

Partenza da Venaria (P.za V. Veneto)	Ospedale di Ciriè (via Battitore 7/9 - Ciriè)	Ospedale di Rivoli (via Rivalta 29 - Rivoli)	Ospedale M. Vittoria (via L. Cibrario 72 - Torino)
Mezzo pubblico	54 minuti	1 ora e 44 minuti	49 minuti
Auto privata	20 minuti	12 minuti (salvo traffico)	13 minuti

L’inserimento di Venaria nel distretto dell’Area Metropolitana Nord comporta che il vertice meno accessibile è l’ospedale di Rivoli nel territorio dell’ASL TO3. Il Maria Vittoria (che appartiene ad altra ASL) è l’ospedale che, per Venaria, è il più vicino ed il più accessibile anche con i mezzi pubblici. In ogni caso risulta evidente la necessità di realizzare un piano sulla mobilità che tenga conto delle difficoltà dei cittadini, in particolare gli anziani, nel raggiungere in tempi sostenibili i servizi sanitari.

L'organizzazione della sanità mediante il sistema "Hub & Spoke" sopra descritto sembra quindi adatto alla realtà sociale attuale. Tale impostazione trova evidenti riscontri con quanto raccomandato dal "Piano Nazionale della Prevenzione 2020 - 2025" (Ministero della Salute) in particolare quanto citato al par. 2.6 (*efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo*) quasi integralmente riportato nel sottostante box.

...Nel contesto attuale, ... per fornire una risposta adeguata ai bisogni resi evidenti, è indispensabile rafforzare le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale.

In una concezione unitaria della rete dei servizi sanitari, le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio ... Il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Deve pertanto essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale ....

Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro...

Per garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di primo livello e orientare in maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso a prestazioni specialistiche, occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del Medico di Medicina Generale, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche adeguatamente distribuite sui territori locali, la risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana.

Tale organizzazione territoriale di assistenza sanitaria primaria consente una efficace presa in carico dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, counseling ed educazione sanitaria, invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere.

Contestualmente, tale organizzazione, garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa compliance, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa ....

**Un'idea di straordinario interesse è l'organizzazione della sanità territoriale attraverso l'istituzione di una rete regionale di case della salute**, sulla base di quanto già sperimentato in Emilia Romagna ed in Toscana. È una impostazione alla quale si era ispirata anche la Regione Piemonte con la Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n. 3-4287 (*Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute*).

In tutto il Piemonte sono in funzione (o in fase di attuazione) 64 Case della Salute: 25 fra Torino e provincia, 10 nelle due ASL del Cuneese, 6 nel territorio dell'ASL di Biella, 5 in ognuna delle ASL di Alessandria, Novara e Vercelli, 4 in quelle di Asti e del VCO.

Si tratta di quanto previsto dal bilancio del piano varato dalla Giunta regionale nel 2017 per la realizzazione di una rete di **Case della Salute sul territorio, punti di riferimento al di fuori degli ospedali per malati cronici e pazienti non gravi che non necessitano di accesso ai Pronto soccorso**, in grado di offrire assistenza infermieristica e specialistica con percorsi di cura per le patologie croniche.

Per **Casa della Salute** si intende un "Centro Medico polifunzionale che fornisce risposte integrate, mediante percorsi di cura realizzati in continuità fra Ospedale e Territorio e fra servizi sanitari e Sociali" secondo quanto determinato dalla normativa regionale di riferimento.<sup>3</sup> È anche un luogo

<sup>3</sup> <http://www.aslvc.piemonte.it/dipartimenti-aree-e-strutture/area-territor/distretto/case-della-salute> - ftn1.

fisico-operativo in cui lavorano in équipe i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli infermieri, i medici specialisti, le assistenti sociali, il personale ausiliario e amministrativo per garantire la forma della **sanità d’iniziativa**,<sup>4</sup> ovvero secondo lo schema sotto illustrato.

Attività	Compiti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi per problematiche specifiche, osservatorio della domanda di gestione coordinata delle patologie croniche con presa in carico del paziente;</li> <li>- pianificazione e gestione integrata dell’assistenza domiciliare;</li> <li>- educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani<sup>5</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assicurare l’assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica di base, rivedendo e valorizzando gli apporti delle diverse professioni e coordinandoli sulla base del bisogno assistenziale e delle evidenze scientifiche;</li> <li>- garantire la continuità delle cure, attraverso lo sviluppo della trasmissione e la condivisione delle informazioni sul paziente, anche attraverso l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata;</li> <li>- mantenere aggiornata la cartella clinica informatizzata in modo da permettere la condivisione dei dati con la Continuità Assistenziale, il servizio di Cure Domiciliari, con la medicina specialistica e con conseguente produzione di report di monitoraggio;</li> <li>- offrire servizi sanitari e sociali centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle necessità espresse dalla famiglia, garantendo il facile passaggio agli altri livelli di assistenza<sup>6</sup>.</li> </ul>

La sanità d’iniziativa non è un’idea del tutto nuova; a questo proposito merita citare quanto già proponeva nel 1973 Ivar ODDONE, in *“Medicina preventiva e partecipazione”* (editrice Sindacale Italiana, Roma). Tale Autore, sulla base delle esperienze delle rivendicazioni sociali emerse soprattutto negli ambienti delle fabbriche, riteneva che occorresse un forte impegno circa le esigenze della salute dei cittadini, non solo mediante semplici valutazioni di carattere curativo (sicuramente

<sup>4</sup> Per **sanità d’iniziativa** si intende un modello assistenziale di **gestione delle malattie croniche** che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli *“va incontro”* prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla **prevenzione** e sull’**educazione**. Ciò comporta la riorganizzazione (e il potenziamento) delle cure primarie e dei servizi territoriali le cui principali caratteristiche sono le seguenti:

1. **coinvolgimento delle comunità locali** per la promozione di iniziative per la salute (per es. nel campo dell’attività fisica e della corretta alimentazione) e per la coesione sociale (cfr. gruppi di auto-aiuto);
2. **nuova organizzazione delle cure primarie**; costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari (medici di medicina generale, infermieri, specialisti, fisioterapisti, epidemiologie, assistenti sociali,...) per garantire un’assistenza *“proattiva”*, integrata e personalizzata.
3. **centralità della persona**; elemento basilare del modello, che significa, tra l’altro, aiutare la persona a gestire la propria condizione e fare sì che possa vivere *“come se fosse sana”* la sua malattia (o le sue malattie, dato che gran parte dei pazienti affetti da malattie croniche convive con due o più patologie); la sanità d’iniziativa (sperimentata da anni in diversi paesi e, parzialmente, in alcune regioni italiane, come la Toscana e l’Emilia Romagna) ha dimostrato di essere efficace, con la riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni ed anche in grado di ridurre i costi dell’assistenza; ciò che rende oggi eccessivamente costosa l’assistenza sanitaria è la multimorbosità da malattie croniche e la maggiore condizione di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti.

<sup>5</sup> Le iniziative per favorire sani stili di vita coinvolgono anche la corretta gestione delle cure farmacologiche. Per esempio risulta che l’assunzione di cinque o più farmaci aumenta il rischio di ospedalizzazione e mortalità (il 10 % dei ricoveri nei soggetti over 65 è dovuto a danno da farmaco). Ebbene nella Casa della Salute di Torre Pellice (inaugurata il 01/02/2020 - ASLTO3 nella sede dell’ex ospedale valdese) è stato istituito, tra gli altri, l’ambulatorio *“Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica”* (DeRT), anche detto *“deprescrittore”*, nel quale operano i cosiddetti medici *“togli-farmaci”*. I pazienti vengono *“valutati”* dal medico di medicina generale assistito da un infermiere di comunità alla presenza di un familiare, al fine di verificare la reale necessità dei farmaci utilizzati dal paziente stesso (naturalmente insieme ad altre valutazioni). Le prime esperienze confermano il fatto che sono molto numerose le situazioni relative ad assunzioni inutili o addirittura dannose. Tale intervento è molto utile per due scopi essenziali: aumentare l’efficacia delle cure ad ovvio vantaggio del paziente e risparmi per la collettività/sanità derivanti dalla riduzione del consumo di farmaci; risparmi che potrebbero essere investiti più utilmente nel sistema sanitario.

<sup>6</sup> Superata la condizione di acuzie (che va gestita nei centri sanitari di secondo e terzo livello - centri *hub*), oppure nelle situazioni non emergenziali, ma in ogni caso non ancora gestibili a domicilio, è molto conveniente il trasferimento in reparti *“lungo-degenza”* (nei centri *spoke*), molto meno onerosi sotto il profilo economico e soprattutto più adatti alla conservazione dei rapporti tra il paziente ed i famigliari/amici, ciò che costituisce uno degli aspetti importanti della cosiddetta prossimità.



importanti), ma anche e soprattutto mediante interventi concreti sulla salubrità degli ambienti sociali e di lavoro. In altri termini ciò significa prevedere concrete azioni “*preventive*” sulle cause ambientali di diverse patologie, quindi a monte della loro insorgenza.

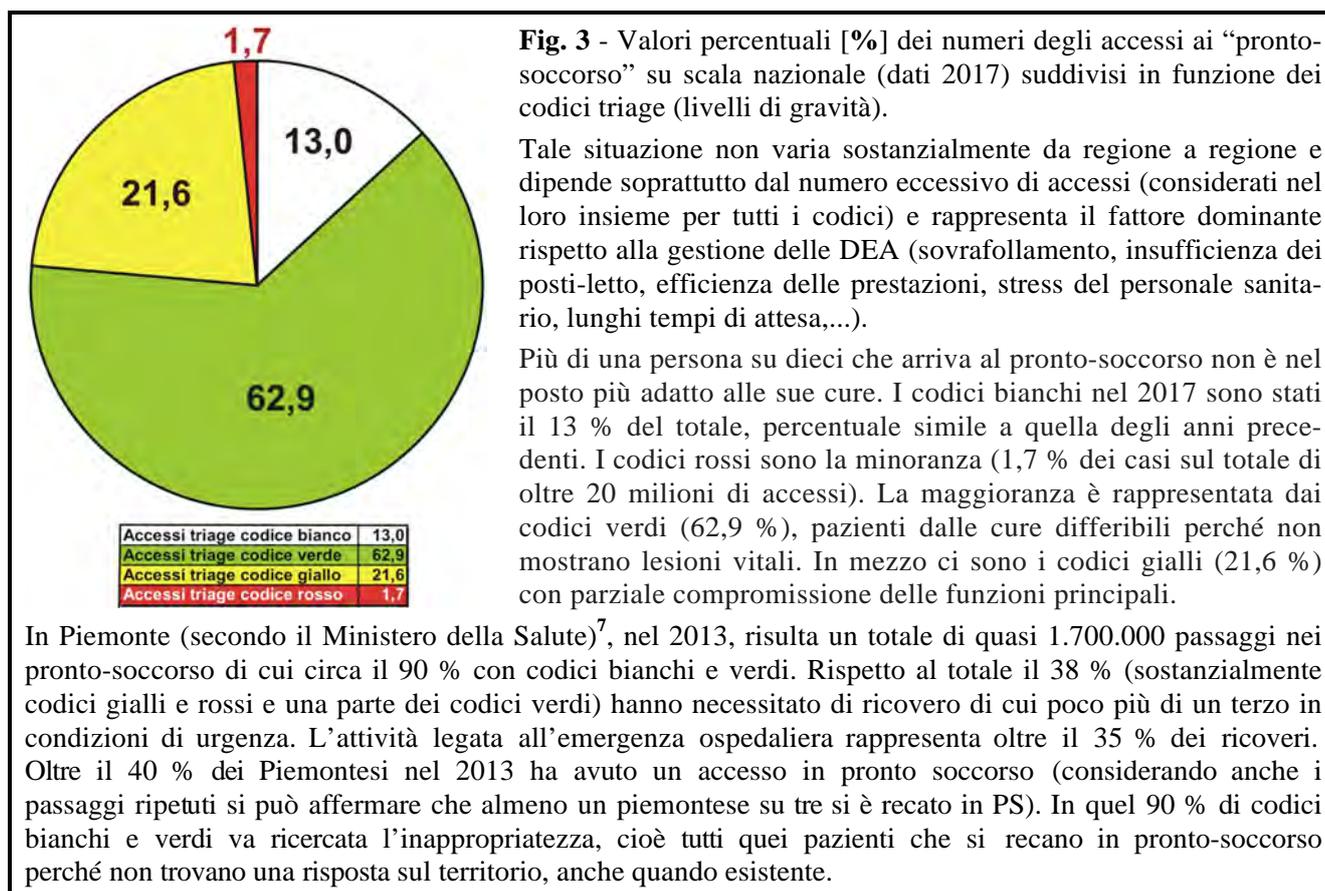
Al fine di garantire efficacia di tali azioni diventa importante la cosiddetta “*partecipazione*”, ovvero la collaborazione tra diversi soggetti, tra i quali non solo i medici (e le strutture sanitarie), ma anche i sindacati, le amministrazioni locali, i centri di assistenza, le associazioni del volontariato assistenziale,... Si tratta di una concezione moderna che, tra l’altro, è strettamente correlata alla cura dell’ambiente; essa andrebbe recuperata proprio nell’ambito delle attività/compiti delle Case della Salute.

Per ritornare alla situazione locale si può affermare che sostanzialmente **le Case della Salute, dovrebbero costituire il risultato dell’adeguamento funzionale degli attuali presidi sanitari di primo livello e quindi compreso quello nuovo della Venaria Reale.**

Rimane un problema: nel testo della succitata D.G.R. 3-4287/2016, a proposito della descrizione dei sistemi operativi della Case della Salute, si perde la descrizione delle funzioni dei centri di primo intervento, cioè proprio quelli essenziali per evitare la saturazione degli accessi ai pronto-soccorso, ovvero delle DEA dei presidi sanitari di secondo e di terzo livello che pure invece sarebbe uno degli obiettivi prioritari previsti da questa nuova impostazione gestionale della sanità territoriale.

## 4 - LA CONDIZIONE DEI “PRONTO-SOCCORSO”

La saturazione dei “pronto-soccorso” costituisce uno dei problemi più importanti per la sanità e che coinvolge un po’ tutte le regioni. La **fig. 3** mette in evidenza la situazione a livello nazionale. Il problema principale della gestione dei pronto-soccorso è il numero eccessivo degli accessi. Tale situazione è emersa in tutta la sua gravità dalla pandemia da Covid-19, ma già evidente da tempo. Si potrebbe parlare di un sistema strutturalmente insufficiente rispetto alle necessità della popolazione e quindi si riconosce la necessità di provvedere con appropriati investimenti. Ma gran parte del problema riguarda gli accessi “impropri”, sostanzialmente quasi tutti i codici bianchi, ossia quei pazienti che, pur non avendo la necessità di recarsi in pronto-soccorso perché non presentano delle urgenze, lo fanno in ogni caso perché non possono o non vogliono rivolgersi al proprio medico di base, non si sentono sufficientemente sicuri del consiglio di una guardia medica, oppure perché pensano in questo modo di saltare le lunghe liste d’attesa per le visite specialistiche.



Se ai codici bianchi si sommano almeno un terzo dei codici verdi che potrebbero essere gestiti dai centri di primo intervento, risulterebbe una riduzione di almeno del 30 % degli accessi alle DEA e ciò rappresenterebbe un risultato straordinario. Ma affinché ciò sia possibile occorre che tali centri di primo intervento “*esistano*”, pienamente operativi sulle 24 ore. Essi andrebbero previsti quali strutture essenziali in tutte (o quasi) le Case della Salute.

Sulla base di quanto sopra esposto si ritiene che **debba essere mantenuto e perseguito con impegno, l’obiettivo di garantire l’effettiva presenza ed operatività del centro di primo intervento su 24 ore presso il nuovo presidio sanitario (ovvero Casa della Salute) del “Distretto Area Metropolitana Torino Nord” (in Venaria), in piena coerenza con quanto previsto dalle finalità descritte nei piani nazionale e regionale e dell’Accordo di Programma del 2009.**

<sup>7</sup> REGIONE PIEMONTE, 2015 - *Rete assistenziale territoriale. I principi per la definizione degli assetti organizzativi delle ASL*. Torino, 13 aprile 2015.

## 5 - CONSIDERAZIONI

Il valore complessivo di 48 milioni di euro (come previsto dal succitato Accordo di Programma) per la realizzazione “completa” del nuovo presidio del distretto di Venaria appare appena sufficiente, seppure un risultato straordinario rispetto alla situazione attuale nell’ambito complessivo della sanità. È difficile immaginare che, con la realizzazione del primo lotto funzionale, per poco più di un terzo (18 milioni di euro) dell’importo complessivo previsto, si possa soddisfare pienamente le condizioni idonee per il buon funzionamento di un presidio sanitario di primo livello (comprensivo del Punto di Primo Intervento) e destinato a diventare una Casa della Salute efficace rispetto alle esigenze di un territorio abitato da quasi 90.000 abitanti. Si tratta di un dubbio legittimo, ampiamente giustificato dalla politica di mancata integrazione finanziaria imposta alla sanità.

L’anno 2008 può essere considerato l’inizio di una politica economica che ha comportato un evidente ridimensionamento del Sistema Sanitario Nazionale, ma rispetto al quale già erano evidenti alcuni segnali. La spesa sanitaria è passata da 80 miliardi nel 2002 a 115 miliardi nel 2018, cioè un incremento del 44 % che tuttavia ha interessato soprattutto il periodo 2002 - 2008, successivamente, per oltre un decennio, non è più cresciuta. Ma ciò che più conta è il rapporto tra spesa nazionale e ricchezza globale prodotta (PIL), il cui andamento è riportato nella **fig. 4**.

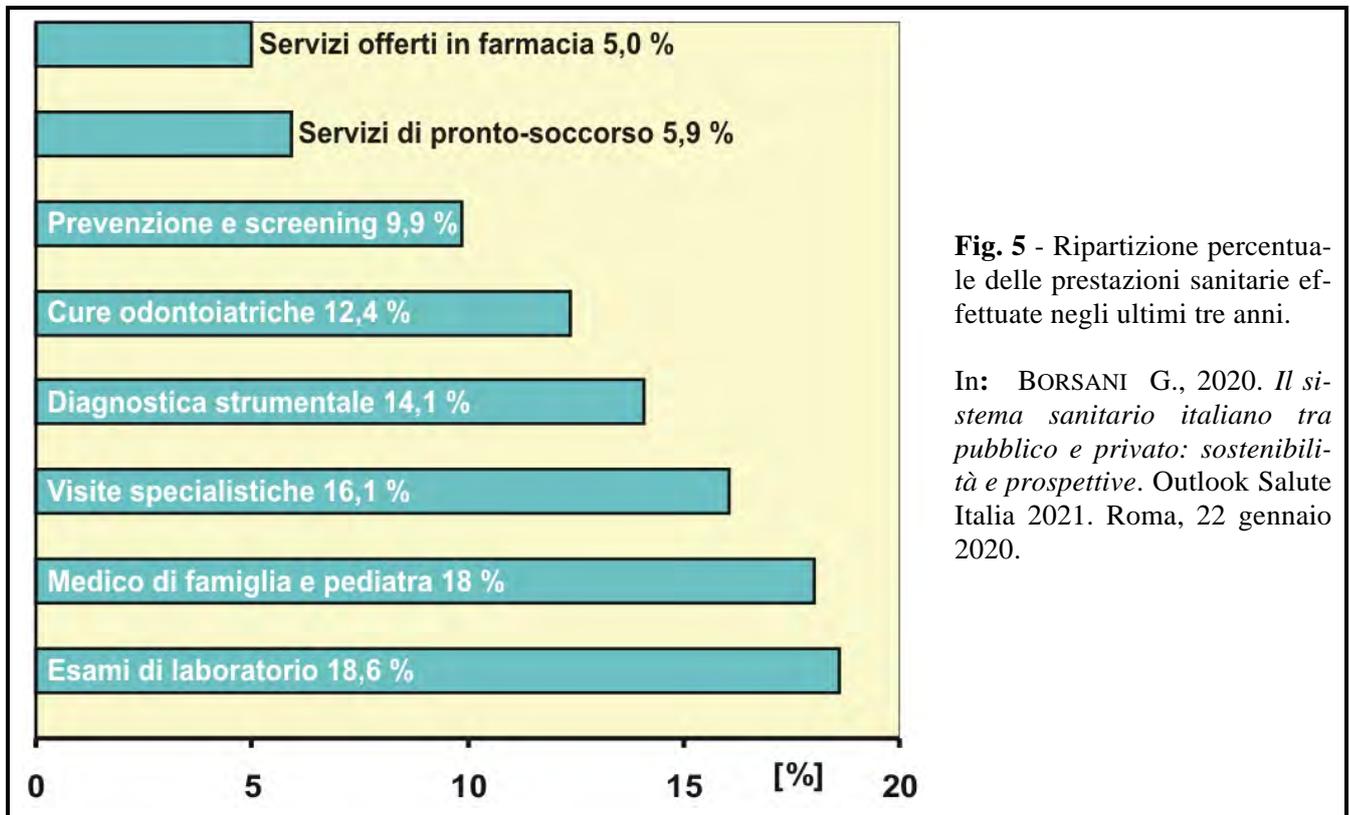


**Fig. 4** - Andamento della spesa sanitaria complessiva rispetto alla ricchezza prodotta. Risulta quanto segue:

- una crescita dal 2002 (5,94 %) al 2006 (6,63 %);
- una flessione nel 2007 (6,39 %);
- un nuovo incremento fino al 2009 con il valore massimo del 7,08 %;
- una riduzione fino al 2018, con il 6,57 %, poco meno di quanto accadeva 12 anni prima (2006).

Se il rapporto spesa sanitaria/PIL invece che diminuire fosse almeno rimasto costante al valore (7,08 %) raggiunto nel 2009, nei 9 anni seguenti (dal 2010 al 2018) avrebbero dovuto essere spesi oltre 46 miliardi in più per la sanità pubblica, lo 0,3 % medio in più rispetto al PIL: nell’ultimo decennio, sono stati risparmiati “almeno” più di 5 miliardi ogni anno sulle pelle dei cittadini. Ma se si considerasse anche la necessità dell’incremento del succitato rapporto, allora il mancato finanziamento sarebbe ancora superiore.

Risulta quindi che **il definanziamento della spesa della sanità pubblica di cui si parla tanto consiste nel mancato obiettivo minimo di incremento proporzionale a quello della ricchezza prodotta e nel mancato obiettivo ideale del “normale” incremento del rapporto spesa sanitaria/PIL.**



**Fig. 5** - Ripartizione percentuale delle prestazioni sanitarie effettuate negli ultimi tre anni.

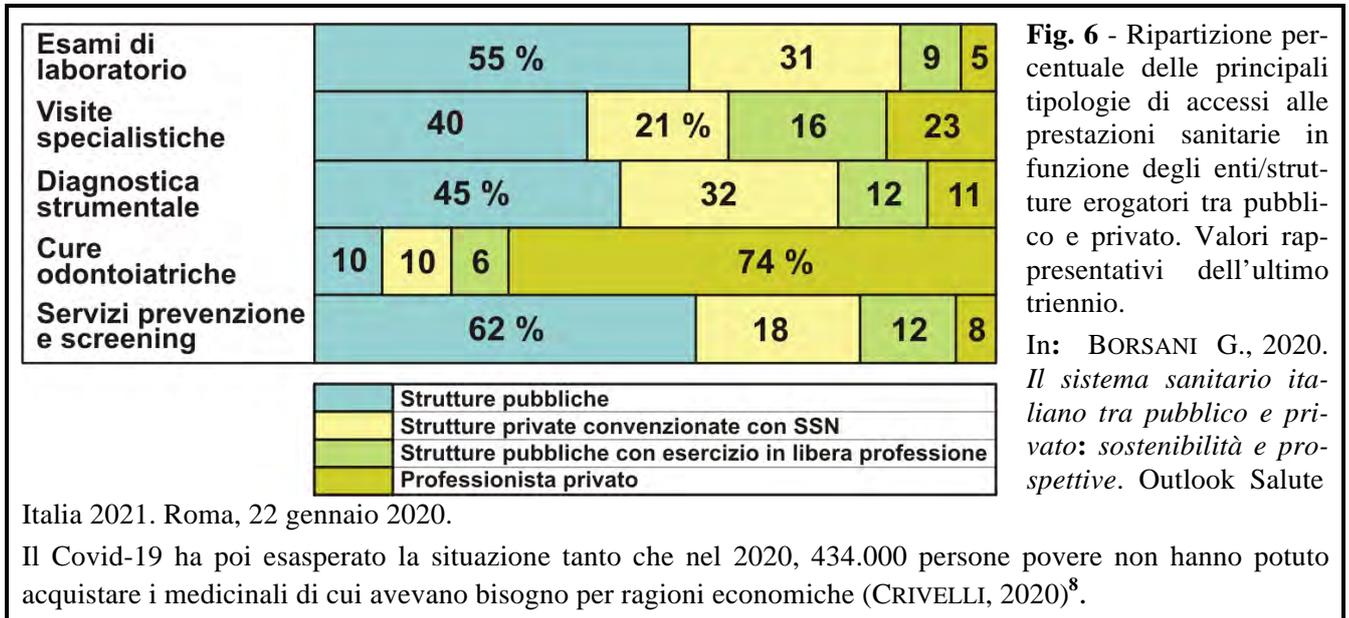
In: BORSANI G., 2020. *Il sistema sanitario italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive*. Outlook Salute Italia 2021. Roma, 22 gennaio 2020.

Allo stato attuale il rapporto spesa sanitaria/PIL in Italia vale il 9 %, più del valore sopra indicato per l'anno 2018, in quanto comprensivo di quanto pagano gli italiani per le prestazioni private (in incremento per le crescenti inefficienze pubbliche; **figg. 5 e 6**). È inferiore alla media europea (10 %) e contro il valore più elevato della Francia (11,5 %). Nel 2016 la Germania ha speso per la sanità 352 miliardi (4.240 €/abitante) contro i 112,5 miliardi spesi dall'Italia (1.875 €/abitante).

**Ospedali. In Italia poco più di 3 letti ogni mille abitanti (media Ocse è di 4,9).** Da: [Quotidianosanita.it](http://Quotidianosanita.it) (Quotidiano on line di informazione sanitaria - edizione 10/12/2020).

Germania, Bulgaria e Austria erano i Paesi Ue con il numero più alto di letti ospedalieri per acuti pro capite prima della pandemia COVID-19, con più di sette letti ogni 1000 abitanti nel 2018. Un valore ben al di sopra della media UE di 4,96 letti e circa tre volte superiore al numero in Svezia, Danimarca e Regno Unito. L'Italia ... con soli 3,14 posti letto ogni mille abitanti. Dal 2000, il numero di posti letto ospedalieri pro capite è diminuito in tutti i paesi dell'UE a causa, almeno in parte, dello sviluppo di opzioni di assistenza diurna e della riduzione della durata media della degenza per i pazienti. In media, il numero di letti ospedalieri pro capite è diminuito di poco più del 20 % tra il 2000 e il 2018. Questa riduzione è stata particolarmente pronunciata in Finlandia, Danimarca, Svezia, Lettonia, Paesi Bassi ed Estonia, con una riduzione di oltre un terzo. Gli alti tassi di occupazione dei letti curativi (acuti) possono essere sintomatici di un settore ospedaliero sotto pressione e possono portare a carenza di letti quando c'è un aumento inaspettato della domanda, come nel caso della pandemia COVID-19 .... Un tasso di occupazione di circa l'85% è ... considerato il massimo per ridurre il rischio di carenza di posti letto quando c'è un improvviso aumento della necessità di ricoveri e per ridurre il rischio di infezioni e altri problemi di sicurezza dei pazienti ... Nel 2018, il tasso di occupazione dei letti nelle unità di assistenza curativa (acuti) era superiore all'85 % in un solo paese, l'Irlanda.

Emerge quindi un quadro politico-economico dovuto ai tagli al sistema sanitario, gabbellato come programma di razionalizzazione, ma che in realtà, sul piano locale potrebbe comportare un ulteriore ridimensionamento funzionale del presidio di Venaria. Sono evidenti alcuni segni che non fanno ben sperare.



**Fig. 6** - Ripartizione percentuale delle principali tipologie di accessi alle prestazioni sanitarie in funzione degli enti/strutture erogatori tra pubblico e privato. Valori rappresentativi dell'ultimo triennio.

In: BORSANI G., 2020. *Il sistema sanitario italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive*. Outlook Salute

A titolo di esempio merita citare la Deliberazione del Direttore Generale ASL TO3 N. 442 del 19 febbraio 2013, avente per oggetto la “realizzazione della nuova struttura sanitaria nella città di Venaria Reale, approvazione progetto definitivo in linea tecnica”; alla pag. 2, ci si riserva “...di procedere alla realizzazione del II lotto a seguito di un’approfondita verifica della rispondenza con la nuova programmazione regionale in corso di definizione”. Tale deliberazione viene ripresa e confermata con quella N. 3097 del 18 novembre 2013 di approvazione definitiva del progetto.

**ATTENZIONE!** La realizzazione dei lotti successivi, cioè del progetto completo, che potrebbe rappresentare una soluzione accettabile per il distretto di Venaria, non è affatto scontata e addirittura improbabile.

<sup>8</sup> CRIVELLI G., 2020. *Effetto pandemia: 434mila persone non possono più comprare i farmaci essenziali*. Il Sole 24 ore (10/12/2020).

## 7 - CONCLUSIONI

Le attuali debolezze del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) possono essere così riassunte:

- mancata integrazione delle risorse destinate alla sanità pubblica (oltre 46 miliardi nei 9 anni dal 2010 al 2018; **fig. 4**) accompagnata da una politica di rafforzamento parziale del ruolo sostitutivo della sanità privata;
- indebolimento dell'assistenza territoriale;
- ritorno delle mutue;
- riduzione (e quindi difficili condizioni di lavoro) del personale sanitario;
- accentuazione delle diseguaglianze sociali e territoriali;
- riproporsi del dualismo Nord/Sud;
- marginalizzazione della prevenzione primaria e dell'approccio epidemiologico;
- debolezza di una regia centrale;
- abbandono dei principi di solidarietà tra le regioni;
- messa a repentaglio dei principi fondamentali che dovevano caratterizzare l'istituzione del SSN.

A fronte di tale situazione diventa necessario ed urgente la riproposizione dei "principi" di cui all'art. 1 della Legge 883 del 23/12/1978 (*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale - detta anche Riforma Sanitaria*)<sup>9</sup>, ovvero la promozione di pratiche e di scelte capaci di mettere al centro una "politica di alleanze" tra soggetti sociali e politici accomunati da:

- riscrittura universalistica dello stato sociale;
- visione unitaria della salute legata alla comunità e al territorio;
- pratiche partecipative;
- rilievo che devono assumere i servizi socio-sanitari integrati e decentrati.

Le politiche neoliberiste sempre più aggressive e recentemente la pandemia da Covid-19, inducono una riflessione ampia, critica, radicale e soprattutto politica, sulla sanità, sulla salute, tornando alle origini storiche e alle ragioni politico-sociali dello strumento che è stato maggiormente chiamato a far fronte alla drammatica situazione: il Servizio Sanitario Nazionale. I limiti succitati, a fronte dell'emergenza, sono risultati evidenti; essi vanno inquadrati nella tendenza, oramai in atto da anni, di progressiva riduzione del ruolo della sanità pubblica, a favore di quella privata, nel contesto complessivo di una intensificazione dei processi di privatizzazione dei servizi collettivi dello stato sociale.

Tale situazione è risultata evidente in tutto il territorio nazionale. Facendo riferimento in particolare alla Regione Piemonte, merita ricordare la succitata DGR 3-4287/2016 che recepiva le carenze sanitarie del sistema di prevenzione territoriale; ma l'accettazione incondizionata del definanziamento, con conseguente riduzione del personale, hanno reso del tutto teorica quella riforma (che era invece assolutamente necessaria), con conseguenze negative anche per Venaria.

Sulla base di quanto sopra argomentato è possibile giungere alle conclusioni/proposte nel seguito illustrate in **10 punti**.

---

<sup>9</sup> La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel Servizio Sanitario Nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

1. Lo slogan che caratterizza il gruppo “**Sinistra Civica**” (**sostenibilità, equità e solidarietà**) comporta l’individuazione di alcuni temi sociali di rilevante interesse e importanza; tra questi è la **Sanità**, il cui valore è inestimabile e va garantito a “*tutti*”, come previsto dalla Costituzione. Nelle condizioni di grave crisi economica che stiamo subendo, i tagli alla spesa pubblica sono forse inevitabili, così come i sacrifici da imporre ai cittadini (purchè equamente ripartiti) e ciò vale per la maggior parte dei settori economici; ma ve ne sono alcuni rispetto ai quali occorre invece mantenere gli impegni di spesa o addirittura aumentarli. Sono quelli che caratterizzano una società moderna e democratica, le colonne portanti della civiltà: **scuola, cultura, ambiente e sanità**, settori che, tra l’altro, comportano **posti di lavoro** qualificati e utili in una società in rapida trasformazione, moderna ed avanzata.
2. Ogni azione amministrativa, rivendicazione, proposta di governo,... anche sul piano locale, non può prescindere dall’impegno intorno all’ipotesi di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale sul modello **Hub & Spoke**. I centri spoke sono i presidi di primo livello che, secondo le indicazioni del Ministero della Salute comprendono bacini di utenza pari a 150.000 ÷ 300.000 persone. Si tratta di **valori che andrebbero ridimensionati**, in modo da riorganizzare e trasformare tali presidi in reti di **Case della Salute**, al fine di garantire la cosiddetta medicina di iniziativa, quale migliore sistema per garantire la piena efficienza della sanità territoriale.
3. Deve valere l’espressione “*presidi territoriali di primo livello e/o Case della Salute*”. In altri termini strutture in grado di erogare prestazioni tipiche dei presidi di primo livello e contemporaneamente garantire iniziative, servizi e compiti tipici della **medicina di iniziativa** e con particolare riferimento alla prevenzione ed alle tematiche ambientali/sociali correlate con lo stato di salute dei cittadini e considerando con particolare attenzione le fasce sociali più deboli.<sup>10</sup>
4. La riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, al fine di garantire la piena efficienza dei centri *Hub* ed il pieno recupero strutturale e funzionale della medicina territoriale, deve comportare inevitabilmente un **significativo incremento della spesa per la sanità pubblica**, in piena coerenza con quanto espresso al precedente punto 1. Le azioni politiche inerenti tale obiettivo hanno valore anche su scala territoriale locale.
5. Il dibattito sulla nuova struttura sanitaria di Venaria va liberato dai contenuti inutili e fuorvianti,<sup>11</sup> al fine di considerare, con particolare attenzione, gli aspetti di cui ai punti precedenti. In ogni caso occorre considerare con attenzione la questione relativa alla mobilità pubblica e privata e sulla effettiva possibilità di raggiungere dati servizi. È inevitabile considerare la composizione sociale degli abitanti del Distretto, quindi considerare anche la condizione economica-sociale. Altrettanto importante diventa una riflessione sul welfare locale e comunitario.
6. Per quanto attiene la nuova struttura in via Don Sapino, l’obiettivo per la Venaria Reale (e quindi per tutti i comuni del distretto) è la **conferma del doppio ruolo di presidio sanitario di primo livello (con presenza di punto di primo intervento su 24 ore/die e su 7 giorni/settimana) e di Casa della Salute**<sup>12</sup>. Occorre evitare acritiche rivendicazioni intorno all’ampliamento della

<sup>10</sup> Ciò significa, tra l’altro, una particolare attenzione all’assistenza di prossimità (per esempio a vantaggio delle situazioni di disabilità e consegna farmaci a domicilio) ed alla diffusione di cultura della prevenzione.

<sup>11</sup> Molto si è dibattuto intorno all’ubicazione del nuovo presidio, in quanto considerato scomodo da raggiungere. La continuazione di tale polemica non modifica la realtà; bisogna considerare che si tratta di un presidio a servizio del Distretto “*Area Metropolitana Nord*” (**fig. 2**) e che, trovandosi nella periferia di Venaria, consente un migliore accesso da parte degli utenti degli altri comuni dello stesso distretto. L’attuale ubicazione (munita di ampio parcheggio) è meno scomoda rispetto alla collocazione del vecchio ospedale, in pieno centro storico e quindi poco agibile. In ogni caso, nonostante la nuova situazione, il problema dell’accessibilità rimane e andrebbe inserito nell’ambito di una programmazione che coinvolga in generale il sistema dei trasporti pubblici e la viabilità, capace di garantire tutte le fasce sociali.

<sup>12</sup> La Regione Piemonte (ed in particolare l’Assessorato alla Sanità), dietro precisa e specifica richiesta da parte del Sindaco di Venaria, in rappresentanza della comunità del Distretto “*Area Metropolitana Nord*” (quale amministratore del comune più grande del Distretto stesso), deve fornire precisazioni intorno allo stato dell’arte sulle attività e azioni amministrative/organizzative relativamente a quanto stabilito dalla Giunta Regionale del 29 novembre 2016 (con D.G.R. 3-4287) e riguardante la riorganizzazione del sistema sanitario regionale nella rete delle Case della Salute, mettendo in evidenza che quanto stabilito dalla stessa Amministrazione Regionale è in gran parte disatteso. Ciò risulta molto importante,

struttura con i nuovi lotti previsti dal succitato “accordo di programma”, così come non è più tollerabile che si finga che tale Accordo non esista, considerando che per molti aspetti lo stesso è perfino profetico. Occorre invece verificare le effettive necessità di spazi e di strutture tecnologiche/amministrative coerenti con gli obiettivi previsti e solo in funzione di questi promuovere le necessarie iniziative di pressione politica. A questo proposito si ritiene molto importante considerare quanto bene illustrato nel rapporto “*Proposte per ottenere il diritto alle cure sanitarie del Servizio sanitario nazionale degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da malattia di Alzheimer, o da altre analoghe forme di demenza senile*” a cura del CSA<sup>13</sup> (Torino, 16/11/2020).

7. Affinchè si possano espletare le funzioni di cui al precedente punto occorre effettuare una attenta indagine sui principali bisogni dei cittadini, non solo della Venaria, ma di tutto il distretto. Solo in tal modo potranno essere identificate le strutture funzionali del nuovo presidio. Si tratta di capire (e facendo riferimento al succitato Accordo di Programma del 2009) quali settori ambulatoriali specialistici occorre prevedere; per esempio cardiologia, neurologia, ortopedia, gastroenterologia-endoscopia, pediatria, reumatologia, geriatria,... centri prelievi<sup>14</sup>, trasfusionale, vaccinali<sup>15</sup>,... potenziamento di particolari ed essenziali servizi (es. medicina scolastica e sportiva<sup>16</sup>, assistenza domiciliare<sup>17</sup>). Sono tutti veramente necessari? Oppure ne servirebbero altri? Quali? Quanti? (senza escludere la possibilità di prevedere, per alcune specialità, quelle utili a un minor numero di utenti, servizi per un limitato numero di giorni alla settimana). Si tratta di effettuare delle scelte che non possono essere lasciate di esclusiva competenza dell’ASL TO3, magari con l’unico criterio di gestione economica<sup>18</sup>. A questo proposito occorre l’impegno dei sindaci degli otto comuni del Distretto ed in particolare del Sindaco di Venaria, la cui popolazione è pari ad un terzo di quella totale del Distretto stesso.<sup>19</sup> I gruppi politici operanti in Venaria hanno il compito

---

in quanto esigenza particolarmente sentita nel Distretto “*Area Metropolitana Nord*” e soprattutto quale risposta alla necessità di potenziamento della medicina territoriale, ovvero il sistema più efficace nelle situazioni pandemiche (come evidentemente dimostrato dai problemi innescati dal Covid-19).

<sup>13</sup> CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base (info@fondazionepromozionesociale.it), con sede in via degli Artisti 36 - Torino.

<sup>14</sup> L’attuale centro prelievi della nuova struttura sanitaria appare sottodimensionato. Oltre ai servizi per i cittadini di Venaria, occorre considerare il probabile incremento di utenti dalla restante porzione del Distretto (per la nuova collocazione nella periferia Ovest di Venaria e per la presenza di ampio parcheggio). Occorrerebbe una verifica del bacino di utenza potenziale (che si augura in incremento rispetto alle offerte delle aziende private) e porre maggiore attenzione al vasto bacino di utenza del centro storico e dei complessi intorno ad esso, al fine di prevedere anche l’eventuale mantenimento del vecchio centro prelievi di via Zanellato, magari in giorni alterni. È bene sottolineare che si tratta di un obiettivo facilmente realizzabile; per esempio una iniziativa analoga è stata sviluppata nel comune di Rivoli nell’ambito di un accordo più ampio di rinnovamento dei servizi sanitari (imitare le positive esperienze di altri è sempre buona politica).

<sup>15</sup> L’attuale servizio vaccinazioni è inefficiente. Chi sceglie (auspicabilmente un numero più ampio possibile di cittadini, in coerenza con la prevenzione) di vaccinarsi (per es. difterite, tetano, pertosse, pneumococco, varicella, vaccini pediatrici,...) è costretto a ricorrere al centro di Rivoli, già sottoposto a notevole pressione.

<sup>16</sup> Le attività di verifica e controllo dello stato sanitario nelle scuole e per le pratiche sportive (cfr. predisposizione dei certificati per l’idoneità alle pratiche sportive e/o agonistiche) fanno parte integrante del sistema della prevenzione.

<sup>17</sup> Tenuto conto degli attuali e futuri processi demografici (in termini di consistenza e struttura della popolazione), l’assistenza domiciliare diventa sempre più importante, tra i settori fondamentali delle case della salute, a tutto vantaggio degli assistiti (non costretti ad ospedalizzazioni inutili, ma con possibilità di rimanere nelle proprie case, senza ricorrere ai ricoveri per anziani poco o nulla autosufficienti) ed anche con migliore razionalizzazione economica del sistema sanitario locale.

<sup>18</sup> Merita ricordare che alcuni servizi ambulatoriali indispensabili, dato il quadro epidemiologico stimabile nella sua generalità (significativo incremento della frazione di anziani), quali per esempio ortopedia e urologia, sono stati soppressi a seguito del pensionamento degli specialisti. Altro settore di cui si sente la necessità riguarda l’organizzazione di efficaci servizi di esame per mammografie ed ecografie mammarie e di senologia, in potenziamento del programma “Prevenzione Serena” almeno per le fasce escluse dal programma stesso e/o per situazioni di valutazione che si rendano necessarie e che ad oggi, costringono le venaresi (e le cittadine del distretto) a rivolgersi a strutture pubbliche di Torino con lunghi tempi di attesa, o peggio a pagamento, a strutture private, convenzionate o meno.

<sup>19</sup> L’Azienda Sanitaria Locale di competenza (ASLTO3), dietro precisa e specifica richiesta da parte del Sindaco di Venaria, in rappresentanza della comunità del Distretto “*Area Metropolitana Nord*” (quale amministratore del comune più grande del Distretto stesso), deve fornire un rapporto completo riguardante:

- il quadro epidemiologico dettagliato, mediante i dati e le informazioni disponibili, della popolazione del distretto;

fondamentale di sostenere il Sindaco in tale funzione o di stimolarlo affinché sappia esercitare un ruolo importante per il conseguimento di tali obiettivi.

8. Occorre considerare con particolare attenzione il ruolo di Casa della Salute della nuova struttura. Si tratta dell'aspetto più innovativo, con il quale il sistema sanitario locale cerca l'incontro con i cittadini e mette in rete i diversi soggetti operatori quali i medici specialisti, quelli di famiglia, pediatri, assistenti sociali,... e le strutture esistenti nel territorio (CISSA - Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali, RSA - Residenze Sanitarie Assistenziali,...). A questo proposito si ritiene essenziale e quale strumento di sostegno, la predisposizione del **piano regolatore sociale**<sup>20</sup>, organizzato secondo i criteri già sperimentati alcuni anni fa e con il quale, tra gli obiettivi, si prevede di individuare con precisione persone (singole e/o gruppi) con manifesti bisogni legati alle condizioni sociali difficili e quasi sempre, accompagnati da problemi di salute più o meno gravi. Si tratta, in sintesi, di dare avvio concreto alla succitata medicina di iniziativa, quale finalità principale della nuova sanità territoriale.
9. Il ruolo di Casa della salute della nuova struttura, necessita di collaborazioni istituzionalizzate tra tutti gli operatori presenti sul territorio nei campi socio-assistenziali-sanitari (attualmente quasi inesistente, come emerso dalle analisi effettuate nell'ambito del succitato piano regolatore sociale). Affinchè tale coordinamento sia efficace occorre una regia complessiva basata sul binomio tra le amministrazioni della casa della Salute e dei comuni del Distretto, prevedendo un ruolo organizzativo più impegnativo per Venaria. A tal proposito si ritiene necessario l'istituzione di un **apposito ufficio competente** strettamente connesso con le funzioni della giunta comunale (rappresentata dall'assessore allo stato sociale o dal sindaco).
10. In accordo con il Governo il 14 marzo 2020 sindacati e imprese hanno firmato un **protocollo per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori dal possibile contagio da nuovo coronavirus e garantire la salubrità dell'ambiente di lavoro**, poi diventato norma dello Stato (G.U. - Serie Generale, 301; 03/12/2020)<sup>21</sup>. Tale protocollo è stato successivamente integrato il 24 aprile; esso, tra l'altro, pone attenzione nelle situazioni in cui "... per la particolare tipologia di impresa e per il sistema delle relazioni sindacali, non..." sono costituiti i "... comitati aziendali". Dal momento che non abbiamo evidenza della costituzione di "*Comitati Territoriali composti dagli Organismi Paritetici per la salute e la sicurezza, laddove costituiti, con il coinvolgimento degli RLST<sup>22</sup> e dei rappresentanti delle parti sociali*", soprattutto per imprese in cui non sono costituite rappresentanze sindacali (RSA/RSU), occorre prevedere che gli SPreSAL<sup>23</sup> competenti e che

- 
- la descrizione dei criteri (da collegarsi con i dati di cui al punto precedente) con i quali si intende individuare i settori specialistici da collocare nell'attuale nuova struttura sanitaria di Venaria ed in quella che sarà oggetto di completamento/integrazione ai sensi dell'Accordo di Programma del 2009;
  - l'elenco dettagliato dei settori specialistici previsti in coerenza con i principi di cui al punto precedente.

Il rapporto andrà redatto in funzione della trasmissione ai Consigli Comunali dei comuni del Distretto, alle forze politiche, ai sindacati, alle associazioni che si occupano di stato sociale,... ed essere disponibile per tutti i cittadini interessati. Tale procedura è coerente con la necessità di riproporre la più diffusa "partecipazione" nell'ambito della definizione dei processi legati ad un nuovo sistema sanitario maggiormente legato alle esigenze del territorio.

<sup>20</sup> Il **Piano Regolatore Sociale** è uno strumento applicativo della normativa in campo sociale, socio-sanitario e degli ordinamenti relativi alle funzioni e alle competenze degli enti locali ("*Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" 328/2000; gazzetta Ufficiale 265/2000). Esso va rinnovato con scadenza triennale e sotto questo aspetto il comune di Venaria è chiaramente inadempiente.

<sup>21</sup> Ulteriori disposizioni attuative del Decreto-Legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla Legge 22 maggio 2020, n. 35, recante: "*Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*" e del Decreto-Legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla Legge 14 luglio 2020, n. 74, recante: "*Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*", nonché del Decreto-Legge 2 dicembre 2020, n. 158, recante: "*Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19*".

<sup>22</sup> **RLST** è il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale di cui all'art. 47 del D. Lgs.81/08; esercita le competenze del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza con riferimento a tutte le aziende o unità produttive del territorio o del comparto di competenza nelle quali non sia stato eletto o designato il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

<sup>23</sup> **Lo SPreSAL** (in ambito della ASL) è una struttura del Dipartimento di Prevenzione, la cui funzione è quella di garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori attraverso le funzioni di controllo, vigilanza e promozione delle pratiche per la buona salute dei lavoratori.



l'amministrazione comunale, anche per mezzo del comando della polizia municipale, organizzino un sistema di ispezioni nelle realtà imprenditoriali del territorio, in vista di offrire idonei standard di tutele e garanzie per la salute e sicurezza di Lavoratrici e Lavoratori, con particolare riferimento alla crisi sanitaria da COVID-19 in atto e alle numerose patologie e morti da lavoro che risultano una vera e propria piaga sociale, inaccettabile per una società adeguatamente evoluta e civile.

Ma la **vera conclusione** è la seguente: **qualsiasi rivendicazione riguardante la tutela della salute dei cittadini**, quindi anche quelle elencate nei dieci punti succitati, **è priva di significato concreto in assenza di un profondo rinnovamento del sistema sociale ed economico, capace di garantire lo sviluppo di settori veramente strategici per il futuro dell'umanità** (sostenibilità, equità e solidarietà) **e tra questi proprio la sanità, rispetto alla quale occorre prevedere un "recupero" dei finanziamenti a livello nazionale di quasi 50 miliardi entro almeno i prossimi tre anni e quindi un regime normale di spesa non inferiore all'8 % del PIL.** In assenza di queste condizioni ogni discorso, anche sul piano locale, è vano.