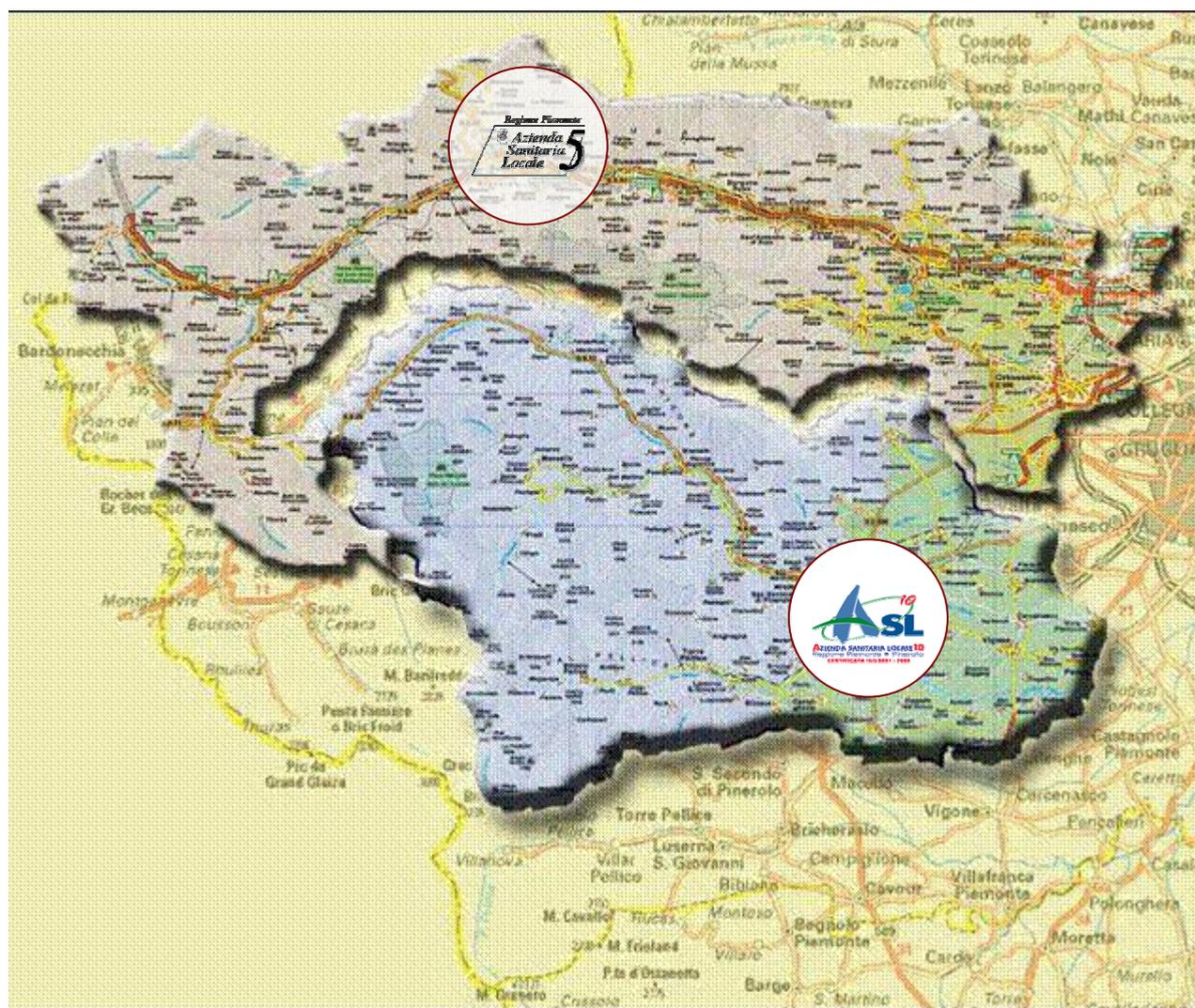


**PIANO STRATEGICO DI RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA  
E DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO**

**PRR 2008-2010**

**ASL 5 COLLEGNO e ASL 10 PINEROLO**

**PROPOSTA**



**15 Ottobre 2007**

## INDICE

PREMESSA	Pag. 3
PARTE I :OBIETTIVI ASSISTENZIALI  Riorganizzazione dei processi assistenziali e delle attività di prevenzione - LA PREVENZIONE - L'ASSISTENZA TERRITORIALE/DISTRETTUALE - L'ASSISTENZA OSPEDALIERA  Assistenza farmaceutica territoriale,integrativa e protesica	Pag. 8 Pag. 53 Pag. 81  Pag. 121
PARTE II :RIORDINO DELLE ATTIVITA'  Revisione della struttura organizzativa e delle dotazioni organiche	Pag. 124
PARTE III :Conto Economico preventivo 2008-2010  Investimenti	Pag. 130
PARTE IV :Preventivo costi per funzione 2008-2010	Pag. 136
PARTE V: Previsione dotazione personale 2008-2010  Vincoli imposti dalla Legge Finanziaria e Prospettive stabilizzazione dei contratti di lavoro precario  Sviluppo dell'attività libero professionale	Pag.137
Riflessioni finali	Pag. 141

## PREMESSA

La redazione del presente Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico finanziario (PRR) 2008-2010, in attuazione delle direttiva approvata con D.G.R. n.59-6349 del 05/07/2007 e della successiva D.G.R. 84-6615 del 31/07/2007, è stata significativamente condizionata dal fatto che l'accorpamento delle ASL 5 di Collegno e 10 di Pinerolo è stato previsto recentemente dalla D.G.R. n. 32-4991 del 22/12/2006 che ha modificato la proposta già approvata con D.G.R. n. 60-2532 del 03/04/2006 che ipotizzava una diversa aggregazione territoriale (l'ASL 5 di Collegno con l'ASL 6 di Ciriè e l'ASL 10 di Pinerolo con l'ASL 8 di Chieri).

La nomina dello stesso Direttore Generale sulle due ASL (avvenuta con D.G.R. n. 49-5335 del 19/02/2007) ha consentito di avviare solo dal mese di marzo 2007, nei vari settori di attività sia sanitaria che amministrativa, un percorso di conoscenza e di collaborazione tra le due Aziende propedeutico alla riorganizzazione dei processi assistenziali e alla revisione della struttura organizzativa e delle dotazioni organiche, che potranno essere compiutamente definite nell'anno 2008.

Da questa prima presa di contatto tra le due Aziende è emerso che tale riassetto territoriale darà corpo a un aggregato demografico, sociale, economico, ambientale e sanitario caratterizzato da differenze e squilibri, determinando un'interessante sfida sia per quanto concerne la programmazione degli interventi rivolti alla promozione della salute e al miglioramento della qualità e degli esiti dell'assistenza, sia per gli aspetti economico gestionali.

A questo aggregato dovranno essere offerte politiche ed interventi di promozione della salute e di organizzazione dell'assistenza sanitaria tarate sui bisogni e sulla domanda espressa dalla popolazione e capaci di fornire risposte corrette e soddisfacenti evitando sprechi ed effettuando investimenti coerenti a tali obiettivi.

Fin d'ora occorre mettere in evidenza che la nuova Azienda Sanitaria sarà una delle più grandi del Piemonte sia sotto l'aspetto demografico per dimensione di popolazione (più di 500.000 abitanti pari a circa il 12% della popolazione regionale), di territorio (103 Comuni per una superficie complessiva di 2.864 Km<sup>2</sup>) di struttura produttiva (circa il 10% delle unità produttive della Regione e il 10% degli addetti), sia sotto l'aspetto gestionale: 4.000 dipendenti, 7 Presidi Ospedalieri, 8 Distretti sanitari.

Nella pagina che segue sono rappresentati i principali indicatori demografici e strutturali per una visione complessiva delle realtà esistenti.

## ASL 5

Comuni	56
Superficie Kmq.	1.460
Abitanti	375.000
Densità ab/Kmq.	255
Ultra 65 anni	19%
Minori 15 anni	14%
Indice di vecchiaia *	143
Comuni di montagna	62%
Comuni di collina	28%
Comuni di pianura	10%
Strutture Sanitarie complessive (punti erogazione servizi)	66
Numero Distretti sanitari	5
Presidi Ospedalieri	4
Posti letto complessivi	410
DEA di primo livello	1
Consultori familiari	16
Ser.T	7
Centri di Salute Mentale	7
RSA a gestione diretta	3
Strutture private accreditate	4
Ambulatori privati accreditati	6
Numero dipendenti	2.416
MMG e PLS	335
Farmacie	95
Finanziamento 2007	€ 521.282.689

## ASL 10

Comuni	47
Superficie Kmq.	1.404
Abitanti	133.000
Densità ab/Kmq.	93
Ultra 65 anni	23%
Minori 15 anni	13%
Indice di vecchiaia *	185
Comuni di montagna	51%
Comuni di collina	20%
Comuni di pianura	29%
Strutture Sanitarie complessive (punti erogazione servizi)	20
Numero Distretti sanitari	3
Presidi Ospedalieri	3
Posti letto complessivi	402
DEA di primo livello	1
Consultori familiari	10
Ser.T	3
Centri di Salute Mentale	3
RSA a gestione diretta	1
Strutture private accreditate	0
Ambulatori privati accreditati	0
Numero dipendenti	1.560
MMG e PLS	117
Farmacie	50
Finanziamento 2007	€ 197.047.250

\*rapporto tra popolazione ultra/65 enne e popolazione <15 anni

Il presente PRR 2008-2010, prende l'avvio dall'analisi dello stato di salute della popolazione e di mortalità evitabile (frutto delle indagini epidemiologiche realizzate dal Servizio sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL 5 illustrate in modo particolareggiato nella parte iniziale del documento), e individua per ciascun livello assistenziale i principali interventi assistenziali e di riordino organizzativo che si intendono realizzare nel triennio, che saranno più dettagliatamente illustrati nei Piani di Attività annuali.

La nuova Azienda provvederà a garantire livelli di assistenza uniformi sul territorio tenendo ben presenti, oltre alle citate risultanze epidemiologiche (laddove queste hanno individuato peculiari fattori di rischio) anche la condizione di agio/disagio della popolazione nella fruizione dei servizi, (salvaguardando e mantenendo attivo il tessuto sociale dei territori montani, componente fondamentale del più generale tessuto connettivo in grado di scongiurare il rischio di depauperamento e abbandono di tali contesti), e ponendo altresì la debita attenzione alle peculiarità dei centri urbani dove è presente la maggior parte della popolazione con problematiche socio sanitarie differenti.

Le linee strategiche su cui si innestano gli interventi programmati sono le seguenti:

**1. Valorizzazione e potenziamento dell'attività di prevenzione primaria e secondaria per contrastare la mortalità evitabile attraverso:**

- la promozione di corretti stili di vita
- i LEA (livelli essenziali di assistenza)
- lo sviluppo dei Progetti regionali riguardanti gli interventi di promozione attiva
- la collaborazione e il supporto ai Comitati dei Sindaci dei Distretti nel processo di elaborazione dei PEPS ( Profili e Piani di Salute), strumento degli Amministratori Pubblici e delle Comunità locali per presidiare gli obiettivi di salute influenzabili dalle loro scelte , con particolare attenzione al ruolo dei determinanti non sanitari.

**2. Razionalizzazione e sviluppo degli interventi territoriali con l'obiettivo di costruire una rete che garantisca livelli di assistenza integrati e che traduca i diritti del cittadino in strumenti e percorsi chiari garantiti e facilmente fruibili.**

Gli interventi programmati poggiano su quattro parole chiave:

- porta d'accesso
- percorso assistenziale
- continuità delle cure
- integrazione socio-sanitaria

Ruolo centrale nella realizzazione di questo obiettivo è rivestito dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta che dovranno valorizzare sempre di più il governo clinico, l'appropriatezza delle cure e l'uso delle risorse e diventeranno la principale figura di riferimento per garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione ospedale-territorio.

Ulteriore impulso sarà dato al ruolo dei Distretti potenziando le funzioni di committenza e tutela come previsto dalla D.G.R. 59/07 e attribuendo alle Direzioni Distrettuali un ulteriore ambito di impegno e di sviluppo nella concertazione con le Comunità Locali delle risposte ai bisogni di salute, attraverso la redazione dei PEPS.

Saranno inoltre intensificati i rapporti con gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali per migliorare la consolidata prassi di collaborazione e progettazione partecipata degli interventi, al fine di dare risposte sempre più integrate e appropriate alle fasce deboli: anziani, disabili fisici e psichici, minori.

### **3. *Riorganizzazione e sviluppo della rete ospedaliera.***

Gli interventi programmati sono finalizzati a migliorare, integrare e razionalizzare la rete ospedaliera, in relazione anche allo sviluppo dei progetti di ristrutturazione e ampliamento dei Presidi Ospedalieri, in fase di attuazione.

Se la Prevenzione è il luogo dell'osservazione e delle indicazioni generali e il Territorio il luogo in cui esse diventano scelte specifiche e si articolano in una serie di risposte peculiari, l'Ospedale si propone come una risorsa specialistica per attività e contenuti che richiede sempre maggior connessione con Territorio e Prevenzione per consentire al cittadino di fruire di un percorso di cura lineare e rispettoso e per poter predisporre gli strumenti atti ad affrontare gli scenari che la Prevenzione delinea.

La rete ospedaliera che si intende realizzare garantirà sull'intero territorio aziendale risposte appropriate ed equilibrate nella fase dell'emergenza/urgenza, nella fase dell'acuzie per tutte le specialità di base mediche e chirurgiche (avendo le Aziende Ospedaliere ed in particolare l'ASO S. Luigi di Orbassano come riferimento per l'alta specialità), e nella fase postacuzie (Lungodegenza e Recupero e Riabilitazione Funzionale), prevedendo la massima integrazione tra ospedale e territorio per la continuità terapeutica e l'efficiente utilizzo delle risorse.

Particolare attenzione sarà rivolta all'ambito clinico (eccellenza di offerta delle prestazioni erogate e potenziamento delle discipline complesse) investendo nelle professionalità e nelle tecnologie, ma anche agli aspetti strutturali/alberghieri attraverso la realizzazione di importanti investimenti sull'edilizia.

### **4. *Formazione, valorizzazione e sicurezza delle risorse umane.***

Particolare rilievo sarà dato allo sviluppo formativo e professionale delle risorse umane, alla loro valorizzazione attraverso gli strumenti contrattuali, nonché allo sviluppo di interventi finalizzati a garantire la massima sicurezza nei luoghi di lavoro, nella consapevolezza che il personale che opera nell'Azienda rappresenta l'elemento fondamentale per la realizzazione degli interventi programmati.

### **5. *Revisione della struttura organizzativa e razionalizzazione delle attività amministrative e di supporto .***

Conformemente agli indirizzi regionali sarà data attuazione nel corso del 2008 alla revisione della struttura organizzativa ed in particolare alle attività amministrative e di supporto, elaborando un modello organizzativo che, partendo dalla centralità del ruolo del cittadino/utente e dalla necessità del miglior soddisfacimento possibile dei suoi bisogni di

salute, garantisca che vengano efficacemente ed efficientemente esercitate le funzioni di governo e di tutela della salute dei cittadini e le funzioni di produzione dei servizi sanitari, nonché le funzioni di supporto al sistema centrale.

Il processo riorganizzativo terrà conto anche della necessità di salvaguardare, compatibilmente con le esigenze dell'organizzazione, il mantenimento del personale presso le attuali sedi di lavoro.

E' evidente che la riorganizzazione dei processi assistenziali e delle attività di prevenzione ed il riordino della struttura organizzativa e delle dotazioni organiche oltre ad essere particolarmente complessa richiederà un ampio confronto, che si svilupperà nei prossimi mesi attraverso la consultazione di tutti gli organismi coinvolti (Conferenza dei Sindaci, Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di volontariato etc....).

Il documento finale costituirà il "*contratto sociale*" tra la nuova Azienda che si andrà a costituire e i portatori di interesse (Regione, Comuni, Enti Gestori dei servizi socio assistenziali, Associazioni di volontariato e tutela, Organizzazioni sindacali confederali territoriali e di categoria..) alla redazione del quale tutti avranno contribuito e in cui saranno indicati gli obiettivi da perseguire nel triennio, frutto del bilanciamento tra le pretese legittime dei portatori di interesse e le responsabilità gestionali della Direzione aziendale.

Nel corso del triennio saranno sviluppati la comunicazione e il confronto, anche attraverso sistemi di rendicontazione etico-sociale, affinché tutti abbiano una conoscenza completa delle azioni, dei processi decisionali, delle conseguenze delle attività dell'Azienda e dell'impatto sul loro benessere.

E' intenzione di questa Direzione inoltre trasformare la fusione delle due Aziende Sanitarie in una grande opportunità di concertazione etica, in grado di ridare smalto e vigore alle energie etico comportamentali non solo degli operatori sanitari e dei dipendenti pubblici, ma dell'intero territorio, promuovendo il dialogo e il confronto tra Azienda Sanitaria e Comuni sul tema del radicamento dell'agire professionale in un terreno comune di valori, all'insegna della valorizzazione del territorio e delle persone che in esso vivono e lavorano.

L'obiettivo è quello di fondare la nuova Azienda Sanitaria su una solida e il più possibile condivisa **piattaforma etica**, su cui innestare il processo di definizione e implementazione degli strumenti operativi, e di giungere alla stesura di un grande patto etico comportamentale (Carta Etica) tra Azienda sanitaria e Comuni, che sia in grado di coinvolgere nel tempo gli altri attori sociali del territorio (Scuola, Imprese, Commercio..) in un virtuoso processo di identificazione delle condizioni del buon vivere e del ben lavorare.



## PREVENZIONE

Il PRR è, nella sua sostanza, un percorso; qualsiasi percorso poggia su tre elementi costitutivi essenziali:

- ✓ Il punto di partenza;
- ✓ Il punto di arrivo;
- ✓ Le strade ed i mezzi che si intendono utilizzare per raggiungere il punto di arrivo.

Di seguito si analizzerà, alla luce di questi tre elementi costitutivi, il PRR 2008-2010 relativo ai servizi della prevenzione.

**IL PUNTO DI PARTENZA** è l'analisi del profilo di salute della popolazione delle nostre ASL, che si può studiare in diversi modi. Abbiamo scelto di utilizzare un approccio molto semplificato: **l'analisi della mortalità evitabile**.

La mortalità evitabile è un indicatore che riguarda un evento in una delle sue forme meno accettabili: la conclusione della vita prima dei 75 anni determinata da cause che possono essere attivamente contrastate dal sistema pubblico, in particolare sanitario.

La mortalità evitabile è un rilevante indicatore di politica sanitaria, perché permette oggettivamente di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare contromisure e di verificare, nel tempo, il successo delle politiche intraprese.

Il valore simbolico della soglia convenzionale adottata, 75 anni, è il richiamo ad una percezione sempre più diffusa circa la normalità e la pienezza della vita almeno fino a questa età, che del resto è di appena 10 anni superiore all'età pensionabile.

L'evento morte prima di questa soglia è l'indicatore che ci fa capire che qualcosa ha impedito che questa pienezza fisica, sociale, culturale e, per le morti precoci, lavorativa si sviluppasse del tutto, è la sentinella che ci avvisa che vi è stato un insuccesso. Comprendere questa sentinella vuol dire misurare in modo semplice e semplicemente verificabile le forze ed i determinanti alla base dell'insuccesso.

Ridurre questo fenomeno vuol dire intervenire sulle forze e sui determinanti che l'hanno generato: ridurre le morti evitabili vuol dire fare prevenzione, fare ricerca clinica, migliorare i livelli di sopravvivenza, ridurre gli errori, migliorare i tempi di intervento, di diagnosi e di capacità di cura.

E questi sono tutti fattori che impattano non solo sul caso limite, quello letale, ma anche su tutta la catena dei casi non letali, migliorando quindi per tutta la popolazione i livelli di sopravvivenza fino all'obiettivo, forse utopistico ma non per questo irrinunciabile, di una vita fisica, sociale, culturale e lavorativa che, salvo imprevisti e piccoli incidenti di percorso, sia il più possibile normale, piena e possibile, "almeno" fino ai 75 anni di età.

Quante sono le morti evitabili?

Nella tabella n. 1 sono riportati i tassi standardizzati di mortalità nella popolazione 0-74 anni e viene effettuato un confronto fra mortalità evitabile e mortalità non evitabile<sup>1</sup>.

**Tabella 1 – Mortalità nella popolazione 0-74 anni di età** (Tassi standardizzati per 100.000 abitanti/anno)

Area	Maschi				Femmine			
	Totalità mortalità NON evitabile	Totalità mortalità EVITABILE	Mortalità TOTALE	Rapporto Morti evitabili/Totale morti (%)	Totalità mortalità NON evitabile	Totalità mortalità EVITABILE	Mortalità TOTALE	Rapporto Morti evitabili/Totale morti (%)
ASL 5 Collegno	141,3	214,8	356,1	<b>60,3</b>	93,1	99,7	192,8	<b>51,7</b>
ASL 10 Pinerolo	149,1	258,8	407,9	<b>63,4</b>	91,0	97,0	188,0	<b>51,6</b>
Provincia di Torino	147,4	231,3	378,7	<b>61,1</b>	88,3	105,8	194,1	<b>54,5</b>
Regione Piemonte	157,8	243,3	401,1	<b>60,7</b>	91,5	108,4	199,9	<b>54,2</b>
Italia	163,5	229,1	392,6	<b>58,4</b>	90,4	103,7	194,1	<b>53,4</b>



**Nella fascia di età 0-74 anni circa 6 morti su 10 nei MASCHI e circa 5 morti su 10 nelle DONNE SONO EVITABILI se si mettono in campo opportuni interventi**

Se ci concentriamo sulla quota evitabile della mortalità possiamo analizzarla secondo due grandi modalità:

**Prima modalità:** Analisi della mortalità evitabile in base ai principali grandi gruppi di cause (*tumori, patologie del sistema circolatorio, traumatismi, tutte le altre cause*); questa prima modalità di analisi ci aiuta a comprendere il profilo dei principali problemi di salute di un'area ed i temi sui quali orientare le politiche locali di promozione della salute.

Nella tabella 2 si analizza la mortalità evitabile secondo questa modalità.

<sup>1</sup> Per l'elenco delle cause di morte evitabili, come per gli altri dati riportati nella presente relazione, si è fatto riferimento al lavoro: ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata): Atlante 2007-Mortalità evitabile per genere e per ASL (Il lavoro è consultabile sul sito web [www.atlantesanitario.it](http://www.atlantesanitario.it)).

**Tabella 2a – Mortalità nella popolazione 0-74 anni di età per grandi cause**

(Tassi standardizzati per 100000 abitanti/anno)

Area	Maschi								
	Tumori (tasso)	% Tumori rispetto a tutte le cause	Sistema circolatorio (tasso)	% Sistema circolatorio rispetto a tutte le cause	Traumatismi e avvelenamenti (tasso)	% Traumatismi rispetto a tutte le cause	Altre cause (tasso)	% Altre cause rispetto a tutte le cause	Tutte le cause (tasso)
ASL 5 di Collegno	91,5	42,6	66,8	31,1	36,6	17,0	19,9	9,3	214,8
ASL 10 di Pinerolo	94,7	36,6	81,0	31,3	55,9	21,6	27,2	10,5	258,8
Provincia di Torino	96,6	41,8	71,2	30,8	40,0	17,3	23,5	10,2	231,3
Regione Piemonte	98,7	40,6	74,7	30,7	46,5	19,1	23,4	9,6	243,3

Area	Femmine								
	Tumori (tasso)	% Tumori rispetto a tutte le cause	Sistema circolatorio (tasso)	% Sistema circolatorio rispetto a tutte le cause	Traumatismi e avvelenamenti (tasso)	% Traumatismi rispetto a tutte le cause	Altre cause (tasso)	% Altre cause rispetto a tutte le cause	Tutte le cause (tasso)
ASL 5 di Collegno	51,8	52,0	25,3	25,4	12,8	12,8	9,8	9,8	99,7
ASL 10 di Pinerolo	51,0	52,6	23,5	24,2	12,6	13,0	9,9	10,2	97,0
Provincia di Torino	54,5	51,5	27,1	25,6	13,0	12,3	11,2	10,6	105,8
Regione Piemonte	54,1	49,9	28,5	26,3	13,7	12,6	12,1	11,2	108,4

Dalle tabelle si evince che:

**Nei maschi:** Nella ASL 5 il tasso di mortalità nella popolazione 0-74 è più basso sia rispetto a Piemonte che Provincia di Torino per tutte le cause esaminate;

Nella ASL 10 il tasso di mortalità nella popolazione 0-74, fatta eccezione per i tumori, è più alto sia rispetto a Piemonte che Provincia di Torino per tutte le altre cause esaminate (Tutte le cause, Sistema circolatorio, Traumatismi, Altre cause).

**Nelle femmine:** Nelle ASL 5 e 10 il tasso di mortalità nella popolazione 0-74 è sostanzialmente sovrapponibile ed in entrambe risulta più basso sia rispetto a Piemonte che Provincia di Torino per tutte le cause esaminate.

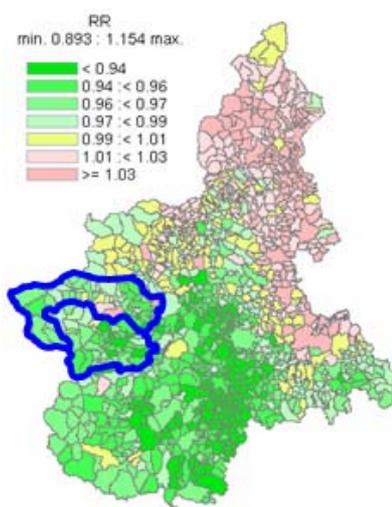
Nelle tavole che seguono la medesima situazione è rappresentata sotto forma di mappe con un dettaglio a livello comunale.

I territori delle ASL 5 e 10 sono evidenziati in blu <sup>2</sup>.

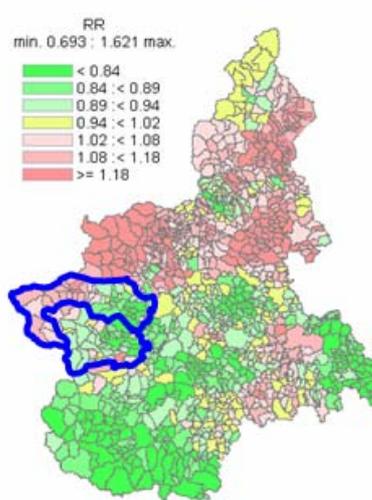
Come si può osservare le differenze sono profonde non soltanto fra le due ASL viste nel loro insieme, ma anche e soprattutto a livello dei singoli comuni costituenti.

**NB.** In tutte le tavole il **colore rosso** rappresenta le aree con i **Rischi Relativi (RR) più elevati**, il **colore verde** le aree con i **Rischi Relativi (RR) più bassi**, le aree gialle le situazioni intermedie<sup>3</sup>.

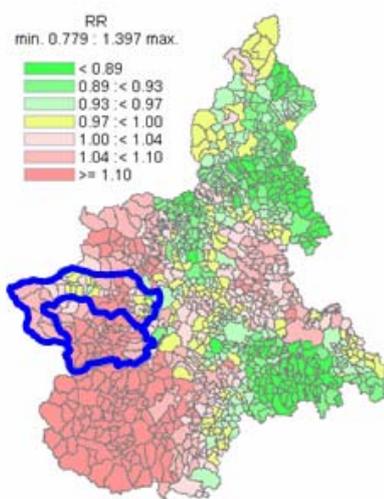
Mortalità per **TUMORI MALIGNI**  
(Rischio Relativo) - 2001-2002



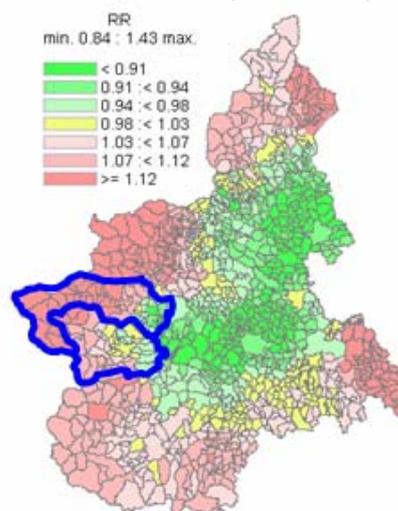
Mortalità per **PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**  
(Rischio Relativo) - 2001-2002



Mortalità per **PATOLOGIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO** (Rischio Relativo) - 2001-2002



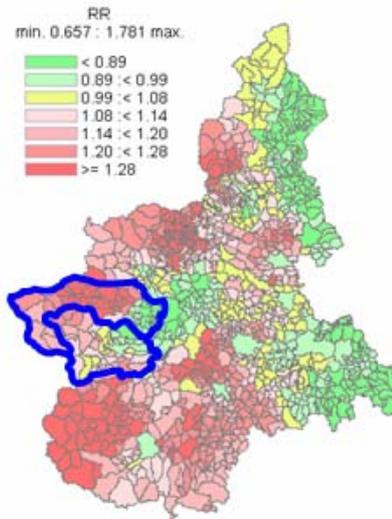
Mortalità per **PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE, età ≥ 20 anni** (Rischio Rel.) - 2001-2002



<sup>2</sup> Le immagini sono tratte dalla pubblicazione "Atlante sanitario del Piemonte - 2006" a cura di Alessio Petrelli e Giuseppe Costa.

<sup>3</sup> Il Rischio Relativo (RR) di morte è il rischio (probabilità) presente in ogni comune di morire per una certa causa rispetto al rischio corso mediamente in Piemonte.

Mortalità per CAUSE ACCIDENTALI  
(Rischio Relativo) 2001-2002



**Di tutte le morti evitabili**

**Per quanto riguarda il Rischio Relativo (Probabilità di morte)**

Le ASL 5 e 10 presentano, nel contesto piemontese, una situazione buona per quanto riguarda i tumori, variegata per quanto riguarda le malattie del sistema circolatorio, problematica e da tenere nella dovuta attenzione per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio, digerente e per le cause accidentali.

**Seconda modalità:** Analisi della mortalità evitabile in base alla tipologia di intervento possibile per contrastarla (*Prevenzione primaria, diagnosi precoce e relativa terapia, igiene ed assistenza sanitaria*).

Questa seconda modalità di analisi ci aiuta ad individuare la tipologia di intervento prevalentemente suggerito dalla letteratura scientifica per contrastare attivamente in una certa area le morti evitabili.

Nella tabella 3 si analizza la mortalità evitabile secondo questa modalità.

**Tabella 3 – Mortalità nella popolazione 0-74 anni di età per possibile intervento di contrasto**  
(Tassi standardizzati per 100000 abitanti/anno)<sup>4</sup>

Maschi							
Area	Prevenzione primaria (tasso)	% Prevenzione primaria rispetto a tutte le cause	Diagnosi precoce e terapia (tasso)	% Diagnosi precoce e terapia rispetto a tutte le cause	Igiene e assistenza sanitaria (tasso)	% Igiene e assistenza sanitaria rispetto a tutte le cause	Tutte le cause (tasso)
ASL 5 di Collegno	141,0	65,6	20,1	9,4	53,8	25,0	214,9
ASL 10 di Pinerolo	172,6	66,7	20,8	8,0	65,4	25,3	258,8
Provincia di Torino	154,3	66,7	19,6	8,5	57,3	24,8	231,2
Regione Piemonte	164,5	67,6	18,6	7,6	60,2	24,7	243,3

Femmine							
Area	Prevenzione primaria (tasso)	% Prevenzione primaria rispetto a tutte le cause	Diagnosi precoce e terapia (tasso)	% Diagnosi precoce e terapia rispetto a tutte le cause	Igiene e assistenza sanitaria (tasso)	% Igiene e assistenza sanitaria rispetto a tutte le cause	Tutte le cause (tasso)
ASL 5 di Collegno	34,5	34,6	36,3	36,4	28,9	29,0	99,7
ASL 10 di Pinerolo	34,3	35,4	35,2	36,3	27,4	28,2	97,0
Provincia di Torino	38,1	36,0	38,3	36,2	29,3	27,7	105,8
Regione Piemonte	39,5	36,4	37,5	34,6	31,4	29,0	108,4

Dalle tabelle si evince che:

**Nei maschi:** In entrambe le ASL, seppure con le differenze di incidenza osservate in precedenza, 6,5 morti su 10 possono essere contrastate con interventi di prevenzione primaria, 1 su 10 con interventi di diagnosi precoce e terapia, 2,5 su 10 con interventi di igiene ed assistenza sanitaria

**Nelle femmine:** In entrambe le ASL, seppure con le differenze di incidenza osservate in precedenza, 3,5 morti su 10 possono essere contrastate con interventi di prevenzione primaria; 3,5 con interventi di diagnosi precoce e terapia, 3 su 10 con interventi di igiene ed assistenza sanitaria.

Nelle tavole che seguono la medesima situazione è rappresentata sotto forma di mappe con un dettaglio a livello comunale.

I territori delle ASL 5 e 10 sono evidenziati in blu<sup>5</sup>.

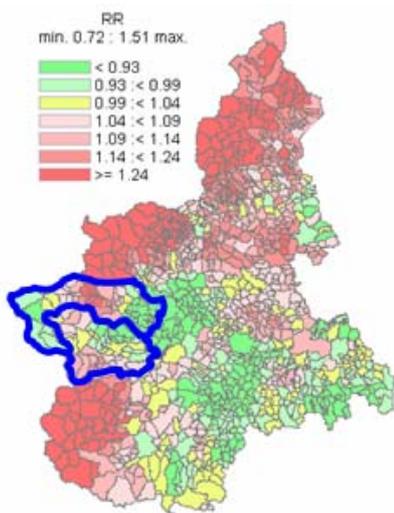
<sup>4</sup> Per l'elenco delle cause di morte evitabili per possibile intervento di contrasto, come per gli altri dati riportati nella presente relazione, si è fatto riferimento al lavoro: ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata): Atlante 2007-Mortalità evitabile per genere e per ASL (Il lavoro è consultabile sul sito web [www.atlantesanitario.it](http://www.atlantesanitario.it)).

<sup>5</sup> Le immagini sono tratte dalla pubblicazione "Atlante sanitario del Piemonte – 2006" a cura di Alessio Petrelli e Giuseppe Costa.

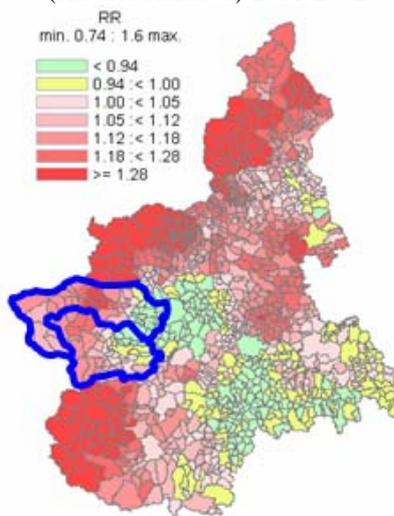
Come si può osservare, anche in questo caso, le differenze sono profonde non soltanto fra le due ASL viste nel loro insieme, ma anche e soprattutto a livello dei singoli comuni costituenti.

**NB.** In tutte le tavole il **colore rosso** rappresenta le aree con i **Rischi Relativi (RR) più elevati**, il **colore verde** le aree con i **Rischi Relativi (RR) più bassi**, le aree gialle le situazioni intermedie<sup>6</sup>.

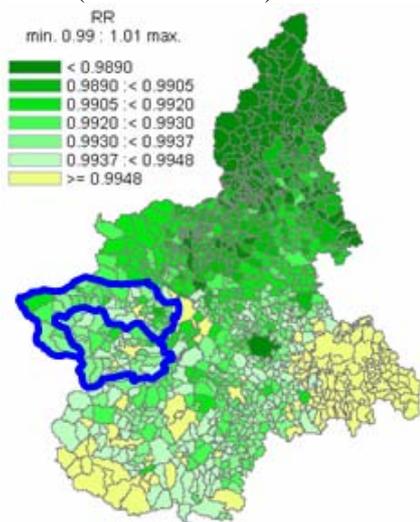
Mortalità per CAUSE EVITABILI (Tutte le cause)  
età 5 : 69 anni (Rischio Relativo) 2001-2002



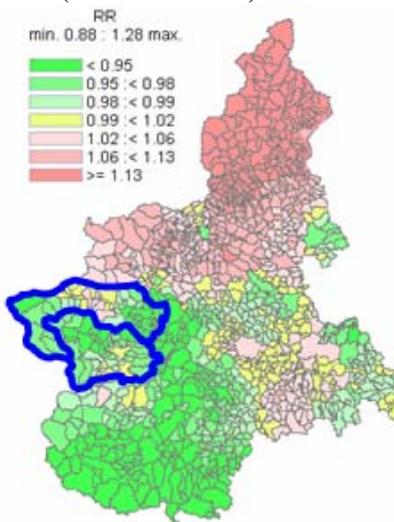
Mortalità per CAUSE EVITABILI ATTRAVERSO  
PREVENZIONE PRIMARIA, età 5 : 69 anni  
(Rischio Relativo) 2001-2002



Mortalità per CAUSE EVITABILI ATTRAVERSO  
DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA, età 5 : 69  
anni (Rischio Relativo) - 2001-2002



Mortalità per CAUSE EVITABILI ATTRAVERSO  
IGIENE E ASSISTENZA SANITARIA, età 5 : 69  
anni (Rischio Relativo) - 2001-2002



**Nelle ASL 5 e 10 si registra una buona situazione, rispetto al Piemonte, per quanto riguarda le morti contrastabili attraverso interventi di diagnosi precoce e di igiene ed assistenza sanitaria. Un discreto lavoro rimane da fare, invece, in entrambe le ASL, sul fronte degli interventi di prevenzione primaria.**

<sup>6</sup> Il Rischio Relativo (RR) di morte è il rischio (probabilità) presente in ogni comune di morire per una certa causa rispetto al rischio corso mediamente in Piemonte.