

Università: la parola agli infermieri...

Anche agli infermieri l'attuale dibattito sulla riforma universitaria interessa molto. Nelle Università italiane, infatti, si formano i futuri infermieri, si svolge la formazione specialistica dei professionisti e, attraverso i dottorati, dovrebbe svilupparsi e crescere la ricerca infermieristica.

Dunque, ci sembra doveroso in questa occasione esporre il nostro punto di vista professionale su alcune criticità del sistema universitario e dare un contributo ad una loro possibile soluzione.

Sicuramente la **questione economica** è centrale per una buona qualità della formazione e per un organico rapporto dell'Università con il mercato del lavoro. Lo riscontriamo ogni anno al tavolo della **programmazione formativa**, quando la nostra richiesta di aumentare il numero dei posti assegnati ai corsi di laurea in Infermieristica si scontra con la scarsa entità dei finanziamenti e con i meccanismi con cui essi vengono gestiti.

Ed ancora. Un investimento limitato di risorse si riflette non solo sulla **qualità della didattica**, ma penalizza anche i **docenti** e i **tutor** infermieristici, il cui ruolo spesso non viene né riconosciuto, né retribuito.

Inoltre, può un Paese crescere culturalmente, scientificamente ed economicamente senza sostenere adeguatamente la **ricerca** e chi se ne occupa?

Come infermieri non possiamo, quindi, che essere molto preoccupati dell'ipotesi di ridurre ancora gli stanziamenti per l'Università. Allo stesso tempo riteniamo che sia necessario e urgente avviare una profonda **riforma dell'intero sistema universitario** nel segno dell'efficienza e della trasparenza. A partire dalla revisione dei criteri di assegnazione delle **cattedre**, che ci auguriamo possano finalmente rispondere a criteri di competenza disciplinare e di merito. Una "buona" riforma deve nascere con la partecipazione dei soggetti chiamati poi a metterla in pratica!

Il Presidente

Gennaro Rocco

Scriveteci a redazione@ipasvi.roma.it

Quale futuro per il San Giacomo?

Il 31 ottobre, come previsto, il San Giacomo ha chiuso i battenti tra le proteste del personale, di gruppi di pazienti e di alcune associazioni di senzatetto. Fino al 15 novembre sarà attivo il **numero verde 803.555** (ore 9 - 18, esclusa la domenica) per fornire notizie sulla destinazione dei reparti, per prenotare prestazioni, ma anche per segnalare eventuali disservizi.

La decisione sulla futura destinazione del San Giacomo pare sia stata presa: il San Giacomo diverrà sede di **servizi sociosanitari avanzati** per i cittadini del Tridente e dell'intero centro storico di Roma. Dopo l'approvazione da parte della Giunta Regionale della proposta di legge regionale che vincola a uso pubblico il complesso dell'ex Ospedale di via Canova, un gruppo di tecnici è stato già incaricato di elaborare un progetto di fattibilità per il suo riutilizzo.

L'ipotesi che sta prendendo piede è quella di realizzare nell'antico edificio una sorta di **Casa dei servizi sociosanitari integrati** quali un centro Alzheimer, una Rsa, un centro per i MMG in associazione, servizi di diagnostica e laboratori aggiuntivi a quelli presenti nel Poliambulatorio di via Canova. Un'ipotesi allo studio è che possa accogliere anche una **struttura di medical corner** destinata a ospitare pazienti dopo le dimissioni ospedaliere, in modo da ridurre al minimo i tempi di ricovero nei reparti per acuti e dare comunque sostegno a chi si trova in particolari difficoltà.

Intanto, si stanno concludendo anche i **processi di mobilità del personale**. Per oltre l'80% del personale operativo al San Giacomo la prossima destinazione di lavoro sarà operativa dal 1° novembre: i dipendenti interessati dalle procedure di trasferimento sono stati **354**; **214** sono quelli che hanno optato per la mobilità volontaria, altri **140** invece si trasferiranno in équipe.

IL DETTAGLIO DEI TRASFERIMENTI

Alle Asl delle **Province** di Roma, Frosinone, Latina e Viterbo sono destinati **56 operatori**. Ne saranno invece inseriti **158 in ospedali e Asl romane**, così distribuiti: 4 unità all'Ares 118; 2 all'Ifo, 2 allo Spallanzani, 21 al Sant' Andrea, 13 al San Camillo, 3 al San Filippo Neri, 19 al San Giovanni, 5 a Tor Vergata, 47 all'Umberto I, 3 alla Roma B, 5 alla Roma C, 6 alla Roma D, 28 alla Roma E. Dei **140 operatori trasferiti in équipe** 14 andranno al San Camillo, 36 al San Giovanni, 4 a Tor Vergata, 17 all'Umberto I, 6 al Pertini, 20 al Sant' Eugenio e 43 al Santo Spirito.

S. Andrea: screening gratis per la Giornata contro l'ictus

Il 30 ottobre l'Ospedale romano - in occasione della prima **Giornata mondiale contro l'ictus cerebrale** - ha messo a disposizione dei cittadini un team di esperti per colloqui informativi e screening gratuiti. Attiva è stata la partecipazione degli infermieri.

Roma, 15 novembre: partecipa al I Convegno nazionale dell'Ait

L'Associazione infermieristica transculturale (Ait) organizza a Roma, presso l'Auditorium del Centro Padre Luigi Monti, il suo primo Convegno nazionale sul **Valore dell'integrazione tra culture diverse**

Info: Collegio Ipasvi Roma
Tel. 06.37511597 - Cell. 339.1607334
<http://www.ipasvi.roma.it/>
www.infermieristicatransculturale.com

A proposito di Oncologia...

Ogni anno nel Lazio si registrano **35.000 nuovi casi di tumore maligno**.

Nel 2004 i **decessi** sono stati 14.600 e circa 95.000 i pazienti con una diagnosi oncologica sulle spalle; i relativi **ricoveri** sono stati 80.000 e 40.000 quelli per chemio e radioterapia.

A fronte di un così alto volume di ricoveri risulta esigua la disponibilità di specifici **posti letto** di oncologia, ematologia, radioterapia o medicina nucleare: 798 e 419 in day hospital, e per di più concentrati per l'87% nella sola città di Roma.

Anche da qui l'urgenza di realizzare la **Rete Oncologica Regionale**, il cui progetto e coordinamento sono affidati a **Asp -Laziosanità**, con il supporto dell'**Istituto nazionale tumori Regina Elena**. L'obiettivo è recepito nel nuovo PSR. Cfr. <http://www.asplazio.it/asp>

RM C: PS per anziani

Dal lunedì al giovedì è attivo presso il Pronto Soccorso del **Sant'Eugenio** un presidio dedicato alla terza età, con un percorso privilegiato per gli anziani. E' allo studio anche un piano per gestire l'**emergenza freddo** per i soggetti più deboli.

Aperte le consultazioni sul Piano sanitario

La Commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio, presieduta da **Luigi Canali** (Pd), è impegnata in un ciclo di sedute e audizioni relative alla bozza predisposta dall'Agenda di sanità pubblica **Asp-Laziosanità** sul prossimo **Piano sanitario regionale 2008-2010 (PSR)**.

L'obiettivo è di raccogliere entro l'11 novembre osservazioni e proposte da parte delle varie realtà della sanità laziale, al fine di favorire la redazione di un parere motivato sul Piano da parte della stessa Commissione, da consegnare al Commissario *ad acta* Marrazzo. Il vice presidente della Regione Lazio, **Esterino Montino**, ha ribadito che esiste la concreta possibilità di emendare "questo studio, a patto che le eventuali modifiche tengano conto dei parametri economici del Piano di rientro sottoscritto con il Governo nazionale".

Il nuovo Piano in pillole

Tra le misure previste dalla bozza del **Piano sanitario regionale 2008-2010**, la riduzione da 8 a 3 delle Asl di Roma e provincia: una per l'area Nord, una per l'area Sud-Est e la terza per l'area Sud-Ovest:

RM A dovrebbe aggregarsi con **RM C** e **RM D**; **RM B** con **RM G**; **RM H** e **RM E** con **RM F**.

"Occorre procedere all'aggregazione di vecchie Asl - si legge nel documento - e, contemporaneamente, avviare un adeguato studio sulla dislocazione della popolazione, sulla viabilità, sull'effettiva presenza di strutture, nonché sui piani di sviluppo comunali e provinciali, per valutare la razionalità dell'aggregazione per sommatoria di Asl e pianificarne le eventuali modifiche".

Il PSR introduce anche le figure dell'**infermiere di comunità** e dell'**infermiere case manager**.

Cfr. sintesi del documento a pp. 3-5.

Infermieri nelle scuole

In alcuni dei maggiori plessi scolastici del **XIII Municipio** si riaprono le infermerie: si tratta di **5 presidi** affidati a **infermieri**, che dispongono di sale attrezzate dalla Asl (**RM D**) e collegate via Internet alla rete dei medici di famiglia.

L'iniziativa, rivolta ai bambini delle elementari e ai ragazzi delle medie, non garantisce solo gli interventi di primo soccorso, ma è anche un vero investimento nel campo dell'educazione sanitaria e della prevenzione.

RM D: per le ragazze Consultorio online

Ragazze e adolescenti possono oggi entrare in contatto diretto con il **Consultorio di Ostia** attraverso la *community* di Myspace. Le operatrici, infatti, si sono iscritte alla *community* e hanno creato uno spazio interattivo, aggiornato quotidianamente, con informazioni sulla salute, sulla normativa, sulla contraccezione, sulla gravidanza e sull'interruzione di gravidanza.

L'iniziativa è stata accolta con grande interesse.

www.myspace.com/consultorioostia

Nasce l'ANPSI

Un gruppo di colleghi dipendenti dell'**Inail** di Roma ha fondato un'associazione che si rivolge in particolare agli infermieri che operano al di fuori del SSN.

L'**Associazione Nazionale Professionisti Sanitari Inail** si prefigge la promozione sociale e culturale dell'immagine del professionista infermiere nella società e nelle istituzioni.

Cfr. <http://www.anpsi.org>

Il Piano sanitario 2008-2010 della Regione Lazio: la bozza “in pillole”

Rielaborazione della sintesi pubblicata sul sito del Consiglio Regionale del Lazio (XIII Commissione Sanità)
<http://www.consiglio.regione.lazio.it>

La bozza di Piano, elaborata da **Laziosanità- Agenzia di Sanità Pubblica**, è attualmente all'esame della Commissione Sanità riunita in seduta permanente fino all'11 novembre.

Il documento è articolato in tre grandi aree tematiche:

- l'evoluzione dei servizi sanitari, per correggere l'inefficienza dell'attuale assetto organizzativo della sanità;
- l'impegno per l'eliminazione radicale di situazioni di assistenza che esprimono livelli di qualità inadeguati;
- la correzione del disavanzo economico tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

Tutte le trasformazioni proposte dal Piano intendono tracciare un percorso valido anche per il raggiungimento degli obiettivi di carattere economico.

1. Interventi tesi all'evoluzione del sistema e al recupero di efficienza

• **L'impulso e la trasformazione delle cure primarie e intermedie** con l'affidamento al Distretto di un ruolo di governo effettivo.

In questo ambito è prevista l'istituzione dei **Presidi territoriali di prossimità (PTP)**, strutture con funzioni assistenziali, intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari. La loro gestione è affidata al Distretto, la responsabilità clinico-assistenziale al MMG e all'**infermiere case manager**. L'assistenza è in regime residenziale. Sono destinati a persone affette da riacutizzazioni di patologie cronico-degenerative, che non necessitano di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate, ma che non possono essere trattate a domicilio. Questi soggetti in passato afferrivano alla tradizionale degenza ospedaliera.

Tali strutture rappresentano il centro dell'attività assistenziale svolta sul territorio e sono in un rapporto di forte integrazione con gli altri servizi. I PTP dovranno raccogliere anche altre funzioni di primo supporto per la salute dei cittadini (ambulatori specialistici, punti di primo soccorso ecc.).

La forma organizzativa di tali presidi appare tra le più adatte, in una Regione particolare come il Lazio, oltre che per rendere il territorio e in particolare il Distretto in grado di far fronte alla domanda di prestazioni che non sarà più soddisfatta a livello ospedaliero, anche per realizzare le funzioni proposte dal Ministero della Salute attraverso la sperimentazione delle **Case della salute**. Il Piano prevede, dopo una fase sperimentale, l'impianto dei PTP su tutto il territorio regionale e ne definisce il numero e la dislocazione.

• **Il potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale e l'integrazione di essa nella rete dei servizi territoriali**.

Si dovranno mettere a punto procedure per aumentare la capacità di risposta specialistica del territorio, fornendo strumenti agili con i quali rendere disponibili le competenze e le attività degli specialisti ospedalieri a livello dei servizi territoriali.

L'attività ambulatoriale andrà pertanto modulata diversificando l'offerta delle prestazioni erogate per livelli di complessità e potenziando l'offerta specialistica nelle strutture distrettuali, dove l'attività ambulatoriale può soddisfare l'intera gamma delle prestazioni meno complesse e migliorare l'offerta di prestazioni complesse e ad alto contenuto tecnologico da parte degli ambulatori protetti.

Il Presidio territoriale di prossimità è individuato come una struttura idonea a integrare, secondo un'organizzazione flessibile, le funzioni specialistiche ambulatoriali.

• **L'organizzazione diffusa di Day service** per la gestione ambulatoriale di condizioni di natura complessa, diagnostica o terapeutica, con presa in carico del paziente. Lo sviluppo del Day service può contribuire a ridurre i ricoveri inappropriati e migliorare la tempestività degli interventi.

• **La forte promozione dell'uso appropriato del Day hospital e della Day surgery**, anche attraverso una politica tariffaria adeguata.

• **L'introduzione del Week hospital**, ospedale aperto 5 giorni alla settimana, per aumentare l'efficienza in molte discipline.

• **L'attivazione di reparti di Osservazione breve intensiva (OBI)** nella gestione delle emergenze-urgenze, per garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri da PS.

• **Una politica per i sistemi di remunerazione** idonea a perseguire gli obiettivi del Piano, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a disincentivare comportamenti opportunistici e a vigilare sul rispetto degli accordi contrattuali e delle modalità prescrittive.

• **Il forte impegno per l'accreditamento** come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione. Si raccomanda l'uso di modelli di accreditamento rigorosi che, in considerazione della complessità dei processi assistenziali, prevedano fra i criteri anche la capacità di integrazione con altre strutture e l'inserimento in un processo di continuità assistenziale. A questo si affianca un accreditamento per alcune specifiche patologie, basato su indicatori e standard derivati dalla letteratura e dall'analisi del contesto laziale.

- **La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali** e fra servizi del medesimo livello, per organizzare reti che garantiscano la **continuità delle cure**.

L'**integrazione** va intesa **in chiave multiprofessionale e interdisciplinare**, per utilizzare a pieno le risorse disponibili e renderle equamente accessibili al cittadino. Tutti gli operatori della sanità devono convincersi fino in fondo che la vecchia impostazione dell'assistenza, basata sul "caso clinico" di pertinenza esclusiva di qualche specialista, è completamente superata dalla realtà dei bisogni sanitari attualmente espressi dai cittadini.

I problemi di salute della popolazione sono per la maggior parte complessi, di pertinenza di professionalità molto varie e necessitano non di singoli atti medici, ma di percorsi assistenziali ben coordinati. L'approccio meramente specialistico, la perdita della visione unitaria e la riduzione della complessità, tipica della parcellizzazione attuale dell'assistenza, conducono ad una disumanizzazione della relazione e riducono l'efficacia dei singoli interventi.

Il presente Piano, in ogni sua parte, è diretto a indurre forme di assistenza che garantiscano integrazione dei servizi e continuità assistenziale.

- **L'organizzazione di reti specialistiche** è finalizzata al miglioramento del sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza.

Si dovrà evitare che le prestazioni a bassa complessità, che dovranno essere facilmente accessibili e prossime al cittadino, vengano erogate dai centri di alta specializzazione, lasciando a questi ultimi gli interventi più complessi.

Le reti specialistiche promosse e in parte individuate negli allegati al Piano hanno la funzione di razionalizzare il sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza.

- **L'assistenza domiciliare, l'evoluzione delle cure primarie e il cambiamento del ruolo della Medicina generale** costituiscono interventi di grande rilievo, attuati attraverso l'incentivazione di forme associative, la promozione dei Presidi territoriali di prossimità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

La medicina generale deve contribuire allo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute e dell'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. In questa trasformazione i MMG sono supportati da varie strutture e figure professionali previste dal Piano. Infatti PTP, **infermieri di comunità** e **case manager** possono garantire direttamente forme di assistenza complementari alle cure mediche e possono alleggerire il medico da attività improprie di carattere infermieristico o burocratico e ridurne le attività a domicilio del paziente.

- **L'attuazione di interventi in grado di promuovere l'empowerment dei cittadini.** Accrescere le capacità dei membri della comunità di esercitare il diritto alla salute e di partecipare alle decisioni relative ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione rappresenta una condizione necessaria per favorire la messa in atto di politiche di sanità pubblica centrate sui bisogni e sulle aspettative dei cittadini.

Il Piano individua interventi per promuovere la capacità di valutazione dei cittadini, migliorandone le conoscenze al fine di fornire ad essi mezzi per acquisire consapevolezza rispetto alla propria salute, per diventare protagonisti attivi della propria vita e del proprio benessere psicofisico e per assumere condotte consapevoli in caso di malattia.

- **L'impulso alla crescita e al recupero di validità delle iniziative di prevenzione.** Il Piano definisce la prevenzione funzione diffusa nel SSR e promuove il coinvolgimento di tutti i servizi del SSR. Indica i nuovi scenari per la prevenzione determinati dal mutare dei fattori economici, demografici e di profilo patologico e la necessità di utilizzare modelli validati e la combinazione di più metodi e approcci, anche definendo obiettivi e metodi comuni con istituzioni extrasanitarie.

- **L'orientamento della formazione** a supporto degli obiettivi di trasformazione dei servizi sanitari, e il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio.

Il grande impulso alla formazione derivante dall'avvento dell'ECM non ha dato i risultati attesi. Il Piano indica le priorità di intervento e le metodologie didattiche più opportune a sostegno dei processi di cambiamento, privilegiando esperienze di apprendimento sul campo e vincolando la formazione a esigenze precise in alcuni ambiti.

- **Gli indirizzi per il governo clinico, le modalità d'uso delle linee guida, la valutazione di esito come strumento per le decisioni.** Il Piano individua come strategia primaria per il miglioramento delle prestazioni l'uso di queste metodologie che rappresentano fondamentali risorse per il governo e il controllo delle attività sanitarie.

- **Le strategie relative ai sistemi informativi.** Il Piano traccia le linee per riprendere in mano il filo dei processi, definendo le strategie informative e pianificando gli obiettivi, le informazioni ad essi pertinenti e l'uso finale. Si indica con chiarezza che la direzione dello sviluppo dei sistemi è irrinunciabilmente istituzionale.

- **L'induzione di una crescita delle attività di ricerca nel SSR.** L'attuale frammentarietà delle attività di ricerca nell'ambito del SSR rappresenta un impoverimento delle potenzialità di produzione scientifica e di conoscenze valide nel contesto applicativo della sanità laziale.

Il Piano tende al potenziamento e alla miglior organizzazione delle attività di ricerca, attraverso la promozione di modalità meno sporadiche e improvvisate delle attuali nei servizi già attivi, attraverso l'**estensione graduale delle attività di ricerca** anche in servizi attualmente non attivi in ambito di ricerca e attraverso la creazione di reti di ricerca che vedano al loro centro le strutture con un'esperienza già consolidata.

2. Interventi tesi all'eliminazione di situazioni di assistenza con livelli di qualità inadeguati

Per perseguire gli obiettivi fondanti del Piano di equità nell'assistenza sanitaria e nella protezione della salute dei cittadini, l'intero percorso costituisce la promozione di un'operazione di cambiamento che tende all'eliminazione di situazioni rivelatesi di qualità inadeguata in quanto non rispondono a criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, relazione con il cittadino e con l'utente, accessibilità, impatto sociale, etico e organizzativo.

Questa impostazione è volta a impedire che in qualsiasi reparto, servizio, ambulatorio o studio, anche il più periferico, permangano interventi di assistenza al di sotto del livello di accettabilità nella sostanza e di dignità nella forma.

Il Piano si muove in direzione della modifica delle aree più oscure, occupandosi dei problemi partendo dal basso, dal periferico, dal marginale, dal nascosto, cioè dai servizi frequentati principalmente dalla parte più debole della popolazione.

A questi problemi ancora oggi il Servizio sanitario regionale non riesce a dare risposte adeguate per la combinazione di molte ragioni: la storica mancanza di attenzione o di cultura specifica su di essi da parte della sanità, il carico di lavoro impegnativo che comportano, accompagnato spesso da scarsa remuneratività, l'assenza di gratificazione professionale nell'assistenza per essi necessaria, il considerare talune operazioni da essi previste di basso profilo professionale, l'incapacità di adeguare le risorse strutturali e umane alle loro esigenze.

Il PSR prevede interventi tesi a eliminare l'assenza o la qualità inadeguata di tali interventi attraverso:

- **la particolare attenzione alle strutture e ai servizi in cui più frequentemente si annidano microaree di bassa qualità**. In questo senso vanno le misure volte alla ricerca di appropriatezza in ambito ospedaliero, la promozione di strategie di governo clinico in tutti i servizi, la rimodulazione organizzativa delle strutture territoriali, con particolare enfasi sulle cure intermedie, sull'assistenza domiciliare, sulla medicina generale;
- **la scelta degli obiettivi di salute** per rispondere all'esigenza di massimizzare il riequilibrio delle azioni sanitarie, individuando le situazioni più critiche.

Il Piano infatti individua **alcune priorità** seguendo precisi criteri. Le questioni individuate: costituiscono bisogni di salute primari per gravità o potenziale gravità e per diffusione; sono di pertinenza di strutture sanitarie eterogenee e/o richiedono in genere risposte da parte di soggetti diversi, appartenenti a livelli diversi dell'assistenza; prevedono la forte probabilità di un'assistenza combinata per la quale sia indispensabile la continuità assistenziale; sono affrontate attualmente con eccessiva variabilità di approcci e di trattamento.

Molte patologie importanti non hanno una specifica trattazione nel Piano, ma non perché sono considerate secondarie. Per esse si rinvia ad un piano comune di miglioramento dell'assistenza i cui contenuti sono descritti nelle parti dedicate al perseguimento della qualità, quando si parla di strategie, di strumenti e di organizzazione dell'offerta dei servizi e nei capitoli riguardanti le attività preventive.

3. Interventi per far fronte al disavanzo economico e modificare la spesa sanitaria

Il disavanzo economico è stato affrontato dal Piano di rientro. Tuttavia questo non è che il primo passo per garantire la sostenibilità economico-finanziaria della sanità regionale.

Il Piano sanitario regionale esprime il tentativo di coniugare le esigenze di economia con quelle di riorganizzazione delle funzioni e dei servizi sanitari, per rendere, proprio attraverso una migliore allocazione delle risorse, più funzionale e di migliore qualità l'assistenza ai cittadini della regione.

La riduzione dei posti letto fino ad arrivare nel triennio a 3,5 posti letto per mille abitanti, prevista dal Piano di rientro, è una misura indispensabile e urgente, ma essa va accompagnata da una serie di interventi in grado di evitare ricadute negative sull'equità di accesso alle prestazioni.

Innanzitutto è necessario che la riduzione dei posti letto nei singoli luoghi di cura avvenga in base agli effettivi bisogni del cittadino e non in relazione alle aspettative degli operatori sanitari, perché questo meccanismo genererebbe di nuovo un consumo di servizi basato sull'offerta e non sui bisogni, condizione che perpetua l'indebitamento anziché ridurlo.

Una prima iniziativa però per andare più a fondo è uno studio analitico delle cause del disavanzo che va portato a termine, impegnando congiuntamente gli Assessorati alla Sanità e al Bilancio, le ASL, le AO e l'ASP, al fine di mettere in atto correttivi mirati e di reimpostare le strategie economico-finanziarie.

Inoltre, per rendere stabili i meccanismi di contenimento della spesa innescati dal Piano di rientro occorrono altri interventi di seguito sintetizzati.

La dilatazione della spesa sanitaria in questi anni è in parte dovuta ad un'eccessiva offerta di prestazioni, spesso inappropriate dal punto di vista clinico e/o organizzativo. Per superare questo problema il Piano prevede, articolandole in varie parti del testo, diverse operazioni su differenti livelli:

- favorire la demedicalizzazione delle risposte a problemi di altra natura, tipicamente sociali, attraverso un'azione di *advocacy* per potenziare di riflesso le attività di assistenza sociale e, soprattutto, attivando meccanismi precisi e cogenti di integrazione sociosanitaria;
- adeguare la risposta al livello appropriato di complessità assistenziale, che significa: trasferire al territorio molte prestazioni e potenziare e riqualificare i servizi distrettuali e il sistema delle cure primarie; migliorare l'organizzazione, l'efficacia e il prestigio delle attività di assistenza nel territorio che consente di rispondere alle aspettative dei cittadini, riducendone disagio e disorientamento, e di garantire l'economicità del sistema.